

UNIVERSITE de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

« Du collectif vers l'individu »
Une expérience d'art-thérapie par les arts plastiques sur
des sujets atteints d'infirmité motrice cérébrale au sein
du centre des Pupilles de l'Enseignement Public :
« L'Eldorado »

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie

Présenté par **Marlène TANO**

Année 2017

Sous la direction de :

Monsieur Régis GONORD

Médecin Psychiatre

Référent universitaire :

Monsieur Jean-Jacques GIRAUD

Professeur honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Lieu du stage :

Foyer d'hébergement L'Eldorado
ZA de la croix de Cadoue – 86240 SMARVES

UNIVERSITE de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

« Du collectif vers l'individu »
Une expérience d'art-thérapie par les arts plastiques
sur des sujets atteints d'infirmité motrice cérébrale au
sein du centre de vie des Pupilles de l'Enseignement
Public :
« L'Eldorado »

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie

Présenté par **Marlène TANO**

Année 2017

Sous la direction de :

Monsieur Régis GONORD

Médecin Psychiatre

Référent universitaire :

Monsieur Jean-Jacques GIRAUD

Professeur honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Lieu du stage :

Foyer d'hébergement L'Eldorado
ZA de la croix de Cadoue – 86240 SMARVES

PLAN

PLAN	2
REMERCIEMENTS	5
PRÉAMBULE	6
<u>PARTIE I. INTRODUCTION</u>	7
1.1. PRÉSENTATION DES PATHOLOGIES ÉTUDIÉES	8
<u>1.1.1. L'infirmité motrice cérébrale est un handicap</u>	8
1.1.1.1. Manifestation	8
1.1.1.2. Tableau clinique	8
1.1.1.3. Les causes	9
1.1.1.4. Évolution et prise en charge	10
<u>1.1.2. Constat scientifique de la pathologie IMC*</u>	11
1.1.2.1. Aspect moteur et cognitif	11
1.1.2.2. Aspect psychologique et psychoaffectif	12
<u>1.1.3. L'art-thérapie, une pratique de soin</u>	13
1.1.3.1. Bref historique d'une pratique ancienne	13
1.1.3.2. Définition de l'art-thérapie	14
1.1.3.3. Les missions de l'art-thérapeute	14
1.1.3.4. L'art-thérapeute utilise des outils spécifiques	14
1.1.3.5. Concernant l'alliance thérapeutique	15
1.1.3.6. Application de l'art-thérapie dans le cadre de notre stage	15
<u>PARTIE II. MATERIELS ET METHODES</u>	17
2.1. PRÉSENTATION DU LIEU D'ACCUEIL	17
<u>2.1.1. Le centre de vie PEP* l'Eldorado</u>	17
2.1.1.1. Les établissements	18
2.1.1.2. Le public accueilli	19
2.1.1.3. Le corps professionnel (organigramme)	20
2.1.1.4. Le projet personnalisé et le rôle du référent	21
2.1.1.5. Les financements	21
<u>2.1.2. Définition du handicap</u>	21
2.1.2.1. Le droit à la compensation	22
2.1.2.2. Notion de personne dans le domaine du handicap	23
2.1.2.3. La problématique institutionnelle	23
<u>2.1.3. Prise en soin art-thérapeutique</u>	24
2.1.3.1. Les objectifs de la prise en soin	24
2.1.3.2. Schéma utilisé et grille d'évaluation	24
2.1.3.3. Critères d'inclusion et de non inclusion des patients	25
2.1.3.4. Stratégie thérapeutique	25
2.1.3.5. Durée de la recherche	25

2.1.3.6. Retombées attendues	25
2.1.3.7. Organisation des séances	25
2.1.3.8. Évaluation des séances	26
2.2. ÉTUDE DE CAS	27
<u>2.2.1. Madame M</u>	27
2.2.1.1. Anamnèse	27
2.2.1.2. Objectifs thérapeutiques	28
2.2.1.3. Séances art-thérapeutiques	29
<u>2.2.2. Madame D</u>	34
2.2.2.1. Anamnèse	34
2.2.2.2. Objectifs thérapeutiques	35
2.2.2.3. Séances art-thérapeutiques	36
<u>PARTIE III. RÉSULTATS</u>	44
3.1. MADAME M	44
<u>3.1.1. Items scientifiques personnalisés</u>	44
3.1.1.1. Items et citations	44
3.1.1.2. Graphique évolutif des items	45
<u>3.1.3. Auto-évaluation</u>	48
<u>3.1.4. Bilan</u>	49
3.2. MADAME D	50
<u>3.2.1. Items scientifiques personnalisés</u>	50
3.2.1.1. Items et citations	50
3.2.1.2. Graphique évolutif des items	51
<u>3.2.3. Auto-évaluation</u>	53
<u>3.2.4. Bilan</u>	53
<u>PARTIE IV. DISCUSSION</u>	55
4.1. APPORTS ET BÉNÉFICE DE L'ÉTUDE	55
<u>4.1.1. Échelles scientifiques</u>	55
<u>4.1.2. Items scientifiques personnalisés</u>	56
<u>4.1.3. Fiches d'observation des séances</u>	56
4.2. LIMITES DE L'ÉTUDE	57
<u>4.2.1. Nombres de séances</u>	57
<u>4.2.2. De la nécessité pour l'art-thérapeute et le patient d'occuper un espace de soin adapté</u>	57
<u>4.2.3. Observation des séances</u>	58
<u>4.2.4. Auto-évaluation</u>	58

4.3. DISCUSSION DU CADRE CONCEPTUEL DE L'ART-THÉRAPIE ET DE LA POSTURE SOIGNANTE EN TANT QUE FUTUR ART-THÉRAPEUTE -----	58
4.3.1. Cadre thérapeutique -----	58
4.3.2. Relation thérapeutique : entre alliance et « juste proximité » -----	60
4.3.3. Besoin des patients -----	61
4.3.4. Travail en collaboration avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire -----	62
<u>PARTIE V. CONCLUSION</u> -----	63
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> -----	65
<u>GLOSSAIRE</u> -----	67
<u>ANNEXES</u> -----	69
Annexe 1 : Fiche d'ouverture -----	70
Annexe 2 : Fiche d'observation -----	71
Annexe 3 : Fiche de bilan d'accompagnement art-thérapeutique -----	75
Annexe 4 : Formulaire d'autorisation de droit à l'image d'œuvres plastiques -----	77
Annexe 5 : Échelle d'estime de soi de Rosenberg -----	78
Annexe 6 : Échelle de Rathus (affirmation de soi) -----	80
Annexe 7 : L'inventaire de Beck pour la dépression -----	82
Annexe 8 : GED-DI- grille d'évaluation de la douleur-Déficiences intellectuelle -----	84

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les résidents de m'avoir accueillie avec autant de chaleur et de bienveillance. Être à leur côté a été pour moi une expérience incroyablement riche et humaine, ils m'ont appris autant sur eux que sur moi-même. Cette expérience m'a donné l'occasion de bousculer mes représentations sociales en interrogeant mes idées reçues.

Je remercie le Directeur du centre Mr Sylvain LACHENAUD de m'avoir donné l'opportunité de faire ce stage. Je le remercie pour son écoute, sa disponibilité et la richesse de nos échanges qui m'ont permis de me questionner.

Je remercie l'ensemble du personnel du centre de m'avoir intégrée comme un membre de l'équipe, pour l'écoute, la disponibilité et l'intérêt porté à ma mission d'art-thérapeute.

Je remercie aussi tout le corps enseignant de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers pour l'enseignement reçu.

J'adresse mes remerciements à mes compagnons d'études et futurs collègues art-thérapeutes pour les échanges, les idées, parfois l'aide apportée, cela m'a permis de me sentir moins seule dans cette aventure.

Enfin, je remercie tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue et aidée dans l'élaboration de ce mémoire.

À Laurence BAILLY...

PRÉAMBULE

« C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »¹

La rédaction de ce mémoire, fait suite à la formation du Diplôme Universitaire d'art-thérapie de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Cette année d'étude, a pour objectif de former de futurs art-thérapeutes ; mais aussi d'en interroger la posture thérapeutique et la profession elle-même, encore méconnue du grand public et des institutions pouvant l'accueillir.

Ma formation initiale est éloignée de cette profession paramédicale. Je suis peintre en décor du patrimoine, peintre en bâtiment, artiste peintre. Cependant, quand la question s'est posée de trouver un nouvel itinéraire professionnel, l'art-thérapie est apparu comme une évidence.

L'humain, ses mécanismes de fonctionnement, ses maux ont toujours éveillé en moi un vif intérêt, une forte empathie. Mettre au service d'une personne malade ou atteinte de handicap ma compétence artistique est un moyen d'explorer, de comprendre, d'évoluer ; tant dans mon travail que dans la vie en générale.

Cette exploration, a en premier lieu prit naissance en moi. C'est avec différents psychologues que j'ai pu comprendre mes souffrances et cheminer vers un mieux-être.

Ce parcours me semble essentiel à tout futur art-thérapeute. Il doit éprouver dans son corps et dans son psychisme ce qu'implique un accompagnement thérapeutique ; **une rencontre avec soi.**

Ainsi, il comprend mieux ce que vit l'autre durant les séances, l'ayant vécu lui-même à sa manière. Il peut faire preuve de patience, de bienveillance et accueillir la souffrance sans jugement ni attentes, comme il a du apprendre à le faire pour lui. La notion d'empathie prend ici tout son sens.

Cette rencontre avec soi est un processus créatif. De l'interrogation et la compréhension émerge un être nouveau. Ce processus, l'Homme devra le renouveler tout au long de sa vie dans une succession de naissances, morts et renaissances. C'est ainsi que Carl Gustav JUNG² nous interpelle dans ce propos : « *Il est exclu que l'inconscient puisse être vidé, pour la simple raison que ses forces créatrices sont toujours en mesure d'engendrer des formes nouvelles. La conscience, si vaste qu'elle puisse être, est et reste le petit cercle à l'intérieur du grand cercle de l'inconscient, l'île environnée par l'océan ; et, tout comme la mer, l'inconscient, lui aussi, donne sans cesse naissance à une foule innombrable et toujours renouvelée d'êtres vivants dont on ne peut espérer saisir toute la richesse.* »

¹ WINNICOT Donald - pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique.

² JUNG Carl Gustav - médecin psychiatre suisse.

PARTIE I. INTRODUCTION

Il est une question propre à chaque être humain : comment s'épanouir individuellement au sein de la collectivité ? Cette question, nous y sommes confrontés, plus ou moins consciemment, chaque jour, en tant que singularité vivant au côté d'autres et formant un collectif.

Qu'en est-il lorsque cette problématique touche une personne atteinte d'infirmité motrice cérébrale (IMC) ? Ce handicap invalidant, pénalise la personne à chaque étape de sa construction, impactant son développement corporel et psychique.

L'art-thérapie dans son approche particulière qui fusionne création artistique et accompagnement thérapeutique peut-elle être une réponse à ce questionnement ?

Durant notre stage de 140 heures, au sein du centre de vie « L'Eldorado » nous avons été amenée à accompagner quatre adultes handicapés. Trois sont atteints d'infirmité motrice cérébrale, le quatrième de trouble psychotique. La première chose nous ayant saisi, est la profonde reconnaissance exprimée pour les avoirs « choisis », se sentant privilégiés de pouvoir suivre ces séances d'art-thérapies.

Valorisés par ce simple acte d'une attention portée sur eux, nous avons dès lors discerné l'importance capitale que revêtait le caractère individuel de ces rendez-vous dans cette conduite thérapeutique. Nous nous sommes interrogée sur cette notion de « sujet » au sein d'une structure où la problématique de trouver un juste équilibre entre collectif et individu est sans cesse interrogée.

Nous aborderons ce propos dans ce mémoire, par le biais des études de cas de Madame M et Madame D atteintes toutes les deux d'une infirmité motrice cérébrale.

Notre première partie sera consacrée à la présentation de la pathologie IMC*. Nous mettrons en lumière ses manifestations et son impact sur le développement des personnes qui en sont atteintes. Puis nous définirons l'art-thérapie et sa mission.

La deuxième partie présentera la structure d'accueil et reviendra sur la notion de handicap tel qu'elle est définie en France, ainsi que sur son cadre juridique. Nous clôturerons ce chapitre par l'étude de cas de nos deux résidentes en détaillant, l'anamnèse, les objectifs thérapeutiques fixés et le déroulement des séances art-thérapeutiques.

Nous présenterons les œuvres picturales réalisées lors des séances. Nous verrons comment l'art-thérapie apporte une réponse à nos questionnements, en permettant aux résidents de ce dissocier du groupe et d'exprimer leur individualité par le biais du processus créatif, offrant ainsi un espace d'expression singulier au sein d'une institution d'hébergement collectif.

Notre troisième partie, développera les résultats de notre étude au moyen d'items scientifiques personnalisés. Nous ferons le bilan de chaque cas et analyserons l'évolution des résidents au regard des objectifs fixés.

La quatrième partie de cette étude, sera dédiée à l'analyse des bénéfices et des limites de l'étude. Pour clore cette discussion, nous évoquerons le cadre conceptuel de l'art-thérapie et affirmerons l'orientation de notre posture soignante de future art-thérapeute.

Nous conclurons par une synthèse de notre étude et tenterons d'ouvrir notre propos sur de nouvelles perspectives.

1.1. PRÉSENTATION DES PATHOLOGIES ÉTUDIÉES

1.1.1. L'infirmité motrice cérébrale est un handicap

L'infirmité motrice cérébrale (**IMC**) est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale.

Elle touche un cerveau en maturation entraînant un trouble moteur non évolutif*. Le handicap moteur associe, à des degrés variables, des troubles de la posture et du mouvement. Peuvent s'y joindre, des troubles spécifiques des fonctions supérieures (troubles perceptifs*, troubles praxiques* - en rapport avec la représentation et l'intériorisation d'une succession d'actes, ainsi que des troubles sensoriels*).

1.1.1.1. Manifestation

La lésion cérébrale est responsable essentiellement d'une atteinte motrice, mais d'autres fonctions cérébrales peuvent être impliquées. Les signes révélateurs peuvent être repérés à un âge variable suivant la gravité de l'atteinte.

Les premiers signes sont des difficultés dans le développement de la motricité : un enfant qui ne tient pas sa tête, qui ne peut ramper en s'aidant des membres inférieurs, qui tarde à se tenir assis seul, qui n'utilise qu'une seule main.

Un peu plus tard, ce seront des signes évoquant un contrôle moteur anormal : des membres inférieurs raides, une main toujours fermée, une tenue du tronc asymétrique. Ces enfants témoignent cependant d'une intelligence normale en générale (ils comprennent des situations et manifestent un intérêt pour des jeux de leur âge). Certains pourront aussi avoir des troubles cognitifs responsables de retard mentaux.

Chez les enfants nés prématurément et ayant un risque de constituer une IMC*, L'électroencéphalogramme* et l'échographie transfontanellaire* répétés dans les premières semaines de vie, constituent les meilleurs prédicteurs de séquelles motrices liées aux lésions cérébrales. Une fois constituées, ces lésions peuvent être visibles sur les examens tels le scanner et l'IRM*.

1.1.1.2. Tableau clinique

Il dépend de la localisation et de l'étendue des lésions.

Les troubles moteurs, complexes, associent difficultés à commander le mouvement, à l'organiser et à le contrôler, faiblesse musculaire et raideur.

D'autres grandes fonctions peuvent être atteintes, entraînant alors des difficultés d'apprentissage supplémentaires, on parle alors de « troubles associés » au trouble moteur.

Voici les tableaux cliniques d'IMC selon la topographie des déficiences motrices :

- **Diplégie spastique ou maladie de Little** (chirurgien qui l'a décrit au XIX^e siècle) : tout le corps est atteint. Les membres inférieurs étant plus touchés que les membres supérieurs. L'atteinte des membres supérieurs, limitée se manifeste par un léger tremblement. Les atteintes associées peuvent être un strabisme*, des troubles praxiques, des troubles visuo-perceptifs* ou visuo-constructifs*, une épilepsie. Le langage est habituellement intact. Les premiers signes sont repérés vers l'âge de 9 mois.

- **Paraplégie** (rare chez L'IMC) : l'atteinte touche exclusivement les deux membres inférieurs.

- **Triplégie** : touche tout le corps, prédominant aux deux membres inférieurs et à un membre supérieur.

- **Tétraplégie** (ou quadriplégie) : l'atteinte touche tout le corps. Le trouble, massif associe une insuffisance posturale de tronc, un contrôle de la tête souvent faible, une raideur des membres. Les signes associés peuvent être des convulsions, des anomalies de langage ou de parole et de la coordination oculaire. Du fait de l'importance de l'atteinte, le déficit est repérable dès 3 mois.

- **Hémiplégie cérébrale infantile** : un seul côté du corps (hémicorps) est atteint. Cette atteinte peut aussi toucher la face. La marche est acquise vers 2 ans et permet une autonomie motrice. L'atteinte prédomine souvent un membre supérieur. Des signes peuvent être associés : hémianopsie*, strabisme, astéréognosie*, troubles spécifiques du langage ou troubles visuo-spatiaux, épilepsie. Le handicap est repérable vers 5/6 mois.

- **Monoplégie** : atteint un seul membre, le bras plus fréquemment que la jambe.

- **L'athétose** : est un trouble du contrôle postural avec mouvements involontaires lors de la posture et du mouvement, de faible amplitude et prédominant aux extrémités des membres. Des troubles de la parole par contraction des muscles phonatoires y sont associés. Les mouvements anormaux apparaissent vers 1 an, succédant à une période où l'enfant reste « trop mou »(hypotonie).

1.1.1.3. Les causes

Elles peuvent être survenues avant la naissance, pendant l'accouchement ou dans les premiers moments de la naissance ou post-natales.

Parmi les causes anténatales, on peut retrouver :

- Un AVC*.
- Une malformation cérébrale.
- Une infection du fœtus.

Parmi les causes néonatales, on peut retrouver :

- Une prématurité.
- Un ictère nucléaire : la lésion cérébrale est provoquée par un ictère (ou jaunisse).
- Une souffrance néonatale : la lésion cérébrale peut être provoquée par un accouchement difficile, une diminution de l'apport d'oxygène (hypoxie).

Parmi les causes postnatales, on peut retrouver :

- Une infection.
- Un traumatisme.
- Un traitement de tumeur.
- Une maladie métabolique

1.1.1.4. Évolution et prise en charge

Le terme d'IMC s'applique à une lésion cérébrale non évolutive. Cependant, elle est survenue sur un cerveau en pleine maturation et va entraver le développement de l'enfant, entraînant des conséquences sur les possibilités de contrôle moteur, l'appareil orthopédique, les capacités d'apprentissages scolaires, l'équilibre psychoaffectif. Une évaluation régulière des capacités de l'enfant dans tous ces domaines est donc indispensable.

En ce qui concerne les anomalies de la commande motrice, on prescrit de la rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité). Ces rééducations ne permettent pas la « guérison » de la lésion cérébrale, mais visent à contrôler au mieux les effets des paralysies et/ou des mouvements anormaux pour obtenir la meilleure autonomie motrice, fonctionnelle et sociale.

Concernant les troubles cognitifs, des rééducations, au rythme et au contenu adapté, sont prescrites au cas par cas. Il peut s'agir d'ergothérapie (éducation à l'autonomie de vie quotidienne, au graphisme, aux aides techniques éventuelles, à l'ordinateur), d'orthophonie (rééducation de la parole, du langage oral, de la lecture, de l'orthographe, de la mémoire), de psychomotricité (rééducation de la structuration spatiale et temporelle, schéma corporel, relaxation), d'orthoptie (rééducation de la motricité oculaire), de psychothérapie (TCC*), etc.

Nous supposons dès lors que la prescription d'un accompagnement art-thérapeutique viendra compléter cette prise en charge thérapeutique, éducative et rééducative. Lors des séances ces différents aspects du soin peuvent être abordés et mis en lien avec le travail de l'équipe pluridisciplinaire. Les arts plastiques, le chant, la danse, le théâtre, etc. permettent de favoriser une rééducation motrice et cognitive ou encore de conserver les acquis, parfois même, de les faire évoluer.

Rappelons que dans la pathologie complexe que représente l'IMC, chaque enfant a une présentation clinique unique et mérite une rééducation inventée sur le terrain. C'est pour cela qu'il est insensé de penser pouvoir établir un jour, des protocoles thérapeutiques univoques ou systématisés.

Selon le Dr Véronique LEROY-MALHERBE³ : *« L'examen du sujet IMC nécessite de mettre en œuvre inventivité, capacité d'observation, d'analogie et de synthèse. Il suit le cours d'une pensée qui avance, fait des hypothèses, vérifie, élimine. C'est pour cela aussi que la multidisciplinarité reste un fonctionnement essentiel pour rester le plus proche possible de la réalité vécue par le sujet IMC. »*

L'accompagnement d'une personne atteinte d'IMC, qu'elle soit enfant ou adulte nécessitera de prendre en considération le lien parents-enfant. Notamment à la venue d'un enfant qui ne va pas correspondre à l'enfant idéal rêvé antérieurement.

Un accompagnement psychothérapeutique de soutien avec guidance parentale s'avérera souvent utile.

³ Dr LEROY-MALHERBE Véronique - *Les infirmités motrices cérébrales-Réflexions et perspectives sur la prise en charge*-Masson p 296
Sources - *Déficiences motrices et situations de handicap*, p.157, APF, 2002

1.1.2. Constat scientifique de la pathologie IMC

1.1.2.1. Aspect moteur et cognitif*

« Agir et se savoir agir, entrer en contact avec la réalité, et même la vivre, voilà la fonction de l'intelligence humaine. »⁴

L'enfant valide, pour acquérir sa motricité progressivement, confronte les informations qu'il reçoit par la vision, l'audition ou les sensations articulaires, musculaires ou cutanées. Il y répond par un mouvement adapté en fonction de ce qu'il a déjà mémorisé, en utilisant au mieux les possibilités offertes par le monde physique qui l'entoure. Ainsi vont émerger des enchaînements moteurs dirigés vers un but, devenant peu à peu plus précis, plus rapides et moins coûteux sur le plan énergétique. Puis ces mouvements s'automatisent permettant à l'enfant de répondre rapidement à une stimulation.

Ces acquisitions vont être entravées chez l'IMC, chez qui le processus d'automatisation se construit difficilement. Le sujet doit alors apprendre à utiliser sa commande volontaire* pour mettre en place la compensation la plus fonctionnelle possible.

Tous ses mouvements doivent être « pensés » et ne seront jamais l'exacte réplique de la normale.

Le but de l'éducation motrice est donc de soutenir ce « penser » du mouvement en deux phases :

- **Guider le mouvement par une aide extérieure.**
- **Permettre à l'enfant d'intégrer ce mouvement, voire de l'automatiser.**

La progression des acquisitions dépend du handicap de l'enfant mais aussi de son éducation thérapeutique, de sa participation à la rééducation et des expériences motrices en dehors de ces temps rééducatifs, de son désir d'autonomie, de la compréhension du mouvement de son propre corps et de l'espace environnant et enfin de ses capacités à intégrer le mouvement grâce aux différents canaux sensoriels.

Chez l'adulte, il ne s'agit plus de construire un programme de prise en charge, mais d'adapter des conseils personnalisés à une demande du sujet. Ainsi, certains adultes atteints d'IMC souhaiteront conserver ou retrouver la marche, au prix de conséquences orthopédiques qu'ils auront mesurées avec leur médecin, d'autres préféreront l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique.

Sur le plan cognitif, l'intelligence des enfants IMC est en générale « normale » et doit permettre une scolarisation ordinaire. Cependant des facteurs peuvent entraver celle-ci :

- Le handicap moteur.
- La lenteur.
- Les troubles spécifiques (agnosie visuelle*, trouble de l'intégration auditive, apraxie* visuo-spatiale).

L'apprentissage des formes, la réalisation graphique, les notions de géométrie, de mathématiques ou de géographie ne peuvent être acquises qu'au prix de compensations passant par le biais de la description et du soutien langagier.

⁴ BERGSON Henri - philosophe français, auteur de *L'Évolution créatrice*-1907.
Sources - *Déficiences motrices et situations de handicap*, p.157-158, APF, 2002

L'intégration scolaire parfois possible jusqu'à un niveau avancé, doit être pesée en fonction de tous ces facteurs. Plus tard, l'intégration professionnelle pourra se faire en milieu ouvert ou protégé.

1.1.2.2. Aspect psychologique et psychoaffectif

« L'enfant handicapé moteur est confronté à un corps persécuteur »⁵

L'être humain (qu'il soit valide ou en situation de handicap), en venant au monde, entame cette expérience singulière qu'est sa construction psychologique en tant que sujet s'insérant dans la société où nous vivons. La clé de voûte de cette construction est la relation mère-enfant.

Pour le bébé atteint d'IMC, il s'agit de se constituer comme sujet dans un corps « abimé » et c'est là qu'il va rencontrer des difficultés particulières.

Il va d'abord être confronté à :

- **Une altération dans le processus d'identification primaire** : il s'agit du processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre. Freud la définit comme étant précoce, directe et immédiate, en lien avec les parents.

- **Une altération dans la constitution sociale** : l'enfant qui vient au monde prend place dans une société et une succession de générations. D'emblée, il est porteur d'une mission, assurer la continuité des générations (donner la vie) et de l'ensemble social (trouver une place active dans le groupe). Le handicap va bouleverser ce processus, mettant un obstacle à la transmission par les générations de formations inconscientes (capacité à refouler, formation de la conscience morale, idéaux). Ces failles provoquent chez l'enfant handicapé une difficulté à sortir de sa « toute puissance ».

- **Une altération dans la construction du moi corporel** : le corps réclame tous les soins, occupe toute la place. Il oblige l'enfant à organiser une réalité qui l'envahit sans cesse douloureusement. Il est souffrance permanente et rappelle sans cesse ses limites irréductibles.

A ces altérations, des troubles du développement cognitif viennent se superposer. L'enfant présente des difficultés avec la représentation de soi et des difficultés d'appropriation entraînant des troubles du comportement (agressivité, dépression, agitation et instabilité, troubles psychosomatiques et hallucinatoires).

Chez l'adolescent, il faut être attentif à la notion d'autonomie et à sa capacité de la manifester.

L'avancé des neurosciences, plus particulièrement de la neuropsychologie infantile a permis d'éclairer la compréhension du développement cognitif de l'enfant et de mieux comprendre les séquelles de l'IMC.

⁵ CHAMPONNOIS Christine - psychologue, psychothérapeute - *Handicap moteur, aspects psychologiques, Déficiences motrices et situations de handicap*, P. 78 à 90 APF, 2002

À la lumière de ce constat, nous comprenons, que dès le plus jeune âge, les sujets atteints d'IMC seront pénalisés dans leur développement, subissant des altérations dans la construction de leur moi psychique et corporel.

Pour s'approprier ce corps qu'il peine à commander, l'enfant IMC doit subir une douloureuse rééducation.

Ce corps devenu « objet de soin » crée une nouvelle désappropriation. C'est dans ce contexte paradoxal qu'il doit se constituer comme sujet s'insérant dans une société.

Les douleurs et tensions parasitent l'expression du soi, générant des troubles du comportement.

C'est pourquoi on retrouvera chez l'adulte IMC une atteinte des composantes de l'estime de soi (confiance en soi, affirmation de soi, vision de soi, amour de soi).

Dès lors, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'art-thérapie, en proposant un espace de soin dans lequel le patient est acteur et non sujet subissant, permet une gratification narcissique par la valorisation des compétences physiques et intellectuelles dans le cadre d'un processus créatif.

1.1.3. L'art-thérapie, une pratique de soin

1.1.3.1. Bref historique d'une pratique ancienne

Dès l'antiquité, on s'aperçoit des bienfaits de l'art. Il y a David, qui jouant de la harpe apaise le roi Saül. Puis l'apparition de la civilisation grecque, dépassant toutes les autres dans les domaines des sciences, de l'art, de la médecine, donnera un nouvel essor au concept de soin par l'art avec Aristote. Ce dernier observant les effets bénéfiques de la tragédie grecque sur les spectateurs, élaborera sa théorie de la catharsis*.

Plus tard, au Moyen-âge, Hildegarde DE BINGEN⁶, religieuse en avance sur son temps, fait pratiquer la reliure, la gravure et l'écriture à ses nonnes. Elle pense qu'il ne suffit pas de guérir le corps mais qu'il faut guérir l'âme.

Le 19^{ème} siècle, voit naître son premier acte d'art-thérapie lorsque l'abbé COULMIERS demande au Marquis de Sade, lui-même interné, de monter des pièces de théâtre avec les « fous » et des acteurs professionnels. Il montre ainsi les bienfaits de ses représentations sur les malades.

Au 20^{ème} siècle, Freud révolutionne le concept d'esprit humain. Les retentissements seront considérables tant sur la médecine que sur le monde de l'art.

⁶ DE BINGEN Hildegarde 1098-1179 - religieuse bénédictine, mystique, compositrice et femme de lettres franconienne, sainte de l'Église catholique du XII^{ème} siècle.

1.1.3.2. Définition de l'art-thérapie

« L'art-thérapie est un accompagnement paramédical d'une personne, dont la santé est affectée. Cet accompagnement s'insère dans un processus de transformation personnel utilisant l'art »⁷

L'art-thérapie est une pratique de soin, utilisant tous les médiums artistiques (arts plastiques, modelage, théâtre, danse, chant, calligraphie etc.). Elle permet de mobiliser une autre forme d'expression que le langage verbal, en utilisant le processus créatif.

Pour que ce processus apporte tous ses bienfaits au patient, il doit être mis en place dans un cadre thérapeutique sécurisant. Ce cadre englobe aussi des notions élémentaires comme le respect de l'autre, le droit d'expression, la politesse etc.

Ce mécanisme de création intègre le patient dans un projet personnel, de statut de malade il passe au statut de sujet créateur. Son attention, au lieu de se fixer sur des problèmes ou la maladie, se fixe sur un but nouveau, porteur de sens. L'esthétisme de l'œuvre réalisée est d'une importance moindre, en outre, l'intention, la volonté, l'implication émotionnelle et corporelle, le cheminement de l'auteur sont fondamentaux.

L'art-thérapie possède ses propres outils méthodologiques, ses objectifs et s'insère dans une prise en charge globale. Elle complète le travail des autres acteurs du soin.

1.1.3.3. Les missions de l'art-thérapeute

L'art-thérapeute, possède des méthodes et des moyens spécifiques. Il doit être capable de les intégrer au cadre sanitaire, social et/ou médical de son lieu d'intervention, de façon originale et complémentaire.

Il est soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales.

Ses stratégies thérapeutiques, doivent être en accord avec une prise en charge globale ; on parle ici de protocole art-thérapeutique.

L'art-thérapeute propose des activités artistiques adaptées au public concerné. Il sait évaluer son travail et rédiger un bilan thérapeutique. Il doit faire part de ses résultats et de tout fait marquant survenu durant les séances, à sa hiérarchie et à ses collègues de travail.

1.1.3.4. L'art-thérapeute utilise des outils spécifiques

L'analyse de l'art-thérapeute s'appuie sur une observation minutieuse inscrite dans un temps précis et est fonction de l'état de base* du patient.

Ces outils sont des fiches permettant une synthèse précise et ciblée :

- **La fiche d'ouverture**⁸ : elle permet un premier entretien avec le patient, durant lequel il pourra faire part de ses aisances et difficultés, choisir une activité artistique parmi celles proposées, faire part de ses attentes ou craintes éventuelles. Apparaîtront aussi, la pathologie, les traitements et les autres acteurs du soin. Enfin, un planning de séances sera proposé.

⁷ Définition donnée lors du cours de LANDRAULT Valérie - Art-thérapeute - Novembre 2016 - Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

⁸ Annexe 1

- **La fiche d'observation**⁹ : elle est une photographie de la séance. Divisée en plusieurs rubriques, elle permet de gérer les informations en les organisant. C'est un guide pour ne pas perdre de vue les objectifs fixés et inciter à suivre une logique de séance. Elle évalue qualitativement et/ou quantitativement l'évolution à travers l'observation d'items* spécifiques. Elle est propriété de l'art-thérapeute et n'est pas communiquée aux membres de l'équipe pluridisciplinaire.

- **La fiche de bilan d'accompagnement art-thérapeutique**¹⁰ : elle est une synthèse de la prise en soin. Elle évoque l'évolution au regard des objectifs fixés, ouvre sur de futurs objectifs et préconisations. Elle contient un bilan auto-évaluatif soumis au patient qui peut, s'il le désire, ajouter des commentaires sur sa prise en soin. Cette fiche est communiquée à la hiérarchie lors de réunions avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Elle conclue un rapport oral du travail mené et apparaît dans le dossier médical.

1.1.3.5. Concernant l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est une notion issue de la tradition psychanalytique nord-américaine. Elle désigne le rapport collaboratif naissant entre le patient et le thérapeute dans le contexte d'un travail thérapeutique. Ensemble, ils œuvrent pour résoudre les problèmes posés. Ce contrat de personne à personne, peut s'élargir à l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un éventuel réseau de soins. L'alliance thérapeutique est reconnue pour favoriser l'issue de l'accompagnement. Carl ROGERS¹¹ définit cet engagement comme essentiel à la thérapie et y englobe la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité.

Il devient donc nécessaire à l'art-thérapeute de s'interroger sur la manière dont il peut participer à sa construction. C'est ainsi qu'il doit s'évertuer à instaurer un climat de confiance entre lui et le patient.

Pour être digne de confiance, l'art-thérapeute doit faire preuve d'authenticité et de compréhension empathique, être impliqué dans la prise en charge, être un professionnel compétent.

*« La confiance que témoigne le thérapeute à la personne soignée va l'amener à reprendre confiance en elle-même ; Il existe un effet cumulatif de la confiance partagée. »*¹²

1.1.3.6. Application de l'art-thérapie dans le cadre de notre stage

Notons que dans le cadre de notre stage, la structure préférera le terme de « résident » moins médical à celui de « patient ».

Dès le début de l'accompagnement, l'individualité des séances semblait revêtir pour les résidents suivis, une grande importance. Ce sentant privilégiés dans cette relation duelle, il nous a paru essentiel dans un premier temps, d'axer la prise en soin sur la construction d'une alliance thérapeutique solide, par la mise en place d'un cadre sécurisant et l'instauration d'un climat de confiance.

⁹ Annexe 2

¹⁰ Annexe 3

¹¹ ROGERS Carl -psychologue humaniste américain

¹² CHAPELLE Frédéric, MONIÉ Benoît, POINSOT Rollon, RUSINEK Stéphane, WILLARD Marc - *L'aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives*. L'alliance thérapeutique p 239

La liberté d'expression, l'écoute bienveillante, la confidentialité et la prise en compte des envies et besoins ont été favorables à l'atteinte de cet objectif.

Nous avons ainsi incité le patient à reprendre confiance en lui, à affirmer ces envies créatives et à les concrétiser dans une forme graphique.

Ce premier constat, nous a permis d'émettre l'hypothèse de travail suivante :
l'art-thérapie offre un espace singulier durant lequel le résident est valorisé en tant qu'individu créateur.

Cette valorisation procurant une gratification narcissique vectrice de communication et favorisant le bien-être et la détente.

PARTIE II. MATERIELS ET METHODES

2.1. PRÉSENTATION DU LIEU D'ACCUEIL

2.1.1. Le centre de vie PEP l'Eldorado

Le mouvement des PEP est né durant la première guerre mondiale. Fondé par d'éminents universitaires, il débute durant l'été 1915 pour venir au secours des orphelins de guerre.

A la fin des conflits, le mouvement PEP passe de l'aide des orphelins de guerre à la prise en charge des orphelins de la société et décide d'encourager l'éclosion de fondations permanentes sous les formes d'écoles de plein air, et de colonies de vacances.

Durant les années de la libération, le mouvement PEP fort de son expérience se trouve au carrefour des nouvelles politiques « Jeunesse », tant dans le domaine des loisirs que de la protection sociale et devient un des piliers du front laïque qui se constitue dans les années 50.

Dès lors, la fédération des PEP incite les associations départementales à créer et à gérer directement des équipements qui se veulent complémentaires, mais dans des secteurs où l'empreinte et la culture scolaire sont quasi inexistantes. Ce sera le cas des Maisons d'enfants à caractère social, des Instituts médico-psycho-pédagogiques, puis des centres médico psycho pédagogiques que le mouvement encourage.

Le 2 janvier 1987, l'association PEP de la Vienne inaugure à Smarves une structure de 16 places, permettant l'accueil de personnes atteintes de handicap moteur, âgées de plus de vingt ans et originaires de la région Poitou-Charentes. Elles souffrent d'une infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC), associée à une déficience mentale plus ou moins importante.

Le Conseil général de la Vienne accorde l'agrément d'un Foyer Occupationnel, la principale activité consistant à fabriquer des flotteurs de pêche, produits commercialisables.

Le 31 mars 1992, l'État accorde l'agrément pour la création d'un Centre d'Aide par le Travail (CAT). Le CAT est nommé « Les Flotteurs Poitevins » en référence à son activité principale.

En mars 1995, la structure d'hébergement est construite sur le site de Smarves pour accueillir 20 usagers : 12 habitent dans des studios en location et 8 sont propriétaires de leur logement.

En 2000, le Département donne son accord pour l'agrandissement du Foyer Occupationnel. 26 usagers sont accueillis, dont un à mi-temps et un à raison de deux jours par semaine.

En 2003, un service « Appartements » est mis en place pour 4 usagers (un couple et deux personnes seules), leur permettant de bénéficier d'un logement indépendant, en même temps que d'un suivi éducatif adapté et léger. Ces appartements sont situés au centre de Smarves.

En mars 2006, le Foyer d'Hébergement augmente sa capacité d'accueil de 14 studios et d'un espace de vie lumineux et spacieux. Le Foyer Occupationnel s'est installé dans les locaux construits en prolongement de ce bâtiment.

En cent ans d'existence, les PEP ont développé un ensemble de compétences autour de l'accompagnement de la personne. Cette fonction d'accompagnement place la personne, responsable de son projet librement défini, au cœur des préoccupations et de l'action et s'exerce dans l'ensemble des secteurs d'activité :

**Social et Médico-social
Éducation et Loisirs
Accompagnement Enfant et Famille**

Les valeurs des PEP sont :

SOLIDARITE / EGALITE / CITOYENNETE / LAÏCITE

2.1.1.1. Les établissements

Quatre établissements composent « l'Eldorado » de Smarves :

- L'ESAT* (anciennement CAT) :

La mission des ESAT a été confirmée dans la loi du 11 février 2005 dans les termes suivants :

« Les ESAT sont chargés d'offrir des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel aux personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent pas, momentanément ou durablement, de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée, et de mettre en œuvre ou de favoriser l'accès à des actions d'entretien des connaissances, de maintien des acquis scolaires et de formation professionnelle ainsi que des actions éducatives d'accès à l'autonomie et d'implication dans la vie sociale » (art. L. 344-2 et L. 344-2-1 du code de l'action sociale et des familles)

- Le Foyer d'Hébergement (FH) :

Le foyer d'hébergement de Smarves a pour vocation d'accueillir des travailleurs de l'ESAT, des adultes du Foyer Occupationnel et du Foyer d'Accueil Médicalisé.

Lors de la construction du foyer d'hébergement, il a été décidé d'y intégrer les différents publics, et cela, afin de ne pas stigmatiser les moins autonomes, de créer des interactions entre adultes d'univers différents.

L'hétérogénéité ainsi créée au sein du foyer d'hébergement est analogue à ce qui peut être observé en milieu ordinaire. La particularité du foyer d'hébergement de Smarves est qu'il est composé d'adultes propriétaires et d'adultes locataires.

Le Foyer Occupationnel (FO) :

Le FO accueille 28 personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais qui bénéficient cependant d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes.

Le foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) :

Le FAM accueille 10 adultes dont la dépendance les rend inaptes à toute activité professionnelle et qui ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constants pour les actes essentiels de la vie courante ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Le FAM assure les besoins de la vie courante, l'aide et l'assistante constante, les soins médicaux, la poursuite des traitements, la rééducation, les activités occupationnelles et une ouverture sur l'environnement social et culturel.

2.1.1.2. Le public accueilli

L'Eldorado accueille 50 usagers présentant des troubles moteurs avec ou sans déficiences associées, et dont la pathologie est évolutive ou non. Ces personnes sont orientées au Centre de Vie PEP par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'origine du handicap se classe en 3 catégories : une infirmité motrice cérébrale, un traumatisme ou une maladie génétique ou virale.

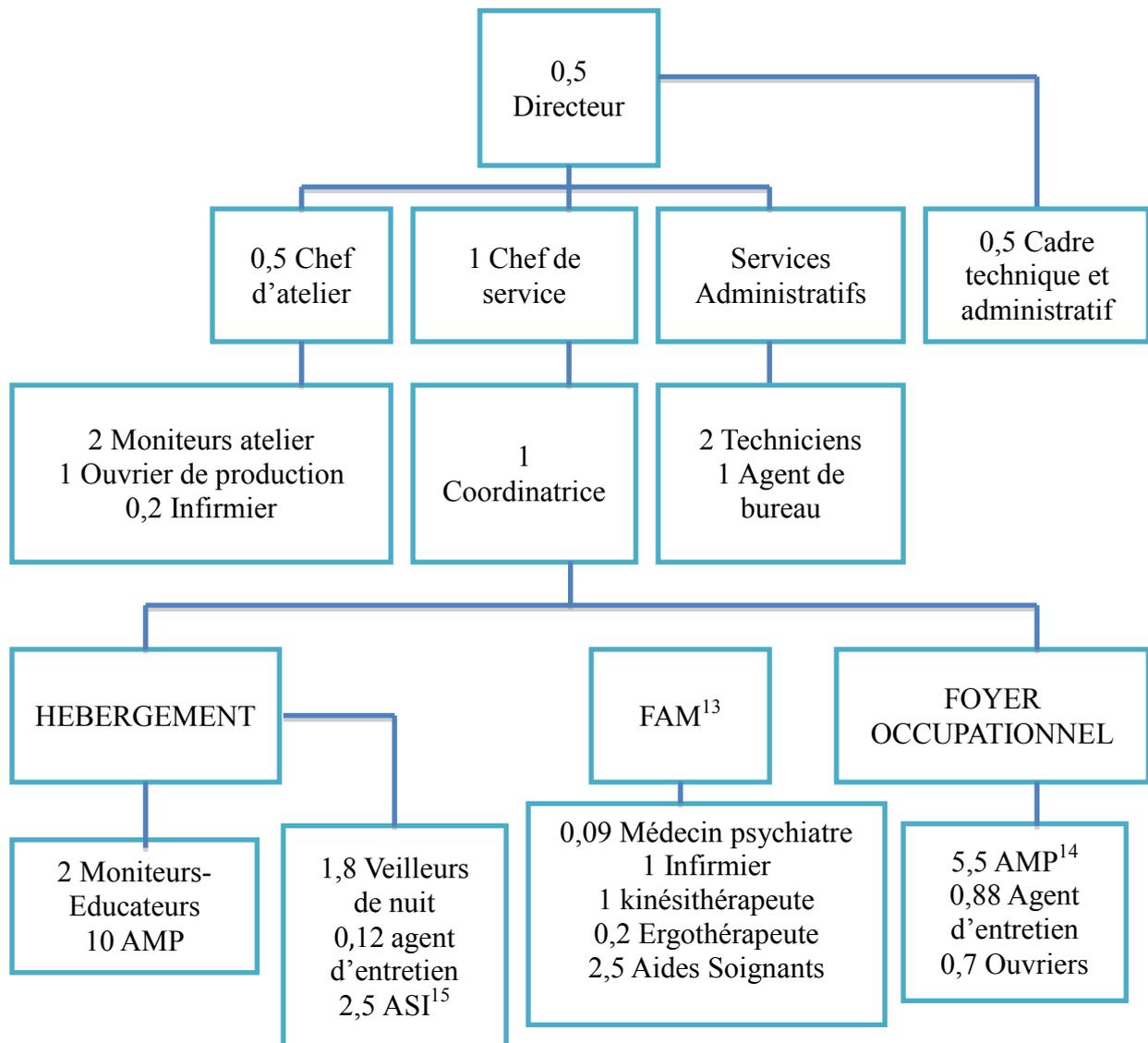
L'infirmité motrice cérébrale : les personnes atteintes de cette infirmité présentent différents types de symptômes :

- Troubles moteurs** : rigidité des membres, ataxie, tremblement,...
- Troubles sensoriels** : trouble tactile, du langage, altération des organes sensoriels,...
- Troubles du comportement** : hyperactivité, impulsivité

Les maladies congénitales : héréditaires ou non

Les traumatismes : les personnes présentent des pathologies diverses et variées : notamment hémiplégie, paraplégie, épilepsie, perte de l'équilibre, trouble de la parole, trouble de la vision, trouble de la déglutition...

2.1.1.3. Le corps professionnel (organigramme)



¹³Foyer d'Accueil Médicalisé

¹⁴Aide Médico-Psychologique

¹⁵Appui Social Individualisé

Source : Projet d'établissement –Centre de Vie PEP

2.1.1.4. Le projet personnalisé et le rôle du référent

La prise en compte des attentes de la personne dans la démarche de projet personnalisé, se réfère directement à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le projet personnalisé est l'outil central de l'individualisation de la prise en charge. Chaque usager accompagné bénéficie d'un projet personnalisé écrit. La première version de ce projet est rédigée dans les 6 mois suivant l'intégration de l'utilisateur dans l'établissement. Par la suite, ce projet est revu annuellement. Le travail réalisé autour du projet personnalisé se fait lors de rencontre entre les diverses parties prenantes (intervenants de l'établissement, l'utilisateur ainsi que sa famille s'il explicite ce souhait).

Cette rencontre permet de faire un point sur le projet de l'utilisateur en abordant les différentes dimensions : médicale, professionnelle, sociale, familiale, personnelle...

Par la suite, un document de synthèse fidèle à la teneur de la réunion est rédigé par l'éducateur référent. Il est partagé dans un premier temps avec les équipes afin de recevoir la validation de tous. Ensuite, il est lu et expliqué à l'utilisateur lors d'un entretien individuel dans les 15 jours suivant la réunion ; s'il est en accord avec son contenu, il le signe ; un exemplaire lui est remis et un dernier est archivé dans son dossier personnel sous clé au secrétariat.

Le référent est le garant du projet personnalisé ; c'est lui qui mesure de façon régulière l'avancée du projet, qui l'actualise avec l'utilisateur et en mesure l'évolution par une rencontre régulière formalisée qui donne lieu à un écrit.

Le référent n'est pas «propriétaire» de la personne suivie (notion de dépendance qui engendre de la souffrance); le changement de référence ne doit pas se faire à date fixe, de façon automatique mais tenir compte de la situation de chacun, du travail mené et à mener, du droit de l'utilisateur à donner son avis. La confiance mutuelle est indispensable dans cette relation ; elle est porteuse d'affect.

2.1.1.5. Les financements

Les financements sont assurés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou le Conseil Général en fonction du type d'établissement.

L'ESAT perçoit une dotation globale annuelle de l'ARS.

Le Conseil Général de la Vienne finance le foyer d'hébergement sous forme de prix de nuitées de présence et le foyer occupationnel sous forme de prix de journée de présence.

Le forfait soins est pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie. Il s'agit d'une dotation globale annuelle versée par l'ARS.

2.1.2. Définition du handicap

L'origine du mot handicap provient du terme anglais «hand in cap» il signifie littéralement la main dans le chapeau ; nom d'un jeu de troc.

Au 18^{ème} siècle, le terme évolue et s'applique aux sports notamment les courses hippiques. Il définit une difficulté supplémentaire imposée aux meilleurs chevaux pour rendre la course équitable, cette utilisation a conduit peu à peu à employer l'expression « être handicapé » pour parler des participants désavantagés au départ de la course.

C'est sur le modèle du Docteur Philip Henry NICHOLLS WOOD¹⁶ qu'est créée en 1980 une classification internationale (CIH) des handicaps. Elle définit le handicap en trois points généraux :

- **la déficience** : psychologique, physiologique ou anatomique. Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap. Wood utilise le terme « impairment ».

- **l'incapacité** : c'est une réduction partielle ou totale d'une capacité. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap. Wood utilise le terme « disability ».

- **le désavantage** : pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Il correspond à l'aspect situationnel du handicap. Wood utilise le terme « handicap ».

Wood écrira : « *Le handicap est un phénomène social* ». La notion de handicap introduit donc la relation avec l'environnement. Le handicap est le désavantage social pour un individu donné, qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité, limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle « normal ». **Le handicap traduit une désadaptation de l'individu par rapport à son milieu ou une désadaptation de l'environnement à l'individu.**

En France, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances définit le handicap dans ces premières lignes :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

2.1.2.1. Le droit à la compensation

La loi affirme que : « *Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.* »

Le droit à compensation vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux « *Conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ». Selon la loi, il englobe « *des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté* » en réponse aux besoins identifiés lors de l'évaluation individualisée. (Art. L. 114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Le **GEVA** (Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée), est en France l'outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles pour évaluer le besoin de compensation.

¹⁶ NICHOLLS WOOD Philip Henry - Épidémiologiste et rhumatologue britannique.

2.1.2.2. Notion de personne dans le domaine du handicap

« Les hommes et les femmes qui sont atteints dans l'intégrité de leurs facultés physiques ou intellectuelles revendiquent d'être reconnus comme des personnes. »¹⁷

À l'origine du mot « personne », il y a le mot *persona* du latin « *personare* » qui signifie « sonner au travers ». Il désigne le masque du comédien, nous renvoyant à une fonction et dimension publique de la personne.

Nous l'avons vu, la société par l'intermédiaire de lois donne des outils d'individualisation prenant en compte les besoins, les envies, les attentes ainsi que la capacité décisionnelle de la personne en situation de handicap. Ainsi, elle est considérée comme un être humain singulier pensant, agissant, se projetant dans l'avenir et n'est pas réduit à la déficience qui l'affecte.

Dès lors, soignants et aidants doivent faire preuve d'une grande vigilance afin de ne pas destituer l'individu concerné de cette reconnaissance, en se substituant à ses désirs et volontés.

Dans son livre, « La présence à l'autre », Marcel NUSS¹⁸ qui parle « d'école de l'attention » nous le rappelle en ces termes : « *la dépendance physique, même lorsqu'elle est sévère, ne doit pas empêcher la personne ainsi « handicapée » d'exercer une entière direction de sa propre vie. En d'autres termes, la dépendance physique ne doit pas altérer l'autonomie décisionnelle.* »

Pour éviter le phénomène de dépersonnalisation, les acteurs du soin se doivent de ne pas outrepasser les limites de leur fonction. « *À l'assistanat qui asservit et réduit à la condition d'objet est alors opposé l'accompagnement qui libère.* »¹⁹

2.1.2.3. La problématique institutionnelle

La loi impose donc aux institutions de concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement mais leur en donne-t-elle les moyens ?

Une prise en charge individuelle au sein d'une institution d'hébergement collectif, nécessite des moyens humains et financiers auquel les institutions ne peuvent pas toujours répondre.

Cette problématique impose de faire des choix et il ressort que la relation duelle, très recherchée par la personne accompagnée, apparaît essentiellement pour les actes de soins.

Comment l'art-thérapie dans sa prise en soin singulière peut-elle apporter des solutions ?

¹⁷ MOYSE Danielle - Professeur de philosophie-*Concept de personne dans le champ du handicap-Traité de bioéthique III-Érès*. Page 27 à 40.

¹⁸ NUSS Marcel - Écrivain et conférencier, consultant. Vit depuis 56 ans dans une situation de totale dépendance physique Page 27 à 40.

¹⁹ MOYSE Danielle - Professeur de philosophie-*Concept de personne dans le champ du handicap-Traité de bioéthique III-Érès*. Page 27 à 40.

2.1.3. Prise en soin art-thérapeutique

Dans le cadre du stage pratique du diplôme universitaire d'art-thérapie de Poitiers, nous avons été amenés à prendre en soin quatre résidents du foyer de vie PEP « L'Eldorado » de Smarves.

Cet accompagnement c'est fait sous la supervision du chef de service, de la coordinatrice et du psychiatre des lieux, avec qui l'échange était permanent. Ensemble nous avons défini le projet art-thérapeutique et le protocole de prise en soin.

L'élaboration des différentes fiches (observation, évaluation, bilan) a été faite par l'étudiante en art-thérapie.

La fin de prise en soin a donné lieu à un bilan oral avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, au terme de cet exposé un bilan écrit a été remis à la coordinatrice afin qu'il intègre le dossier médical.

2.1.3.1. Les objectifs de la prise en soin

Les objectifs principaux de la prise en soin étaient :

- **de proposer un espace de soin dans lequel le résident est acteur et non sujet**
- **de valoriser des compétences physiques et intellectuelles dans le cadre d'un processus créatif**
- **d'en évaluer l'impact sur la vie sociale et le psychisme**

Les objectifs secondaires de la prise en soin étaient :

- **favoriser la détente, apaiser les angoisses, tensions et douleurs**
- **favoriser la notion de bien-être et de plaisir**
- **favoriser le développement des composantes de l'estime de soi (confiance en soi, affirmation de soi, vision de soi, amour de soi).**

2.1.3.2. Schéma utilisé et grille d'évaluation

Chacun des quatre usagers a bénéficié de dix séances individuelles d'art-thérapie, d'une durée allant d'1h à 1h30 pour les moins fatigables.

L'accompagnement art-thérapeutique et son protocole de prise en soin étaient fonction du projet personnalisé et du travail amorcé par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

L'évaluation s'est faite par une observation minutieuse lors des séances et le choix d'items spécifiques dont certains sont issus d'échelles d'évaluation scientifiques validées²⁰ :

- **Échelle d'estime de soi de Rosenberg²¹**
- **Échelle de Rathus (affirmation de soi)²²**
- **L'inventaire de Beck pour la dépression²³**
- **Échelle d'Hamilton pour la dépression**
- **GED-DI- grille d'évaluation de la douleur-Déficiences intellectuelle²⁴**

²⁰ Afin que son travail soit scientifiquement reconnu, l'art-thérapeute se doit de baser le choix de certains items sur des échelles validées par la communauté scientifique.

²¹ Annexe 5

²² Annexe 6

²³ Annexe 7

²⁴ Annexe 8

2.1.3.3. Critères d'inclusion et de non inclusion des patients

Avant de débiter le stage, nous avons effectué dans la structure une période de bénévolat d'une durée d'un mois. Cela a permis une rencontre progressive avec les usagers et leur environnement.

Intégrant le foyer de vie de façon régulière, nous avons pu expliquer les raisons de notre présence et amorcer un minutieux travail d'observation nécessaire à un choix pertinent pour notre étude. Cette appréciation a pu se faire pendant les temps d'activités des résidents que nous co-animions avec l'équipe se composant de moniteurs-éducateurs et d'AMP.

Cette expérience, nous a permis de distinguer certains usagers. Le choix a pu être finalisé suite à :

- **la lecture de l'anamnèse* et du projet personnalisé des résidents pré choisis**
- **un échange avec les référents donnant des informations récentes et précises**

À l'issue, de cette démarche quatre résidents ont été choisis pour notre étude. Deux études de cas seront présentées dans ce mémoire.

2.1.3.4. Stratégie thérapeutique

Nous l'avons dit précédemment, la stratégie a été **d'axer la prise en soin sur la construction d'une alliance thérapeutique solide, par la mise en place d'un cadre sécurisant et l'instauration d'un climat de confiance**. La perspective étant d'obtenir un effet cumulatif de la confiance partagée favorisant ainsi l'atteinte des objectifs fixés.

Plus globalement, notre méthode s'inspire du modèle humaniste de Carl ROGERS. Une approche centrée sur la personne, qui peut, à la faveur de l'attitude bienveillante et accueillante de l'art-thérapeute s'exprimer sans crainte de jugement et d'analyse. S'ajoute à cela un système d'écoute et de reformulation assurant la bonne compréhension du résident.

2.1.3.5. Durée de la recherche

Le stage d'une durée de 140 heures, a débuté le 27 mars 2017 et s'est terminé le 27 mai 2017. Il s'est déroulé au Foyer Occupationnel, dans la salle de travail des éducateurs. À partir de mai, les séances seront transférées dans une salle de l'hébergement.

2.1.3.6. Retombées attendues

Les retombées attendues étaient :

- **Une valorisation de la personne en tant que sujet pensant et créateur.**
- **Une gratification narcissique vectrice de communication, favorisant le bien-être, la détente et l'apaisement des angoisses.**

2.1.3.7. Organisation des séances

Du lundi au jeudi, nous rencontrions chaque jour un résident en séance art-thérapeutique pendant une durée de 1h ou 1h30 selon la fatigabilité de l'usager.

Ainsi, le lundi était le jour attribué à Monsieur D, le mardi celui de Madame M, le mercredi était le jour de Madame F et enfin le jeudi celui de Madame D.

Au départ nous avons établi une séance de 1 heure pour tous, de 16h00 à 17h00. Mais Monsieur D et Madame F étant peu fatigables nous avons pris le parti, en accord avec la coordinatrice et le chef de service, d'ajouter une demi-heure de séance qui se déroulait donc de 15h30 à 17h00.

17h00 est le moment de la toilette pour une partie des résidents qui le souhaitent, nous avons pu donc avec le retour oral des autres membres de l'équipe évaluer les effets de la séance sur ce moment qui peut parfois générer des angoisses, des cris et des pleurs.

L'heure précédant chaque séance permettait la mise en place de l'espace de création et de revoir la pertinence de l'objectif de la séance. L'heure et demie suivant l'atelier était consacrée à la rédaction de la fiche d'observation, à l'évaluation des items et à l'élaboration de la stratégie pour le prochain atelier.

Chaque rendez-vous débutait par un temps de discussion.

Ce temps, très important, est un moment où nous demandons au résident comment il se sent, ce qu'il a vécu depuis notre dernière rencontre, ce qu'il a envie d'exprimer. Il nous permet d'évaluer son état de base* que nous pourrions comparer à l'état de base de fin de séance. Petit à petit nous faisons entrer l'usager dans l'atelier vers l'instant créatif souvent très attendu.

La fin de séance pouvait redonner lieu à un temps d'échange, certains résidents en éprouvaient le besoin, d'autres, non.

Si l'organisation des séances doit être pensée et préparée en amont, elle ne doit pas être gravée dans le marbre. L'art-thérapeute travaille avec des êtres humains, qui ont leurs humeurs, leurs envies, des événements qui bouleversent leur quotidien, il risque donc de faire autre chose que ce qu'il avait prévu.

Nous exerçons un métier où la notion d'adaptabilité est essentielle. L'art-thérapeute doit pouvoir parer à toute éventualité en préparant plusieurs séances, aux approches et contenus différents, tout en sachant que son travail pourra être bouleversé à tout moment. Attentif et souple l'art-thérapeute ne doit pas craindre la vacuité propice à toute forme de création.

2.1.3.8. Evaluation des séances

Nous avons évalué chaque séance à l'aide des outils spécifiques de l'art-thérapeute.

Une observation rigoureuse, une écoute attentive du résident, participant à écrire un compte rendu détaillé dans la fiche d'observation.

Une fiche d'évaluation regroupant les items spécifiques du résident et ceux issus des échelles scientifiques validées, remplie à chaque fin de séance a aidé à suivre l'évolution au regard des objectifs fixés.

La fiche de bilan d'accompagnement art-thérapeutique, contenant un bilan auto-évaluatif inspiré du cube harmonique de Richard FORESTIER²⁵, a été rédigée à la fin de la prise en soin et en présence de l'usager qui a pu émettre son opinion sur l'accompagnement dans sa globalité et la synthèse orale de l'art-thérapeute.

²⁵ FORESTIER Richard - *Tout savoir sur l'art-thérapie*-Paris-Favre-2012

2.2. ÉTUDE DE CAS

2.2.1. Madame M

2.2.1.1. Anamnèse

Madame M à 34 ans, elle est née prématurée. Elle vit chez sa mère qui l'élève seule, le père décédé à ce jour ayant abandonné le foyer quand Madame M avait 9 mois.

Au décès de sa mère, elle part vivre chez son oncle et sa tante (sœur de sa mère) qui ont 4 enfants. Elle est alors âgée de dix ans. Sa tante devient sa tutrice par décision du juge des affaires familiales. Madame M intègre le foyer d'hébergement de Smarves en 2006. Actuellement elle rentre environ 1 week-end sur deux dans sa famille.

Madame M présente une infirmité motrice cérébrale, associée à des troubles visuels invalidants. Son handicap la rend dépendante dans tous les actes de la vie quotidienne. Elle se déplace en fauteuil électrique.

Madame M est une jeune femme coquette et soucieuse de son apparence. Elle participe aux différentes activités du Foyer Occupationnel telles que, la petite cuisine, le karaté, la sarbacane. Elle révèle un vif intérêt pour les activités artistiques et manuelles (peinture, couture, musique), les activités culturelles (débat, expos, actualités) et les activités relaxation.

En 2015, de violentes douleurs à la hanche lui causent de nombreux réveils nocturnes impliquant des temps de repos durant les activités du foyer. (Après une entrevue avec l'infirmière durant laquelle nous abordons ce sujet, afin de savoir si ces douleurs sont toujours ressenties par Madame M, nous apprenons qu'elle a subi une opération de résection de la tête fémorale faisant disparaître les douleurs nocturnes.)

À l'hébergement, Madame M apprécie de partager des moments avec son petit ami et la compagnie des autres résidents. Cependant, la relation à l'autre et la communication peuvent être perturbées par l'irruption de préoccupations obsédantes entraînant chez elle un état anxieux accompagné de sautes d'humeurs importantes auxquelles s'ajoutent des cris, des pleurs et des mouvements incontrôlés.

Les temps de repos, le respect de son rythme biologique, sont des facteurs qui favorisent son bien-être et l'aident à retrouver une certaine sérénité. Ces centres d'intérêts contribuent à réguler ses humeurs, car ils la stimulent.

Concernant le traitement médicamenteux de Madame M, il se compose de :

- **Lioresal 10mg** : a une action décontractante sur les muscles (spasticité*)
 - **posologie** : 2 matin/1 midi /2 soir
 - **effets indésirables fréquents** : sédation, somnolence, asthénie*
- **Melaxose** : laxatif
 - **posologie** : 1 cuillère à café matin et soir
 - **effets indésirables fréquents** : sensation de ballonnement, diarrhée, démangeaisons
- **Doliprane 1g** : pour la douleur
 - **posologie** : 1 matin / 1 soir
 - **effets indésirables fréquents** : exceptionnellement réaction allergique cutanée

- **Seroplex** : antidépresseur
 - **posologie** : 1 matin
 - **effets indésirables fréquents** : nausées, maux de tête, modification de l'appétit, bouche sèche, anxiété, insomnies, tremblements
- **Normacol** : laxatif
 - **posologie** : 2 sachets le matin
 - **effets indésirables fréquents** : sensation de ballonnement
- **Atarax** : anxiolytique
 - **posologie** : 1 matin et 1 soir
 - **effets indésirables fréquents** : Constipation, bouche sèche, rétention d'urine, somnolence, confusion des idées, tachycardie, baisse de la tension.
- **Tercian** : antipsychotique
 - **posologie** : 20 gouttes le soir
 - **effets indésirables fréquents** : Somnolence, Indifférence, variation d'humeur, sécheresse de la bouche, constipation, troubles de l'accommodation*, rétention d'urine.

2.2.1.2. Objectifs thérapeutiques

Dans son projet personnalisé, Madame M a émis trois souhaits desquels le référent a extrait des objectifs éducatifs :

- **Projet N°1** : Madame M souhaite participer à une activité peinture ou un atelier art-thérapeutique.
- **Objectifs éducatifs** : Lui permettre d'accéder à une activité d'expression, favoriser la notion de plaisir.

- **Projet N°2** : Améliorer les repères dans le temps de Madame M.
- **Objectifs éducatifs** : Développer son autonomie sur les temps clefs, responsabiliser Madame M.

- **Projet N°3** : Maintenir et développer les connaissances de Madame M.
- **Objectifs éducatifs** : Valoriser Madame M à travers des travaux mettant en avant ses acquis scolaires, maintenir sa culture générale.

À la lecture du dossier de Madame M contenant le projet personnalisé et suite aux échanges avec cette dernière ainsi qu'avec sa référente, nous avons détaché une liste des besoins de la résidente :

- **besoin d'estime de soi (valorisation, favoriser le développement de la confiance en soi)**
- **besoin de moments de détente, de bien-être, de confort et de temps de repos**
- **besoin que l'on écoute ses maux**
- **besoin d'expression créative**
- **besoin de maintenir sa culture générale**
- **besoin d'appréhender sa corporalité**
- **besoin d'être responsabilisée**
- **besoin de passer du temps avec son petit ami**

Nous observons que Madame M se dévalorise fortement. Elle parle aisément de ses appétences artistiques mais termine toujours ses phrases par un jugement critique de ses possibilités et se compare aux autres résidents.

Lors du premier entretien, elle souligne : « *j'aimerais beaucoup faire de la peinture mais je ne sais pas peindre sans déborder, Monsieur D lui il sait bien peindre, il fait des jolies choses* ». Nous pensons qu'il serait favorable de révéler à Madame M ses capacités oubliées ou méconnues, de l'amener à se rendre compte que l'on peut contourner certaines difficultés en utilisant des outils (nous pensons ici à sa crainte de déborder, cela peut être évité par l'utilisation de scotch ou de drawing gum).

À la lumière des informations concernant Madame M, nous avons ciblé comme objectifs thérapeutiques généraux :

- **favoriser la notion de plaisir et le bien être afin de réduire l'irruption de pensées angoissantes**
- **favoriser une renarcissisation**

Afin d'atteindre nos objectifs thérapeutiques généraux nous avons ciblés des objectifs thérapeutiques intermédiaires :

- **mettre en place un cadre thérapeutique sécurisant et favorisant la détente**
- **valoriser les acquis et révéler les compétences**
- **développer la confiance en soi**

2.2.1.3. Séances art-thérapeutiques

Dix séances art-thérapeutiques d'1 heure ont été proposées à Madame M, qui choisira les arts plastiques comme voie d'expression. Ces ateliers ont eu lieu les mardis de 16h00 à 17h00 dans une salle du foyer occupationnel. Ci-dessous nous présentons les productions, accompagnées de détails non exhaustifs des séances.



Figure 1. Séance 1. Encres acryliques

En première séance, Madame M dit se sentir bien mais ressentir une légère douleur au genou. Elle souhaite découvrir les encres acryliques. Nous lui proposons une initiation ludique, révélatrice pour l'art-thérapeute des capacités et difficultés. Cet atelier sera semi-dirigé.

Lorsque Madame M comprend que sa production sera abstraite, elle souligne :

« *L'abstrait c'est bien car on peut faire ce qu'on veut...* » Avant d'entrer en action, elle manifeste son intention en terme de choix de couleurs, par exemple elle ne souhaite pas utiliser de gris car c'est une couleur triste selon elle.

Madame M sera réceptive et volontaire, mais aura des difficultés à se concentrer. Elle interroge l'art-thérapeute sur les autres ateliers et parle des capacités des autres résidents.

À l'issue de cette heure, Madame M pose sur sa production un regard intéressé. Elle dira avoir prit du plaisir et être satisfaite du résultat, elle s'exclame : « *c'est beau toutes ces couleurs !* »

Cette séance est révélatrice de la fatigabilité de l'utilisateur, mais aussi de ses préoccupations mentales qui l'empêchent de profiter pleinement du moment et de se détendre. Nous observons qu'il serait plus approprié d'installer un plan incliné pour pallier les difficultés motrices et visuelles. Nous suggérons de ne pas excéder le format A4 (21 x 29,7 cm) afin d'obtenir une production par séance et ceci dans le but de valoriser Madame M.

Toute la séance se déroule avec un fond musical choisi par la résidente. Elle ne reparlera pas de sa douleur au genou.



Figure 2. Séance 2-3-4. Acryliques au pinceau

En séance 2, nous proposons à Madame M de choisir une feuille de couleur. Sur cette feuille nous délimitons des espaces aux formes géométriques. Madame M doit identifier les espaces, choisir une couleur et peindre. Nous installons une tablette sur laquelle nous posons un chevalet de table ainsi Madame M est plus confortable.

Elle est plus détendue et se met à chanter à plusieurs reprises.

Elle connaît le mélange des couleurs, nous stimulons donc cet acquis à chaque création de ton ce qui la valorise fortement.

Afin que Madame M puisse assimiler un geste sans être troublée par des mouvements parasites, nous l'accompagnons dans un premier temps en plaçant une main sous son coude et l'autre sur la main qui peint.

En fin de séance, elle s'exprime : « *j'aime bien ce que je fais !* », « *ce orange j'aime bien, on dirait le printemps !* »

Il nous semble pertinent de faire découvrir à Madame M de nouvelles activités afin qu'elle prenne conscience de ses capacités.

En séance 3, Madame M semble fatiguée et dit souffrir des côtes, elle est calme et peu souriante. Suite à un incident, nous devons recommencer l'activité de la séance 2, non contrariée de cela elle reprend de manière engagée.

Calme et concentrée, ses gestes sont plus précis et assurés. Madame M continue toutefois de se comparer aux autres résidents qui participent aux ateliers art-thérapeutiques et interroge l'art-thérapeute sur ce sujet à de nombreuses reprises.

Les encouragements de l'art-thérapeute aident Madame M à percevoir ses qualités créatives. Lorsqu'elle regarde le travail accompli dans l'heure elle laisse éclater un : « *Waouh !* » qui illumine son visage, elle poursuit : « *c'est bien l'art-thérapie !* ». Elle se projette et souhaite montrer son travail à son petit ami. Quand elle sort de la salle, Madame M interpelle une éducatrice à qui elle dit avec enthousiasme : « *regarde ce que je fais !* ». Ce membre de l'équipe remarque son visage radieux et apaisé.

Madame M ne reparlera plus de sa douleur ressentie avant la séance.

En séance 4, Madame M est fatiguée, elle communique peu. Elle est présente, concentrée, calme et dit ne ressentir aucune douleur. Nous ressentons chez cette résidente une réelle motivation, une volonté de dépassement des obstacles.

Le temps d'observation de l'œuvre produite, procure à Madame M une forte gratification narcissique qui éclaire son visage. On peut percevoir l'expression du plaisir lorsqu'elle peint.

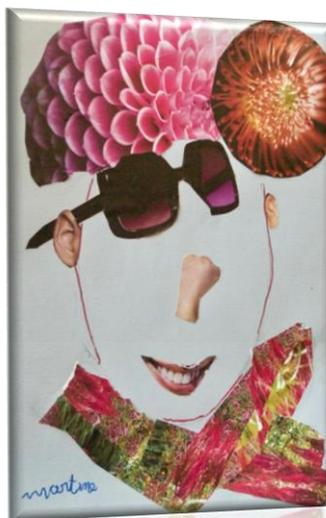


Figure 3. Séance 5-6. Collage

La séance 5, est consacrée au développement de l'imaginaire à travers une activité de collage. Avant la séance art-thérapeutique, Madame M peint avec d'autres usagers. Elle exprime le souhait de rester avec ces derniers, nous acceptons. La dynamique s'en trouve changée, Madame M se laisse plus facilement distraire par ce qui se passe autour d'elle mais arrive néanmoins à se concentrer et suivre les instructions.

La consigne est de réaliser un visage heureux avec des éléments prédécoupés dans des magazines, nous précisons qu'elle peut sortir du connu et de l'ordinaire en réalisant une figure farfelue. Nous observons :

- la reconnaissance des éléments (yeux, oreilles, cheveux, bouches). Madame M a des difficultés à identifier le nez.
- le positionnement. Madame M les effectues selon sa volonté et décide de mettre le nez à l'envers.

Pour le collage, Madame M met la colle tandis que l'art-thérapeute repositionne l'élément exactement là où elle l'avait placé, enfin, elle appuie, pour bien l'appliquer.

Cette activité a l'intérêt de travailler la motricité fine. Madame M peine à puiser dans son imaginaire, nous lui suggérons donc quelques possibilités (comme utiliser des fleurs pour la chevelure). En fin de séance, elle commence à s'appropriier les

consignes et à émettre ses propres idées. Une fois encore un sourire de satisfaction l'anime lorsqu'elle regarde sa production.

Il n'était pas éclairé de notre part de réaliser cet atelier en présence d'autres résidents et membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous sommes convaincus que cela a retenu l'expression tant verbale qu'artistique de Madame M.

En séance 6, nous poursuivons l'activité de collage dans la salle destinée à l'art-thérapie sans la présence d'autres personnes. Madame M est de bonne humeur, enthousiaste. Elle est peu impliquée et plutôt contemplative. Elle interroge de moins en moins l'art-thérapeute sur ses autres accompagnements. Nous la stimulons à terminer le collage et à donner un prénom et des caractéristiques à son personnage. Elle l'appellera Martine (deuxième prénom de Madame M), et l'imaginera vivre en Afrique sans mari ni enfants et être fleuriste. Arrivée à la fin de l'heure elle nous parle spontanément des ses réalisations dont elle est très fière et affirme avoir rêvé de ses peintures. **Le lendemain, une AMP* nous interpelle sur le fait que Madame M était radieuse pendant la toilette. Elle projetait d'acheter des cadres pour ses réalisations, de continuer l'art-thérapie et garder prêt d'elle ses dessins. Le moment de la douche qui habituellement, donne lieu à des tensions, crispations et plaintes de la part de Madame M s'est retrouvé facilité par une grande détente.**



Figure 4. Séance 7. Acryliques peint

Lors de la séance 7, Madame M semble somnolente. Nous lui proposons de peindre un tableau abstrait avec des objets (cylindres en carton épais, coton tiges, rouleau de scotch vide). Elle choisit les couleurs à mettre dans des assiettes individuelles, dans lesquelles elle pourra tremper l'outil sélectionné.

Elle se dévalorise : « *je ne suis pas minutieuse, toi tu l'es !* », « *Monsieur D lui doit être minutieux ?* » Nous constatons une lourde réflexion qui bloque son geste et lui enlève toute spontanéité. Nous rappelons à Madame M ses capacités et ce qu'elle a accompli.

Afin de la libérer de ses pensées négatives, nous prenons le parti de donner une forme très directive à cette activité. Nous soufflons à Madame M quelle couleur prendre avec quel objet dans une dynamique rapide ce qui l'amuse et la stimule extrêmement. **Nous lui expliquons notre démarche thérapeutique ainsi que notre objectif de soustraire un mental trop critique et présent, qui l'empêche d'agir.**

Dès lors, elle applique les couleurs de façon aléatoire et spontanée. Elle gardera un sourire aux lèvres durant tout le « jeu » et jettera un regard rayonnant sur sa réalisation. **À partir de cette séance Madame M cessera de se comparer aux autres et de se dévaloriser.**



Figure 5. Séances 8-9-10. Acrylique au pinceau

Pour les trois dernières séances nous proposons à Madame M de peindre d'après modèle. Il s'agit du « Champ de blé aux corbeaux » de Vincent van Gogh. Elle accueille l'activité avec enthousiasme appréciant ce peintre et ce tableau.

En séance 8, nous rappelons à Madame M la démarche thérapeutique énoncée en séance 7. Nous constatons que la verbalisation de notre démarche, associée à la combativité de Madame M, la place en position de co-thérapeute bénéfique à l'atteinte des objectifs. Elle semble moins hésitante et son geste gagne en assurance, elle le constate d'elle-même : « *t'as vu, j'hésite moins ?* ». Elle est investie et manifeste son goût pour cette activité. **Au terme de l'heure Madame M est enthousiaste à l'idée de poursuivre ce projet. En lutte constante avec elle-même, chaque création concrétise une victoire.**

En séance 9, Madame M arrive de bonne humeur et souriante. Volontaire et concentrée elle semble s'être lancé un défi par cette activité. Elle s'écrie : « *C'est pas mal du tout !* » en regardant ce qu'elle a fait précédemment. Parfois, Madame M s'agace de son corps qui ne « répond pas » comme elle voudrait. Nous lui suggérons de faire un autre mouvement comme prendre de la peinture et de revenir au geste initial, cela semble faciliter l'action. **Nous constatons plusieurs évolutions, Madame M ne s'interroge pas sur les autres résidents et leurs productions, elle ne se dévalorise pas, elle semble se poser moins de questions, elle est concentrée sur ses actions. Très à l'écoute de l'art-thérapeute, l'alliance thérapeutique solide semble favoriser l'atteinte des objectifs fixés.**

La séance 10, marque la fin de l'accompagnement thérapeutique de Madame M. Très active et motivée, elle termine le tableau d'après Van Gogh qui lui procure beaucoup de contentement. Elle fait peu de pause, uniquement pour boire. Le geste de peindre est plus confiant et assuré que dans les premières séances, elle m'interpelle : « *Tu as vu j'hésite moins !* » Nous effectuons ensemble le bilan d'accompagnement art-thérapeutique. Cette séance durera 1h30. **Ce projet conclut favorablement l'accompagnement art-thérapeutique de Madame M. Des progrès sont notables en terme de confiance en soi et vision de soi. C'est un bilan positif, la résidente est valorisée et possède de nouveaux acquis.**

2.2.2. Madame D

2.2.2.1. Anamnèse

Madame D est la seconde d'une fratrie de trois filles. Née prématurée (6 mois et demi) avec anoxie, elle présente une infirmité motrice cérébrale.

De 3 à 5 ans, Madame D vit dans sa famille (père, mère et sœurs).

De 5 à 17 ans, elle est scolarisée dans un IEM* et rentre dans sa famille un weekend sur deux. Durant son enfance elle subit de nombreuses interventions chirurgicales au niveau des membres inférieurs. Elle en conserve des difficultés à la marche et se déplace essentiellement en fauteuil roulant.

En 1992, Madame D entre au centre Eldorado de Smarves, elle a 24 ans.

De novembre 2001 à 2003, elle vit en couple dans un appartement du service de suite. Suite à la séparation, elle réintègre le foyer d'hébergement et devient propriétaire d'un studio.

Son père décède en 2011.

En 2015, elle est opérée d'un hépatocarcinome* et possède depuis un fauteuil électrique.

En Mars 2017, on lui ôte une glande surrénale.

Madame D est une femme communicative, à l'imagination débordante. Intelligente, spontanée, elle possède une grande culture. Lors d'une conversation, on peut être surpris par ses propos sans liens et inappropriés cependant, si on le lui fait remarquer, elle le constate et rit d'elle même.

Madame D sait lire, écrire, compter et lire l'heure. Elle affectionne les activités culturelles et lit, même si le sens n'est pas toujours compris. Elle écrit des poèmes et se dit poète. Elle aime écouter de la musique classique.

Madame D n'aime pas les consignes ni les contraintes. Elle aime jouir d'un grand espace de liberté. Lors des ateliers du foyer occupationnel, elle peut se mettre à déambuler s'il y a trop de temps mort.

Madame D est douloureuse et a des difficultés à gérer ses émotions. Angoissée et en proie à des peurs qui génèrent en elle des tensions, elle peut éclater en sanglots sans raisons extérieures visibles. Elle ressasse des choses du passé qui l'attristent, elle fait des cauchemars et appelle de nombreuses fois la nuit. Madame D exprime facilement son mal être par rapport à son corps meurtri par les opérations.

Madame D est proche de sa mère et rentre régulièrement dans sa famille.

Concernant le traitement médicamenteux de Madame D, il se compose de :

- **Actonel 35** : pour l'ostéoporose suite à des fractures spontanées
 - **posologie** : 1 comprimé le jeudi matin
 - **effets indésirables fréquents** : troubles digestifs (nausées, diarrhée, douleurs abdominales, digestion difficile, constipation), maux de tête, douleur des os, des muscles ou des articulations
- **Euphytose** : anxiolytique phytothérapeutique
 - **posologie** : 1 matin/ 1 midi/ 1 soir
 - **effets indésirables fréquents** : rarement troubles digestifs
- **Movicol** : laxatif
 - **posologie** : 1 sachet le matin si besoin
 - **effets indésirables fréquents** : douleurs abdominales

- **Passiflora**, homéopathie pour les insomnies et trouble du sommeil

- **posologie** : 5 granules au couché
- **effets indésirables fréquents** : aucun

2.2.2.2. Objectifs thérapeutiques

Dans son projet personnalisé, Madame D a émis les souhaits suivants :

- **faire du dessin**
- **faire de la sophrologie**
- **reprendre le scrabble**
- **reprendre la musique**
- **poursuivre les repas avec son ami Monsieur V**

Les objectifs éducatifs extraits du projet personnalisé sont :

- **l'amélioration du confort et de la détente**
- **apaiser les angoisses, les tensions et les douleurs**
- **créer des liens sociaux**
- **valoriser la créativité**

À la lecture du dossier de Madame D contenant le projet personnalisé et suite aux échanges avec cette dernière ainsi qu'avec sa référente, nous avons détaché une liste des besoins de la résidente :

- **besoin d'un fauteuil confortable et de temps de détente musculaire car Madame D est très douloureuse**
- **besoin d'un accompagnement thérapeutique pour la guider dans la gestion de ses peurs, de ses douleurs et l'aider à se familiariser avec son corps qui lui fait vivre à chaque nouvelle intervention des sensations nouvelles**
- **besoin de reprendre confiance en elle, en ses facultés de récupération**
- **besoin de se rendre compte qu'elle peut toujours réaliser certains projets**
- **besoin de s'exprimer artistiquement, de rendre concret son imaginaire foisonnant**
- **besoin d'être recentrée, canalisée**
- **besoin de nouer des contacts sociaux**

Nous observons que Madame D est une personnalité expansive.

Toujours en possession d'un ou plusieurs livres, son imaginaire foisonne d'idées.

Elle n'éprouve aucune difficulté à exprimer ses choix, au contraire, il semble difficile de l'emmener vers des choses nouvelles, extérieures à elle. Elle peine à demander de l'aide.

Nous remarquons que cette affluence d'idées est à rapprocher parfois d'un état d'hyperactivité mentale, son esprit fuse et se perd dans des propos incohérents ou inappropriés.

Notons que Madame D ne pense pas à boire car elle ne ressent pas la sensation de soif.

Nous sommes convaincus que l'art-thérapie peut répondre à plusieurs besoins de Madame D, c'est pourquoi, à la lumière des informations la concernant, nous avons ciblé comme objectifs thérapeutiques généraux :

- **favoriser la détente**
- **apaiser les angoisses, tensions et douleurs**

Afin d'atteindre nos objectifs thérapeutiques généraux nous avons ciblés des objectifs thérapeutiques intermédiaires :

- mettre en place un cadre thérapeutique sécurisant et favorisant la détente
- soulager l'inconscient par l'expression des émotions dans le processus créatif
- développer la confiance en soi

2.2.2.3. Séances art-thérapeutiques

Dix séances art-thérapeutiques d'1 heure ont été proposées à Madame D, elle choisit les arts plastiques comme voie d'expression, cependant nous verrons que l'art-thérapeute a parfois utilisé l'écriture. Ces ateliers ont eu lieu les jeudis de 16h00 à 17h00 dans une salle du Foyer Occupationnel.

Ci-dessous nous présentons quelques une des productions, accompagnées de détails non exhaustifs des séances. Les descriptifs des œuvres énoncés ci-après, sont ceux de Madame D, nous avons respecté les termes employés par cette dernière.



Figure 1. Séance 1. Crayons aquarellables

Lorsque je reçois Madame D **en séance 1**, elle a vécu quelques semaines auparavant, une surrénalectomie*. Elle me dit se sentir bien mais se plaint d'une douleur dans l'avant bras droit descendant dans ces doigts ainsi que d'une douleur lombaire et abdominale due à l'intervention chirurgicale ressentie. Madame D souhaite malgré tout participer à la séance. **L'atelier se déroulera au rythme de la résidente. Il sera ponctué de moment d'échanges verbaux qui permettent à Madame D de mettre son corps au repos.**

Avant d'entrer dans la salle, Madame D récupère une feuille sur laquelle elle a esquissé un dessin. Elle annonce souhaiter reproduire cette ébauche. L'esquisse représente un homme avec une femme, séparés par un cœur représentant l'amour et un point d'interrogation représentant le questionnement de Madame D (questionnement qu'elle ne saura expliciter). Elle m'explique : « *j'ai eu cette idée il y a longtemps, en regardant le crime de l'Orient Express.* » Le projet est élaboré dans son esprit, le fond sera vert, les personnages en costumes noir, la chevelure de l'homme blonde.

Nous observons que Madame D allonge difficilement le bras, nous lui installons donc une tablette pour plus de confort.

Calme, Madame D choisit les crayons aquarellables et débute sa création. Son visage crispé au début se décontracte au fur et mesure. Elle se plaindra à deux reprises de douleurs puis cessera complètement jusqu'à la fin de la séance.

La résidente exécute son dessin sans réelle application, de manière expéditive, oubliant des détails. Elle demandera de l'aide à l'art-thérapeute pour la réalisation des pieds.

Une fois le dessin terminé, elle dira être satisfaite d'avoir enfin pu mettre son idée en forme.

Nous prenons en fin de séance un temps de discussion. Madame M ressent de nouveau une douleur lombaire. Nous lui demandons si elle a souffert pendant qu'elle peignait, elle répond : « *non car j'étais absorbée par ma peinture.* » plus loin dans la conversation elle se confie : « *c'est difficile de me faire changer d'avis, même si je sais que j'ai tort !* » (Elle s'en amuse et se met à rire). Puis elle s'inquiète : « *je n'ai pas d'idée pour la prochaine fois ...* »

À l'issue de cette heure, nous comprenons que Madame D à besoin de dialoguer avec l'art-thérapeute. Elle parle d'elle, exprime son ressenti sur des sujets variés. Les discussions sont élaborées. Elle nous explique toutefois, qu'elle peine à mettre des mots expliquant les causes de ses idées et questionnements, c'est pour cela qu'elle n'arrive pas à mettre de titre à ses créations. Elle semble vouloir maîtriser le déroulement de la séance art-thérapeutique en initiant le sujet de l'action.



Figures 2-3-4. Séance 2. Aquarelles et acryliques

La séance 2, est très productive Madame D réalise 3 créations. En début de séance nous exposons la réalisation de la séance 1 dans le couloir, à la demande de la résidente.

Madame D dit aller bien, mais nous la trouvons peu souriante et peu éloquente, elle semble fatiguée. Elle se lance dans une création spontanée à l'aquarelle. Sur le dessin, un paysage (ciel et maison allemande, figure 2).

Concentrée pendant quelques minutes elle termine promptement et dit : « *voilà, c'est terminé, je n'ai plus d'idée pour aujourd'hui.* » Nous lui proposons deux activités, elle réalisera la figure 3. Madame D s'approprie la consigne et décide de transformer un cercle

en pointillé, elle s'étonnera que l'art-thérapeute n'intervienne pas et dans un grand rire s'exclamera : « *c'est bien la première fois qu'on ne me dit rien quand je ne fais pas ce qu'on m'a demandé* ». Puis nous observons son implication, son attention s'amenuiser, elle termine rapidement : « *ça y est, j'ai fini !* »

Il reste de la peinture et Madame D se soucie qu'elle soit gâchée. Nous lui proposons si elle le souhaite de réaliser une peinture libre avec les peintures restantes. Elle accepte avec enthousiasme et confie qu'elle apprécie pouvoir faire comme bon lui semble (Figure 4).

Madame D nous aide à ranger le matériel, nous l'aidons à se laver les mains, la séance se termine.

Cette séance semble nous révéler un schéma comportemental de Madame D. En effet, nous remarquons une perte d'intérêt rapide pour ce qu'elle fait. Cela pousse Madame D à terminer ses peintures de façon expéditive, sans application. Nous avons le sentiment que Madame D a fourni aujourd'hui un effort de présence, c'est elle qui mettra fin à la séance.

En séance 3, Madame D est souriante, prompt à la conversation. Immédiatement elle se confie, elle est fatiguée. Elle s'est levée tôt pour un examen médical. Madame D nous fait part de son angoisse face à ce type d'évènement. **À cet instant, l'art-thérapeute laisse la parole se libérer au rythme de la résidente, elle pose des questions avec prudence et ne s'obstine pas à obtenir des réponses. Madame D est libre de ce qu'elle veut révéler ou taire.**

Madame D exprime le souhait de réaliser une peinture libre à l'aquarelle, elle n'a pas d'idée précise et souhaite juste peindre sans réfléchir, nous sommes dans l'art 1*. Pendant l'activité nous échangeons sur une multitude de sujets, Madame D communique abondamment sur sa vie, ses émotions, ses ressentis. Une fois son œuvre terminée elle nous demande si l'on peut terminer la séance par de l'écoute musicale et continuer à discuter, ce que nous acceptons.



Figure 5. Séance 4. Acrylique

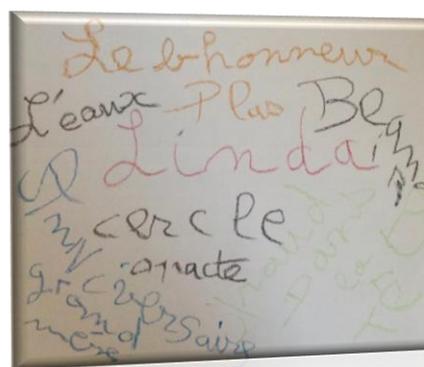


Figure 6. Séance 4. Feutres

En séance 4, Madame D arrive avec pour objectif de libérer ses émotions. Elle a une idée créative et se lance dans une ébauche. Puis elle réalise la figure 5 à l'acrylique. Sur un fond bleu, se détache 2 nuages, un mur (en orange sur le dessin), un arbre (en jaune sur le dessin), une femme (en marron et crayon de papier sur le dessin).

Se détache du fond des formes géométriques à l'intérieur desquelles Madame D inscrit «CH» pour chagrin. Nous l'interrogeons sur le terme chagrin, est-il ressenti actuellement? Madame D se livre sur un fait du passé dont elle souffre toujours

aujourd'hui, elle ressent de la culpabilité. Nous lui demandons si elle parle de ce sentiment avec le psychiatre, elle répond par l'affirmative. Madame D se sent fatiguée elle demande une pause durant laquelle nous parlons et écoutons de la musique. **Cette séance est très intime, Madame D se livre sur son mal être et nous l'écoutons respectueusement. Nous décidons de lui proposer après une pause un travail d'écriture sous forme de jeu.**

L'art-thérapeute dicte une consigne : « *écris le premier mot qui te passe par la tête* », la résidente prend une couleur puis écrit le mot en question. L'art-thérapeute poursuit : « *écris un mot pour un bon souvenir* », l'usager prend une nouvelle couleur puis écrit, et ainsi de suite (figure 6). Il est entendu que l'art-thérapeute cible les demandes en fonction de la problématique du résident. Ce jeu thérapeutique amuse Madame D qui trouve le résultat esthétique. Après la séance elle reviendra pour me montrer un dessin ainsi que le carnet dans lequel elle écrit, nous discutons.

Ce jour là l'infirmière de l'établissement nous informe que Madame D lui a confié trouver l'art-thérapie « génial » et aimer les activités.



Figure 7. Séance 5. Acrylique

En séance 5, Madame D est de bonne humeur et motivée. Elle souhaite commencer l'activité une demi-heure plus tôt (15h30). Comme à son habitude elle a un projet, son objectif est toujours de libérer ses émotions. L'usager est détendu et loquace mais garde des moments de concentration et de silence. Elle réalise une ébauche de son idée puis peint à l'acrylique. Madame D est investie mais reste toujours indifférente aux apports techniques que peut lui apporter l'art-thérapeute. **Nous émettons l'idée que Madame D se sent valorisée lorsqu'elle crée d'elle-même sans intervention extérieure.** La figure 7 est un visage représentant deux émotions. Pendant la création, la résidente nous explique qu'elle peine parfois à mettre des couleurs sur les émotions. Nous lui proposons donc une activité autour de ce thème. Ensemble nous énumérons les sept émotions universelles, l'art-thérapeute les notes sur une feuille, Madame D doit attribuer à chaque émotion une couleur qu'elle choisit dans la boîte de feutres. Enfin elle réalise une œuvre avec les couleurs choisies (figure 8-9).

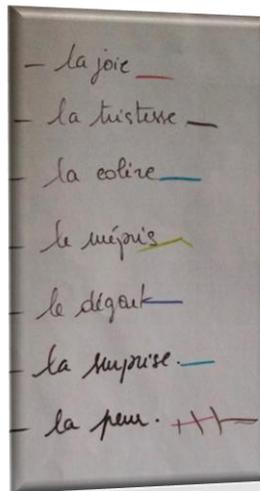


Figure 8. Séance 5. Feutres



Figure 9. Séance 5. Feutres

Madame D s'ouvre un peu plus à chaque séance, apportant en plus d'une idée quelque chose de personnel (carnet, photo, etc.) auquel elle nous laisse libre accès, expliquant qu'elle n'a rien à cacher. Nous abordons avec elle le sujet de son comportement depuis le début de l'accompagnement art-thérapeutique (sans jugement, ni critique), soulignant sa rapidité d'exécution ou son indifférence aux apports techniques que nous lui proposons, elle rigole d'elle-même à ce sujet. Cette séance nous permet de nous rendre compte de la personnalité égocentrée de Madame D. Nous comprenons que c'est une femme au monde intérieur riche qui transforme tout ce qu'elle voit, entend, en projets créatifs. Ces initiatives valorisent cette personnalité entière et vive. Il semble nécessaire de favoriser cette expression afin d'éviter une surcharge émotionnelle.



Figures 9-10. Séance 6. Acryliques

La séance 6, Madame D souriante et dynamique se lance dans une création libre émanant d'une image mentale.

La figure 9 représente les barreaux d'une prison, la figure 10 affiche un orange vif sur lequel madame D en jaune : « *Es si les gens vivent en pais* » Il est entendu avec Madame D depuis le début de l'accompagnement qu'elle ne sera pas reprise sur l'orthographe. En effet nous pensons que cela pourrait générer un embarras susceptible de bloquer le processus créatif.

Pendant l'heure, Madame D dialogue de ses questionnements et demande parfois à l'art-thérapeute ce qu'il pense de certains sujets. Elle exprime sur la mort et la difficulté de retomber sur des objets ayant appartenu à des personnes décédées.

Nous l'avons remarqué précédemment, Madame D est valorisée par l'expression de ses idées dans une forme graphique, cependant nous pensons que s'ouvrir aux propositions de l'art-thérapeute lui permettrait d'enrichir sa pratique et son univers. En effet, Madame D se plaint à plusieurs reprises de ne pas réussir à réaliser ce qu'elle « a dans la tête », nous lui suggérons de nous demander de l'aide. Nous profitons de ce moment pour passer un « contrat », à partir de cette séance chacune notre tour nous orienterons l'activité.



Figure 11. Séance 7. Pastels secs et feutres

En séance 7, Madame D me rejoint de bonne humeur souriante et enjouée, elle blague. Elle se plaint sans colère du comportement d'un des résidents qu'elle juge irrespectueux. Aujourd'hui nous lui proposons une activité alliant écriture et dessin.

Nous invitons notre résidente à choisir 2 feuilles de couleurs différentes. Sur la première nous lui demandons d'écrire ses pensées négatives, son ressentiment, sa colère etc. Une fois l'exercice terminé cette feuille est détruite sans être lu par Madame D, ni par l'art-thérapeute. Sur l'autre feuille, Madame D est appelée à inscrire des pensées positives, sa joie, ses rêves, ce qu'elle veut nourrir en elle. Cette feuille servira de base à une création picturale.

Madame D un sourire aux lèvres prend un plaisir perceptible, elle comprend la démarche thérapeutique et s'exclame : « *c'est agréable de pouvoir écrire ce qu'il y a dans ma tête.* » La figure 11 est l'œuvre réalisée sur la base des écrits positifs. Il s'agit d'un souvenir plaisant, d'une sortie au théâtre et d'une rencontre avec un bel acteur venant de Lyon.

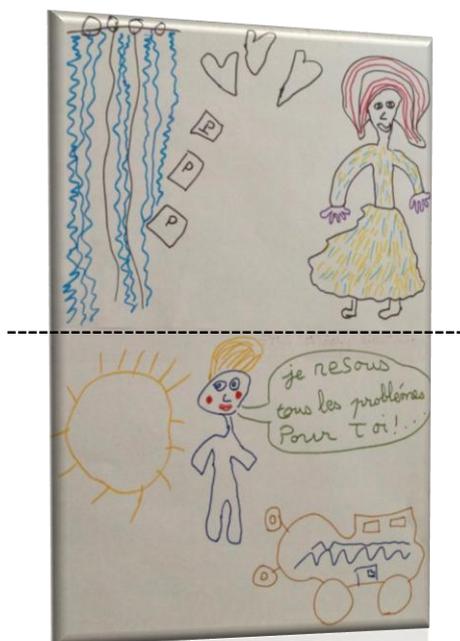


Figure 12 (en haut), figure 13 (en dessous). Séance 8. Feutres

Pour la séance 8, Madame D souhaite dessiner un souvenir triste, pour dit-elle le « sortir d'elle ». C'est un souvenir ancien où Madame D lors d'une sortie a été blessé par le comportement de certaines personnes l'accompagnant. Nous évoquons ce souvenir, elle s'interroge : « *pourquoi les moments tristes reviennent comme une roue ?* » Nous dialoguons.

Cette première production (figure 12) représente l'usager, il y a trois cœurs qui incarnent les espérances, l'amour des autres. Au-dessous trois carrés, à l'intérieur la lettre « P », ils matérialisent les trois cœurs « mis en pièce par le comportement des gens ». Les rideaux symbolisent ceux du théâtre où c'est déroulé la scène. Madame D dessine en deux temps, elle dessine tout en noir puis appose du bleu sur la robe du personnage. Elle marque une pause et me raconte le souvenir et son ressenti. Puis elle adjoint d'autres couleurs.

Nous proposons à Madame D de réaliser une nouvelle production décrivant le même moment mais tel qu'elle aurait souhaité qu'il se déroule. Intéressée, elle se lance sans hésitation et donne corps à la figure 13, dans laquelle un personnage masculin s'exclame : « *je résous tous les problèmes pour toi !* ».

Nous observons plusieurs évolutions lors de cette séance. Madame D est de plus en plus réceptive aux propositions de l'art-thérapeute. L'alliance thérapeutique, par la construction d'une confiance réciproque a permis de libérer l'expression. Plus impliquée et moins prompte, Madame D prend le temps de créer. Actrice de son soin, cette résidente est une véritable co-thérapeute, saisissant notre démarche, elle semble en attente d'outil pouvant l'aider à atteindre un mieux être

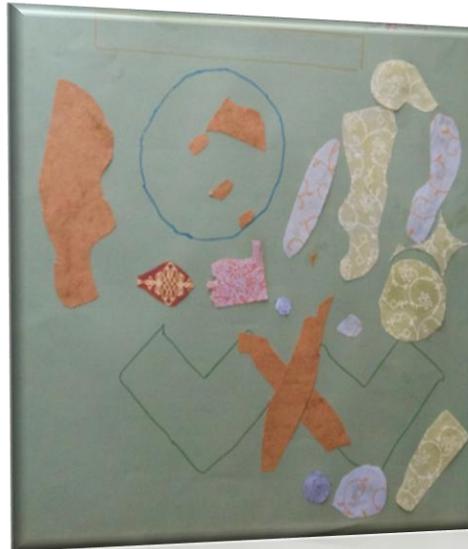


Figure 14. Séance 9-10. Feutres collage

Le jour de la **séance 9**, Madame D se sent fatiguée. Elle souhaite reproduire un dessin qu'elle a trouvé et qui lui plait. Elle se lance sans grand investissement.

Spontanément elle parle de son handicap et des efforts de concentration qu'il lui faut faire pour accomplir une action. Elle s'exprime : « *C'est ça qui nous angoisse, tout ce qu'on nous demande est loin* ». Afin d'être certain de bien comprendre ce qui vient d'être dit nous reformulons. **Madame D nous parle de l'effort constant à fournir pour atteindre un objectif quel qu'il soit. Il n'y a pour ainsi dire jamais d'immédiateté et cela génère de l'angoisse.** Elle poursuit : « *Parfois je me sens con de ne pas pouvoir faire les choses simplement.* »

Constatant un besoin d'expression verbale, nous terminons cette séance par un dialogue autour des questionnements de Madame D.

En séance 10, Madame D est de bonne humeur et reposée. Elle termine le collage avec une implication modérée. Le temps du bilan d'accompagnement donne lieu à des échanges intéressants. Nous pouvons exposer notre bilan thérapeutique face à une résidente réceptive, capable d'une certaine introspection. Son bilan auto-évaluatif est positif, Madame D y écrira quelques commentaires sur la conduite art-thérapeutique.

PARTIE III. RÉSULTATS

3.1. MADAME M

3.1.1. Items scientifiques personnalisés

3.1.1.1. Items et cotations

« L'attention portée à toutes ces manifestations subtiles et essentielles renseigne l'art-thérapeute sur ce qui émerge du monde interne du patient à travers le processus artistique et l'image créée, mais aussi sur l'état psychique du patient et sur ce qu'il est en mesure d'explorer. »²⁶

Durant notre stage, notre fiche d'évaluations comportait de nombreux items dans un but de récolter des informations détaillées. Nous vous présentons uniquement les items les plus pertinents au regard de l'atteinte des objectifs fixés.

Aspects comportementaux

Items/Cotation	1	2	3	4	5
Attitude générale	Angoissée	Agitation mentale	Patiente	Calme	Détendue / Sereine
Accueil de l'activité	Opposée / agressive	Indifférente	À l'écoute	Intéressée	Motivée
Implication	Aucune refusée	Sollicitée	Hésitante	Spontanée	Enthousiaste
Concentration	Aucune	Perturbée	Faible	Moyenne	Grande
Confiance	Aucune	Faible	Grandissante	Moyenne	Grande
Assurance du geste	Très hésitant	Hésitant	Peu hésitant	Confiant	affirmé

Implication relationnelle/communication

Items/Cotation	1	2	3	4	5
Nature	Angoisses	Plaintes douleurs	Passé (souvenirs)	Demandes (souhaits)	Moment présent
Qualitatif	Incohérente	Troublée	Compréhensible	Clair	Élaboré
Quantitatif	Aucune	Rare	Moyenne	Importante	Incessante
Projection dans le futur	Aucune	Peu	Modérée	Beaucoup	Constamment
Exprime une idée spontanément	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours

Ici nous cotons la nature de la communication (la résidente exprime t'elle des angoisses ? ou est-elle dans le moment présent ?), sa qualité (son discours est-il incohérent, clair ou élaboré ?) et la quantité (s'exprime t'elle rarement ? ou est-elle dans la logorrhée ?). Ainsi nous pouvons jauger l'évolution de la résidente au regard de ces items spécifiques à sa personnalité.

²⁶ HAMEL Johanne et LABRÈCHE Jocelyne - *Art-thérapie-Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur des douleurs*, p.100-Larousse poche

Aspects psychiques

Items/Cotation	1	2	3	4	5
Humeur	Gestes d'humeur	Mauvaise humeur	Humeur égale	Bonne	Enthousiasme
Angoisse	Non observée	Au début	Par moment	Paroles abondantes	Cris/pleurs
Détente	Pas détendu	Peu détendu	Détente mitigée	Détendu	Grande détente
Sourires	Aucun	Un	Rares	Quelques	nombreux
Anxiété psychique	Aucun trouble	Tension subjective irritabilité	Se fait du souci à propos de problèmes mineurs	Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage	Peurs exprimés sans qu'on ne pose de questions

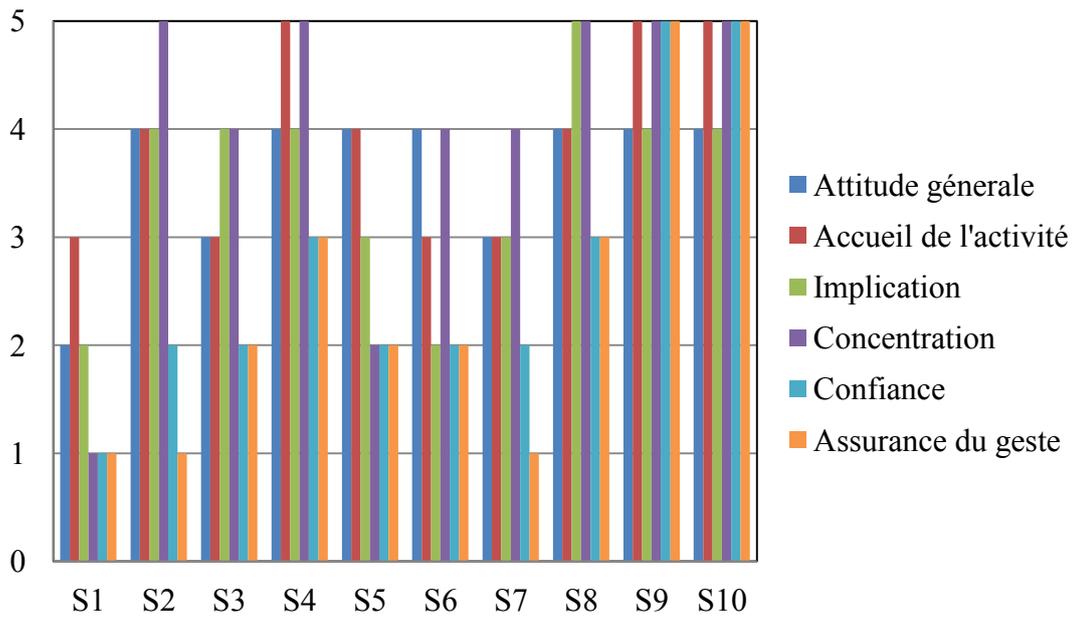
Production

Items/Cotation	1	2	3	4	5
Plaisir engagé	Déplaisir	Indifférence	Peu de plaisir	Plaisir	Grand plaisir
Autoévaluation	Dévalorisation	Indifférence	Satisfaction mitigée	Satisfaction	Fierté
Devenir de la production	Détruite	Emporté pour lui même	Confié à l'art thérapeute	Offerte	exposé

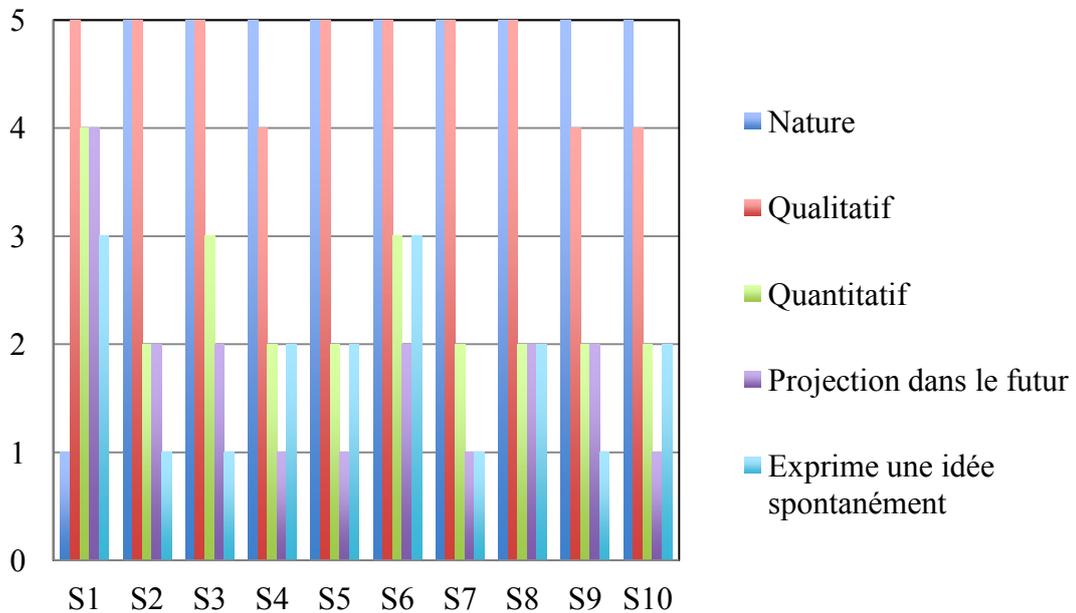
3.1.1.2. Graphique évolutif des items

Page suivante, nous vous présentons les graphiques montrant l'évolution des items. Sur l'axe vertical nous retrouvons la cotation, sur l'axe horizontal le nombre de séances (« S » pour séance suivi du numéro correspondant).

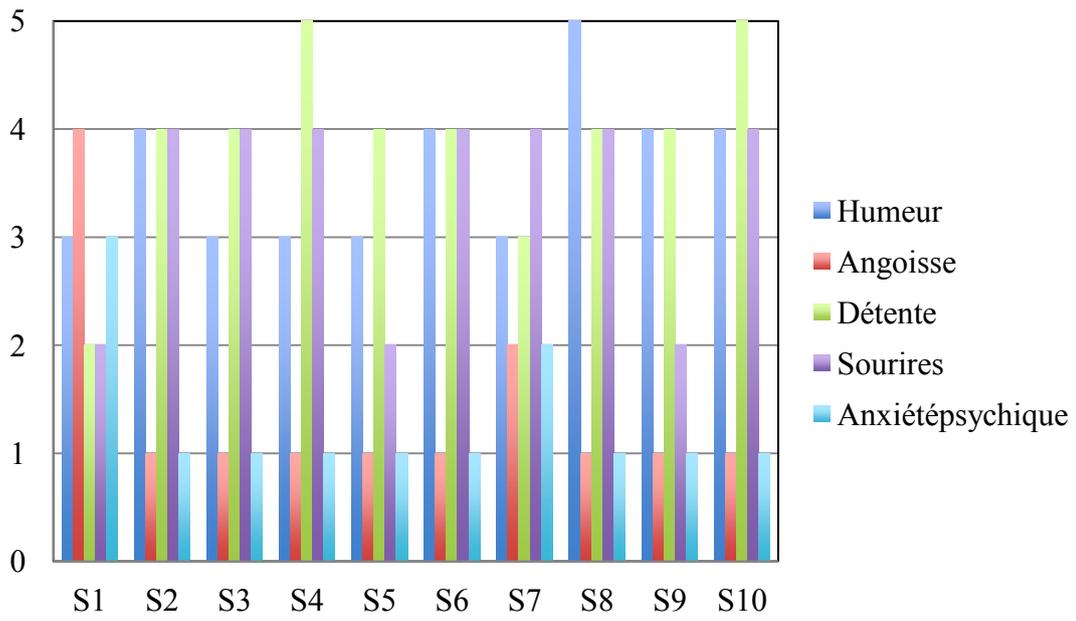
Aspects comportementaux



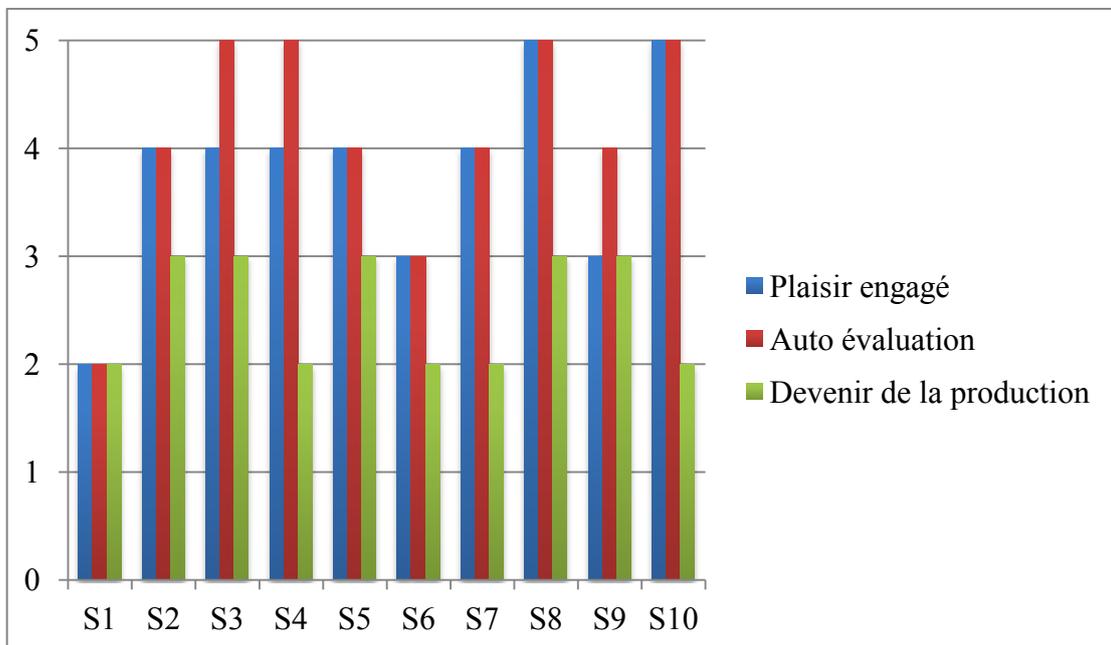
Implication relationnelle/communication



Aspects psychiques



Production



3.1.3. Auto-évaluation

Au terme de notre accompagnement art-thérapeutique, nous avons pris un temps en fin de séance pour réaliser un bilan de cette expérience. C'est un moment important.

Il permet au résident et à l'art-thérapeute de s'exprimer globalement sur la prise en soin réalisée, de constater s'il y a eu des évolutions, de regarder et commenter les productions si le résident en éprouve le besoin.

Un bilan auto-évaluatif est proposé, il concerne l'accompagnement art-thérapeutique et les productions (voir annexe n°3). Basé sur les notions, « le bien », « le bon », « le beau » du cube harmonique de Richard FORESTIER, cette auto-évaluation revêt un intérêt non négligeable. En effet, comme l'explique Marie-Claire BORREMAN²⁷ dans son livre *Ateliers artistiques*, ces notions peuvent être rattachées aux composantes de l'estime de soi, comme illustré dans le tableau ci-dessous.

La confiance en soi	L'amour de soi	L'affirmation de soi
<u>Le bien</u> // Le savoir faire Agir Se projeter Faire Réussir Est-ce que c'est bien fait ?	<u>Le bon</u> // Le bien être Le plaisir L'intérêt L'investissement Ai-je éprouvé du plaisir ?	<u>Le beau</u> // Le goût S'affirmer S'exprimer S'imposer Se défendre Est-ce que ça me plaît ?
L'estime de soi ou Renarcissisation		

Marie-Claire BORREMAN-Atelier artistiques-Phalente 2012

Le bilan auto évaluatif de Madame M est très positif, elle cotera de la valeur maximale le plaisir prit durant les séances, la manière dont elles ont été menées ainsi que son envie de continuer. En ce qui concerne les productions elle mettra la note optimale à la qualité esthétique, la manière dont elle a réalisée ses œuvres et le plaisir qu'elle a ressenti.

De manière plus générale elle exprimera avoir passé un moment très agréable.

Madame M pouvait également faire figurer des commentaires sur sa fiche de bilan. Voici les mots qu'elle nous a demandé d'écrire :

« Je trouve que tu vas doucement pour expliquer, on fait pas tout en une fois. », « Moi je t'ai trouvé bien, non mais ça te correspond bien. », « Comment je peux trouver du Agnès Obel ? » « J'ai vraiment passé un bon moment avec toi. »

²⁷ BORREMAN Marie-Claire est une art-thérapeute diplômée de la faculté de médecine de Tours. Elle est titulaire d'un master d'arts plastiques délivré par l'université de la Sorbonne. *Ateliers artistiques* p.14

3.1.4. Bilan

« *Ce sur quoi l'on se concentre grandit* »²⁸

Madame M a montré lors de cet accompagnement une volonté très forte de dépasser ses difficultés, faisant d'elle une remarquable co-thérapeute.

À l'écoute de l'art-thérapeute elle a pu cibler les obstacles et apaiser un mental trop présent qui l'empêche d'être dans l'action et la bloque dans une autocritique constante.

En attirant l'attention de Madame M sur ses capacités, nous avons constaté au fil des séances une amélioration de la confiance en soi et une plus grande concentration. La confiance grandissant le geste de Madame M en est devenu plus assuré et précis.

Au terme de cette prise en soin nous notons que Madame M se compare moins aux autres et à leurs capacités.

Impliquée et concentrée sur une action présente le mental ne peut se dissiper.

Afin d'atteindre nos objectifs thérapeutiques généraux, qui rappelés le étaient :

- **favoriser la notion de plaisir et le bien être afin de réduire l'irruption de pensées angoissantes**
- **favoriser une renarcissisation**

Nous avons ciblé une action sur l'amélioration de la confiance en soi passant par la valorisation des acquis et la gratification narcissique (révélée en fin de séance par un temps d'observation et d'échanges sur la production). À la lecture des résultats, nous estimons avoir suivi une stratégie thérapeutique pertinente.

Madame M a émis le souhait de poursuivre l'accompagnement art-thérapeutique.

Un entretien avec sa référente afin d'énoncer les modalités de cette nouvelle prise en soin est convenu pour le mois d'octobre 2017. Nous pensons qu'il serait approprié :

- **de poursuivre une action sur les composantes de l'estime de soi, car c'est ainsi que le plaisir et le bien-être, peuvent être favorisés**
- **de persévérer dans la révélation à Madame M de ses capacités oubliées ou méconnues.**

²⁸ Cat BENNETT -Créativité p.79 - Dangles 2010

3.2. MADAME D

3.2.1. Items scientifiques personnalisés

3.2.1.1. Items et cotations

« *L'art-thérapeute se fait le témoin de ses propres impressions et réactions, émotionnelles et psychiques, suscitées tant par le processus créatif dans lequel le patient s'engage que par l'image qu'il produit.* ²⁹

Comme pour le cas précédent, nous vous présentons uniquement les items les plus pertinents au regard de l'atteinte des objectifs fixés.

Aspects comportementaux

Items/Cotation	1	2	3	4	5
Attitude générale	Angoissée	Agitation mentale	Patiente	Calme	Détendue / Sereine
Accueil de l'activité	Opposée / agressive	Indifférente	À l'écoute	Intéressée	Motivée
Implication	Aucune refusée	Sollicitée	Hésitante	Spontanée	Enthousiaste
Concentration	Aucune	Perturbée	Faible	Moyenne	Grande
Initiative	Aucunes	Une	Rares (2à3)	Quelques une (3à5)	nombreuses

Implication relationnelle/communication

Items/Cotation	1	2	3	4	5
Nature	Angoisses	Plaintes douleurs	Passé (souvenirs)	Futur (faits à venir)	Moment présent
Qualitatif	Incohérente	Troublée	Compréhensible	Clair	Elaborée
Quantitatif	Aucune	Rare	Moyenne	Importante	Incessante
Exprime une peur, une angoisse	Non exprimée	Déambule	Début d'expression	Exprimée verbalement	Exprimée par la création

²⁹ HAMEL Johanne et LABRÈCHE Jocelyne - *Art-thérapie-Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur des douleurs*, p.100-Larousse poche.

Aspects psychiques

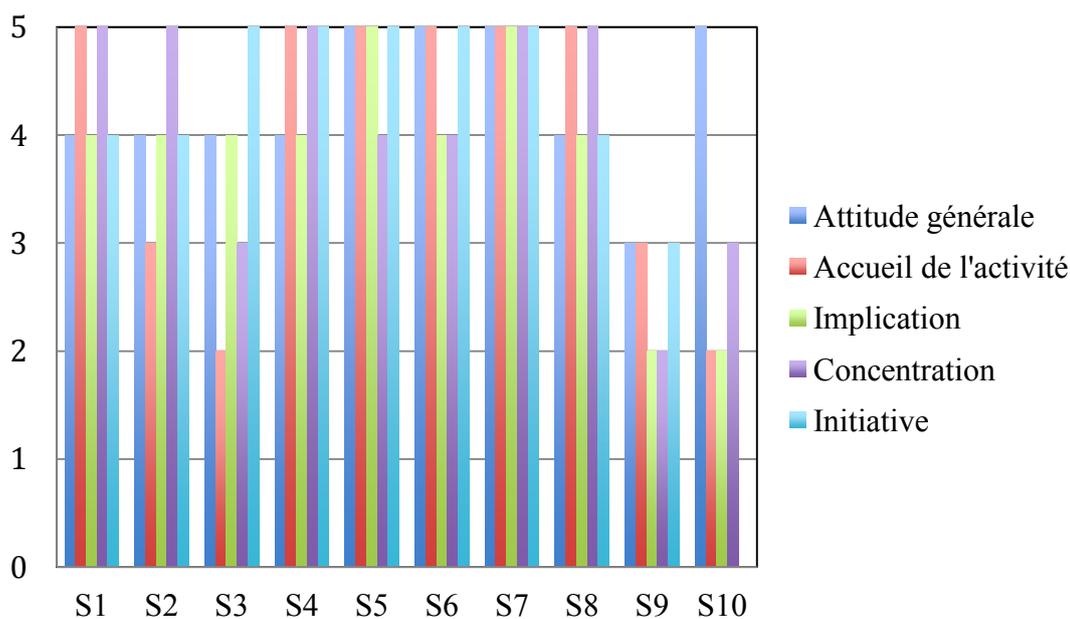
Items/Cotation	1	2	3	4	5
Humeur	Gestes d'humeur	Mauvaise humeur	Humeur égale	Bonne	Enthousiasme
Angoisse	Non observée	Au début	Par moment	Déambule	Cris/pleurs
Détente	Pas détendue	Peu détendue	Détente mitigée	Détendue	Grande détente
Sourires / rires	Aucun	Un	Rares	Quelques	nombreux
Ressenti de la douleur	Non ressenti	Peu ressenti	Moyennement ressenti	Ressenti certain	Fortement ressenti

Production

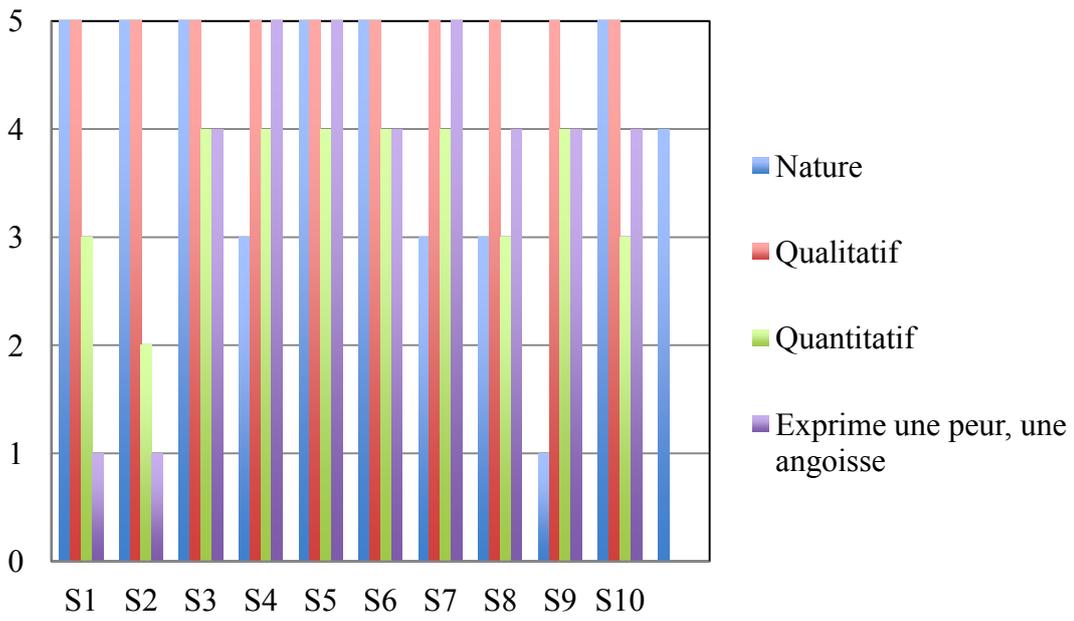
Items/Cotation	1	2	3	4	5
Plaisir engagé	Déplaisir	Indifférence	Peu de plaisir	Plaisir	Grand plaisir
Autoévaluation	Dévalorisation	Indifférence	Satisfaction mitigée	Satisfaction	Fierté
Devenir de la production	Détruite	Emporté pour lui même	Confié à l'art thérapeute	Offerte	exposé

3.2.1.2. Graphique évolutif des items

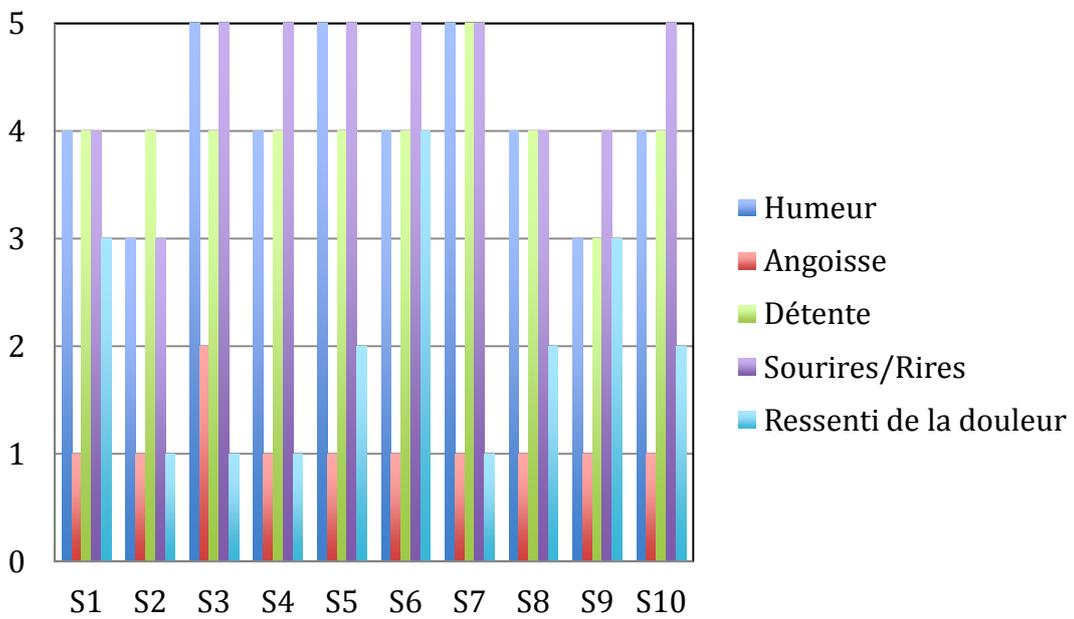
Aspects comportementaux



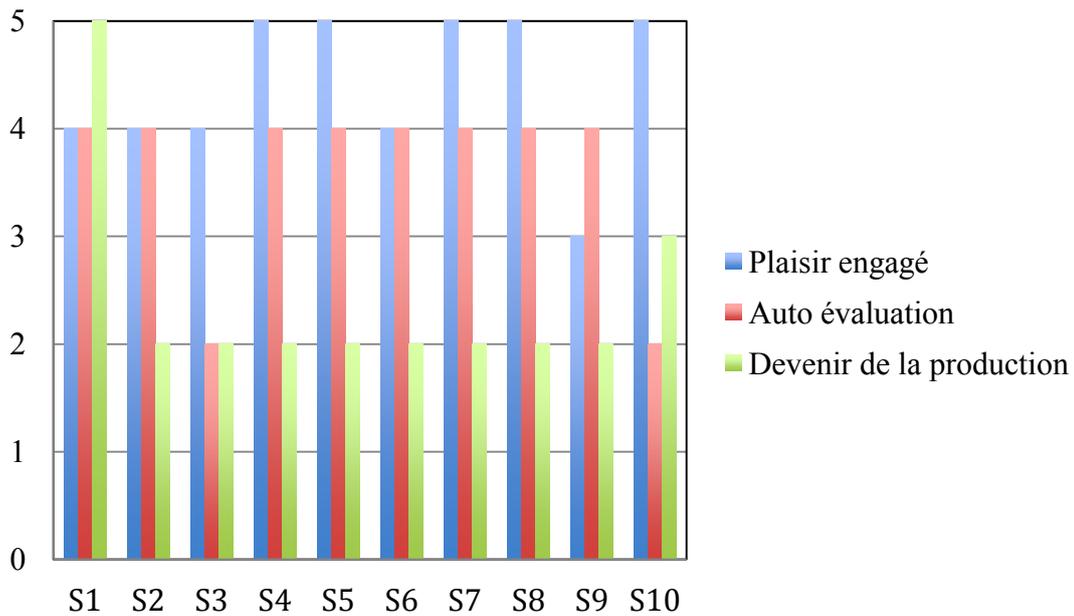
Implication relationnelle/communication



Aspects psychiques



Production



3.2.3. Auto-évaluation

Le bilan auto évaluatif de Madame D est très positif, elle notera de la valeur 4 (sur une échelle cotant 5 en valeur maximale, voir annexe n°3), le plaisir prit durant les séances. Elle donnera la valeur 5 à la manière dont elles ont été menées et éprouvera une envie très forte de poursuivre l'accompagnement art-thérapeutique. En ce qui concerne les productions elle mettra la valeur 3 à la qualité esthétique, jugeant ainsi ses œuvres moyennement belles. Madame D donnera les notes optimales des échelles appréciant la manière dont elle a réalisé ses œuvres et le plaisir qu'elle a ressenti.

De manière plus générale, elle exprimera avoir passé un moment très agréable. Madame D pouvait également faire figurer des commentaires sur sa fiche de bilan. Voici les mots qu'elle nous a demandé d'écrire :

« Je trouve que tu laisse beaucoup de liberté », « Moi j'ai aimé les exercices d'écriture, ils m'ont permis de me libérer », « Les maisons allemandes me plaisent beaucoup car je peux les dessiner sur le papier, les couleurs sont plaisantes. »

3.2.4. Bilan

« Le processus art-thérapeutique repose tout entier sur la reconnaissance du fait que les pensées et les émotions les plus fondamentales de l'être humain, issues de l'inconscient, se manifestent non pas en mots, mais sous forme d'images. »³⁰

³⁰ NAUMBURG Margaret -1890-1983-Psychologue américaine, éducatrice, artiste, auteure de : *Art-thérapie orientée dynamiquement: ses principes et sa pratique*, elle fait partie des premiers théoriciens majeurs de la thérapie artistique. *Art-thérapie-Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur des douleurs*, p.97-Larousse poche.

Nous l'avons dit lors de l'étude de cas, Madame D, actrice de son soin, a agi comme une véritable co-thérapeute.

Au fil des séances elle s'est montrée plus impliquée dans les moments de création et a prit le temps de faire.

Rappelons, les objectifs thérapeutiques généraux, étaient de **favoriser la détente, apaiser les angoisses, les tensions et douleurs.**

Madame D a pu lors des séances art-thérapeutique, s'exprimer verbalement ainsi que par la création artistique sur ses affections, ses questionnements. Cela lui a permis de s'apaiser et se détendre dans cet espace de soin que propose l'art-thérapie. Elle a pu expérimenter le pouvoir analgésique du processus créatif et a constaté la diminution des souffrances le temps des ateliers.

À la lecture des résultats notre stratégie thérapeutique, qui était de, **soulager l'inconscient par l'expression des émotions dans le processus créatif et de développer la confiance en soi,** nous semble un choix pertinent.

Malgré ses réserves à suivre une consigne imposée, son manque d'implication dès qu'il s'agissait d'une activité proposée par l'art-thérapeute, Madame D respectueuse s'est efforcée d'être présente et à l'écoute.

Cependant, la nécessité de rechercher ce qui pourrait éveiller l'intérêt de Madame D est rapidement devenue apparente. C'est dans l'écriture qu'elle montrera un attrait plus fort. Elle l'exprimera lors du bilan.

Dans l'éventualité d'une poursuite de l'accompagnement de Madame D, les arts permettant d'allier écriture et jeu tels que le théâtre, le chant, le slam³¹ etc. Nous semblent appropriés pour répondre à son besoin d'expression.

³¹Le slam est une poésie orale, urbaine, déclamée dans des espaces publics (la rue ou le web), il est parlé sur un rythme scandé donc rapide.

PARTIE IV. DISCUSSION

Dans cette partie, nous tenterons d'approfondir notre sujet d'étude et discuter notre hypothèse : **l'art-thérapie offre un espace singulier durant lequel le résident est valorisé en tant qu'individu créateur. Cette valorisation procurant une gratification narcissique vectrice de communication et favorisant le bien-être et la détente.**

Afin d'y parvenir, nous ferons la synthèse des bénéfices et limites de l'étude, puis nous interrogerons le cadre conceptuel de l'art-thérapie ainsi que notre posture soignante de futur art-thérapeute.

4.1. APPORTS ET BÉNÉFICE DE L'ÉTUDE

4.1.1. Échelles scientifiques

« Rien n'est plus vulnérable qu'une théorie scientifique, car elle n'est qu'une tentative éphémère pour expliquer des faits, et non pas une vérité éternelle en soi »³²

L'art-thérapie est une pratique paramédicale. En plus du savoir artistique (histoire de l'art, esthétique, processus de création, pratique artistique etc.), cette discipline nécessite des connaissances dans les domaines de la psychologie, la psychopathologie, pharmacologie, psychosociologie etc.

Enseignée en faculté de médecine, elle est une pratique soignante s'appuyant sur des méthodes rigoureuses. En développement en France, elle ouvre un champ de recherches pouvant produire de nouvelles connaissances théoriques et pratiques. **C'est pourquoi il est impératif de s'appuyer sur le travail de nos pairs dans les différents domaines de connaissances que regroupe l'art-thérapie.**

La notion d'échelle renvoie à une graduation permettant de quantifier des phénomènes difficilement appréhendables à travers différents signes ou manifestations observables. En effet, certains processus et actions sont faciles à observer, à l'inverse, d'autres, comme l'anxiété psychique réclame un regard plus subtil. Il s'agit donc d'étayer notre analyse, en nous reposant sur le travail de recherches scientifiques déjà effectué auparavant et servant de référence. Dans notre exemple, l'anxiété psychique, nous avons utilisés des items issus de **l'échelle d'Hamilton pour la dépression**. Certains items auto-évaluatifs interrogeant la satisfaction des résidents de notre étude sont eux basés sur **l'échelle d'estime de soi de Rosenberg**. Afin d'évaluer la capacité d'affirmation de soi nous avons extrait des items de **l'échelle de Rathus**. Ainsi, l'art-thérapeute et les membres de l'équipe pluridisciplinaire parlent un langage commun. et s'appuient sur une base commune.

Pendant l'atelier, l'art-thérapeute ne peut et ne doit se soustraire à sa subjectivité, elle permet l'élaboration de l'alliance thérapeutique, la mise en place de la confiance réciproque. L'utilisation d'échelles scientifiques permet d'objectiver nos observations et de rationaliser le traitement des résultats.

³² JUNG Carl Gustav - médecin psychiatre suisse.

L'art-thérapie est certes une discipline scientifique mais elle est aussi profondément humaniste. Il y aura toujours à découvrir sur la nature humaine. C'est pourquoi l'art-thérapeute est aussi chercheur, il ne doit pas se contenter de se référer passivement à ce qui a été fait mais doit agir comme s'il pouvait lui même être à l'aube d'une découverte.

4.1.2. Items scientifiques personnalisés

Tout être humain est singulier. C'est pourquoi l'utilisation d'échelles scientifiques soulève un grand nombre de questions aux étudiants découvrant l'art-thérapie. **Comment des items préétablis peuvent-ils correspondre à la singularité d'une personne ?**

Nous avons démontré au chapitre précédent l'importance de s'appuyer sur des échelles scientifiques mais certaines manifestations ne s'observent qu'au travers d'une attitude, un trait de caractère distinctif, propre à la personne. Utiliser uniquement des items, issus d'échelles scientifiques limiterait notre analyse, nous passerions à côté du langage subtil de l'autre et donc de notre prise en soin.

Les premières séances nous révèlent ces singularités. Nous étayons ainsi notre faisceau d'items qui se personnalise de séance en séance.

Cette personnalisation écarte des généralisations qui appauvrissent le propos et nous aide à cibler notre action. Respecter l'autre en tant qu'individu signifie savoir reconnaître ses caractéristiques, ses difficultés, ses capacités et l'accepter dans toutes ses manifestations sans critique, ni jugement. Tel est la voie que l'art-thérapeute doit tenter d'approcher.

4.1.3. Fiches d'observation des séances

Elle est l'aide-mémoire de l'art-thérapeute. Les informations sont gérées, organisées par rubriques. Ainsi nous pouvons évaluer l'évolution du résident à travers l'observation des items.

Cet outil, permet aussi la prise de recul de l'accompagnant. Les ateliers sont pour l'art-thérapeute un temps d'action, lorsqu'il remplit sa fiche en fin de séance s'impose à lui un temps de réflexion sur ce qui a été vécu. Ce moment l'oblige à affiner son analyse, à revoir le déroulement de la séance, remettre en question ses choix.

Cette fiche permet donc d'améliorer notre prise soin en portant un regard objectif sur notre méthode de travail. Elle nous aide à identifier les obstacles et les « points de levier »³³, à identifier une limite atteinte ou un item révélé. Elle nous rappelle que rien n'est figé.

³³ Invité par LANDRAULT Valérie (enseignante, art-thérapeute à la faculté de médecine de Poitiers) à trouver un terme pouvant remplacer celui de « partie saine » qui désigne ce qui fonctionne dans ou hors la pénalité d'un patient, nous avons choisi d'utiliser le terme de « point de levier » que nous avons extrait de la célèbre citation d'Archimède : « Donnez-moi un point fixe et un levier et je soulèverais la terre » L'idée étant que le point fixe est ce qui fonctionne, une capacité sur laquelle l'art-thérapeute peut s'appuyer pour atteindre les objectifs thérapeutique et parfois les dépasser.

4.2. LIMITES DE L'ÉTUDE

4.2.1. Nombres de séances

La formation du diplôme universitaire d'art-thérapie de Poitiers imposait une durée de 140 heures à notre étude. Cette durée, posait de fait une limite car répondant à un cadre institutionnel au lieu de satisfaire au besoin réel de la personne.

La direction de la structure nous a dès lors enjoins à fixer des objectifs « atteignables » dans le temps qui nous était imparti. Nous supposons donc que dans le cadre d'une prise en soin art-thérapeutique libre d'un temps imposé, les objectifs et le nombre de séances auraient été différents.

Cependant, à la faveur d'une période de bénévolat d'un mois dans la structure d'accueil, nous avons pu proposer un nombre de séances permettant une observation relativement intéressante pour notre étude.

L'accompagnement a pris fin au moment où de nombreux changements opéraient, nous parlons ici de l'amélioration de la confiance et de l'estime, de l'expression des maux, mais aussi de la relation thérapeutique plus solide. Ceci a généré pour le résident et l'art-thérapeute une certaine frustration. Il était donc essentiel de préparer les usagers à la fin de la prise en soin tout au long de l'accompagnement.

4.2.2. De la nécessité pour le patient et l'art-thérapeute d'occuper un espace de soin adapté

Pendant notre stage, nous avons tout d'abord occupé la salle des éducateurs, que nous partagions au mieux. Parfois ils étaient obligés de faire leurs réunions dans un autre lieu car nous occupions l'endroit pour une séance.

Cette salle était peu adaptée. L'espace y était réduit, mais cela nous a aidés à apprendre à manipuler un fauteuil électrique. Chaque jour, nous devions changer la disposition des tables afin de gagner en surface. Au bout d'un certain temps, les éducateurs ayant besoin de récupérer leur espace de travail, nous avons été transférée dans une salle de l'hébergement. Plus spacieuse, nous étions plus à l'aise, cependant elle n'était pas adaptée. Il nous est aussi arrivé d'utiliser la salle bricolage un jour où elle était inoccupée car nous avions besoin d'un espace ayant la climatisation.

Les résidents participants aux ateliers d'art-thérapie n'ont pas été perturbés par ces changements. L'art-thérapeute s'est organisé et a pris en compte ces données dans son temps de travail afin que sa mission thérapeutique n'en soit pas perturbée. Du fait que nous utilisions les arts plastiques sur des formats ne dépassant que rarement le format A4 (21 x 29,7cm), nous n'avons pas ressenti de gêne importante. Cependant s'il s'agissait d'ateliers de danse ou de théâtre ces lieux auraient été plus problématiques.

La question de l'espace de soin n'est donc pas anodine en art-thérapie. La salle doit être à la fois spacieuse et suffisamment contenante pour éviter la dispersion et favoriser le sentiment de sécurité. Les espaces doivent y être clairement définis. L'idéal étant que l'art-thérapie puisse avoir son propre lieu de soin. Nous rejoignons l'idée de WINNICOTT qui précise, qu'un espace de soin est un lieu de vie où s'élabore un processus psychique, il doit être dès lors sécurisant et favoriser le développement de la confiance entre le patient et le thérapeute.

4.2.3. Observation des séances

Nous avons explicité précédemment les apports et les bénéfices de la rédaction d'une fiche d'observations à la fin de chaque séance. La limite de cet outil, concerne la capacité de l'art-thérapeute à mémoriser une quantité importante d'informations.

Lors des séances l'art-thérapeute est dans une dynamique spontanée dont le patient est le cœur. Il est difficile pour lui de pouvoir prendre des notes et l'on peut se demander s'il doit le faire pendant ce moment d'activité.

Dans notre expérience, nous avons jugé inopportun d'écrire des observations dans ce temps d'action. Nous avons émis l'hypothèse que cela desservirait la dynamique de la séance ainsi que l'expression artistique du résident.

Nous disposions donc d'une heure et demie après chaque rendez-vous consacrée à la rédaction. Si nous avons pu chaque fois retranscrire une multitude de données, nous en avons indubitablement manqué certaines. À plusieurs reprises nous nous sommes interrogée sur l'utilisation d'un magnétophone pouvant être le témoin des échanges entre le thérapeute et son patient. Le travail de mémorisation en serait avantage et l'art-thérapeute libéré dans son action avec le résident, pourrait ainsi favoriser l'observation de signes subtils. Nous pourrions étendre cette réflexion à l'utilisation de caméras, il est entendu que dans l'éventualité d'utiliser ces outils en art-thérapie, cela se ferait avec l'accord du patient.

4.2.4. Auto-évaluation

Afin d'évoquer les limites de l'auto-évaluation, nous allons nous référer à un cas non développé dans ce mémoire.

Ce résident, présente un retard mental associé à l'infirmité motrice cérébrale. Ce trouble associé, invalidant, a fait obstacle à l'acquisition des capacités intellectuelles et connaissances scolaires de base comme la lecture, le calcul ou encore la construction d'une réflexion élaborée.

La capacité auto-évaluative, pénalisée par ce retard était peu concluante et démonstrative d'un quelconque état évolutif.

4.3. DISCUSSION DU CADRE CONCEPTUEL DE L'ART-THÉRAPIE ET DE LA POSTURE SOIGNANTE EN TANT QUE FUTUR ART-THÉRAPEUTE

4.3.1. Cadre thérapeutique

« L'art-thérapeute intervient dans un cadre spécifique au titre de membre d'une équipe pluridisciplinaire. Le cadre, c'est ce qui délimite l'action, circonscrit un sujet. »³⁴

Pour atteindre ses objectifs thérapeutiques l'art-thérapeute s'appuie sur un dispositif : le cadre.

Cette notion issue de la psychanalyse a par la suite été appliquée à tous les développements de la psychothérapie. Certaines de ses composantes sont internes à la séance, d'autres externes. Il est indispensable d'établir un rapport entre le cadre thérapeutique et l'éthique. Cette dernière, définit comme une conduite morale établissant les normes qui régulent l'action, est une limite à la « toute-puissance » pouvant être exercée par l'art-thérapeute ou le thérapeute quel qu'il soit.

³⁴ LANDRAULT Valérie -Cours du mois de Novembre 2016

Les composantes du cadre thérapeutique interne à la séance sont à mettre en lien avec le protocole art-thérapeutique.

Dans le cadre de notre prise en soin, il s'agissait de mettre en place des repères spatio-temporels fixes : jour, heure et lieu de rencontre, technique artistique.

Dans la structure de Smarves, les résidents ont besoin de ses repères, chaque élément nouveau paraissant anodin pour la plupart des autres personnes, peut être profondément perturbant pour ces derniers et vecteur d'angoisse. Nous l'avons vu, il est parfois arrivé que le lieu des séances change ; nous avons chaque fois pris le temps de l'expliquer afin d'éviter toute perturbation. Il en va de même pour les semaines où nous étions en cours, les résidents en étaient avertis en amont.

Autre composante du cadre, l'énonciation des règles comme la liberté d'expression ou encore le respect de l'autre, s'est faite lors des premiers entretiens. Chaque résident a été informé du rôle de l'art-thérapeute, ceux participants à l'étude se sont vus expliquer les objectifs de leur prise en soin.

Ainsi, l'accompagnement a pu se faire avec le consentement de l'usager sur les modalités d'intervention de l'art-thérapeute, ce qui a eu pour effet de favoriser l'implication relationnelle et l'investissement dans l'action.

Concernant la communication nous avons jugé préférable d'utiliser le tutoiement déjà en vigueur dans l'établissement afin de ne pas marquer de différence avec les autres membres de l'équipe et brouiller les repères existants.

Sur la question de la position de l'art-thérapeute pendant l'atelier, nous nous sommes naturellement installés aux côtés de la personne, ne marquant ainsi aucune distance avec elle. Nous affirmions ainsi notre pleine et entière disponibilité pour ce cheminement thérapeutique.

Les composantes externes du cadre thérapeutique sont quant à elles à mettre en lien avec le système médico-social dans lequel intervient l'art-thérapeute. Ce dernier est un soignant, tenu au secret médical et à la confidentialité. Il est tenu d'exercer en suivant les règles éthiques régissant le domaine du soin.

« Donc, ce que le cadre doit garantir, quel que soit l'aménagement spatial et verbal de la situation, c'est la réalité interne, la réalité psychique, construite sur la perception, organisée par la mémoire, la classification, la structuration en signes et significations, colorée par l'émotion. Et à partir de ça, la rencontre. »

Ce que nous dit Michel MARTIN (auteur en psychologie sociale) dans son article sur le cadre thérapeutique, c'est que ce dispositif doit certifier la reconnaissance de la personne dans sa totalité. Car ce n'est que lorsqu'un individu se sent pleinement reconnu et accepté pour ce qu'il est, qu'il peut développer tout son potentiel de transformation et de guérison.

La notion de cadre thérapeutique est donc liée à celle d'empathie et rejoint l'hypothèse de Margareth S. WARNER (psychothérapeute américaine) dans son étude sur l'empathie et la guérison :

« La communication de l'empathie, en elle-même et d'elle-même, a tendance à favoriser un traitement de l'expérience positif et autodirigé. »

4.3.2. Relation thérapeutique : entre alliance et « juste proximité »

« Si l'on reconnaît que l'autre existe en lui-même et pour lui-même, et qu'il est soumis aux mêmes contingences que soi, si l'on veut éviter ou réduire le conflit, si l'on veut aussi développer le rapport à l'humanité de l'autre, il est nécessaire d'entendre, de voir, de reconnaître ce qu'il est, ce qu'il veut et ce qu'il peut. Et d'établir un pacte avec lui. »³⁵

Lorsque le cadre thérapeutique est posé et que le patient donne son consentement, un engagement est pris entre les deux partis, marquant le début d'une relation singulière reconnue par chacun d'eux. L'intégrité des deux acteurs du soin se doit d'être respectée: « (...) le respect est comme une position psychique où l'on garde l'autre sous une vive attention, avec une réserve consciente contenant notre narcissisme foncier qui chercherait l'emprise et la possession (...) »³⁶

Alors se construit l'alliance thérapeutique qui, nous l'avons expérimenté dans cette étude, est un authentique rapport collaboratif dans lequel résident et art-thérapeute ont pu travailler ensemble à favoriser un mieux-être ; quel qu'en est été sa durée d'action.

Cette alliance thérapeutique pour fournir un apport bénéfique et non délétère au processus thérapeutique, doit être sous vigilance constante. L'art-thérapeute doit pouvoir repérer chez le patient comme chez lui-même les émotions que l'un et l'autre se renvoient dans les échanges. Sans cette attention sur ces phénomènes il pourrait passer à côté d'une souffrance, d'un obstacle ou encore ne pas entendre une douleur exprimée, ne pas oser poser une question.

« Tous ces éléments peuvent produire dans la relation des phénomènes de résistances* et de réactance* »³⁷

C'est ici qu'intervient la notion de distance thérapeutique, ce concept induit de la part du thérapeute une proximité avec son patient sans « faire glisser la relation vers un engagement personnel, sentimental, sexuel, ce qui ferait sortir la relation de son cadre strict. »³⁸ Une relation trop proche, trop intime annihilera le levier thérapeutique constitué par le cadre.

L'association des PEP86, dont l'établissement L'Eldorado fait partie, a décidé de remplacer les termes de « distance » par celui de « juste proximité ». En effet, ce premier induit de fait un éloignement or nous l'avons expérimenté durant notre stage la proximité est inévitable et même vivement conseillée. Rappelons-le, les résidents de l'Eldorado, de par leur pathologie sont confrontés dans leur processus de construction psychologique, à de nombreuses altérations, générant une atteinte des composantes de l'estime de soi. **Leur faire ressentir une distance serait indubitablement délétère au processus thérapeutique.**

³⁵⁻³⁶ MARTIN-Michel Psychologue-*Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité*-Cairn.info

³⁷ CUNGI Charly -Médecin psychiatre et enseignant universitaire-Spécialiste reconnu des thérapies comportementales et cognitives (TCC)-*L'alliance thérapeutique*-Broché

³⁸ NASIELSKI Salomon -Psychothérapeute, psychologue-Pionnier de l'Analyse transactionnelle en Europe

« Le bon thérapeute » si tant est qu'il existe, est donc une personne profondément humaine, capable d'empathie. Il est rigoureux dans ses méthodes et s'appuie sur le travail de ses pairs sans que ceux-ci ne le limite dans sa compréhension de l'autre. Il doit être à l'écoute de l'autre mais aussi de lui-même. Il comprend que dans toute relation s'inscrit le jeu des vases communicant, à la fois miroir et reflet. Sa tâche complexe demande toute son attention.

4.3.3. Besoin des patients

« On ne peut voir la lumière sans l'ombre, on ne peut percevoir le silence sans le bruit, on ne peut atteindre la sagesse sans la folie »³⁹

Le projet d'établissement du centre de vie « L'Eldorado » recense ainsi les attentes et besoin des usagers, dans le cadre des projets personnalisés :

- Aménager leur studio afin de renforcer leur autonomie
- Prendre leur repas dans leur studio
- Avoir un animal domestique
- S'ouvrir à l'environnement
- Faire en sorte qu'il y ait de la vie dans l'institution
- Prendre en compte leur état de santé et leur fatigabilité afin d'adapter au mieux l'accompagnement
- S'intégrer aux autres résidents, (favoriser la bonne entente générale)
- Avoir accès au mariage
- Rencontrer des personnes extérieures au centre

Outre le besoin de prendre en compte leurs pathologies dans l'intégralité de ce qu'elle implique, nous comprenons que chacun a besoin de s'épanouir dans la plus grande autonomie possible de manière collective mais aussi individuelle.

Nous l'avons vu dans notre étude, Madame M et Madame D ont des besoins issus de leur unicité auxquels il convient d'apporter une action individuelle et d'autre auxquels seul le groupe peu répondre, parfois la réponse sera à la fois individuelle et collective. Observons la hiérarchisation des besoins d'Abraham MASLOW⁴⁰, le besoin d'appartenance correspond à la nécessité d'appartenir à un groupe qu'il soit social, relationnel ou statutaire ; le besoin d'estime lui correspond à la nécessité de reconnaissance d'une réussite, d'une réalisation ou d'un statut social par soi-même ou par les autres. C'est dans le groupe que toute la différenciation individuelle peu se faire, il remplit des fonctions éducatives, comme l'apprentissage des codes sociaux, du vivre ensemble ou encore la construction de la personne.

Dès lors, mettre le primat sur l'individu ou le groupe est un non-sens car ils sont intimement liés, il existe donc une relation individu-groupe et c'est elle qu'il faut comprendre si l'on veut que les résidents des foyers de vie puissent s'épanouir pleinement.

³⁹ JUNG Carl Gustav

⁴⁰ MASLOW Abraham -Psychologue américain, un des pères de la psychologie transpersonnelle. Il explique la motivation par une hiérarchisation des besoins.

4.3.4. Travail en collaboration avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire

« L'homme n'a pas peur du changement, de l'inconnu, ce qui lui fait peur c'est de laisser aller le connu »⁴¹

Pendant notre stage les relations avec les membres de l'équipe ont été saines. Les référents (AMP et éducateurs) étaient disponibles à nos sollicitations. Ils ont montré de l'intérêt et une certaine curiosité pour notre travail. Ils ont répondu à nos questions avec professionnalisme et bienveillance. La coordinatrice, le chef de service, le psychiatre et la direction, nous ont accordé du temps et une aide précieuse. Nous avons bénéficié d'une grande confiance, d'une liberté d'action et parfois notre appréciation professionnelle était sollicitée. **Nous nous sommes très vite sentis comme un membre de la structure ce qui a facilité notre mission.**

Nous avons participé à quatre réunions d'équipe. Deux d'entre elles ont eu lieu avant de débiter le stage, pour nous présenter, définir l'art-thérapie, son rôle et sa méthodologie. Les deux autres ont eu lieu en fin de stage afin d'exposer un bilan détaillé des quatre accompagnements art-thérapeutique.

Même si une attention bienveillante prédominait à notre égard dans la structure L'Eldorado, nous avons toutefois pu observer un regard empreint de légèreté porté sur l'art-thérapie et une difficulté à en comprendre la définition. Le terme « art » étant interprété dans le sens « faire de l'art », il nous a fallu expliquer à plusieurs reprises qu'il s'agissait ici d'utiliser l'art et le processus de création artistique dans une visée thérapeutique.

Il est complexe de définir l'art-thérapie, tant son domaine de compétences est vaste et son champ d'action aussi illimité que l'est l'imagination nécessaire à la création d'une œuvre. Ajoutons à cela qu'il existe autant de visions d'approches qu'il n'existe de thérapeutes, il devient évident que si l'on ne veut pas enfermer l'art-thérapie dans une petite case trop étroite plusieurs définitions doivent coexister. L'art-thérapie en tant que discipline novatrice en France, comme l'ont été la psychologie ou l'ostéopathie en d'autres époques doit encore faire ses preuves.

Il est donc primordial que notre pratique soit rigoureuse, consciencieuse et définit en termes clairs. C'est ainsi que l'art-thérapie gagnera en légitimité.

⁴¹ KRISHNAMURTI Jiddu, philosophe indien

PARTIE V. CONCLUSION

Lors de ce travail de recherche, nous avons tout d'abord présenté la pathologie IMC sous ses différents aspects. En prenant connaissance de ses manifestations, de ses causes et en examinant le constat scientifique des spécialistes de cette pathologie, nous avons pu comprendre en quoi elle pénalise les usagers de notre étude.

Ces précisions, ont nourri l'élaboration d'une hypothèse de travail, autour du champ d'actions thérapeutiques qu'ouvre l'art-thérapie auprès des personnes souffrant d'infirmité motrice cérébrale.

Nos recherches ont dévoilé que l'art-thérapie est la grande absente des prises en charge de ce handicap, alors que son approche singulière, peut compléter le travail du psychothérapeute, de l'ergothérapeute, du kinésithérapeute et des membres de l'équipe pluridisciplinaire en général, de façon remarquable en valorisant les compétences physiques et intellectuelles du patient dans le cadre d'un processus créatif.

Nous vous avons présenté ensuite un bref historique de l'art-thérapie. Nous avons défini sa mission et quels outils l'art-thérapeute utilise. Nous avons démontré que l'art-thérapie puise dans les bases solides de la psychologie « traditionnelle », se nourrissant de concepts expérimentés par d'imminents thérapeutes. Ainsi s'est finalisée l'hypothèse de travail postulant que l'art-thérapie offre un espace de soin singulier qui valorise la personne par l'acte de création. Cette gratification favorise le bien-être et la détente et est vectrice de communication, que ce soit une simple conversation ou la révélation d'un profond mal-être.

Par la suite, nous avons mis en parallèle le projet d'établissement de notre structure d'accueil et la loi définissant le handicap en France. Ainsi nous avons pu soulever la problématique à l'œuvre dans ces institutions, qui est de concilier vie en collectivité, personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, soulevant ainsi la question des moyens mis à la disposition des structures pour répondre au mieux à cette ambiguïté.

Nous nous sommes demandé si l'art-thérapie dans sa prise en soin atypique ne pourrait être une partie de la solution.

Puis, nous avons présenté les études de cas de Madame M et Madame D. Anamnèse, projet personnalisé, besoins des résidentes, nous ont permis de fixer nos objectifs généraux et intermédiaires. Un descriptif de chaque séance a apporté des détails sur l'évolution de ces deux personnes dans la prise en soin.

Ceci a mis en exergue une libération de la parole, dans l'expression de souffrances ou de craintes, une détente et diminution des angoisses perçue par certains membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Notre bilan art-thérapeutique montre des améliorations en termes de confiance en soi et un apaisement des angoisses pour Madame M. Pour Madame D, il montre une expression verbale et créative de ses maux. Dans les deux cas, elles ont éprouvés un réel plaisir à partager cet espace d'échange en tête à tête avec l'art-thérapeute.

Ces améliorations ont contribué à atténuer les tensions et douleurs et à réduire l'anxiété.

Enfin, nous avons terminé par une discussion sur les bénéfices et limites de l'étude. Nous avons rappelé que l'art thérapie est une discipline scientifique qui demande des connaissances dans différents domaines des sciences. Nous avons démontré que l'art-thérapeute ne peut se soustraire à l'utilisation d'outils spécifiques, qui lui permettent de rester objectif et de prendre du recul sur son action thérapeutique. Puis nous avons discuté le cadre conceptuel de l'art-thérapie et dévoilé notre posture soignante en tant que futur art-thérapeute.

Certes, cette étude est restrictive. Elle ne concerne que deux études de cas sur courte période, mais les résultats sont toutefois encourageants et nous sommes convaincus que c'est par la recherche que l'art-thérapie pourra dévoiler à la communauté scientifique tout son potentiel d'action thérapeutique. Des études de cas plus nombreuses et plus longues étayeraient le concept de cette discipline et mettraient en perspective sa portée. Aussi limitant soit-il en terme de temps et de nombre de séance, ce travail de recherche nous permet toutefois de vérifier notre hypothèse de départ postulant que l'art thérapie valorise le patient en tant que sujet créateur et que ceci est propédeutique à son bien-être.

D'un point de vue plus personnel, la principale difficulté rencontrée, a été de gérer nos interrogations et doutes, car tout était nouveau pour nous.

Pour pallier cette problématique, notre réaction a été de préparer au mieux chaque séance, d'être rigoureux dans l'écriture de nos fiches d'observation et d'y inscrire quantité de détails. Cette préparation minutieuse de notre travail nous a permis d'aborder les séances plus sereinement, même si la plupart du temps rien ne se passait comme nous l'avions prévu. L'essentiel étant d'être prêt, d'avoir une direction, pour le reste adaptabilité, souplesse ont été les maîtres mots.

Cette immersion, nous a aidés à acquérir de nombreuses compétences. Très vite nous nous sommes rendu compte qu'il nous fallait dépasser nos projections et attentes qui nous limitaient dans nos objectifs de soin et notre perception de l'autre.

Ainsi, nous avons pu nous rendre compte qu'une personne atteinte d'IMC possède comme tout un chacun des fragilités ; cependant les actes médicaux répétés permettent le développement d'une incroyable force de vie et de multiples capacités que nous ne soupçonnions pas au départ.

C'est toute la relation à l'autre qu'il nous a fallu ajuster ; en effet, face à ces personnes pouvant ressentir des carences affectives nous avons dû apprendre à trouver la « juste proximité ».

Ceci nous montre que l'art-thérapeute doit être très attentif et surveiller ses pensées. S'il amorce sa prise en soin en se disant que du fait de sa pathologie la personne ne peut faire certaines choses, il limitera l'ensemble du processus. Car si l'art-thérapie est un itinéraire de transformation personnelle⁴², elle ne l'est pas seulement pour le patient mais aussi pour le thérapeute qui en apprenant de l'autre, apprend de lui même. En plaçant la personne au centre de l'attention, nous bridons notre ego et nous offrons au patient la possibilité d'exprimer son individualité. C'est cet acte d'ouverture qui amorce la transformation personnelle. Et si nous avons clairement constaté des évolutions chez les résidents de notre étude nous en avons également perçu chez nous même et ce jusque dans notre technique artistique.

⁴² GABORIAUD Isabelle -*L'art-thérapie par les arts plastiques et le modelage, menée auprès des aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1 suivis dans le programme d'éducation thérapeutique pédiatrique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle*- Mémoire d'art-thérapie, université de Poitiers 2016.

Concernant notre posture de futur art-thérapeute, dès le début de notre formation nous nous sommes sentis d'obédience humaniste. Tout comme Carl ROGERS l'a évoqué dans son approche centrée sur la personne, nous pensons que le patient a le don de conscience, c'est à dire que : *« lui seul sait ce dont il souffre, dans quelle direction il faut chercher, ce que sont les problèmes cruciaux et les expériences qui ont été profondément refoulées »*⁴³.

C'est pourquoi l'attitude de l'art-thérapeute doit être accueillante. Chaque personne à son système propre. Le but n'est pas de changer ce système, ou de faire adhérer la personne à notre dogme. L'enjeu est de la faire grandir dans son propre système de pensée, sans critique, ni jugement. Ainsi nous respectons la dignité de l'autre car ne l'oublions pas, *« Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être »*⁴⁴.

⁴³⁻⁴⁴ ROGERS Carl -*Psychothérapie et relations humaines : théorie et pratique de la thérapie non directive.*

BIBLIOGRAPHIE

- **BENNET Cat** -*Créativité-Le dessin pour libérer la main et l'esprit*-Éditions Dangles.
- **BONNAUD Véronique** -Cours DU art-thérapie, faculté de médecine de Poitiers, 2016-2017.
- **BORREMAN Marie-Claire** -*Ateliers artistiques*-Édition Phalente.
- **BOURGUIGNON Odile** -*L'intime, le corps et la relation de soin*-Traité de bioéthique II-Éditions érès.
- **CHAMPONNOIS Christine**-*Handicap Moteur; aspects psychologiques-Déficiência motrice et situation de handicaps*-Edition APF 2002.
- **CHAPELLE Frédéric, MONIE Benoît, POINSOT Rollon, RUSINEK Stéphane, WILLARD Marc**-*L'aide-mémoire des Thérapies Comportementales et Cognitives*-DUNOD.
- **CHNEIWEISS Hervé** -*Neurosciences et neuroéthique- Traité de bioéthique II*-Éditions érès.
- **GABORIAUD Isabelle**-*L'art-thérapie par les arts plastiques et le modelage, menée auprès des aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1 suivis dans le programme d'éducation thérapeutique pédiatrique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle*-Mémoire d'art-thérapie, université de Poitiers 2016.
- **GIRAUD Jean-Jacques** -Cours DU art-thérapie, faculté de médecine de Poitiers, 2016-2017.
- **HAMEL Johanne, LABRECHE Jocelyne**-*Art-thérapie-Mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*-Larousse, poche.
- **HANUS Michel, LOUIS Olivier**-*Psychiatrie pour l'étudiant*, 12^{ème} édition-Maloine.
- **JUNG C.G.** -*L'homme et ses symboles*-Robert Laffont.
- **LANDRAULT Valérie** -Cours DU art-thérapie, faculté de médecine de Poitiers, 2016-2017.
- **LEROY-MALHERBE Véronique** - *L'infirmité motrice cérébrale-Déficiência motrice et situation de handicaps*-Edition APF 2002.
- **MARTIN MICHEL** -*Le cadre thérapeutique*-Cahier de psychologie clinique n°17, 2001/2-Cairn info.
- **MOYSE Danielle**-*Le concept de personne dans le champ du handicap- Traité de bioéthique III*-Éditions érès.
- **NASIELSKI Salomon**-*Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance*-Cairn info.

- **ORIANO Alexandre**-*Quand l'art est médecin :des expériences d'art-thérapie sur des sujets atteints de maladies neuro-dégénératives de type Alzheimer en institution spécialisée par le pratique des arts plastiques de la musique et de l'écriture*-Mémoire d'art-thérapie, université de Poitiers 2013.
- **PAIN Benoit** -Cours DU art-thérapie, faculté de médecine de Poitiers, 2016-2017.
- **ROGERS Carl R.** -Le développement de la Personne-DUNOD.
- **TRUSCELLI Danièle**-*Les infirmités motrices cérébrales-Réflexions et perspectives sur la prise en charge*-Elsevier Masson 2008.
- **WARNER Margareth S.**-*Empathie et guérison-Approche centré sur la personne*-Pratique et recherche-2005/1 n°1-Cairn info.

WEBGRAPHIE

- www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_vie_en_collectivite_ansm.pdf
- www.enfant-different.org
- www.handicap.fr
- www.handitest.free.fr
- www.pep86.fr/histoire-des-pep
- www.tousalecole.fr
- www.uvp5.univ-paris5.fr

GLOSSAIRE

Agnosie visuelle : Trouble cognitif défini en tant qu'incapacité à identifier des objets ou leur représentation comme les images, les symboles graphiques, les visages, l'espace ou encore les couleurs, alors que les fonctions intellectuelles sont normales et les fonctions visuelles intègres.

AMP : Aide Médico-Psychologique

Anamnèse : Reconstitution de l'histoire pathologique d'un malade, au moyen de ses souvenirs et de ceux de son entourage, en vue d'orienter le diagnostic; les données de cette reconstitution.

Apraxie : impossibilité ou difficulté à réaliser certains mouvements volontaires, non due à une atteinte paralytique, ataxique, cérébelleuse ou intellectuelle.

Art 1 : art instinctif, primaire, il n'y a pas d'intention, on est dans l'expérience. Cet art fait appel à des mécanismes archaïques et procure une gratification sensorielle importante.

Asthénie : Affaiblissement généralisé et durable d'une personne dans l'exercice de ses activités habituelles, tel qu'elle s'en plaint et que l'on peut le constater dans son comportement.

Astéréognosie : non reconnaissance par le toucher des formes, volumes, consistances.

AVC : Accident vasculaire cérébral.

Catharsis : Purification de l'âme ou purgation des passions du spectateur par la terreur et la pitié qu'il éprouve devant le spectacle d'une destinée tragique. *Ce mode d'expression de soi qu'était le théâtre antique permettait, comme le psychodrame moderne, d'opérer une catharsis, une purification de l'âme, une liquidation des complexes* (Divin.1964, p. 249)

Cognitif : du latin cognitio : action de connaître. Ensemble des processus psychiques permettant d'aboutir à la connaissance (la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention), par opposition à la conation qui, elle, est l'ensemble des processus psychiques permettant d'aboutir à l'action.

Commande volontaire : c'est parce que la personne a la volonté de faire un mouvement qu'il se produit. Le mouvement n'est donc pas automatique.

Échographie transfontanellaire : la fontanelle est le petit espace entre les os du crâne présent chez le nouveau né.

Électroencéphalogramme : enregistrement de l'activité électrique du cerveau

Etat de base : Anamnèse (histoire de vie), santé, personnalité, difficultés du patient au moment de sa prise en soin.

ESAT : Etablissement et Service d'aide par le Travail

Hémianopsie : perte de la vision d'une moitié du champ visuel des deux yeux.

Hépatocarcinome : cancer du foie.

IEM : Institut d'Éducation Motrice

IMC : Infirmité motrice cérébrale. Terme introduit par le professeur Guy Tardieu.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

Item : élément primordial de l'évaluation, il s'agit de la plus petite unité appréciable, observable. C'est un élément sensible caractéristique de la difficulté, se rapportant à des faits précis. Il aborde ces faits de façon quantitative, qualitative, fonctionnelle ou descriptive.

PEP : Pupilles de l'enseignement public.

Réactance : se définit comme une résistance beaucoup plus directe et marquée ou le patient marque une opposition, par exemple : « De toute façon, ça sert à rien puisque que je suis alcoolique. »

Résistance : correspond aux facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent la mise en place ou le déroulement du processus thérapeutique. Elle peut être le fait du patient ou du thérapeute.

Spasticité : Exagération du réflexe myotatique, la spasticité consiste en un étirement rapide d'un muscle qui entraîne trop facilement sa contraction réflexe qui dure un certain temps. La spasticité peut être uniforme sur tout le corps mais elle est le plus souvent localisée sur les membres inférieurs.

Strabisme : est un problème visuel dans lequel les yeux ne sont pas alignés correctement et pointent dans des directions différentes. Ainsi, un œil peut regarder droit devant lui, tandis que l'autre œil peut se tourner vers l'intérieur, vers l'extérieur, vers le haut ou encore vers le bas.

Surrénalectomie : ablation d'une glande surrénale.

TCC : Thérapie comportementales et cognitives.

Troubles de l'accommodation : « Mise au point » de l'œil, permettant la vision nette de près. La presbytie est le trouble d'accommodation le plus courant ; certains médicaments tel que l'atropine peuvent provoquer des troubles de l'accommodation passagers.

Trouble moteur : anomalie du mouvement.

Troubles perceptifs : peuvent se traduire par des hallucinations, des illusions et des fausses interprétations des stimuli extérieurs.

Troubles praxiques : la praxie est la capacité à exécuter des gestes orientés vers un but déterminé.

Troubles sensoriels : troubles de la perception des stimulations en provenance de l'environnement et touchant les organes des sens yeux, nez, oreilles, peau, langue).

Troubles visuo-constructifs : L'habileté visuo-spatiale désigne l'ensemble des processus du cerveau qui permettent d'analyser, de comprendre et de se représenter l'environnement en deux ou trois dimensions. Parmi les processus nécessaires pour y arriver, on note l'imagerie et la navigation mentale, l'évaluation des distances et de la profondeur ainsi que la construction visuo-spatiale.

Troubles visuo-perceptifs : Le traitement visuo-spatial est une fonction mentale impliquée dans la distinction, par la vue, de la position relative des objets dans l'environnement ou par rapport à soi.

ANNEXE 1

ACCOMPAGNEMENT ART-THÉRAPEUTIQUE FICHE D'OUVERTURE 1^{ER} ENTRETIEN

DATE :

Nom /Prénom :

Date d'entrée au foyer :

Hébergement :

Date de naissance :

Age :

Droitier-Gaucher :

Travail à l'ESAT : OUI / NON

Activité(s) FO :

Activité(s) extérieur(s) : si oui (Lieu/rythme) :

Passions/Loisirs :

N'aime pas faire :

Aisance/Difficulté(s) :

Techniques artistiques proposées : Dessin – Peinture – Collage – Modelage - Danse

Projet(s) personnel(s):

Pathologie/Trouble :

Déficiences associées : OUI / NON

Si OUI :

Traitement Médicamenteux : OUI / NON

Si OUI :

Administration/Effets :

Suivi : Psychologue OUI /NON

Kiné OUI /NON

Autre :

Interne / Externe

Interne / Externe

Nombre de séances :

Jour des séances :

ANNEXE 2

ACCOMPAGNEMENT ART THÉRAPEUTIQUE FICHE D'OBSERVATION

GENERALITÉS :

Nom – Prénom :
Séance N° : individuelle
Lieu :
Date de la séance : collective

Objectif Thérapeutique Général (OTG) :

Objectif de la Séance (OI) :

Est venu seul : OUI NON n'est pas venu autre :

DYNAMIQUE DE LA SEANCE :

Etat de base (E/B1) :

Activités artistiques pratiquées:

Techniques employées :

Phénomènes associés :

Méthode : situation / jeu / exercice
didactique / révélatrice / Occupationnelle / thérapeutique
directif / dirigé / semi-dirigé / ouvert / libre

Commentaires :

PHENOMENE ARTISTIQUE :

ASPECT COMPORTEMENTAL DU RESIDENT

Réaction à l'activité proposée : opposé / agressif passif contemplatif réceptif
actif

Manifestation d'un goût :

Manifestation d'une intention :

Autre :

Attitude : angoissé / énervé / agité / impatient / calme / détendu

Implication dans l'activité : OUI NON

Refuse / subit / équilibrée / fait volontiers

Commentaires :

INVESTISSEMENT DU RESIDENT

Choix du matériel : n'arrive pas à choisir / réticent / hésitant / choix avec aide / imposé / autonome

Action : passif actif

Respecte les consignes : OUI NON

Prise d'initiative : OUI NON

Adaptation aux aléas : OUI NON

Moyens mis en place pour accomplir l'action :

Concentration : faible / perturbée / moyenne / grande

Motricité/gestes : grossier / imprécis / confiant / appliqué / fin / affirmé / précis

Perfectionnisme : gomme refait son dessin autre :

Commentaires:

IMPLICATION RELATIONNELLE/COMMUNICATION

Qualité de la présence : fuyant / absent / alternance présence-absence / présent

Relation à l'art thérapeute : non respect / opposition / subie / indifférence / écoute / cordialité respect / échange

Communication verbale :

Nature : angoisse / plaintes / passé / présent / demande
en lien avec : l'activité / le foyer / l'histoire du résident / un ressenti

Qualité : incompréhensible / incohérente / troublée / compréhensible /
 claire / élaborée

Quantité : aucune / rare / moyenne / importante / incessante-logorrhée

Communication non verbale :

Regard (quant./qual.) :

Sourire (quant./qual.) :

Rire (quant./qual.) :

Contact (quant./qual.) :

Commentaires:

IMPLICATION DE L'ART THERAPEUTE

Aide : nécessaire non nécessaire

Refusée / réticent / acceptée / demandée

Dépendance totale / aide / aide ponctuelle / autonomie

PRODUCTION

Thème : ART1 ART2

Figuratif / abstrait / trait libre / reproduction / adaptation d'un modèle /
dessin d'imagination

Couleurs choisies :

Rapport fond/forme : peu cohérent / moyennement cohérent / cohérent

Cohérence intention/action/production : OUI NON

Choix d'un titre : OUI NON

Regard sur sa production : absent / triste / intéressé / rayonnant

Satisfait de sa production : OUI NON

Autoévaluation : dévalorisation / indifférence / satisfaction mitigée / satisfait / fier

Plaisir engagé durant la séance : déplaisir / indifférent / peu de plaisir / plaisir /
plaisir rayonnant

Capacités esthétiques :

Expression d'un goût : OUI NON

Expression d'un plaisir : OUI NON

Expression d'une émotion esthétique : OUI NON

Devenir de la production : détruite / emportée pour lui même / confiée à l'art thérapeute /
offerte / exposée

Commentaires :

BILAN :

Etat de base (E/B2) :

Objectif de la séance : régression / sans évolution / évolution / 2volution importante /atteint

Difficultés (nature, localisation, situation) :

Points de levier (nature, localisation situation) :

Projet : abandonné / modifié / poursuivi / atteint

Durée du projet : 1 séance / 1 à 5 séances / 5 à 10 séances

Observations/commentaire :

Limites atteintes et modifications à apporter :

Items révélés pendant la séance :

Intérêt du résident pour l'activité :

Importance du verbal :

Estime de soi :

Confiance en soi :

Vision de soi :

Affirmation de soi :

Objectifs intermédiaires (OI) révélés :

Erreurs :

Suggestions pour la séance suivantes :

Notes :

ANNEXE 4

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE **D'ŒUVRES PLASTIQUES**

Dans le cadre de mon stage au Centre de Vie PEP « L'Eldorado » situé ZA de la Croix de Cadoue à SMARVES (86240). Je soussignée Marlène Tanoh, étudiante art-thérapeute à la faculté de médecine de Poitiers, ai été amenée à photographier les œuvres picturales réalisées par les résidents lors de l'accompagnement art-thérapeutique. Ces clichés peuvent être utilisés dans mon mémoire de fin d'études qui sera lui-même diffusé sur internet. C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part une autorisation dans le cadre de votre droit à l'image.

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Autorise Marlène TANOH, étudiante art-thérapeute, à exploiter et diffuser à titre gracieux les clichés de mes œuvres picturales dans son mémoire de fin d'études et dans un cadre strictement non commercial, au sein de la faculté de médecine de Poitiers et sur internet, comme support d'illustration du travail d'accompagnement art-thérapeutique effectué durant le stage conventionné qui a eu lieu du 27/03/2017 au 27/05/2017 au Centre de Vie PEP « L'Eldorado ».

Fait à :

Le :

Signature du résident :

Annexe 5

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDESORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive. »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre		1-2-3-4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.		1-2-3-4
3	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté		1-2-3-4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens		1-2-3-4
5	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.		1-2-3-4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.		1-2-3-4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		1-2-3-4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même		1-2-3-4
9	Parfois je me sens vraiment inutile.		1-2-3-4
10	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter **4** si vous entourez le chiffre **1**, **3** si vous entourez le **2**, **2** si vous entourez le **3** et **1** si vous entourez le **4**.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

*
* *

Annexe 6

Affirmation de soi

Echelle de Rathus

Nom :

date :

Prénom :

Mettez une croix dans la colonne qui vous paraît le mieux vous caractériser

		Tout à fait vrai	vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	faux	Tout à fait faux
1	La plupart des gens semblent être plus agressifs et s'affirmer mieux que moi.						
2	Il m'arrive par timidité d'hésiter à donner ou à accepter des rendez-vous.						
3	Quand au restaurant la nourriture ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur.						
4	J'évite soigneusement de blesser les sentiments des autres, même quand je sens que j'ai été offensé.						
5	Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal pour me présenter une marchandise qui ne me convient pas tout à fait, il m'est difficile de dire "non"						
6	Quand on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en connaître les raisons.						
7	Il m'arrive de chercher une bonne et saine discussion.						
8	Je lutte pour réussir aussi bien que la plupart des gens qui sont dans ma situation.						
9	A la vérité, les gens profitent souvent de moi.						
10	J'aime engager la conversation avec de nouvelles personnes.						
11	Je ne sais pas quoi dire à des personnes attirantes du sexe opposé.						
12	J'hésite à téléphoner à des sociétés et à des administrations.						
13	Il me paraît plus facile de poser ma candidature à un emploi ou à un stage par écrit que de subir un entretien.						
14	Je trouve qu'il est très embarrassant d'avoir à rendre une marchandise.						
15	Si un parent proche et respecté m'ennuyait, je cacherais mes sentiments plutôt que d'exprimer ma contrariété.						

		Tout à fait vrai	vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	faux	Tout à fait faux
16	Il m'est arrivé d'éviter de poser des questions de peur de paraître idiot.						
17	Il m'arrive parfois, au cours d'une discussion, d'avoir peur d'être troublé au point de me mettre à trembler de tout mon corps.						
18	Si un conférencier renommé et respecté faisait une affirmation que j'estime inexacte, j'exposerais quand même mon point de vue à l'auditoire.						
19	J'évite de marchander.						
20	Quand je fais quelque chose d'important ou de valable, je m'arrange pour que les autres le sachent.						
21	J'exprime ouvertement et franchement mes sentiments.						
22	Si quelqu'un a fait courir de faux bruits et des calomnies à mon sujet, je vais le voir aussitôt que possible pour lui "dire deux mots"						
23	Il m'est souvent difficile de dire "non"						
24	Je suis porté à me retenir plutôt qu'à faire une scène.						
25	Je fais des réclamations quand le service est mal fait au restaurant ou ailleurs.						
26	Quand on me fait un compliment, parfois je ne sais pas quoi répondre.						
27	Si au théâtre ou à une conférence, mes voisins parlaient trop fort, je leur demanderais de se taire ou d'aller parler ailleurs.						
28	Toute personne essayant de prendre ma place dans une queue aura à faire à moi.						
29	Je suis prompt à exprimer une opinion.						
30	Il m'arrive parfois d'être incapable de dire quoi que ce soit.						

Annexe 7

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom _____ Date _____ Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes
 1. Lisez attentivement toutes les phrases.
 2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
 3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

- | | |
|--|---|
| <p>1. 0 () Je ne me sens pas triste.
 1 () Je me sens morose ou triste.
 2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 3 () Je suis tellement triste ou malheureux (e) que cela me fait mal.
 4 () Je suis tellement triste ou malheureux (e) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>2. 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
 1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur.
 2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 3 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 4 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>3. 0 () Je ne me sens pas que je suis un échec.
 1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
 2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 3 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 4 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>4. 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
 1 () Je me sens «ennuyé(e)» la plupart du temps.
 2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 3 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 4 () Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>5. 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1 () Je me sens souvent responsable ou indigne.
 2 () Je me sens souvent coupable.
 3 () Je me sens responsable et indigne presque tout le temps.
 4 () Je sens que je suis très responsable et très indigne.</p> <p>6. 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 2 () Je sens que je suis ou serai puni(e).
 3 () Je sens que je mérite d'être puni(e).
 4 () Je veux être puni(e).</p> <p>7. 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 1 () Je suis déçu(e) de moi-même.
 2 () Je ne m'aime pas.
 3 () Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 4 () Je me hais.</p> <p>8. 0 () Je ne me sens pas que je suis pire que les autres.
 1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 2 () Je me blâme pour mes fautes.
 3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.</p> <p>9. 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
 1 () J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
 2 () Je sens que je serais mieux mort(e).
 3 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 4 () J'ai des plans définis pour un autre suicide.
 5 () Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>10. 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
 2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.
 3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p> | <p>11. 0 () Je ne suis pas plus intéressé(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'au temps ordinaire.
 2 () Je me sens irrité(e) tout le temps.
 3 () Je ne suis plus intéressé(e) du tout par les choses qui m'intéressent habituellement.</p> <p>12. 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 2 () J'ai perdu le plaisir de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 3 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 4 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>13. 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.
 1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>14. 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 1 () Je m'inquiète de paraître vieux (vieux) et sans attrait.
 2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
 3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>15. 0 () Je peux travailler productivement aussi bien qu'avant.
 1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 2 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 3 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit.
 4 () Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>16. 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.
 2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.</p> <p>17. 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>18. 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
 2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 3 () Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>19. 0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu auparavant).
 1 () J'ai perdu plus de 5 livres.
 2 () J'ai perdu plus de 10 livres.
 3 () J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>20. 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de me sentir que d'habitude.
 1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>21. 0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p> |
|--|---|

tristesse

inimitabilité

*pessimisme
découragement*

*Intérêt aux autres
à l'activité*

Perte de décision

vis'ou de soi

déplaisir

culpabilité

accepte

dévalorisation

plus

Guide de pratique pour le traitement du Trouble anxieux social Chaoult, L., Goulet, J., Ngó, T.L., 2014

INSTRUCIONS POUR LE TRAVAIL DE LA PRATIQUE

1. Lisez attentivement les instructions de la pratique. 2. Choisissez une situation qui vous a causé du trouble anxieux social.

3. Lisez attentivement les instructions de la pratique. 4. Choisissez une situation qui vous a causé du trouble anxieux social.

50 à 55

50 à 55

30 à 35

30 à 35

50 à 55

50 à 55

INSTRUCIONS POUR LE TRAVAIL DE LA PRATIQUE

COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS DE L'INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

0 à 9	normal
10 à 19 :	dépression légère
20 à 25	dépression modérée
26 à 29	dépression modérée à sévère
30 à 40	dépression sévère
41 ou plus	dépression très sévère

L'Inventaire de Beck doit être utilisé dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec cette échelle de mesure.

Guide de pratique pour le traitement du Trouble anxieux sociale - Chalouit, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014

Annexe 8

GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficiência Intellectuelle

Nom: _____

Date _____ (jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants. Veuillez encrer le chiffre correspondant à chacun des comportements.

- | | |
|--|---|
| <p>0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».</p> <p>1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.</p> | <p>2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.</p> <p>3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action.</p> <p>NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action.</p> |
|--|---|

	0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés, Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affaibli	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +	-	-	-	0 =

Évaluation Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2011 © 2011 Zaballa M., Breau L.M., Wood C., Lévesque C., Hennequin M., Villeneuve E., Fall E., Valet L., Grégoire M.-C. Et Breau G. (2011) Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur - déficiences intellectuelles - version post-opératoire. Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie, published online 2 september 2011. DOI 10.1007/s12630-011-9582-7

« Du collectif vers l'individu »

Une expérience d'art-thérapie par les arts plastiques sur des sujets atteints d'infirmité motrice cérébrale au sein du centre de vie des Pupilles de l'Enseignement Public :

« L'Eldorado »

Ce mémoire présente l'étude d'un accompagnement art-thérapeutique mené sur une période de deux mois auprès d'adultes présentant une infirmité motrice cérébrale, au sein du centre de vie « L'Eldorado » situé à SMARVES (86).

L'infirmité motrice cérébrale est un handicap moteur invalidant, qui pénalise la personne atteinte à chaque étape de sa construction, impactant son développement psychique et corporel. Les difficultés motrices s'accompagnent de troubles associés qui entraînent alors des difficultés supplémentaires. C'est pourquoi on retrouve chez l'adulte infirme moteur cérébral une atteinte des composantes de l'estime de soi ainsi qu'un besoin de reconnaissance individuel.

L'art-thérapie, par son approche singulière redonne à la personne un rôle actif et permet une gratification narcissique par la valorisation des compétences physiques et intellectuelles dans le cadre d'un processus créatif.

Nous présentons dans cette étude, deux prises en soin. Elles démontrent comment l'art-thérapie favorise l'expression émotionnelle et développe la confiance en soi.

Au terme de notre travail, la synthèse analyse les apports et limites de notre étude afin que notre regard soit objectif et puisse s'ouvrir sur de nouvelles perspectives en vue d'améliorer notre mission thérapeutique auprès des personnes atteintes de cette infirmité.

Mots clés : infirmité motrice cérébrale - processus créatif - prise en soin art-thérapeutique - items - relation thérapeutique.

« From the collective to the individual »

An experience of art therapy by the visual arts on subjects suffering from cerebral palsy in the center of life of the Pupils of the Public Education :

« The Eldorado »

This paper presents the study of an art-therapeutic accompaniment carried out over a period of two months with adults with cerebral palsy in the center of life "The Eldorado" located in SMARVES (86). Cerebral palsy is a disabling motor handicap, which penalizes the person affected at each stage of its construction, impacting its psychic and bodily development. The motor difficulties are accompanied by associated disorders which then cause additional difficulties. This is why we find in the disabled adult cerebral motor impairment of the components of self-esteem and a need for individual recognition. Art therapy, through its singular approach, gives the person an active role and allows a narcissistic gratification by the valorization of the physical and intellectual skills within the framework of a creative process. We present in this study two cautions. They demonstrate how art therapy promotes emotional expression and builds self-confidence. At the end of our work, the synthesis analyzes the contributions and limitations of our study so that our vision is objective and can be opened on a new perspective in order to improve our therapeutic mission with people with this disability.

Keywords: cerebral driving infirmity - creative process - catch in art-therapeutic care - items - therapeutic relation.

TANO H Marlène
Année 2017