

N°

Note :

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS - FRANCOIS RABELAIS
DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ART THERAPIE - A.F.R.A.T.A.P.E.M

Association Française de Recherche & Applications des Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine

**Expérience en art-thérapie à dominantes musique et arts
plastiques, auprès de personnes cérébro-lésées souffrant
d'un syndrome de dépression réactionnelle, dans un centre
de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.**

Mémoire de fin d'études présenté par

GILLAIZEAU Anaëlle

Année 2011

Sous la direction de

SAMSON Laurent

Art-thérapeute,

Diplômé de la faculté de Médecine Tours

Lieu de stage

Centre de l'Arche

1 bd de Maule

72650 St Saturnin

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier Laurent SAMSON et Marielle DURANTEAU qui m'ont soutenu tout au long de mon stage et de ma réflexion. Merci pour leur implication professionnelle, leur humour, leur patience et pour toutes ces étoiles qui brillent dans leurs yeux quand ils parlent d'art-thérapie.

Merci également au Centre de l'Arche de m'avoir accueilli. En particulier à Corinne TIRONNEAU, ma formatrice terrain, passionnée par l'Art et par son métier de cadre de santé.

Merci à l'équipe pluridisciplinaire pour avoir partagé leurs savoirs et leurs compétences. Tout particulièrement, je pense à Catherine AMDOUNI, animatrice, qui m'a tant aidé pour la mise en place de la fresque.

Merci aux patients pour ces belles rencontres...

Je n'oublie pas Virginie et Jehanne pour leur aide précieuse.

Et enfin, je remercie l'AFRATAPEM et l'UFR de médecine de Tours, pour m'avoir apporté la possibilité de concrétiser mon projet professionnel d'art-thérapeute.

PLAN

Remerciements	p 1
Plan	p 2
Glossaire	p 9
Introduction	p 13
PREMIERE PARTIE : L'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique peut aider la personne cérébro-lésée à diminuer un syndrome dépressif.	p 15
A – La cérébro-lésion peut entraîner un état dépressif	p 15
1. <u>La cérébro-lésion peut entraîner un état dépressif</u>	p 15
1.1 Le traumatisme crânien résulte d'un choc mécanique à la tête	p 15
1.2 La lésion cérébrale peut avoir différentes causes	p15
1.3 La cérébro-lésion a pour conséquence de multiples troubles cognitifs, psychologiques et moteurs	p 15
2. <u>Suite à l'accident cérébral, la personne connaît des bouleversements au sein de sa vie.</u>	p 16
2.1 La personne devient cet « autre moi »	p 16
2.2 La personne cérébro-lésée doit stopper son activité professionnelle pendant une longue période voire définitivement	p 17
2.3 La vie sociale et familiale de la personne se fragilise	p 18
3. <u>De nombreux patients connaissent un syndrome dépression réactionnelle lors de leur hospitalisation.</u>	p 18
B- Les arts plastiques et la musique détiennent des caractéristiques singulières	p 19
1. <u>Les arts plastiques permettent l'utilisation de techniques mixtes et ainsi de répondre de façon adaptée à la problématique du patient.</u>	p 19

1.1	L'imitation de la nature est la genèse de la peinture, l'œuvre d'art en est le chemin infini, accédant à une connaissance de soi	p 19
1.2	La peinture fait appel à différents sens tels que l'odorat, la vue, le toucher, l'ouïe.	p 20
1.3	Le modelage permet d'appréhender pleinement la transformation de la matière, l'œuvre d'art devient palpable.	p 20
2.	<u>La musique possède un caractère universel</u>	p 21
2.1	Dans l'antiquité la musique était utilisée à des fins cathartiques	p 21
2.2	Nous sommes tous capables de percevoir la musique : percevant le sons, le timbre, les intervalles, les contours mélodiques, l'harmonie et le rythme.	p 21
2.3	La musique fait partie de notre existence malgré nous.	p 22
C- La musique et les arts plastiques peuvent permettre aux personnes cérébro-lésées de connaître une diminution de leur syndrome dépressif réactionnel.		p 23
1.	<u>L'écoute musicale apporte aux patients diverses réactions physiologiques et émotives</u>	p 23
1.1	L'écoute de la musique est une activité non seulement auditive mais aussi motrice	p 23
1.2	La vibration du son se propage au corps et à l'âme produisant ainsi l'émotion	p 23
1.3	L'écoute de chansons choisies permet une interaction entre l'art-thérapeute et le patient	p 24
2.	<u>Les arts plastiques ont des répercussions positives chez le patient</u>	p 24
2.1	La beauté qui va apparaître dans les arts plastiques est attachée à un objet que l'on voit, palliant ainsi au manque d'un syndrome dépressif	p 24
2.2	La couleur stimule le patient dépressif qui connaît un manque d'intérêt	p 25

2.3 L'œuvre produite est vectrice de socialisation, empêchant le replis sur soi du patient	p 26
DEUXIEME PARTIE : Une expérience d'art thérapie à dominante arts plastique et musique a été mise en place au centre de l'Arche.	p 26
A - Le centre de l'Arche est un centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle.	p 26
1. <u>La structure accueille des personnes souffrant de différentes pathologies</u>	p 26
2. <u>Les équipes sont pluridisciplinaires.</u>	p 27
3. <u>Les patients cérébro-lésés récemment sortis du centre hospitalier sont sur le service COSMOS.</u>	p 28
4. <u>Les équipes sont pluridisciplinaires.</u>	p 28
5. <u>Les patients cérébro-lésés récemment sortis du centre hospitalier sont sur le service COSMOS.</u>	p 29
B - Un projet collectif et trois prises en charge individuelles ont été effectués lors du stage d'art-thérapie.	p 29
1. <u>Le projet collectif a mobilisé les patients, leurs familles et les professionnels du centre de l'Arche.</u>	p 29
2.1 L'explication du projet et la définition de l'art thérapie à l'ensemble des professionnels ont été nécessaires.	p 29
2.2 La mise en place du projet a créé du lien entre patients, familles et thérapeutes.	p 30
2. <u>Jessica est une jeune femme ayant eu un accident vasculaire cérébral, la dominante art plastique a été utilisée.</u>	p 30
2.1 L'objectif général pour la prise en charge en art-thérapie est de diminuer le syndrome de dépression réactionnelle.	p 31
2.2 La stratégie thérapeutique est d'agir sur le phénomène d'intention afin de déclencher une poussée corporelle pour accéder à une production artistique, qui amènerait au traitement mondain .	p 31

2.3	La première séance a permis de révéler les objectifs intermédiaires de travailler la revalorisation personnelle et la planification.	p 32
2.4	De la séance 2 à 4 une gratification apparaît grâce à l'Art I	p 33
2.5	De la séance 5 à 8, la méthode devient directive et l'abstrait est abordé.	p 33
2.6	Les faisceaux d'items travaillés avec Jessica sont des items de confiance en elle, d'estime d'elle même, et de planification	p 34
2.7	Les autoévaluations ont été faites sur ses trois œuvres réalisées.	p 35
2.8	Le bilan de la prise en charge en art-thérapie de Jennifer doit rester réservé.	p 36
3.	<u>Georgina est une patiente ayant connu un accident vasculaire cérébral, la dominante art plastique a été utilisée.</u>	p 36
3.1	L'objectif général est de diminuer le syndrome dépressif.	p 37
3.2	La stratégie thérapeutique est d'agir sur le désir et l'intention afin d'enclencher une poussée corporelle et cibler sur des réalisations techniques précises pour enfin accéder au traitement mondain .	p 38
3.3	Les deux premières séances permettent de fixer les objectifs intermédiaires d'un travail sur l'intégration du membre handicapé et la gestualité de la main gauche, et enfin sur l'expression du plaisir esthétique.	p 38
3.4	Georgina poursuit désormais la fresque sans professionnel.	p 39
3.5	Les faisceaux d'items travaillés sont le travail sur la préhension* et la motricité fine* de la main gauche, l'intégration du membre handicapé et l'expression verbale de son plaisir esthétique.	p 40
3.6	Les autoévaluations ont été faites sur quatre œuvres réalisées.	p 41
3.7	Le bilan de la prise en charge en art-thérapie de Georgina se montre positif.	p 41

4. Thierry est un jeune homme connaissant un grave traumatisme crânien ayant entraîné une tétraplégie, la dominante musique a été utilisée. **p 42**
- 4.1 Les objectifs généraux en art-thérapie sont de réinvestir sa rééducation et d'atténuer le syndrome dépressif. **p 42**
- 4.2 La Stratégie thérapeutique est de se servir de l'œuvre d'art et de son rayonnement pour provoquer une intention afin de permettre un élan moteur et au travers d'une production artistique, travailler la communication et en particulier le langage . L'accès au traitement mondain est la phase finale de la stratégie. **p 44**
- 4.3 Les deux premières séances ont permis de définir les objectifs intermédiaires tels que l'évolution de la communication, l'implication corporelle et l'affirmation de son style. **p 44**
- 4.4 L'ergothérapeute est complémentaire au bon fonctionnement de la séance. **p 45**
- 4.5 L'écoute musicale apporte une activité motrice à Thierry. **p 46**
- 4.6 Un site d'action est détourné comme un acte esthétique. **p 46**
- 4.7 Thierry a rejoint le projet collectif. **p 47**
- 4.8 Les faisceaux d'items choisis sont l'évolution de la communication, la recherche esthétique et l'implication corporelle dans l'activité artistique. **p 47**
- 4.9 Les autoévaluations ont été réalisées sur les deux œuvres que Thierry a produit, la troisième étant la session d'écoute musicale. **p 49**
- 4.10 Le bilan de la prise en charge en art-thérapie est positif dans l'ensemble **p 49**

TROISIEME PARTIE : L'art thérapie peut aider au réajustement identitaire du patient cérébro-lésée dépressif, hospitalisé en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. **p 51**

A - L'art thérapie peut diminuer le sentiment de crise identitaire des patients cérébro-lésés.	p 51
1. <u>L'identité est en transformation perpétuelle</u>	p 51
2. <u>L'art thérapie peut permettre au patient de répondre à la question « Où suis-je » ?</u>	p 51
2.1 L'art thérapie contribue à aider la personne à se situer dans l'espace	p 51
2.2 L'art thérapie contribue à aider la personne à se situer dans le temps.	p 53
3. <u>L'art thérapie peut permettre au patient de répondre à la question « Qui suis-je devenu ? »</u>	p 55
3.1 L'art thérapie entraîne le corps dans l'action	p 55
3.2 Le collage et le modelage sont des techniques qui font résonner à « l'avant / pendant / après » grâce à la déconstruction/construction de la matière.	p 56
3.3 L'art-thérapie contribue à faire émerger la conscience de soi.	p 57
4. <u>L'art-thérapie peut permettre au patient de répondre à la question « Que vais-je devenir ? »</u>	p 58
4.1 L'art-thérapie permet de préserver la qualité existentielle des personnes cérébro-lésées.	p 58
4.2 L'art-thérapie aide le patient à passer du projet de soin au projet de vie.	p 59
B. La mise en place de l'art thérapie au sein du centre de rééducation, afin de soigner les patients cérébro-lésés souffrant de dépression, peut s'avérer difficile.	p 60
1. <u>Le centre de rééducation peut retarder le patient à se repérer dans le temps et l'espace.</u>	p 60
2. <u>L'hospitalisation à temps complet ne facilite pas l'accès à la conscience de soi.</u>	p 60

3. <u>Le centre de rééducation ne permet pas totalement au patient de se préparer à la vie à l'extérieure.</u>	p 62
C. Le schéma récapitulatif de la discussion est présenté.	p 63
D. Une réflexion fait suite au travail de Fanny Crapart sur le potentiel de l'art-thérapie dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées.	p 63
CONCLUSION	p 65
LISTE DES GRAPHIQUES	p 67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p 68
ANNEXE 1 : Charte et droits de la personne accueillie	p 70
ANNEXE 2 : Organisation des zones du cerveau	p 73
ANNEXE 3 : Schéma de l'opération artistique	p 74

GLOSSAIRE

- Affirmation de soi : Oser exister aux yeux des autres.
- Angoisse : Emotion caractérisée par l'idée d'un danger à venir entraînant une peur irrationnelle entraînant des manifestations somatiques, la différenciant ainsi de l'anxiété dont on connaît la cause.
- Anosognosie : Méconnaissance par un malade de son affection pourtant évidente.
- Apathique : Incapacité d'agir due à une absence de volonté.
- Art I : Domaine de l'archaïsme, de l'expression brute, des gratifications sensorielles.
- Art II : Domaine du sophistiqué, de l'ordonnée, de la recherche esthétique.
- Art : Modalité particulière d'expression de l'être humain ,dirigée vers l'esthétique, reconnaissable par l'œuvre d'art qu'elle représente.
- Art-plastique : Techniques mixtes qui sont productrices de volumes, de formes visant une représentation esthétique.
- Art-thérapie : L'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.
- Barbotine : mélange d'eau et d'argile permettant de coller les parties entre elles.
- Boucle d'inhibition : Mettre quelqu'un en échec en lui donnant quelque chose à faire qu'il ne peut réaliser.
- Boucle de renforcement : Proposer quelque chose qui est dans les capacités de la personne, ce qui renforcera sa confiance en elle.
- Créativité : capacité d'imagination, de créer.
- Cible thérapeutique : élément qui perturbe la bonne progression vers l'objectif.
- Cognition : Ensemble des grandes fonctions permettant à l'organisme d'interagir avec le milieu (perception, mémoire, intelligence...).

- COMETE : Communication Environnement Tremplin pour l'Emploi.
- Communication : Action de transmettre quelque chose à quelqu'un ; message transmis.
- Confiance en soi : Sentiment de croire en soi.
- Cube harmonique : Principe auto-évaluatif de bilan art-thérapeutique.
- Dépression : Effondrement biologique, psychologique, relationnel, social d'un personne, trop longtemps placée dans une situation intolérable dont elle ne voit plus d'issue possible.
- DMS IV : Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- Dysarthrie : Ensemble des troubles d'articulation du à une atteinte des centres nerveux.
- Escarre : Lésion de la peau par appui prolongé.
- Esthétique : Relatif au sentiment, à la perception du beau.
- Estime de soi : Valeur que nous nous accordons.
- Expression : Action d'exprimer quelque chose par le langage ou une technique artistique. Ensemble des signes extérieurs qui traduisent un sentiment, une émotion.
- Faisceaux d'items : Ensemble des faits observables
- Fonctions exécutives : Ensemble des processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles.
- Gastrostomie : Système permettant au patient de s'alimenter directement par l'estomac sans passer par la bouche.
- Heuristique : Création. Qui sert à la découverte.
- Holistique : Connaissance de l'individuel en prenant en compte le tout où il est inscrit.
- I.S.A : Intervention spécialisée en art-thérapie.

- Identité : Ce qui fait le caractère permanent et fondamental d'une personne. Un lien d'appartenance identitaire se fait alors grâce aux émotions et aux valeurs.
- Item : Plus petit élément observable.
- Labilité émotionnelle : forme d'instabilité des humeurs, des émotions.
- Logorrhée : Besoin irrésistible de parler, avec une surabondance de mots et de phrases émis avec un débit rapide et un contenu informatif faible.
- Mimesis : Qui définit l'œuvre d'art comme une imitation du monde obéissant à des conventions.
- Motricité fine : Coordination des mouvements faisant intervenir la main en relation avec la vision (écriture, lancer, attraper). Nécessite de la précision et de la dextérité.
- Nystagmus : Oscillations involontaires et rythmiques des globes oculaires.
- Œuvre d'art : Se caractérise par le fond (le thème), la forme (poids..) et le rayonnement (impact émotionnel produit).
- Opération artistique : Organisation d'éléments de nature à orienter une expression artistique vers l'Art.
- Parésie : Paralysie incomplète , causant une diminution de la force musculaire.
- Pauci-relationnel : Manifestation de conscience réactive
- Persévération : Répétitions incontrôlées qui peuvent être d'ordre verbale, écrite, gestuelle ou idéative.
- Personnalité : Ce qui fait qu'un individu est différent et unique avec ses particularités affectives et intellectuelles.
- Phénomène artistique : Sous ensemble de l'opération artistique regroupant l'impression, l'intention, l'action et la production.
- Physiologie : Science qui étudie le fonctionnement et les propriétés d'un organisme vivant ou de ses parties.
- Planifier : Organiser, régler le développement de quelque chose selon un plan.

- Praxie : Coordination normale des mouvements.
- Préhension : Action de prendre, de saisir.
- Processeur : Agent actif.
- Protocole thérapeutique : Ensemble des éléments qui constituent l'intérêt, la faisabilité et la réalisation de l'activité thérapeutique auprès des patients.
- Qualité existentielle : Perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec les objectifs/attentes/normes et les inquiétudes qu'il peut avoir au cours de sa vie.
- Relation : Lien existant entre des choses, des personnes.
- SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.
- Séquelles : Lésion ou trouble fonctionnels qui persistent après la consolidation d'une blessure ou la stabilisation d'une maladie.
- Site d'action : Localisation d'une difficulté.
- Symptôme : Manifestation révélant une maladie.
- Syndrome : Ensemble de symptômes traduisant l'atteinte d'un système défini.
- Vocalise : Productions vocales, sans prononciation de mot

Introduction

J'ai réalisé mon premier stage en formation I.S.A*, et mon second stage dans le cadre du diplôme universitaire d'art-thérapie, dans la même structure auprès d'adultes cérébro-lésés hospitalisés, en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

Auparavant j'ai travaillé auprès de cette population en tant qu'éducatrice spécialisée dans un service de réinsertion socio-professionnelle, le SAMSAH*. Les bénéficiaires de ce service ont de multiples troubles cognitifs*, moteurs et psychologiques qui sont devenus séquellaires*.

J'ai souhaité rencontrer ce public en amont de leurs retours à domicile, plus précisément à l'origine de leurs prises en charge ; mais surtout autrement c'est-à-dire en tant que stagiaire en art-thérapie. L'art-thérapie* *est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire*. Elle est indiquée pour des personnes souffrant de difficultés d'expression*, de communication* et de relation*.

Mon expérience de stage m'a confirmée ce que j'avais pu connaître dans le service de suite. Le jour de l'accident, les personnes cérébro-lésées ont connu une cassure qui fait que rien ne sera plus jamais comme avant. Cette rupture touche à toutes les sphères de leur vie : familiale, sociale, professionnelle.

Les personnes cérébro-lésées ont le sentiment profond d'une perte identitaire*. Cette impression est d'autant plus prégnante en phase de rééducation où ils sont confrontés de plein fouet à ce qui ne fonctionne plus chez eux. Cette réalité amène fréquemment ces patients à être victime d'un syndrome de dépression réactionnelle*, mettant à mal leur qualité existentielle*.

La particularité de l'art-thérapie* est de travailler grâce à l'opération artistique*, sur ce qui fonctionne encore chez ces patients. Au travers de mon travail de recherche j'ai tenté de savoir si l'originalité de cette pratique thérapeutique peut s'inscrire en complément du travail pluridisciplinaire au sein du centre de rééducation.

Ceci afin de répondre à mon questionnement, à savoir : l'art-thérapie* peut-elle permettre aux personnes cérébro-lésées dépressives d'accéder à un réajustement identitaire afin de connaître un mieux être ?

Dans une première partie, j'exposerai les multiples conséquences de la cérébo-lésion et du syndrome de dépression réactionnelle*. Puis je développerai les spécificités des dominantes arts plastiques* et musique, utilisées lors de mes stages, par rapport à la problématique de ces patients.

Dans un second temps, je présenterai le centre de rééducation et de réadaptation dans lequel j'ai effectué mes stages, et je ferai part de la mise en place du projet collectif et de trois prises en charge individuelles réalisées.

Enfin, je discuterai de la pertinence de l'art-thérapie* en centre de rééducation pour des adultes cérébro-lésés dépressifs connaissant une crise identitaire.

PREMIERE PARTIE : L'art-thérapie* à dominantes arts plastiques* et musique peut aider la personne cérébro-lésée à diminuer un syndrome* dépressif*.

A - La cérébro-lésion peut entraîner un état dépressif*.

1. La cérébro-lésion est d'origine traumatique ou vasculaire.

1.1. Le traumatisme crânien résulte d'un choc mécanique à la tête.

Ce choc est soit direct ce qui produit une contusion au cerveau, ou indirect c'est-à-dire qu'un arrêt brutal ou un mouvement forcé de la tête crée un effet de décélération ou d'accélération, endommageant l'encéphale.

« Un traumatisme cérébral grave entraîne une perte de conscience qui peut se prolonger, c'est alors le coma, qui peut durer des heures, des jours, des semaines. »¹

1.2. La lésion cérébrale peut avoir différentes causes.

La personne ayant eut une lésion cérébrale peut avoir été victime soit :

- D'un accident vasculaire cérébral qui est une souffrance brutale d'une région du cerveau causée par une perturbation soudaine de l'irrigation d'une partie du cerveau.²
- D'une tumeur cérébrale
- D'une hémorragie cérébrale
- D'un accident ischémique transitoire qui est l'interruption ou l'arrêt d'apport de sang dans un vaisseau cérébral.

1.3 La cérébro-lésion a pour conséquence de multiples troubles cognitifs, psychologiques et moteurs.

En fonction de la gravité du traumatisme, la personne peut connaître :

- Des troubles moteurs, de l'équilibre et de la marche..
- Des troubles sensoriels.

¹ Résumé tiré du Comité de rédaction du réseau TC Ouest, *Face à un traumatisme crânien grave*, édité par l'URCAM, 2005.

² Snfv et l'association France AVC, *Guide pratique pour les patients et leur entourage l'essentiel sur l'accident vasculaire cérébral*, 2008, p 12.

- Des troubles du langage, de l'attention, de l'intention, de la concentration, de la conceptualisation, de la mémoire, praxiques*, des repères spatio-temporels, anosognosiques*...
- Des troubles du comportement, de la personnalité*, de l'humeur, de la conscience de soi, labilité émotionnelle*, perte de la cohérence identitaire*...

2. Suite à l'accident cérébral, la personne connaît des bouleversements au sein de sa vie.

2.1 La personne devient cet « autre moi ».

« Le traumatisme crânien est chargé de violence car il prend une force symbolique singulière, il vise la tête (notre partie la plus divine disait Platon), la tête qui dans l'imaginaire a une place capitale, si l'on ose dire la tête qui est le chef, l'homme. »³

Jean-Michel Mazaux, ajoute « que Le traumatisme crânien est une blessure portée au fondement même de la personne. Il constitue une pathologie unique, qui entraîne une rupture brutale de la continuité de la vie psychique et du trajet de vie et plonge le blessé dans une situation de poly-déficiences, poly-incapacités et poly-handicaps acquis. »⁴

La personne doit alors se confronter à ce nouveau corps blessé qui ne répond plus comme avant ; à ce « cerveau » qui lui joue des tours car sa mémoire et son raisonnement peuvent lui faire défaut ; et parfois il ne reconnaît plus son comportement qui peut être désinhibé ou inhibé voir agressif.

Les personnes cérébro-lésées peuvent être victimes du jugement d'autrui. En effet ce handicap est qualifié d'handicap invisible, car lorsque les séquelles physiques ne sont pas apparentes, l'extérieur peut penser que la personne est étrange, ivre, a un problème psychiatrique... L'entourage peut avoir des difficultés à comprendre et accepter les conséquences des lésions cérébrales et va alors porter des jugements de valeurs à la personne tels que « elle est lente, elle le fait exprès, elle est caractérielle, elle comprend rien... »

³ Cohadon François, *Sortir du coma*, p 29

⁴ Cohadon F et collectif, « *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* », p221.

2.2 La personne cérébro-lésée doit stopper son activité professionnelle pendant une longue période voire définitivement.

Suite à l'accident, la personne va connaître une longue période d'hospitalisation puis de rééducation qui peuvent aller de quelques mois jusqu'à deux ans.

Dans son cadre professionnel, la personne est d'abord considérée administrativement comme en arrêt maladie, puis si sa santé le permet elle peut reprendre son poste qui aura été aménagé en fonction de son handicap tant d'un point de vue horaire que de la tâche à accomplir.

Si les séquelles sont trop importantes, la personne ne pourra pas reprendre un poste en milieu ordinaire et devra se diriger vers un travail en milieu protégé.

Enfin, lorsque le handicap est trop lourd pour envisager une activité professionnelle, la personne pourra subvenir à ses besoins grâce à l'allocation d'adulte handicapé.

L'expérience que j'ai connue au SAMSAH* , m'a démontré que dans les faits seulement une personne sur quarante bénéficiaires du service avait récupéré son poste antérieur à l'accident. Son poste était aménagé en mi-temps thérapeutique, et ses fonctions avaient largement régressées.

Toujours sur le même échantillon de quarante bénéficiaires, une personne uniquement avait trouvé un travail à temps plein en milieu protégé.

La réalité est que dans les régions des Pays de la Loire, des structures professionnelles pouvant accueillir des personnes cérébro-lésées sont extrêmement rares.

Par défaut, il leur ai principalement proposé des services où travaillent des adultes déficients intellectuels.

La confrontation avec cette population qui n'a pas du tout les mêmes difficultés reste violente pour les personnes cérébro-lésées, et aboutit souvent à un échec.

Les séquelles* de la cérébro-lésion telles que la fatigabilité, le manque d'attention, les difficultés mnésiques, les troubles moteurs et les troubles du comportement, freinent ou empêchent totalement un retour dans un milieu professionnel.

Le travail est une valeur forte et valorisante dans notre société, le fait de ne plus pouvoir y accéder est un facteur d'isolement et de souffrance pour la personne cérébro-lésée.

2.3 La vie sociale et familiale de la personne se fragilise.

Là encore, le constat effectué par l'équipe du SAMSAH* est assez alarmant pour une grande majorité des patients.

Au début de l'hospitalisation et de la rééducation, l'entourage familial et social est présent pour le patient, mais au fil du temps les contacts s'étiolent.

Le retour à domicile est vécu très difficilement par la sphère intime de la personne.

Les proches ne reconnaissent plus leur conjoint, leur fils, leur parent, leur ami.

Celui-ci peut être devenu logorrhéique*, se perd dans des lieux connus, devient apathique* et manque d'initiative, ne supporte pas la frustration, persévère* sur des idées fixes, connaît une labilité émotionnelle*, et peut sombrer dans la dépression*...

Beaucoup de couples se séparent alors et les personnes cérébro-lésées retournent, quand ils le peuvent, chez leurs parents, qui sont parfois âgés et fatigables.

Lorsque nous les interrogeons, les bénéficiaires du SAMSAH* souffrent énormément de solitude.

3. De nombreux patients connaissent un syndrome de dépression réactionnelle* lors de leur hospitalisation.

Selon Xavier Briffault, la dépression* « est l'effondrement biologique, psychologique, relationnel, social d'une personne, trop longtemps placée dans une situation intolérable dont elle ne voit plus d'issue possible ». ⁵

Le DSM IV* classe les symptômes de la dépression en trois grandes parties :

- les affects, l'humeur (tristesse, humeur dépressive, diminution d'intérêt ou de plaisir).
- Le fonctionnement corporel (changement de poids, problème de sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue).
- Le fonctionnement intellectuel et cognitif (sentiment de dévalorisation et de culpabilité, diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer, pensées autour de la mort). ⁶

Suite au choc psychologique et physique de l'accident les patients peuvent connaître une dépression dite réactionnelle.

⁵ Briffault Xavier, *La fabrique de la dépression*, p 220.

⁶ Ibid, p 37.

« L'état dépressif réactionnel* est immédiatement secondaire à un événement de vie douloureux ». ⁷

Le médecin du service où sont hospitalisés les patients cérébro-lésés, propose un suivi psychologique à ceux qui souffrent d'un état dépressif réactionnel*.

Si besoin, la psychiatre du centre peut leur administrer des traitements médicamenteux.

B. Les arts plastiques* et la musique détiennent des caractéristiques singulières.

1. Les arts plastiques* permettent l'utilisation de techniques mixtes et ainsi de répondre de façon adaptée à la problématique du patient.

1.1 L'imitation de la nature est la genèse de la peinture, l'œuvre d'art* en est le chemin infini , accédant à une connaissance de soi.

« L'activité artistique est une des premières manifestations de l'Art*. Aussi loin qu'on remonte dans le temps , on trouve des témoignages du sens esthétique* de l'humanité (les fresques des grottes de Lascaux par exemple). On peut penser que l'activité de l'artiste consiste à imiter la nature quand on songe à la longue tradition de la peinture figurative notamment. Pourtant de nombreux arguments (la fonction éducative de l'œuvre d'art* , la présence d'une esthétique* de la laideur..) tendent à ruiner cette interprétation (Hegel).

D'autant plus que, ainsi que le montre Blanchot, l'artiste ne sait pas ce que doit être l'Art* : c'est du développement de son œuvre même qu'il apprendra . Au lieu de s'en tenir à une antériorité fallacieuse de l'Ar*t (comme tradition, recettes, écoles antérieures..), l'œuvre authentique est à la recherche de ce qu'il peut devenir : il n'y a pas de canons à respecter la seule exigence est celle d'une passion sans bonheur ». ⁸

Blanchot explique par cette passion sans bonheur les propos de Cézanne qui s'est juré de « mourir en peignant », c'est-à-dire que l'artiste se sacrifie dans cette passion et qu'il souhaite exister grâce et par son œuvre, par ce chemin et cette recherche infinie de produire à nouveau.

Le but de l'art-thérapie* est bien de soigner les patients grâce à cet entraînement que provoque l'action artistique, et non pas d'en faire des artistes aliénés par la peinture ; mais nous remarquons bien par ces extraits de texte que l'œuvre d'art peut amener à se trouver soi même.

⁷ Dictionnaire médical de l'infirmière.

⁸ Roussel André et Durozoi Gérard, *Philosophie : notions et textes Tome 2*, p546.

1.2 La peinture fait appel à différents sens tels que l'odorat, la vue, le toucher, l'ouïe. Dès que nous entrons dans un atelier de peinture, l'odeur plante le décor.

Les odeurs d'huile de lin, d'essence de térébenthine, des vernis, des liants, du brou de noix, du papier... imprègnent l'atmosphère et nous conditionne à savoir où l'on est et ce que l'on peut y faire.

Puis notre regard est attiré vers les couleurs exposées dans leurs supports, mélangées dans les palettes et déposées sur des toiles.

Nous employons des adjectifs qualificatifs presque humanisant pour les décrire : vives, éclatantes, douces, sereines, froides, chaudes...

En ce qui concerne le toucher, les différents supports et matériaux utilisés nous apportent de multiples sensations tactiles : rugueux, doux, bosselés, lisses, granulés, tranchants, liquides, compacts, chauds, froids...

Même l'ouïe est sollicitée ; le bruit d'un pinceau glissant sur la toile, l'écoulement de la peinture sur la palette, le froissement du papier, la projection de peinture...

1.3 Le modelage permet d'appréhender pleinement la transformation de la matière, l'œuvre d'art devient palpable.

Il est étonnant de voir un bloc brut d'argile devant soi et s'imaginer qu'il peut se transformer en une forme ou un personnage.

Le contact avec la matière est direct, voir charnel. Des outils sont indispensables mais l'outil premier est notre main dans la substance. Elle évolue au gré de l'intention de l'artiste. Sa mutation est perpétuelle, tantôt fine de quelques millimètres ou érigée dans un bloc de plusieurs centimètres.

Le geste est parfois doux ou violent en fonction de l'émotion et de la volonté du moment présent.

Son existence peut être éphémère, détruite aussitôt à cause d'une imperfection ou d'une démarche différente.

Puis cette matière qui a été appréhendée froide et glissante mélangée à la barbotine*, devient dure et rêche comme de la pierre au séchage.

A la différence de la musique ou de la danse, les arts plastiques permettent de matérialiser son œuvre d'art.

Nous pouvons la toucher, la sentir, la soulever, la regarder, et ceci en dehors du moment où elle a été produite. D'ailleurs lors d'expositions, elle vit en dehors de son auteur.

Sa particularité est aussi de se transformer dans le temps, les sculptures peuvent s'éroder, leurs couleurs s'écailler ou perdre de leurs éclats...

Tout comme le monde naturel, l'œuvre d'art subit le temps.

2. La musique possède un caractère universel.

La définition de la musique que propose Richard Forestier « est une association de sons d'inspiration divine, qui a comme faculté de provoquer le plaisir musical. Le son premier élément constitutif de la musique se différencie du bruit par une nature plus agréable et moins surprenante. Il s'attache au critère de pureté comme symbole divin.. »⁹

2.1 Dans l'antiquité la musique était utilisée à des fins cathartiques.

Comme nous l'explique Edith Lecourt, « dans l'antiquité la musique était utilisée à des fins cathartiques ; le catharsis correspondant à une décharge des tensions, physiques émotionnelles qui soulage et apaise momentanément. On trouve aussi la musique dans certaines fêtes tribales et quelques méditations religieuses, pour y produire défoulement, exutoire, extase ou transe. »¹⁰

Cette explication nous fait prendre conscience de la fonction communautaire, presque primitive de la musique, mais aussi du lien qu'elle permet entre l'homme et le divin ; tout en ayant en aspect bénéfique individuel.

2.2 Nous sommes tous capables de percevoir la musique : percevant les sons, le timbre, les intervalles, les contours mélodiques, l'harmonie et le rythme.

Selon Olivier Sacks, « nous autres, êtres humains, sommes une espèce musicale non moins que linguistique. Si différentes que soient les formes prises par notre musicalité, nous sommes tous (à de très rares exceptions près) capables de percevoir la musique : percevant les sons, le timbre, les intervalles, les contours mélodiques, l'harmonie et le rythme, nous

⁹ Forestier Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p22.

¹⁰ Lecourt Edith, *Découvrir la musicothérapie*, p21.

intégrons tous ces éléments et construisons une musique dans notre esprit en nous servant de parties distinctes de notre cerveau. »¹¹

Là encore apparaît ce caractère universel qui singularise la musique. Nous serions donc tous aptes à ressentir la musique et même à produire une musicalité intérieure et silencieuse.

2.3 La musique fait partie de notre existence malgré nous.

Edith Lecourt expose l'idée « qu'il se dégage de la musique un certain rapport au maternel touchant aux origines du développement de l'être humain, ce qui lui donne un caractère universel. Stimulation, excitation, sédation correspondent à ces premiers échanges corporels-pulsionnels-affectifs qui régissent les moments de bien être et de mal être du fœtus.

Cette construction sonore et musicale des premiers mois de gestation constitue un chemin pour travailler les zones fragiles et difficiles du développement de l'être humain. Le jeu musical offre la possibilité de retrouver ces moments de sécurité, de détente et d'apaisement dans la relation à l'autre. »¹²

Dès les premiers mois de notre existence en tant que fœtus, nous sommes donc imprégnés par cette musicalité, puis enfants en bas âge nos parents nous fredonnent des berceuses pour s'endormir, ou nous allument un mobile musical.

Ensuite, la musique continue à nous suivre, à l'école maternelle nous apprenons les comptines, lors des cérémonies religieuses des chœurs sont clamés, des manifestations, dans les films, dans certaines représentations sportives l'hymne national est repris, la radio est dans les transports en commun, chez les commerçants, dans les salles d'attente, les restaurants, les cafés...et même si nous voulions y échapper les journées des 21 juin lui sont entièrement consacrées pour la célébrer.

¹¹ Sacks Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, p12.

¹² Lecourt Edith, *Découvrir la musicothérapie*, p26, p 34, p165.

C. La musique et les arts plastiques* peuvent permettre aux personnes cérébro-lésées de connaître une diminution de leur syndrome dépressif réactionnel*.

1. L'écoute musicale apporte aux patients diverses réactions physiologiques* et émotive.

1.1 L'écoute de la musique est une activité non seulement auditive mais aussi motrice.

« Ecouter de la musique est une activité non seulement auditive mais aussi motrice. Nous nous mettons au rythme de la musique involontairement même lorsque nous ne lui prêtons pas consciemment attention, notre visage et nos postures reflétant le « narratif » de la mélodie aussi bien que les pensées et sentiments qu'elle suscite. »

Olivier Sacks ajoute que « le fait d'écouter de la musique ou de l'imaginer, même quand aucun mouvement n'est effectué en vue de marquer la mesure, active aussi le cortex moteur et les systèmes moteurs sous corticaux ; l'imagination d'une musique ou d'un rythme peut donc s'avérer aussi puissante, du point de vue neuronale que son écoute réelle. »¹³

Ce commentaire de l'auteur nous montre que même si le patient cérébro-lésé reste dans le domaine de l'impression en Art I*, une activité motrice est quand même effective.

1.2 La vibration du son se propage au corps et à l'âme produisant ainsi l'émotion.

Tout d'abord nous allons définir le terme d'émotion en s'appuyant sur la définition de Robert Dantzer.

« il s'agit de processus mentaux complexes comprenant plusieurs composantes, une expérience subjective comme la peine ou le plaisir, une expression communicative telle que des expressions du visage, et des modifications physiologiques* comme par exemple avoir une boule dans la gorge. »¹⁴

Les émotions qu'elles soient donc positives ou négatives, entraînent donc un effet sur le corps.

Olivier Sacks explique que la musique entraîne des émotions.

« Les réactions émotionnelles à la musique semblent être si diffuses (elles semblent être non seulement corticales mais sous corticales) que même lorsque l'atteinte corticale est très étendue, il demeure possible de percevoir la musique, de l'apprécier et de réagir à son audition. »¹⁵

¹³ Sacks Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous* , p12, p296.

¹⁴ Dantzer Robert, *Les émotions, Que sais je ?* , p5.

¹⁵ Sacks Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous* , p426.

Là encore, nous comprenons que malgré l'importance des atteintes cérébrales du patient, il peut percevoir la musique et en être ému.

Edith Lecourt complète que l'émotion produite par la musique est utilisée à des fins thérapeutiques depuis le début du XIX^{ème} siècle.

« la vibration du son se propage au corps et à l'âme produisant ainsi l'émotion , elle connaît alors un développement médical considérée comme un moyen de calmer les agités, et stimuler les apathiques ou encore chasser les idées morbides »¹⁶.

1.3. L'écoute de chansons choisies permet une interaction entre l'art-thérapeute et le patient.

Comme nous l'avons expliqué, la musique provoque des effets sur l'homme ; « du trauma sonore à la béatitude, le timbre, le volume sonore, le rythme, la mélodie séductrice provoquent en nous des réactions physiques et psychologiques. »¹⁷

L'écoute musicale est une des formes exploitée de la musique qui permet en séance d'art-thérapie* de travailler la communication*, l'expression* et la relation*.

Le patient fait le choix d'une musique, il est attentif lors de l'écoute, et peut échanger avec le thérapeute en exprimant et affirmant ses goûts ; tout en faisant appel à des souvenirs, des émotions. A son tour l'art-thérapeute peut faire découvrir au patient son univers musical ; l'interaction se créer.

2. Les arts plastiques* ont des répercussions positives chez le patient.

2.1 La beauté qui va apparaître dans les arts plastiques* est attachée à un objet que l'on voit¹⁸, palliant ainsi au manque d'initiative de la personne souffrant d'un syndrome dépressif.

La personne est alors sécurisée par la possibilité d'être dans la mimesis*, de s'appuyer sur un modèle existant. Le cadre de son action artistique est alors prédéfinie, elle peut enclencher un acte grâce à l'imitation.

De plus elle peut choisir son modèle qu'il provienne de son environnement ou non, qu'il soit animé ou non.

¹⁶ Lecourt Edith , *Découvrir la musicothérapie*, p27.

¹⁷ Ibid, p161.

¹⁸ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'Art Occidental*, p88.

Elle pourra également décider de le « re-présenter » en deux dimensions, grâce à la peinture, ou le produire en trois dimensions grâce à la sculpture.

Sur ce concept de représentation, je tiens à évoquer l'idée de René Magritte, qui pensait que la peinture n'est jamais une représentation d'un objet réel mais l'action de la pensée du peintre sur cet objet. Il illustre ces propos dans l'œuvre de la « *trahison des images* » en 1929 ; un tableau qui représente une pipe où il est indiqué en bas de ce tableau « ceci n'est pas une pipe »¹⁹.

L'objet que l'on voit peut également être un appui de départ et servir de source d'inspiration par la suite. Ainsi la personne débute sa production grâce au modèle puis peu à peu s'en détache pour faire apparaître son propre style. Elle passe alors dans l'heuristique* permettant de développer sa créativité*.

2.2 La couleur stimule le patient dépressif qui connaît un manque d'intérêt.

Dans les médecines traditionnelles Chinoise, Grecque ou Indienne les couleurs sont utilisées pour ses effets thérapeutiques. La chromothérapie et l'héliothérapie sont des méthodes d'harmonisation où chaque couleur correspond à des vibrations ayant des vitesses, des longueurs d'ondes et des rythmes différents.²⁰

Même si ces thérapies peuvent être contestées, nous ne pouvons pas nier que les couleurs peuvent exercer une influence psychologique, physique et émotionnelle sur nous.

L'Art I* permet au patient de décider du choix de différentes couleurs et d'expérimenter le résultats du mélange de ces dernières. Ce travail de recherche peut accéder au plaisir esthétique, puisqu'il suffit d'éclaircir et d'assombrir à volonté afin de trouver la nuance souhaitée.

J'entends par plaisir esthétique, une recherche du beau subjectif au patient ; le beau en art-thérapie selon Richard Forestier étant « ce qui plait simplement ».²¹

¹⁹ www.imagesanalyse.univparis1.fr

²⁰ www.medecine-naturelles.com

²¹ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie* 6^e édition, p162.

2.3 L'œuvre produite est vectrice de socialisation, empêchant le replis sur soi du patient.

Pour expliquer cet état de fait, je m'appuie sur ma propre expérience en tant que stagiaire en art-thérapie*.

La réalisation de la fresque²² dans un endroit de passage m'a confirmé, que l'œuvre d'art*peut créer du lien social.

Les personnes passant devant les patients en train de réaliser des éléments de la fresque ont pu échanger avec eux sur leur production, et cela dans l'immédiateté de l'action artistique.

L'œuvre d'art* sert alors de support à la communication entre les spectateurs et les patients de l'atelier d'art-thérapie.

Ainsi les patients qui pouvaient être inhibés, peuvent de façon médiatisée s'exprimer sans que ce retour à l'autre ne soit trop frontal pour eux.

De plus, les patients sont valorisés par ces passants, montrant ainsi leurs capacités résiduelles malgré le handicap, des capacités qui donnent à voir autre chose, entre autre une capacité à faire du Beau.

DEUXIEME PARTIE : Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques* et musique a été mise en place au centre de l'Arche.

A. Le centre de l'Arche est un centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

1 La structure accueille des personnes souffrant de différentes pathologies.

Le centre de l'Arche est un établissement sanitaire de la Mutualité Sociale Agricole ouvert depuis novembre 1973, et participant au secteur public hospitalier depuis 1976.

Sa gestion est assurée par une Association de type loi 1901, administrée par les organisations de la mutualité sociale et d'assurances mutuelles agricoles nationales et régionales.

²² Cf, p 27

Le terme de « rééducation est défini comme l'action de refaire l'éducation d'une fonction lésées par un accident plus précisément c'est une action réparatrice et active tendant à s'approcher le plus possible de l'état antérieur. »²³

Le centre de l'Arche est spécialisé dans le traitement et la rééducation des affections neurologiques et motrices, le Centre de l'Arche accueille des malades présentant des handicaps neurologiques, orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques ou néonataux tels que :

- des lésions de la moelle épinière (paraplégie, tétraplégie, spina bifida...)
- des lésions cérébrales (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, IMC...)
- des pathologies évolutives neurologiques et neuro-musculaires(sclérose en plaque, dystrophie musculaire et neuro-musculaire...)
- des pathologies rhumatismales
- des pathologies traumatiques ou orthopédiques (poly traumatisme, déformation rachidienne, orthopédie de l'enfant)
- des amputations (membres supérieurs et inférieurs)

Le centre de l'Arche accueille l'enfant au sein de son pôle de rééducation pédiatrique, pour des déficiences neuro-orthopédiques.

Vingt deux places sont dédiées à l'hospitalisation complète, et vingt six places à l'hospitalisation de jour.

Le Centre de l'Arche dispose de 186 lits et places dont :

- un secteur de 116 lits d'hospitalisation complète, en médecine physique et de réadaptation
- un hôpital de jour de 70 places comportant 3 unités :
une unité « adultes » de 43 places ; une unité « enfants et adolescents » de 18 places, une unité « jardin d'enfants » de 9 places.

2 Les équipes sont pluridisciplinaires.

Les patients sont accueillis et bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire : médecins spécialistes en rééducation, chirurgiens, psychiatre, neuropsychologues,

²³ Cohadon François et collectif *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion*, p 222.

orthophonistes, infirmières et aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoprothésistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, instituteurs, diététiciennes...

3 Les patients cérébro-lésés récemment sortis du centre hospitalier sont sur le service COSMOS.

Les patients hospitalisés à Cosmos sont des personnes cérébro-lésées (d'origine traumatique ou vasculaire) ; des patients atteints de problèmes traumatologiques (prothèse de genoux ou d'épaule) ; des patients atteints de maladies chroniques évolutives (sclérose en plaque...) ; ou souffrant de complications d'escarres*.

Leur admission en hospitalisation complète fait suite, soit à un transfert d'un centre hospitalier, d'une clinique ou d'un autre établissement ; soit à une consultation spécialisée d'un des médecins du Centre.

Le service a une capacité de 30 lits et est divisé en deux unités :

- Cosmos A accueille les patients qui nécessitent une surveillance particulière sur le plan physiologique, telles que les personnes en phase d'état pauci- relationnel.
- Cosmos B accueille les patients n'ayant pas de risque vitaux ; ce sont en majorité des personnes cérébro-lésées dont les troubles du comportement prédominent dans la surveillance.

L'équipe de Cosmos est constituée d'une cadre de santé infirmière à temps plein, de 7,5 postes équivalent temps plein d'infirmières pour la journée, et de 4 postes de temps plein pour la nuit. Les aides soignantes sont 13 postes à temps plein le jour, et 4 postes temps plein la nuit.

Deux médecins rééducateurs et un interne, qui assiste le médecin dans son activité, exercent sur Cosmos. Ils se chargent du diagnostic, des bilans et des prescriptions. Ils sont responsables de l'élaboration du projet thérapeutique du patient en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Ils visitent les patients en chambre une matinée par semaine.

Ils peuvent être amenés à faire certains actes médicaux comme les injections botuliques, améliorant la détente musculaire.

4 L'hospitalisation à temps partiel fait suite à l'hospitalisation complète.

Lorsque cela s'avère nécessaire, le médecin de l'hospitalisation complète fait une demande au médecin de l'hospitalisation de jour, afin que le patient puisse continuer sa rééducation

fonctionnelle. Pour se faire, le patient doit obligatoirement domicilié dans un secteur proche du centre.

5 Le service du SAMSAH* prend le relais lors du retour à domicile.

L'équipe du SAMSAH* intervient sur proposition d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie à la demande des personnes ou de leur famille après la période d'hospitalisation et de rééducation.

Les objectifs étant d'assurer un suivi régulier au domicile de la personne et de favoriser son autonomie et son insertion socio-professionnelle.

B. Un projet collectif et trois prises en charge individuelles ont été effectués lors du stage d'art-thérapie*.

1. Le projet collectif a mobilisé les patients, leurs familles et les professionnels du centre de l'Arche.

1.1 L'explication du projet et la définition de l'art thérapie à l'ensemble des professionnels ont été nécessaires.

J'ai pu mettre en place, le projet d'une fresque sur les murs d'une passerelle entre deux services de « Cosmos ».

Le projet était semi dirigé afin d'être davantage adapté au manque d'initiative et d'abstraction des personnes cérébro-lésées.

L'idée était de s'appuyer sur le travail de l'artiste japonais Takashi Murakami, et de peindre des fleurs personnalisées représentant les émotions de la personne (joyeuse, triste, rêveuse, en colère...).

Cette fresque est destinée à l'ensemble de l'institution, l'animatrice du service adulte m'a secondée dans ce projet. Afin que tout le monde puisse se sentir investi, nous avons publié un article dans le journal de l'Arche à l'attention des professionnels, puis nous avons affichés dans les endroits de passage l'explication du projet et les dates de l'atelier pour les patients.

En amont, j'avais pu définir les objectifs et l'intérêt de l'art-thérapie à l'équipe du service Cosmos.

Une fondation nous a soutenu financièrement, pour les remercier nous pourrons inaugurer prochainement la fresque en présence de journaux locaux.

1.2 La mise en place du projet a créé du lien entre patients, familles et thérapeutes.

Plusieurs petits groupes de deux à quatre personnes ont été créés, en ciblant l'entraide mutuelle grâce aux capacités de chacun, compensant les difficultés des autres.

Le projet a pris de l'ampleur et a rassemblé une grande partie de l'institution.

Certains patients et leurs familles ont pu se rencontrer, générations et pathologies confondues, ainsi que les professionnels, (thérapeutes, agents techniques..).

Aujourd'hui, la fresque a réuni une trentaine de personnes, et grâce à l'investissement de l'animatrice du service adulte, le projet va pouvoir se pérenniser sur de nombreux mois, voir de nombreuses années.

2 Jessica est une jeune femme ayant eu un accident vasculaire cérébral, la dominante art plastique a été utilisée.

⇒ **Etat de base** : Jessica est une jeune femme âgée de trente trois ans, elle fut victime d'un accident vasculaire cérébral en août 2010.

Sur le plan social : Elle est mère d'un garçon et d'une fille âgés de cinq et six ans. Elle vit à Toulouse où elle était auxiliaire de vie. Sa mère habite en Sarthe.

Sur le plan moteur : parésie* du membre supérieur gauche. La patiente se dit ambidextre avec une dominante à droite.

Sur le plan cognitif : plainte mnésique et attentionnelle de la patiente. Se sent très fatigable. Un bilan neuropsychologique a mis en évidence des troubles des fonctions exécutives*, en particulier attentionnelles et de planification*.

Sur le plan de la communication : dysarthrie* qui gêne la patiente.

Sur le plan sensoriel : d'importantes sensations de vertiges sont exprimées, ainsi qu'une gêne visuelle.

Sur le plan psychologique : Existence d'un syndrome anxio-dépressif majeur. Elle a bénéficié d'un suivi psychologique et de consultations auprès du psychiatre en cours d'hospitalisation.

Médicamentation : antidouleurs ; antidépresseurs ; anxiolytiques.

2.1 L'objectif général pour la prise en charge en art-thérapie* est de diminuer le syndrome de dépression réactionnelle.*

- Le protocole de prise en charge en art-thérapie est défini en fonction du cadre thérapeutique c'est à dire des objectifs pluridisciplinaires et de l'indication médicale.
- En octobre 2010, les objectifs généraux de la rééducation établit par l'ensemble des thérapeutes , sont un travail du membre supérieur gauche avec la kinésithérapeute, un bilan des activités de la vie quotidienne avec mise en place d'aides techniques avec l'ergothérapeute, et une rééducation de la dysarthrie par l'orthophoniste.
- En novembre 2010, l'indication médicale pour une prise en charge en art-thérapie prescrite, est de diminuer le syndrome dépressif réactionnel. En effet, l'équipe remarque que Jessica est apathique et se repli peu à peu sur elle. De plus, elle souffre d'être éloignée de ses enfants et de sa ville d'origine.
- L'objectif général de la prise en charge en art-thérapie est de diminuer le syndrome dépressif réactionnel.
 - La séance d'ouverture m'indique l'intention artistique de Jessica
Elle dit être davantage intéressée par les arts plastiques* mais qu'elle ne sait pas dessiner, qu'elle ne va jamais voir d'exposition et qu'elle ne regarde jamais de livre sur l'Art*.
Elle aime les fleurs et les chats et cela lui plairait d'en dessiner.
Lors de cet entretien Jessica a souhaité laisser la porte de sa chambre ouverte.
 - La nature de l'atelier sera une dominante arts plastiques*, les séances s'effectueront en chambre, sur un horaire et une dates fixes, une fois par semaine, 45 minutes.
 - La méthode sera la mise en place d'une situation semi dirigée grâce à l'apport de photos en rapport avec les goûts de Jessica. Ce choix est déterminé par le fait que Jessica connaît des troubles de l'intention, afin de ne pas provoquer une boucle d'inhibition*, je choisis de partir sur un appui visuel figuratif.

2.2 La stratégie thérapeutique est d'agir sur le phénomène d'intention afin de déclencher une poussée corporelle pour accéder à une production artistique, qui amènerait au traitement mondain .

Le schéma de l'opération artistique est présenté en annexe

En sachant que Jessica souffre de troubles exécutifs, au regard de l'opération artistique une de ses difficultés se situe dans le traitement brut de l'information (3).

Son syndrome dépressif* associé à ses troubles de planification accentuent sa problématique d'intention, qui dépend du traitement sophistiqué de l'information (4).

Jessica souffre de sa pénalité puisque les conséquences sont un état apathique et un isolement social de plus en plus important. L'élan moteur (5) est donc freiné et empêche une socialisation, ce qui est localisé au niveau du traitement mondain (8).

La stratégie thérapeutique qui découle de ce constat est de se servir de l'œuvre d'Art* (1) afin d'en exploiter son rayonnement (2) pour créer une intention (4) de production (5 et 6) chez Jessica et qu'elle puisse sortir de son repli en exposant ou offrant sa production(8).

2.3 La première séance a permis de révéler les objectifs intermédiaires de travailler la revalorisation personnelle et la planification.

- Séance 1 : Différentes techniques lui sont proposées telles que la peinture, les pastels aquarellables et les crayons de couleurs aquarellables. Différents supports sont à sa disposition comme des toiles ou du papier « Canson » de différents formats .

Des photos de chats et de fleurs sont procurées si elle souhaite s'appuyer ou s'inspirer d'un modèle. L'imitation permet de pallier au manque d'initiative.

Elle prend le modèle du chat et choisit les pastels aquarellables car elle dit ne pas se sentir capable de faire de la peinture. Elle préfère le papier « Canson » de petit format car les toiles « *sont pour les pro* » selon ses dires. Elle souhaite que je dessine avant un modèle.

Elle dira de son premier travail « *c'est moche on dirait E.T* ». A la question « c'est quoi pour vous quelque chose qui serait beau ? », Jessica répond « *quelque chose qui ressemble à la photo* ».

Lors de cette séance Jessica a eu besoin de guidage pour amorcer les différentes étapes. Elle a accepté qu'on ferme la porte.

- Analyse : Lors de cette séance, Jessica a employé des termes très dévalorisants sur sa production. Elle ne s'autorise pas à utiliser le matériel qu'elle considère pour les professionnels, et serait gâché si elle s'en servait. Son manque de confiance et d'estime de soi freine Jessica dans sa production.

Cette cible thérapeutique* me permet de définir les objectifs intermédiaires de travailler sur la revalorisation personnelle.

Une deuxième cible thérapeutique* s'est dégagée dans l'observation de l'organisation des tâches de Jessica. Elle ne sait pas par quelle étape débiter son action ce qui ralentit d'autant plus son intention. Travailler sur la planification devient un objectif intermédiaire. Les faisceaux d'items* correspondant aux objectifs intermédiaires sont présentés dans le graphique 1 page 34.

2.4 De la séance 2 à 4 une gratification apparaît grâce à l'Art I.

Séances 2 à 4 : Elle se plaint de ne pas réussir à dormir

Jessica passe sur un support toile à la séance 3, elle souhaite offrir ses tableaux à ses enfants.

Elle me demande de lui faire un morceau de son animal.

Dans une même séance, ses propos concernant ses productions sont négatifs « *on dirait un Lion pas un chat !, c'est bien mais ça fait gamin, ma rose on dirait un ventilateur, j'y arriverai jamais* », mais aussi positifs « *c'est mieux que ce que je pensais, ah oui c'est bien.* »

Elle sourit et dit aimer ce qui concerne l'Art I* : mélange des couleurs, mélange de l'eau avec les crayons.

- Analyse : Jessica s'est permise d'utiliser le support toile, ce qui montre une meilleure confiance en elle. L'expression du plaisir sensoriel et esthétique apparaît.

2.5 De la séance 5 à 8, la méthode devient directive et l'abstrait est abordé.

- Un mois d'interruption : Jessica retourne 15 jours dans sa famille à Toulouse, début janvier elle passe en Hospitalisation de Jour. Elle rentre le soir chez sa mère et vient toute la semaine au centre.

N'ayant pas anticipé le mode de fonctionnement du centre, quinze jours de plus se sont écoulés. En effet il a fallu que je rencontre le médecin de l'hôpital de jour afin de lui présenter mon travail auprès de Jessica, et que nous déterminions mes jours de prise en charge dans son planning déjà établi. J'apprends que Jessica sortira probablement dans un mois.

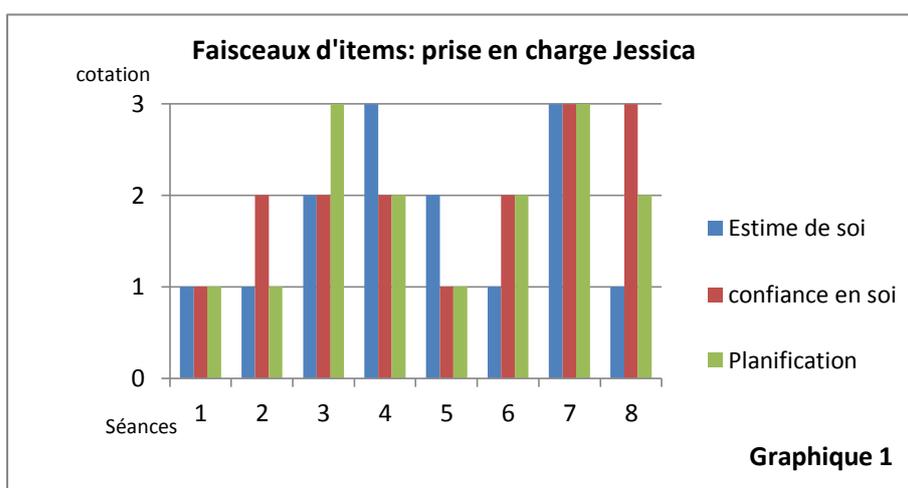
- Séances 5 à 8 : Jessica me dit être contente de me voir car elle n'avait pas fini ce qu'elle avait commencé. Elle a offert le tableau du lion à son fils.

Au vue de son exigence que ses œuvres ressemblent au modèle, et que l'imitation ne devienne pas une boucle d'inhibition je décide de changer de méthode .

Je décide de mener une séance plus directive et de la diriger vers un exercice sortant du figuratif. Mon objectif étant qu'elle ne compare plus son travail au modèle, mais qu'elle puisse faire émerger son propre style.

Lors de cette séance Jessica dit aimer la dilution des couleurs dans l'eau mais qualifie son travail de « *vraiment très moche* ».

2.6 Les faisceaux d'items* travaillés avec Jessica sont des items* de confiance en elle, d'estime d'elle même, et de planification.



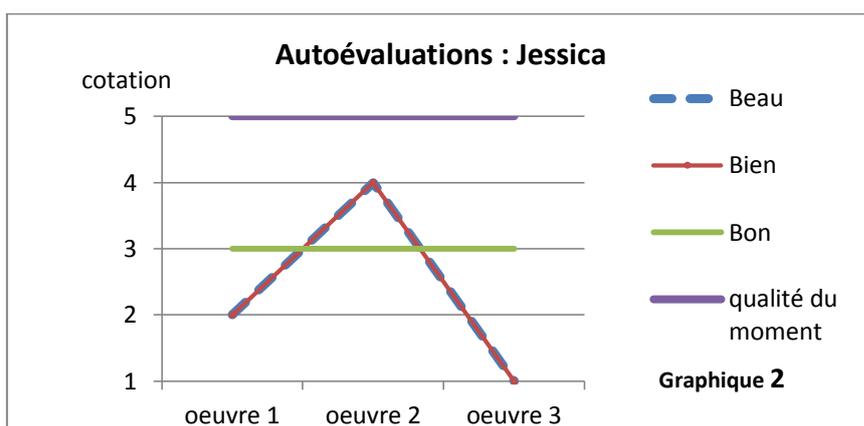
Items Cotation	Estime de soi*	Confiance en soi*	Planification*
3	Propos valorisants	Ne demande plus d'aide	Prend des initiatives
2	Propos d'insatisfaction	Demande une aide esthétique	Hésite entre différentes étapes
1	Propos dévalorisants	Demande une aide technique	Ne sait pas comment commencer

Légende : Les items sont évalués de façon objective sur une échelle de 1 à 3.

Le 1 correspondant au résultat le plus négatif et le 3 au résultat idéal.

- Items d'estime de soi* : afin de déterminer la valeur qu'elle accorde à ses productions et à elle-même, je cote ses propos émis sur ses œuvres et sur elle.
- Items de confiance en soi* : afin de déterminer la capacité que Jessica possède à croire en elle, je cote son besoin d'aide qu'il soit dans un procédé de pure technique (aider à faire) ou une aide esthétique (que je choisisse les couleurs, les formes...).
- Items de planification* : afin de déterminer la capacité d'initiative de Jessica, je cote l'évolution de son cheminement pour arriver à son but.

2.7 Les autoévaluations ont été faites sur ses trois œuvres réalisées.



Ce graphique a été créé par une autoévaluation de la patiente sur ses productions artistiques. Il s'inspire du cube harmonique sur un modèle simplifié et linéaire. Les items sont évalués de façon objective sur une échelle de 1 à 5. Le 1 correspondant au résultat le plus négatif et le 5 au résultat idéal.*

Explication de la légende :

En m'inspirant sur le modèle du cube harmonique*, j'ai demandé à la patiente de s'autoévaluer sur ses trois œuvres en répondant à ces quatre questions :

- Est-ce que cela vous plaît ? = BEAU (correspondant à l'affirmation de soi)
- Est-ce que vous trouvez cela bien fait ? = BIEN (confiance en soi)
- Est-ce que cela vous a donné envie de continuer ? = BON (Estime de soi)
- Est-ce que vous avez passé un bon moment ? = Qualité du moment

La cotation s'effectuant de 1 à 5, le 5 étant la note la plus positivement élevée.

La patiente a pu lire les résultats de ses autoévaluations grâce au graphique ci-dessus.

2.8 Le bilan de la prise en charge en art-thérapie* de Jennifer doit rester réservé.

Jessica n'ayant pu évoluer davantage, sa prise en charge rééducative fut arrêtée. Le bilan des professionnels fut mitigé, en particulier en ergothérapie où le travail effectué dans l'institution n'a pas été reproduit par Jessica dans son quotidien.

Les objectifs en art-thérapie n'ont pu être atteints avant le départ de la patiente.

Au vue des peu de séances faites, il serait présomptueux et inadéquat de parler en terme de bilan, mais au mieux d'émettre des hypothèses.

Au cours des séances Jessica a commencé à juger son travail positivement et a offert ses tableaux à ses enfants. Elle y accorde donc une certaine valeur.

L'objectif de travailler la planification* était en cours d'acquisition. Grâce au travail sur l'abstrait, sa prise d'initiative a progressé même si elle l'a qualifié *d'horrible*, ceci n'est pas négatif puisqu'elle affirme son goût esthétique. Ses troubles de l'attention n'ont jamais perturbé les séances, Jessica restait concentrée pendant la totalité des séances. Son autoévaluation nous montre qu'elle n'a pas confiance en elle, et l'affirmation de soi* est encore fragile. La courbe du bon montre un engagement de sa part, une envie de continuer donc un désir. Nous pouvons également voir qu'elle a pris beaucoup de plaisir à réaliser ce qu'elle a fait.

Je dois ajouter qu'elle ne sait jamais plainte de sa vue ni de sa dysarthrie lors des séances Sa dysarthrie* étant davantage un ressenti qu'un trouble réel. Je ne l'ai donc pas utilisé comme site d'action*.

Ces objectifs intermédiaires sont donc en cours d'acquisition et auraient besoin de séances supplémentaires avant d'être atteints.

3. Georgina est une patiente ayant connu un accident vasculaire cérébral, la dominante arts plastiques a été utilisée.

⇒ **Etat de base** : Georgina est une jeune femme âgée de trente cinq ans, et a été victime d'un accident vasculaire cérébral survenu en septembre 2010.

Sur le plan social : Elle est mère d'un garçon et d'une fille âgés de treize et dix ans.

Elle est séparée du père de ses enfants. Elle vit avec son nouvel ami.

Elle est assistante de direction dans une grande chaîne de restauration rapide.

Sur le plan moteur : Hémiplégie droite, seuls le coude et le poignet connaissent une légère possibilité de flexion. La patiente est droitère.

Sur le plan cognitif : Aucune séquelle.

Sur le plan psychologique : Ne parvient pas à dormir. Syndrome dépressif.

Sur le plan sensoriel : Se plaint de vertiges et de nausées.

Médicamentation : antidouleurs ; anxiolytique ; antidépresseur.

3.1 L'objectif général est de diminuer le syndrome dépressif*.

En janvier 2011, les objectifs de la rééducation fixés, sont des prises en charge en ergothérapie pour travailler les actes de la vie quotidienne, en orthophonie pour les difficultés de déglutition et en kinésithérapie afin de travailler un retour à la marche.

En février 2011, l'indication médicale pour des séances d'art-thérapie* est dans le but de diminuer le syndrome dépressif réactionnel. L'équipe la trouve particulièrement angoissée* au moment du coucher, elle adopte alors un comportement inadapté de type infantile. La journée elle a un manque d'élan pour ses activités quotidiennes. Elle a perdu du poids depuis l'hospitalisation.

L'objectif général des séances d'art-thérapie est de diminuer le syndrome dépressif.

La séance d'ouverture me permet de savoir qu'elle aime les arts plastiques et qu'elle pratiquait avant l'accident des activités manuelles avec sa fille et sa sœur.

Elle participe actuellement aux activités manuelles du centre de l'Arche proposées par une animatrice. Elle s'y rend une fois par semaine.

J'apprends par son ergothérapeute que Georgina a jeté tout son matériel de peinture en rentrant chez elle le week-end dernier.

La nature de l'atelier est une dominante arts plastiques*, les séances se passeront dans sa chambre à hauteur d'une fois par semaine durant 45 minutes, les jours et l'horaire seront prédéfinis avec la patiente.

La méthode utilisée sera des exercices semi-dirigés en expérimentant différents matériaux afin de déceler la technique la plus adaptée à la dextérité de la main gauche afin de créer une boucle de renforcement*.

3.2 La stratégie thérapeutique est d'agir sur le désir et l'intention afin d'enclencher une poussée corporelle et cibler sur des réalisations techniques précises pour enfin accéder au traitement mondain .

Au regard de l'opération artistique, Georgina a un déficit de l'intention (4) et souffre d'un handicap moteur (5) et d'un manque de dextérité au niveau de sa partie saine (6 et 7).

La stratégie thérapeutique est de se servir du rayonnement de l'œuvre d'art*(1 et 2) afin de déclencher une poussée motrice (5) qui permettrait d'exécuter des techniques différentes afin de travailler sa main droite (6 et 7). La stratégie finale est qu'elle soit fière de ses œuvres et les présentent à son entourage ou son environnement (8 et 1').

3.3 Les deux premières séances permettent de fixer les objectifs intermédiaires d'un travail sur l'intégration du membre handicapé et la gestualité de la main gauche, et enfin sur l'expression du plaisir esthétique.

- Séances 1et 2: Je lui dispose différents magazines pour qu'elle sélectionne des morceaux afin de produire un collage. Les supports sont des toiles, elle a le choix de différentes dimensions, elle choisit la plus petite.

Georgina se montre maladroite dans le déchirement de papier mais précise pour les positionner. Elle sélectionne des couleurs provenant de camaïeux semblables, rendant un visuel harmonieux. Faisant preuve d'initiative et d'imagination elle compose un thème sans hésitation. Elle dira qu'elle a eu mal au dos à rester assise.

- Analyse : Lors de ces séances, j'ai pu évaluer que Georgina avait de la difficulté dans la préhension fine des objets avec sa main gauche. Elle semble oublier son bras droit tel un poids mort, alors qu'il existe une légère flexion possible, je décide d'en faire une cible thérapeutique.

Elle n'a exprimé aucune émotion verbale ou corporelle sur sa production.

Je détermine les objectifs intermédiaires, tout d'abord moteurs sur le travail de la main gauche mais aussi du membre handicapé , c'est-à-dire la bras et la main droite.

Et enfin un objectif est fixé sur le plaisir esthétique que la patiente exprime oralement ou non lors des séances. Les faisceaux d'items* correspondants sont représentés sur le graphique 3 page 40.

Séances 3 et 4 : Là encore c'est une séance semi-dirigée où je lui montre la technique des crayons aquarellables et du feutre encre de chine. Georgina montre une certaine facilité de la main gauche et son tracé est net, lorsqu'il y a un léger tremblement elle sait rebondir en se servant de cet accident pour improviser autre chose.

Séances 5 à 11 : Afin de travailler de façon plus complète la dextérité de sa main gauche, je décide de lui montrer la technique de l'argile.

Georgina reste dans le figuratif, elle produit un masque et un chat qu'elle aime regarder sécher en attendant la séance suivante. Lors du travail sur l'argile Georgina a su d'elle-même trouver des moyens de compensation pour pallier à son hémiplégie droite et être autonome dans son action. Peu à peu elle a pu dire que ce bras droit ne lui servira plus comme avant, mais néanmoins il est bien pratique pour pouvoir caller des choses.

Georgina quitte l'hospitalisation complète pour l'hospitalisation de jour

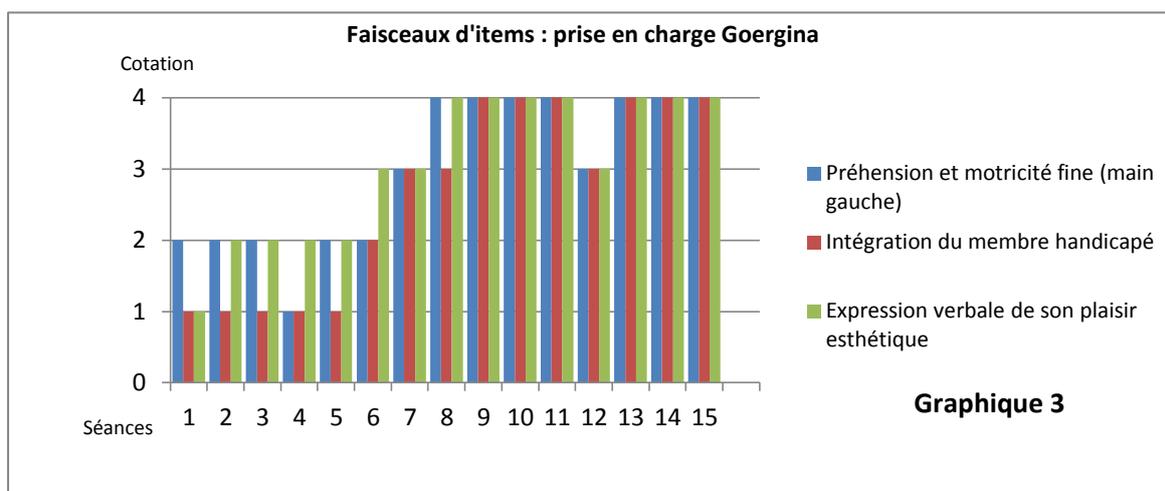
Séances 12 à 15 : Georgina a accepté de participer à la fresque. Grâce à un système de pochoir, elle a réalisé de façon totalement autonome une fleur. Celle-ci a les yeux fermés, elle a rajouté « elle dort pour moi, pour toutes les nuits où je n'ai pas dormi ici. »

Sa seconde peinture représente le papillon tatoué dans son dos ; à sa demande j'ai reproduit son tatouage qu'elle a ensuite recopié sur le mur.

3.4 Georgina poursuit désormais la fresque sans professionnel.

Le mur et le matériel étant à la disposition de chacun, Georgina a décidé de venir sur son temps personnel. Son papillon a eu les éloges des nombreux visiteurs.

3.5 Les faisceaux d'items* travaillés sont le travail sur la préhension* et la motricité fine* de la main gauche, l'intégration du membre handicapé et l'expression verbale de son plaisir esthétique.



Cotation \ Items	Préhension* et motricité fine* (main gauche)	Intégration du membre handicapé	Expression verbale du plaisir esthétique
4	Très maitrisée (Précise)	Deviens une aide totale	Beaucoup
3	Maitrisée (Assurée)	S'en sert partiellement	Moyenne
2	Peu maitrisée (hésitante)	Souhaite s'en servir mais ne sait pas comment le placer	Peu
1	Non maitrisée	Ne s'en sert pas	Pas d'expression verbale

Légende : Les items sont évalués de façon objective sur une échelle de 1 à 4.

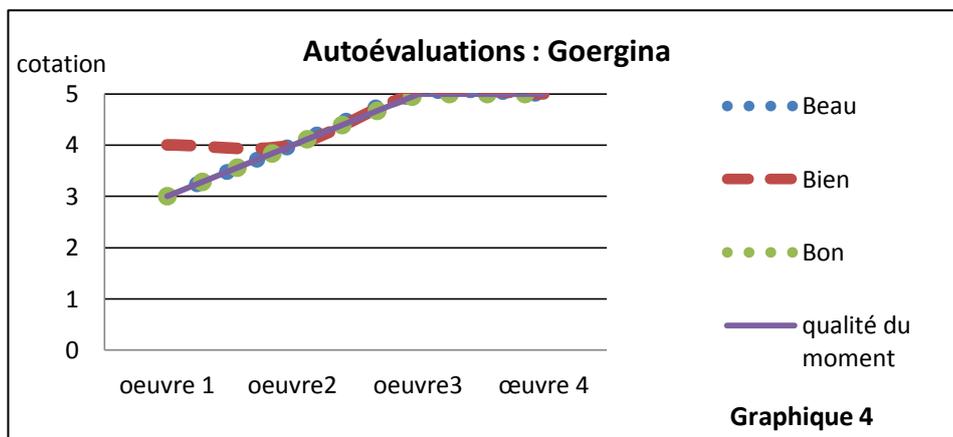
Le 1 correspondant au résultat le plus négatif et le 4 au résultat idéal.

Items préhension et motricité fine (main gauche) : afin d'évaluer l'évolution de la dextérité de sa main gauche, je cote sa capacité à obtenir des gestes de plus en plus fins et maitrisés.

Items d'intégration du membre handicapé : afin de déterminer sa capacité à se servir de son bras droit et de sa main droite, j'évalue l'utilisation de ce membre handicapé dans l'action.

Items d'expression verbale du plaisir esthétique : En lien avec la thymie négative qu'elle pouvait avoir, je décide de coter le plaisir qu'elle verbalise devant le beau.

3.6 Les autoévaluations ont été faites sur quatre œuvres réalisées.



Ce graphique a été créé par une autoévaluation de la patiente sur ses productions artistiques. Il s'inspire du cube harmonique sur un modèle simplifié et linéaire.*

Les items sont évalués de façon objective sur une échelle de 1 à 5. Le 1 correspondant au résultat le plus négatif et le 5 au résultat idéal.

3.7 Le bilan de la prise en charge en art-thérapie* de Georgina se montre positif.

Georgina a pris confiance en elle dans l'atelier en art-thérapie*, en partie grâce à l'acceptation psychologique et physique de son hémiplégié et la dextérité acquise de sa partie saine. Ceci a pu être possible grâce au travail rigoureux mené en parallèle en ergothérapie.

Les objectifs intermédiaires sont atteints.

Son auto-évaluation sur ses deux dernières œuvres qui représentent sept séances montre qu'elle acquit selon elle une certaine confiance, estime et affirmation d'elle-même et qu'elle a pris du plaisir dans ce moment.

Les conséquences ont été bénéfiques dans son quotidien. En effet, elle a eu comme projet de déménager de son appartement pour une nouvelle maison avec jardin.

Elle s'est sentie capable et fière de faire des petits travaux de décoration. Elle a racheté toute une panoplie de matériel de peinture, pour entre autre faire des activités avec sa fille.

L'objectif général est en cours d'acquisition, oui les symptômes du syndrome réactionnels ont certes diminué (elle ne fait plus d'insomnie, se dit moins anxieuse a des projets de vie), mais son bien être reste encore fragile en raison de son état de santé.

En effet elle a dernièrement subi une opération due à une malformation cardiaque et les médecins ont détecté une tumeur cérébrale a priori bénigne.

4. Thierry est un jeune homme connaissant un grave traumatisme crânien ayant entraîné une tétraplégie, la dominante musique a été utilisée.

⇒ **Etat de base :** Thierry est un jeune homme âgé de trente deux ans victime d'un traumatisme crânien grave, suite à un accident de la voie publique survenu en novembre 2009.

Avant l'accident, il habitait chez ses parents, était célibataire, est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants (deux sœurs de 25 et 14 ans, un frère de 17 ans).

Il a un bac professionnel de maintenance et travaillait comme cariste.

Au début de la prise en charge en art-thérapie, Thierry sort peu à peu d'un état pauci relationnel*.

Sur le plan sensoriel, il est gêné par un nystagmus* spontané important des yeux qu'il arrive à contrôler lors de l'attention soutenue.

Il est nourri par sonde. Son très mauvais état dentaire ne facilitera pas l'apprentissage de la déglutition.

Sur le plan cognitif, il connaît d'importantes lésions cérébrales entraînant des difficultés cognitives comme la mémoire, la concentration, la persévération d'idées fixes*. Il est très fatigable.

Sur le plan moteur, Thierry est tétraplégique, il a néanmoins une flexion possible du poignet droit et de l'index, il a également une mobilité volontaire de la tête.

Quant à la communication, Thierry est en capacité de dire de façon fiable oui/non avec la tête, et de désigner avec l'index des lettres sur un tableau pour former des mots. Il a un mouvement des lèvres et des vocalises* possibles.

Médicamentation : Antidouleurs ; antidépresseurs.

4.1 Les objectifs généraux en art-thérapie sont de réinvestir sa rééducation et d'atténuer le syndrome dépressif.

En septembre 2010 les objectifs de la rééducation, sont une mobilisation articulaire quotidienne par le kinésithérapeute, une installation en fauteuil roulant et un contrôle de l'environnement par l'ergothérapeute, et travailler un code de communication avec l'orthophoniste.

L'indication médicale en décembre 2010 pour une prise en charge en art-thérapie, est prescrite dans le but de diminuer un syndrome dépressif réactionnel afin qu'il réinvestisse sa prise en charge rééducative. En effet, Thierry refuse toute prise en charge, peut se montrer opposant avec le personnel soignant, il a mordu le kinésithérapeute.

De plus il souhaite rester toute la journée en chambre les volets fermés.

Les objectifs généraux pour la prise en charge en art-thérapie* sont donc en priorité le réinvestissement de sa rééducation et la diminution du syndrome dépressif.

Lors de ma séance d'ouverture, je lui présente une intervention en art-thérapie* en lui proposant les arts plastiques* qui sont mes dominantes ; Thierry refuse.

Grâce à un code de communication de oui/non et sur un mode de questions fermées de ma part, j'ai compris que Thierry n'aimait pas ce qui touchait aux arts plastiques*, mais aime la musique. Avant son accident il se rendait régulièrement dans des « raves-party » profiter de la musique électronique.

Lors de cet entretien Thierry était alité et a dirigé son visage et son regard vers moi quand je m'adressais à lui.

La nature de l'atelier sera sur une dominante musique grâce à un instrument électronique le sampleur. C'est un appareil qui a quasiment les mêmes dimensions qu'un ordinateur portable de 15 pouces. Sa taille est adéquat pour pouvoir le poser sur le lit du patient.

Les touches que l'on appelle « les pads » sont assez larges et sensibles pour pallier à un manque de dextérité fine. Le tempo est marqué par une lumière sur les pads choisis.

Des sons sont préenregistrés mais il est possible grâce à un micro de pouvoir en enregistrer personnellement. Des effets de tons et de rythmes peuvent être ajoutés

Cet instrument électronique permet donc de composer des morceaux simples ou élaborés en pouvant y intégrer des sons vocaux ou des mots.

Je viendrai une fois par semaine pendant 45 min, le jour fixe étant fixé avec le patient.

La méthode utilisée sera des jeux didactiques se basant sur la recherche et le répétition de sons l'un après l'autre, ceci directifs dans un premier temps, pour être semi-dirigés par la suite, puis en fonction des capacités de Thierry, ouverts.

4.2 La Stratégie thérapeutique est de se servir de l'œuvre d'art et de son rayonnement pour provoquer une intention afin de permettre un élan moteur et au travers d'une production artistique, travailler la communication et en particulier le langage.

L'accès au traitement mondain est la phase finale de la stratégie.

Suite à l'état de base, et au regard de l'opération artistique, Thierry peut connaître des difficultés du traitement sophistiquée de l'information (3), de l'intention (4), motrices (5 et 6), d'accéder à une production (7) et de sortir de son isolement (8).

A priori les difficultés sont donc importantes. Mais la séance d'ouverture a montré chez Thierry une envie artistique.

Ma stratégie thérapeutique est donc de pouvoir me servir de l'œuvre d'art* et de son rayonnement (1 et 2) que ce stimuli puisse être saisi par Thierry (3), que ceci déclenche une envie (4) et un élan moteur (5), et grâce à une technique montrée par moi-même (6), qu'il puisse accéder à une production (7). Et au travers du phénomène artistique*, qu'il puisse développer ses capacités relationnelles et sortir de son isolement (8).

4.3 Les deux premières séances ont permis de définir les objectifs intermédiaires tels que l'évolution de la communication*, l'implication corporelle et l'affirmation de son style.

- Séances 1 et 2 :

Je fais découvrir l'instrument à Thierry. Il prend l'initiative de me demander que ce soit moi qui joue pour le moment en se servant de l'alphabet.

Il est capable d'affirmer ses goûts en me disant les sons qu'il aime ou qu'il n'aime pas.

Un des premiers troubles du comportement lié à la lésion frontale apparaît, il m'épelle « tété » en fixant ma poitrine. Je lui rappelle le cadre de l'atelier, la raison de ma présence ici, il ne persévéra* pas et acceptera de continuer l'écoute musicale.

- Analyse : Thierry entend bien la musique et la perçoit, il est capable de définir ses goûts esthétiques. Il se sert de l'alphabet grâce à son index, mais je sais qu'il est capable d'émettre des sons, même si cela reste encore difficile pour lui. Ses réponses sont fiables et adaptées. Sa tête reste très mobile, il peut me suivre du regard d'un coin de la pièce à l'autre. Il peut faire des mimiques comme des sourires ou du dégoût. Il me dit qu'il perçoit bien l'instrument que sa vue ne le gêne pas.

Je décide de ne pas travailler sur sa persévération pour le moment.

Les objectifs intermédiaires choisis sont l'évolution de la communication, l'implication corporelle de Thierry et la recherche esthétique qui est synonyme d'affirmation de son style. Les faisceaux d'items qui en découlent sont exposés à la page 47 en graphique 5.

4.4 L'ergothérapeute est complémentaire au bon fonctionnement de la séance.

Séance 3: Avec l'accord de Thierry, l'ergothérapeute nous rejoint en début de séance afin de m'aider à positionner le sampleur sur le lit afin de faciliter l'utilisation pour Thierry. Le positionnement optimum de l'instrument a permis à Thierry d'appuyer avec son index droit beaucoup plus aisément sur les pads. L'ergothérapeute me montre comment placé justement dans la main de Thierry de petits instruments comme « les œufs » ou un « triangle » Après le départ de l'ergothérapeute, Thierry joue et dit aimer le rendu sonore.

En découvrant le sampleur, l'ergothérapeute pense que c'est un bon intermédiaire à la synthèse vocale quasi similaire au sampleur et permettrait à Thierry de se familiariser avec l'outil. Après concertation avec l'orthophoniste, cet objectif ne sera pas retenu car l'évolution de Thierry montre que la synthèse vocale ne sera pas nécessaire. Nous n'avons pas discuté de ce projet prématuré devant Thierry.

Séances 4 et 5: Thierry refuse de faire la séance. Il dit ne pas avoir le moral, il préfère que je sorte. Il accepte que je revienne la semaine prochaine. Les infirmières me disent qu'il a été opposant pour tous les actes de la vie quotidienne, il a accepté sa séance d'orthophonie car il a dit avoir comme objectif de remanger.

Séance 6: L'animatrice lui avait proposé de descendre en salle à manger voir un concert de percussions en salle à manger. Thierry est au courant que cela se passe pendant la séance d'art-thérapie et avait accepté de s'y rendre. A mon arrivée, il refuse et souhaite faire la séance d'art-thérapie.

Il joue mais n'aime pas ce qu'il fait et ne souhaite pas continuer.

4.5 L'écoute musicale apporte une activité motrice à Thierry.

Séance 7 : Thierry dit ne pas avoir le moral, il ne veut pas faire de séance. Je lui propose d'écouter une musique que j'ai apporté « *grand corps malade* », il me dit qu'il connaît mais à un air de dégoût. A l'écoute il fixe les poste pendant toute la chanson. Il me dit qu'il aime, je lui propose la prochaine fois de partir sur ce genre de musique et d'intégrer des mots dans un premier temps à sa rythmique déjà produite . Il me dit oui.

Puis, je lui fait écouter « *Mathieu Herbert* », il bat la mesure avec sa tête. Il dit qu'il aime. Là encore je lui explique que nous pouvons procéder sur la même technique d'enregistrer grâce à un enregistreur des sons du quotidien que ce soit pris dans la chambre, au sein de l'institution ou à l'extérieur et les inclure à la rythmique de base. Il accepte.

Puis il m'épelle « CO2 », c'est un groupe qu'il aime mais il n'a pas le cd. Il choisit de me faire écouter « TRYO », une chanson en particulier, il me dit les avoir vu en concert. Il bat la mesure avec sa tête et sourit. La séance est finie, il me demande de laisser défiler le cd.

4.6 Un site d'action est détourné comme un acte esthétique.

Séances 8 à 20 : A partir de la huitième séance Thierry était installé en fauteuil à sa demande et les stores ont toujours été ouverts.

Il y eut quatre refus de la part de Thierry. Lors des autres séances, Thierry n'a souhaité jouer qu'une seule fois. Il n'a jamais voulu jouer des petits instruments pour enregistrer leurs sons ni même enregistrer des sons en provenance de sa chambre, voire de l'extérieur. Le seul mot qu'il a souhaité enregistrer était « maqué », ce mot là était utilisé quand Thierry persévérait et me demandait si je voulais être sa petite amie. Il posait également la même question à toutes les jeunes soignantes.

C'est ainsi que pour ne pas occulter ce mot qu'il me répétait souvent, j'ai souhaité l'utiliser comme un site d'action* en lui donnant une orientation artistique. Thierry a donc intégré le mot « maqué » à une de ses compositions.

Au cours du mois de mai (vers la semaine de la seizième séance d'art-thérapie*), j'ai eu la visite de Thierry sur mon service. Il travaillait le déplacement en fauteuil roulant électrique, avec son ergothérapeute qui lui a demandé où il souhaitait aller. Thierry a épilé mon prénom.

Lorsqu'il est venu, il m'a dit qu'il avait retrouvé le cd « CO2 ».

Par la suite il est venu de temps en temps à sa demande ,en compagnie de ses thérapeutes, afin de me saluer.

A la fin de la prise en charge j'ai donné un enregistrement à Thierry des morceaux qui l'avait produit ainsi que des chansons écoutées qu'il avait appréciées.

4.7 Thierry a rejoint le projet collectif.

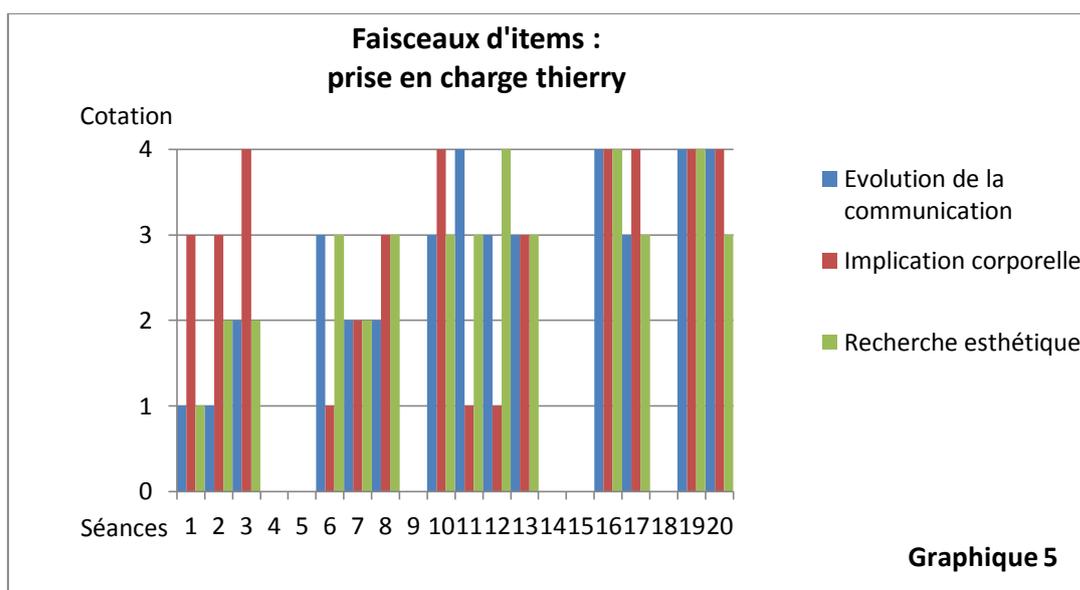
J'ai proposé à Thierry de venir voir le mur du projet collectif, il a accepté d'inscrire son empreinte. J'ai été ses mains lors de cette séance.

Il a décidé de la forme, des couleurs et de l'emplacement. Il a su coordonner les couleurs en les alternant d'une pétale sur deux.

Les différentes personnes qui ont traversé l'espace pendant le temps de la séance, ont félicité Thierry pour la beauté de sa fleur.

Georgina a accepté d'aider Thierry et réciproquement, mon stage étant fini, l'animatrice s'est proposée de les accompagner pour ce travail.

4.8 Les faisceaux d'items* choisis sont l'évolution de la communication*, la recherche esthétique et l'implication corporelle dans l'activité artistique.



Explication du graphique : Lorsqu'un un vide apparait dans le graphique c'est que Thierry ne souhaitait pas faire de séance ce jour là ou il dormait profondément avant que je vienne.

Items Cotation	Evolution de la communication	Recherche esthétique	Implication corporelle
4	Vocalise*	-Souhaite enregistrer (Art II*) -Souhaite réécouter (Art I*)	Bat la mesure (tête et épaules)
3	Mouvement des lèvres	Aime	Mimiques
2	Utilisation de l'alphabet	Souhaite modifier	Tourne la tête
1	Oui/non de la tête	N'aime pas	Mobilité du regard

Légende : Les items sont évalués de façon objective sur une échelle de 1 à 4.

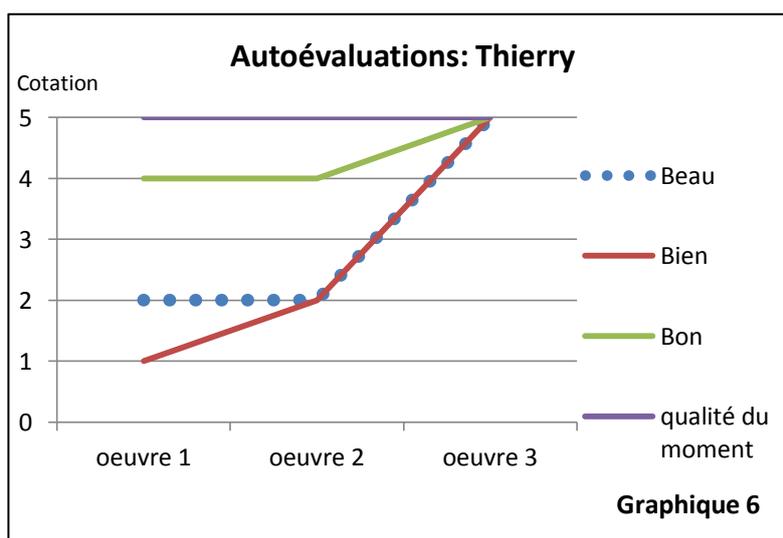
Le 1 correspondant au résultat le plus négatif et le 4 au résultat idéal.

Items de l'évolution de la communication : En mobilisant son intention, Thierry est en capacité de produire des sons, ce qui plus tard lui permettra de produire des mots. Je cote donc sa communication allant d'une gestuelle simple à la production de mots grâce à l'alphabet jusqu'à l'émission de sons.

Items de recherche esthétique : Thierry est en capacité d'affirmer son goût esthétique ; j'ai décidé de coter sa recherche esthétique que ce soit en Art I* ou Art II*, afin de déterminer ce qu'il aime le plus, visant ainsi un plaisir esthétique.

Items d'implication corporelle : La musique entraine le corps, je cote donc l'implication du corps de Thierry allant du regard, jusqu'à la mobilisation des épaules.

4.9 Les autoévaluations ont été réalisées sur les deux œuvres que Thierry a produit, la troisième étant la session d'écoute musicale.



Ce graphique a été créé par une autoévaluation de la patiente sur ses productions artistiques. Il s'inspire du cube harmonique* sur un modèle simplifié et linéaire. Les items sont évalués de façon objective sur une échelle de 1 à 5. Le 1 correspondant au résultat le plus négatif et le 5 au résultat idéal.

4.10 Le bilan de la prise en charge en art-thérapie* est positif dans l'ensemble.

Les objectifs généraux en art-thérapie* qui répondaient à la demande de l'équipe, d'atténuer les symptômes dépressifs* et de réinvestir sa rééducation ont été atteints.

- Réinvestissement de sa prise en charge :

En début de prise en charge en art-thérapie, Thierry refusait la rééducation en totalité et souhaitait rentrer chez lui.

Sur 22 séances, six n'ont pas été réalisées. Sur les six séances, il y a eu quatre refus catégoriques de la part de Thierry, deux séances où il dormait quand je suis arrivée et une où il se sentait trop fatigué.

Thierry a donc investi régulièrement l'art-thérapie* ; en parallèle il a peu à peu accepté de retourner en kinésithérapie, ce qu'il refusait car les séances étaient en collectif.

En orthophonie, il a fait la demande de continuer afin de pouvoir reprendre à manger par voie orale et non plus par gastrostomie. Pour se faire il a également accepté une importante chirurgie d'ablation dentaire et de pose de prothèse. Désormais et grâce à un important travail effectué en orthophonie, Tony est passé du pointage de l'alphabet et du oui/non avec la tête, à pouvoir prononcer le oui et non et quelques mots.

En ergothérapie, il a accepté de se servir d'un fauteuil électrique et d'un contrôle de l'environnement dans sa chambre, chose qu'il refusait.

En art-thérapie*, au regard de l'opération artistique Thierry a pu mettre en action (5) ses intentions artistiques (4) et produire (7) deux œuvres musicales et une œuvre picturale inscrite dans un lieu collectif, donc exposer aux yeux de tous, Thierry accède donc au traitement mondain (8).

- Diminution des symptômes dépressifs* :

Même si le moral de Thierry reste encore fluctuant expliqué par la lourdeur de son handicap, la reprise de sa prise en charge rééducative montre qu'il a des envies et qu'il se projette vers l'avenir signe d'un mieux être.

Lors des séances en art-thérapie*, à partir de la huitième séance lorsque j'arrivais il n'était plus alité mais en fauteuil, les stores n'étaient plus clos et il regardait systématiquement des clips musicaux, chose qu'il faisait avant l'accident. Je peux constater qu'il a réintroduit la musique dans son quotidien. Il a également montré des signes de bien être lors des séances tels que des sourires et des balancements rythmiques adaptés à la réponse qui suivait de « oui, j'aime ».

- Son autoévaluation nous montre que Thierry semble avoir davantage de plaisir dans l'Art I*, que dans l'Art II*.

Ses productions musicales ne semblent pas à la hauteur de son jugement esthétique. J'é mets l'hypothèse qu'il est peut être prématuré pour Thierry, du point de vue de sa récupération fonctionnelle, de le confronter à l'Art II*, ou sur de courtes séances, alliées à l'Art I*.

Je précise que ses difficultés mnésiques et visuelle n'ayant jamais interférées dans le bon fonctionnement des séances, je ne les ai pas considérées comme des sites d'action.

Malgré l'ensemble de ces observations positives je cote les objectifs généraux atteints, car oui les symptômes de dépression ont diminué, mais rien n'est acquis. Le devenir de Thierry reste trop précaire pour affirmer que le travail effectué lui donnera une base solide permettant de ne pas chuter dans un état dépressif profond.

TROISIEME PARTIE : L'art-thérapie* peut aider au réajustement identitaire* du patient cérébro-lésé dépressif*, hospitalisé en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

A.L'art-thérapie* peut diminuer le sentiment de crise identitaire* des patients cérébro-lésés.

1. L'identité* est en transformation perpétuelle.

« L'identité* est un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs.

Cette identité* est toujours en transformation, puisque les contextes de références de cette identité : contexte biologique, psychologique, temporel, matériel, économique, relationnel, normatif, culturel, politique...qui fournissent des significations, sont chacun en évolution du fait même des interactions. »²⁴

Par cette définition, nous comprenons que l'identité d'une personne est en interdépendance avec autrui par rapport à un temps et un espace défini, elle est donc vouée à connaître des modifications incessantes.

J'utilise sciemment les termes de réajustement identitaire et de crise identitaire et non de construction identitaire, car la construction identitaire de la personne se fait depuis sa prime enfance.

L'accident apporte certes d'importantes modifications chez elle, mais c'est le même être qui doit se réorganiser autrement.

2. L'art-thérapie* peut permettre au patient de répondre à la question « Où suis-je » ?

2.1 L'art-thérapie* contribue à aider la personne à se situer dans l'espace.

Le patient cérébro-lésé arrive dans le centre de rééducation après des soins apportés dans un centre hospitalier.

²⁴ Mucchielli Alex, *L'identité Que sais je ?*, p 12.

L'objectif final d'un centre de rééducation « est la réduction des désavantages sociaux et l'amélioration de la qualité de vie quels que soient la gravité des séquelles et le niveau de la récupération susceptible d'être atteint. »²⁵

L'arrivée au centre est donc remplie d'espoir de la part des patients ou de leur famille.

Mais dans un premier temps que ce soit par les conséquences cognitives, psychologiques, émotionnelles ou tout simplement par la complexité du lieu, le patient cérébro-lésé souffrant d'un syndrome de dépression réactionnelle* peut être fortement désorienté.

Et avant de répondre à la question dans quel lieu intérieur suis-je, il est important pour être sécurisé, de savoir dans quel lieu extérieur suis-je.

Alex Mucchielli l'explique d'ailleurs en disant que « pour un acteur, le sentiment de son être matériel et sensoriel peut être considéré comme le résultat d'un ensemble de processus de maturation, permettant la conscience progressive de son être. Le sentiment banal d'exister repose sur des informations sensorielles. Le contexte de l'évaluation donatrice de sens à l'identité* est bien ici le contexte spatial, physique et sensoriel qui enserme l'acteur. Lorsque celui-ci vient à manquer(expériences de privation sensorielle), l'identité* subit des perturbations. »²⁶

L'art-thérapie* peut permettre de structurer l'espace et ainsi aider le patient à ressentir moins d'angoisse*.

Pour la musique par exemple, je reprendrai l'idée de Richard Forestier qui évoque que la musique, et en particulier le son est un élément de « remplissage du vide spatial »²⁷.

Ainsi, lors des séances en art-thérapie* à dominante musique, que ce soit dans l'audition ou la production musicale, les sons viennent remplir l'espace. L'attention de la personne angoissée* grâce au conduit auditif, se fixe alors sur cette musicalité, empêchant la rumination d'idées négatives.

Si la séance se situe dans la chambre du patient alors ce cocon musical enveloppe le patient en définissant les contours de son espace personnel.

²⁵ Cohadon François et collectif, *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion*, p 224.

²⁶ Mucchielli Alex, *L'identité, Que sais je ?*, p 27.

²⁷ Forestier Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p50.

Quant aux art plastiques, le cadre du support choisi peut symboliser pour le patient son cadre d'action ; c'est à dire un espace déterminé qu'il peut s'approprier librement et en toute sécurité.

De façon plus élargie la fresque murale a permis aux patients concernés d'ouvrir cet espace prédéfini en séance d'art-thérapie. Là encore les contours en étaient déterminés, mais ils sont repoussés de plus en plus en fonction de l'évolution du patient. En effet un premier espace sur le mur est indiqué à la personne, par la suite l'ensemble des murs de la passerelle sera accessible

2.2 L'art-thérapie* contribue à aider la personne à se situer dans le temps.

La notion d'espace implique forcément la notion de temps.

Pour une personne cérébro-lésée, le temps s'est comme scindé en deux : le temps avant l'accident et le temps après l'accident. Deux temps très distincts, n'ayant presque pas de lien entre eux tant le chamboulement est profond.

Ce qui est très similaire à la pensée de Gorgias, sur le *kaïros*²⁸ où le temps est conçu comme discontinu, fait d'à propos et de contretemps. C'est aussi dans un langage plus courant un point de basculement décisif, moment opportun à l'action.

Chaque journée est séquencée par un emploi du temps très organisé et plutôt chargé.

Ce temps est précieux, il ne faut pas le perdre, chaque jour qui passe doit être synonyme pour le patient et sa famille d'une récupération, avant que le terme de séquelle* ne soit employé par les thérapeutes.

Dès 19h, pour la plupart des patients arrive alors l'heure où la prise en charge se termine où les infirmières finissent leurs soins, où le patient se retrouve seul en chambre. Alors vient le temps des questionnements douloureux, des doutes, des peurs, d'un sentiment de solitude.

J'émet l'hypothèse que l'art-thérapie* peut pallier à ce moment difficile grâce à l'imagination.

Selon Bachelard, « l'imagination va au-delà que juste la capacité à former des images de la réalité, elle est la faculté de former des images qui dépassent la réalité, qui chantent la réalité. »²⁹

²⁸ Romeyer-Dherbey Georges, *Les sophistes, Que sais je ?*, p49.

²⁹ Roussel André, *Philosophie, notions et textes tome 1*, p308.

Une fois la séance finie que ce soit en arts plastiques* ou en musique, le patient peut se remémorer sa production artistique ou anticiper sur la séance suivante.

Ainsi Georgina, la patiente en art-thérapie* a pu me dire qu'elle regardait souvent le chat qu'elle avait modelé et qui séchait en attendant la prochaine séance. Elle réfléchissait en le regardant quelles couleurs lui iraient le mieux.

Après son dîner elle aimait passer devant la fresque qui évoluait, en imaginant ce qu'elle pourrait y ajouter la prochaine fois.

Quant à Thierry, entre chaque séance, il écoutait de nouveau les morceaux choisis avec moi.

Jeanne Bernis explique que « le son possède l'avantage de ne pas appartenir à un objet, il se développe dans le temps, affinité remarquable avec la pensée. »³⁰

Olivier Sacks complète ce lien entre le temps et la musique en citant C.Zuckermandl un philosophe de la musique :

« entendre une mélodie c'est entendre avec cette mélodie..que le ton présent sur le moment emplisse totalement la conscience, qu'on se souvienne de rien, que rien d'autre ou de plus que lui ne soit présent dans la conscience, est même la condition de l'audition mélodique...Quiconque entend une mélodie l'entend, l'a entendue et s'apprête à l'entendre en même temps. Chaque mélodie nous déclare que le passé peut être là sans qu'on s'en souvienne et l'avenir sans qu'on le connaisse à l'avance ».³¹

J'ajoute que la musique a aussi cette capacité à séquencer le temps différemment, par un « tempo », qui signifie temps en italien. Le tempo peut déterminer des temps courts grâce à un tempo rapide ou des temps longs, par un tempo lent.

L'imagination à une action encore plus complexe sur l'homme : « Les études du débit sanguin propre à la région cérébrale suggèrent que la stimulation mentale de mouvements active les mêmes structures neurologiques centrales que l'accomplissement de mouvements réels. L'imagination mentale délibérée, consciente et volontaire relève non seulement du cortex auditif et moteur, mais aussi des régions du cortex frontal qui régissent nos choix et nos planifications. »³²

³⁰ Bernis Jeanne, *L'imagination. Que sais-je ?* p62.

³¹ Sacks Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, p 259.

³² Sacks Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous* , p 54-55.

3. L'art-thérapie* peut permettre au patient de répondre à la question « Qui suis-je devenu ? »

3.1 L'art-thérapie* entraîne le corps dans l'action.

Lorsque l'espace extérieur est identifié, la personne peut comprendre son espace intérieur. La personne cérébro-lésée peut avoir d'importantes séquelles* physiques. Elle doit donc se réapproprier son corps qui ne répond plus comme avant.

Le corps a une fonction essentielle pour le psychique de l'homme, Didier Anzieu évoque que « toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau telles qu'un sac qui retient et contient à l'intérieur le bon (les soins, l'allaitement...), une interface qui marque la limite avec le dehors et protège des agressions qui en proviennent, et enfin un lieu de communication avec autrui. »³³

Le Moi-peau est donc la limite entre le dedans et le dehors et permet le filtrage entre les deux.

L'art-thérapie* peut participer à ce que le patient puisse re-sentir son corps.

Comme nous l'avons vu précédemment grâce à l'opération artistique, lors de la phase 5 une implication psychomotrice apparaît. L'activité mentale impulse une stimulation qui entraîne le corps.

Ceci concerne également l'audition musicale, en effet « le cortex auditif est presque aussi puissamment activé par l'imagination musicale que par l'écoute réelle d'une musique. Le fait d'imaginer une musique stimule également le cortex moteur, la représentation imaginaire de l'acte consistant à jouer étant stimulante à l'inverse pour le cortex auditif. »³⁴

Pour conclure, Richard Forestier explique que l'activité artistique permet un ressenti corporel qui amène une représentation mentale du corps physique (image du corps en psychologie), met en jeu la structure corporelle (schéma corporel pour les psychologues) et une poussée corporelle nécessaire à l'expression (énergie entraînant la masse corporelle).³⁵

³³ Anzieu Didier, *Le Moi-Peau* p 62.

³⁴ Sacks Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, p 53.

³⁵ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie* 6^e édition , p 168.

3.2 Le collage et le modelage sont des techniques qui font résonnance à « l'avant / pendant / après » grâce à la déconstruction/construction de la matière.

Nous venons de voir l'importance de la notion de temps chez la personne cérébro-lésée qui tente ce réajustement identitaire.

Le collage et le modelage ont énormément de similitudes dans leurs techniques.

Ainsi ces deux procédés demandent de débiter sur une matière unifiée (papiers, argile...), de la fractionner afin de la réunifier volontairement pour la diriger vers l'esthétique*.

Nous pouvons y voir un lien symbolique entre le patient décrit au long de ce mémoire et cette pratique artistique.

En effet, sans dévier dans la psychologie à support artistique, nous pouvons nous appuyer sur l'hypothèse que le patient peut percevoir cette métaphore.

Ainsi Pierre Ancet, dans « *Le corps vécu* », nous explique que « lorsque l'image du corps n'est pas suffisamment stable, le sentiment d'exister ne s'installe pas en continu...La déconstruction de l'image du corps peut donner alors des vécus de morcellement comme si les parties du corps ne tenaient plus ensemble...donnant lieu à des angoisses d'effondrement psychique vécues corporellement. »³⁶ Ce qui bien évidemment reprend la pensée de Freud sur l'angoisse de morcellement qui sous-tend, l'angoisse de mort.

D'autant plus que François Cohadon affirme que « pour les traumatisés crâniens, l'angoisse de mort prendra racine de façon aigüe dans les troubles de la conscience et des fantasmes de castration se nourriront des représentations symboliques de la tête. Le vécu du traumatisé crânien est un vécu de mort, le « trou du coma » est vécu comme l'expérience de la mort »³⁷.

La personne cérébro-lésée avant l'accident était une personne unifiée, maintenant elle est comme morcelée avec des parties disparates de son corps qui ne fonctionnent plus. Le but de la prise en charge dans le centre de rééducation étant de permettre à cette personne de se reconsidérer comme un tout .

« Cette perspective holistique* nous montre que c'est bien la personne comme un tout qui est visée, la prise en charge cherche à faire advenir et peut être à inventer cette personne

³⁶ Ancet Pierre, *le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, p175.

³⁷ Cohadon François, *Sortir du coma*, p 118.

nouvelle avec son équilibre. Unifier à nouveau une totalité éclatée et cela peut s'accomplir malgré la persistance de déficits lourds. »³⁸

L'art-thérapie* répond à cette unification en impliquant le corps physique, l'activité mentale et leur coordination.

3.3 L'art-thérapie* contribue à faire émerger la conscience de soi.

L'émergence de la conscience d'être se fait donc par l'implication corporelle citée ci-dessus et donc également par l'activité mentale.

Ainsi grâce à l'art-thérapie* qui utilise l'opération artistique et ses effets sur l'Homme, le patient peut développer son goût, son style et son engagement³⁹ :

- Le goût : il permet d'apprécier la beauté d'une chose ; c'est le domaine des impressions ; il implique l'affirmation de soi* .
- Le style : la personnalité* de l'auteur est exprimée par et dans l'œuvre ; c'est le domaine de l'expression ; il implique la confiance en soi*.
- L'engagement : il se fonde sur le désir et l'envie d'une personne de réaliser quelque chose ; il implique l'estime de soi*.

J'ajouterai à ces propos ceux de Margaret Mead, qui complète cette conscience de soi dans une dimension sociétale :

« Le « soi » et la conscience de ce « soi » viennent du fait que l'acteur peut s'éprouver lui-même directement en se plaçant du point de vue des autres membres du groupe social auquel il appartient ». ⁴⁰

Ce qui peut être retrouvé dans l'opération artistique en phase 8 lors du traitement mondain.

³⁸ Cohadon François, *Sortir du coma* , p143.

³⁹ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie* 6^e édition ,p160.

⁴⁰ Mucchielli Alex, *L'identité , Que sais je ?* p 22.

4. L'art-thérapie peut permettre au patient de répondre à la question « Que vais-je devenir ? »

4.1 L'art-thérapie* permet de préserver la qualité existentielle* des personnes cérébro-lésées.

François Cohadon⁴¹ définit la qualité de vie comme un sentiment de complet bien être physique, moral et social perçu par l'individu à la capacité d'atteindre les buts que l'on s'est fixé dans la vie ou au fait de se comporter en conformité avec le rôle social que l'on considère jouer dans la société.

La qualité de vie des traumatisés crâniens est influencée négativement par :

- Facteurs physiques : difficultés de déplacement, fatigue, ralentissement psychomoteur, dépendance fonctionnelle.
- Facteurs psychiques : difficultés d'investissement occupationnel, détresse émotionnelle et troubles de la communication, manifestations anxio-dépressives.
- Facteurs environnementaux : accès aux structures de rééducation, qualité du support familial.
- Restriction de la vie sociale, des loisirs, des relations sociales et amicales et des activités professionnelles.

L'art-thérapeute travaillant auprès des personnes cérébro-lésées souffrant d'un syndrome de dépression réactionnelle* doit prendre en compte deux pénalités existentielles telles que le handicap et la maladie. La nature de la souffrance de ces patients vont donc être la peur de la mort et le ressenti d'être hors norme.

Les objectifs de l'art-thérapeute seront donc de rassurer, de restaurer et de valoriser la qualité existentielle* de la personne.

Ces objectifs permettent une fois de plus d'aider le patient à savoir qui il est, et à accéder à un mieux être.

Ce mieux être peut alors considérablement faire diminuer les symptômes* dépressifs, permettant ainsi à la personne d'aller au-delà du « je veux » et passer par « je peux » et « je fais ».

⁴¹ Cohadon François et collectif, *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* , p249 et 350.

4.2 L'art-thérapie* aide le patient à passer du projet de soin au projet de vie.

Pour résumer la pensée de Jean-Pierre Boutinet , la position de l'individu dans l'existence est qualifiée « d'être au monde » ; en tant que jeté là il se doit de toujours se projeter en visant une possibilité.⁴²

Pour la personne cérébro-lésée, nous avons vu que de par son accident sa vie est bouleversée, un remaniement identitaire* doit s'opérer ce qui modifie les projets qu'il pouvait avoir élaboré avant d'être blessé.

« Le sentiment de continuité temporelle est le fait que l'acteur se perçoit identique à lui-même dans le temps et se représente les étapes de sa vie et ses transformations comme un continuum. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent des crises d'identités. »⁴³

Nous avons également compris que l'art-thérapie* pouvait permettre à la personne d'accéder à une conscience de soi grâce aux objectifs définis dans la prise en charge, celle-ci étant incluse dans le projet de soin établi par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Le projet de soin est un projet partagé patient-soignant, il reste fragile et variable dans le temps, les objectifs en sont modifiés en fonction de l'évolution du patient.

Une fois que la rééducation fonctionnelle de la personne arrive à son terme, la réadaptation commence.

Le terme de réadaptation est la réduction des séquelles* d'un accident afin de permettre une nouvelle adaptation à une vie normale, spécialement à une activité professionnelle. La notion de séquelles signe une stabilisation de l'action réparatrice et le terme de réduction peut évoquer la mise en œuvre de mécanisme de compensation.

Puis on peut alors parler de réinsertion. La réinsertion est l'action de redonner à un sujet une place dans la vie sociale.⁴⁴

Au centre de l'Arche, la réinsertion sociale se fait comme expliqué précédemment par le service de SAMSAH*, et la réinsertion professionnelle plus particulièrement par un service s'appelant COMETE*.

⁴² Boutinet Jean-Pierre, *Anthropologie du projet* , p 33.

⁴³ Mucchielli Alex, *L'identité, Que sais je ?* , p28.

⁴⁴ Cohadon François et collectif, *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* , p222.

Pour que le patient puisse aller au bout de ces différentes étapes qui constitue son projet de vie, l'art-thérapie* a pu contribuer auparavant à l'y préparer. En effet, grâce à l'opération artistique* nous avons pu observer que le patient pouvait développer sa confiance en soi*, l'affirmation de soi* et l'estime de soi*.

Ces trois piliers peuvent aider le patient à « être au monde » en tant que personne qui est capable de faire des choix, et de s'engager dans l'action.

De plus l'art-thérapie* peut permettre au patient de développer sa créativité* au travers de son expression artistique. La créativité* désigne « la possibilité qu'à un individu dans les processus de résolutions de problèmes, de trouver des relations inédites, de produire de façon relativement courante et souple des nouvelles et des solutions originales »⁴⁵.

Nous comprenons bien par conséquent les bénéfices cognitifs apportés pour élaborer un nouveau projet de vie tels que l'anticipation, l'initiative, la flexibilité mentale, les moyens de compensation...tant d'éléments qui peuvent handicaper les personnes cérébro-lésées.

B .La mise en place de l'art-thérapie* au sein du centre de rééducation, afin de soigner les patients cérébro-lésés souffrant de dépression*, peut s'avérer difficile.

1. Le centre de rééducation peut retarder le patient à se repérer dans le temps et l'espace.

Le centre de rééducation a un temps spécifique, « l'horloge hospitalière⁴⁶ » est vécue par certains patients comme hors du temps. Car le temps ici y est uniquement fait pour récupérer ses fonction perdues ou altérées. Les temps professionnel, social, familial, libre, sont mis entre parenthèse pendant plusieurs semaines, plusieurs mois.

Le centre de rééducation de l'Arche a un espace particulièrement étendu intérieur et extérieur ne facilitant pas l'orientation des patients.

Sa grande capacité d'accueil fait que 200 patients et 360 salariés cohabitent.

Cette micro société fonctionne avec ses règles, ses codes qui ne sont pas toujours en adéquation avec les envies individuelles des patients.

⁴⁵Rouquette Michel louis, *La créativité « que sais je ? »* p10.

⁴⁶ Expression de Vaillant-Perriere Marie, « *l'évaluation en art-thérapie* » p 83.

Ainsi Jean-luc Simon, devenu tétraplégique après un accident écrit dans son livre :
« Le radeau de la méduse de Géricault représente le mieux l'hôpital de rééducation, ce radeau accueille des naufragés en perte de leur sécurité corporelle, nus, dans la promiscuité et agglutinés sur un frêle esquif. »⁴⁷

Comme il a été exposé précédemment l'art-thérapie* peut contribuer à aider les patients à avoir des repères spatio-temporels, mais ces objectifs sont d'autant plus longs à atteindre au vu de la complexité de la structure.

2. L'hospitalisation à temps complet ne facilite pas l'accès à la conscience de soi.

Nous avons pu voir au long de ce mémoire que le patient cérébro-lésé a connu un choc brutal et soudain au sens propre comme au sens figuré. Il se retrouve alors dans un état de dépersonnalisation, le même état que les chambres d'hospitalisation.

En effet, les chambres standards restent spacieuses et aérées mais il est interdit, en particulier au niveau de la sécurité incendie, d'afficher des éléments décoratifs aux murs.

Les patients ont la possibilité tout de même de mettre en évidence quelques photos et de poser des fleurs sur la table.

L'art-thérapie* a donc la possibilité de faire émerger la conscience de soi, mais il reste très difficile de le faire dans un lieu d'hospitalisation « aseptisé » qui n'est pas un lieu de vie, où pourtant la personne peut rester jusqu'à deux ans.

Lorsque la famille ou les amis du patient ne peuvent se déplacer ou n'habitent pas la région, il peut rester plusieurs jours voir semaines sans avoir de visite.

De plus le manque d'effectif lors des week-ends, amène à ce qu'il ne soit pas toujours possible que le patient soit levé.

Il est donc complexe de travailler sur l'identité* de la personne pendant l'hospitalisation, car elle est isolée de son environnement familial qui pourrait la stimuler favorablement pour recouvrer la conscience de soi.

⁴⁷ Simon Jean-Luc, *Vivre après l'accident*, p21.

3. Le centre de rééducation ne permet pas totalement au patient de se préparer à la vie à l'extérieure.

Je citerai une seconde fois Jean-Luc Simon afin d'illustrer mes propos :

« Vivre au sein de l'hôpital où tout est accessible, où les personnes valides côtoient chaque jour la différence et où le patient est soigné, aidé et choyé, ne présente guère de similitude avec les réalités de la vie quotidienne. La prise en charge institutionnelle est un refuge trop sécurisant pour des patients en perte d'identité individuelle et de responsabilités sociales. »⁴⁸

Dans le centre de rééducation, l'art-thérapeute grâce à un travail pluridisciplinaire, peut réussir à améliorer la confiance en soi*, l'estime de soi* et l'affirmation de soi* du patient, contribuant ainsi à son réajustement identitaire et une diminution de ses symptômes dépressifs.

Mais, le souci et je l'ai malheureusement expérimenté lors de mon stage et de mon expérience professionnelle au SAMSAH* , est que la confrontation à la réalité se fait seulement une fois sortie du centre.

Cette confrontation peut être douloureuse tant l'écart est grand entre la vie au centre et la vie à l'extérieur.

Les ergothérapeutes, les psychologues et les assistants sociaux préparent cette sortie, mais n'empêchent pas les désillusions du patient. ; qui peuvent concerner une prise de conscience d'une autonomie limitée, d'une solitude , de difficultés familiales....

Les bénéfices du travail en l'art-thérapie* peuvent alors être grandement fragilisés voir anéantis.

⁴⁸ Ibid , p24.

C. Le schéma récapitulatif de la discussion est présenté.

L'art-thérapie* peut elle aider au réajustement identitaire du patient cérébro-lésé dépressif*, hospitalisé en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ?

Oui	Non
L'art-thérapie* :	En hospitalisation l'art-thérapie* se confronte à :
Aide à se situer dans l'espace et le temps.	L'espace-temps hospitalier n'est pas toujours en adéquation avec les repères spatio-temporel du patient.
Permet d'accéder à une conscience de soi.	L'isolement du patient avec son environnement rend difficile l'accessibilité à une conscience de soi.
Permet de se projeter dans l'avenir.	La réalité intramuros est différente de la réalité extérieure au centre, son retour à domicile pouvant être mal vécu.

D. Une réflexion fait suite au travail de Fanny Crapart sur le potentiel de l'art-thérapie* dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées.

Fanny Crapart a présenté son mémoire d'art-thérapie*, dans le cadre du diplôme universitaire à Tours, en 2007. Son sujet étant « *bilan et analyse des objectifs thérapeutiques spécifiques à la prise en charge en art-thérapie de patients cérébro-lésés, au regard des mémoires du D.U d'art-thérapie de Tours de 2000 à 2006* ».

Elle s'est appuyée sur une vingtaine de mémoires afin de répondre à sa problématique de définir l'art-thérapie par ses outils, entre autre la grille d'observation utilisée comme processeur* thérapeutique.

Je ne vais pas rebondir sur sa problématique certes intéressante mais sur un aspect de sa recherche méticuleuse. Ainsi, elle a pu observer que les étudiants ont été accueillis en stage dans différents types d'établissements en rapport avec les phases d'évolution des patients cérébro-lésés⁴⁹.

⁴⁹ Crapart Fanny, mémoire D.U d'art-thérapie 2007, « *bilan et analyse des objectifs thérapeutiques spécifiques à la prise en charge en art-thérapie de patients cérébro-lésés, au regard des mémoires du D.U d'art-thérapie de Tours de 2000 à 2006* » p48.

Sur vingt deux stagiaires :

- Neuf ont travaillé lors de la phase de rééducation des patients.
- Cinq ont travaillé lors de la phase d'éveil des patients.
- Cinq ont travaillé lors de la phase de réinsertion des patients.
- Deux ont travaillé lors de la phase de réadaptation des patients.
- Une a travaillé dans la phase de devenir des patients.

Les membres de l'équipe soignante que Fanny Crapart a pu rencontrer sont inquiets du manque de structures accompagnant les personnes dans leur devenir une fois sorties du travail de rééducation/réadaptation. Ce constat illustre mes propos du dernier paragraphe III, 3), page 62.

Face à ce nouveau moi consolidé mais fendillé la personne aurait, semble t-il, encore besoin de béquilles thérapeutiques, tout du moins pour un appui psychologique.

Conclusion

Tout au long de ce travail nous avons pu comprendre que la personne cérébro-lésée en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle était dans un état de dépersonnalisation, entraînant un syndrome de dépression réactionnelle*.

Trois questions principales peuvent alors revenir sans cesse dans ce sentiment de flou :
Où suis-je ? Qui suis-je devenu ? Que vais-je devenir ?

L'art-thérapie* en exploitant le processus artistique des arts plastiques et de la musique peut apporter des réponses à ces questionnements.

En effet grâce au pouvoir d'entraînement et au cadre spatio-temporel de l'Art*, aux gratifications sensorielles*apportées, à l'imagination à visée artistique et à l'émotion provoquée par le plaisir esthétique, à l'implication du corps dans l'action, le patient peut alors s'affirmer, avoir confiance en lui et s'estimer.

Le sentiment de parcellisation de son corps et de son esprit est amoindri, il se ressent plus unifié et au lieu de se percevoir objet de soin, il peut alors devenir sujet de son projet d'avenir.

Ce travail d'émergence de la conscience de soi, pilier de l'identité ; ne peut se faire qu'avec la collaboration essentielle de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Néanmoins, nous avons pu voir qu'il existe certaines limites dû à l'hospitalisation pouvant freiner ce réajustement identitaire. L'art-thérapeute peut avoir rempli les objectifs mis en place dans le protocole thérapeutique*, il n'en reste pas moins une inquiétude persistante : Oui, mais après ?

Lorsque les objectifs touchent des principes existentiels comme l'identité* peut-on se satisfaire du résultat présent ? Au vue de ce travail, il semble nécessaire que les services prenant en charge les différentes étapes de vie de la personne cérébro-lésée ne doivent pas être cloisonnés.

On pourrait imaginer que l'art-thérapie*, sans avoir le même intervenant ni la même dominante, pourrait être le fil rouge de cette continuité, accompagnant ainsi la personne à chaque marche supplémentaire de son processus de réajustement identitaire.

Sa qualité existentielle* en serait améliorée lui permettant ainsi d'envisager des possibilités sur son avenir de façon plus réfléchie et sereine.

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1** : Faisceaux d'items, prise en charge Jessica.....p 34
- Graphique 2** : Autoévaluations Jessica.....p 35
- Graphique 3** : Faisceaux d'items, prise en charge Georgina.....p 40
- Graphique 4** : Autoévaluations Georgina.....p 41
- Graphique 5** : Faisceaux d'items, prise en charge Thierry..... p 47
- Graphique 6** : Autoévaluations Thierry.....p 49

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANCET Pierre, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, édition Dunod , 2010.
- ANZIEU Didier, *Le Moi-Peau* , édition Dunod ,1995.
- BERNIS Jeanne, *L'imagination, Que sais-je ?*, édition Presses universitaires de France 1966.
- BOUTINET Jean-Pierre, *Anthropologie du projet* , édition puf , 2005.
- BRIFFAULT Xavier, *La fabrique de la dépression*, édition Armand Colin,2010.
- COHADON François , *Sortir du coma* , édition Odile Jacob, 2008.
- COHADON François et collectif, *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion*, 2^{ème} édition Arnette, 2002.
- COMITE DE REDACTION DU RESEAU TC OUEST, *Face à un traumatisme crânien grave*, édité par l'Urcam,2005.
- CRAPART Fanny, *Bilan et analyse des objectifs thérapeutiques spécifiques à la prise en charge en art-thérapie de patients cérébro-lésés, au regard des mémoires du D.U d'art-thérapie de Tours de 2000 à 2006* , mémoire D.U d'art-thérapie 2007.
- DANTZER Robert, *Les émotions, Que sais je ?*, édition presses universitaires de France, 1994.
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art Occidental*, édition Favre SA, 2004.
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, édition Favre SA, 2011.
- FORESTIER Richard directeur scientifique d'Actes du congrès international, *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, édition Elsevier Masson, 2007.
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie 6^e édition*, édition Favre,2009.
- LECOURT Edith , *Découvrir la musicothérapie*, édition Eyrolles, 2005.
- MUCCHIELLI Alex, *L'identité, Que sais je ?*, édition puf , 2003.
- OPPENHEIM-GLUCKMAN Marie-Hélène, *Vivre au quotidien avec un traumatisme crânien* , édition ctnerh , 2007.
- ROMEYER-DHERBEY Georges, *Les sophistes, Que sais je ?*, édition puf, 1985.
- ROUQUETTE Michel louis, *La créativité Que sais je ?*, édition puf, 2007.

- ROUSSEL André et DUROZOI Gérard, *Philosophie : notions et textes Tome 1*, édition Nathan, 1989.
- ROUSSEL André et DUROZOI Gérard, *Philosophie : notions et textes Tome 2*, édition Nathan, 1989.
- ROUSSEL André., *Philosophie, notions et textes tome 1*, édition Nathan, 1989,
- SACKS Olivier, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, édition Seuil, 2009.
- SIMON Jean-Luc, *Vivre après l'accident*, édition Chronique Sociale, 2001.
- SNFV ET L'ASSOCIATION FRANCE AVC, *Guide pratique pour les patients et leur entourage l'essentiel sur l'accident vasculaire cérébral*, 2008.

Webgraphie

www.imagesanalyse.univparis1.fr

www.medecine-naturelles.com

www.tpe.walrey.fr

Dictionnaires

DICTIONNAIRE d'Orthophonie, édition l'ortho, 1997.

DICTIONNAIRE médical de l'infirmière, édition Masson, 2005.

LE PETIT LAROUSSE Illustré, édition Larousse, 2012.

ANNEXE 1

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 (arrêté du 8 septembre 2003)

La loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Article 1 – Principe de non discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 – Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 – Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations le concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ses informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 – Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou prise en charge ;

2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement.

Article 5 – Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demandant le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dont le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 – Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice.

En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 – Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 – Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 – Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 – Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 – Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

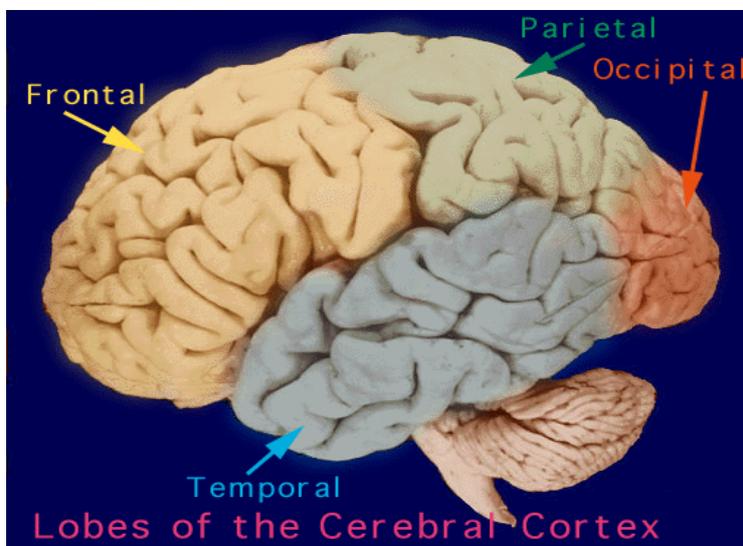
Article 12 – Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

ANNEXE 2

L'organisation des zones du cerveau



Le lobe pariétal:

Les régions antérieures sont consacrées aux différentes perceptions sensorielles: goût, toucher, température et douleur. Ils intègrent aussi des signaux auditifs et visuels qu'il met en relations avec nos souvenirs, leur donnant un sens. Il permet aussi une compréhension du langage parlé et écrit.

Le lobe frontal:

Le lobe frontal est la partie du cortex qui module les raisonnements et la planification, mais aussi les émotions qui sont également très impliquée dans ce qui fait notre personnalité. Les mouvements volontaires sont initiés dans les lobes frontaux, mais dans leur partie postérieure. L'aire de Broca qui permet de transformer nos pensées en mots est aussi dans le cortex frontal.

Le lobe temporal:

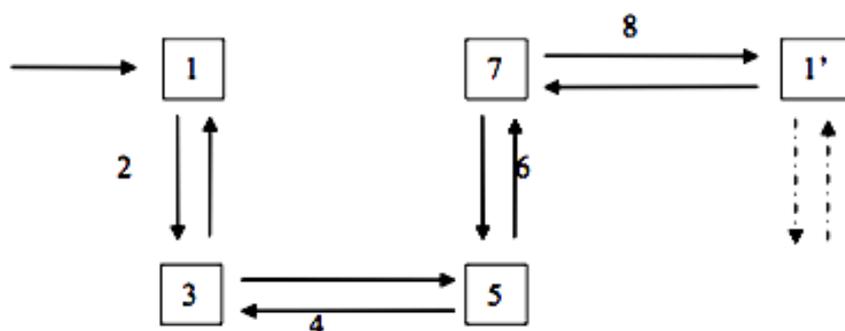
Il est très impliqué dans le discernement des différents sons et dans la compréhension du sens des mots, ainsi que dans la remémoration de souvenirs, le gauche étant davantage impliqué dans le langage verbal et le droit dans la mémoire visuelle.

Le lobe occipital:

Il sert au décodage de l'information visuelle. Formes, couleurs, mouvements sont analysés dans cette région. Aussi appelé cortex visuel, ce lobe nous permet aussi en reliant perceptions visuelles et images mémorisées de reconnaître et identifier les choses.

ANNEXE 3

Schéma de l'opération artistique (Source Ludivine PREVOT, mémoire art-thérapie)



Avant le 1 – C'est ce qui nous précède : c'est l'élément culturel, social et le patrimoine d'une société.

1 – Une chose ou une personne : c'est un accident spatio-temporel, ça existe

2 – Cette chose rayonne : elle peut être captée, perçue

3 – Elle est captée par l'être humain : cet accident devient une information qui est traitée de façon archaïque : « l'information est traitée par tous les mécanismes neurovégétatifs et neurologiques sur un fond de sécurité »⁵.

4 – Traitement mental sophistiqué de l'information : « l'activité mentale dans ses modalités psychologiques s'impose aux réactions archaïques du corps physique »⁶.

5 – C'est l'élan corporel donné grâce à la volonté et à l'intention : c'est l'implication du corps physique

6 – Utilisation d'une technique, d'un savoir-faire adapté en fonction de la production voulue

7 – La production artistique

8 – Traitement mondain de la production : regards critiques extérieurs pour valider la production en tant que telle

1' – La production devient accident spatio-temporel, elle existe par elle-même.

Art-thérapie à dominantes musique et arts plastiques auprès de personnes cérébro-lésées souffrant d'un syndrome de dépression réactionnelle, dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

Résumé : De part leur accident, la vie des personnes cérébro-lésées a été scindée en deux, marquant un avant et un après accident. Elles rencontrent des troubles cognitifs, moteurs et psychologiques si importants, qu'elles ont un sentiment profond de perte d'identité. Cette dépersonnalisation entraîne un syndrome de dépression réactionnelle mettant à mal leur qualité existentielle. L'art-thérapie à dominantes art-plastique et musique peut permettre un réajustement identitaire en favorisant la conscience de soi grâce à un cadre spatio-temporel sécurisant, un pouvoir d'entraînement et un travail sur la confiance en soi, l'affirmation et l'estime de soi. En sachant qui elles sont devenues, les personnes cérébro-lésées peuvent se positionner en tant que sujet de leur projet de vie, et envisager l'avenir plus sereinement.

Mots clés : *art-thérapie, musique/art-plastique, lésion cérébrale, dépression réactionnelle, réajustement identitaire.*

Art-therapy orientated on music and fine arts for people suffering from cerebral lesions : patients proving to be depressive, stay at physiotherapy & functional re-education centers.

Summary: People suffering from cerebral lesions always coped with an accident which occurred to their mind and body, sharing their life into two parts: before the accident and after the accident. Patients face so deep cognitive, physical and psychological troubles, that they feel clearly identity-less. This depersonalization lead to a reactional depression ruining their living quality. Thus art-therapy focused on fine arts and music can help such people to recover an identity, favoring self-awareness thanks to a reassuring space-time, to a training power and to a work on self-confidence, on self-assertion and on self-esteem. By knowing who they become, patients become able to set themselves as actor in their own life and to view the future with equanimity.

Keywords : *art-therapy, music, fine arts, cerebral lesions, reactional depression, identity renewal.*