

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE - TOURS
&
AFRATAPEM**

Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en
Pédagogie et Médecine

**Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale au sein d'un foyer
d'accueil médicalisé.**

Mémoire de fin d'étude du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie De la faculté de Médecine
de TOURS

Présenté par Angèle Mesnil

Année 2011

Sous la direction de :
Marie-Anne Heupel, psychologue
Foyer d'Accueil Médicalisé
« Les Saules »
1 rue Jean Monnet
78114 Magny Les Hameaux

Lieu de stage :
Foyer d'Accueil Médicalisé
« Les Saules »
1 rue Jean Monnet
78114 Magny Les Hameaux

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier les résidents du foyer « Les Saules », acteurs principaux de mes évaluations, sans qui je n'aurais pas pu mener à bien ce projet. Et, j'ai une pensée particulière à Mme N, que j'ai suivi en atelier d'art-thérapie, décédée en Décembre 2010.

Merci à Mr Philippe Tranchant ; directeur du Foyer d'Accueil Médicalisé, Mme Françoise Petazzoni et Mme Danièle Saliba ; chefs de service, de m'avoir accueillie et permis la mise en place des séances d'art-thérapie.

Merci à ma directrice de mémoire Mme Marie-Anne Heupel ; psychologue, à Valérie Frémont ; tutrice de stage et ergothérapeute, à Blandine Sauzay ; psychomotricienne, pour leur confiance, leur disponibilité, leurs conseils et leurs soutiens.

Je remercie aussi l'équipe thérapeutique et éducative, tout particulièrement Anne Lavent, pour leur accompagnement tout au long de mon stage.

Aussi, je remercie Mr Richard Forestier, directeur pédagogique du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de Tours, et les nombreux intervenants, pour leur enseignement et l'enrichissement professionnel qu'ils ont pu m'apporter.

Enfin, un grand merci à ma famille et à mes amis, de m'avoir encouragé tout au long de ce projet.

PLAN :

• Remerciements	p1
• Plan	p2
• Glossaire	p7
• Introduction	p11

1ère Partie

Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale peut apporter un épanouissement et peut améliorer la qualité de vie des personnes adultes ayant divers handicaps

A) Certaines personnes handicapées peuvent présenter des troubles de l'expression, de la communication et de la relation pouvant être une pénalité de vie

1. Le polyhandicap peut entraîner une altération de la qualité de vie de la personne

- a) Le polyhandicap est un terme difficile à définir p12
- b) Les déficiences motrices et mentales que présentent les personnes polyhandicapées altèrent l'expression, la communication et la relation p13
- c) Ces déficiences et ces troubles peuvent entraîner un isolement de la personne p16

2. La personne présentant un Spina Bifida présente un vieillissement prématuré du système nerveux, pouvant induire une dévalorisation de soi

- a) Le Spina Bifida est à l'origine d'un handicap multiple p16
- b) Les conséquences des malformations associées au Spina Bifida pénalisent fortement la qualité existentielle de la personne p18

B) L'Art peut prétendre à avoir de l'intérêt pour l'être humain

1. L'Art est une activité humaine orientée vers un but esthétique

- a) Les origines de l'Art et de l'humanité sont indissociables p19
- b) L'activité artistique est un acte volontaire dirigé vers l'esthétique p20
- c) L'Art sollicite des capacités physiologiques et cognitives, d'impression et d'expression p21

2. La musique est une modalité particulière d'expression artistique

- a) Il est nécessaire de rappeler brièvement l'histoire de la musique p22
- b) La musique a un pouvoir éducatif, d'entraînement et rassemble socialement p23
- c) La musique montre qu'elle présente des effets sur l'être humain p24

C) L'Art-thérapie est une discipline originale permettant de pallier les troubles de l'expression, de la communication et de la relation des personnes ayant un et/ou plusieurs handicaps

1. L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire

a) L'art thérapie repose sur des fondements scientifiques p25

b) L'activité artistique est utilisée comme un outil thérapeutique au service de l'être humain p26

2. L'art-thérapie à dominante musicale peut être utilisé comme un outil thérapeutique

a) L'écoute musicale peut favoriser l'expression et l'affirmation de soi p26

b) La pratique instrumentale permet d'activer la motricité et peut engendrer une gratification sensorielle auprès de personnes handicapées p27

c) Le chant peut provoquer des effets physiologiques et peut travailler sur les fonctions cognitives de la personne p28

2^{ème} Partie

Présentation des ateliers d'art-thérapie à dominante musicale auprès d'adultes présentant des handicaps divers et associés, résidant dans un foyer d'accueil médicalisé

A) Le foyer d'accueil médicalisé « Les Saules » appartient à un cadre médico-social et accueille des personnes adultes polyhandicapées et des handicaps variés et associés

1. Présentation de la structure

a) Le Foyer des Saules fait partie de l'association A.P.A.J.H p29

b) Cet établissement fut le premier foyer expérimental accueillant des adultes polyhandicapés p30

2. La prise en charge des résidents est assurée par une équipe pluridisciplinaire et organisée

a) Cette équipe est composée de différents professionnels p31

b) Les équipes médicales et paramédicales doivent agir conjointement p33

c) L'art thérapeute s'inscrit dans le programme de soin de l'équipe pluridisciplinaire p33

B) Présentation des séances d'Art thérapie à dominante musicale en vue d'agir parallèlement avec l'équipe thérapeutique

1. L'art thérapie au foyer des Saules est une nouvelle proposition de soin originale

a) L'atelier d'art-thérapie s'inscrit dans le projet d'établissement du foyer p34

b) L'art-thérapeute peut participer à la vie quotidienne du foyer p34

- c) La mise en place du protocole de prise en charge se fait en fonction de l'indication médicale p34
- d) Les séances d'art-thérapie doivent répondre à des moyens matériels p35

2. La séance d'art-thérapie peut se composer en trois phases

- a) L'avant-séance peut être primordiale pour la suite de la prise en charge p35
- b) La séance, en elle-même, est un moment privilégié en tant que soin p36
- c) L'après-séance doit être suivi dans sa globalité p36

3. L'art thérapeute dispose d'outils méthodologiques, propre à son métier qu'il doit savoir adapter

- a) la fiche d'observation permet de maintenir l'action thérapeutique des patients à chaque séance. p37
- b) La stratégie thérapeutique de l'art-thérapeute est en lien avec l'opération artistique p37
- c) Le cube harmonique est un outil auto-évaluatif p38

C) Trois personnes ont bénéficié des séances d'art-thérapie

1 Mr J.P est un homme de 61 ans résidant au foyer depuis 2002

- a) Mr J.P a eu une méningite à l'âge de 2 ans ce qui engendre en conséquence une déficience intellectuelle et des troubles neurologiques p39
- b) Afin de favoriser l'expression de Mr J.P la stratégie thérapeutique envisagée est de provoquer des réactions face aux écoutes musicales pour qu'il communique son ressenti et qu'il s'affirme p40
- c) Onze séances ont permis d'atteindre certains objectifs p40
- d) Des items en relation avec la capacité d'attention, de l'affirmation et du plaisir vont nous permettre d'évaluer la progression de Mr J.P p41
- e) Evaluation et Bilan des prises en charge de Mr J.P p42

2. Mr A est un jeune homme de 27 ans résidant au foyer depuis 2006

- a) Mr A présente un handicap neuro-psychomoteur et un trouble visuel suite à un état de mort apparente à l'âge de trois mois p44
- b) Afin que Mr A soit gratifié sensoriellement, la stratégie thérapeutique est l'utilisation du djembé pouvant permettre de favoriser sa mémoire par des séquences répétées et ainsi l'aider à maintenir son attention sur ce qu'il fait p45
- c) Douze séances ont permis d'atteindre certains objectifs p45
- d) Des items en lien avec l'attention, la mémoire et l'expression vont nous permettre d'évaluer la progression de Mr A p47
- e) Evaluation et Bilan des prises en charge de Mr A p48

3. Mme N est une jeune femme de 24 ans résidant au foyer depuis 5 ans

- a) Mme N est atteinte d'un Spina Bifida depuis sa naissance p49
- b) La stratégie thérapeutique envisagée est de travailler sur la poussée corporelle par le biais de l'activité vocale, ce qui peut permettre à Mme N d'être « actrice », prendre du plaisir et ainsi améliorer l'estime de soi p50

- c) Huit séances ont permis d'atteindre certains objectifs p51
- d) Des items en lien avec l'expression du plaisir, les capacités mnésiques, et la manière de chanter vont nous permettre d'évaluer la progression de Mme N p52
- e) Evaluation et Bilans des prises en charge de Mme N p53

3^{ème} Partie :

L'art-thérapie à dominante musicale apporte des bénéfices aux personnes handicapées, cependant, nous remarquons que d'autres techniques artistiques ont également des résultats positifs auprès de ce public.

A) L'intérêt de l'art-thérapie à dominante musique dans un foyer d'accueil médicalisé accueillant des personnes handicapées

1. La sollicitation artistique musicale peut apporter un bien-être auprès des personnes handicapées et polyhandicapées.

- a) Il faut commencer par définir ce qu'est la bonne santé et le bien-être p55
- b) Exemple d'une autre expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès des personnes polyhandicapées p56

2. La musique est omniprésente dans le foyer

- a) L'équipe pluridisciplinaire peut utiliser la musique comme médiation p56
- b) L'accès à la culture musicale stimule les facultés des personnes handicapées p57
- c) La musique peut-être une expression hors-verbale p57

B) Or, l'art-thérapie à dominante musicale n'est pas la seule technique pouvant apporter des bénéfices à la personne handicapée

1. 1. L'art-thérapie à dominante danse peut revigorer la qualité existentielle des personnes handicapées

- a) La danse tout comme la musique permet de prendre conscience de l'espace et du temps p58
- b) Etude montrant la particularité de la dominante danse auprès des personnes handicapées p58

2. L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut valoriser le potentiel expressif de la personne handicapée

- a) Les arts-plastiques laissent une trace contrairement à la musique et la danse p59
- b) Exemple d'un mémoire relatant une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'un public handicapé p59

C) D'où l'intérêt que l'art-thérapeute se forme dans d'autres techniques afin de répondre, le plus bénéfiquement possible, aux besoins des personnes handicapées.

1. Les ateliers d'art-thérapie permettent aux personnes handicapées et polyhandicapées de mettre en évidence leurs capacités et leurs aptitudes dans le but de valoriser la personne

a) Comparaison et limites des différentes des trois techniques musicales mis en œuvre dans cette expérience **p60**

b) C'est pourquoi, afin de créer des boucles de renforcement auprès des personnes handicapées et polyhandicapées, il est nécessaire d'avoir recours à un autre support artistique que sa dominante **p61**

2. D'où, la nécessité de discuter de la différence entre la musicothérapie et l'art-thérapie à dominante musicale

a) Une définition de la musicothérapie semble être important à donner **p61**

b) L'Art-thérapeute doit donc suivre l'approche de l'école de Tours permettant et préconisant plusieurs dominantes artistiques **p62**

Tableau de synthèse **p63**

Conclusion **p64**

Références Bibliographiques **p65**

Annexe 1 **p67**

Annexe 2 **p67**

Annexe 3 **p68**

Annexe 4 **p69**

Annexe 5 **p71**

Glossaire médical et paramédical

AAMR : American Association on Mental Retardation

APF : Association des Paralysés de France.

ATTENTION : (du latin *adtentio*, attention application de *adtere*, tendre vers). Concentration de l'activité mentale sur un objet déterminé sur l'exclusion des autres.

AUTONOMIE : (du grec *autonomos*, qui se régit par ses propres lois) Etat de celui qui peut se gouverner par soi même et qui peut faire des actions et des choix lui permettant de s'épanouir.

BIEN-ETRE : Etat qui touche à la santé, au plaisir, à la réalisation de soi, à l'entente avec soi et les autres.

CECITE CORTICALE : Elle se manifeste par un trouble degnosies visuelles (connaissance du monde construite à partir des expériences sensorielles) On peut constater différents types de troubles :

- Diminution de l'acuité visuelle qui est difficile à explorer et qui peut être très importante en cas d'atrophie des nerfs optiques.
- Anomalie du traitement cérébral de l'information. La personne « est » non voyante, sans qu'il existe de lésion oculaire.
- Anomalie du champ visuel. Certaines parties de l'espace ne sont pas vues. La personne ne voit qu'un champ latéral ou n'a qu'une vision centrale.

CONFIANCE : Se fier à soi.

CTNERHI : Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual (of mental disorders).

DYSPRAXIE : La dyspraxie est une altération de la capacité à exécuter de manière automatique des mouvements déterminés, en l'absence de toute paralysie ou parésie des muscles impliqués dans le mouvement. La personne doit contrôler volontairement chacun de ses gestes, ce qui est très coûteux en attention, et rend la coordination des mouvements complexe de la vie courante extrêmement difficile.

EMOTION : (du latin *emovere*, ébranler, ôter d'un lieu) Trouble affectif global, brusque, intense et passager d'un sujet, de tonalité agréable ou pénible (joie,, tristesse, colère), provoqué par une situation inattendue, et qui s'accompagne d'une réaction organique confuse de désadaptation et d'un effort plus ou moins désordonné pour rétablir l'équilibre rompu.

HANDICAP : infériorité qu'on doit supporter.

HANDICAP NEURO-PSYCHOMOTEUR : Survient suite à des séquelles neurologiques dus par exemple, par des traumatismes crâniens, des accidents vasculaires cérébraux, un coma...L'ensemble des symptômes sont une atteinte des fonctions intellectuelles, des troubles du comportement, des atteintes au niveau moteur.

LANGAGE HORS VERBAL : Système de signes faisant appel à une médiation artistique pouvant permettre la communication.

LANGAGE VERBAL : Système qui en associant des signifiants verbaux à des signifiés permettant la communication.

MEMOIRE (du latin *memoria*, souvenir, de *meminisse*, se souvenir, avoir à l'esprit). Ensemble, des fonctions qui rendent le sujet capable de prendre conscience de son passé, parmi lesquelles on distingue généralement l'enregistrement ou fixation), la conservation, le rappel ou évocation, la reconnaissance et la localisation ou chronologie des souvenirs.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PENALITE : un état ou un évènement qui fait qu'une personne a une qualité de vie qui ne lui permet plus de s'épanouir et qui nécessite de l'aide.

PLAISIR : (du latin *placere*, plaire, être agréable) Pôle de la vie affective (l'autre pôle est la douleur) caractérisé par la prise de conscience de la satisfaction d'une tendance ; une fois vécue.

POUSSEE CORPORELLE : Cette énergie a le pouvoir d'entraîner la masse corporelle.

PROTOCOLE : C'est l'ensemble des éléments constituant l'intérêt de la prise en charge, sa faisabilité, la réalisation concrète de l'activité thérapeutique, l'analyse, la conclusion et le bilan.

QUALITE DE VIE : (Définition de l'OMS, 1993) 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, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

SAVEUR EXISTENTIELLE : Sensation agréable qui donne envie de vivre.

SENSATION : Phénomène psychique élémentaire provoqué par une excitation physiologique. Les sensations peuvent être externes (sensation tactiles, thermiques, visuelles...) ou internes (sensations de faim, fatigue ...)

SOIN : Vient de *Sonjan* qui veut dire s'occuper de.

SANTE: Etat de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Glossaire artistique

ART : Expression humaine et volontaire orientée vers l'esthétique.

ART-THERAPIE : Utilisation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique

BEAU : C'est une sensation agréable face à des situations extérieures, elle est conçue en elle-même, par elle-même, et pour elle-même, sans autre but qu'elle-même.

BIEN : Champ de la technique et du savoir faire.

BON : Expression des ressentis, champ de l'esthésie.

CATHARSIS : (terme *grec*, purification, purgation) Chez Aristote, par analogie avec les cérémonies initiatiques de purification dans les mystères, purgation des passions opérée par le moyen de l'art, notamment par la tragédie.

CIBLE THERAPEUTIQUE : Élément précis sur lequel l'art-thérapeute travaille au regard de l'objectif thérapeutique.

COMMUNICATION : (du latin *communicare*, mettre en commun, communiquer) Ensemble des phénomènes concernant la possibilité pour un sujet de transmettre une information à un autre sujet, par le langage articulé ou par d'autres codes.

CONTEMPLATION : (du latin *contemplatio*) Attitude désintéressée du spectateur ou de l'auditeur, notamment d'une œuvre d'art, captivé par un sentiment esthétique.

ESTHETIQUE : (du grec *aisthêtikos*, qui peut être perçu par les sens, de *aisthêsis*, sensation) Relatif à la beauté. Théorie de l'Art et des conditions du beau, de conception très diverses selon les auteurs.

EXPRESSION : (du latin *exprimere*, faire sortir de, exprimer) Manifestation d'une pensée, d'un sentiment, par le corps, le langage, le visage, l'art.

FOND : C'est ce que présente et contient l'œuvre, (idée, sujet...). C'est un élément subjectif et qualitatif de l'art.

FORME : La forme est redevable de la technique mise en œuvre. (Matériel utilisé pour effectuer une production, taille, poids...) C'est un élément objectif et quantitatif.

GOUT : Faculté humaine à se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent.

HAUTEUR : Sensation qui permet de distinguer un son grave d'un son aigu, ou plus précisément, de différencier deux sons qui auraient une même durée, une même intensité et un même timbre. La relation entre deux hauteurs forme un intervalle.

IDEAL ESTHETIQUE : Harmonie entre le fond et la forme. Lorsque l'idéal esthétique est atteint, la personne peut se permettre de dire que son œuvre est finie.

INTENTION : (du latin *intentio*, action de tendre, *tensio*, vers, *in de intendere*, tendre vers), au sens de l'exécution effective du mouvement.

INTENSITE : C'est la caractéristique du son relative à sa puissance sonore, à son volume.

MIMESIS : Ce sont les arts d'imitation

OBJECTIF : Théorie de la connaissance qui existe hors de notre esprit et indépendamment de la connaissance qu'en a le sujet pensant ; ce qui est valable pour tout esprit.

OPERATION ARTISTIQUE : C'est l'organisation de l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique. C'est l'interface entre l'être humain et l'activité artistique.

PHENOMENE ARTISTIQUE : Pour l'Art-thérapeute c'est l'intention, l'action et la production.

PLAISIR ESTHETIQUE : Il se caractérise par une activité réfléchie entre une production artistique (expression sensible de l'idéal esthétique de l'artiste) et un état psycho-physiologique.

RELATION : (du latin *relatio*, dérivé de *relatus*, reporter une chose sur une autre) C'est être avec l'autre. Définition de Richard Forestier : Regard sur l'art 2006, « La relation(...) est une mise en commun du sens. »

RYTHME : (du grec *rhythmos*, dérivé de *rhéo* ; couler) est le support de la combinaison ordonnée des sons et silences dans le temps.

SITE D'ACTION : Localisation d'une difficulté qui se rapporte aux mécanismes humains défaillants.

STRATEGIE THERAPEUTIQUE : L'Art-thérapeute prend en considération l'état de base, les objectifs et les moyens

SUBJECTIF : (du latin *subjectivus*, qui se rapporte au sujet, *subjectum*) Qui se rapporte au sujet étant qu'esprit qui connaît.

TEMPO : C'est la fréquence de la pulsation, autrement dit, le nombre de pulsation par minute. Ceci définit la vitesse réelle du morceau et les durées des notes.

TIMBRE : représente la couleur propre de l'instrument (timbre d'un chanteur, d'une trompette)

Les définitions sont issues du Dictionnaire Le Petit Larousse de 2004, du Guide Illustré de la Musique de Ulrich Michels de 2002, et des cours de Mr Richard Forestier pendant la Formation d'Intervenant Spécialisé en Art-thérapie et pendant les cours préparant au Diplôme Universitaire.

INTRODUCTION

Mon parcours musical a débuté à l'âge de sept ans avec la découverte de l'orgue, puis du piano. Ma passion pour la musique s'est immiscée naturellement dans mon parcours personnel, scolaire, puis professionnel.

Plusieurs rencontres personnelles et professionnelles ont été déterminantes sur mon avenir. Elles m'ont permis de m'intéresser à l'Art-thérapie. Ainsi, je me suis tournée vers la formation proposée par l'AFRATAPEM qui répondait à mes attentes finales. Avoir des outils méthodologiques spécifiques, pouvant être adaptés à toute population.

Dans le cadre de la formation d'Intervenant Spécialisé en Art-thérapie, j'ai effectué mon stage d'observation dans une Maison De Retraite. J'ai particulièrement aimé accompagner les personnes âgées, démentes ou non. Néanmoins, j'avais fortement envie d'intervenir auprès de personnes handicapées. Ainsi, j'ai souhaité poursuivre la formation préparant au Diplôme Universitaire d'Art-thérapie et effectuer le stage pratique au Foyer d'Accueil Médicalisé, à Magny-Les-Hameaux, dans les Yvelines. Etant professeur de piano et de clavier dans une école de musique en Basse Normandie, j'ai pu intervenir trois fois par semaine, pendant trois mois.

Ce mémoire de fin d'études présente tout d'abord l'intérêt que peut avoir les séances d'art-thérapie à dominante musicale auprès de ces personnes. Ces personnes adultes peuvent présenter divers handicaps qui peuvent avoir pour conséquence des déficiences motrices et mentales sévères. Ces troubles peuvent nuire au bien-être des personnes résidant au foyer. Ainsi, l'hypothèse de ce mémoire est que l'atelier d'art-thérapie à dominante musicale peut améliorer la qualité de vie des personnes présentant des handicaps divers.

Ensuite, ce mémoire relate trois prises en charge avec des techniques musicales différentes. La première approche se base sur l'audition musicale et la seconde exploite la pratique instrumentale auprès de deux personnes polyhandicapées. Puis, la troisième utilise l'activité vocale auprès d'une personne atteinte d'un Spina Bifida.

A travers ces trois prises en soin, nous nous rendrons compte ce que la musique peut apporter aux personnes handicapées et polyhandicapées.

Enfin, nous réfléchirons sur l'intérêt que l'art-thérapeute à dominante musicale se forme à d'autres techniques artistiques afin de répondre le plus bénéfiquement possible aux attentes de ces personnes.

1ère Partie

Un atelier d'Art-thérapie à dominante musicale peut apporter un épanouissement particulier et peut donc améliorer la qualité de vie des personnes adultes ayant divers handicaps

A) Certaines personnes handicapées peuvent présenter des troubles de l'expression, de la communication et de la relation pouvant être une pénalité de vie

1) Le polyhandicap peut entraîner une altération de la qualité de vie de la personne

a) Le polyhandicap est un terme difficile à définir

La personne polyhandicapée est devenue source de réflexion et de recherches depuis relativement peu de temps.

C'est à partir des années 50 et 60 que débute une prise de conscience par les pédiatres des hôpitaux du nombre d'enfants privés d'autonomie, dits « encéphalopathes », ou même désignés sous le terme « arriérés profonds ». Ces enfants n'avaient aucun soin particulier, ni structure d'accueil. Ce n'est qu'en 1966, que l'Assistance publique de Paris crée un service spécialisé, mais ce sont dans des conditions encore très difficiles que cette association accueille ces enfants.

La création du CESAP (Comité d'Etudes et de Soins aux Polyhandicapés) suit ce premier pas, en mettant en place des lieux de consultation, des structures d'aide à domicile, puis des établissements spécialisés de 1968 à 1974. La première réunion d'information sur le polyhandicap a lieu en 1972 et le terme « polyhandicap grave congénital » est proposé par le président du CESAP. En 1975, la première loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et sur les institutions sociales et medico-sociales est créée. Mais le terme polyhandicap n'y apparaît pas même si l'article 46 de la loi d'orientation prévoit des « Maisons d'Accueil Spécialisés » pour les adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie »

En 1984, le CTNERHI (centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations) réunit un groupe d'études faisant le point sur trois groupes de handicaps associés, dont la définition du polyhandicap est :

- « handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde avec une prévalence de 2 pour mille ».

Les deux autres handicaps associés définis sont dans un premier temps ; le plurihandicap :

- « association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles, avec une prévalence de 0,5 pour 1000 »

Puis, dans un second temps ; le surhandicap :

- « surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant avec une prévalence de 3 pour mille ».

Dès 1986 un circulaire ministérielle est décrétée concernant les enfants atteints de handicaps associés, puis en 1989, la circulaire d'application est créée avec des conditions particulières d'accueil, d'éducation, et de soins pour les personnes polyhandicapées.

À la suite de ce décret, les services de soins à domicile et les établissements spécialisés ont commencé à se développer.

À partir de 1995, la définition du polyhandicap est repensée :

- « Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. ».

Enfin, en 1998 un manifeste des droits des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des personnes qui les accompagnent est créé.

Ainsi, le terme polyhandicap a suscité beaucoup de réflexion et il est étonnant de remarquer que l'intérêt de la société pour ces personnes et leur prise en charge n'a débuté qu'il y a une cinquantaine d'années.

Aujourd'hui, les études progressent pour connaître les causes du polyhandicap.

En effet, chez l'enfant, une des causes est l'atteinte cérébrale grave précoce, touchant plusieurs domaines de l'activité neurologique (intelligence, motricité, sensorialité) et qui associe diverses causes cliniques. Mais les progrès de la réanimation néonatale ont fait baisser non seulement la mortalité, mais, aussi la proportion de séquelles handicapantes chez les survivants. Les progrès actuels de la recherche portent sur les causes génétiques, sur la poursuite de la prévention des embryopathies, les pathologies fœtales qui ne sont pas toujours décelables, ni accessibles au traitement. Dans beaucoup de cas, les causes sont multiples chez le même enfant.

Actuellement, les progrès de la prise en charge obstétricale, d'une part, les méthodes de diagnostic d'autre part ont amélioré l'étiologie des années soixante dix.

Ainsi :

- 30% des causes sont inconnues,
- 15% de causes périnatales,
- 5% de causes post-natales ; traumatismes, arrêts cardiaques
- et 50% de causes prénatales ; malformations, accidents vasculaires cérébraux prénataux, embryopathies dont le cytomégalovirus (infection), et le HIV (virus du sida).

Le polyhandicap n'est pas seulement le cumul d'une déficience intellectuelle et d'une atteinte motrice. Il ne faut pas perdre de vue la globalité et l'unicité de chaque personne.

b) Les déficiences motrices et mentales que présentent les personnes polyhandicapées peuvent altérer l'expression, la communication et la relation

Les différentes déficiences s'associent de façon diverses. Leurs effets fonctionnels varient avec le développement de l'enfant et le risque du handicap initial peut s'aggraver due à des handicaps secondaires.

Le concept de déficience intellectuelle, aussi qualifié de retard intellectuel ou mental semble le plus rencontré. La Classification Internationale des Handicaps de l'OMS en a fait une entité particulière. Selon le système américain, l'AAMR en 2002, les manifestations du retard mental débutent avant l'âge de 18ans, et se définit comme étant ;

- « une déficience caractérisée par des limitations significatives dans le domaine intellectuel, fonctionnel, conceptuel social et celui des habiletés adaptatives ».

Ainsi, le fonctionnement intellectuel est considéré comme plus ou moins diminué si on retrouve des limitations dans deux ou plus des domaines suivants :

- la communication,
- la capacité à vivre en autonomie,
- l'usage des soins de santé et de la sécurité,
- les loisirs,
- les habiletés sociales,
- la capacité à prendre soin de soi
- l'orientation personnelle dans la vie,
- les fonctions académiques scolaires,
- le travail.

Dans cette classification, la notion de Quotient Intellectuel existe toujours tout en étant relativisée.

Dans un deuxième système de diagnostic psychiatrique, le DSM évoque pour le retard mental sévère les éléments suivants ;

- « Les sujets atteints ne développent que peu ou pas de communication verbale pendant la première enfance. A l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler, et à prendre soin d'eux même de façon élémentaire. Ils ne profitent que peu de l'instruction qui est donnée à l'école maternelle, comme se familiariser avec l'alphabet et apprendre à compter, mais ils peuvent parvenir à déchiffrer quelques mots essentiels à leurs survies. A l'âge adulte, ils peuvent être capables d'effectuer des tâches simples sous surveillance étroite »

La déficience intellectuelle, avec un quotient intellectuel inférieur à 50 entraîne donc pour la personne :

- des difficultés à se situer dans l'espace et le temps,
- une fragilité des acquisitions mnésiques,
- des troubles ou impossibilités de raisonnement,
- de mise en relation des situations entre elles,-
- et, le plus souvent une absence de langage ou un langage très rudimentaire.

Il peut arriver que des troubles du comportement prennent une place importante chez les personnes polyhandicapées.

Aussi, des déficiences motrices pratiquement constantes sont observées chez la personne polyhandicapée. On peut les définir comme une absence ou une réduction des possibilités pour un individu d'agir sur son environnement physique. Ces actions concernent sur la préhension et sur la locomotion. Il existe différents degrés de déficience selon l'origine et la nature de celle-ci :

- Une agénésie ou d'un membre rendant impossible la réalisation du geste correspondant,
- Certaines malformations congénitales ou acquises entraînant un ensemble de gestes inadéquats et incomplets sur le plan fonctionnel,
- Une apraxie importante entraînant maladresse, incapacités d'effectuer un ensemble de gestes volontaires,
- Une paralysie ou une dystonie (contraction musculaire involontaire et douloureuse) entraînant une réduction de l'adaptation fonctionnelle.

C'est plus précisément dans ce dernier cadre qu'on retrouve la plupart des types de polyhandicap.

Ainsi, une personne polyhandicapée présente toujours une déficience sévère à profonde, ainsi qu'une ou des déficiences motrices, plus ou moins graves (1).

Toutefois de nombreux troubles s'ajoutent aux déficiences physiques et intellectuelles. On retrouve ainsi diverses pathologies associées.

L'épilepsie atteindrait 40 à 50% des personnes polyhandicapées et elle serait difficile à équilibrer dans un cas sur cinq. Le risque d'épilepsie est en relation avec l'importance de la déficience intellectuelle.

Les troubles sensoriels font partie des problèmes invalidants la personne polyhandicapée, surtout lorsqu'il avance dans l'âge ;

- L'évaluation de l'audition n'est pas facile ; car elle suppose la compréhension du sujet pour être bien testée.
- Les troubles de la vision sont très fréquents, environ 40% des sujets polyhandicapés, amétropie (myopie, astigmatisme..), cataractes congénitales ou acquises, malformations oculaires, cécité corticale (voir glossaire). Aussi, les difficultés de commande de la direction du regard peuvent être importantes. (2)

De nombreux problèmes de santé peuvent apparaître chez les personnes polyhandicapées tout au long de leur vie ; dont des troubles somatiques ;

- L'insuffisance respiratoire chronique, liée à la faiblesse des muscles respiratoires, aux déformations thoraciques mais surtout aux fausses routes alimentaires à répétition qui sont causes d'encombrements et de bronchites
- Les troubles nutritionnels, liés à l'atteinte neurologique de la sphère bucco-linguale et aux difficultés de mastication et de déglutition
- Les troubles digestifs, très fréquents, sont source de douleur et les troubles de l'élimination, posent des problèmes quotidiens : constipation, vessie spastique et infection urinaire
- Enfin, la fragilité cutanée, entraînant un risque d'escarre qui est liée aux positions particulières des personnes polyhandicapées.
- Les problèmes orthopédiques nécessitent une réelle prise en charge. Les deux axes à suivre sont l'aide à la mobilité et les installations nécessaires à la locomotion. Les positions inadaptées, les luxations des hanches et scolioses sont habituels

1° La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi, S.Dalla Piazza et B. Godfroid

2° Déficiences motrices et situations de handicap édition APF 2002

Ainsi, la santé du sujet polyhandicapé dépend directement des soins de vie quotidienne qui lui sont donnés, et il est particulièrement sensible aux changements de vie et d'environnement humain. On a remarqué que 25% des décès survenaient dans les trois mois suivant un changement de vie.

c) Les déficiences et ces troubles peuvent engendrer un isolement de la personne

Pour celles ayant un accès à une communication verbale et qui ont une certaine capacité de compréhension, les soignants doivent prêter une attention particulière à leur manière de s'adresser à la personne, aux intonations de la voix, aux gestes d'accompagnements, en prenant en compte le temps nécessaire pour que la personne y réponde. Des codes imagés, les pictogrammes sont parfois utilisables lorsque la personne a acquis l'alphabet ou le oui et le non.

Toutefois, la communication ne s'opère pas que par le biais du verbal. Avec certaines personnes polyhandicapées dont le langage oral est lésé, le mode de communication peut être difficile à établir.

Il existe donc plusieurs modalités expressives non verbales afin de communiquer ;

- l'émotion à travers des cris, des pleurs, des rires.

Toute manifestation comportementale est porteuse d'un sens mais, quelques fois, il est difficile à comprendre.

- les gestes comme par exemple montrer, fixer du regard, tendre les bras.

Cela constitue le début d'un code partagé de communication.

Ainsi, face à la difficulté de communiquer, certaines personnes peuvent se replier sur elle-même, s'isoler du monde extérieur, d'où l'importance de stimuler sensoriellement la personne. Voir et regarder, entendre et écouter, langage oral non verbal ou verbal, toucher et manipuler sont des moyens qui peuvent favoriser une relation avec autrui, puis dans certains cas une communication.

En raison des déficiences cognitives, motrices, et sensorielles, les facultés des personnes polyhandicapées doivent être identifiées afin de les exploiter au mieux. Cela est l'une des raisons pour laquelle il est essentiel de stimuler sur tous les plans la personne polyhandicapée.

Enfin, la vie relationnelle des personnes polyhandicapées résidant en institution est favorisée par les espaces d'unités de vie, par les groupes de paroles, les activités intrinsèques (balnéothérapie, atelier mosaïque, salle Snozelen...). La vie en société est également mise en exergue par l'acceptation des règles nécessaires à la vie commune ce qui conforte la notion de relation entre les résidents et le personnel des institutions spécialisées, comme dans les foyers d'accueil médicalisés ou les maisons d'accueil spécialisés.

2°. La personne présentant un Spina Bifida présente un vieillissement prématuré du système nerveux, pouvant induire une dévalorisation de soi

a) Le Spina Bifida est à l'origine d'un handicap multiple

Le terme « Spina » signifie épine et désigne la partie postérieure des vertèbres. Et le terme « Bifida » signifie « fendue en deux » (3). La colonne vertébrale est formée de vingt-quatre vertèbres, l'empilement de ces vertèbres forme un tube osseux appelé canal vertébral ou canal rachidien. Dans ce canal passe la moelle épinière avec ses nerfs (tube neural). Elle est protégée par un sac (les méninges), rempli du liquide céphalorachidien. En transmettant l'influx nerveux, la moelle et les nerfs permettent :

- l'exécution des mouvements du corps,
- la sensibilité de la peau et des organes.

Ainsi, le spina bifida est une malformation localisée de la moelle épinière, de ses enveloppes, et des vertèbres qui l'entourent. Ainsi, en terme médical on parlera de lésions médullaires, ayant un rapport à la moelle épinière, à la moelle osseuse et des lésions neuromusculaires avec possibilité de paraplégie ou tétraplégies traumatiques.

A travers sa malformation osseuse, une hernie appelée myéломéningocèle, contenant du tissu nerveux (moelle et ou racine) entraîne dès la naissance une paraplégie d'importance et de niveau variable. (Voir Annexe 2, schéma d'un Spina Bifida avec une myéломéningocèle)

Ainsi, tout le territoire nerveux qui en dépend se trouve paralysé et anesthésié.

Les causes de ce handicap génétique ne sont pas connues précisément.

Plusieurs facteurs semblent intervenir :

- facteur géographique ou ethnique : fréquence plus élevée dans les pays du nord (huit sur 1000 naissances en Angleterre, 5 sur 10000 en France, pratiquement aucune en Afrique)
- circonstance particulières de la grossesse : fièvre du premier mois, certains médicaments (anti-épileptique), carence nutritionnelle...
- un antécédent familial multiplie par cinq à dix le risque d'avoir un autre enfant atteint lors d'une grossesse.

Le spina bifida est presque toujours associé à d'autres anomalies dont :

- la malformation de Chiari correspond à une malposition du tronc cérébral et du cervelet, elle peut être responsable de signes cliniques divers ;
- l'hydrocéphalie est une dilatation active des cavités ventriculaires intra-cérébrales par hyperpression du liquide céphalo-rachidien) qu'elles contiennent, souvent secondaire à la malformation de Chiari, qui gêne la résorption de ce liquide. Elle se révèle souvent quelques jours après le début du traitement du spina bifida ;
- la syringomyélie primitive ou secondaire, dissection médullaire et formation de kystes.

Toutes ces anomalies peuvent bénéficier actuellement d'une évaluation précoce et précise avec l'imagerie radiologique, échographie, scanner, résonance magnétique médullaire.

Ainsi, le suivi de ces personnes atteintes de spina bifida nécessite des soins adaptés à l'évolution des séquelles motrices, sensorielles, endocriniennes, sphinctériennes ou psychiatriques et d'épilepsie. Aussi, le vieillissement prématuré du système nerveux joue également un rôle important.

b) Les conséquences des malformations associées au Spina bifida pénalisent fortement la qualité de vie de la personne

Le spina bifida entraîne des handicaps divers rendant la vie quotidienne de ces personnes difficile.

Effectivement, sur le plan moteur on observe :

- en cas d'atteinte dorsale : une paraplégie complète des membres inférieurs, un risque important de scoliose et une impossibilité de marche ;
- au niveau lombaire : atteinte asymétrique avec un haut risque de luxation de hanche, et une marche appareillée de « rééducation »;
- au niveau sacré : pas ou peu de troubles orthopédiques, marche autonome avec appareillage court.

En période néo natale, une intervention chirurgicale est réalisée dans les 24 à 36 heures après la naissance et consiste à explorer le sac herniaire puis à refermer les méninges, les muscles puis la peau. Une aggravation rapide de l'hydrocéphalie est fréquente justifiant une nouvelle opération pour dériver le liquide céphalo-rachidien en excès. La plupart des enfants doivent être opérés plusieurs fois au cours de leur croissance pour des dysfonctionnements de cette valve. L'hydrocéphalie s'équilibre généralement en fin de croissance.

Le chirurgien doit parfois libérer un tendon trop court ou transposer un muscle fort pour améliorer la verticalisation, fixer une hanche luxée ou encore rigidifier une scoliose évolutive de l'adolescent, redresser un pied pour le rendre chaussable. L'appareillage des membres inférieurs est presque toujours nécessaire pour protéger les hanches. Le fauteuil roulant est introduit le plus tôt possible pour permettre la découverte du déplacement facile, rapide et permettre à la personne d'être le plus autonome possible.

Sur le plan urinaire, le sondage améliore le temps de continence, diminue le risque d'infection. Après 6 ans, l'enfant peut effectuer ce sondage par lui-même, si sa déambulation est autonome. Mais, il est nécessaire, à un moment donné de réaliser un agrandissement chirurgical de la vessie à l'aide d'une plastie d'intestin.

Les problèmes génito-sexuels existent. Ces jeunes peuvent souffrir du manque de contacts. Ces personnes associent une perturbation de la sensibilité, troubles de l'érection ou de l'éjaculation. La grossesse d'une femme atteinte de Spina Bifida justifie une attention particulière, notamment vis-à-vis des problèmes urinaires et intestinaux. Aussi, il faut prêter extrêmement attention aux esquarres récidivantes, amenant des douleurs lancinantes continues ou discontinues.

L'hypofertilité peut être présente chez certaines personnes et peut entraîner une dépression, et même un suicide.

Effectivement, en 1988, des statistiques de l'Institut national de la santé mentale, montrent que sur des adultes atteints de Spina Bifida montrent que 40% ont été traités pour dépression,; 39% disent qu'ils ont eu des pensées suicidaires et juste 10% admettent qu'ils ont tenté de se suicider.

L'apparence physique, les troubles cognitifs et ses inaptitudes affectent une personne atteinte de Spina Bifida.

Cette personne se voit très souvent d'une façon très négative, par le manque d'autonomie et les troubles associés à cette pathologie. Ces personnes peuvent peu à peu perdre confiance en eux et ont une image et une estime de soi complètement dévaluée.

Par la suite, nous remarquerons que l'art-thérapie à dominante musicale, peut restaurer l'image de soi, l'estime de soi et la confiance en soi. Et cette profession peut revigorer la qualité existentielle des personnes handicapées et polyhandicapées.

B) L'Art peut prétendre à avoir de l'intérêt pour l'être humain

1. L'Art est une activité humaine orientée vers un but esthétique

a) Les origines de l'Art et de l'humanité sont indissociables

L'Art est une activité humaine à part entière (4). C'est l'humanité qui a donné naissance à l'Art. Ainsi, les origines de l'Art se confondent avec celles de l'humain.

Néanmoins, l'Art n'avait pas la même signification qu'aujourd'hui.

En effet, le mot « art » provient du mot latin « *ars* », qui signifie métier, habileté, connaissance technique.

Pendant le début de notre ère, de la préhistoire à l'antiquité, et même actuellement dans certaines tribus, l'art était en rapport avec des croyances et donc en lien avec un divin. L'homme était un artisan dévoué aux dieux. Ainsi, l'Art a commencé par exister pour être opérant.

Pendant la Grèce Antique un changement s'opère.

Avec Platon, le terme « beau », va prendre une signification particulière. Effectivement, une chose est belle que si elle est à l'image de créations divines comme la nature. A cette époque, il ne faut pas oublier, que les peintres ou musiciens sont considérés comme des artisans et que par leur savoir-faire technique, ils cherchent à traduire parfaitement la réalité. La musique, elle, va être utilisée dans un contexte rituel pour chasser les démons, les mauvais présages et élever l'âme.

Les peintres et les sculpteurs grecs ont donc acquis leur technique par l'apprentissage, souvent initiés par leur père puis par de riches patrons. Bien que certains soient devenus connus et admirés, ils n'avaient pas le même statut social que les poètes ou les dramaturges. Ce ne fut qu'à partir de la période hellénistique (après 320 J.C) que les artistes commencent à être reconnus comme une catégorie sociale à part entière.

Ainsi, la sculpture devient de plus en plus naturaliste. Les gens du peuple, les femmes, les enfants, les animaux et les scènes domestiques devinrent des sujets de sculpture, qui étaient commandées par de riches familles pour l'ornement de leurs maisons et de leurs jardins. Des portraits réalistes d'hommes et de femmes de tous âges furent produits, et les sculpteurs n'étaient plus obligés de les représenter comme des idéaux de beauté et de perfection physique.

4°R. Forestier, Tout savoir sur l'Art occidental, édition Favre, Lausanne 2004

Au Moyen Age, les termes art roman et gothique ont toutes leurs importances surtout dans les arts de la sculpture, peinture et musique ; les créations doivent être en rapport et doivent être faites pour Dieu et la religion chrétienne.

Ensuite, les artistes ont peu à peu gagné en notoriété. Mais ce fut une lente évolution.

Ce n'est qu'à partir de la renaissance, en Italie, que la révolution artistique se crée et que les artistes vont avoir un statut indépendant.

De nombreux courants vont se développer, avec des nouveaux concepts montrant la subjectivité de l'artiste. Le terme Art évolue et se définit par sa dimension esthétique.

Ainsi, loin de l'objectivité de Platon, on cherche à provoquer des réactions, des émotions chez les personnes en pleine contemplation. Ainsi, la mimesis (l'imitation), n'est plus la priorité. La dimension esthétique prend une place primordiale dans l'histoire de l'Art.

Les manifestations artistiques, se nommant, œuvres d'art, nous permet de découvrir des multiples choses enfouies sous la terre, dans les grottes, et de s'émerveiller devant des temples dont l'architecture est un véritable trésor du temps passé.

Le développement de l'Art, témoigne donc d'une nature humaine créative, et sans cesse en évolution. Mais, comment parvenir à juger qu'une œuvre soit belle ?

b) L'activité artistique est un acte volontaire dirigé vers un but esthétique

En définissant, l'activité artistique comme étant un acte volontaire dirigé vers un but esthétique, on différencie alors l'artiste de l'artisan. Ils créent des objets, grâce à leurs techniques et à leurs connaissances. Or, l'artiste produit pour des fins esthétiques et l'artisan produit des objets à des fins utilitaires.

Cette différence va complètement faire éclater la notion du « beau » et donc de l'esthétique.

L'esthétique est une discipline philosophique, cherchant à comprendre les raisons nécessaires à l'existence du beau.

Cette discipline cherche donc à comprendre les impacts des œuvres d'art sur les ressentis. Ainsi pour qu'une œuvre soit belle, on ne cherche plus à imiter la nature ni à répondre aux critères de l'Église, comme pendant l'Antiquité, mais, on prend désormais en compte les qualités existentielles de l'Homme. Chaque personne est différente et le plaisir esthétique peut varier d'une personne à l'autre.

Avec Kant,^(5°) la beauté n'est pas en rapport avec la nature ou par le divin, mais ce sont bien les êtres humains qui la détermine par leurs vécus, par leurs expériences, et par leurs apprentissages. Ainsi, pour Kant, l'esthétique est « la science du sensible », et que pour la perception de l'agréable, il dépend de nos capteurs sensoriels et du traitement de ces informations. Par cela, il en vient à penser que « chacun a son goût particulier ».

Néanmoins, la beauté d'une chose serait pourtant différente, puisque s'il juge une chose comme étant belle, Kant « attribue aux autres la même satisfaction » et il ne juge pas seulement pour lui mais pour tout le monde.

5° Kant, Critique de la faculté de juger esthétique, édition Gallimard, Paris, 1985

Il démontre ainsi que le beau n'est pas l'agréable. Le jugement du beau ne s'effectue pas d'après un goût personnel.

c) L'Art sollicite des capacités physiologiques et cognitives, d'impression et d'expression

La sensorialité, ou les sens sont, pour chaque être humain, attachés à un plaisir d'expression archaïque pouvant aller vers une phase d'expression vers un but esthétique.

Ainsi, les capacités à voir, à entendre, à écouter, à toucher et à sentir permettent aux humains d'écrire, de dessiner, de regarder quelque chose, de jouer d'un instrument.

Que se soit contempler une peinture, ou être engagé dans sa production, la personne est la seule qui va avoir une intention de la capter puis de la réaliser.

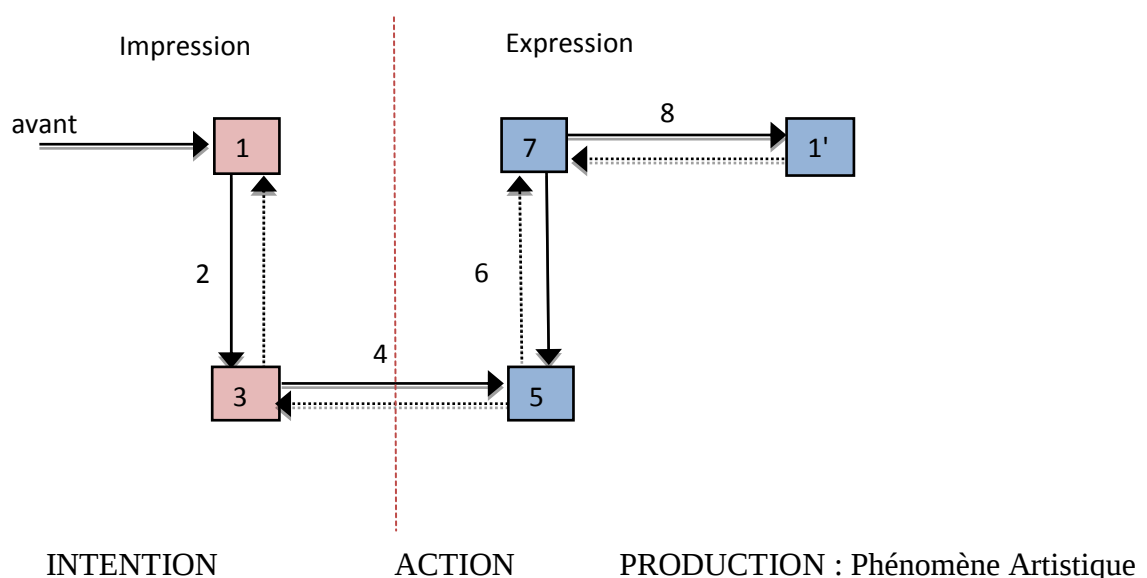
Ce chemin doit se faire entre le corps et l'esprit. Chaque nerf, os, muscles, peau qui nous habille nécessite un lien avec l'esprit. C'est donc le système nerveux qui traite les perceptions sensorielles d'une personne. Cela entraîne une réponse soit volontaire (tourner la tête vers quelque chose), ou involontaire (réflexe).

C'est pourquoi, la production d'une œuvre d'art (Fond /Forme) engage une activité réfléchie ou une intentionnalité entre l'impression et l'expression.

Ainsi, l'œuvre d'art, par sa définition, est donc, le résultat propre d'une action humaine volontaire sous-tendue par une intention esthétique. L'impression est le traitement du cerveau des informations que la personne à capter par ses sens. Puis, l'expression est le désir de faire une œuvre ou de la produire.

Ci-dessous, un schéma de l'opération artistique utilisé par l'art-thérapeute, mettant en œuvre une phase d'impression puis d'expression, relatant la sollicitation des capacités physiologiques à l'activité artistique musicale ;

- Voici le schéma : représentant l'opération artistique et son illustration



1 : Chose/Rayonnement général	5 : Elan corporel, Intention/Action
2 : Rayonnement/ Captation esthétique	6 : Savoir-faire / technique
3 : Traitement archaïque de l'information	7 : production artistique
4 : Instinct/Raison, traitement sophistiqué de l'information	8 : traitement mondain
1' : Chose/Chose de l'Art	

Nous allons montrer que la musique peut produire un impact émotionnel, et un rayonnement esthétique à travers une écoute musicale.

En écoutant un morceau rythmique de percussions, l'œuvre va être capté par la personne et va rayonner par les enceintes de l'ordinateur (2). L'écoute, rendue possible par l'ouïe (3) capte donc le morceau et permet à la personne d'extérioriser son goût. La personne peut comparer avec l'aide de sa mémoire, si il préfère ce morceau ou d'autres. Cela l'aide à affirmer son goût.

La personne, intéressait par ce morceau percussif, va tenter de rechercher un plaisir esthétique. Ainsi, elle va essayer de reproduire le morceau et va trouver un plaisir à le faire. Une intention artistique va se créer. Ainsi, pour la produire, la personne fait appel à ses facultés physiques (5).

Ensuite, la personne va répéter le rythme, travaille la coordination de ses mouvements, va chercher à reproduire tel son (6) afin d'arriver à bien interpréter ce morceau (7). Puis, cette œuvre va pouvoir rayonnée et être captée par un public (8).

Par cet exemple, nous avons pu comprendre comment une écoute musicale peut être utilisée à travers l'opération artistique. Mais, il est utile de définir ce qu'est la musique.

2. La musique est une modalité particulière d'expression artistique

a) Il est nécessaire de rappeler brièvement l'histoire de la musique

La musique est « l'art d'associer des sons d'une manière agréable à l'oreille » (6), selon des règles variables, et selon les civilisations.

La musique a toujours été présente dans chaque culture, depuis le début de notre ère. Des flûtes taillées dans des os, ont été retrouvés en Allemagne. Pendant, l'Antiquité, le mot « musique », issu du grec « musa », désigne l'ensemble des arts des muses, étant, la musique, poésie et danse (7°).

Avec Pythagore, l'art des sons prend toute sa forme. En effet, il constate qu'un son était composé de plusieurs autres sons se nommant les harmoniques.

Grâce aux mathématiques et au principe de sympathie (si deux cordes d'une guitare sont accordées sur la même note, et que l'on pince l'une des deux, les deux cordes se mettent à vibrer.), il établit l'échelle des notes que nous connaissons divisé en douze demi-tons, constituant une gamme. Cela permet de composer selon différentes tonalités ou modes.

Puis, la conquête de la tonalité fut présentée avec le compositeur Monteverdi au début du 17ème siècle, puis elle a été maîtrisée vers 1680, et fut théorisée à partir de l'année 1720 avec Rameau.

6° DAUPHIN C, Le dictionnaire de la musique de J.J Rousseau , Bern : Peter Lang, 2008,

7° Guide Illustré de la Musique Ulrich Michels, édition Fayard, 2001

Avant, la musique s'échangeait par la tradition orale, puis, un codage a permis de garder une trace écrite grâce à l'apparition de l'imprimerie musicale.

En effet, on considère habituellement le 15 mai 1501 et Venise, comme étant, respectivement la date et le lieu de naissance de l'imprimerie musicale, lorsqu'Ottaviano Petrucci signe la dédicace de son « Harmonice musices odhecaton », livres regroupant des chansons de Josquin Desprez. Pourtant, c'est surtout avec Gutenberg, au milieu du 15^{ème} siècle, que l'imprimerie se développe en relation avec l'institution ecclésiastique. La plupart des incunables sont des livres liturgiques qui consignent le texte et le plain-chant de l'office. Ainsi, la musique a traversé les époques grâce à la tradition orale puis écrite.

Aujourd'hui, nous pouvons avoir accès à un énorme répertoire musicale, mais, pour percevoir la musique, l'être humain a besoin de ses organes sensoriels et l'ouïe est évidemment le sens privilégié.

Cependant, la vue est utile pour la lecture de partitions, pour voir la forme d'instrument ou les gestes qu'il faut faire pour tels sons. Le toucher est tout aussi important car il permet d'avoir un contact avec un instrument et de réaliser des subtilités musicales.

Cependant, pour qu'une œuvre musicale soit produite, le musicien a besoin de travailler, de pratiquer. Cela est un long apprentissage.

Les règles de bases de la musique sont les rythmes et les notes. Aussi, dans une partition, le code écrit associe un symbole à un son, comme la hauteur et la durée de la note ou des silences, il est aussi possible de noter une manière de jouer la note, comme par exemple, le legato (lié) ou le pizzicato (piqué), et les accents et le phrasé servant de ponctuation.

b) La musique a un pouvoir éducatif, d'entraînement et rassemble socialement (7°)

La musique est présente dans toutes les cultures. Chaque société possède un patrimoine musical propre (8°).

Cette activité artistique est souvent associée à l'idée de groupe et de représentation finale. La fête de la musique est l'exemple le plus concret pour permettre d'affirmer la citation de Platon : « La musique a le pouvoir de rassembler les hommes » (7) La musique a donc un pouvoir relationnel.

Ainsi, quand nous allons à un concert, à des festivals, il n'y a aucun doute sur le pouvoir de la musique à rassembler les personnes. Les musiciens, eux, sont souvent en groupe, appelé en terme musical ; un ensemble. Ils peuvent jouer en duo, trio, quatuor ou dans un orchestre symphonique regroupant un bon nombre d'instrumentistes. La relation entre deux personnes passe de la fusion à la coalescence. Ce principe de coalescence est le plus clair lors d'un trio ou d'un quatuor. Chaque musicien joue ensemble mais avec des mélodies bien distinctes des unes des autres, tout comme dans le jazz où les musiciens rentrent en relation.

7 : Platon ; Le Phèdre, édition Flammarion, Paris, 1992

8° Platon Les Lois, édition la Nouvelle Revue Française, Paris, 1942

De même, qu'un enfant apprenant le piano crée une relation particulière avec son professeur. En effet, il ne s'agit pas de rester dans cette relation de binôme. Mais d'arriver à ce que l'enfant prenne plaisir à jouer afin de pouvoir exécuter son morceau devant des spectateurs et de partager d'autres morceaux avec d'autres musiciens.

Enfin, deux personnes écoutant un concert peuvent se réunir dans une relation où ils discuteront de l'interprétation du morceau.

c) La musique a des effets sur l'être humain

La musique, qu'elle soit active par la pratique instrumentale ou passive par l'écoute, peut provoquer des effets sur l'être humain.

L'écoute de musique peut s'avérer agréable ou désagréable et peut influencer sur nos humeurs, appelées la thymie. Il est possible de détendre les personnes, d'être dans une situation d'éveil, de les dynamiser.

Dès l'Antiquité, Damon, théoricien de la musique et maître de Socrate explique la nécessité de l'officialisation de l'enseignement musical.⁽⁹⁾

En effet, il utilise quatre modes qui influent sur l'état des âmes, par exemple, le mode phrygien montre le calme, la sagesse par exemple, et le mode iastien signifie le désordre.

Avec Aristote, dans la Poétique, ce dernier s'interroge aussi sur les effets de la tragédie sur les spectateurs. Le théâtre étant une imitation se nommant la mimesis ; des hommes dans leurs vies quotidiennes.

En effet, ce concept de mimesis produit un effet sur les spectateurs se nommant la catharsis. La tragédie avait donc un rôle de purification, et permettait aux personnes de se libérer de leurs émotions et d'accepter les contraintes de la vie en société.

Par ailleurs, pendant l'époque baroque, la musique servait aussi à exprimer les passions et les affects des compositeurs. La musique devait aussi imiter la nature humaine. Ainsi, ce fut une grande époque de l'histoire la musique ; car la musique baroque a créé véritablement des formes bien spécifiques, comme l'opéra, l'oratorio, les cantates, les sonates...

Aussi, ces émotions suscitées par l'écoute de la musique peuvent s'exprimer de manière physique. Des témoignages de personnes ressentent des frissons, une envie de pleurer ou de rire face à telle écoute. Des études en neuroscience montrent qu'il y a un changement physiologique associé au processus émotionnel ⁽¹⁰⁾.

Actuellement, dans notre civilisation occidentale, beaucoup de commerciaux, d'hommes politiques, de publicités utilisent la musique à leurs fins.

9° R. Forestier, Tout savoir sur l'Art occidental, édition Favre, Lausanne 2004

10° Trainor L. J Schmidt L.A, processing emotions induced by music, the cognitive neuroscience of music

C) L'art-thérapie est une discipline originale permettant de pallier les troubles de l'expression, de la communication et de la relation des personnes ayant un et/ou plusieurs handicaps

1. L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire

a) L'art thérapie repose sur des fondements scientifiques

L'art-thérapie est une discipline qui exploite le potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. Elle s'adresse à toutes les pathologies, de l'enfant à la personne âgée ayant des pénalités sociales, physiques et/ou psychologiques.

L'art-thérapeute doit avoir un objectif et pour le rendre possible, il identifie les différents mécanismes défaillants de la personne, afin d'élaborer une stratégie travaillant sur la partie saine. Pour cela, il dispose d'un certains nombres d'outils⁽¹¹⁾.

L'opération artistique (schématisé page 21), est un des outils de l'art-thérapeute. Elle décrit les différentes phases du processus de création artistique et de contemplation d'œuvre d'art. Cela permet à l'art thérapeute d'analyser les mécanismes défaillants ou non, chez un patient. Pour ensuite identifier les sites d'actions pour la thérapie. Les observations de l'art-thérapeute sont donc primordiales.

De plus, le regroupement de l'intention, l'action, et la production de la personne se nomme le phénomène artistique, c'est la partie visible de l'opération artistique.

L'art-thérapeute dispose d'une fiche d'observation. Voir annexe 4.

Cette fiche est importante pour l'art-thérapeute. Elle est remplie à chaque fin de séance et permet de mémoriser le déroulement précis de la séance, de synthétiser les informations, de voir l'évolution de la personne et également d'avoir un regard critique.

La fiche d'observation est unique et doit être adaptée à chaque patient. Pour cela, l'art-thérapeute trouve des items d'observations en fonction de l'objectif fixé et de la stratégie établie.

Aussi, l'art-thérapeute dispose d'un outil d'évaluation : le bilan art-thérapeutique ou BAT. Ce bilan se divise en trois fiches.

La première est une auto-évaluation remplie par le patient. Cela, permet au patient d'être encore plus acteur dans le soin, c'est à dire, de donner son opinion, ses idées sur sa production ou sur la séance. Ainsi, la personne s'investit et s'implique dans le soin. De plus, elle apporte des informations sur les goûts du patient, appelé (le Beau), sur la manière dont il juge son travail avec la technique et le style (le Bien), puis l'envie de continuer son engagement (le Bon), appelé par l'art-thérapeute ; les 3 B.

Les deux dernières fiches sont remplies par l'art-thérapeute qui synthétise et juge cette auto-évaluation.

¹¹R. Forestier, Tout savoir sur l'Art-thérapie, 2007

Le Bien, le Beau et le Bon, déterminent le cube harmonique (hauteur, longueur et largeur). Les 3 B sont cotés de 1 à 5 et forment le cube harmonique. Il permet d'observer si l'ensemble de la production artistique est harmonieux grâce aux trois facteurs déterminant le cube harmonique.

Cela permet de remarquer si il a y une progression personnelle et d'avoir un regard critique sur sa pratique.

b) L'activité artistique est utilisée par l'art-thérapeute comme un outil thérapeutique au service de l'être humain

L'art thérapie se différencie donc des autres professionnels paramédicaux. Cette discipline exploite la partie saine de la personne, en la valorisant grâce à des boucles de renforcement. L'art-thérapeute revigore la qualité existentielle de la personne en mettant en place une stratégie pour agir indirectement sur ses mécanismes défaillants.

Ainsi, elle se différencie de la psychothérapie médiatisée par l'Art, qui ne nécessite pas de compétence artistique. Les psychothérapeutes utilisent la production artistique comme une manifestation du psychisme permettant une analyse psychologique.

Aussi, il existe des médiateurs culturels ou des artistes qui utilisent l'activité artistique car elle est bénéfique en soi. Cela permet de penser à autre chose que son quotidien, qu'à ses problèmes personnels ou professionnels. On nomme cela des ateliers d'Art, ou des ateliers occupationnels.

L'art-thérapeute sait orienter et adapter les effets bénéfiques de l'Art pour améliorer la qualité existentielle des personnes.

2. L'Art thérapie à dominante musicale peut être utilisé comme un outil thérapeutique

a) L'écoute musicale peut favoriser l'expression et l'affirmation de soi

L'écoute musicale est utilisée dans une phase réceptive. La personne contemple et ne produit pas. L'avantage de l'écoute est qu'elle peut-être ressentie par la majorité des personnes. Il suffit d'avoir une ouïe fonctionnelle. Même si la personne a des difficultés pour entendre, les possibilités techniques musicales sont nombreuses ; réglage des aigus, des basses, du volume.

L'audition d'un morceau musical peut être agréable ou désagréable et influe sur nos humeurs.

Nous nous distinguons tous des uns et des autres par des différences. Chaque individu a sa personnalité, son passé, son physique, une manière de penser bien propre à lui-même. Une personne peut apprécier une écoute pianistique alors qu'une autre peut ne pas l'aimer.. En écoutant de la musique, la personne peut réagir soit par des sourires s'il l'aime le morceau, soit par une expression de dégoût si il ne l'aime pas.

L'écoute peut favoriser l'expression des goûts des personnes. Aussi, elle permet de s'affirmer et d'avoir un regard critique. Ainsi, elle favorise une mise en place d'une communication.

Les personnes peuvent exprimer ce qu'elles ressentent lors d'une écoute : la colère, la joie, la tristesse. En effet, la musique traduit ces sentiments.

L'art-thérapeute doit avoir une bonne culture musicale afin d'adapter au mieux le programme d'écoute. Ces auditions peuvent être issues :

- soit par l'art-thérapeute qui joue d'un instrument, dans ce cas, le patient a souvent envie de pratiquer,
- ou soit par un enregistrement, où là, l'accès culturel à des milliers de genres de musique est possible.

b) La pratique d'un instrument percussif permet d'activer les capacités motrices et peut engendrer une gratification sensorielle auprès des personnes handicapées

Pratiquer un instrument, c'est d'abord l'avoir choisi. Chaque être humain est unique et nous avons tous des goûts, des préférences qui sont personnels.

Le choix d'un instrument n'est pas anodin. La personne apprécie le son de l'instrument, il peut l'aimer aussi pour son esthétisme, mais surtout pour le plaisir auditif et tactile qu'il procure.

La pratique musicale offre différentes modalités d'expression utilisant le corps soit par l'utilisation d'un instrument soit par le corps propre en lui-même (percussion corporelle).

En jouant d'un instrument tout le corps est en mouvement. Par exemple, l'improvisation aux percussions va permettre une expression musicale volontaire et spontanée. Le travail de l'art-thérapeute sera de cadrer les rythmes du patient à l'intérieur du morceau. Par exemple, si la personne est énervée, elle fera très certainement des rythmes très rapides, irréguliers et non précis.

Aussi, la relation de l'art-thérapeute et du patient va se créer plus aisément par l'échange et l'accompagnement des rythmes, par des jeux de questions réponses ou de dialogue.

Le travail du professionnel est d'autant plus intéressant si il accompagne par une tenue rythmique bien définie, un rythme, laissant toute la liberté d'expression au patient. Celui-ci devient acteur et dans un terme proprement musical, il devient soliste et l'art-thérapeute sert de soutien.

Par la pratique instrumentale, la personne peut exprimer, hors verbalement, ses affects. C'est une réelle gratification intellectuelle et sensorielle associant un réel effet cathartique.

L'activité musicale est perçue par nos organes sensoriels. Elle procure des sensations immédiates agréables ou non. Par les différentes manières de toucher l'instrument, par l'écoute, par le fait de voir que tel geste produit tel son, on peut se mettre à grimacer ou à rire. Ces réactions sont spontanées et instantanées et permettent de développer la sensorialité des personnes handicapées. La musique suscite donc des émotions spontanées.

Ainsi, les fonctions biologiques sont sollicitées lors de la pratique musicale. Mais, il ne faut pas oublier que l'art-thérapeute s'occupe de la partie saine de la personne. Cependant, il peut parallèlement et de manière crescendo travailler indirectement sur une difficulté motrice de la personne. Dans ce cas, le thérapeute se rapproche de la rééducation en faisant par exemple fonctionner un bras moins à l'aise que l'autre, ce qui favorisera la coordination des gestes et l'autonomie de la personne handicapée.

Ainsi, le choix de l'instrument est important car il permet à la personne de s'exprimer sur son goût. Tout objet sonore, même du quotidien, peut avoir son importance et ce qui permet au thérapeute de créer une boucle de renforcement pour se diriger vers un « vrai » instrument de musique. Ensuite, l'art-thérapeute sait adapter la technique musicale de l'instrument au patient.

Le but n'est pas que le patient devienne un grand musicien mais qu'il prenne du plaisir dans l'acte de faire quelque chose pour un mieux-être.

La pratique de la musique permet de développer ses capacités d'expression, de communication et de relation et évite une inhibition et un isolement de la personne. La musique met également en œuvre des mécanismes comme la mémoire, l'attention, la concentration.

c) Le chant peut provoquer des effets physiologiques et travailler sur les fonctions cognitives de la personne

L'activité vocale est très riche. Elle représente un vrai travail sur le corps, les émotions (expressivité du chant), les fonctions cognitives (mémoire...). C'est pourquoi, le chant proprement dit, s'appuie sur des exercices qui portent sur ;

- la posture
- le souffle
- la respiration
- l'articulation
- la diction
- la justesse
- la relaxation
- la mémoire
- l'attention
- la concentration
- l'écoute

Par ces exercices techniques, le chant est un outil extrêmement riche pour intervenir auprès des personnes handicapées. Et, sur ce point, il est extrêmement intéressant de travailler en collaboration avec un orthophoniste.

Ainsi, le chant mobilise tout le corps. La respiration abdominale, qui est une respiration par le ventre et non avec la poitrine, aide à débloquer le diaphragme et le plexus solaire, sièges courants de tension, permettant de lutter contre le stress. Par cet exercice, chacun se détend et parvient à bailler, ce qui oxygène le cerveau.

L'émission de la voix chantée produit un bien-être physique qui lui confère des vertus antidépressives. Elle valorise la personne et lui permet d'extérioriser autrement ses ressentis.

Aussi, l'activité vocale satisfait un besoin de se faire plaisir, et participe à la recherche d'épanouissement de la personne.

Par contre, si le chant est mal travaillé il peut devenir dangereux pour la personne. Le fait de ne pas arriver à chanter de manière juste peut induire une inhibition et même une humiliation.

L'appareil vocal fait donc intervenir de nombreux organes dans son fonctionnement. Si le système respiratoire, le larynx, l'audition, ou encore le fonctionnement des muscles de la langue sont endommagés, la voix risque d'être affectée. Les troubles neurologiques peuvent également entraîner des troubles de la voix.

C'est pourquoi, l'art thérapeute doit prendre en compte ces difficultés afin qu'elles ne constituent pas une boucle d'inhibition ou des obstacles à la participation et à l'envie du patient.

2^{ème} Partie

Présentation des ateliers d'art-thérapie à dominante musicale auprès d'adultes présentant des handicaps divers, résidant dans un foyer d'accueil médicalisé

A) Le foyer d'accueil médicalisé « Les Saules » appartient à un cadre médico-social et accueille des personnes adultes polyhandicapées et des handicaps variés et associés

1. Présentation de la structure

a) Le Foyer des Saules fait partie de l'association A.P.A.J.H

Le foyer d'accueil médicalisé « Les Saules », est situé à Magny-les Hameaux, au cœur de la ville, proche des commerces pour aller à l'encontre d'autrui. Il dépend de l'association pour adultes et jeunes handicapés des Yvelines (A.P.A.J.H).

Cette association est créée en 1975 par une collectivité de personnes désireuses d'œuvrer dans l'intérêt des personnes handicapées. Elle accueille plus de 500 personnes (enfants et jeunes adultes) dans 17 établissements des Yvelines, et compte 300 professionnels. Son siège principal est à Guyancourt et est rattachée sur le plan national à la fédération des APAJH.

En quelques points, l'APAJH des Yvelines est concernée par tous les types de handicaps et leur évolution, quels que soient l'âge de la personne, la nature de son handicap (moteur, mental, sensoriel, polyhandicap). Elle répond à une partie des besoins avec ses établissements en externat et en internat. Partenaire des pouvoirs publics et de ses collectivités locales, elle offre de nouvelles formes d'accompagnement pour répondre aux besoins nouveaux.

L'association se construit autour de principes fondamentaux qui guident son action :

- La personne handicapée accueillie est avant tout une personne avant d'être handicapée.
- Elle se voit grandir dans un projet de vie individualisé et global.
- La participation de la personne et de sa famille est sollicitée pour l'élaboration de ce projet de vie.
- Des moyens d'accompagnement sont proposés pour lui permettre d'évoluer selon ses possibilités.
- L'intégration de la personne handicapée en milieu ordinaire est un objectif permanent, adapté à chacun.
- La formation et les conditions de travail concourent à la qualité du personnel.

Enfin, l'APAJH des Yvelines est largement ouverte sur l'extérieur pour :

- Rester à l'écoute des besoins de la société dans le domaine du handicap en participant aux instances départementales et régionales du monde médico-social.
- Faire remonter aux pouvoirs publics au travers de la Fédération, son expérience et ses propositions.
- Travailler avec les autres associations et organismes du département œuvrant dans la même direction.

Ainsi, le foyer d'accueil médicalisé « Les Saules » a choisi la Fédération APAJH pour les valeurs qui y sont défendues.

L'APAJH affirme que les personnes handicapées ne sont pas des citoyens à part, avec des droits particuliers, mais des citoyens à part entière avec les mêmes droits que les autres. En défendant l'axiome « Egle dignité, égale citoyenneté », l'APAJH refuse l'appel à la charité publique.

b) Cet établissement fut le premier foyer expérimental accueillant des adultes polyhandicapés

A l'origine, le foyer fut implanté à Guyancourt. Il a été le premier foyer expérimental avec un accueil original et novateur pour les adultes polyhandicapés.

Ouvert en 1987, il accueillait 20 adultes femmes et hommes, dont 6 en accueil de jour.

Le foyer des Saules dispose de plusieurs partenaires :

- le conseil général qui finance l'hébergement à travers l'aide sociale départementale,
- la DDASS (direction départementale de l'action sanitaire et sociale), et la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) finançant les soins,
- la DDTFP (direction départementale du travail et de la formation professionnelle),
- la MDTPH (maison départementale des personnes handicapées), la CDAPH (commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées) qui orientent et déterminent les droits des allocations,
- la Mairie de Magny les Hameaux et les associations locales.

La vie sociale était favorisée par la proximité des commerces et lieux de culture ou de loisirs. La priorité des parents et de l'association avaient comme priorité l'intégration de ces personnes dans un milieu ordinaire.

C'est en effet le « vivre ensemble » qui permet un changement de regard et un apprivoisement de la différence, certes fragiles.

Les locaux, ne répondaient plus aux besoins des personnes accueillies ; leur exigüité et leur configuration, l'étroitesse des couloirs, l'accès difficile aux 4 salles de bains et de douches, l'insuffisance de salles d'activités, de réunion ont amené à avoir un projet de délocalisation et d'extension du foyer. Il s'est concrétisé en 2008 à Magny Les Hameaux.

Le foyer est ouvert toute l'année, et accueille jusqu'à 40 adultes handicapés et polyhandicapés, de 18 ans à 60 ans, dont 4 en accueil temporaire et 10 résidents en semi-internat (accueil de jour, du lundi au vendredi de 9h à 17h).

Cet établissement est ouvert aux personnes polyhandicapées atteintes de déficiences intellectuelles profondes, de handicaps physiques majeurs, et de handicaps associés, le plus souvent génétiques. L'accueil de jour permet une vie sociale aux personnes adultes résidant en famille.

Vivre au foyer c'est :

- disposer d'un lieu de vie
- garder un lien avec sa famille
- être accompagné par une équipe pluridisciplinaire.

Ainsi, aujourd'hui, le foyer des Saules comprend des bâtiments d'hébergement avec :

- chambres individuelles
- salles de bains individuelles ou pour 2 résidents,
- sanitaires adaptés,
- lieux de vie avec espaces salon, salle à manger, cuisine,
- lingerie,
- salles d'activités adaptées aux besoins dont une grande salle polyvalente,
- lieux de rangements (bâtiment d'accueil et de locaux techniques),
- bureaux administratifs, médicaux et paramédicaux,
- salles d'accueil et de réunions,
- balnéothérapie,
- un espace Snoezelen,
- un parking aménagé.

2) La prise en charge des résidents est assurée par une équipe pluridisciplinaire

a) Cette équipe est composée de différents professionnels

L'équipe pluridisciplinaire associe le corps médical et paramédical mais aussi de l'équipe d'animation et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne des résidents.

Le corps médical et paramédical se compose :

- d'un médecin généraliste qui a pour but de donner son avis médical, de rédiger les prescriptions, et ainsi assure le suivi médical global des personnes,
- d'un médecin de rééducation visant à l'optimisation des capacités fonctionnelles, coordonne les efforts de rééducation menés par l'équipe pluridisciplinaire, et assure le suivi orthopédique,
- d'un masseur-kinésithérapeute libéral qui stimule la motricité des personnes, détend les tensions musculaires, aide à la fonction respiratoire,
- d'une ergothérapeute qui étudie les différentes solutions techniques susceptibles d'améliorer l'indépendance et la vie quotidienne des résidents (adaptation d'appareillage par exemple) et organise des activités à visées rééducatives (jeux, création artisanale...),
- d'une psychomotricienne qui tend à restaurer une harmonie corporelle et psychologique à travers diverses techniques; balnéothérapie, salle Snoezelen, expression corporelle, relaxation, travail d'éveil avec un chien se nommant Cybelle de l'association Handi-chien),
- de deux psychologues qui sont à l'écoute du personnel, des résidents et de leurs familles. Elles facilitent le travail en équipe pluridisciplinaire, rédigent le projet individualisé de chaque résident et évaluent par divers tests le quotient intellectuel, le potentiel, les aptitudes et inaptitudes de chaque personne,
- de trois infirmières qui soignent les maux du quotidien (physiques et psychologiques) des résidents et transmettent au médecin et à l'équipe les symptômes des résidents. Ce sont les intermédiaires entre les différents corps de métier. Elles peuvent aussi intervenir auprès du personnel.

L'équipe d'animation et d'accompagnement comprend :

- cinq éducateurs spécialisés qui aident les personnes à développer leurs potentialités, d'organiser des transferts (séjours, vacances), des sorties (concert, restaurant, théâtre), et de proposer des activités ludiques, artistiques et sportives.
- d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques environ six par unités, répondant au plus près aux besoins des résidents et assurant le rôle d'accompagnement dans leurs actes de leur vie quotidienne (à faire leur toilette, à s'habiller, à les faire manger...) Enfin, ils ont aussi pour rôle d'être les référents des projets individualisés des résidents et assurent les programmes journaliers, proposent des activités au cours de la journée (jeux divers, vélo, jardin, promenade...).

Aussi, il ne faut pas oublier l'équipe de direction, les chefs de service éducatifs, l'assistante sociale, le chef de service administratif, l'administration (secrétaire et comptable), et les prestataires de service (restauration, lingerie, ménage, entretien).

Tous contribuent au bon fonctionnement de l'établissement et au bien être de chaque résident et participent au projet de vie individualisé des personnes.

La mission du projet individualisé définit les objectifs que le foyer, le résident et sa famille s'engagent à suivre ainsi que les moyens mis en place. Il prend appui sur les actes quotidiens (toilette, repas, habillement, soins et sur les activités spécifiques (activités sportives, sorties, relaxation...) Ce projet tend à être repensé dans l'année selon les acquis, les désirs du résident. Ainsi, il sert à valoriser, à développer les apprentissages de la personne dans l'institution.

C'est pourquoi, diverses réunions sont organisées chaque semaine, afin de permettre un meilleur travail en équipe et d'établir des liens nécessaires entre les différents personnels intervenants :

réunion pluridisciplinaire, réunions à thème, des cadres, des éducateurs, et les réunions de coordination thérapeutique.

Ainsi, le foyer d'accueil médicalisé a une double orientation « lieu de vie et lieu de soin ». Ces deux options sont indissociables et complémentaires.

b) Les équipes thérapeutiques doivent agir conjointement

Les professionnels de santé doivent avoir une action cohérente et complémentaire.

Cette équipe thérapeutique comprend divers personnels paramédicaux dont ; le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, la psychomotricienne et les psychologues. Cela permet d'intervenir auprès des patients sous différents angles d'approche.

Le travail d'équipe est un point nécessaire afin que l'apport de cette pluridisciplinarité soit optimal pour le bien-être des patients. Les réunions de synthèse sont donc très importantes. Le professionnel de santé qui coordonne les actions de l'équipe thérapeutique est le médecin. Ainsi, les différents thérapeutes sont sous son autorité médicale.

c) L'art thérapeute s'inscrit dans le programme de soin de l'équipe pluridisciplinaire

Afin que l'art-thérapeute participe au projet personnalisé des résidents, il est indispensable d'avoir des connaissances spécifiques en Art, certes, mais aussi, sur les pathologies des personnes prises en charge.

La prise en soin de la personne handicapée doit d'articuler autour d'un projet élaboré avec l'équipe pluridisciplinaire.

Avec le temps, ce projet change, et évolue avec les besoins et les ressentis de la personne. Ce programme de soin s'appuie sur les actes de la vie quotidienne et sur les activités proposées tout au long des semaines dans un cadre spatial et temporel bien déterminé.

Ces activités ont pour but, de développer les facultés motrices, cognitives, et sensorielles. Mais également, d'engendrer une relation, une expression et une communication (verbale ou non).

Ainsi, les résidents sont stimulés quotidiennement et se voit comme acteur de leur vie.

Les séances d'art-thérapie s'inscrivent parfaitement dans cette volonté d'agir et d'élaborer ce programme de soin. En effet, l'art-thérapeute, par son savoir-faire spécifique, valorise le potentiel expressif de la personne et exploite les capacités relationnelles et de communication de la personne handicapée.

Il met donc en jeu, à la différence des autres personnels paramédicaux, les intentions esthétiques de la personne, en l'impliquant directement. Par exemple, la musique est le moyen principal utilisé dans les séances d'art-thérapie à dominante musicale. Le psychomotricien ou le kinésithérapeute s'en servira pour amener une ambiance de détente. Ainsi, dans ce cas, la musique est utilisée comme un moyen complémentaire.

B) Présentation des séances d'Art thérapie à dominante musicale en collaboration avec l'équipe thérapeutique

1. L'art thérapie au foyer des Saules est une nouvelle proposition de soin originale

a) L'atelier d'art-thérapie s'inscrit dans le projet d'établissement

Cette discipline est un autre moyen de réaliser des objectifs fixés dans le projet individualisé des personnes et c'est une nouvelle et originale proposition de soin au foyer.

En effet, afin d'être bien compris en tant qu'art-thérapeute, il est nécessaire de définir à chaque personnel du foyer, ce qu'est cette nouvelle proposition de soin. Il semble essentiel de justifier son action au sein de l'institution en rapport avec le projet d'établissement.

Pour cela, l'art-thérapeute doit s'intégrer à l'équipe pluridisciplinaire. Il ne doit pas avoir une action solitaire. Au contraire, il doit se présenter, renseigner le personnel sur sa formation, son parcours professionnel, et son travail au sein du foyer. Il échange des informations qui peuvent être importantes et utiles dans le protocole respectif de l'équipe et de lui-même.

b) L'art-thérapeute peut participer à la vie quotidienne du foyer

La présence d'un art-thérapeute dans un foyer d'accueil médicalisé engendre beaucoup de questionnement de la part des résidents et du personnel. Il participe à chaque réunion des unités, partage le repas avec des membres de l'équipe soignante, et bien sûr avec les résidents, les accompagnent pendant les sorties ce qui amène des nouvelles observations et des nouveaux comportements.

En effet, toutes les personnes confondues sont curieuses de savoir ce que l'art-thérapeute fait au foyer et dans quel but. Une écoute musicale venant d'une pièce, des martellements au djembé, des bruits de clochettes, des sons étrangers du clavier, des vocalises, interfèrent dans la vie quotidienne des résidents et suscitent beaucoup de convoitise et d'intérêts auprès de ce public. L'atelier rompt le quotidien du foyer. Il permet de provoquer des nouvelles stimulations, et crée des effets de surprise. Ainsi, c'est une démarche de soin originale.

Les résidents vivent dans le quotidien du foyer ; cela est rassurant, alors que l'art-thérapeute va venir quelque peu bouleverser ce qui est familier au foyer. Peu à peu, les résidents s'habituent à cette nouvelle présence. Mais, il faut extrêmement faire attention à bien faire comprendre que ce nouveau thérapeute est là en tant que stagiaire et dans un temps limité. Sinon, cela peut provoquer de l'angoisse et de l'anxiété chez les résidents.

c) La mise en place du protocole de prise en charge se fait en fonction de l'indication médicale

Venant trois jours par semaine, et ne connaissant que succinctement le monde du handicap, je me suis rapidement orientée vers les dossiers médicaux et de liaisons, et les projets individualisés des résidents. Puis, ne pouvant pas voir directement le médecin du foyer, je me suis tournée vers l'équipe paramédicale en leur demandant quels résidents étaient intéressés par la musique ou par une autre activité artistique.

Ma dominante étant musicale, j'ai privilégié les résidents ayant un réel intérêt pour la musique et ayant de la disponibilité dans leur emploi du temps. Malheureusement, trop de résidents étaient désireux de participer à l'atelier.

Mon choix s'est donc porté sur des personnes ayant des handicaps différents, et des capacités d'expression, de communication et de relation réduites. Les prises en charge ont été individuelles afin de mieux orienter le processus de soin.

En accord avec la direction, les cadres et ma directrice de stage, j'ai pu commencer les prises en soin pour agir conjointement avec l'équipe thérapeutique.

d) Les séances d'art-thérapie doivent répondre à des moyens matériels

L'art-thérapeute doit s'adapter à chaque patient. Il apporte le matériel, ici, nous parlerons d'instruments de musique, d'enceintes, de cd, et il propose telle activité, selon les envies et les besoins des personnes.

Au foyer, il y avait peu de matériel musical qui servait principalement à l'éducateur spécialisé pour les animations ponctuelles (tambourins, maracas, triangle). Il y avait également un piano cassé et inutilisable par l'art-thérapeute. Ainsi, celui-ci doit avoir personnellement du matériel varié et qui peut être adapté à chaque personne.

La mise en place des séances doit être organisée de manière réfléchie. Il faut prendre en compte l'emploi du temps de chaque résident, la disponibilité des salles, le choix stratégique de la salle.

Aussi, il faut faire attention aux horaires des soins des aides soignants et des infirmières qui peuvent être fait le matin et/ou l'après midi. Il a été important d'éviter avec certains résidents de faire une séance après le repas du midi où ils sont fatigués et ont le besoin de faire une sieste. Et, il faut prendre en considération les effets des médicaments pouvant nuire au bon fonctionnement de l'atelier.

2. La séance d'art-thérapie peut se composer en trois phases

a) L'avant-séance peut être primordiale pour la suite de la prise en soin

Avant la prise en soin, il est essentiel pour l'art-thérapeute d'aller se renseigner sur l'état de santé, physique et psychique du patient. Celui-ci, peut-être particulièrement fatigué par une mauvaise nuit ou par l'absorption de nouveaux médicaments le rendant particulièrement

inactif et de mauvais caractère. Ou bien le patient peut être déstabilisé par une altercation avec un autre résident.

Ainsi, le thérapeute va dans chaque unité de vie afin de lire les observations mises sur les cahiers de liaison par l'équipe pluridisciplinaire. Il est important de prendre en compte les difficultés des résidents pouvant interférer à la bonne prise en charge.

Par ailleurs, le patient peut venir à l'encontre de l'art-thérapeute plusieurs fois dans une matinée et dans un temps très limité. Cela prouve la motivation et l'envie de venir à l'atelier d'art-thérapie.

Ainsi, il faut prendre en considération l'avant séance qui est extrêmement important pour la suite de notre travail.

b) La séance, en elle-même, est un moment privilégié en tant que soin

La séance en elle-même débute dès que l'art-thérapeute va chercher le patient dans sa chambre ou dans une unité de vie. Il est possible que le patient vienne de son plein gré. Cela lui permet d'avoir un repère spatio-temporel.

Le soin peut être la rééducation d'une capacité perdue ou abîmée comme l'utilisation d'un membre contusionné afin de stimuler la personne. Par cela, le patient se rend compte qu'il peut se servir dans sa vie quotidienne de son bras, ce qu'il ne faisait pas avant.

Pendant la séance, l'art-thérapeute essaie de ne prendre aucune note et d'observer le patient.

Une séance d'art-thérapie dure généralement de 30 minutes à 45 minutes. Toutefois, la séance peut être écourtée par le patient ou par l'art-thérapeute. Pendant la séance, le patient a le droit et la liberté de quitter la pièce. Aussi, le temps de séance peut être écourté par les autres résidents du foyer. Des cris, des regards, des tapements à la porte peuvent rapidement déstabiliser le patient et le travail thérapeutique de l'art-thérapeute. C'est pourquoi, il est important de bien choisir l'endroit de la séance.

c) L'après-séance doit être suivi dans sa globalité

L'après-séance marque un moment clé de la séance. Chanter ou jouer d'un instrument nécessite une implication corporelle et psychique, ce qui peut fatiguer le corps et l'esprit.

Se concentrer durant 30 minutes peut engendrer une fatigabilité importante. Il faut donc surveiller et observer le comportement des personnes après leur séance. La plupart du temps, nous remarquons une meilleure humeur, de la détente et de la joie des résidents. Mais, selon le degré du ou des handicaps, le patient peut être fatigué par l'atelier d'art-thérapie. Ainsi, les prochaines séances pourront être plus courtes.

3. L'art thérapeute dispose d'outils méthodologiques propres à son métier, qu'il doit adapter

a) La fiche d'observation permet de maintenir l'action thérapeutique des patients à chaque séance

La fiche d'observation (voir annexe 4) recueille les informations des séances, et est orientée selon les échanges établis entre l'art-thérapeute et le patient. Cette fiche n'est pas figée. Elle est adaptée à chaque personne, évolue au cours des ateliers et est divisée en cinq rubriques :

- La première est générale ; elle regroupe l'anamnèse de la personne, le numéro et la durée de la séance, l'humeur de la personne (en début et en fin d'atelier), et l'investissement de celui-ci dans l'activité artistique.
- La seconde partie concerne les capacités de communication et d'expression utilisées lors de la séance dans le phénomène artistique.
- La troisième rubrique concerne les capacités esthétiques.
- La quatrième partie rapporte les capacités relationnelles du patient et de l'art-thérapeute.
- La dernière rubrique permet de faire le bilan de la séance.

Il existe un grand nombre d'handicaps entraînant des troubles associés, et de polyhandicap ayant des symptomatologies très différentes d'une personne à l'autre. Ainsi, chacun d'entre eux est une personne spécifique et singulière.

La fiche d'observation doit donc être adaptée en fonction du type de handicap, et de la personnalité du patient.

Au fil des séances, la fiche d'observation évolue, les objectifs et la stratégie mis en place par l'art-thérapeute tend à être repensée et réévaluée pour s'adapter au mieux à la singularité du patient.

b) La stratégie thérapeutique de l'art-thérapeute est en lien avec l'opération artistique

La stratégie est l'art de diriger et de coordonner des actions pour atteindre un objectif. Elle est fondamentale pour accomplir l'objectif thérapeutique.

Le travail, ici, auprès des personnes handicapées et polyhandicapées est essentiellement axé sur une amélioration de la qualité existentielle de ces personnes. Mais, pour arriver à ce résultat, les étapes peuvent être différentes d'une personne à l'autre.

Les personnes handicapées et polyhandicapées ont des capacités de relation, de communication, et d'expression limitées qui peuvent entraîner une perte de confiance et une baisse de l'estime de soi.

Par le biais de l'opération artistique (voir p 22), le principal site d'action, auprès de ces personnes se trouve dans la captation sensorielle (correspondant à la 3^{ème} phase). Selon chaque individu, l'expression peut être d'ordre archaïque et global favorisant l'affirmation de soi, ou, au contraire peut être amené dans une phase d'intention et de traitement mental (correspondant à la 4^{ème} phase) favorisant la confiance. La prise en soin va se dérouler autour de différentes étapes, afin d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Tout d'abord, le thérapeute doit instaurer un lien de confiance et une relation avec son patient. Puis, il observe son quotidien afin de déterminer ses goûts et ses envies. Cela passe, par exemple, par la visite de leurs chambres, de ballades dans le foyer. Et, lorsque c'est possible, le thérapeute peut entraîner le patient dans une phase de pratique. Ainsi, l'art-thérapeute doit mettre la musique à la portée du patient, et s'adapte en évitant un long apprentissage. Effectivement, il faut faire extrêmement attention à ne pas créer une boucle d'inhibition. Au contraire, le patient peut produire assez rapidement des sons et rythmes plaisants. Taper sur un djembé ne nécessite pas un long apprentissage. Mais, créer un morceau en incluant une improvisation met en exergue les facultés physiques, psychiques, mais aussi relationnelles et expressives.

Ainsi, le thérapeute crée des boucles de renforcement qui peuvent augmenter la confiance, l'estime de la personne suivie en soin et ainsi peut éviter son isolement. Cela peut avoir une répercussion sur son quotidien. Il peut faire plus attention à l'autre, peut être de meilleure humeur. Mais cela se fait en fonction de chacun, ne l'oublions pas, et ce modèle global doit être donc relativisé.

L'art-thérapeute accompagne les personnes handicapées et polyhandicapées vers une phase d'intentionnalité et d'action en éveillant en eux leurs possibilités artistiques.

c) Le cube harmonique est un outil auto-évaluatif

Le cube harmonique est un outil de l'art-thérapeute permettant au patient de s'auto-évaluer de 1 à 5, selon les trois composantes de la spécificité artistique étant le Beau, le Bien et le Bon.

Cela lui permet d'avoir un regard subjectif sur sa production. Ainsi, cela lui permet de développer sa faculté critique et son idéal esthétique et aussi d'affirmer son goût, son style et son engagement personnel dans l'activité artistique.

En donnant ses informations sur ses goûts étant le Beau, sur la manière dont il juge son travail, tant par son style en tant par sa technique étant le Bien, et sur son engagement son envie de continuer, le patient prend conscience de son investissement en tant qu'acteur de son soin.

Par exemple, si le morceau musical est Bien joué et que son style et sa technique plait et suscite de la curiosité de la part des autres résidents et du personnel, il y aura des retours positifs qui renforceront la confiance du patient.

Aussi, lorsque la personne à des troubles mentaux légers et des difficultés motrices, cette auto-évaluation peut être simplifiée. Par exemple, l'art-thérapeute cotera, au lieu de 1 à 5, de 1 à 3, ou posera des questions simples comme par exemple ; « Cela vous plait ? », « Avez-vous envie de la réécouter ? » (aspect contemplatif).

Cela peut amener le patient à avoir une intention de reproduire, (aspect actif), ce qu'il a entendu et donc d'avancer dans le processus thérapeutique.

C) Trois personnes ont bénéficié des séances d'Art-thérapie

1. Mr J.P est un homme de 61 ans résidant au foyer depuis 2002

a) Mr J.P a eu une méningite à l'âge de 2 ans ce qui engendre en conséquence une déficience intellectuelle et des troubles neurologiques.

A l'âge de 2 ans il est atteint d'une méningite qui lui a laissé différentes séquelles sur son développement psychomoteur dont une déficience intellectuelle et des troubles neurologiques. La méningite est l'inflammation des membranes enveloppant le système nerveux central. Aujourd'hui, les recherches médicales permettent de la soigner mais dans les années 1950, cela était une maladie peu connue. La méningite entraîne donc des handicaps neuropsychiques accompagnés de séquelles psychomotrices.

Il a un demi-frère, et a été élevé par sa mère et par son beau-père dans un milieu rural sans aucune prise en charge médico-éducative. Son beau-père décède en 1981. Pendant dix ans, il vit avec sa mère, puis, elle rentre en maison de retraite laissant à son autre fils le soin de s'occuper de Mr J.P.

A partir de cela, Mr J.P fréquente trois après-midi par semaine l'accueil de jour du CMPP, puis entre comme externe au foyer des Saules en septembre 1991. Un an après, il devient interne. Sa mère décède en 1993. Depuis, son frère vient le chercher quelque fois dans l'année, pour certains weekends et les vacances.

Mr J.P apprécie la musique de variété des années 80 comme par exemple, Jean Jacques Goldmann ou le groupe Gold. Sa porte de sa chambre est toujours ouverte, et il reste seul, assis sur son lit à écouter fortement toujours les mêmes cd. Mr J.P ne parle pratiquement pas et son langage est souvent incompréhensible. Il sait dire « maman, maison, oui et non ». Mais, le plus souvent il dit « oui » à tout. Il fait des erreurs de signification de mots, et comprend néanmoins des consignes simples que l'on reformule et que l'on répète.

Ainsi, sur le plan comportemental, Mr J.P se renferme sur lui-même, est inhibé et s'isole. L'équipe pluridisciplinaire montre une réelle sympathie car c'est l'une des personnes la plus ancienne au foyer.

Sur le plan cognitif, Mr J.P, présente des troubles neuropsychologiques (mémoire, attention et orientation) qui est associé à une déficience intellectuelle moyenne. Les conséquences actuelles de la méningite sont le vieillissement précoce des fonctions cérébrales et une grande passivité sur tous les actes de la vie quotidienne. Aussi, sur le plan visuel il souffre d'une hypermétropie qui le rend fragile dans ses déplacements et sur le plan auditif il présente une surdité légère.

Sur le plan moteur, Mr J.P à des séquelles dont une hémiplégie gauche. Son bras est inactif. Il marche avec une aide orthopédique. Mr J.P a besoin d'aides techniques (lunettes, canne pour marcher en confiance, orthèse de la main.)

Il est suivi par un kinésithérapeute, par la psychomotricienne et par l'ergothérapeute une fois par semaine. L'indication médicale, faite par l'équipe thérapeutique, est de veiller à son bien être, à son épanouissement personnel et lui apporter une ouverture sociale afin qu'il puisse aller à l'encontre d'autrui. Aussi, l'art-thérapeute lui permet de le stimuler cognitivement afin d'arriver à ce qu'il fasse un choix dans le but de l'affirmation de soi et de développer des capacités expressives.

Les séances d'art-thérapie ont permis à Mr J.P de nouer avec un centre d'intérêt.

b) Afin de favoriser l'expression de Mr J.P la stratégie thérapeutique envisagée est de provoquer des réactions face aux écoutes musicales pour qu'il communique son ressenti et qu'il s'affirme.

Avec Mr J.P, nous nous intéressons aux réactions par rapport aux écoutes musicales.

Le site d'action est le retard mental de Mr J.P. La cible thérapeutique est d'exprimer ses goûts et ses choix afin d'arriver à l'affirmation de soi (4)

L'audition musicale, se trouvant en 1 et 2 de l'opération artistique va provoquer dans le traitement de l'information (4), des mécanismes neurologiques et psychologiques qui aboutiront à une émotion(3).

Effectivement, battre le tempo avec un crayon, se trouve dans le traitement archaïque (3), car cela représente l'émotion transmise par les capteurs sensoriels. Nous avons abouti quelques fois, à l'élan corporel en 5, car Mr J.P, chantonne l'air de chansons. Pour plus de résultats, les prises en charge auraient du se maintenir plus longtemps.

c) Dix séances ont permis d'atteindre certains objectifs.

Les séances ont lieu dans le bureau de l'ergothérapeute, une fois par semaine pendant environ 45 minutes. Je lui fais écouter à chaque séance de trois à 6 morceaux à durée variable. A chaque rendez vous, je vais chercher Mr J.P dans sa chambre. Il est toujours très souriant lorsqu'il me voit arriver

De la séance 1 à 3, je lui fais écouter des musiques complètement différentes afin de créer de la surprise et une réaction émotionnelle. Ainsi, je lui passe un morceau de jazz « Lullaby of Birdland » version piano puis version orchestrale avec une chanteuse, de la musique africaine, de la musique chinoise, de la musique classique et un morceau de variété. Je lui demande à chaque écoute s'il aime, et s'il trouve ça beau.

Ainsi, je remarque que lorsque le morceau ne lui plaît pas, son regard s'éparpille, et il enlève ses lunettes. Il détourne son attention en me parlant de sa maman et de son papa, de sa prise de sang du matin et de ses problèmes de dents. Néanmoins, il reconnaît la chanson de variété et me fais comprendre par des mimes qu'il l'a en cassette. Son visage à ce moment se détend et un large sourire se dessine sur son visage. Puis, je lui remets le morceau de jazz avec la chanteuse et je lui demande s'il l'a déjà entendu. Il me répond « oui ». Ainsi, je lui fais travailler sa mémoire à court terme.

A la 3ème séance, à l'écoute du même morceau de jazz, cette fois-ci version piano, Mr J.P me fait un signe du pouce vers le bas. Ce code signifie qu'il n'aime pas. Par ce geste, je remarque que Mr J.P commence à affirmer ses goûts, et ainsi, je décide de continuer les séances avec les écoutes musicales.

Les séances 4 à 6, vont être marquées par une attention particulière. Les écoutes que je lui propose sont des morceaux de piano de Thelonius Monk, de trompette de Miles Davis et de Louis Armstrong, et de guitare avec un groupe de jazz manouche.

En lui montrant des images de chaque instrument, il doit reconnaître que tel son appartient à tel instrument. Ainsi, pour ne pas le mettre en difficulté, à la séance 5, je remets les mêmes morceaux et je prends un crayon pour taper le tempo. Mr J.P est étonné par cela. Je lui donne un autre crayon et il imite ce que je fais. Il continu seul à battre le tempo et me fais signe qu'il aime. Ainsi, je lui propose de prendre le djembé mais lorsqu'il frappe dessus, il me fait signe qu'il n'aime pas. Nous ne persistons pas avec le djembé.

A la séance 6, je décide de lui faire écouter des morceaux déjà entendus pendant les séances 1 à 5 afin de créer une boucle de renforcement. Lors de la première écoute, il prend le bouton du volume pour le mettre plus fort et me sourit. Il est concentré sur la musique, son regard est fixe et me fais signe qu'il aime. Puis, comme le volume est fort à la fin, il prend l'initiative de se boucher les oreilles. Ensuite, je lui mets la même chanson de Louis Armstrong avec un volume moins fort. A ce moment, Mr J.P tourne le bouton du volume et met plus fort. Ainsi, sa réaction fut rapide. Je lui demande si il reconnaît et me répond « oui ». Je lui pose la question « est ce qu'il y a du piano ? ». Il me répond « non » et me montre avec ses mains la trompette et me redis « j'aime ».

A la séance 7, Mr J.P a un staphylocoque doré. Il est déconcentré au début de la séance et regarde ses boutons sur son bras et me les montre. Toutefois, j'essais de continuer la séance afin qu'il oublie son problème de peau. Je crée de la surprise en lui faisant écouter « La Suite n°1 pour violoncelle » de Jean Sébastien Bach. Il regarde l'enceinte et met le volume moins fort. Puis, il se met à bailler et à se tenir la tête sur la table. Ainsi, la séance s'arrête là car je remarque la fatigue de Mr J.P.

A la séance 8, je demande à l'infirmière si Mr J.P va mieux et si je peux le suivre en séance. Avec son accord, je vais le chercher. Lorsqu'il me voit, il rigole et vient à ma rencontre pour la première fois. L'ambiance de la séance est plutôt agitée car les résidents tapent à la porte et crient. Mr J.P est destabilisé par cela et présente des difficultés d'attention. Puis, je remets les mêmes morceaux qu'à la séance 7 et lui demande s'il aime. Afin de voir s'il assume sa faculté de faire un choix, je lui mets un morceau de piano au caractère calme. Dès les premières notes, il me dit ; « c'est moche ». Mais nous sommes interrompus par les autres résidents. Ainsi, je décide d'arrêter la séance car Mr J.P est dispersé. Il regarde par la fenêtre, se tourne vers la porte et soupire. Je lui dis que l'on reprendra cette séance le lendemain et je l'accompagne à son unité de vie.

Pendant la 9^{ème} et 10^{ème} séance, je fais un récapitulatif sur les morceaux que Mr J.P a aimé ou pas. Ainsi, je lui remets le morceau de Bach et me redis « j'aime » en me montrant le violoncelle sur l'image. Ensuite, je lui remets le morceau de Duke Ellington à la trompette des premières séances, et lui demande s'il connaît. Il me dit « oui ». Je lui demande si c'est du piano qu'il entend ? Il me répond ; « non » avec un rire et me montre la trompette en disant des « tut, tut.. » et en mimant la trompette. Ainsi, Mr J.P commence à s'affirmer. Puis, je lui fais écouter le jazz manouche. Il n'attend même plus que je lui pose la question, il baisse le volume et me dit « moche ». Puis, il me montre l'image de la trompette et me fais un signe de tête. Ainsi, je termine par le morceau de Louis Armstrong « Summertime ». Mr J.P rit et mime la trompette. Il est surpris de voir que la séance soit déjà terminée.

d) Des items en relation avec l'expression, l'attention, l'affirmation de soi vont nous permettre d'évaluer la progression de Mr J.P.

Faisceau d'item n°1 : capacités expressives pendant la séance :

Item : expression du visage : **1 :** non perceptible, **2.** contradictoire, **3.** détendu, **4.** souriant, **5.** rit

Item : expression du plaisir: **1.** indifférence, **2.** non perceptible, **3.** exprimé par mimes, **4.** exprimé de manière vocale (rit a grands éclats avec onomatopées), **5.** verbalement

Faisceau d'item n°2 : la capacité d'attention pendant la séance

Item : Le maintien de l'attention en début de séance : 1. aucune attention, 2. attention discontinue, 3. attention détournée par lui-même, 4. attention détournée par un facteur extérieur, 5. attention continue

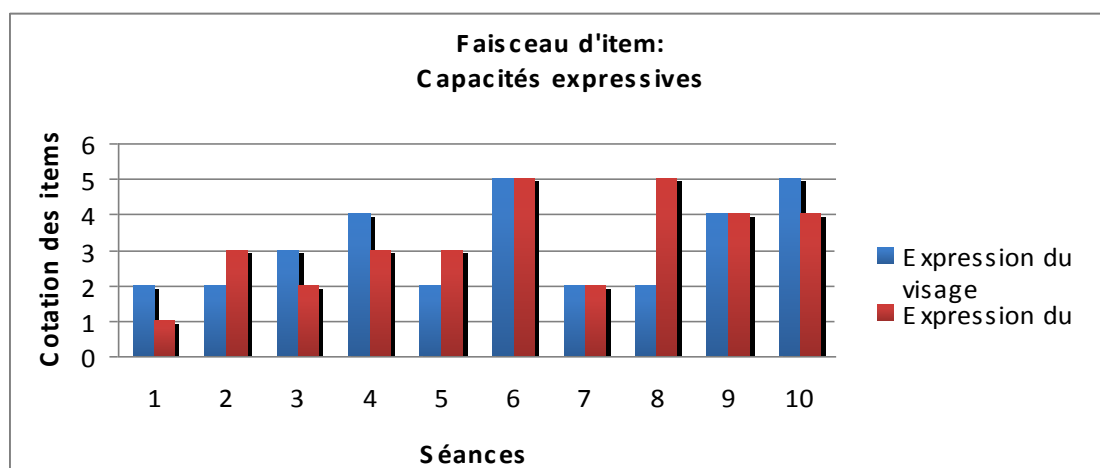
Item : La durée du maintien de l'attention pendant l'écoute : 1. de 0 à 15 secondes, 2. de 15 à 30 secondes, 3. de 30 à 60 secondes, 4. plus de 60 secondes, 5. toute l'écoute

Faisceau d'item n°3 : l'affirmation de soi pendant la séance

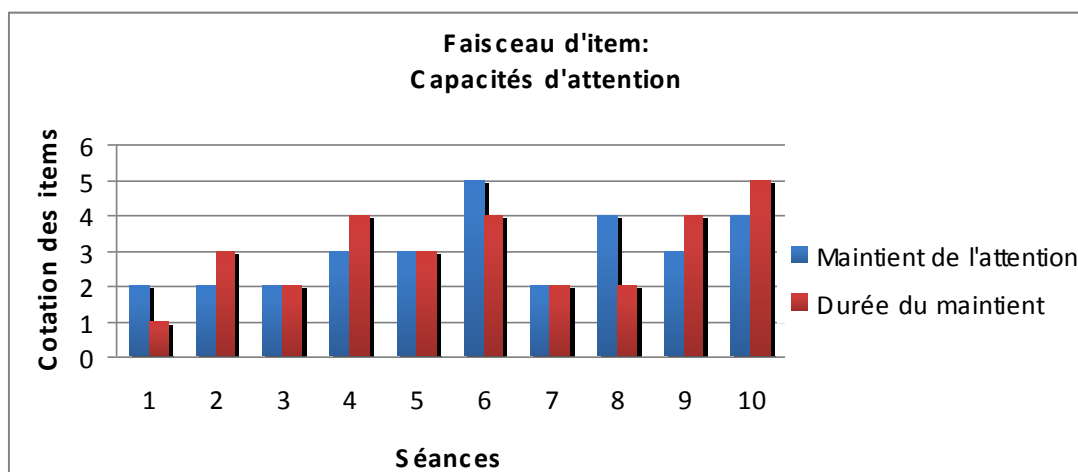
Item : Affirme ses goûts pendant les écoutes musicales : 1. ne dit rien, 2. est contradictoire, 3. affirme non verbalement son goût, 4. affirme verbalement son goût.

Item : La réaction émotionnelle pendant les écoutes musicales : 1. aucune, 2. se bouche les oreilles, 3. hausse/baisse le volume, 4. chantonne

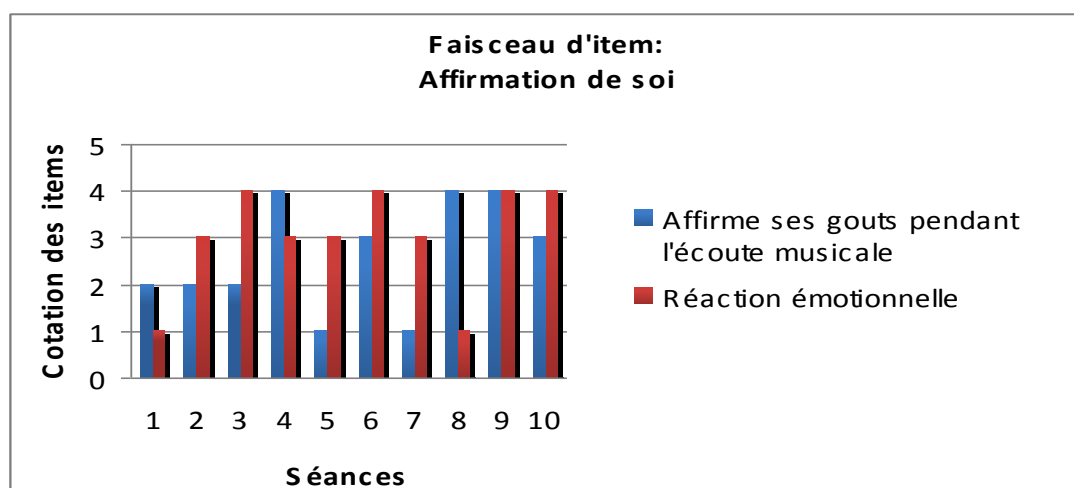
e) Evaluation et bilan des prises en charge de Mr J.P.



A travers ce graphique, nous pouvons dire que les 1ères séances d'écoutes musicales furent adaptées à Mr JP, pour stimuler ses capacités expressives non verbales. Puis, à la séance 5, nous avons tenté une pratique instrumentale afin que Mr J.P soit plus acteur que contemplateur. Mais cela n'a pas réellement fonctionné. Ainsi, nous avons poursuivi les écoutes. Nous remarquons qu'à la séance 6, un changement s'opère. Mr J.P se montre attentif et concentré tout le long de la séance. Il reconnaît le piano et la trompette. Il ne cherche plus à parler de sa maman ou de son frère. Il commence à prendre des initiatives comme hausser le son, ou bien le couper quand le morceau ne lui plaît pas. Vers la fin des séances, mis à part la séance 7 (Mr J.P avait un staphylocoque doré), nous remarquons les progrès expressifs non verbaux et verbaux de Mr J.P, dans le but de l'affirmation de soi.



Les capacités d'attention de Mr J.P sont plutôt variables. Dans les 1ères séances, Mr JP à tendance à avoir une attention discontinue. Effectivement, lorsque les écoutes ne conviennent pas à Mr J.P, et qu'elles deviennent trop longues, il détourne son attention. Toutefois, la durée de son maintien, à la séance 4, est plus longue car il connaît la chanson. Puis, au fil des séances, s'il n'y a pas de facteur extérieur qui détourne son attention, Mr J.P fait des progrès et commence à apprécier les longues écoutes.



Ce dernier faisceau montre si les écoutes ont pu aider Mr J.P à affirmer ses goûts. Il est vrai que la réaction émotionnelle provoquée par les écoutes a accompagné cette capacité à faire un choix. A la séance 6, il commence à prendre des initiatives comme hausser le son, ou bien le couper quand le morceau ne lui plaît pas. Puis, à la séance 7, Mr J.P avait un staphylocoque, et réagit spontanément en baissant, dès la première écoute, le volume. Ce problème médical a vraisemblablement perturbé le comportement de Mr J.P. Puis, en faisant réécouter des mêmes morceaux, nous avons pu constater que Mr J.P aime beaucoup la trompette et les chanteurs, et qu'il n'aime pas les morceaux lents au piano.

Le bilan de Mr J.P montre que les écoutes ont permis à Mr J.P de revigorer ses capacités expressives. Au début des séances, MR J.P ne me parlait pas et se faisait comprendre par des gestes. A la fin, Mr J.P me disait verbalement ce qu'il ressentait.

Au niveau de son attention, Mr J.P présente des difficultés lorsqu'il lui arrive un problème médical ou lorsqu'il y eu d'autres facteurs (cris des résidents, prise du sang...). Sinon, lorsqu'il aime une écoute, il reste concentré plus longtemps qu'au début des séances. En ce qui concerne l'affirmation de soi, nous notons un progrès. Au début des séances, il était difficile d'affirmer que, les « oui/non, ou « beau/moche » étaient clairs et que MR J.P ne confondait pas leurs significations. Mais à la fin, nous pensons avoir réussi à l'aider dans cette faculté.

2 Mr A est un jeune homme de 28 ans résidant au foyer depuis 2006

a) Mr A présente un handicap neuro-psychomoteur ayant pour conséquence un retard mental et un trouble visuel suite a un état de mort apparente à l'âge de trois mois.

Mr A est un jeune homme, né le 11 mars 1982. Il est interne au foyer des Saules depuis la mort de sa mère en 2006.

A l'âge de trois mois, il est découvert en état de mort apparente. Il présentait une détresse cardio respiratoire, un collapsus avec anurie de 12h, et un état de mal convulsif. Mr A présente, suite au coma prolongé, un handicap neuro-psychomoteur. Il marche à 3 ans et demi. Aussi, il présente des troubles dyspraxiques, et un déficit visuel en rapport avec une cécité corticale se manifestant par un trouble des gnosies visuelles.

De 1984 à 1987, il est suivi au CAMSP de Versailles, puis il entre à l'EMP de Trappes pendant un an et demi.

En 1989, il est placé en internat au centre de réadaptation des jeunes de St Cyr en raison de sa grande instabilité. Ensuite, il bénéficiera d'une prise en charge conjointe internat et hôpital de jour en psychiatrie, toujours en raison de ses troubles du comportement et de sa personnalité.

A 15 ans, il est admis à l'IME au Chesnay. L'équipe de ce foyer envisage, suite au bon comportement de Mr A, une orientation en foyer occupationnel avec hébergement. En 2000, il rentre en tant qu'externe au foyer des Saules.

Au point de vue familial, Mr A à vécu avec sa mère, son frère et sa sœur, avant d'intégrer le foyer en qualité d'interne. Ses parents sont divorcés, et il n'a pas beaucoup de relation avec son père. Sa mère fut en invalidité suite à une longue maladie. Elle faisait confiance à l'équipe du foyer pour la prise en charge de son fils.

Néanmoins sa mère décède en 2006 alors que Mr A est présent. Il est resté longtemps seul, auprès de sa mère décédée. Cela reste un choc pour Mr A. Depuis, il a peur de se retrouver seul.

Mr A aime particulièrement la musique. Depuis, tout petit, il apprécie découvrir des nouvelles chansons et des nouveaux instruments. Il a participé, dans les anciens établissements, aux groupes de musique, encadrés par des éducateurs. Lorsque que Mr A à vu mon djembé dans le bureau de l'ergothérapeute, il m'a de suite interpellé.

Sur le plan comportemental, Mr A est un jeune homme enthousiaste et jovial. Sa conduite relationnelle est plutôt bonne. Il échange facilement et a tendance à s'exprimer sur le mode de l'humour. Il apprécie le contact avec les autres résidents et est assez bien intégré à la vie du foyer. Cependant, il n'aime pas les conflits et tente de calmer les disputes des résidents et sait s'orienter dans le temps (jour et semaine).

Il se déplace seul dans le foyer et vient seul aux séances d'art-thérapie. Mr A présente des difficultés de concentration et d'attention, il peut s'énervier rapidement et peut être impulsif.

Au point de vue cognitif, il a un retard mental et des capacités de compréhension limitées. Il dit qu'il ne sait pas lire, ni écrire. Son langage oral est assez pauvre et il emploie souvent les mêmes mots ou phrases. Il présente une dypraxie comme trouble associé ainsi que des troubles de la sensation tactile (hypo-esthésie)

Ainsi, Mr A a un retentissement sur le plan fonctionnel ; difficultés de la motricité fine et a un retentissement sur le plan relationnel car il a tendance à confondre l'imagination et la réalité. Il aime s'enfermer dans sa chambre et passer son temps à jouer aux jeux vidéos.

Mr A est suivi régulièrement par la psychomotricienne en séances de balnéothérapie afin de mieux canaliser son comportement, de l'aider à retourner dans la réalité et de l'amener à se réaliser que par soi-même. L'art thérapeute suit en parallèle cet objectif. La pratique musicale, appelée aussi musique active, permet à Mr A d'avoir trouvé du plaisir dans l'acte d'apprendre le djembé.

b) Afin que Mr A soit gratifié sensoriellement, la stratégie thérapeutique est l'utilisation du djembé pouvant permettre de favoriser sa mémoire par des séquences répétées et ainsi l'aider à maintenir son attention sur ce qu'il fait.

Mr A. présente un handicap neuro-psychomoteur. Le site d'action se trouve dans le 3 (retard mental), et, dans le 4 (troubles cognitifs ; attention et mémoire).. Sa cécité corticale (2), altère les sensations en (3), mais par l'activité instrumentale, la capacité de toucher l'instrument ne va pas altérer le ressenti en 3.

La cible thérapeutique est que Mr A prenne du plaisir dans l'acte de faire quelque chose de gratifiant pour lui-même. Jouer du djembé, engendre un élan corporel en 5, puis, en travaillant la technique de l'instrument (6), et en mémorisant les parties de sa composition (4), Mr A arrive à une production sonore (7), ce qui le gratifie sensoriellement.

c) Dix séances ont permis d'atteindre certains objectifs.

J'ai suivi en art-thérapie, Mr A, à raison d'une à deux séances par semaine de 30 minutes à 45 minutes.

Dès la première séance, Mr A me parle de la mort de sa maman et qu'il a besoin d'extérioriser sa peine.

Après avoir parlé pendant 15 minutes avec Mr A, je lui installe le djembé et lui explique qu'il faut chauffer la peau avant de jouer. Cela le surprend mais il le fait. Sachant que Mr A a déjà joué du djembé, je lui demande de me produire ce qu'il sait faire. Néanmoins, sa production fut très rythmique, rapide mais irrégulière. Puis, je lui montre qu'il y a deux principaux sons, le grave et l'aigu. Rappelons que le rôle de l'art-thérapeute est de s'occuper de la partie saine de la personne. Ainsi, nous commençons par le bras gauche qui n'a pas de trouble. Dès qu'il tape, il laisse échapper un grand sourire en tirant la langue. Il s'applique à taper avec une main ferme pour en sortir de beaux sons réguliers. Lorsque la tape n'est pas bien faite, il s'en rend compte et recommence. Toutefois, au bout de 30 minutes, son attention devient difficile et il me dit qu'il est fatigué mais content de la

séance. Il est pressé de revenir au prochain rendez-vous. La séance 2 sera marquée par le rappel de Mr A de l'étape de préparation et par des difficultés de se rappeler des graves, des aigus et du « claqué ». Je lui laisse la liberté de sa production mais lui demande de mélanger les hauteurs des sons.

De la 2^{ème} à la 4^{ème} séance, je lui rappelle qu'il faut chauffer la peau de l'instrument. Mr A le fait avec attention et plaisir. Je lui demande combien de sons lui ais-je appris la fois précédente. Il me montre, le son grave et aigu mais il oublie le son claqué. Ainsi, je nomme le son grave « poum » et le son aigu « tchik », puis le son claqué nommé « tchack ». Ces séances vont être marquées par un travail d'imitation entre Mr A et l'art-thérapeute, sur un tempo lent et régulier. Puis, pour le stimuler davantage sensoriellement, je prends un phénomène associé.

En chantant « We will rock you », il rit et continu seul à suivre le rythme que je lui ai appris. Tout au long de ces séances, Mr A sourit tout le temps, est concentré, et se rend compte quand il se trompe. A la 4^{ème} séance, nous reprenons ce rythme et je lui demande d'essayer d'inclure sa main droite de temps en temps. Cela est plus difficile mais en le stimulant, il y arrive avec mon aide. Cela lui procure une réelle gratification sensorielle et je remarque qu'il a une intention artistique.

Suite à un problème de climatisation de salle, la 5^{ème} séance fut annulée. Il faisait extrêmement chaud, et Arnaud n'était pas motivé à travailler. Cette séance fut rattrapée le lendemain.

La 5^{ème} séance fut le matin et Mr A a plus de difficulté à se concentrer. Il me dit « je ne suis pas réveillé. » Il tente de se remémorer le début de sa production musicale, mais cela est confus. Ainsi, j'adapte la séance et j'inclus du vocabulaire musical en lui demandant un tempo lent, puis rapide ou inversement. Aussi, j'en profite pour qu'il apprenne les nuances « piano » ; doux et « forte » ; fort. C'est Mr A qui prend l'initiative de terminer la séance au bout de 35 minutes.

Les 6^{ème} et 7^{ème} séances, se passent l'après-midi. Il oublie l'étape de préparation. Afin de voir si les notions de nuances et de tempo sont acquises, et s'il s'en rappelle, je lui demande de jouer le rythme de « We will rock you », avec un tempo lent et une nuance « piano ». Il se rend compte qu'il se trompe dans le rythme. Cela l'énerve mais il recommence.

Puis, à la séance 7 avec un tempo rapide et une nuance « forte ». Il inclut lui-même sa main droite. Mais, s'énerve car son bras reste sur la peau du djembé. Ainsi, je profite de cela pour lui apprendre le son « étouffé ».

A la 7^{ème} séance, Mr A est préoccupé par sa vie en collectivité au sein du foyer. Il s'inquiète de partir en vacances car il n'aura pas de djembé. Et il me dit qu'il a mal à l'omoplate, ainsi, je maintiens le djembé pendant la séance. Il commence seul à chauffer la peau. Puis, je demande à Mr A s'il souhaite mettre une improvisation dans son début de composition. Il rigole et s'exclame « oui, cool ». Mr A s'applique à mémoriser le début de sa composition, mais l'enchaînement avec l'improvisation est quelque peu difficile. Il sourit moins, mais est calme. Je le rassure et lui dit qu'on continuera à la prochaine séance. Et nous terminons par une improvisation. Mr A sort de la séance ravi et me dit « je me suis bien éclaté ».

A la 8^{ème} séance, Mr A arrive en retard mais s'excuse. Il s'est coupé au doigt et son pansement le gêne pour jouer. Il a du mal à orienter sa main au milieu du djembé et se

trompe entre les hauteurs de sons. Il me dit qu'il n'y arrivera jamais. Pas de réelle intention artistique en début de séance. Aussi, il faut noter que nous avons été dérangés par certains résidents. Puis, nous commençons par le travail d'imitation. A partir de ce moment, Mr A se concentre et parvient à la fin de la séance à enchaîner le morceau. De plus, il introduit à un moment une petite improvisation. Mr A sort très souriant et fier d'avoir réussi.

A la 9^{ème} séance, Mr A arrive en retard car il avait un rendez vous chez le coiffeur. Le fait d'arriver en retard perturbe Mr A. Après l'avoir rassuré, Mr A est plus détendu. Il chauffe, seul, la peau du djembé pour la première fois.

Nous révisons les nuances, le tempo et le morceau. Il met en place une stratégie par l'usage de sa main gauche, afin de moins se servir de sa main droite. Je lui rappelle que la prochaine séance est la dernière. Il me parle des vacances qui approchent et qu'il ne pourra pas jouer du djembé.

A la 10^{ème} séance, Mr A vient seul et est à l'heure. Il n'est pas bavard, ne prend pas d'initiative et attend que je lui apporte le djembé. Nous chauffons la peau ensemble. Mr A se balance énormément aujourd'hui. Il sait que c'est la dernière séance. Nous reprenons l'imitation avec les notions de tempo et de nuances. Lorsque je lui demande d'accélérer le tempo, Mr A prend du plaisir et est extrêmement concentré. Je lui apprends un autre rythme qu'il mémorise rapidement. Il s'exclame « j'ai été vite », « je me sers de mon autre main ». Ainsi, je lui demande s'il veut aller jouer dehors afin de montrer au personnel et aux résidents son morceau. Il rigole et se lève rapidement, fier de jouer son morceau devant des spectateurs.

d) Des items en lien avec les capacités cognitives, et l'intention artistique, vont nous permettre d'évaluer la progression de Mr A.

Faisceau d'item n°1 : les capacités mnésiques de Mr A pendant la séance :

Item : se souvient des étapes de préparation: **1.** ne se rappelle pas, **2.** est confus, **3.** se rappelle un peu, **4.** se rappelle avec aide de l'art-thérapeute, **5.** se rappelle seul.

Item : mémorisation du morceau : **1.** ne se rappelle pas, **2.** improvise, **3.** se rappelle de certains passages, **4.** se rappelle avec l'aide de l'art-thérapeute, **5.** se rappelle seul.

Faisceau d'item n°2 : la capacité de l'attention de Mr A en début de séance puis en fin de séance :

Item : l'attention en début de séance : **1.** aucune, **2.** dispersé, **3.** moyenne, **4.** bonne, **5.** excellente.

Item : l'attention en fin de séance : **1.** aucune, **2.** dispersé, **3.** moyenne, **4.** bonne, **5.** excellente.

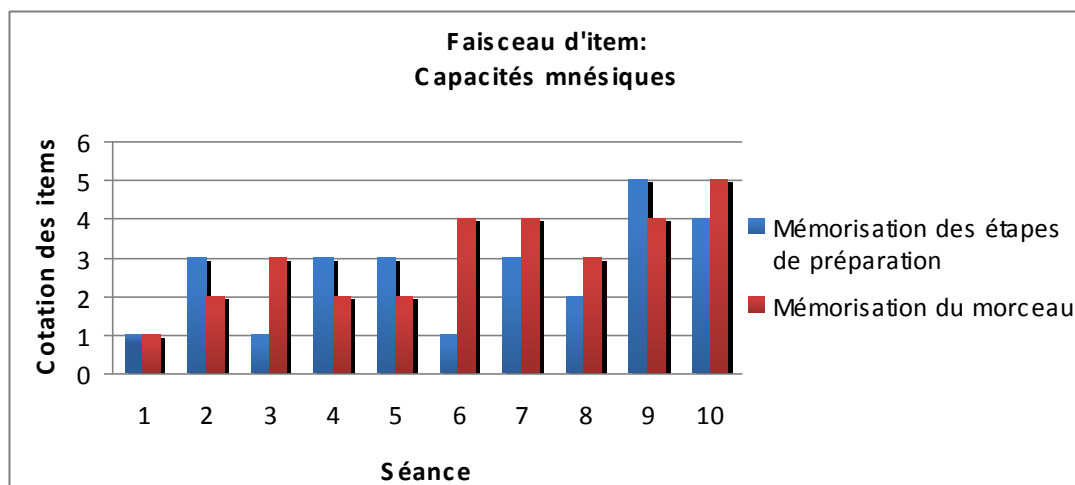
Faisceau d'item n°3 : l'intention artistique de Mr A pendant la séance :

Item : recherche esthétique : **1.** indifférence, **2.** ne comprend pas les consignes, **3.** n'applique pas les consignes, **4.** essay d'appliquer les consignes, **5.** applique les consignes.

Item prise d'initiative : **1.** aucune **2.** peu avec stimulation, **3.** peu sans stimulation, **4** oui avec stimulation, **5.** spontanée.

e)Evaluation et bilan des prises en charge de Mr A

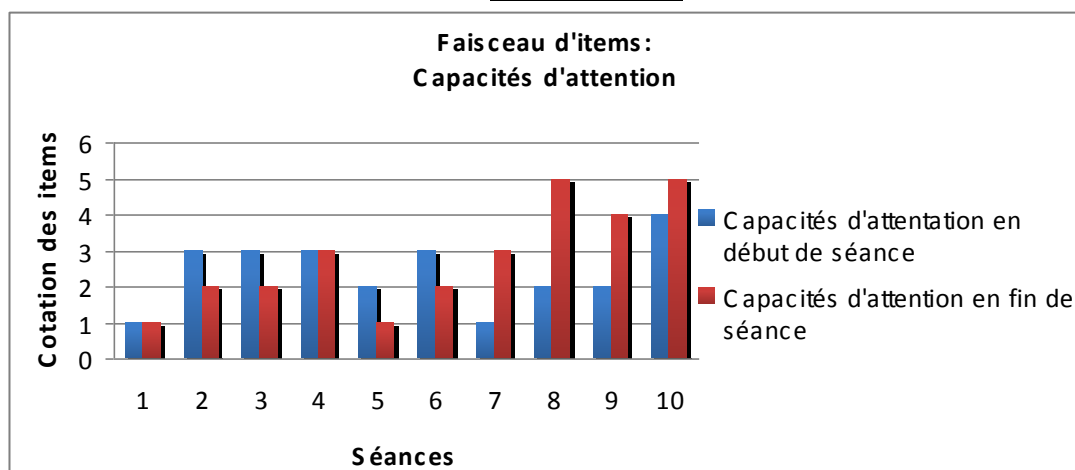
Graphique 1 :



A travers ce graphique, nous nous rendons compte, que Mr A, ne semble pas préoccupé par les étapes de préparation à la séance. Il oublie souvent cette étape importante qui permet de créer un lien privilégié avec l'instrument. Cependant, il fait des efforts aux dernières séances.

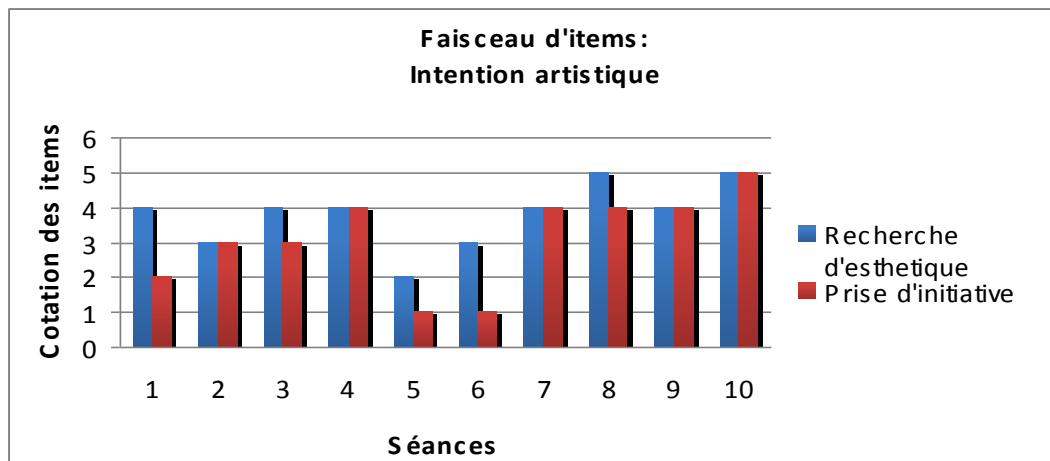
En ce qui concerne la mémorisation du morceau (rythme, hauteur, nuances), Mr A se rappelle plus facilement quand les séances sont proches l'une de l'autre comme les séances 6 et 7, ou 9 et 10.

Graphique 2 :



Mr A, semble avoir plus d'attention en début de séances. Or, à la séance 4, il montre autant d'attention qu'en début de séance et en fin de séance. Toutefois, sa capacité du maintien de l'attention est irrégulière. Lorsqu'un facteur extérieur survient avant la prise en charge, Mr A est destabilisé. Mais il gagne en attention au fil de la séance, ce qui est important à noter (séances 8, 9 et 10).

Aussi, à la séance 7, Mr A arrive à l'atelier, tourmenté, on remarque sur le graphique, que son attention est meilleure en fin de séance. Ainsi, la pratique du djembé arrive à le recentrer sur une activité et lui permet d'évacuer ses émotions.



Dès le début des prises en charge, Mr A montre un réel intérêt pour l'apprentissage du djembé. Ainsi, il présente une intention artistique dès le début. Les prises d'initiatives sont fluctuantes, cela dépend de ce que l'on fait pendant la séance. A la séance 5, il n'est pas bien réveillé, la séance est le matin. Donc nous remarquons une baisse de l'intention. A la séance 6, il se montre énervé par un exercice, mais il persévère. Ainsi, à partir de la séance 6, et en le stimulant verbalement et musicalement, Mr A s'applique à retomber sur le bon rythme pour l'improvisation, et s'il n'y arrive pas, il recommence (à partir de la 8^{ème} séance).

Le Bilan de Mr A est qu'il montre des capacités musicales et une réelle intention artistique. Au fil des 10 séances, nous avons pu remarquer qu'au niveau de l'attention, Mr A arrive à mettre de côté les facteurs extérieurs qui le perturbent. En parlant à l'art-thérapeute et en jouant du djembé, Mr A se rend compte de ses capacités sensorielles, motrices, et cognitives et cela lui apporte une réelle gratification.

Le fait de jouer sa production musicale, devant les autres résidents, à la séance 10, a permis à Mr A de se sentir fier d'avoir mener à terme un projet musical.

3. Mme N est une jeune femme de 24 ans résidant au foyer depuis 5 ans

a) Mme N est atteinte d'un Spina Bifida depuis sa naissance.

Il faut avant tout dire que maintenant Mme N est décédée au mois de décembre 2010.

Mme N est née le 21 septembre 1986 à Paris. Elle a un frère et une sœur. Ses parents sont divorcés. Environ, une fois par mois, Mme N va chez sa mère. Mais, comme elle le disait ; « Ma famille est le foyer ».

Lorsque j'ai suivi Mme N durant les séances d'art-thérapie, c'était une jeune femme de 24 ans, curieuse, souriante, attentionnée et sensible, s'exprimant assez clairement envers le personnel du foyer et les résidents. Elle se déplace seule en fauteuil roulant et est plutôt indépendante. Elle s'intéresse à beaucoup de choses, elle sait lire et écrire, et est vigilante envers les autres résidents.

Ses principaux attraits sont la télévision, la musique, le dessin, les dauphins... Mais aussi, elle suivi comme sport pendant des années ; l'haltérophilie. Mais elle a été obligée d'arrêter car Mme N devient extrêmement fatigable.

Aussi, elle peut paraître angoissée par des événements qui se sont déroulés dans la journée et dans ce cas elle n'en parlera pas et peut être vite stressée quand il y a des départs des encadrants et quand il y a des changements dans la vie du foyer.

Sa première année de vie a été marquée par de très longues hospitalisations avec de nombreuses interventions chirurgicales, ainsi qu'un séjour en pouponnière pour des troubles respiratoires et de la déglutition en rapport avec la complication d'Arnold-Chiari.

Au niveau cognitif, Mme N a une intelligence quasi normale mais présente des troubles de la mémoire des faits immédiats ou récents comme par exemple, oublier qu'elle m'a vu le matin.

Au niveau moteur, Mme N n'a aucune sensibilité des membres inférieurs et du pelvis. Elle est encoprésique et pratique l'auto sondage urinaire. Sa pratique de l'haltérophilie lui a permis de développer la musculature des membres supérieurs

L'absence de sensibilité des membres inférieurs est un facteur de complication car elle peut se blesser et ne pas s'en apercevoir. Au niveau respiratoire, Mme N est souvent encombrée et présente des difficultés à parler.

Le handicap congénital qui est le Spina Bifida, entraîne beaucoup de fatigue donc, un repli sur soi, un manque de motivation, une attention affaiblie et une mauvaise estime de soi.

Ainsi, les objectifs art-thérapeutique vont être de stimuler ses capacités cognitives (mémoire et attention) et de restaurer l'estime de soi. Rappelons que l'estime de soi est la vision globale qu'on a de nous même.

b) La stratégie thérapeutique envisagée est de travailler sur la poussée corporelle par le biais de l'activité vocale, ce qui peut permettre à Mme N à être « actrice », prendre du plaisir et ainsi améliorer l'estime de soi.

Afin de mettre en place la stratégie thérapeutique, il est nécessaire pour l'art-thérapeute de repérer un ou plusieurs sites d'action.

Rappelons que le site d'action est la localisation, dans l'opération artistique, d'une difficulté qui se rapporte aux mécanismes humains défaillants. Ce qui détermine, ensuite, la cible thérapeutique, dont la définition est : l'élément précis sur lequel l'art thérapeute travaille au regard de l'objectif thérapeutique.

Avec Mme N, nous allons nous intéresser dans un premier temps au site d'action qui est la mémoire, se trouvant dans le 4 de l'opération artistique.

Par l'apprentissage de l'activité vocale, représentant la poussée corporelle en 5, Mme N stimule ses capacités mnésiques, plus particulièrement, la mémoire procédurale et à court terme. Puis, en écoutant plusieurs fois la chanson, 1 et 2 de l'opération artistique, choisie par ses soins, Mme N, mémorise la mélodie et les paroles, ce qui permet de stimuler la mémoire à long terme.

Aussi, en remobilisant les cordes vocales par le chant (en 5) vers un savoir-faire avec des techniques bien particulières (en 6), nous arrivons à produire des sons plus clairs et plus forts ce qui valorise la personne.

Cette stratégie thérapeutique peut donc permettre à la personne de stimuler, par le plaisir de chanter, ses capacités cognitives et de restaurer l'estime de soi (en 8).

c) Huit séances ont permis d'atteindre certains objectifs.

Les séances d'art-thérapie avec Mme N se sont déroulées dans une petite salle d'activité, deux fois par semaine, d'une durée de 30 minutes. Parfois, elles se déroulaient une fois par semaine, de 15 à 30 minutes, dans sa chambre ou dans la même salle.

A la première séance, Mme N dit qu'elle ne sait pas chanter mais qu'elle aimerait. Mais, elle se confie et finit par dire qu'elle n'a pas les capacités pour. Elle parle de sa famille, de sa vie au foyer et de ses passions. Puis, nous nous mettons à écouter huit chansons, puis elle fit son choix de chanson. Toutefois, Mme N montre une attention focalisée sur son chanteur préféré. Puis nous essayons de chantonner quelques chansons de d'autres musiciens. Cela est plus difficile. Aussi, je lui demande de me rappeler la première chanson qu'elle a écoutée. Mme N ne se souvient pas mais elle se remémore quelques autres chansons ; ses préférées. La séance durera 35 minutes.

A la seconde séance, la stratégie en vue de stimuler sa mémoire, je lui demande ce que nous allons faire aujourd'hui. Elle me répondra « écouter de la musique ». Néanmoins, avec mon aide, elle me dira ensuite « apprendre à chanter ». Ainsi, nous commençons par l'échauffement vocal afin de rééduquer sa respiration. Puis, nous faisons des exercices vocaux dans le but de sortir un son court sur la voyelle « i », puis « o », puis « e ». Cela l'a fait rire. Puis, nous essayons un son long sur la même syllabe. Cette fois-ci l'exercice est plus difficile. Mais Mme N se décourage vite mais se montre appliquée et concentrée dans certains exercices. Toutefois, Mme N reste timide vocalement. Pour finir, la séance, nous écoutons la chanson de Starmania qu'elle a choisit. Avec l'écoute et par la stimulation de l'art-thérapeute, elle chantonne la mélodie. Mme N repars de la séance détendue, et souriante.

A la 3^{ème} séance, Mme N vient en retard à la séance car elle fait une sieste. Elle est fatiguée, n'a pas envie de chanter, n'a pas d'appétit et est encombrée au niveau respiratoire. Ainsi, je lui propose d'écouter les mêmes chansons qu'à la première séance en ayant l'objectif de reconnaître le nom des chanteurs et chanteuses. Elle se trompe à plusieurs reprises. Mme N souhaite écouter en dernière chanson celle de Starmania. Mme N ne chante pas. Cette séance durera 20 minutes.

A la 4^{ème} séance, Mme N est fatiguée. Je lui propose de se détendre par la respiration ventrale. Je mets une musique d'ambiance. Puis, je lui demande ce que l'on a fait à la dernière séance. Elle me montra vocalement les sons courts et les sons tenus. Ainsi, Mme N se souvient des précédentes séances. Puis, nous essayons de donner une hauteur ; tenir un son allant de l'aigu vers le grave. Elle me dit qu'elle n'aime pas cet exercice car cela est difficile. Mais en stimulant Mme N, elle fait des efforts et comprend l'exercice. Mme N est surprise d'elle-même car elle y arrive. Elle se montre concentrée, et me sourit tout le long de la séance. La prise en charge se termine au bout de 20 minutes. A la fin, Mme N baille énormément et me dit qu'elle est détendue et qu'elle a bien fait de venir quand même.

Mme N est passée me voir le jour de la 5^{ème} séance, en revenant de la pharmacie. Elle est extrêmement fatiguée et souhaite aller se reposer. Je lui propose de l'accompagner dans sa chambre afin de lui proposer des écoutes musicales classiques. Elle me dit qu'elle ne connaît pas la musique classique et qu'elle ne sait pas ce que c'est. Ainsi, je lui proposai

« La Mer » de Debussy, « La Symphonie n°4 » de Malher et « Un Nocturne » de Chopin. Je lui demande si elle trouve chaque morceau beau, bien joué et si les écoutes lui ont fait passer un bon moment. A la fin de la séance, je lui remets le premier morceau afin de voir si elle s'en souvient. Après réflexion, elle me dit qu'elle l'a déjà entendu mais elle ne se souvient pas ou. Avec mon aide, elle se rendra compte qu'elle l'a déjà entendu avec moi en début de séance. Puis, elle dit que ces morceaux l'ont apaisé mais qu'elle n'aime pas ce genre de musique. La séance se terminera au bout de 15 minutes. Mme N s'endort.

A l'approche de la 6^{ème} séance, Mme N vient dans la matinée, au bureau pour me demander quand avait lieu la prochaine séance. Celle-ci était l'après-midi même. Ainsi, Mme N vient seule dans la petite salle d'activité. Vue sa grande fatigue, je lui proposai d'écourter la séance à 15 minutes. Nous avons repris l'échauffement vocal en ajoutant comme exercice des sons « bouche fermée ». Cela l'a fait rire car cela lui chatouille le nez. Puis, nous continuons à apprendre la mélodie et les paroles de la chanson choisie. Mme N est de moins en moins timide. Sa voix s'éclaircit et son articulation s'améliore ce qui favorise l'estime de soi. Nous nous arrêtons au refrain de la chanson. Elle s'aide des paroles écrites mais s'efforce à ne pas la regarder souvent. Je lui rappelle que la fin de mon stage est proche.

Lors de la 7^{ème} séance, Mme N vient à ma rencontre et me demande quand les séances d'art-thérapie se terminent. Elle me dit qu'elle en a marre d'être toujours fatiguée. Ainsi, je remarque que sa mémoire à court terme est défaillante. Cependant, elle se souvient que je lui ai dit la dernière fois. Nous continuons l'échauffement. Je remarque que son souffle respiratoire augmente et qu'elle a une réelle volonté de bien faire. En chantant la chanson, Mme N se trompe dans les paroles et cela l'a fait rire. Et elle me demande de recommencer la chanson au début afin de mieux faire. Ainsi, je remarque une intention artistique. Son regard vers moi est fixe et elle montre une réelle implication relationnelle. Lorsque je ferme la main, elle arrête de chanter. Lorsque je monte le bras vers le haut, elle chante plus fort. Cette séance durera 25 minutes. Elle sort de la séance avec un large sourire.

Dès le début de la 8^{ème} séance, Mme N me dit que c'est dommage que l'on ne puisse pas continuer les séances car elle aimait bien venir. Cela l'a épanouie et qu'elle oubliait sa fatigue, quand elle chantait. Puis, je lui laisse l'initiative de commencer l'échauffement vocal. Le fait d'inverser les rôles lui a fait rire. Ainsi, l'activité vocale lui a permis d'éveiller ses capacités mnésiques. Elle se souvenait assez bien des paroles, des moments où il fallait chanter plus fort ou moins fort. Mme N sort de la séance avec le sourire, car elle est, pour la première fois, satisfaite d'elle-même. Mais elle ressent aussi un brin de tristesse, car les prises en charge étaient désormais finies.

d) Des items en lien avec l'expression du plaisir, les capacités mnésiques, et la manière de chanter vont nous permettre d'évaluer la progression de l'estime de soi de Mme N.

Faisceau d'item n°1 : l'expression de Mme N pendant la séance :

Item : plaisir : 1. déplaisir, 2. indifférence, 3. peu de plaisir, 4. plaisir, 5. plaisir rayonnant

Item : appréciation de son travail : 1. dévalorisation, 2. indifférence, 3. mitigé 4. satisfait, 5. fier

Faisceau d'item n°2 : les capacités cognitives de Mme N des séances :

Item : mémoire : 1. ne se souvient pas, 2. un peu, 3. aide de l'art-thérapeute, 4. partiellement, 5 oui.

Item : durée de maintien de l'attention: 1. 0 à 5 mn, 2. 5mn à 15mn, 3. 15mn à 25mn, 4. 25 à 35mn, 5 + 35mn

Faisceau d'item n°3 : l'intention artistique de Mme N pendant la séance

Item : investissement dans l'activité : 1. aucun, 2. peu, 3. moyen, 4. bon, 5. excellent

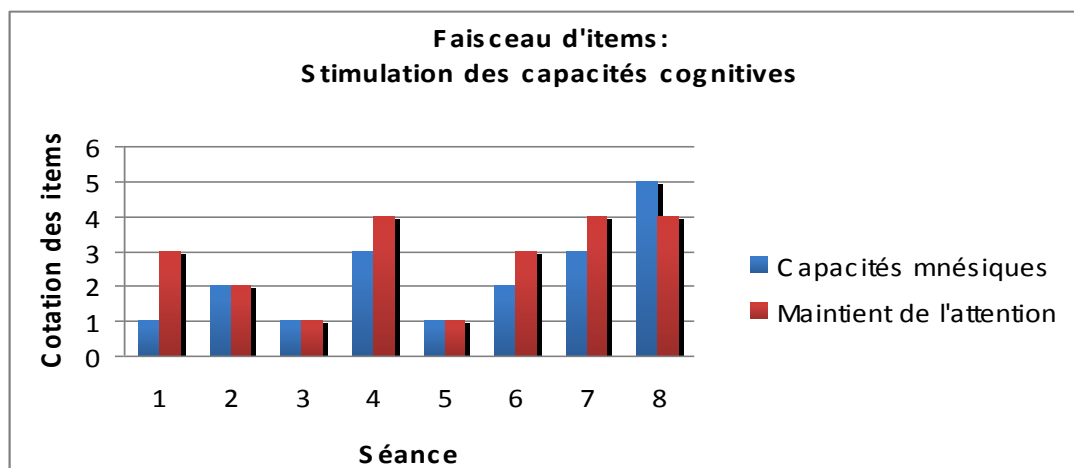
Item : engagement vocal : 1. ne chante pas, 2. fredonne avec stimulation, 3. fredonne sans stimulation, 4. chante à haute voix avec stimulation, 5. chante à haute voix

Item : recherche esthétique : 1. indifférence, 2. n'applique pas les consignes, 3. essai d'appliquer les consignes, 4. applique les consignes, 5. prend des initiatives.

e) Evaluation et bilan des prises en charge de Mme N.

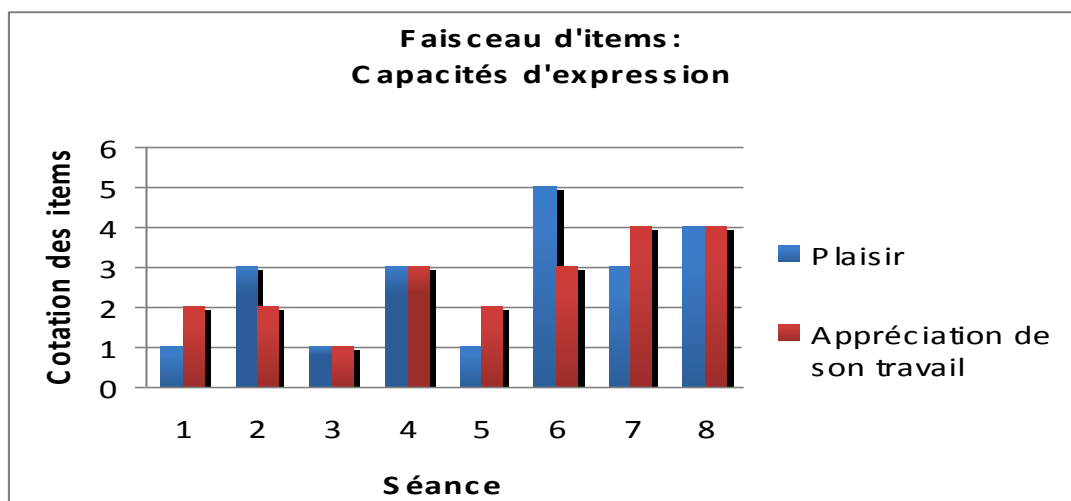
L'évaluation révèle la progression de Mme N entre le début et la fin de la prise en charge en art-thérapie.

Graphique 1 :



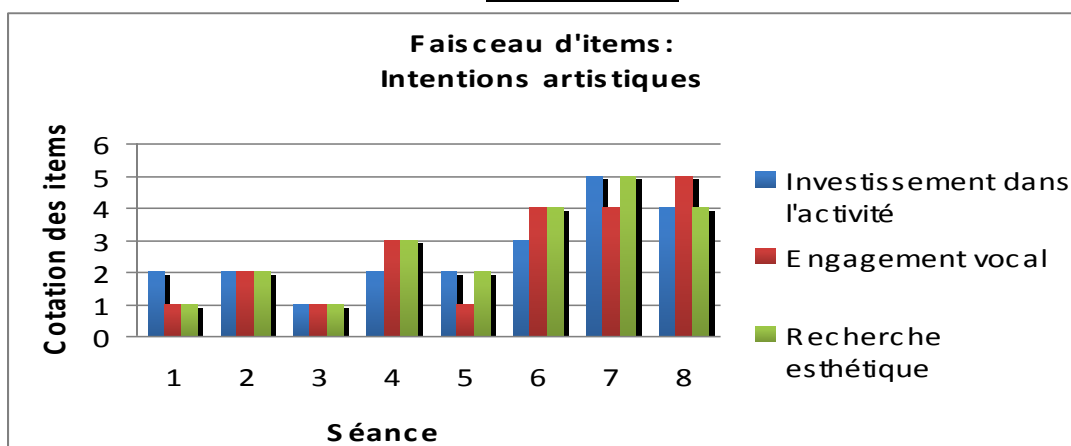
Par ce graphique nous pouvons remarquer que l'évaluation des capacités cognitives de Mme N est en relation avec l'état de fatigue de Mme N. En effet, aux séances 1,3 et 5, Mme N avaient moins de tonus, nous nous rendons compte que les capacités d'attention et mnésiques peuvent être remarqués. Toutefois, en adaptant la stratégie thérapeutique à cette baisse de forme, nous avons essayé de raviver sa mémoire et de développer son maintien d'attention.

Graphique 2 :



A la séance 1, nous remarquons que Mme N n'exprime pas son plaisir. Il se peut que ce soit par timidité. Néanmoins, au fur et à mesure, et en l'encourageant par des questions, Mme N réussit à s'exprimer de manière plus claire sur son ressenti par rapport à la séance passée. Ce qui est intéressant, c'est de remarquer qu'à partir de la séance 6, même si elle est fatiguée, elle exprime son plaisir et sa satisfaction de son travail.

Graphique 3 :



A travers ce graphique nous nous intéressons à l'intention artistique de Mme N au cours du suivi art-thérapeutique. Il est essentiel de dire que Mme N reste réservée dans ses intentions au début des séances, très certainement par timidité et par découragement, puis, en la stimulant par des questions, des exercices vocaux, Mme N montre un réel engagement et une progression.

En bilan, nous pouvons dire que Mme N s'est réellement investi dans l'activité vocale. Elle a pris plaisir à faire et à découvrir ses capacités à réaliser une production vocale. De voir son corps en mouvement lors de les échauffements, de réussir à mémoriser les paroles de la chanson ainsi, d'entendre sa voix chanter de manière plus forte et plus claire lui ont permis de revigorer l'image de soi et de restaurer l'estime de soi.

Les durées de prise en charge et le nombre de séances furent écourtées par la grande fatigabilité de Mme N.

Toutefois, nous remarquons que l'activité vocale lui a permis d'oublier son manque de tonus.

Au niveau de l'expression, Mme N a pris plaisir à chanter, cependant, les écoutes musicales ne lui ont pas plu. Mais celles-ci lui ont permis de la détendre. Sa timidité a pu être un frein au cours des premières séances. Cependant, petit à petit Mme N a montré plus facilement ce qu'elle ressentait en me le communiquant verbalement ou par l'expression non-verbale.

Au niveau cognitif, sa grande fatigabilité rend des résultats irréguliers. Il aurait été certainement plus bénéfique que les prises en charge soient à plus long terme. Cependant, l'objectif étant de stimuler Mme N cognitivement a pu être atteint.

Au niveau relationnel, Mme N a montré une réelle implication vis-à-vis de l'art-thérapeute. Effectivement, elle suivait ses conseils et essayait de les suivre. La séparation de la fin du stage fut assez difficile.

Au niveau de l'intention, Mme N a montré son désir de chanter. C'était l'activité artistique dans laquelle elle voulait s'engager. Il est intéressant de dire qu'à partir de la séance 5, même si elle était fatiguée, Mme N n'a pas perdu cette envie car elle s'est rendu compte que cela lui a apporté du plaisir et elle s'est sentie capable de chanter. Chose qu'elle ne pensait pas auparavant.

3^{ème} Partie :

L'art-thérapie à dominante musicale apporte des bénéfices aux personnes handicapées, cependant, nous remarquons que d'autres techniques artistiques ont également des résultats positifs auprès de ce public.

A) L'intérêt de l'art-thérapie à dominante musique dans un foyer d'accueil médicalisé accueillant des personnes handicapées

1. La sollicitation artistique musicale peut apporter un bien-être auprès des personnes handicapées et polyhandicapées.

a) Il faut commencer par définir ce qu'est la bonne santé et le bien-être

L'être humain a des besoins et des nécessités pour pouvoir vivre et être ainsi en bonne santé. C'est pourquoi il est utile de se reporter aux 14 besoins de l'être humain selon Virginia Henderson (annexe 5).

Selon L'OMS, la bonne santé consiste à être dans un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Ainsi, l'autonomie de l'être humain (physique, mentale, sociale) aspire à la bonne santé mais cela ne suffit pas. L'être humain cherche à être heureux et nous connaissons tous des personnes qui sont en bonne santé mais qui ne sont pas heureuses. Il est donc nécessaire de compléter la bonne santé et le bien-être. C'est ainsi, que l'Art, et donc indirectement, l'Art-thérapie, trouve son intérêt dans la qualité existentielle de l'être humain.

b) Exemples d'expériences d'art-thérapie à dominante musicale auprès des personnes polyhandicapées

M. Guédon ⁽¹²⁾ confirme à travers son mémoire que l'art-thérapie à dominante musique peut valoriser le potentiel expressif et relationnel d'une personne polyhandicapée. Son stage s'est déroulée dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), et elle a accompagné une personne ayant eu un accident vasculaire cérébral et est malvoyante. Cette personne dort beaucoup et se repli sur elle-même. L'autre personne est aveugle, souffre d'un profond retard mental avec une déficience motrice et est épileptique.

Ainsi, par son travail, nous pouvons remarquer que M. Guédon a atteint son objectif qui est de valoriser le potentiel expressif des personnes polyhandicapées. Au fur et à mesure des ateliers d'art-thérapie de M. Guédon, ces personnes ont peu à peu quitté leur position de repli, et se sont exprimées de plus en plus au fil des séances. L'une des personnes a aussi pris plus de confiance dans ses déplacements au sein du foyer.

G. Rousselet ⁽¹³⁾ montre dans son mémoire que la musique est un moyen thérapeutique utilisé pour favoriser l'expression, la relation et la communication des jeunes filles porteuses d'une IMC pour améliorer leur qualité de vie dans un institut d'Education Motrice. Il montre que la musique suscite des émotions instantanées.

En effet, la prise en main d'un instrument de musique permet une orientation spatio-corporelle. La coordination de différents gestes pour accomplir tel sonorité, ou une expression d'une émotion lors de la pratique musicale nécessite une organisation spatio-temporelle.

Ainsi, G. Rousselet utilise la musique comme un moyen d'expression. C'est une activité engageant le corps et suscitant du plaisir esthétique. Elle permet aux jeunes filles porteuses d'une IMC de se situer dans l'espace et dans le temps, d'extérioriser leurs émotions et leurs ressentis en réalisant une production volontaire orientée vers l'esthétique.

2. La musique est omniprésente dans le foyer

a) L'équipe pluridisciplinaire peut utiliser la musique comme médiation

La musique est présente au sein des unités de vie de la structure qui accueille des personnes aux handicaps divers. L'équipe éducative propose des activités musicales ponctuelles au cours de l'année ; anniversaire des résidents, fêtes de fin d'année. Ces moments d'animations permettent aux résidents et au personnel de se retrouver dans un moment de partage. Néanmoins, ces animations ne conviennent pas forcément à tous les résidents.

^{12°} Mémoire de Maryse Guédon , La valorisation du potentiel expressif et relationnel de la personne polyhandicapée adulte par des séances d'art-thérapie à dominante musique, 2008

^{13°} Mémoire de Gaylord. Rousselet, Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de jeunes filles porteuses d'une IMC, 2008

Ainsi, l'art-thérapeute n'est pas la seule profession de l'équipe paramédicale à utiliser la musique dans les cadres de ses séances.

Aussi, la musique est utilisée à des fins de détente. Ainsi, l'équipe paramédicale et peut s'en servir pour accompagner un travail sur l'imagination, comme par exemple dans les séances de Snoezelen avec la psychomotricienne. Le kinésithérapeute peut aussi se servir de la musique dans un but de relaxation, pouvant aider pour certaines personnes.

Au niveau des unités de vie, le personnel préfère mettre une musique rythmée à la fin des repas pour créer une ambiance festive où la parole est peu présente.

Dans les chambres, certains résidents disposent de cd apportés par la famille ou empruntés à la bibliothèque. Ici, la musique a un rôle occupationnel et social.

b) L'accès à la culture musicale stimule les facultés des personnes handicapées

La loi sur l'égalité des chances pour tous de 2005, envisage une ouverture de l'apprentissage musical dans les écoles de musique aux personnes handicapées.

Cependant, il ne précise pas comment les professeurs doivent adapter leur enseignement et leur pédagogie. Il faut aussi dire que bons nombres d'écoles de musique ne se soucient pas de l'accès à la culture pour tous. L'architecture de ces écoles, ne permet pas l'accès aux salles de cours pour les handicapés, le plus souvent à cause de présence d'escaliers.

Cela est dommage car les personnes handicapées ont véritablement des capacités artistiques pouvant stimuler leurs capacités physiques et mentales. Ainsi, il est important de rendre la musique accessible à tous.

c) La musique peut être une expression hors verbale.

Effectivement, la pratique active d'un instrument, (musicothérapie active), peut dans certains cas, aider la personne à extérioriser sa tristesse, sa colère ou sa joie. A travers des expériences, on peut remarquer qu'une personne très agitée, ayant des troubles du comportement, va souvent extérioriser son agitation dans une pratique instrumentale. L'instrument le plus adapté aux personnes handicapées peut être les percussions. En effet, cet instrument est facile d'utilisation et on peut arriver facilement à produire des sons ce qui stimule et valorise la personne.

La musique, rappelons-le, est une expression humaine volontaire et elle est un mode d'expression particulière. Elle permet d'extérioriser son vécu et les réactions émotionnelles des individus, car elle possède un effet cathartique. Et permet donc de projeter un message au-delà du corps grâce au son se différenciant des moyens d'expressions verbales et non-verbales.

Ainsi, comme le montre à l'intérieur de ses compositions, Richard Wagner déclare que : « La musique commence là où s'arrête le pouvoir des mots. »

B) Or, l'art-thérapie à dominante musicale n'est pas la seule technique artistique pouvant apporter des bénéfices à la personne handicapée

1. L'art-thérapie à dominante danse peut revigorer la qualité existentielle des personnes handicapées

a) La danse permet de prendre conscience de l'espace et du temps

La musique et la danse sont indissociables. La danse n'existe pas sans musique et la musique entraîne à la danse. Le rythme musical tient une place prépondérante dans ses deux activités artistiques. Les mouvements de la danse sont marqués par un rythme, par le tempo d'un morceau. G. Patané ⁽¹⁴⁾, dit du danseur : » Le vrai danseur fait sentir la mesure sans la marquer ». Alors que les musiciens, pianistes surtout, hachent leurs notes au lieu de les laisser s'écouler. N'oublions pas que le rythme vient de la racine grecque « rheô » : signifiant « je coule ». Ainsi, la musique et la danse doit s'écouler dans le temps.

La danse permet de mettre en avant le corps. L'art-thérapeute à dominante danse, met en valeur les capacités motrices restantes, et tente de revaloriser la personne en lui montrant que son corps fonctionne encore.

Dans un atelier danse on retrouvera dans l'Art 1 l'éveil musculaire et dans l'Art 2 la sensation du beau geste. Ce qui appartient à l'impression.

En ce qui concerne l'expression, la danse est un art ayant la particularité de la simultanéité du phénomène artistique. Le phénomène artistique, rappelons-le, est l'ensemble des éléments qui composent l'activité artistique.

Rappelons-le, pour réaliser une production artistique, l'homme met en œuvre différents mécanismes qui sont, je le rappelle, l'impression (par les capteurs sensoriels), l'intention (traitement sophistiqué de l'information), l'action (moyens physiques et intellectuels), la technique (les savoir-faire, fonctions psychomotrices), la production (implique l'effet relationnel : (relation particulière entre l'artiste et son public).

b) Etude montrant la particularité de la dominante danse, auprès des personnes handicapées

L'intervention de A. Perreve-Griveau, ⁽¹⁵⁾, Art-thérapeute ayant créé un atelier handidanse, dans une association de loisirs, montre que la danse permet de mettre en avant le corps, de mettre en valeur les capacités physiques restantes, de revaloriser ce qui fonctionne encore.

A. Perreve-Griveau, a permis l'ouverture d'une classe pour les personnes handicapées. L'objectif est le plaisir esthétique avant tout. Mais aussi la revalorisation de soi, la revalorisation de soi par rapport aux autres, et la revalorisation du corps.

14° E. Willems, Le rythme musical, éditions Pro Musica, 1984

15° Intervention de A. Perreve-Griveau pendant la formation d'Intervenant Spécialisé d'Art-thérapie

Ainsi, l'art-thérapeute travaille sur l'image de soi qui se construit par le regard des autres, par la comparaison de soi par rapport aux autres et sur le ressenti corporel.

L'absence de miroir au départ permet aux personnes handicapées de ressentir son corps. Ce qui est intéressant est l'utilisation de la vidéo pour corriger les fautes ou imperfections.

Aussi, cet atelier de danse permet de se retrouver en groupe et donc de s'ouvrir à autrui. Les capacités relationnelles des personnes handicapées sont mises en avant dans cet atelier.

2. L'Art-thérapie à dominante arts-plastiques peut valoriser le potentiel expressif de la personne handicapée

a) Les arts-plastiques laissent une trace contrairement à la musique et la danse

La notion des arts-plastiques n'est apparue que fin 19^{ème} siècle. Ce terme vient du grecque « plastikos », faisant référence à l'art de modeler des matériaux pour leur donner forme. Aujourd'hui, les arts-plastiques désignent l'ensemble des disciplines artistiques consacrés à la beauté, à l'expressivité des formes, des couleurs visant à donner une représentation et une impression esthétique des corps et des objets.

A la différence de séances d'Art-thérapie à dominante musicale, danse ou théâtre, l'activité artistique picturale laisse une trace visible d'une séance à l'autre. Quand une personne est dans l'action artistique comme peindre une toile, celle-ci laisse sa production. A ce moment là, « l'artiste » se détache pour contempler et retoucher des défauts de sa production.

Tout comme dans la musique, le patient peut être amené dans une phase d'impression (contempler un tableau), appartenant au ressenti corporel (le 3 dans l'opération artistique), ou dans une phase d'expression où la personne aura l'intention de produire ou de reproduire tel dessin.

Dans les arts-plastiques, nous pouvons travailler sur l'imaginaire et l'invention ce qui permet au patient de retrouver une image de la nature pouvant lui rappeler un agréable moment passé.

Nous pouvons aussi travailler sur la perception visuelle et mnésique, comme par exemple, regarder pendant 3 minutes un dessin et demander à la personne de le reproduire.

b) Exemple d'un mémoire relatant une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'un public handicapé

Tout au long du stage pratique, j'ai été confronté à des personnes étant Infirmes Moteurs cérébraux. Je trouvais intéressant de présenter un exemple de mémoire d'un atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'adultes Infirmes Moteurs Cérébraux écrit par F.Perruisseau-Carrier (16).

16 F. Perruisseau-Carrier, Une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'adultes Infirmes Moteurs Cérébraux, 2011

Par ce mémoire, F Perruiseau-Carrier, montre bien l'intérêt de stimuler les sens par les arts-plastiques envers les personnes lourdement handicapées.

Ainsi, tous les capteurs sensoriels (yeux, peau, nez et oreille) peuvent être sollicités. En effet, ce qui est privilégié, ce sont les capteurs visuels et tactiles, car la personne IMC retrouve des sensations visuelles grâce aux couleurs, aux formes et des sensations tactiles en ressentant la texture des matériaux par le toucher.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que les arts-plastiques offrent des sensations olfactives par l'odeur de la terre, de la peinture, de la pâte à sel...Aussi, elles permettent de stimuler l'ouïe par le découpage ou le froissement de papier.

Donc par les arts-plastiques le corps de la personne handicapée est en mouvement et ces techniques offrent une grande diversité des techniques (captation d'images, peinture, dessin, collage, modelage, à plat, en 3D) et accessible aux capacités physiques de la personne IMC.

C) D'où l'intérêt que l'art-thérapeute se forme dans d'autres techniques afin de répondre, le plus bénéfiquement possible, aux besoins des personnes handicapées.

1. Les ateliers d'art-thérapie permettent aux personnes handicapées et polyhandicapées de mettre en évidence leurs capacités et leurs aptitudes dans le but de valoriser la personne

a) Comparaison et limites des différentes des trois techniques musicales mis en œuvre dans cette expérience

L'utilisation de la dominante musique auprès des personnes handicapées montre des limites.

Effectivement, la prise en main ou la vue d'un instrument de musique peut causer l'inhibition de la personne en lui faisant ressentir ces déficits moteurs.

Tenir un instrument nécessite des efforts musculaires et ainsi, exercer des mouvements peut s'avérer difficile.

Aussi, les mouvements involontaires et brusques des personnes polyhandicapées peuvent générer des sons qu'ils ne désiraient pas faire et ainsi ils ne trouvent aucun plaisir à jouer d'un instrument.

L'activité vocale ou le chant peut être difficile pour ces personnes. Sortir un son de sa bouche nécessite une bonne respiration mais aussi une relation de confiance envers l'Art-thérapeute. La personne entend la difficulté de chanter juste, de faire tel exercice vocal et ainsi, elle peut se décourager rapidement.

L'écoute d'audition musicale nécessite de la concentration. La personne handicapée et polyhandicapée est extrêmement fatigable. Avec la prise de médicaments, le manque de

sommeil dû aux douleurs, l'écoute musicale peut s'avérer inutile car la personne sera trop dispersée par ce qui l'entoure et ne montra pas d'intérêt pour les écoutes.

b) C'est pourquoi, afin de créer des boucles de renforcement auprès des personnes handicapées et polyhandicapées, il est nécessaire d'avoir recours à un autre support artistique que sa dominante

L'audition d'une musique peut-être associée à un autre support, notamment avec le dessin ou la peinture, ou encore l'expression corporelle. En effet, si l'écoute musicale ne permet pas d'atteindre l'objectif thérapeutique, on pourra avoir recours par exemple, à une feuille de papier et des crayons de couleurs, permettant de stimuler l'expression du patient autrement.

Comme le montre Edith Lecourt ⁽¹⁷⁾, l'avantage est d'obtenir une réponse sur un support non verbal souvent plus accessible au patient que la verbalisation sur une audition qui peut s'avérer difficile.

Edith Lecourt prend en exemple, une méthode de musicothérapie utilisée par J.Assabgui⁽¹⁸⁾.

Cette méthode consiste à associer des œuvres musicales choisies et de l'expression graphique comme le gribouillage, suivant un protocole consistant à demander au patient de produire trois dessins ; un avant l'écoute, un pendant et un après l'audition musicale.

Dans un objectif de meilleure concentration sur l'écoute et de comparaison entre les différents moments. Ainsi, il met en évidence l'incidence des écoutes sur le dessin.

2. D'où, la nécessité de discuter de la différence entre la musicothérapie et l'art-thérapie à dominante musicale

a) Une définition de la musicothérapie semble être importante à donner

Ma dominante étant musicale, il me semble nécessaire de différencier l'Art-thérapie à dominante musicale de l'Ecole de Tours, et la musicothérapie de l'Ecole de Nantes.

Selon Edith Lecourt, co-fondatrice de la Fédération Française de la Musicothérapie ⁽¹⁹⁾, définit la musicothérapie comme une forme de psychothérapie ou de rééducation, d'aide psychomusicale selon les cadres considérés, qui utilise le son et la musique sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication de structuration, d'analyse de la relation. Elle est pratiquée en groupe comme individuellement, avec des enfants, comme avec des adultes.

17° E. Lecourt, La Musicothérapie, édition Eyrolles, 2010

18° Assabgui, La Musicothérapie, Paris, J.Grancher, 1990

19 : E. Lecourt, La musicothérapie, édition Eyrolles, 2010

Le domaine privilégié de l'utilisation de la musicothérapie est le secteur de la santé mentale, puis de la rééducation et du social. Les personnes bénéficiant de cette pratique présentent des troubles psycho affectifs, sensoriels, physiques, mentaux et neurologiques.

Deux méthodes distinctes de formes de musicothérapie utilisant les sens, l'esprit, et le corps sont observées ; les écoutes auditives appelée musicothérapie réceptive ou passive, et la pratique musicale appelée musicothérapie active.

La musicothérapie se différencie de l'art-thérapie à dominante musicale, car son objectif est d'offrir aux patients, la possibilité d'un développement personnel et une ouverture relationnelle. Alors que le modèle de Tours permet aux patients d'acquérir des compétences artistiques et de donner des effets esthétiques à la production artistique.

Enfin, la musicothérapie intervient sur le domaine du relationnel en se référant au domaine psychique et non médical, comme en art-thérapie où là, nous traitons directement les soins aux corps.

Cependant, afin de répondre aux attentes de chaque patient, le modèle de Tours propose par la formation continue des formations courtes supplémentaires.

b) L'Art-thérapeute doit donc suivre l'approche de l'école de Tours permettant et préconisant plusieurs dominantes artistiques

Les arts-plastiques, la musique, les arts graphiques, les arts d'animation, et de spectacles, les arts décoratifs, les arts de l'image et les arts littéraires⁽²⁰⁾ sont tous des techniques artistiques pouvant être utilisés et adaptés à chaque patient.

L'art-thérapeute travail sur le champ des émotions et repose sur l'observation des effets produits d'une activité artistique. Avoir une technique artistique dominante n'est pas suffisante. Car l'art-thérapeute doit être capable d'adapter une activité artistique selon la personne, sa pathologie, sa sensibilité et aussi selon un moment donné dans l'accompagnement thérapeutique.

Toutefois, avoir des bases solides dans une autre activité artistique que sa dominante demande un apprentissage. L'école de Tours permet de s'ouvrir à d'autres techniques artistiques par la proposition de formation supplémentaire. Il est très utile à l'Art-thérapeute d'y participer pour qu'il soit capable de s'adapter au mieux à chaque personne présentant divers handicaps.

Ainsi, il faut donner de l'importance à ce que l'art-thérapeute tende à avoir une pluri-technicité artistique qu'il devra être capable de transmettre aux personnes handicapées de manière simple et claire afin de réactiver leurs capacités physiques et mentales dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

20 : R. Forestier, Tout savoir sur l'Art-thérapie, édition Favre, 2007

Tableau de Synthèse

Art-thérapie à dominante musicale selon le modèle de Tours	Musicothérapie selon le modèle de Nantes
Privilégie les séances individuelles L'art-thérapeute travaille sur le champ des émotions, sur l'expression de la personne. Le modèle théorique est l'art opératoire, appelé aussi théorie des trois B : le Beau, le Bien, et le Bon qui permet une auto-évaluation Outils d'évaluation propre à l'art-thérapeute est composé d'items regroupés sous forme de faisceaux insérés dans fiche d'observation, puis analysé par graphique, suivi d'une synthèse Observation des réactions de la personne pendant le phénomène artistique : intention-action-production, sur des faits précis et ciblés. L'art-thérapeute va placer la musique en tant que médiateur et en tant qu'outil d'évolution L'art-thérapeute accompagne le résident dans la réalisation d'une production artistique orientée vers l'esthétique afin de restaurer la qualité existentielle de la personne	Plus de séances en groupe qu'individuelles Le musicothérapeute maintient la communication de la personne L'analyse du contenu des séances du musicothérapeute peut aller jusqu'à l'interprétation Absence d'auto-évaluation Absence d'outils évaluatifs. L'évaluation est rédigée, suite aux notes des éléments essentiels observés pendant la séance. Elle reste globale. Le musicothérapeute utilise le monde sonore comme interface de communication. Le musicothérapeute tente de maintenir des moyens de communication et de relation sans de recherche esthétique, ni de production artistique

Conclusion

Les personnes handicapées et polyhandicapées demandent une attention particulière pour qu'ils s'épanouissent dans leurs lieux de vie. Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Saules » tente de répondre à leurs attentes.

Ces personnes viennent vivre au foyer par obligation ou par nécessité. Leurs parents ou tuteurs, quelques fois décédés ou séparés, ne sont pas en mesure de les accompagner dans leur vie. Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire du foyer tend à tenir compte de leurs envies, de leurs aspirations culturelles afin de développer leurs personnalités.

Il me paraît essentiel de dire qu'une personne handicapée est un être humain avant tout.

Cette étude valide mon hypothèse du départ étant : un atelier d'art-thérapie à dominante musicale peut améliorer la qualité de vie des personnes adultes ayant divers handicaps, résidant dans un FAM.

L'accompagnement en art-thérapie ne se fait pas sans une relation de confiance. La personne doit se sentir en sécurité avec l'art-thérapeute et doit être reconnue comme une personne singulière.

A travers cette étude, nous avons pu remarquer que l'Art est un moyen thérapeutique pour exploiter l'Art comme vecteur d'expression vers l'esthétique.

Par l'art-thérapie, les adultes handicapés sont accompagnés dans la réalisation d'œuvre d'art ce qui libère leurs émotions et leurs ressentis. Ils se sentent capable, se sentent valoriser, et prennent plaisir à faire et à s'investir une activité artistique à but thérapeutique.

Ainsi, par la musique, les personnes handicapées et polyhandicapées retrouvent une estime de soi, et une affirmation de soi ce qui ravive la qualité existentielle de ces personnes.

Enfin, pour que l'art-thérapeute réponde le plus bénéfiquement possible aux attentes de toutes personnes handicapées ou polyhandicapées, enfants ou adultes, il est nécessaire de se former à d'autres techniques artistiques que sa dominante. Et, il me semblait important de mettre un accent sur les différences entre l'art-thérapie à dominante musicale et la musicothérapie.

L'art-thérapie à dominante musicale donne l'envie du bien-être, donc d'aller bien. Cette profession est complémentaire dans l'équipe pluridisciplinaire et transdisciplinaire de soins. Et est particulièrement indiqué pour les troubles de l'expression, de la communication, et de la relation.

Références Bibliographiques

SUR LE HANDICAP :

Collection dirigée par Michel Soulé, L'enfant déficient mental polyhandicapé, Quelle réalité, quels projets, 1996

Dalla Piazza Serge et Godefroid Bénédicte, La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi, Bruxelles, 2004

Déficiences motrices et situations de handicap, édition APF, 2002

Trainor L.J, Schmidt L.A, Processing emotions induced by music, The cognitive neuroscience of music, I. Peretz, R. Zatorre, Oxford Press University, 2003

Zucman Elizabeth, Accompagner les personnes polyhandicapées, Réflexions autour des apports d'un groupe d'étude, édition CTNERHI, 1998

SUR L'ART :

Colloque APF, Etudes et Recherches, Si on chantait

Dauphin C, Le dictionnaire de la musique de J.J Rousseau, Bern : Peter Lang, 2008

Forestier Richard, Tout savoir sur l'art occidental, édition Favre, Lausanne, 2004

Forestier Richard, Tout savoir sur l'art-thérapie, édition Favre, 2007

Kant E, Critique de la faculté de juger esthétique, édition Gallimard, Paris, 1985

Lecourt Edith, La musicothérapie, édition Eyrolles, 2010

Platon, Les lois, édition la nouvelle revue française, Paris, 1942

Platon, Le phèdre, édition Flammarion, Paris, 1992

Sacks Oliver, Musicophilia, la musique, le cerveau et nous, édition Seuil, 2009

Ulrich Michels, Guide illustré de la musique, édition Fayard, 2001

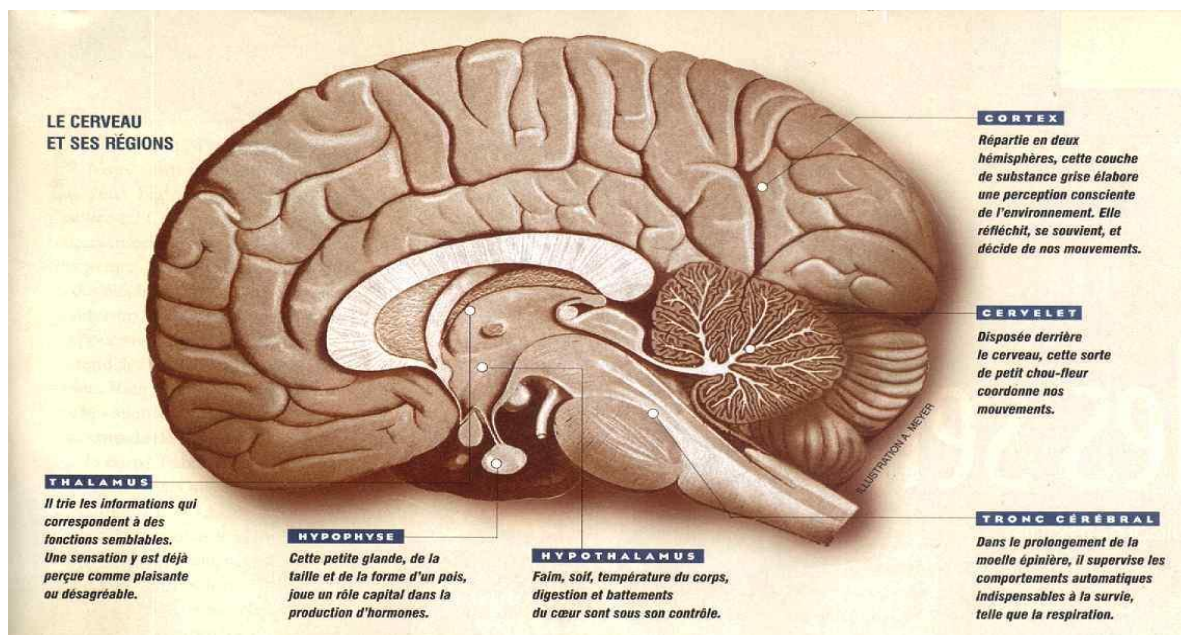
MEMOIRES DE FIN D'ETUDES DU DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ART-THERAPIE :

Guédon Maryse, La valorisation du potentiel expressif et relationnel de la personne polyhandicapée adulte par des séances d'art-thérapie à dominante musique, 2008

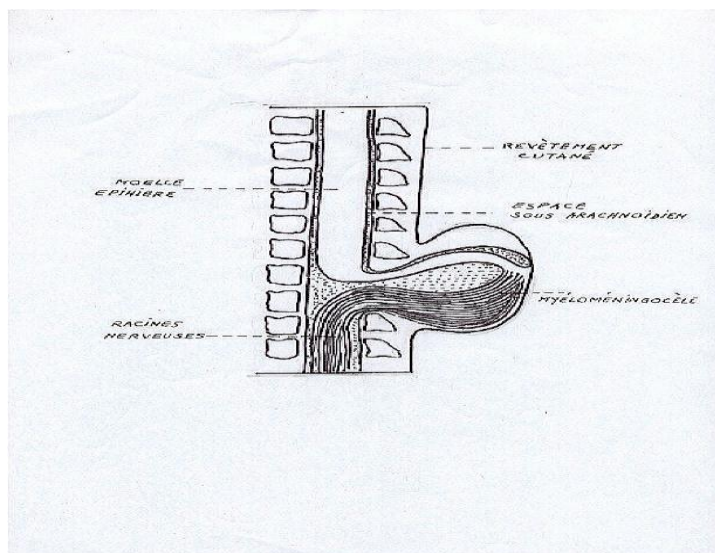
Perruisseau-Carrier Françoise, Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'infirmités motrices cérébrales, 2011

Rousselet Gaylord, Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de jeunes filles porteuses d'une infirmité motrice cérébrale, 2008

Annexe 1 : Schéma du cerveau et ses régions



Annexe 2 : Schéma de la malformation de la moelle épinière touchée par un Spina Bifida miéloméningocèle



Annexe 3 : Exemple d'une fiche d'ouverture

Prénom :

Résident depuis :

Age :

Prise en soin depuis :

Nombre de séances par semaine :

Indication :

Anamnèse :

Traitement :

Appareillage

Prise en soin complémentaire :

Relation familiale :

Activités ludiques :

Autonomie

Expression :

Communication :

Relation :

Objectif du projet individuel :

Objectifs généraux art-thérapeutique :

Autre prise en charge paramédicale :

Intention sanitaire du résident :

Intention artistique du patient :

Annexe 4 : Exemple d'une fiche d'observation

GENERALITES

Nom-Prénom :	N° de séance :
Séance individuelle : oui / non	Durée de la séance :
Technique artistique :	Météo :
Phénomènes associés :	Ambiance générale :
Humeur : enthousiaste / bonne humeur / mauvaise humeur	
Elément important depuis la dernière séance :	

PHENOMENE ARTISTIQUE :

INTENTION : (implication pour l'activité)

Déplacement pour la séance

- Vient seul
- Vient accompagner
- Refuse de venir

Installation dans la salle

- Attend tranquillement
- Attend impatiemment
- S'en va

Intérêt

- Enthousiasme
- Hésitant
- Réticent

Volonté

- Forte
- Moyenne
- Faible/non perçue

Humeur à l'arrivée

- Souriant
- Détendu
- Crispé
- Autres

Humeur à la fin de la séance

- Souriant
- Détendu
- Crispé
- Autres

Production

- Instrumentale
- Vocale
- Contemplateur

Verbalise une envie artistique

- Souvent
- Peu
- Jamais

Prise d'initiative

- Régulièrement
- Peu
- Jamais

ACTION : (Investissement mentale et corporel)

Maintien de l'attention

- Forte
- Moyen
- Dispersé

Participation

- Spontanée
- Sollicitée
- Hésitante
- Aucune/Refusée

Tension nerveuse

- Dynamique
- Calme
- Manque d'enthousiasme
- Préoccupée

CAPACITE ESTHETIQUE

Exprime ses goûts

- Régulièrement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Recherche esthétique

- Prends des initiatives
- Applique les consignes
- N'applique pas les consignes
- Indifférence

Exprime son plaisir

- Plaisir rayonnant
- Peu de plaisir
- Indifférence
- Déplaisir

Dynamique entre Art 1 et Art 2

- Reste dans l'Art 1
- Passage dans l'Art 2

CAPACITE RELATIONNELLE :

Qualité de la communication

- Entièrement verbale
- Verbale avec mimique
- Mimes
- Verbale non compréhensible

Mode de relation envers l'art-thérapeute

- Cordiale
- Respect
- Indifférence
- Autre

Séparation patient/art-thérapeute

- Regrettée
- Polie
- Indifférente
- Soulagée

BILAN :

Objectif séance

- Atteint
- Evolution importante
- Evolution
- Sans évolution
- Régression

Projet

- Atteint
- Poursuivi
- Modifié
- Abandonné

Durée du projet

- 1 séance
- 1 à 5 séance
- 5 à 10 séance
- + de 10 séances

Limites atteintes et modifications à apporter : _____

Items particuliers révélés à l'occasion de la séance : _____

Notes diverses : _____

Annexe 5 : Les 14 besoins fondamentaux de V.HENDERSON

1 : BESOIN DE RESPIRER : Respirer est une nécessité de l'être vivant qui constitue à capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et à rejeter le gaz carbonique, produit de la combustion cellulaire. Les voies respiratoires perméables et l'alvéole pulmonaire permettent de satisfaire ce besoin.

2 : BESOIN DE BOIRE ET DE MANGER : Boire et manger est une nécessité pour tout organisme d'ingérer et d'absorber des aliments de bonne qualité, en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus, et maintenir son énergie indispensable à son bon fonctionnement.

3 : BESOIN D'ELIMINER : éliminer est la nécessité qu'a l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les fèces, et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. De même, la menstruation est une élimination de substances inutiles chez la femme nubile non enceinte.

4 : BESOIN DE SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE : Se mouvoir et maintenir une bonne posture est une nécessité pour tout être vivant d'être en mouvement, de mobiliser toutes les parties de son corps par des mouvements coordonnés et de les garder bien alignées pour permettre l'efficacité des différentes fonctions de l'organisme. La circulation sanguine est favorisée par les mouvements et les activités physiques.

5 : BESOIN DE DORMIR ET DE SE REPOSER : dormir et se reposer est une nécessité pour tout être humain de prendre du sommeil et du repos dans de bonnes conditions, en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme d'obtenir son plein rendement.

6 : BESOIN DE SE VETIR ET DE SE DEVETIR : se vêtir et se dévêtir est une nécessité propre à l'individu de porter des vêtements adéquats selon les circonstances. pour protéger son corps de la rigueur des climats (froid, chaud, humidité) et permettre une liberté de mouvements.

7 : BESOIN DE MAINTENIR LA TEMPERATURE CORPORELLE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES : Maintenir la température du corps dans les limites normales est une nécessité pour l'organisme de conserver une température à un degré à peu près constant (l'écart normal chez l'adulte en santé se situe entre 36,1° et 38°) pour maintenir dans un état de bien-être.

8 : BESOIN D'ETRE PROPRE, SOIGNE ET PROTEGER SES TEGUMENTS : être propre, soigné, et protéger ses téguments (peau et muqueuses) est une nécessité pour l'individu de garder son corps propre, d'avoir une apparence soignée et de maintenir la peau saine afin qu'elle puisse jouer son rôle de protection contre toute introduction dans l'organisme de poussières, de microbes, etc....

9 : BESOIN D'EVITER LES DANGERS : éviter les dangers est une nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression interne ou externe pour maintenir son intégrité physique et psychologique. 1

10 : BESOIN DE COMMUNIQUER : le besoin de communiquer est une nécessité qu'a l'être humain d'échanger avec ses semblables. Il met en branle un processus dynamique verbal et non verbal permettant à des personnes de se rendre accessibles l'une à l'autre, de parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations.

11 : BESOIN D'AGIR SELON SES CROYANCES ET SES VALEURS : Agir selon ses croyances et ses valeurs est une nécessité pour tout individu de poser des gestes, des actes conformes à sa notion personnelle du bien et du mal, et de la justice, et à la poursuite d'une idéologie.

12 : BESOIN DE S'OCCUPER EN VUE DE SE REALISER : s'occuper en vue de se réaliser est une nécessité pour tout individu d'accomplir des activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins ou d'être utile aux autres. Les actions que l'individu accomplit lui permettent de développer son sens créateur et d'utiliser son potentiel au maximum. La gratification que l'individu reçoit à la suite de ses actions peut lui permettre d'en arriver à un plein d'épanouissement.

13 : BESOIN DE SE RECREER : Se récréer est une nécessité pour l'être humain de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique.

14 : BESOIN D'APPRENDRE : Apprendre est une nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour la modification de ses comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE - TOURS
&
AFRATAPEM

Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en
Pédagogie et Médecine

Soutenu en 2011

Par : **Angèle Mesnil**

**Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale
au sein d'un foyer d'accueil médicalisé.**

Résumé : À travers ce mémoire nous souhaitons relater une expérience d'art-thérapie à dominante musicale au sein du foyer d'accueil médicalisé « Les Saules », situé à Magny les Hameaux, dans les Yvelines. Ce foyer accueille des personnes adultes dont les possibilités physiques et mentales ne permettent pas une autonomie suffisante pour assumer seule leur vie quotidienne. Leurs divers handicaps peuvent engendrer des troubles de l'expression, de la communication et de la relation, ce qui peut altérer le bien-être de la personne. Or, une proposition de soin originale qui est l'art-thérapie peut s'avérer bénéfique auprès de ce public. En effet, par l'activité musicale nous pouvons prétendre à restaurer l'estime de soi. Ce mémoire nous amène donc à réfléchir sur la place de l'art-thérapeute au sein d'une structure accueillant des personnes handicapées, et sur les techniques artistiques les plus adaptées auprès de ces personnes.

Mots clés : art-thérapie, personnes handicapées, expression, musique, bien-être.

Summary: The purpose of this dissertation is to describe a music-based art therapy experience within a medical nursing home called "Les Saules" and located in Magny-les-Hameaux, in the Yvelines department. This nursing home welcomes adults whose physical and/or mental health affects their ability to remain independent in daily activities. Their various disabilities can lead to non-verbal and verbal communication and relation disorders, which are likely to affect their well-being. In this context, it is important to consider that art-therapy, a new approach to healthcare, may prove beneficial to the nursing home residents. It is now widely accepted that musical activity can help restore self-esteem. This dissertation will therefore encourage us to reflect both on the place of art therapist within a healthcare facility which is home to disabled people, as well as on the art techniques that are most suited to their needs.

Keywords: art therapy, disabled people, non-verbal communication, music, well-being.