

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS  
UFR DE MÉDECINE – TOURS**

**&**

**AFRATAPEM**

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

**UN ATELIER D'ART-THERAPIE  
A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES  
D'ADULTES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire  
d'Art-thérapie  
De la Faculté de Médecine de TOURS**

**Présenté par Françoise PERRUISSEAU-CARRIER**

**Année 2011**

**Sous la direction de :  
Thierry AUREGAN  
Art-thérapeute  
Diplômé de l'Université de TOURS**

**Lieu de stage :  
M.A.S  
« Les Mélisses »  
72230 MULSANNE**

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie les résidents de la M.A.S « Les Mélisses » ainsi que les membres du personnel, pour leurs coopérations et leurs soutiens.

Je remercie tout particulièrement ma responsable de stage Madame Lopez Manuella et mes directeurs, de mémoire Monsieur Aurégan Thierry et de pédagogie Monsieur Forestier Richard pour leur disponibilité et leurs conseils lors de la rédaction de mon mémoire.

Je n'oublie pas toutes les personnes qui m'ont encouragée, soutenue et aidée au cours de ces deux ans de formation en art-thérapie.

## PLAN

Remerciements.....	1
Plan .....	2
Glossaire .....	6
Introduction .....	7
<b>1<sup>ère</sup> Partie : Un atelier d'art-thérapie peut aider l'adulte atteint d'une Infirmité Motrice Cérébrale (I.M.C) à améliorer sa qualité existentielle.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 L'adulte atteint d'une I.M.C souffre d'un manque d'autonomie qui pénalise sa qualité existentielle.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.1 La personne atteinte d'une I.M.C est en situation de handicap.....</b>	<b>9</b>
1.1.1.1 Le handicap se définit à partir de deux modèles.....	9
1.1.1.2 Les origines des I.M.C sont nombreuses et mieux connues.....	10
1.1.1.3 La connaissance du fonctionnement du cerveau permet de comprendre le dysfonctionnement de celui de la personne atteinte d'une I.M.C .....	10
<b>1.1.2 Différents troubles caractéristiques de l'I.M.C affectent la personne dans son autonomie.....</b>	<b>11</b>
1.1.2.1 Des troubles moteurs pénalisent son autonomie physique .....	11
1.1.2.2 Aux troubles moteurs s'ajoutent des troubles associés qui perturbent ses échanges avec le monde extérieur .....	12
1.1.2.3 L'ensemble de ces troubles entraîne une souffrance psychique.....	12
<b>1.1.3 L'altération de l'autonomie physique, sociale et mentale pénalise la qualité existentielle de la personne atteinte d'une I.M.C .....</b>	<b>13</b>
1.1.3.1 La qualité existentielle se définit par deux notions .....	13
1.1.3.2 L'altération de la bonne santé peut avoir des conséquences sur le bien-être .....	14
1.1.3.3 Le manque d'autonomie physique, sociale et mentale altère la qualité existentielle ....	14
<b>1.2 La pratique d'une activité artistique peut favoriser le développement de l'autonomie de l'adulte atteint d'une I.M.C.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.1 L'Art est une activité humaine qui met en jeu le processus d'impression et d'expression orientée vers l'esthétique.....</b>	<b>14</b>
1.2.1.1 L'Art s'associe aux activités de l'être humain .....	14
1.2.1.2 L'Art procure chez l'être humain des sensations et des émotions.....	15
1.2.1.3 L'Art peut permettre à l'être humain d'extérioriser ses pensées par le plaisir esthétique.....	15
1.2.1.4 L'œuvre d'Art peut favoriser la communication et la relation.....	16
<b>1.2.2 Les arts plastiques peuvent aider l'adulte atteint d'une I.M.C à développer son autonomie .....</b>	<b>16</b>
1.2.2.1 Les arts plastiques permettent à l'adulte atteint d'une I.M.C de stimuler ses sens .....	16
1.2.2.2 Les arts plastiques amènent l'adulte atteint d'une I.M.C à mettre son corps en mouvement .....	17
1.2.2.3 Cet élan corporel permet à l'adulte atteint d'une I.M.C de pratiquer une technique dans le but de réaliser une production artistique.....	17
1.2.2.4 Le cheminement artistique a pu développer son autonomie physique, améliorer ses échanges avec le monde extérieur et engendrer une satisfaction personnelle qui l'aide à diminuer ses souffrances psychiques.....	19
<b>1.3 L'art-thérapie à dominante arts plastiques impliquant le corps et l'esprit peut valoriser l'autonomie de l'adulte atteint d'une I.M.C et participer à l'amélioration de sa qualité existentielle.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3.1 L'art-thérapie est une discipline thérapeutique originale .....</b>	<b>19</b>
1.3.1.1 L'art-thérapie stimule le domaine de l'esthésie.....	20

1.3.1.2 L'art-thérapie aide à retrouver du plaisir par l' Art.....	20
1.3.1.3 L'art-thérapie suscite le potentiel physique existant .....	20
1.3.1.4 L'art-thérapie s'inscrit dans un programme de soins .....	20
<b>1.3.2 L'art-thérapie, selon le modèle de l'école de Tours, s'appuie sur l'opération artistique qui permet de considérer la personne dans sa globalité .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.3 L'auto-évaluation est un élément essentiel dans l'accompagnement d'un adulte atteint d'une I.M.C pour favoriser l'amélioration de sa qualité existentielle.....</b>	<b>21</b>
<b>2<sup>ème</sup> Partie : Un stage pratique d'art-thérapie est réalisé au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée «Les Mélisses» auprès d'adultes atteints d'une I.M.C.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Les «Mélisses» est une Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S) moderne conçue pour répondre aux besoins de personnes en situation de handicap.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.1 Une Maison d'Accueil Spécialisée «Les Mélisses» est implantée au cœur d'une ville .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.2 «Les Mélisses» offre différents types d'hébergement .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.3 De nombreux professionnels travaillent en collaboration .....</b>	<b>23</b>
2.1.3.1 Une équipe pluridisciplinaire accompagne les résidents au quotidien .....	23
2.1.3.2 Le projet personnalisé d'accompagnement du résident est élaboré par le résident et l'équipe .....	24
<b>2.1.4 «Les Mélisses» propose un atelier d'art-thérapie autour des arts visuels et des arts plastiques ainsi qu'un atelier de musicothérapie .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Un protocole thérapeutique s'élabore en équipe pluridisciplinaire à partir du projet personnalisé d'accompagnement du résident.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.1 L'indication médicale est en lien avec l'orientation du projet d'établissement de la M.A.S .....</b>	<b>25</b>
2.2.1.1 Une phase d'observations et d'échanges est nécessaire pour mon intégration au sein de la M.A.S «Les Mélisses» .....	25
2.2.1.2 Un accompagnement en art-thérapie nécessite une indication médicale.....	25
<b>2.2.2 Le cadre thérapeutique s'établit en respectant l'emploi du temps des résidents .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.3 La fiche d'ouverture recueille des données générales et spécifiques concernant le résident.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.4 La stratégie thérapeutique s'élabore en s'appuyant sur l'opération artistique .....</b>	<b>26</b>
2.2.4.1 Elle prend en compte l'état de base du résident, les objectifs fixés et les moyens utilisés.....	26
2.2.4.2 Cette stratégie thérapeutique s'élabore au regard de l'opération artistique.....	27
<b>2.2.5 Des outils d'observation et d'évaluation permettent le suivi thérapeutique .....</b>	<b>27</b>
2.2.5.1 La fiche d'observations adaptée à chaque accompagnement contient les éléments nécessaires pour évaluer le suivi thérapeutique .....	27
2.2.5.2 Les items ont une cotation quantitative ou qualitative .....	27
2.2.5.3 Les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire permettent d'avancer et de réajuster la démarche thérapeutique .....	27
<b>2.2.6 Les bilans sont transmis à l'équipe pluridisciplinaire afin d'apporter des informations nécessaires à la continuité du projet personnalisé du résident.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 Un accompagnement en art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de deux adultes atteints d'une I.M.C montre l'intérêt de cette discipline au sein de la M.A.S «Les Mélisses» .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.1 La diminution de l'envie de participer à la vie de la M.A.S de Mr. R a motivé un accompagnement en art-thérapie .....</b>	<b>28</b>

2.3.1.1	La présentation et l'anamnèse de Mr. R. montrent l'intérêt de l'indication d'un accompagnement en art-thérapie .....	28
2.3.1.2	L'objectif général de l'accompagnement en art-thérapie est de restaurer son estime de soi en lui redonnant confiance pour qu'il retrouve l'envie de s'investir et qu'il gagne de l'autonomie pour améliorer sa qualité de vie.....	28
2.3.1.3	Mr. R bénéficie de 14 séances collectives dont les 4 premières permettent d'amorcer le travail d'observation.....	28
2.3.1.4	A partir de ces observations, des items sont élaborés.....	32
2.3.1.5	L'évaluation des items révèle la pertinence de l'accompagnement en art-thérapie et permet de le réajuster .....	34
2.3.1.6	Le bilan permet de montrer les bénéfices et les perspectives de l'accompagnement en art-thérapie de Mr. R .....	36
<b>2.3.2</b>	<b><i>L'accompagnement en art-thérapie de Mme. J est proposé pour améliorer son expression, sa communication et sa relation perturbées par l'absence de langage verbal et de ses troubles de la motricité</i></b> .....	<b>37</b>
2.3.2.1	La présentation et l'anamnèse de Mme. J montrent l'intérêt de l'indication d'un accompagnement en art-thérapie.....	37
2.3.2.2	L'objectif général de l'accompagnement en art-thérapie est de renforcer sa confiance en elle en développant son plaisir esthétique pour améliorer sa qualité existentielle.....	37
2.3.2.3	Mme. J bénéficie de 5 séances collectives et de 9 séances individuelles .....	38
2.3.2.4	Les items sont élaborés suite aux observations .....	40
2.3.2.5	L'évaluation des items révèle la pertinence de l'accompagnement en art-thérapie et permet de le réajuster.....	42
2.3.2.6	Le bilan permet de montrer les bénéfices et les perspectives de l'accompagnement en art-thérapie de Mme. J .....	44
<b>2.4</b>	<b>Le bilan de mon expérience pratique suscite une réflexion sur la complexité dans l'accompagnement d'adultes atteints d'une I.M.C.....</b>	<b>45</b>
	<b>Introduction de la 3<sup>ème</sup> partie.....</b>	<b>46</b>
<b>3<sup>ème</sup> Partie :</b>	<b>La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques sont deux disciplines distinctes mais complémentaires pour participer à l'amélioration de la qualité existentielle des adultes atteints d'une I.M.C... 47</b>	<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>La musicothérapie de l'atelier de Bordeaux, de l'institut de Nantes et l'art-thérapie de l'école de Tours ont leurs spécificités.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1.1</b>	<b><i>L'approche de la musicothérapie est différente selon les établissements</i></b> .....	<b>47</b>
3.1.1.1	L'atelier de Bordeaux est fondé sur le concept de l'isolement.....	48
3.1.1.2	L'institut de musicothérapie de Nantes s'appuie sur la définition d'Edith Lecourt co-fondatrice de la Fédération Française de Musicothérapie (F.F.M).....	48
<b>3.1.2</b>	<b><i>L'approche de l'art-thérapie de l'école de Tours préconise plusieurs dominantes artistiques</i></b> .....	<b>49</b>
3.1.2.1	Les fondements de l'école de Tours sont communs à toutes les dominantes artistiques.....	49
3.1.2.2	Une dominante musique suscite des émotions instantanées.....	50
3.1.2.3	Une dominante arts plastiques demande des compétences spécifiques.....	51
<b>3.2</b>	<b>Le musicothérapeute et l'art-thérapeute à dominante musique et/ou à dominante arts plastiques ont des outils thérapeutiques distincts qui peuvent améliorer la qualité existentielle des adultes atteints d'une I.M.C .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2.1</b>	<b><i>L'analyse de deux mémoires de musicothérapie mettra en évidence la méthode de travail du musicothérapeute</i></b> .....	<b>52</b>

3.2.1.1 Le mémoire de musicothérapie de Charlène Morice s'appuie sur le concept de l'atelier de Bordeaux.....	52
3.2.1.2 Le mémoire de musicothérapie de Dominique Praizelin s'appuie sur les fondements de l'institut de Nantes .....	53
<b>3.2.2 <i>L'analyse de deux mémoires d'art-thérapie de l'école de Tours mettra en évidence la méthode de travail de l'art-thérapeute à dominante arts plastiques et musique</i></b> .....	<b>53</b>
3.2.2.1 Le mémoire d'art-thérapie à dominante arts plastiques de Céline Michaut rapporte une expérience auprès d'adultes Infirmes Moteurs Cérébraux au sein d'une M.A.S....	53
3.2.2.2 Le mémoire d'art-thérapie à dominante musique de Gaylord Rousselet relate une expérience auprès de jeunes filles porteuses d'une I.M.C au sein d'un I.E.M .....	54
<b>3.2.3 <i>Un tableau montrera les points communs et les divergences de chaque Discipline</i></b> .....	<b>55</b>
<b>3.3 La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique peuvent avoir des limites dans leur pratique</b> .....	<b>58</b>
3.3.1 <i>En référence au paragraphe 2.4, la pratique des arts plastiques peut être discutable dans certains cas</i> .....	58
3.3.2 <i>L'expérience du mémoire à dominante arts plastiques de l'étudiante de l'école de Tours apporte un autre point de vue</i> .....	59
3.3.3 <i>Les deux mémoires de musicothérapie et le mémoire d'art-thérapie à dominante musique permettent d'appréhender les limites de la musicothérapie</i> .....	59
3.3.4 <i>Un bilan des différents points de vue met en évidence les limites de ces disciplines</i>	59
<b>3.4 Des points communs apparaissent entre la musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique</b> .....	<b>60</b>
<b>3.5 La musicothérapie issue de l'atelier de Bordeaux et l'art-thérapie à dominante arts plastiques issue de l'école de Tours peuvent être complémentaires</b> .....	<b>60</b>
3.5.1 <i>La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques doivent répondre aux besoins des résidents</i> .....	60
3.5.2 <i>La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques répondent aux besoins des résidents par leurs spécificités</i> .....	61
3.5.3 <i>La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent être complémentaires</i> .....	63
<b>3.6 Un support pourrait être mis en place, à la M.A.S «Les Mélisses», pour mieux définir l'accompagnement en musicothérapie ou en art-thérapie à dominante arts plastiques afin d'aider les adultes atteints d'une I.M.C à améliorer leur qualité existentielle</b> .....	<b>65</b>
3.6.1 <i>Le choix du résident ne peut pas toujours être respecté</i> .....	65
3.6.2 <i>L'indication médicale pour les séances de musicothérapie et/ou d'art-thérapie à dominante arts plastiques est faite de manière informelle</i> .....	65
3.6.3 <i>Un support commun à l'équipe pluridisciplinaire permettrait de travailler un objectif global cohérent, en tenant compte des souhaits du résident, de ses aptitudes et de ses besoins</i> .....	66
<b>Conclusion</b> .....	<b>67</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>
<b>Liste des graphiques et illustrations</b> .....	<b>71</b>
<b>Listes des Annexes</b> .....	<b>72</b>

## GLOSSAIRE

**Agnosie :** Relatif au mot gnose du grec *gnose, gnôsis* (connaissance). C'est la perte de la reconnaissance des objets, du corps ou de l'espace extracorporel.

**Athétosique :** C'est un trouble du contrôle postural avec des mouvements involontaires lents, ondulants et de faible amplitude, prédominant à la tête, aux mains et aux pieds.

**Chamanisme :** Pratiqué par le chamane « C'est une technique archaïque de l'extase au cours de laquelle l'âme est censée quitter le corps pour voyager dans le monde des esprits ».

**Dyspraxie :** Vient du grec *dys* (difficulté) et de *praxis* (action). C'est un défaut de planification ou de pré-planification des gestes volontaires de la fonction sensori-motrice.

**Dystonique :** C'est la crispation des muscles dès qu'un mouvement débute (contractures).

**Fonctions cognitives :** Ce sont les fonctions intellectuelles (le langage, les praxies, lesgnosies etc.) qui permettent l'acquisition des connaissances.

**Gnosique :** Ce sont les perceptions permettant la reconnaissance d'un objet ou d'un sujet.

**Ictère nucléaire :** (jaunisse) C'est l'augmentation du taux de bilirubine dans le sang qui est une substance toxique pour les noyaux « nucléaire » gris centraux.

**Image de soi :** C'est l'idée que chacun se fait de son identité physique (apparence), psychologique et sociale et qui peut en retour influencer sur son comportement.

**Licorne :** C'est un casque rigide adapté à la personne, muni d'une tige frontale en fer sur laquelle on peut fixer pinceaux, crayons...

**Médium :** En arts plastiques, c'est le matériau utilisé pour créer une œuvre d'art, tels que la peinture acrylique, le granite, l'aquarelle, le bois, etc. On parle aussi de **médiums traditionnels** qui sont les fondements de la pratique, la peinture, le dessin et la sculpture.

**Perception :** C'est l'action, la fonction par laquelle l'esprit se représente les objets.

**Polyhandicapé :** C'est un handicap grave à expressions multiples associant toujours une déficience motrice et intellectuelle sévère ou profonde.

**Praxique :** Relatif à la praxie c'est l'ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée.

**Projet d'établissement ou institutionnel :** Il gère l'ensemble matériel et moral de la structure dans son intérêt et suivant certains principes et valeurs.

**Projet individualisé :** Il relève d'une décision de l'institution et non de la personne. Il répond à un groupe de personnes ayant les mêmes demandes.

**Projet personnalisé d'accompagnement :** Il transforme le projet personnel c'est-à-dire les attentes, les aspirations, les désirs et les plaisirs exprimées par la personne.

**Sensation :** C'est le reflet dans la conscience d'une réalité extérieure, dû à l'activation des organes des sens.

**Spasticité :** C'est l'exagération du réflexe d'étirement musculaire, dépendante de la vitesse de l'étirement, liée à une hypertonie.

**Visuo-spatiale :** Ce sont les fonctions permettant de s'orienter dans l'espace, de percevoir les objets de notre environnement et de les organiser en une scène visuelle cohérente, d'imaginer mentalement un objet physiquement absent.

## INTRODUCTION

Pendant plus de vingt ans, j'ai exercé le métier d'infirmière au sein d'une équipe pluridisciplinaire où j'ai contribué à soigner des patients atteints de diverses pathologies et traumatismes. Je me suis appliquée à répondre à leurs besoins vitaux en privilégiant les relations entre soignants et soignés mais aussi entre soignants. Au fil des années, j'ai observé une dégradation de ces deux relations.

D'un côté, les patients devenaient de plus en plus exigeants, impatientes, en souffrance morale et, de l'autre côté, les soignants s'avéraient fatigués, débordés de demandes, de responsabilités et frustrés de ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer aux patients. La technique prenant le pas sur la relation, il me fallait choisir : continuer à travailler avec un concept de soin qui n'était plus le mien ou changer d'orientation. J'optai pour le changement, tout en restant dans le domaine du soin. Après deux ans de recherches et de réflexion, j'ai découvert l'art-thérapie grâce à deux personnes : mon professeur de peinture et une personne atteinte de la maladie de Parkinson. Bénéficiant de séances d'art-thérapie et ne pouvant plus se déplacer, celle-ci m'a offert, sans me connaître, son invitation pour le congrès international d'art-thérapie de juin 2006. Ce congrès fut un déclic : le métier d'art-thérapeute s'imposa à moi comme une évidence. Ce métier me permettrait de continuer à soigner en retrouvant les valeurs d'une relation humaine par l'intermédiaire de l'Art. Dès cet instant, de nouvelles rencontres, des échanges avec l'infirmière coordinatrice du S.A.M.S.A.H (Service d'Aide Médico-Sociale pour Adultes Handicapés) et avec la directrice de l'A.D.I.M.C 72 (Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux de la Sarthe) m'ont permis d'élaborer un nouveau projet professionnel.

L'intégration dans l'A.D.I.M.C 72 m'a confrontée à la réalité du handicap au quotidien et m'a persuadée de l'intérêt de l'art-thérapie pour contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des adultes atteints d'une infirmité motrice cérébrale (I.M.C). La loi du 11 février 2005 définit le handicap comme étant « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de la santé invalidant ».

Le handicap affecte l'autonomie de la personne qui pénalise sa qualité de vie. Ainsi la personne atteinte d'une I.M.C souffre d'un manque d'autonomie ayant des répercussions sur la construction de sa personnalité. Elle est en quête d'un besoin de reconnaissance. On observe chez la personne I.M.C des difficultés à exprimer ses ressentis, à communiquer avec les autres et à établir des relations. L'art-thérapie est une discipline qui prend en compte la personne dans sa globalité. Ainsi mon travail s'appuie sur ces observations afin d'aider la personne I.M.C à améliorer son autonomie mentale, sociale et physique en développant ses capacités existantes par la pratique des arts plastiques.

Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes sensibles à l'Art et atteints d'une infirmité motrice cérébrale au sein d'une maison d'accueil spécialisée (M.A.S).

La première partie émet l'hypothèse qu'un atelier d'art-thérapie peut aider l'adulte atteint d'une infirmité motrice cérébrale à améliorer sa qualité existentielle. Dans un premier temps, je présente l'infirmité motrice cérébrale, les troubles qui la caractérisent et les pénalités qu'elle entraîne chez l'adulte qui en est atteint. Dans un deuxième temps, nous verrons comment la pratique d'une activité artistique, en particulier les arts plastiques, peuvent favoriser le développement de l'autonomie de l'adulte atteint d'une I.M.C. Enfin un troisième temps permettra de montrer que l'art-thérapie peut valoriser son autonomie et participer à l'amélioration de sa qualité existentielle.

La seconde partie présente la Maison d'Accueil Spécialisée « Les Mélisses » dans laquelle j'ai réalisé mon stage pratique afin d'étayer mon hypothèse. Elle montre la méthode de travail de l'art-thérapeute et l'accompagnement en art-thérapie à dominante arts plastiques effectué auprès de deux adultes atteints d'une I.M.C.

Enfin, la troisième partie est une discussion mettant en avant les points communs et les divergences de la musicothérapie et de l'art-thérapie à dominante arts plastiques. Nous chercherons à déterminer la complémentarité de ces disciplines qui contribuent toutes les deux à améliorer la qualité de vie des adultes atteints d'une I.M.C au sein de la M.A.S « Les Mélisses ».

Au cours de mon mémoire, j'utiliserai le terme « résident » plutôt que « patient » car l'établissement n'est pas médicalisé et les soins dispensés font partie de l'accompagnement des résidents.

### Un atelier d'art-thérapie peut aider l'adulte atteint d'une Infirmité Motrice Cérébrale (I.M.C) à améliorer sa qualité existentielle.

#### 1.1 L'adulte atteint d'une I.M.C souffre d'un manque d'autonomie qui pénalise sa qualité existentielle.

##### 1.1.1 La personne atteinte d'une I.M.C est en situation de handicap.

###### 1.1.1.1 Le handicap se définit à partir de deux modèles.

En 1980, la classification internationale des handicaps (C.I.H) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) permet de décrire le handicap<sup>1</sup> à travers un « modèle médical » qui intègre trois niveaux après avoir déterminé l'état de base (maladie, trouble, accidents ...). Il s'agit de **la déficience** définie par les altérations des organes ou de leurs fonctions physiques ou psychiques. Puis cette déficience induit **des incapacités** déterminées par les difficultés voire les impossibilités à accomplir les activités de la vie quotidienne. Enfin, elles provoquent **des désavantages** sociaux par rapport à l'environnement ou au monde du travail.

En 2001, l'O.M.S apporte une nouvelle typologie du handicap complétant le « modèle médical » par le « modèle social » prenant en compte les problèmes liés à l'environnement et à la place du handicap dans la société.

L'Infirmité Motrice Cérébrale relève bien du handicap puisqu'elle présente une **déficience motrice**, une **incapacité motrice** entraînant un **désavantage** qui se traduit par un manque d'autonomie. Le terme infirmité motrice cérébrale est introduit en France, en 1952 par le neuropédiatre français Guy TARDIEU. Il s'agit de la séquelle de lésions précoces du cerveau en maturation. Ces lésions sont irréparables et non évolutives. Elles se traduisent par des troubles moteurs auxquels peuvent s'ajouter des troubles des fonctions cognitives à différents degrés. Les facultés intellectuelles sont généralement préservées. Cette définition exclut les personnes ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale qui sont regroupées sous le terme d'I.M.O.C (Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale) et les polyhandicapés<sup>2</sup>.

En 2008, une définition internationale est élaborée à partir du terme « Cerebral Palsy » signifiant paralysie cérébrale (P.C) c'est-à-dire atteinte du système nerveux central. Cette définition vise à rechercher une dénomination non stigmatisante qui permet de faire progresser les soutiens à l'autonomie et la reconnaissance de cette pathologie<sup>3</sup>.

*« La paralysie cérébrale ou I.M.C/P.C en France désigne un ensemble de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des atteintes non progressives survenues sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et/ou par des problèmes musculo-squelettiques secondaires »<sup>4</sup>.*

Cette définition met en évidence le modèle médical et le modèle social et relève pleinement de la Loi de 2005 qui donna la notion de personne en situation de handicap plutôt que celle personne handicapée c'est-à-dire d'**une personne autrement capable**.

<sup>1</sup> CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations) Centre collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>2</sup> Truscelli Danièle, Les Infirmités Motrices Cérébrales, Ed. Elsevier-Masson, de l'avant-propos à la p.5.

<sup>3</sup> La Fondation Motrice, Infirmité Motrice Cérébrale/Paralysie Cérébrale/ prospective, Ed.LS, p. 13 à15.

<sup>4</sup> La Fondation Motrice, Infirmité Motrice Cérébrale/Paralysie Cérébrale/ prospective, Ed. LS, p. 16.

Avant d'aborder les faits et les conséquences de ce manque d'autonomie, il est important de connaître ce qui s'est passé en amont pour envisager une prise en charge thérapeutique afin de ne pas faire d'erreur d'appréciation.

#### 1.1.1.2 Les origines des I.M.C sont nombreuses et mieux connues.

Les causes surviennent avant la naissance (anténatale), pendant l'accouchement, dans les premiers moments de la naissance (néonatale) ou après la naissance (postnatale).

Les causes anténatales peuvent être un accident vasculaire cérébral (A.V.C), une malformation cérébrale, une anomalie congénitale majeure ou multiple, des pathologies maternelles (maladies virales, infectieuses, métaboliques...). Récemment, une cause génétique a été envisagée.

Les causes néonatales, principalement à l'origine de l'I.M.C, sont la prématurité c'est-à-dire une naissance survenant avant 37 semaines révolues d'aménorrhée. On peut aussi trouver une cause d'ictère nucléaire\* une souffrance due à un accouchement difficile, une hypoxie (diminution de l'apport d'oxygène), une hémorragie intracérébrale du prématuré. Une anoxie cérébrale peut également se constituer après la naissance lors d'une hémorragie cérébro-méningée, d'une chute de tension, grossesses multiples ou tardives...

Les causes postnatales peuvent être dues à un traumatisme crânien, une méningite... Enfin quelques cas n'ont aucun évènement étiologique se rattachant à une de ces périodes.

La connaissance de ces causes va m'amener à aller plus loin dans mes recherches ; en particulier, sur le fonctionnement du cerveau. Cette démarche me permettra de cerner les déficiences puis de connaître les incapacités dont je tiendrai compte dans l'accompagnement de la personne atteinte d'une I.M.C.

#### 1.1.1.3 La connaissance du fonctionnement du cerveau permet de comprendre le dysfonctionnement de celui de la personne atteinte d'une I.M.C.

Avant d'aborder le dysfonctionnement du cerveau chez les résidents atteints d'une I.M.C/P.C, je fais un bref rappel sur son anatomie et sa physiologie pour mieux comprendre les répercussions de ces lésions sur la vie des résidents.

Le cerveau est la partie principale de l'encéphale. Il est composé de deux hémisphères cérébraux qui sont à l'origine des sensations conscientes, des facultés intellectuelles, des émotions et de la motricité volontaire. Le chef d'orchestre de tout ce réseau complexe de communications est le système nerveux qui contrôle et coordonne toutes les parties du corps. Lui-même est composé du système nerveux central dont fait partie le cerveau et du système nerveux périphérique constitué par les nerfs. Ce système nerveux central (S.N.C) reçoit les informations qui lui sont transmises des organes des sens et des récepteurs sensitifs par l'intermédiaire des nerfs. Il les analyse et les interprète en fonction d'une multitude d'informations qui proviennent de l'extérieur mais aussi de ce que nous sommes (mémoire, motivations, expérience, apprentissage, etc...). Ce traitement de l'information aboutit à une réponse motrice qui est transmise aux muscles, aux glandes et aux organes.

J'aborde maintenant, le dysfonctionnement du cerveau chez une personne atteinte d'une I.M.C. Les perceptions, les interprétations des sensations captées par les récepteurs périphériques de la peau, des muscles, des tendons fonctionnent normalement. Les messages sont corrects jusqu'à la lecture qu'en fait le cerveau lésé. Le problème se situe donc au niveau du traitement de l'information qui donne des réponses faussées entraînant différents troubles suivant les lésions cérébrales. En revanche, les instruments sensoriels que sont l'œil et l'oreille peuvent être altérés par la maladie cérébrale en cause et produire un message faussé dès le départ ce qui entraîne des

problèmes d'expression, de relation et de communication que j'aborderai plus loin<sup>5</sup>. Par ailleurs, le goût, l'odorat ainsi que le toucher peuvent être altérés.

Enfin, cette explication me permet d'en déduire qu'une personne atteinte d'une I.M.C présente des incapacités telles, que des difficultés à faire, à comprendre, à s'exprimer, à voir, à entendre qui entrave son autonomie. Ce qui m'amène à développer les différents troubles, évoqués précédemment, afin de mieux définir ce qui va pénaliser son autonomie et les conséquences sur celle-ci.

### **1.1.2 Différents troubles caractéristiques de l'I.M.C affectent la personne dans son autonomie.**

Avant d'aborder les différents troubles, il est important de définir le terme autonomie. J'ai choisi de me référer à Sylvie ROCQUE, Jocelyne FAILLE, Caroline DROUIN, et Jacques LANGEVIN qui ont mis en commun leurs recherches sur l'autonomie. Ils la définissent comme la capacité d'une personne à décider, à mettre en œuvre ses décisions et à satisfaire ses besoins particuliers sans sujétion à autrui<sup>6</sup>. Ils expliquent par leur analyse qu'une personne en situation de handicap, souvent associé au terme de dépendance, peut être autonome<sup>7</sup> physiquement, mentalement et socialement. C'est un élément important que je prendrai en compte en atelier d'art-thérapie pour améliorer la qualité existentielle des résidents.

#### 1.1.2.1 Des troubles moteurs pénalisent son autonomie physique.

Les troubles moteurs sont les premiers signes cliniques d'I.M.C qui vont être visibles par tous. Le corps de l'infirmes moteur cérébral est déformé par des paralysies. Elles peuvent être complètes ou partielles associées à une spasticité\* des muscles atteints.

Les plus courantes sont<sup>8</sup> :

- des diplégies spastiques appelées aussi « syndrome de LITTLE » (atteinte des deux membres inférieurs plus une atteinte minime des membres supérieurs),
- des tétraplégies ou quadriplégies (atteinte de tout le corps avec une tenue de tête faible),
- des hémiplégies (atteinte unilatérale avec une composante dystonique\*),
- des tétra parésies (paralysie partielle des quatre membres).

A ces paralysies s'ajoutent des mouvements anormaux (dyskinésie) tels que des tremblements, des mouvements volontaires mal contrôlés, des contractions incessantes ne disparaissant que dans le sommeil et des mouvements lents et involontaires survenant au repos (dit aussi forme athétosique). Ainsi tous les gestes du quotidien, se lever, se laver, s'habiller, manger, se coucher... sont difficiles voire impossibles. De plus, l'accomplissement d'actions précises comme l'écriture ou le graphisme est parasité par des troubles de l'organisation gestuelle et du manque de contrôle des mouvements<sup>9</sup>. Les déplacements sont aussi compliqués par une marche instable voire impossible due à des troubles de l'équilibre (ataxie cérébelleuse) induits par des troubles de la coordination, de la statique et la présence de tremblements fins touchant l'extrémité des membres. Enfin la fatigue et les émotions augmentent l'intensité de toutes ces difficultés.

Ces troubles moteurs montrent que l'autonomie d'exécution<sup>10</sup> de la personne atteinte d'une I.M.C est pénalisée et révèle une certaine dépendance. Des aides techniques comme le fauteuil manuel ou le fauteuil électrique y pallient et permettent à certaines personnes de se déplacer seules et librement. Des assiettes, des verres, des couverts etc. adaptés peuvent améliorer les actes de la vie quotidienne. Pour contribuer à augmenter l'autonomie de la personne en situation

<sup>5</sup> Truscelli Danièle, Les Infirmités Motrices Cérébrales, Ed. Elsevier-Masson, de l'avant-propos à la p. 11.

<sup>6</sup> Rocque S, Langevin J, Drouin C, Faille J, « De l'autonomie à la réduction des dépendances », Ed. Nouvelles, p. 39.

<sup>7</sup> Rocque S, Langevin J, Drouin C, Faille J, « De l'autonomie à la réduction des dépendances », Ed. Nouvelles.

<sup>8</sup> Truscelli Danièle, Les Infirmités Motrices Cérébrales, Ed. Elsevier-Masson, de l'avant-propos à la p. 21.

<sup>9</sup> Truscelli Danièle, Les Infirmités Motrices Cérébrales, Ed. Elsevier-Masson, de l'avant-propos à la p. 21.

<sup>10</sup> Rocque S, Langevin J, Drouin C, Faille J, « De l'autonomie à la réduction des dépendances », Ed. Nouvelles.

de handicap, il ne faut pas oublier l'amélioration de l'environnement (trottoirs, accessibilité aux différentes structures collectives par exemple les cinémas, théâtres, salles et domicile personnel...) ainsi que l'ouverture croissante d'établissements spécialisés : M.A.S, S.A.M.S.A.H, M.A.T (Maison d'Accueil Temporaire). Cependant le besoin d'une tierce personne est indispensable pour les soins d'hygiène ce qui n'est pas sans conséquences psychologiques, sujet que j'aborderai ultérieurement.

#### 1.1.2.2 Aux troubles moteurs s'ajoutent des troubles associés qui perturbent ses échanges avec le monde extérieur.

L'atteinte de certaines fonctions cognitives\* parasite la façon dont la personne atteinte d'une I.M.C/P.C appréhende son environnement. Elle a des difficultés d'apprentissage (mémoire, attention, concentration), dues à des problèmes, de réception et d'interprétation des informations visuelles (fonctions neuro-visuelles), d'organisation des connaissances et des actions (fonctions exécutives), d'action sur l'environnement (fonctions gestuelles) et d'échange avec les autres (langage oral et écrit). Ces difficultés se manifestent par des troubles sensoriels, praxiques\*, gnosiques\* et langagiers.

La personne atteinte d'une I.M.C peut avoir une diminution de la vision ou une cécité. Sa faculté de regarder est perturbée par des troubles du regard c'est-à-dire de fixation, de balayage, de poursuite oculaire et de strabisme. Les voies sensorielles qui conduisent à l'analyse ou au décodage des images captées sont souvent atteintes. L'audition peut être aussi atteinte par une surdité partielle (sur les sons aigus ou les sons graves selon l'origine<sup>11</sup>). Ainsi le processus des sensations\* et de la perception\* est lésé par le dysfonctionnement des organes sensoriels (vue et ouïe) qui permettent le premier contact avec le monde extérieur. Il s'y ajoute des troubles praxiques (dyspraxie visuo-spatiale\*) et des troubles gnosiques (les agnosies\*) appelés aussi troubles sensori-moteurs qui entraînent des difficultés à s'orienter, se repérer dans le temps et l'espace et affectent leur schéma corporel.

Les échanges avec le monde extérieur sont également perturbés par des troubles du langage. D'une part, ces troubles engendrent des problèmes de « langage » c'est-à-dire de la formation de mot dans le cerveau et des problèmes de « paroles » c'est-à-dire des difficultés d'élocution (dysarthrie)<sup>12</sup>. La personne atteinte d'une I.M.C a des difficultés à s'exprimer, à se faire comprendre, à se faire entendre, engendrant des problèmes d'expression, de communication et de relation. Pour limiter les conséquences de ces difficultés, la communication passe par la mimique, par des gestes codés, par des images (pictogrammes et/ou symboles) et par des aides techniques telles que l'informatique... Cependant celles-ci restent difficiles à adapter car une personne atteinte d'une I.M.C souffre du « facteur E ». G. TARDIEU le décrit comme un facteur d'excitabilité à une stimulation externe qui aggrave la sensibilité aux bruits entraînant des contractures et des douleurs, une diminution des capacités d'attention et une augmentation de la fatigabilité.

Toutes ces incapacités citées précédemment vont entraîner chez la personne atteinte d'une I.M.C des désavantages sociaux et des répercussions sur son épanouissement.

#### 1.1.2.3 L'ensemble de ces troubles entraîne une souffrance psychique.

Les conséquences psychologiques apparaissent principalement lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte, qui est souvent plus tardif à cause d'une maturité plus lente. A un moment où chacun souhaite devenir autonome, une prise de conscience du handicap et de la dépendance au quotidien est parfois violente. L'adolescent prend conscience qu'il est enfermé dans un corps indocile, qui ne répond pas quand il veut agir ou parler. De plus des

<sup>11</sup> Truscelli Danièle, Les Infirmités Motrices Cérébrales, Ed. Elsevier-Masson, p. 32, p. 96 à 104.

<sup>12</sup> La Fondation Motrice, Infirmité Motrice Cérébrale/Paralysie Cérébrale/ prospective, Ed. LS, p. 49 et Truscelli Danièle, Les Infirmités Motrices Cérébrales, Ed. Elsevier-Masson, p. 90 à 96.

hospitalisations répétées, une hyper protection ou un rejet de la famille rendent sa vie affective difficile. Les étapes de la construction de sa personnalité et de son évolution<sup>13</sup> en référence à Jean PIAGET et FREUD sont perturbées. Ainsi de nombreuses frustrations s'installent. Un sentiment de révolte peut apparaître quand l'adolescent s'aperçoit que ses performances ne peuvent pas égaler celles des adolescents valides. Il risque de s'isoler, de souffrir d'un sentiment d'incompétence lié exclusivement à la « normalité ». Dans certains cas, des troubles du comportement peuvent apparaître (violence, crises de colère, isolement...) ainsi que des périodes d'angoisse et de dépression. Il se dévalorise, s'affirme difficilement et doute de ses capacités. Exprimer ses sensations, ses émotions deviennent compliquées. Son image de soi\* est affectée par la présence quasiment permanente d'une tierce personne pendant les actes de la vie quotidienne et le regard de l'autre devient pesant.

L'adulte atteint d'une I.M.C cultive tout au long de sa vie cette image de soi. Il accepte mieux son handicap, il arrive à mieux s'affirmer. Cependant son estime de soi reste fragile et son manque de confiance en soi altère sa motivation pour envisager des projets voire oser se projeter dans l'avenir. Bien souvent, on ne lui donne pas suffisamment la possibilité d'exploiter ses capacités parce qu'étant trop lent, on a fait à sa place. Ainsi le peu d'expériences de tentatives suivies d'échecs permettant de se construire, ne contribue pas à renforcer sa confiance en soi. D'ailleurs Pierre ANCET aborde ce sujet dans un article écrit sur « l'autonomie et image de soi » pour La Fondation Motrice<sup>14</sup> en 2008. Enfin, l'adulte reste toujours avec le sentiment d'avoir été considéré comme « incapable », « débile » ou « infirme » pendant des années. Ce sentiment accentue sa souffrance d'un manque d'autonomie physique, mentale et sociale pénalisant son bien-être.

Cependant malgré sa dépendance au quotidien, il manifeste l'envie de gagner de l'autonomie quelle qu'elle soit pour s'inclure dans la société. Ainsi une personne dépendante peut être autonome par rapport à ses propres capacités et prétendre améliorer sa qualité de vie.

### **1.1.3 *L'altération de l'autonomie physique, sociale et mentale pénalise la qualité existentielle de la personne atteinte d'une I.M.C.***

#### **1.1.3.1 La qualité existentielle se définit par deux notions.**

Depuis des décennies, l'être humain, recherche inconsciemment une harmonie entre son corps physique et son esprit. Cette harmonie est nécessaire pour tendre vers une bonne qualité existentielle. Celle-ci se définit par la notion de bonne santé et de bien-être. La bonne santé se détermine par le bon développement de l'être humain. Ce dernier est un être vivant doté de structures biologiques (système nerveux, système sensoriel, système digestif...). Ces structures ayant un fonctionnement inné se maintiennent en vie et se développent grâce à deux aspects. Un aspect extérieur dit d'adaptation où par un processus d'assimilation et d'accommodation l'organisme va se transformer en fonction du milieu. Cette adaptation se réalise grâce à des interactions organisées entre des structures que PIAGET appelle fonction d'organisation.

Cependant vivre n'est pas suffisant. L'être humain a besoin, tout au long de sa vie, de s'épanouir. C'est la notion du bien-être c'est-à-dire d'un état agréable, résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit qui est un ressenti propre à chacun. Enfin, pour avoir une bonne qualité existentielle, l'être humain doit trouver un équilibre entre sa bonne santé qui lui permet de vivre et son bien-être qui lui permet de se réaliser. Cependant cet équilibre devient difficile lorsque la qualité existentielle est fragilisée et altérée.

---

<sup>13</sup> Lamouret Patricia, Psychologue, cours sur le développement du jeune enfant à l'adulte, ISA 2008/2009.

Rainbault Chantal, Infirmière et Psychologue, cours sur les éléments de psychologie clinique, ISA 2008/2009

Piaget Jean, « six études de psychologie ».

<sup>14</sup> La Fondation Motrice, Infirmité Motrice Cérébrale/Paralysie Cérébrale/ prospective, Ed. LS, p. 104 à 105.

### 1.1.3.2 L'altération de la bonne santé peut avoir des conséquences sur le bien-être.

Tous les êtres humains ne sont pas égaux quant à la qualité de leur santé. La santé est défini par l'O.M.S comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La personne atteinte d'une I.M.C présente une « mauvaise santé » cependant elle souhaite être heureuse comme tout être humain. Sa santé, altérée par une succession de dysfonctionnements physiologiques, provoque souvent une fragilité psychologique et des difficultés à s'insérer socialement. Ses difficultés à maîtriser son corps, la mettent régulièrement en situation d'échec et la renvoient face à la réalité de son handicap. Elle se sous-estime par rapport à sa propre valeur mais aussi par rapport à celles des autres. Elle perd toute envie et s'interroge sur le sens de son existence. Son discours révèle un sentiment de mal-être pénalisant son bien-être. Cet état rejoint l'idée de l'O.M.S qui se réfère à la notion de bien-être pour définir la santé. Elle considère le bien-être comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. L'écrivain, Alexandre JOLLIEN atteint d'une I.M.C, décrit très bien, dans son livre intitulé « La construction de soi »<sup>15</sup> cette sensation de mal-être pouvant aller jusqu'à la haine de soi.

### 1.1.3.3 Le manque d'autonomie physique, sociale et mentale altère la qualité existentielle.

L'être humain dès son plus jeune âge aspire à devenir autonome physiquement, mentalement et socialement par sa capacité à décider et à exécuter. Cependant deux facteurs influencent le développement de l'autonomie : le capital santé que l'être humain hérite à sa naissance, abordé précédemment, et l'environnement dans lequel il évolue. Hors ces deux facteurs sont altérés chez la personne atteinte d'une I.M.C. Son autonomie est pénalisée par ses nombreux troubles abordés en 1.1.2, mais aussi par un entourage parfois trop protecteur, le regard d'autrui et un environnement inadapté à ses besoins. Ces différents paramètres entraînant ce manque d'autonomie physique, mentale et sociale révèlent des problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi et de confiance en soi, trois éléments permettant à l'être humain de s'épanouir. Ainsi le manque d'autonomie de la personne atteinte d'une I.M.C altère la qualité existentielle en pénalisant les trois éléments fondamentaux et indissociables qui la composent. Je constate que la personne autonome s'épanouie mais aussi que la personne épanouie gagne en autonomie.

Pour introduire la suite de mon sujet, je reprendrai le parcours d'Alexandre JOLLIEN<sup>16</sup>. Il donne l'espoir à toute personne en situation de handicap de pouvoir ressentir du bien-être malgré une mauvaise santé. Il a choisi de combattre son mal-être en s'imprégnant de la philosophie. Un art de vie qui l'a amené à penser autrement pour survivre et exister. Cela nous amène à poser l'hypothèse qu'une activité artistique pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité existentielle en valorisant l'autonomie physique, mentale et sociale.

## **1.2 La pratique d'une activité artistique peut favoriser le développement de l'autonomie de l'adulte atteint d'une I.M.C.**

### ***1.2.1 L'Art est une activité humaine qui met en jeu le processus d'impression et d'expression orientée vers l'esthétique.***

#### 1.2.1.1 L'Art s'associe aux activités de l'être humain.

L'Art est connu par ses œuvres d'art<sup>17</sup> qui sont produites par l'être humain. L'être humain est bien à l'origine de la naissance de l'Art dont le concept varie selon les époques et les lieux.

---

<sup>15</sup> Jollien Alexandre, La construction de soi, un usage de la philosophie, Ed. Seuil.

<sup>16</sup> Jollien Alexandre, La construction de soi, un usage de la philosophie, Ed. Seuil.

<sup>17</sup> Forestier Richard, Tout savoir sur l'art occidental, Ed. Favre, p. 230.

Dès la préhistoire, les peintures rupestres montrent que l'Art s'associe déjà aux activités de l'être humain. On peut voir la représentation de scènes de chasse, de chamanismes\* peinte sur les murs des cavernes comme la scène du puits à LASCAUX<sup>18</sup>.

Puis dans l'Antiquité, les philosophes se questionnent sur la nature de l'Art. PLATON et ARISTOTE, principaux précurseurs, s'interrogent sur l'art en tant que beau. L'Art est considéré comme une activité humaine consacrée à reproduire la beauté de la nature créé par Dieu. C'est la *mimésis* c'est-à-dire l'art de représenter la réalité. A cette époque, l'Art, venant du latin, *ars*, se définit comme une aptitude, une habilité à exercer un métier par l'acquisition d'un savoir et d'une technique (du mot grec *tecknê*)<sup>19</sup>.

Au Moyen-âge, l'Art relève principalement du domaine religieux mais on commence à y voir une dimension sociale.

A la Renaissance, l'artiste et l'artisan ne sont pas distincts, les œuvres d'art sont utilitaires. Puis progressivement l'artiste s'émancipe, les œuvres d'Art ne sont plus tournées essentiellement vers Dieu ou la religion chrétienne mais vers l'être humain.

Ainsi, l'être humain est au centre de ses préoccupations. L'Art devient une activité d'expression. L'artiste produit des œuvres d'art en recherchant un idéal esthétique qui va le différencier de l'artisan. La philosophie en réfléchissant sur ce qui anime et permet la concrétisation des œuvres d'Art, amène une nouvelle notion de l'Art. L'Art devenant une activité humaine ou le produit de cette activité est nommé œuvre d'Art, s'adresse aux sens, aux émotions et à l'intellect. Ainsi, l'Art met en place le processus d'impression et d'expression dont le produit est le résultat du domaine de perception.

#### 1.2.1.2 L'Art procure chez l'être humain des sensations et des émotions.

Tout d'abord, l'Art agit comme un stimulus c'est-à-dire un élément extérieur qui active les organes sensoriels de l'être humain et a un effet sur son comportement. C'est un phénomène physique qui se nomme « sensations » (du lat. *sensatio*, de *sentire*, sentir). Puis l'être humain organise et interprète ces sensations grâce à différents mécanismes comme la mémoire, la connaissance... en fonction de l'environnement dans lequel il se trouve : c'est le processus de perception. Ainsi ces sensations directement associées aux perceptions sensorielles permettent à l'être humain d'établir des relations avec le monde extérieur : c'est l'IMPRESSION. Celle-ci se manifeste lors de la contemplation et de la production d'une œuvre d'art. Ce passage du monde extérieur au monde intérieur actionne les facultés mentales qui déclenchent chez l'être humain une activité dirigée volontaire et une réaction.

Ce processus mécanique et fonctionnel des organes sensoriels s'associe à une réaction émotionnelle. L'être humain ressent quelque chose qu'il ne peut pas toujours expliquer et contrôler. C'est l'émotion venant du verbe émouvoir (du lat. *émovere* signifiant mettre en mouvement). Elle se manifeste d'abord en interne (domaine du psychique) puis elle génère une réaction extérieure (domaine du corps physique). Ce phénomène me permet d'aborder l'EXPRESSION qui se caractérise par un flux allant de l'intérieur vers l'extérieur dont peut naître une incitation à agir et à s'investir dans une action.

#### 1.2.1.3 L'Art peut permettre à l'être humain d'extérioriser ses pensées par le plaisir esthétique.

J'ai expliqué que l'être humain capte et réagit à ce qu'il l'entoure et que l'œuvre d'Art est l'objet de captation. Je peux dire que l'Art a un pouvoir expressif sur l'être humain. L'Art l'amène à extérioriser ses pensées en exprimant son goût, son style, sa sensibilité. Celle-ci peut être extéroceptive c'est-à-dire des sensations reçues par des stimulations extérieures au corps, proprioceptive c'est-à-dire des sensations provenant du corps lui-même, renseignant

<sup>18</sup> Giraud Jean Jacques, L'Evaluation en art-thérapie, Ed. Elsevier-Masson, p. 23 à 25.

<sup>19</sup> Lacoste Jean, la philosophie de l'art, Ed. Puf, p. 21 et le dictionnaire Etymologique, Ed. Larousse, p. 47 et p. 818.

sur sa position dans l'espace, ses attitudes, ses mouvements, son équilibre etc. ou intéroceptive c'est-à-dire des sensations des organes récepteurs et des voies nerveuses qui les véhiculent. Ainsi, l'être humain éprouve du plaisir lors de la rencontre avec une œuvre d'art. Ce plaisir est de nature esthétique issue de l'esthésie c'est-à-dire de la sensibilité devenu science du Beau au 18<sup>ème</sup> siècle avec le philosophe BAUMGARTEN<sup>20</sup>. Le plaisir esthétique est la cohésion entre l'esprit et le corps physique entraînant un acte volontaire dirigé qui s'appelle activité artistique. Ce plaisir esthétique, fruit d'une stimulation sensorielle, procure une saveur existentielle c'est-à-dire le goût de vivre qui se répercute sur le bien-être de l'être humain.

#### 1.2.1.4 L'œuvre d'art peut favoriser la communication et la relation.

L'émotion que procure une œuvre d'art lors de la contemplation et la production est propre à chaque être humain. Ainsi un échange se crée entre l'artiste et l'esthète dont le vecteur est l'œuvre d'Art. L'artiste produit une œuvre d'art pour exprimer ses ressentis mais aussi pour communiquer une information d'ordre sensoriel aux autres. L'esthète représentant la communauté des êtres humains réceptionne le message et émet une réaction personnelle. Ainsi, une communication s'établit, on retrouve l'émetteur (l'artiste), le message (la production) et le récepteur (l'être humain). Puis, si l'esthète émet une critique, une relation peut alors s'engager. Il confie ses ressentis et ses émotions à l'artiste, ce qui amène celui-ci à percevoir autrement sa production. L'artiste explique sa recherche artistique, s'auto-évalue et produit de nouvelles œuvres.

#### **1.2.2 Les arts plastiques peuvent aider l'adulte atteint d'une I.M.C à développer son autonomie.**

La notion d'arts plastiques n'est apparue qu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Pendant des années, le mot « plastique », du grec « plastikos » faisait référence à l'art de modeler des matériaux pour leur donner des formes, excluant la peinture. Plus tard, des philosophes comme PLATON, KANT et HEGEL en s'interrogeant sur la notion de la beauté font évoluer le terme plastique. PLATON et KANT l'associent aux formes sculptées. Puis HEGEL en mettant en avant l'expression de la plastique par les effets des clairs obscurs amène des éléments nouveaux. Ainsi au cours du temps, la peinture devient « plastique » comme la sculpture. Les contrastes de couleurs créent de la lumière et apportent un effet de forme<sup>21</sup>. Aujourd'hui l'expression « arts plastiques » peut se définir par l'ensemble des disciplines artistiques qui sont consacrées à la beauté ou à l'expressivité des lignes, des formes, des couleurs visant à donner une représentation et une impression esthétique des corps et des objets.

##### 1.2.2.1 Les arts plastiques permettent à l'adulte atteint d'une I.M.C de stimuler ses sens.

Les arts plastiques stimulent les capteurs sensoriels (yeux, peau, nez et oreilles) de l'adulte atteint d'une I.M.C en privilégiant les capteurs visuels et tactiles. Suivant les médiums que l'adulte choisit, il retrouve des sensations visuelles par les couleurs et les formes, des sensations tactiles en ressentant la texture des matériaux par le toucher (par exemple en malaxant la terre, en déchirant du papier) mais aussi des sensations olfactives par l'odeur de la peinture ou de la terre et enfin, des sensations auditives par le frottement des matériaux sur un support, du papier déchiré etc. Ainsi, la stimulation de ses sens sollicite son envie d'expérimenter les arts plastiques en mettant son corps en mouvement.

---

<sup>20</sup> Forestier Richard, Regard sur l'Art, Ed. See You Soon, p. 20 et Talon-Hugon Carole, L'esthétique, Ed. Puf.

<sup>21</sup> Château Dominique, Arts plastiques archéologie d'une notion, Ed. J. Chambon, p. 11, 68 et 96.

### 1.2.2.2 Les arts plastiques amènent l'adulte atteint d'une I.M.C à mettre son corps en mouvement.

- Ses capacités créatives sont sollicitées par les stimulations sensorielles.

La captation d'images proposées lors de ma pratique (revues, livres, photos, images...) active les organes sensoriels qui stimulent l'activité mentale de l'adulte atteint d'une I.M.C. Ils réveillent ses capacités créatives qui le permettent de créer, d'inventer et d'imaginer quelque chose<sup>22</sup> en utilisant ses connaissances. Tout d'abord, il ressent des émotions d'ordre physique liées à son vécu et/ou à son expérience de vie personnelle. Puis, des centres d'intérêts émergent de ses émotions comme par exemple Mr. R. qui évoque les bateaux de pêche après avoir vu des représentations de ses émotions du bord de mer. Enfin, il émet des idées et met en route son processus de créativité en activant ses mécanismes intellectuels. Il développe alors ses capacités créatives comme par exemple Mlle. P., qui séduite par la beauté d'un champ de coquelicots, choisit d'en représenter un de façon abstraite en peinture et collage.

- La diversité des techniques (le dessin, la peinture, le collage, le modelage et autres) lui offre l'accessibilité à une pratique artistique adaptée à ses capacités physiques.

Les techniques donnent à l'adulte atteint d'une I.M.C la possibilité de matérialiser ses idées. Leur diversité lui permet d'en choisir une, selon sa sensibilité et a facilité à l'adapter à ses capacités physiques afin qu'elle soit rassurante. D'autre part, l'accessibilité à une technique artistique lui permet de « dédramatiser » son handicap physique. Lorsque l'adulte est indécis pour choisir une technique, je proposais le collage pour sa simplicité d'exécution et le dessin avec les pastels pour leur facilité de préhension.

- L'envie de réaliser une production artistique va alors prendre le dessus face à son handicap physique.

Les informations extérieures captées par les sens stimulent ses capacités mentales. Les mécanismes cognitifs tels que la mémoire, la connaissance, l'imagination s'activent. Puis l'expérimentation de différentes techniques artistiques amène l'adulte atteint d'une I.M.C à désirer s'exprimer en réalisant une production volontaire dirigée. Il place alors au second plan son handicap physique et ressent du plaisir esthétique lors de la réalisation d'une production artistique.

### 1.2.2.3 Cet élan corporel permet à l'adulte atteint d'une I.M.C de pratiquer une technique dans le but de réaliser une production artistique.

- Les techniques ne nécessitant pas le langage verbal favorise l'expression de l'adulte atteint d'une I.M.C.

L'adulte n'ayant pas le langage verbal communique par gestes ou aides techniques. Il exprime ses émotions par son comportement mais ses troubles de la parole gênent souvent l'extériorisation de ses sentiments. La mise en mouvement du corps et non le langage verbal étant l'action principale pour pratiquer ces techniques, cela rassure l'adulte atteint d'une I.M.C. Puis, n'ayant pas l'obligation d'utiliser l'expression verbale, il expérimente les techniques artistiques pour exprimer ses ressentis. D'ailleurs lors de ma pratique, j'ai remarqué qu'un adulte n'ayant pas de langage verbal s'exprime avec moins de contraintes, par exemple il choisit un modèle sans le suivre réellement et prend plus de risques gestuels.

---

<sup>22</sup> Le petit Larousse, p. 279.

- Les médiums proposés tels que les crayons de couleur, les pastels, la gouache, l'acrylique, l'aquarelle, la peinture à doigts, le papier, la terre et autres sont accessibles à ses capacités physiques.

Marie GUERIN<sup>23</sup>, art-thérapeute, propose de classer les médiums en deux pôles. Cette idée m'a quelquefois aidée à orienter le choix du médium afin de mieux le cibler par rapport aux capacités physiques. Les uns structurés et secs comme les différentes sortes de crayons offrent une précision et un contrôle sur l'expression. Les autres expressifs et humides (les peintures) invitent à une expression plus fluide, à des jeux de couleurs plus subtils et donnent la possibilité d'apporter du relief. Ainsi, l'adulte atteint d'une I.M.C peut trouver un médium adapté à ses capacités de préhension et de dextérité. Il m'est arrivé, par exemple, pour un jeune adulte ne pouvant choisir, d'opter pour un médium expressif sachant qu'il était attiré par les couleurs et qu'il était sensible au toucher. Je lui ai alors proposé une peinture à doigts pour faciliter son expression par le jeu des couleurs et du toucher.

- Les outils utilisés sont simples afin de le rassurer dans son exécution gestuelle.

Pour permettre à l'adulte de réaliser sa production, il s'avère indispensable de lui proposer des outils faciles à tenir et à manipuler. Par exemple, il est plus judicieux de proposer un gros pinceau avec un manche à collerette pour faciliter le maintien qu'un petit difficile à tenir. J'ai utilisé des éponges qui avaient l'avantage d'avoir une prise facile, de prendre la forme de la main et qui par leur souplesse nécessitaient moins d'effort physique. Les brosses plates sont aussi des outils intéressants, elles sont solides et supportent l'écrasement. Enfin la plupart des outils n'ayant pas de règles pour leur préhension, l'adulte atteint d'une I.M.C peut les tenir comme il le souhaite (par exemple, le pinceau peut être tenu horizontalement ou verticalement). Des moyens techniques comme la licorne ou des tables adaptées facilitent leur utilisation. L'ergothérapeute peut également intervenir sur l'installation du résident et pour adapter des outils. Ainsi, leur facilité et leur simplicité rassure l'adulte qui ose les utiliser.

- Les supports proposés sont adaptés à son amplitude gestuelle afin que ses mouvements ne soient pas limités dans l'espace.

Il est important de guider le choix de l'adulte vers un support où il pourra s'exprimer sans qu'il se sente limiter dans l'expression de ses gestes. Le format du support doit être adapté à ses capacités physiques. Par exemple, je propose un support de petite taille à un adulte ayant un champ visuel limité. Une petite surface le rassure car il a tendance à faire des petits gestes regroupés. De plus, la diversité des supports permet à l'adulte d'en choisir un selon sa sensibilité. Par exemple, j'ai proposé des supports en bois à deux adultes qui aimaient particulièrement cette matière. Ainsi, quand le format et la matière du support sont adaptés, l'adulte atteint d'une I.M.C se sent plus à l'aise et il allie ses idées et ses capacités physiques pour réaliser sa production artistique.

- Le collage et la peinture, principales techniques utilisées lors de mon stage donnent un résultat rapide et visible qui peut être gratifiant pour lui.

Un effort physique prolongé peut accentuer la fatigabilité et les douleurs corporelles d'un adulte atteint d'une I.M.C. Il peut se décourager si la réalisation se prolonge dans le temps. Le collage et la peinture facilement adaptables peuvent éviter ses désagréments, en offrant la possibilité de réaliser une production artistique dans un court délai. Par exemple, l'aquarelle qui se diffuse dans l'eau, demande peu d'effort physique et donne un résultat immédiat. Le collage permet à un adulte ayant des troubles de la vision ou une gestuelle difficile, de réaliser une production rapidement sans avoir peur de faire d'erreur d'exécution ou de ne pas être à la hauteur faute de technique. Enfin, les productions sont visibles à tout moment pour que

---

<sup>23</sup> Guérin Marie, Jocelyne, Découvrir l'art-thérapie, des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs, Ed. Larousse, p. 171 et 172.

l'adulte puisse prendre le temps de les regarder, de les revoir et de prendre du recul pour en avoir une autre vision. Cette trace artistique visible aussi aux yeux des autres va être gratifiante.

1.2.2.4 Le cheminement artistique a pu développer son autonomie physique, améliorer ses échanges avec le monde extérieur et engendrer une satisfaction personnelle qui l'aide à diminuer ses souffrances psychiques.

- Il affirme ses goûts en choisissant une technique et un médium qui lui procure du plaisir.

En manifestant ses goûts, l'adulte atteint d'une I.M.C renforce son affirmation de soi. Puis en les affirmant à travers ses productions et celles des autres, il développe sa faculté esthétique.

- Il reprend confiance en lui en expérimentant les médiums à travers une technique pour acquérir un savoir faire et trouver son style.

En réalisant une production artistique, l'adulte atteint d'une I.M.C renforce sa confiance en lui. Il acquiert un savoir faire en ayant confiance dans ses capacités physiques ce qui lui permet de mener à bien sa production. Celle-ci l'aide à développer sa personnalité et à trouver son style.

- Ce cheminement artistique l'amène à s'engager dans de nouveaux projets artistiques et ainsi à restaurer son estime de soi.

L'adulte atteint d'une I.M.C s'épanouit en s'impliquant dans la réalisation d'une production artistique orientée vers l'esthétique. Il se valorise et se voit comme une personne à part entière quand il prend conscience de ses capacités, malgré son handicap moteur. Ainsi, la restauration de son estime de soi et l'envie de continuer à s'investir lui procurent du bien-être.

- Le choix de montrer et/ou d'exposer sa production artistique favorise les échanges avec les autres.

La production artistique favorise la communication et la relation de l'adulte atteint d'une I.M.C. Il communique des informations sensorielles et intellectuelles sur son œuvre d'art. Puis il engage avec les autres, une relation pour partager ses ressentis.

- Soumettre sa production artistique au regard des autres développe sa faculté critique.

L'adulte atteint d'une I.M.C se détache de son œuvre d'art et prend du recul lorsqu'il entend les remarques des autres. Suite à celles-ci et à ses propres observations, il développe alors une opinion objective sur son œuvre.

### **1.3 L'art-thérapie à dominante arts plastiques impliquant le corps et l'esprit peut valoriser l'autonomie de l'adulte atteint d'une I.M.C et participer à l'amélioration de sa qualité existentielle.**

#### **1.3.1 L'art-thérapie est une discipline thérapeutique originale.**

J'ai choisi pour écrire mon mémoire, de me référer à la définition de l'art-thérapie de l'école de Tours (A.F.R.A.T.A.P.E.M. : Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine). Elle vise à améliorer le bien-être d'un résident en l'amenant à prendre conscience de ses capacités et de ses valeurs par le biais d'une activité artistique volontaire orientée vers l'esthétique. L'art-thérapie se définit comme « **l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire** ».

L'exploitation venant du mot exploit signifie une action de « mise en valeur »<sup>24</sup>. Le potentiel artistique correspond au pouvoir de l'Art sur une personne, par exemple, taper du pied quand on entend de la musique. Enfin, « une visée thérapeutique et humanitaire » montre l'indication de soigner et de contribuer au bien-être d'un groupe d'êtres humains. L'art-thérapie est originale. Elle repose sur l'implication de l'Art dans un processus de soins afin d'améliorer des troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Cette discipline est exercée par un art-thérapeute qui accompagne le résident dans différentes structures médicales, éducatives et sociales. Il travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire, sous l'égide d'un référent médical ou social.

#### 1.3.1.1 L'art-thérapie stimule le domaine de l'esthésie.

L'esthésie définit la sensibilité. L'art-thérapeute travaille dans le domaine des émotions à travers la stimulation des sens. Celle-ci amène l'adulte atteint d'une I.M.C à s'émouvoir et à éprouver un sentiment esthétique. Ainsi, en provoquant des émotions, la sensibilité est l'élément dynamique pour soigner.

#### 1.3.1.2 L'art-thérapie aide à retrouver du plaisir par l'Art.

Par le cadre rassurant et la relation de confiance, l'adulte atteint d'une I.M.C se laisse guider pour retrouver l'envie et la volonté de faire avec plaisir. L'Art sera le moyen thérapeutique pour y parvenir.

#### 1.3.1.3 L'art-thérapie suscite le potentiel physique existant.

L'art-thérapie approche une personne par « sa partie saine ». L'art-thérapeute utilise et stimule les capacités physiques, intellectuelles et sociales existantes de l'adulte atteint d'une I.M.C afin d'améliorer son autonomie.

#### 1.3.1.4 L'art-thérapie s'inscrit dans un programme de soins.

Un programme de soins se définit par un ensemble de moyens organisés nécessaires pour la guérison et/ou l'amélioration de l'état de santé d'une personne. L'art-thérapeute établit le sien afin de préserver, de stimuler, de maintenir les acquis, d'une séance d'art-thérapie à une autre. L'implication active de l'équipe est nécessaire pour y parvenir. Ainsi, l'art-thérapeute inclut son programme de soins dans celui de l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est alors informée de ses objectifs et de ce qu'il attend d'elle.

### ***1.3.2 L'art-thérapie, selon le modèle de l'école de TOURS, s'appuie sur l'opération artistique qui permet de considérer la personne dans sa globalité.***

L'art-thérapie est une des rares disciplines qui prend en considération le résident dans sa globalité c'est-à-dire son mental (psychisme), son physique (corps physique) et sa socialisation. L'opération artistique (annexe 1) est l'outil thérapeutique qui aide l'art-thérapeute à y parvenir. Elle se définit comme l'ensemble organisé de l'activité artistique et plus précisément, par l'organisation d'éléments qui oriente l'expression du résident vers l'Art. Elle met en jeu les mécanismes physiologiques et psychologiques du résident. L'opération artistique se compose d'une succession de phases comprenant le processus d'impression (1, 2, 3, 4) et d'expression (4, 5, 6, 7, 8), que je reprendrai dans ma deuxième partie.

L'art-thérapeute détermine alors des sites d'action après avoir cibler les mécanismes défaillants du résident. Les phases 4, 5, 6, 7, 8 correspondent au phénomène artistique c'est-à-dire à tout ce que l'art-thérapeute observe pendant l'activité artistique. Puis il recueille ces informations dans une fiche d'observation. Ce processus dynamique se définit par l'INTENTION (phase 3 et 4), l'ACTION (phase 5 et 6) et la PRODUCTION (phase 7 et 8). Le passage de l'expression

---

<sup>24</sup> Dictionnaire étymologique, Ed. Larousse, p.304.

instinctive (Art I) à l'expression spécifique et ordonnée c'est-à-dire à l'Art Universel (Art II) s'effectue dans la phase d'intention.

L'opération artistique permet à l'art-thérapeute d'évaluer et d'analyser les difficultés et les capacités du résident. En impliquant l'esprit et le corps physique de celui-ci, l'art-thérapeute l'aide à se dynamiser mais aussi à s'auto-évaluer.

### ***1.3.3 L'auto-évaluation est un élément essentiel dans l'accompagnement d'un adulte atteint d'une I.M.C pour favoriser l'amélioration de sa qualité existentielle.***

Il y a deux évaluations : l'appréciation entre les résultats obtenus et les objectifs de l'art-thérapeute et l'auto-évaluation du résident. Cette dernière est un élément important pour l'adulte atteint d'une I.M.C car elle vise principalement la restauration de l'estime de soi<sup>25</sup>. Richard FORESTIER et Christophe ANDRE proposent deux définitions qui se complètent. Richard FORESTIER la définit comme « la valeur et la considération de la personne à son propre regard »<sup>26</sup>.

Pour Christophe ANDRE, elle repose sur « ce que je pense de moi ; comment je me sens avec ces pensées et ce que je fais de ma vie avec tout ça... C'est le mélange des regards et des jugements que nous nous portons, ainsi que du jugement à propos de moi et du jugement de moi sous le regard des autres »<sup>27</sup>. Il explique que l'estime de soi s'enrichit grâce aux relations sociales.

De ces idées se dégagent les trois éléments de l'estime de soi qui sont altérés chez l'adulte atteint d'une I.M.C : l'amour de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. L'art-thérapeute propose à l'adulte d'évaluer sa production artistique sous trois aspects caractéristiques du champ de l'esthétique : le Bien, le Beau et le Bon, appelés la théorie des « 3B »<sup>28</sup>.

**Le Bien** invite l'adulte à auto-évaluer son savoir faire, l'amenant à se reconnaître une capacité à agir et à se projeter dans l'avenir ce qui lui permettra d'accroître sa confiance en soi.

**Le Beau** sollicite l'adulte à auto-évaluer la qualité esthétique de sa production, l'amenant à se reconnaître une capacité à affirmer son goût ce qui lui permettra de renforcer son affirmation de soi.

**Le Bon** sollicite l'adulte à auto-évaluer son plaisir et son intérêt pour l'activité artistique, l'amenant à se reconnaître une capacité à éprouver une considération pour lui-même ce qui lui permettra de restaurer son amour de soi.

Les résidents accompagnés lors de mon stage pratique à la M.A.S « Les Mélisses » souffrent d'un manque d'autonomie qui pénalise leur qualité existentielle. J'ai donc mis en place des ateliers d'art-thérapie permettant d'appliquer la théorie des trois B.

---

<sup>25</sup> Bernhard Hélène et Millot Corinne, L'évaluation en art-thérapie, Ed. Elsevier-Masson, p. 73.

<sup>26</sup> Forestier Richard, Regard sur l'Art, Ed. See You Soon, p. 14.

<sup>27</sup> André Christophe, Imparfais, libres et heureux, Ed. Odile Jacob, p. 25 et 26.

<sup>28</sup> Forestier Richard, Tout savoir sur l'art occidental, Ed. Favre, p. 141-159.

**Un stage pratique d'art-thérapie est réalisé au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée «Les Mélisses» auprès d'adultes atteints d'une I M C.**

**2.1 « Les Mélisses » est une Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S) moderne conçue pour répondre aux besoins de personnes en situation de handicap.**

**2.1.1 Une M A S « Les Mélisses » est implantée au cœur d'une ville.**

L'Association des Infirmes Moteurs Cérébraux de la Sarthe (A.D.I.M.C 72) est fondée en 1966 par une association de parents. Le 1<sup>er</sup> août 2009, elle ouvre sa deuxième M.A.S : « Les Mélisses ». Cet établissement médico-social répond aux conditions requises de la Direction de l'information légale et administrative<sup>1</sup>. Ce projet mené depuis 10 ans, est un soulagement car il répond à une demande incessante d'accueil d'adultes en situation de handicap présentant une dépendance. L'Association, rattachée à la Fédération Française des Associations d'Infirmes Moteurs Cérébraux, compte aujourd'hui cinq établissements : deux M.A.S, une M.A.T (Maison d'Accueil Temporaire), un S.A.M.S.A.H (Service d'Aide Médico-Sociale pour Adultes Handicapés) et un I.E.M (Institut d'Education Motrice). La M.A.S est financée par la Caisse d'Assurance Maladie, à partir d'une dotation annuelle fixée par arrêté préfectoral.

La M.A.S est implantée à MULSANNE, commune proche de LE MANS. Elle est inscrite dans un quartier urbain à proximité de commerces, d'un centre socioculturel doté d'un cinéma, d'une école, d'une maison de retraite et d'un square. Cette situation stratégique facilite l'intégration des résidents au sein de la commune et la création de liens sociaux. De plus, MULSANNE appartient à la communauté de communes de l'agglomération mancelle et bénéficie à ce titre d'un réseau de transports en commun permettant de se déplacer à l'extérieur de la commune.

Actuellement, le projet d'établissement est en cours de finalisation. Cependant trois objectifs sont d'ores et déjà fixés pour assurer aux résidents une bonne qualité de vie :

- Favoriser leur autonomie.
- Respecter leur vie privée, leur personnalité, leur choix et leur vie sociale.
- Leur procurer les soins d'hygiène et médicaux nécessaires.

Trois grands axes sont proposés :

Vie quotidienne	Vie sociale, culturelle, sportive et de loisirs	Projet de soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer les soins d'hygiène.</li> <li>- Assurer le confort, le bien-être et la sécurité dans un cadre de vie agréable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la personnalité.</li> <li>- Développer et maintenir les capacités motrices et sensitives.</li> <li>- Développer et maintenir les capacités cognitives et intellectuelles.</li> <li>- Favoriser la socialisation.</li> </ul>	En cours

L'architecture moderne en forme d'étoile favorise l'autonomie pour se repérer, se diriger et se déplacer dans la structure. De plus, l'implantation des unités aux extrémités de l'étoile préserve l'intimité des résidents. Ces unités sont mixtes et accueillent huit résidents d'âges différents. Trois d'entre-elles gardent un lien direct avec la vie de l'établissement pour

<sup>1</sup> Service-Public.fr - site officiel de l'administration française (premier ministre)

accueillir les résidents plus fragiles ou ayant plus de difficultés à se déplacer. Les deux autres sont indépendantes et destinées aux résidents plus autonomes dans leurs déplacements et dans leurs choix personnels. Celles-ci permettent aussi une transition pour les adultes venant pour la première fois dans un établissement ou pour ceux ayant le projet d'accéder à une structure avec moins d'encadrement.

### **2.1.2 « Les Mélisses » offre différents types d'hébergement.**

« Les Mélisses » accueille quarante-huit adultes handicapés moteur âgés de 18 à 62 ans avec ou sans troubles associés. Ceux-ci sont principalement des infirmes moteurs cérébraux mais aussi des polyhandicapés\* ou des personnes atteintes d'une maladie évolutive.

L'établissement offre trois types d'hébergement :

- Trente cinq places d'hébergement permanent.
- Cinq places d'hébergement temporaire réparties dans chaque unité de vie.
- Huit places en accueil de jour.

L'hébergement permanent reçoit les résidents dans les unités de vie, sur une longue période. Les retours en famille sont possibles mais limités à soixante-dix-sept jours par an. L'hébergement temporaire offre les mêmes prestations mais sur une courte durée ne dépassant pas quarante-cinq jours. Cette période peut être fractionnée.

L'accueil de jour est ouvert de neuf heures à dix-sept heures trente du lundi au vendredi et fermé cinq semaines par an.

Cependant toutes ces formules peuvent être adaptées suivant les besoins de chacun.

Ces adultes handicapés viennent de différentes structures : de la M.A.S de SILLE LE GUILLAUME, de l'I.E.M de SAVIGNE L'EVEQUE, du S.A.M.S.A.H « La Croix d'Or » de LE MANS, d'établissements sanitaires divers mais aussi du domicile des parents. Ils font le choix de changer d'établissement soit pour se rapprocher de leur famille, soit pour intégrer un établissement mieux adapté à leurs besoins.

Tous les résidents présentent une dépendance au quotidien nécessitant une aide et une assistance constante d'où l'importance de la présence d'une équipe professionnelle pluridisciplinaire.

### **2.1.3 De nombreux professionnels travaillent en collaboration.**

#### **2.1.3.1 Une équipe pluridisciplinaire accompagne les résidents au quotidien.**

L'établissement regroupe une équipe de soixante-trois professionnels dirigée par une directrice et un chef du personnel. Elle se compose de quatre équipes : une paramédicale et médicale, une éducative, une d'accompagnement dans la vie quotidienne et sociale, et une de services généraux (Annexe 2) L'établissement s'entoure également de médecins spécialistes (dentiste, ophtalmologue...) nécessaires pour les résidents qui n'en possédaient pas avant leur entrée.

Il existe un service d'animation (du lat.*animare* donner vie) qui regroupe le personnel des différentes équipes et qui tient une place importante dans l'établissement. Ces professionnels polyvalents amènent une dynamique en proposant des activités internes et externes à l'établissement. Celles-ci permettent aux résidents de créer des liens sociaux et de s'épanouir. L'équipe pluridisciplinaire accompagne les résidents dans leurs gestes et leur vie au quotidien. Chaque professionnel a un rôle propre tout en respectant les objectifs du projet d'établissement. En travaillant en collaboration, ils s'assurent que les besoins fondamentaux des résidents sont satisfaits (Annexe 3).

### 2.1.3.2 Le projet personnalisé d'accompagnement du résident est élaboré par le résident et l'équipe.

Depuis la loi (n°2002-2) du 2 janvier 2002, les établissements et les services sont dans l'obligation de rédiger un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge (D.I.P.C). Cette loi renove l'action sociale et médico-sociale. Elle réaffirme et complète les droits des personnes en situation de handicap. Elle vise aussi à restructurer les établissements et à mettre le résident au centre de leurs préoccupations. Le plan personnalisé de compensation prend alors en considération les besoins et les aspirations formulés par écrit par la personne (et/ou son représentant légal)<sup>2</sup>.

Les principes<sup>3</sup> de cette loi sont :

- promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale et l'exercice de la citoyenneté.
- évaluer en continu les besoins et les attentes des personnes.
- conduire l'action en répondant de façon adaptée à chacun, dans le respect et la dignité.

Ils sont mis en place à l'aide de différents projets.

Richard VERCAUTEREN, sociologue, gérontologue définit « un projet » par plusieurs éléments qui sont :

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Une <b>intention</b>, une volonté ..... « projeter d'aller à... »</li><li>• Une <b>perspective</b> dans l'<b>avenir</b>..... « avoir le projet de... »</li><li>• Une <b>mise en pratique immédiate</b>..... « réaliser le projet... »</li><li>• Une <b>construction organisée</b>..... « définir un projet à partir des attentes... »</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Dans un projet social ou médico-social, l'ETRE HUMAIN est le moteur. Le sujet est à l'origine de l'action mais en est-il toujours capable ?
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Parmi les projets de la M.A.S, j'aborde, plus particulièrement, le projet personnalisé d'accompagnement\* qui est un avenant au contrat de séjour. Il qualifie la démarche de co-construction du projet entre le résident et l'équipe pluridisciplinaire. Lorsqu'un résident arrive aux « Mélisses », l'équipe lui propose un emploi du temps intégrant les RDV médicaux, paramédicaux et les différentes activités internes et externes sollicitant l'ouverture à la vie sociale et culturelle. L'objectif est d'amener le résident à être le plus autonome possible dans la gestion de son emploi du temps pour pouvoir le réadapter suivant ses choix lors de l'élaboration de son projet personnel de l'année suivante. Une fois par an, l'équipe pluridisciplinaire se réunit et s'appuie sur ses bilans pour réaliser la synthèse de l'année écoulée. Tout d'abord, les professionnels discutent entre eux, ensuite, le résident est appelé à donner son avis pour affiner son projet. Quelquefois les familles peuvent être sollicitées. Ainsi les membres de l'équipe pluridisciplinaire collaborent afin d'apporter leurs compétences pour construire ce projet personnalisé.

#### 2.1.4 «Les Mélisses» propose un atelier d'art-thérapie autour des arts visuels et des arts plastiques ainsi qu'un atelier de musicothérapie.

La direction propose ces deux ateliers thérapeutiques afin de diversifier les modes d'accompagnement. L'accès à ces différentes pratiques artistiques permet aux résidents de choisir un atelier en fonction de leurs centres d'intérêts et/ou de leurs capacités.

Les ateliers d'art-thérapie sont assurés par Manuella LOPEZ diplômée universitaire depuis 2007, de l'enseignement de l'école de TOURS. Elle intervient, à mi-temps, dans deux

<sup>2</sup> [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr) Anesm, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>3</sup> Vercauteren Richard, Conférence sur «Travailler en équipe pour donner du sens à la vie en établissement autour des projets ».

établissements de l'A.D.I.M.C 72 dont « Les Mélisses ». Les séances d'art-thérapie sont individuelles ou collectives. Son objectif principal est de mettre en place des projets permettant aux résidents de réaliser des œuvres personnelles afin de renforcer leur confiance en soi. Elle leur propose d'expérimenter différentes techniques et de découvrir des artistes par le biais des arts plastiques, des arts visuels et des arts graphiques. Elle met également en place deux ateliers en collaboration avec l'ergothérapeute, un autour de la rédaction du journal de l'association et un autour de la création de bijoux. Aujourd'hui, sa dominante s'oriente vers la photographie numérique et argentique pour stimuler l'imagination des résidents. Cette démarche a pour objectif d'éduquer leur regard, de les laisser voir le monde à la hauteur de leur fauteuil, d'observer et de prêter attention à ce qui les entoure et de lâcher des tensions pour leurs procurer des émotions et du plaisir esthétique.

Les ateliers de musicothérapie sont assurés par Charlène MORICE détenant une certification en musicothérapie, depuis 2009, délivrée par l'atelier de musicothérapie de BORDEAUX (A.M.Bx). Elle est présente à la M.A.S. à mi-temps. Les séances de musicothérapie sont individuelles ou collectives. Ses deux objectifs principaux sont d'établir chez les résidents un canal de communication et d'expression à l'aide du médiateur musique, et de les aider à renforcer leur estime de soi, dans une démarche de mieux-être. Elle propose aussi des ateliers de groupe de musique classique et de composition de chansons. De plus, elle participe à deux groupes, l'un choral et l'autre théâtral, menés par l'éducatrice spécialisée.

## **2.2 Un protocole thérapeutique s'élabore en équipe pluridisciplinaire à partir du projet personnalisé d'accompagnement du résident.**

### **2.2.1 L'indication médicale est en lien avec l'orientation du projet d'établissement de la M.A.S.**

2.2.1.1 Une phase d'observations et d'échanges est nécessaire pour mon intégration au sein de la M.A.S « Les Mélisses ».

Dans un premier temps, j'ai visité l'établissement et rencontré l'ensemble du personnel et les résidents. Dans un second temps, j'ai pris connaissance de l'organisation et de la gestion afin de comprendre le fonctionnement interne. Mon intégration en tant que stagiaire art-thérapeute a été facilitée par la présence de l'art-thérapeute et de la musicothérapeute. Cependant j'ai dû me repositionner par rapport aux personnes m'ayant connue en tant qu'infirmière. Puis je suis allée régulièrement dans les différentes unités pour apprendre à me repérer et à échanger avec les équipes et les résidents.

2.2.1.2 Un accompagnement en art-thérapie nécessite une indication médicale.

Le mot « indication » du latin *indicare*, indiquer, est un conseil ou une recommandation, écrit ou oral relevant de la médecine d'où le terme indication médicale. Elle est indiquée par un médecin ou un responsable d'établissement non médicalisé. L'indication médicale est à différencier de la prescription médicale. « Prescription » du latin *praescriptio* vient du verbe prescrire *praescribere* dont le suffixe *scribere* signifie écrire. Ainsi la prescription médicale, issue d'une indication médicale, est écrite sur une ordonnance par un médecin.

Lors de mon stage, la directrice et l'art-thérapeute m'ont donné des indications non médicales en lien avec l'objectif général de l'établissement. Puis en compagnie de l'art-thérapeute, j'ai rencontré sept résidents (quatre femmes et trois hommes) pour leur expliquer mon rôle en tant que stagiaire en art-thérapie et leur proposer différents projets. Leur approbation fut immédiate ce qui m'a permis d'établir des objectifs personnalisés dès les premières séances

### **2.2.2 Le cadre thérapeutique s'établit en respectant l'emploi du temps des résidents.**

L'emploi du temps des résidents est organisé selon leur rythme de vie. Les équipes des unités (A.M.P Aide Médico Psychologique, A.S Aide Soignant, M.E Moniteur Educateur)

s'efforcent de respecter leurs rythmes biologique (faim, repos, sommeil) et personnel (rapide, lent...). Cependant ceux-ci doivent aussi s'adapter aux rythmes sociaux (heures des repas, du coucher etc.) établis selon le planning du personnel et la présence des autres professionnels. Le chef du personnel et l'art-thérapeute m'ont proposé un emploi du temps élaboré à partir de ces données et de mes obligations professionnelles. J'étais présente le mercredi après-midi de quatorze heures à dix-sept heures trente et le jeudi matin de neuf heures trente à douze heures trente.

Un cadre thérapeutique se définit par des critères précis qui sont la fréquence, la durée, le lieu et la confidentialité des séances. J'ai plus particulièrement rappelé la date de la dernière séance afin d'éviter une réaction émotionnelle fréquente chez les personnes I.M.C lors d'une coupure brutale.

J'ai accompagné trois résidents en séance collective de deux heures trente et quatre en séance individuelle dont deux d'une demi-heure et deux d'une heure.

Les séances du jeudi matin se sont déroulées dans l'atelier d'art-thérapie. L'organisation du mercredi après-midi s'est révélée compliquée car l'art-thérapeute travaillant, l'atelier n'était pas assez grand pour s'y installer à deux. Il fallut quelquefois attendre qu'une salle se libère ou bien, changer de salle en cours de séance suite à des erreurs de transmissions. Ce fut déroutant pour les résidents et moi-même. Malgré tout, le cadre thérapeutique a été globalement respecté. Si les résidents rencontraient des difficultés, je m'interrogeais sur les causes possibles et échangeais avec eux afin de trouver une solution. Ce cadre fut dynamique et modulable en fonction du contexte.

### ***2.2.3 La fiche d'ouverture recueille des données générales et spécifiques concernant le résident.***

La fiche d'ouverture est un support écrit. L'équipe donne les informations générales telles que l'identité, la situation familiale, l'anamnèse (histoire de la maladie), le mode de communication, l'autonomie physique, intellectuelle, psychique et sociale, les capacités sensorielles et affectives du résident. Les informations spécifiques telles que les goûts, les capacités esthétiques et relationnelles du résident sont recueillies lors des séances d'art-thérapie. Des rencontres fortuites avec les familles m'ont permis de mieux connaître et comprendre le vécu de certains résidents. Sur cette fiche apparaissent aussi l'indication médicale, l'objectif général (OG) et les modalités du cadre thérapeutique. Toutes ces rubriques théoriques seront exploitées d'une façon concrète dans la fiche d'observation dont je parlerai ultérieurement.

### ***2.2.4 La stratégie thérapeutique s'élabore en s'appuyant sur l'opération artistique.***

2.2.4.1 Elle prend en compte l'état de base du résident, les objectifs fixés et les moyens utilisés.

La stratégie thérapeutique est l'organisation de moyens pour atteindre un objectif. Cette organisation est réfléchie (« pourquoi je fais ça ») et adaptée (« comment je fais ça ») à l'action thérapeutique.

➤ La fiche d'observation donne les connaissances de l'état de base c'est-à-dire les difficultés et les pénalités des résidents.

➤ Il existe deux objectifs. L'objectif général (OG) est thérapeutique et est à atteindre en fin d'accompagnement. Les objectifs intermédiaires (OI) permettent l'acheminement de la stratégie thérapeutique. Ils sont définis au cours d'une séance suite à l'observation d'une difficulté du résident (appelé site d'action (SI)). Celle-ci est analysée puis différents niveaux d'organisation (NO) sont mis en place. Il peut apparaître entre deux niveaux un point précis gênant la progression, appelé cible thérapeutique qui sera analysée et résolue pour franchir le niveau d'organisation afin d'atteindre l'objectif intermédiaire.

➤ Les moyens utilisés impliquent une dominante artistique, une méthode, une technique, des phénomènes associés et le choix d'une séance individuelle ou collective.

2.2.4.2 Cette stratégie thérapeutique s'élabore au regard de l'opération artistique.

L'opération artistique aide à visualiser et à comprendre les mécanismes défaillants du résident avant de l'orienter vers une expression artistique. Elle permet ainsi l'analyse thérapeutique du cheminement de la stratégie thérapeutique mise en place.

### ***2.2.5 Des outils d'observation et d'évaluation permettent le suivi thérapeutique.***

L'art-thérapeute doit avoir des compétences artistiques, une pluri-technicité, des compétences pédagogiques<sup>4</sup> mais aussi des capacités à observer sans intervenir. Ces facultés d'observation sont primordiales afin de mettre en pratique ses connaissances théoriques. Une méthode de travail est alors mise en place à l'aide d'outils spécifiques.

2.2.5.1 La fiche d'observation adaptée à chaque accompagnement contient les éléments nécessaires pour évaluer le suivi thérapeutique.

La fiche d'observation (Annexe 4) reprend les rubriques de la fiche d'ouverture mais sous forme de grille exploitable. Elle est adaptée à chaque accompagnement et permet de mémoriser les séances afin de ne pas s'égarer.

2.2.5.2 Les items ont une cotation quantitative ou qualitative.

Ils se définissent comme le plus petit fait observable et se regroupent en faisceaux d'items. Leur choix d'intitulés est précis et leur quantification (codification) est explicite afin de permettre une évaluation objective des séances.

2.2.5.3 Les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire permettent d'avancer et de réajuster la démarche thérapeutique.

Les rencontres avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont été difficiles. D'une part, ceux-ci se préoccupaient de l'organisation de l'établissement et, d'autre part, beaucoup d'entre eux étaient à temps partiel et leurs emplois du temps ne correspondaient pas toujours à mes horaires de stage.

Cependant j'ai rencontré individuellement le personnel paramédical, la psychologue et les équipes des unités pour échanger sur mes accompagnements. Je n'ai pas pu rencontrer le médecin de rééducation fonctionnelle. De plus, j'ai assisté à quelques séances de l'art-thérapeute mais aussi à différents ateliers auxquels participaient les résidents que j'accompagnais, afin de les observer dans un autre contexte. Je n'ai pu participer qu'aux projets individuels et personnalisés de deux résidents car les réunions de synthèses n'étaient pas encore prévues.

Cependant les temps des transmissions écrites et orales m'ont permis de mieux comprendre l'attitude de certains résidents, d'être au courant des changements de traitement, des problèmes familiaux ou de santé et de réajuster mes objectifs ou de changer ma façon de faire. Par exemple, il m'est arrivé de passer, d'une dominante arts plastiques à une dominante musique. J'ai ici une pensée toute particulière pour Mme Mc D pour qui j'ai modifié mon objectif thérapeutique afin de l'accompagner, avec son accord, jusqu'à son décès.

Ainsi ces échanges sont indispensables car les objectifs de l'art-thérapeute suivent la même orientation que l'équipe et son travail peut être validé par des tiers.

### ***2.2.6 Les bilans sont transmis à l'équipe pluridisciplinaire afin d'apporter des informations nécessaires à la continuité du projet personnalisé du résident.***

J'ai rédigé et présenté un bilan des résidents accompagnés en art-thérapie lors des réunions de synthèse. Celui-ci a été mis dans leur dossier à la disposition de l'équipe

---

<sup>4</sup> Forestier Richard, Tout savoir sur l'art-thérapie, Ed. Favre, p. 81 et 82

pluridisciplinaire. De plus, ce support a permis de transmettre mon travail à l'art-thérapeute lors de son relai auprès des résidents souhaitant poursuivre les séances d'art-thérapie.

### **2.3 Un accompagnement en art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de deux adultes atteints d'une I M C montre l'intérêt de cette discipline au sein de la M.A.S «Les Mélisses».**

#### ***2.3.1 La diminution de l'envie de participer à la vie de la M.A.S de Mr. R. a motivé un accompagnement en art-thérapie.***

##### **2.3.1.1 La présentation et l'anamnèse de Mr. R. montrent l'intérêt de l'indication d'un accompagnement en art-thérapie.**

Mr. R. est un homme âgé de 56 ans issu d'une famille, de quatre enfants, dont le père est décédé récemment. Il vivait dans une M.A.S en milieu rural mais désireux de changer d'environnement et de se rapprocher de sa famille, il a intégré « Les Mélisses » le 2 novembre 2009.

Mr. R. est atteint d'une I.M.C suite à une naissance difficile. Il présente une diplégie spastique des membres inférieurs avec une négligence du membre supérieur droit ainsi qu'une cyphose dorsale, le contraignant à se déplacer en fauteuil roulant électrique ou manuel. Un traitement antispastique diminue la fréquence et l'intensité des spasmes en flexion et en extension et agit sur ses spasticités.

Sa préhension d'objet et sa motricité fine (surtout de sa main gauche) sont correctes mais perturbées par des troubles de la vue. Il est gaucher et utilise peu sa main droite.

Sa perception visuelle est perturbée par des troubles oculomoteurs qui limitent son champ de vision au-dessus du nez et sur les côtés latéraux droits entraînant des difficultés à se repérer dans l'espace (en particulier distinction de la droite de la gauche) et à percevoir les images. Pour palier à ces difficultés, Mr. R. est souvent penché très en avant.

Il est atteint de troubles cognitifs tels que l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, de la perception des images, de la concentration et de la compréhension (il n'interprète pas toujours bien ce qui lui est dit, il faut alors lui réexpliquer les choses).

Mr. R. ne présente pas de problèmes de langage oral ni de mémorisation.

Il y a environ deux ans Mr. R. a eu des phases d'agressivité et de dépressions. Il reste aujourd'hui fragile et très anxieux d'où le maintien d'un traitement anxiolytique, d'un traitement antidépresseur pour son effet tranquilisant et sédatif, d'un traitement neuroleptique à faible dose et d'un traitement antiparkinsonien en prévention de syndromes parkinsoniens pouvant être induits par son traitement neuroleptique. Ces traitements sont lourds et peuvent entraîner des somnolences et des problèmes de concentration.

Mr. R. est bien intégré mais s'investit peu. Il va facilement vers les autres, aime rendre service mais n'ose pas demander de peur de déranger. Il est sensible à l'intonation de la voix et n'aime pas les conflits. Il est plutôt d'humeur joviale. Le décès de son père et l'éloignement de son frère avec qui il entretient une relation fusionnelle l'affectent tout particulièrement. Il en parle souvent. Il évoque également sa vie dans l'autre M.A.S où il ne s'intéressait plus aux activités, se sentait effacé et perdait confiance en lui.

Il est sensible à la musique et aux couleurs. Il participe déjà à des séances de musicothérapie. Des séances d'art-thérapie lui sont proposées pour découvrir les arts plastiques afin de lui redonner l'envie de participer et de s'investir en mettant en valeur ses capacités physiques et intellectuelles.

##### **2.3.1.2 L'objectif général de l'accompagnement en art-thérapie est de restaurer son estime de soi en lui redonnant confiance pour qu'il retrouve l'envie de s'investir et qu'il gagne de l'autonomie pour améliorer sa qualité de vie.**

Je me suis fixée cet objectif général en fonction des objectifs de l'équipe d'accompagnement, des difficultés exprimées par Mr. R. au cours de nos premières rencontres

et de la connaissance de son état de base et de son anamnèse. Puis, avant de poser des objectifs intermédiaires, j'ai ciblé, au regard de l'opération artistique, les difficultés de Mr. R. dans le 3, 5, 4 entraînant des pénalités dans le 4, 6, 7, 8 (voir annexe 1).

Les objectifs intermédiaires sont les suivants :

- lui donner un cadre thérapeutique rassurant afin d'établir une relation de confiance.
- mettre à sa disposition des médiums colorés sachant que Mr. R. est sensible aux couleurs et qu'il les expérimente.
- susciter sa curiosité en lui proposant des photos, des revues et des livres aux images colorées pour l'amener à choisir un modèle pour affirmer ses goûts
- le rassurer en lui donnant des moyens adaptés, des connaissances, des outils simples dans la technique choisie.
- travailler la technique qu'il a choisie afin qu'il acquiert un savoir faire qui lui permettra de reprendre confiance dans ses compétences.
- l'amener à retrouver du plaisir dans l'activité.
- améliorer sa concentration.
- susciter sa prise d'initiatives.
- l'amener à être satisfait et fier de sa production.
- lui donner l'envie d'expérimenter d'autres techniques.

A partir de ces objectifs, j'ai mis en place une méthode de travail pour dynamiser le phénomène artistique afin de lui redonner l'envie de participer à d'autres activités et de prendre du plaisir à réaliser une production personnalisée.

Dans un premier temps, j'ai sollicité ses capacités intellectuelles existantes par le biais de stimulations sensorielles en contemplant des images aux couleurs vives et/ou contrastées afin de faire appel à ses connaissances, à ses souvenirs et en regardant et en touchant les différents médiums, supports et outils (1, 2 et 3, 4). Dans un second temps, je l'ai aidé à les expérimenter afin qu'il prenne conscience de son potentiel physique pour renforcer sa confiance en soi (6). Enfin, je l'ai amené à s'investir dans une production avec l'objectif de la confronter au regard des autres afin de restaurer son estime de soi (7, 8).

2.3.1.3 Mr. R. bénéficie de 14 séances collectives dont les 4 premières permettent d'amorcer le travail d'observation.

Le choix de l'accompagnement en séances collectives a été décidé avec Mr. R. Il a préféré venir avec son ami Mr. L. qu'il connaît depuis plusieurs années et Melle. P. qu'il apprécie depuis peu. Mr. L. est un homme bavard et taquin qu'il faut quelquefois canaliser afin qu'il ne perturbe pas la séance. Cependant il a permis à Mr R. de prendre position. Melle. P. est une jeune femme joyeuse, discrète et son dynamisme a stimulé Mr. R. Les séances avaient lieu le mercredi après-midi de 14 heures 30 à 16 heures 30, dans l'atelier de l'éducatrice spécialisée ou de la musicothérapeute. Ce changement de salle a été à la fois perturbant et bénéfique à Mr. R. qui a du apprendre à s'adapter à la situation. Lors des premières séances, il était un peu dérouté, exprimait son mécontentement puis petit à petit il a pris l'habitude de venir plus tôt pour m'aider à installer la salle. Ce phénomène a amené Mr. R. à prendre des initiatives et à être plus autonome.

J'ai fractionné les séances en quatre séquences :

- l'accueil du résident.
- le temps de l'atelier d'art-thérapie : C'est l'observation du phénomène artistique. Pendant ce temps, si les résidents le souhaitent, je proposais un fond de musique calme (il y eut seulement deux séances sans musique, la 6 et la 14). De plus, à chaque séance, je leur donnais la peinture car les pots étaient trop lourds pour eux.
- le bilan de la séance avec l'auto-évaluation par le cube harmonique.
- la séparation.

### Séance 1, 2 et 3

Aux trois séances, Mr. R. ne m'a pas prévenu de son retard.

Il a souhaité faire de la peinture en précisant qu'il préférait le figuratif. Je lui ai présenté différents médiums disponibles dans l'atelier, crayons de couleur, feutres, peinture acrylique, pastels secs et gras. Comme il n'arrivait pas à choisir, je lui ai proposé les pastels gras ayant une préhension aisée, un large panel de couleurs et une facilité d'utilisation.

Au cours de la séance 1, il a expérimenté les différentes couleurs. Durant la séance 2, je lui ai montré comment mélanger les couleurs. Il a apprécié le contact avec le papier. Il regardait souvent le travail de Melle. P. Il a évoqué la mer et sa passion pour les bateaux. Il a souhaité dessiner un bateau mais m'a dit qu'il ne savait pas le faire. En fin de séance, il était content d'avoir passé un bon moment et souhaita me revoir la semaine suivante.

Pour la séance 3, j'ai amené toutes sortes de supports (toile sur châssis et sur carton, cartons, petites planches en bois, papier de soie...) et des images de bateaux. L'objectif de cette séance était de proposer à Mr. R. de les regarder et d'en choisir une. Mr. R. fut surpris et content que je me sois rappelée qu'il aimait les bateaux. Il a choisi un bateau de pêche qui lui rappelait de bons souvenirs. Il a souhaité le représenter sur une plaquette en bois et le réaliser en peinture acrylique. C'était presque la fin de la séance. Cependant Mr. R. a voulu commencer à peindre mais se demandait comment il allait pouvoir faire. Je l'ai rassuré en lui expliquant que nous procéderions par étapes et à son rythme. Je lui ai proposé de commencer par le fond.

Il fut enthousiaste. Il m'a demandé de l'aider à choisir son bleu et de le conseiller pour l'outil. Je lui ai proposé un petit rouleau en mousse, facile à tenir qui lui permettrait d'avoir des gestes amples. J'ai orienté son travail dans son angle de vision et mis la peinture à sa disposition, à proximité de son bras gauche.

Il a hésité puis attendu. Je lui ai demandé s'il voulait mon aide. Il a accepté. Nous avons peint ensemble puis, progressivement, il a terminé seul. Il était satisfait du choix de la couleur. Avant de partir, il m'a dit qu'il « aimait les choses bien faites ».

### Séance 4

L'objectif de la séance était de le rassurer en lui proposant de dessiner ensemble son bateau.

Mr. R. était en retard mais il avait prévenu. En arrivant, il s'est excusé et s'est installé rapidement. Après plusieurs propositions, il m'a demandé de décalquer son bateau pour qu'il puisse le transférer sur son support. Puis en maintenant une règle et en s'appuyant dessus, il a tracé les traits au crayon. Il s'est alors rendu compte que ses traits n'étaient pas toujours bien faits mais il fut content car il ne pensait pas être capable de faire ça.

### Séance 5 et 6

Ces deux séances étaient consacrées à la réalisation de son bateau.

L'objectif de ces séances était de l'amener à être plus autonome en prenant davantage de risques dans ses gestes et de demander moins d'aide. Mr. R. fut à l'heure aux deux séances.

Au cours de la séance 5, il a peint le bateau en choisissant différentes couleurs pour la coque et la cabine et a utilisé un pinceau avec une butée pour une meilleure prise et plus de stabilité.

Un site d'action apparut. Mr. R. n'osait pas commencer à peindre car il voyait mal les traits et avait peur de dépasser. J'ai alors repassé les traits au crayon feutre noir et délimiter les formes avec du papier adhésif large. Cependant il eut besoin que je le dirige pour positionner son pinceau afin de pouvoir se lancer. Pour le rassurer, j'ai refait cette opération à chaque fois qu'il changeait de couleur. Il était concentré et prenait son temps. Il m'a demandé de regarder si toute la surface était recouverte et si besoin de réajuster avec lui. En fin de séance, il a sollicité l'avis des autres résidents et est allé voir ce qu'ils avaient fait. Il était satisfait de son travail et a dit « venir avec plaisir et reprendre goût aux activités ».

Au cours de la séance 6, avec une brosse plate, il a ajouté un effet de vagues autour du bateau. Ensuite, la séance 6 s'est déroulée comme la séance 5. Mr. R. a moins sollicité mon aide et a

demandé à voir le travail des autres résidents. Il a alors projeté de peindre, après son bateau, un bouquet de fleurs sur bois, pour pouvoir l'offrir. Cette séance fut écourtée pour libérer la salle et n'ayant pas pu mettre de musique, Mr. R. fut désolé d'en être privé.

#### Séance 7

Après une semaine d'absence, l'objectif de cette séance était de terminer sa production et d'observer s'il n'avait pas perdu ses acquis. Mr. R. est arrivé avant l'heure et était content de me retrouver. Le premier temps de la séance a duré plus longtemps que d'habitude car il m'a raconté un problème rencontré avec un membre du personnel. Une discussion s'est engagée avec les autres résidents par rapport à l'autonomie qu'on leur laissait. Puis j'ai mis de la musique classique à leur demande et le temps de l'atelier a commencé. Mr. R. m'a demandé de l'aide pour démarrer afin de terminer sa production. Pour une meilleure finition, il a décidé, à la prochaine séance, de peindre l'arrière de sa planchette et de la vernir comme les productions des autres résidents. Avant que j'aie pu répondre, ces derniers l'ont approuvé en justifiant que les couleurs ressortaient plus. A son départ, il m'a rappelé son désir de réaliser un bouquet de fleurs. Cette séance fut encore perturbée par un changement de salle. Cependant Mr. R. était content d'avoir passé un bon moment.

#### Séance 8

L'objectif de la séance était de lui laisser un champ d'action plus large. Mr. R. est arrivé à l'heure. Ce jour là, son visage était moins expressif que d'habitude. Il m'a expliqué qu'il « était fatigué et qu'il serait peut-être ailleurs car aujourd'hui c'était l'anniversaire du décès de son père ». J'ai alors changé l'objectif de la séance pour privilégier le plaisir du moment présent. Avant de commencer son nouveau projet, je lui ai proposé de regarder sa production précédente. Il a remarqué que la peinture n'était pas uniforme et m'a demandé si je pouvais le corriger. Puis il a regardé des modèles de bouquets de fleurs pour son nouveau projet. Il a choisi un bouquet de fleurs blanches avec un pot bleu de forme ovale. Pendant cette séance Mr. R. s'est référé à ce qu'il avait fait précédemment en demandant le rouleau pour faire le fond. De plus, le sentant prêt à avancer, je lui ai proposé de le réaliser en travaillant avec trois bleus. Il a pris beaucoup de plaisir à les mélanger et à écraser la peinture avec le rouleau. Il m'a demandé où il en manquait et a rectifié seul. La séance lui a permis de penser à autre chose. Il a pris plus d'initiative et fut satisfait de son travail.

L'objectif des dernières séances était qu'il devienne acteur et que je reste spectateur.

#### Séance 9

Mr. R. est arrivé à l'heure. Il a regardé ce qu'il avait produit la semaine précédente et a souhaité changer la couleur du fond de la partie haute. Il a pris le rouleau et a fait un fond bleu plus nuancé. Pendant le séchage de celui-ci, il a souhaité vernir le tableau de son bateau de pêche que je lui ai proposé de signer. Il fut gêné. Un nouveau site d'action apparut. Il ne savait pas écrire son nom. Avec mon aide et en lui dirigeant la main, ce fut possible. Puis il a verni son tableau. Ensuite à sa demande, j'ai tracé le vase de son bouquet de fleurs avec un crayon foncé. Je lui ai préparé la couleur qu'il avait choisie et je lui ai positionné au plus près de sa main gauche. Il a pris alors l'initiative de saisir le pinceau que j'avais mis à proximité de la peinture. Il a hésité puis après quelques minutes, il s'est lancé seul. Son geste était appliqué, petit, lent mais sûr. Quand il a terminé, il m'a demandé de vérifier si tout le vase était peint. Il a remarqué qu'il avait dépassé mais il était fier de s'être lancé tout seul. Les autres résidents se joignirent à moi pour le féliciter. A la fin de la séance, Mr. R. eut du mal à partir.

#### Séance 10

Mr. R. est arrivé avant l'heure. Il a repris son travail et s'est demandé comment réaliser les fleurs. Je lui ai proposé de faire un essai sur une feuille et je l'ai invité à choisir seul la chronologie de la réalisation. Il a choisi les couleurs dont il a besoin, il m'a demandé de faire

le tracé au crayon et a repassé par-dessus. Puis de l'essai, il passa au tableau. Pendant la réalisation des fleurs, il m'a demandé d'accentuer le traçage des tiges et des contours des fleurs et de l'aider à orienter le pinceau à pochoir. Il a respecté au mieux la forme et a posé le pinceau à pochoir en donnant une petite pression pour former une boule. Conscient de ses difficultés d'orientation et de vue, Mr. R. m'a demandé de temps en temps de vérifier s'il se trouvait bien au bout de la tige. Il a pris du recul, m'a consulté et a décidé de rajouter des fleurs et de rectifier le côté gauche de son tableau. Il était satisfait car il pensait que les fleurs seraient plus difficiles à réaliser que le bateau de pêche.

#### Séance 11

Deux semaines se sont écoulées. Mr. R. est arrivé avant l'heure, content de revenir et m'a demandé comment s'était passée ma semaine de formation. Il a eu du mal à redémarrer son travail car il n'osait pas se lancer. Il m'a demandé de l'aide pour le guider puis il a continué seul. Son tableau terminé, il a décidé de le signer avec mon aide et de le vernir à la séance suivante. Il était satisfait. Il a répété plusieurs fois que cela lui « apportait beaucoup », qu'il était content et qu'il ne pensait pas « pouvoir faire tout ça ». De plus, il a constaté que la deuxième production avait été plus rapide que la première.

#### Séance 12

Mr. R. est arrivé avant l'heure. Il était fatigué et enrhumé. Il m'a prévenu qu'il serait absent, la semaine suivante. Il s'est installé rapidement, a regardé son tableau et a décidé de peindre les côtés et l'arrière pour une meilleure finition. Pendant cette séance, il a parlé plus que d'habitude, a fait des pauses mais n'a demandé aucune aide. Il a tourné son tableau seul. Fatigué, il a décidé de le vernir à la prochaine séance. Mr. R. était inquiet car il restait une séance. Il aurait aimé continuer des séances d'art-thérapie. Je lui ai dit que j'en parlerai à l'art-thérapeute de la M.A.S pour qu'elle prenne éventuellement le relais.

#### Séance 13

Mr. R. était absent.

#### Séance 14

Mr. R. est arrivé avant l'heure. C'était la dernière séance. En arrivant, il a évoqué le bienfait des séances et a voulu savoir si j'avais une réponse pour la suite. Je lui ai dit que le relais serait possible mais pas dans l'immédiat. En attendant, la directrice m'autorisait à continuer mon travail. Il était rassuré ainsi que les autres résidents. Puis, il se rappela qu'il avait à vernir son bouquet de fleurs. Il n'hésita pas à commencer. Une fois le vernissage terminé, il m'a demandé de vérifier s'il en avait réparti partout. Il a travaillé avec plaisir et a demandé aux autres de lui montrer leurs travaux et les a complimentés. Puis il a cherché un nouveau modèle sur le thème de la mer dans les images, revues et livres. Il a choisi un coucher de soleil sur l'entrée d'un port avec au premier plan, un petit bateau de pêche. Il était attiré par les tons orangés. Il a choisi son support, ses outils pour faire le fond. Il a réajusté quand il manquait de peinture et m'a demandé seulement à la fin de vérifier. Il a dit : « c'est le coup de partir, après ça va tout seul ». Il sifflait, souriait. Pendant cette séance, il m'a dit la surprise de sa famille en voyant ses productions. Mr. R. était fier de lui.

#### 2.3.1.4 A partir de ces observations, des items sont élaborés.

L'évaluation des séances est réalisée sous forme de tableaux regroupant des faisceaux d'items. J'ai retenu les plus représentatifs de l'évolution de l'accompagnement de Mr. R. Ils permettent de mettre en évidence l'intérêt de Mr. R. d'assister aux séances d'art-thérapie et d'en mesurer les bienfaits.

**1) L'évaluation de l'implication relationnelle** donne des indications sur l'évolution de la relation de confiance établie au cours des séances.

<b>Implication relationnelle</b>	0	1	2	3
Echanges avec les résidents	Il n'y a aucun échange.	Il y a 2 à 3 échanges.	Il y a 4 à 5 échanges.	Il y a + de 6 échanges.
Echanges avec l'art-thérapeute	Il n'y a aucun échange.	Il y a 2 à 3 échanges.	Il y a 4 à 5 échanges.	Il y a + de 6 échanges.

**2) L'évaluation du phénomène artistique (intention-action-production)** donne des indications sur son implication dans l'activité qui permet de mesurer l'évolution de son comportement physique et intellectuel pendant la séance.

<b>Intention</b>	0	1	2	3
Ponctualité	Il est absent.	Il est en retard.	Il est ponctuel.	Il est avant l'heure
Intérêt pour la séance	Il ne donne aucun intérêt.	Son intérêt est stimulé.	Son intérêt est spontané.	Son intérêt est enthousiaste
Volonté de poursuivre les séances	Il n'a aucune volonté.	Sa volonté est stimulée.	Sa volonté est spontanée.	Sa volonté est enthousiaste

<b>Action</b>	0	1	2	3
Choix de son matériel	Il ne choisit pas.	Il choisit seul mais hésite.	Il choisit mais demande de l'aide.	Il choisit seul.
Choix de ses couleurs	Il ne sait pas choisir.	Il choisit seul mais hésite.	Il choisit mais demande de l'aide.	Il choisit seul.
Concentration	Il n'arrive pas à se concentrer.	Il se concentre mais est perturbé par un phénomène associé.	Il se concentre mais a besoin de la présence de l'art-thérapeute.	Il se concentre seul.
Mise en œuvre du geste	Le geste est guidé.	Il hésite dans son geste.	Il hésite dans son geste mais fait seul.	Son geste est spontané.
Autonomie dans l'activité	Il ne fait rien seul.	Il attend de l'aide.	Il demande de l'aide.	Il fait seul.

<b>Production</b>	0	1	2	3
Devenir de la production	Il la détruit.	Il la laisse à l'atelier.	Il l'emporte pour lui.	Il l'offre.
Evaluation	Il est insatisfait.	Il est indécis.	Il est satisfait.	Il est fier.

**3) L'évaluation de la capacité esthétique** indique si Mr. R. retrouve du plaisir dans une activité.

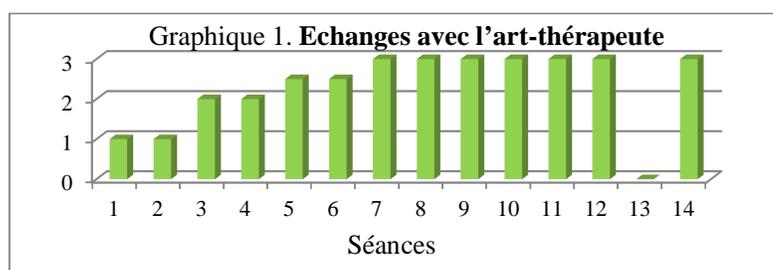
<b>Capacité esthétique</b>	0	1	2	3
Plaisir	Il n'exprime rien.	Il dit passer un bon moment.	Il dit être content avec expression du visage. (regards, sourires)	Il dit que cela lui fait du bien.

4) **L'auto-évaluation** de Mr. R. à l'aide du cube harmonique indique si son accompagnement a renforcé son affirmation de soi, sa confiance en soi et restauré son estime de soi.

<b>Auto-évaluation</b>	1	2	3	4	5
Le plaisir que j'ai eu	Aucun	Très peu	Peu	Un peu	Beaucoup
Je trouve que cela est fait	Très mal	Mal	Moyen	Bien	Très bien
Mon envie de continuer est	Nulle	Faible	Moyenne	Forte	Très forte

2.3.1.5 L'évaluation des items révèle la pertinence de l'accompagnement en art-thérapie et permet de le réajuster.

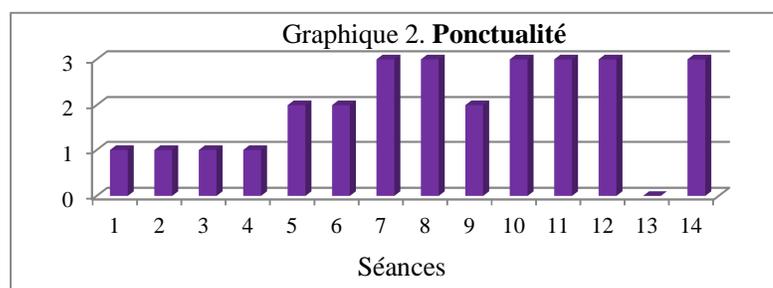
1) **Implication relationnelle** : J'observe que les échanges avec l'art-thérapeute ne cessent d'augmenter dès la séance 3. Ainsi, l'objectif d'établir une relation de confiance est atteint.



*Les échanges sont de l'ordre du regard, du sourire, du rire et de la discussion.*

## 2) Phénomène artistique (Intention - Action - Production) :

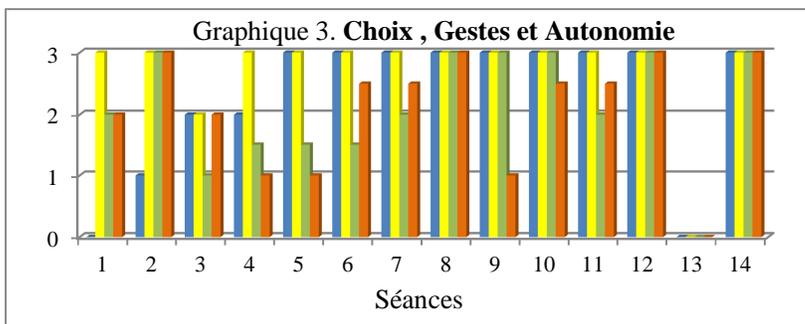
**Intention** : L'évolution de sa ponctualité et de l'intérêt qu'il manifeste à revenir montre une amélioration de sa volonté à participer. Ainsi, l'objectif de lui redonner l'envie de s'investir dans une activité semble atteint. Cependant, j'ai pu constater que des événements vécus en dehors de l'atelier et la confrontation à ses problèmes de vision, diminuaient son intérêt pour les séances.



*Mr. R. avait prévenu de son retard aux séances 3 et 4 et de son absence à la séance 13.*

**Action** : Mr. R. affirme ses choix pour la technique, les supports, les médiums, les outils et les couleurs afin de réaliser sa production. De plus, je constate qu'il passe d'une attitude passive à une attitude active. Il n'attend plus mes propositions mais il anticipe en me demandant de l'aide. Cependant quand il apparaît un site d'action (S4, S5 et S9) Mr. R. est perturbé et son autonomie chute ponctuellement.

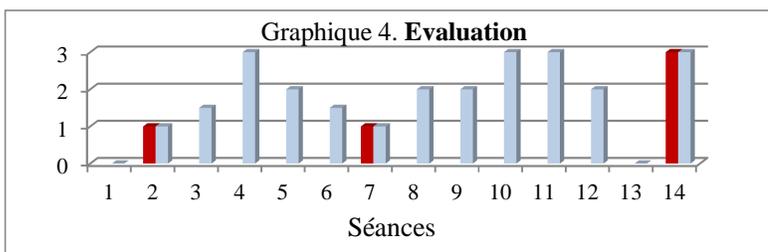
Enfin, l'autonomie de ses gestes reste difficile du fait de son handicap moteur. Cependant quand il connaît la technique, ses gestes deviennent plus autonomes et ses prises d'initiative dans l'activité augmentent. Je peux dire que l'objectif d'améliorer son autonomie de décision et d'exécution est partiellement atteint.



*Le choix du matériel peut porter sur le modèle, le support, le médium et l'outil en lien avec sa technique.*

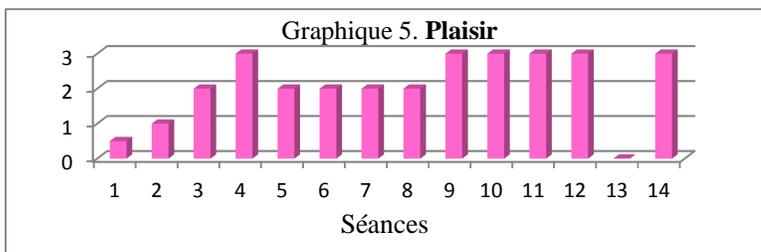
■ Choix de son matériel      ■ Mise en œuvre du geste  
■ Choix de ses couleurs      ■ Autonomie dans l'activité

**Production** : Je constate que l'évaluation de sa production progresse vers une satisfaction personnelle sauf en S7 où un fait imprévu amène de l'insatisfaction (manque de peinture). De plus, il donne une valeur à sa production en décidant de la montrer et/ou de l'offrir. Ainsi, l'objectif de restaurer son estime de soi en lui redonnant confiance (action) pour réaliser une production est atteint mais reste fragile par des faits extérieurs.



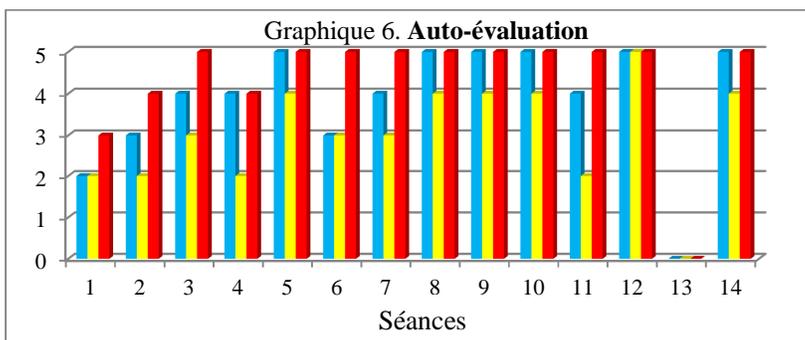
*Les trois colonnes rouges correspondent à la fin d'une production (Annexe 5).*

**3) Capacité esthétique** : Je constate que le plaisir qu'il exprime verbalement pendant les séances s'intensifie progressivement. Ce fait montre que l'objectif de retrouver du plaisir dans une activité est atteint.



*L'item du plaisir est évalué par l'expression verbale de Mr. R.*

**4) L'auto-évaluation** à l'aide du cube harmonique de Mr. R. permet de comparer son évaluation avec mes observations (Annexe 6).



*Fin d'une production aux séances 2, 7 et 14.*

■ Le plaisir que j'ai eu est      ■ Mon envie de continuer est      ■ Je trouve que cela est fait

Je remarque globalement que le plaisir ressenti par Mr. R. progresse comme celui que j'ai observé au cours de l'accompagnement. De plus, ses baisses de plaisir (S6, S7 et S11) sont également similaires à mes observations et correspondent à un évènement l'ayant perturbé avant et/ou pendant la séance.

Concernant l'appréciation de la réalisation de son travail, Mr. R. est plus sévère en particulier quand il est dans l'art abstrait (S1 et S2) et qu'il ne maîtrise pas son geste seul (S4 et S11). De plus, je constate un incident à la S11 ne figurant pas dans mon évaluation mais qui correspond à la coupure de deux semaines entre les séances 10 et 11. Mr. R. a eu du mal à redémarrer son travail en cours et a eu besoin de plus d'aide. Contrairement à la S12, évaluée à 5 partout, où il n'a demandé aucune aide. Enfin, je constate que son envie de continuer confirme l'analyse de mes observations par l'amélioration de sa ponctualité et l'intérêt que lui apportent les séances. Cette auto-évaluation a permis à Mr. R. de se rendre compte de ses progrès et l'a encouragé à continuer les séances.

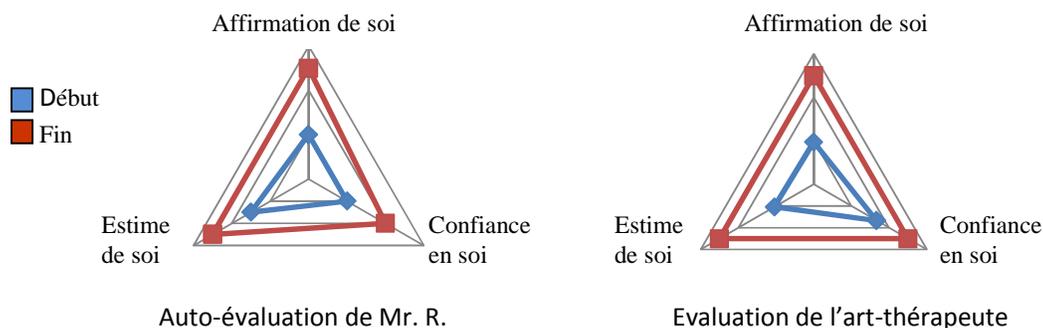
Deux graphiques présentés dans le bilan synthétisent l'auto-évaluation de Mr. R. et mon évaluation du début jusqu'à la fin de l'accompagnement.

Ils montrent l'évolution des trois éléments indissociables de la qualité existentielle :

- l'affirmation de soi associée à « le plaisir que j'ai eu est ».
- la confiance en soi associée à « je trouve que cela est fait ».
- l'estime de soi associée à « mon envie de continuer est ».

2.3.1.6 Le bilan permet de montrer les bénéfices et les perspectives de l'accompagnement en art-thérapie de Mr. R.

Graphique 7



Mr. R., pour s'investir dans une activité, a eu besoin d'être rassuré et encouragé d'où l'importance d'établir une bonne relation de confiance. Il a accepté l'activité et s'y est impliqué quand il en a réalisé progressivement les bienfaits. L'émotion qu'il a ressentie en regardant les images et les productions des autres résidents a ravivé son envie de faire. Ses goûts se sont affirmés. Puis il a repris confiance en lui quand il a pris conscience que son handicap moteur n'était pas un obstacle pour l'apprentissage d'un savoir-faire. Mr. R. alors fait des projets. Il a anticipé une nouvelle idée de production avant d'avoir fini celle en cours. Puis lorsqu'il a terminé ses productions, il a évalué son travail. En demandant l'avis des autres et en donnant le sien, il s'est détaché de ses productions et il s'est valorisé. Ces éléments ont révélé qu'il avait une meilleure estime de lui.

En conclusion, on peut dire que l'objectif général fut atteint. En l'aidant à restaurer son estime de soi, en lui redonnant confiance, il a retrouvé l'envie de participer à une activité et il a amélioré son autonomie. Il l'a exprimé à la S7 « je reprends goûts aux activités » et au cours de plusieurs séances « je ne pensais pas être capable de ». Cependant Mr. R., sensible aux évènements extérieurs, a encore besoin du bénéfice d'un accompagnement en art-thérapie pour consolider ses acquis et poursuivre sa démarche.

### **2.3.2 L'accompagnement en art-thérapie de Mme. J est proposé pour améliorer son expression, sa communication et sa relation perturbées par l'absence de langage verbal et par ses troubles de la motricité.**

2.3.2.1 La présentation et l'anamnèse de Mme. J. montrent l'intérêt de l'indication d'un accompagnement en art-thérapie.

Mme. J. est une femme de 51 ans issue d'une famille de cinq enfants. En novembre 2009, elle a souhaité intégrer la M.A.S « Les Mélisses » pour se rapprocher de sa famille.

Mme. J. est née à terme. Elle est atteinte d'une infirmité motrice cérébrale due à une souffrance néonatale qui a nécessité une réanimation. Elle présente une quadriparésie spastique avec une athétose parasitant toute ébauche de mouvements et une hypotonie musculaire. Elle n'a pas de motricité fine et sa préhension d'objet est difficile (+ précise avec sa main gauche). Une arthrodèse sur D4 et L4 lui a permis d'avoir une position assise. Elle se déplace seule en fauteuil électrique aménagé d'une coquille pour le maintien de son dos.

Mme. J. a un usage de la parole extrêmement restreint. Elle dit seulement quelques mots et émet des sons. Elle s'exprime et communique par des gestes, des mouvements des yeux et de la tête et à l'aide d'un classeur de pictogrammes mis à sa disposition.

Elle présente des troubles cognitifs tels que l'apprentissage de la lecture (ne sait pas lire), de l'écriture (écrit son prénom et nom avec une tierce personne), sa compréhension et sa concentration peuvent être perturbées par des moments d'absences dues à des crises d'épilepsie. Ses crises sont stabilisées par un traitement antiépileptique qui peut entraîner des somnolences et des troubles de la concentration. Mme. J. est myope et astigmatique et porte des lunettes de correction. Elle présente d'autres troubles associés (déglutition, respiratoires et urinaires).

Mme. J. est bien intégrée dans son unité et dans la vie de l'établissement et participe avec plaisir à de nombreuses activités internes et externes. Elle va facilement vers les autres mais son langage non verbal n'est pas toujours compris. Elle prend soin de sa santé et de son apparence physique. Elle est généralement de bonne humeur, volontaire mais fatigable. Elle affirme ses choix mais manque de confiance en elle.

L'équipe de l'unité m'a informée que sa famille était très présente et avait tendance à décider à la place de Mme. J. et à lui laisser très peu l'occasion de prendre des initiatives.

Elle aime les activités artistiques et pratique la peinture avec une licorne. Elle participe déjà à des séances de musicothérapie (chorale). Des séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques lui sont proposées pour qu'elle puisse s'exprimer autrement et améliorer sa communication et sa relation avec les autres et sa famille.

2.3.2.2 L'objectif général de l'accompagnement en art-thérapie est de renforcer sa confiance en elle en développant son plaisir esthétique pour améliorer sa qualité existentielle.

Je me suis fixée cet objectif général en fonction des objectifs de l'équipe d'accompagnement de Mme. J., de son anamnèse, de son état de base et de mes observations lors des premières séances. Avant de poser mes objectifs intermédiaires, j'ai ciblé les difficultés en 3, 5 entraînant des pénalités en 4, 6, 7, 8 de Mme. J. au regard de l'opération artistique pour mettre en place les moyens afin de dynamiser le phénomène artistique (voir annexe 1).

Je me suis fixée six principaux objectifs intermédiaires :

- que le cadre thérapeutique soit rassurant afin d'établir une relation de confiance.
- qu'elle développe ses capacités créatives.
- qu'elle affirme ses goûts esthétiques.

- qu'elle découvre plusieurs techniques.
- qu'elle contrôle mieux ses gestes.
- qu'elle prenne du plaisir.

### 2.3.2.3 Mme. J. bénéficie de 5 séances collectives et 9 séances individuelles.

Les séances collectives accueillait deux résidentes, Mme. J. et Mme. D., de pathologies différentes. Le changement de mode d'accompagnement a été décidé en accord avec les deux résidentes. Progressivement j'ai observé que les deux résidentes supportaient mal que je passe de l'une à l'autre. Elles s'interrompaient dans leur travail et avaient du mal à reprendre. Leurs humeurs changeaient. J'ai alors mis en place deux séances individuelles dont elles ont choisi l'heure en fonction de leur rythme personnel. Mme. J. est donc venue seule les neuf dernières séances le jeudi matin de 10 heures 30 à 11 heures 15.

J'ai fractionné les séances en quatre séquences comme dans l'accompagnement de Mr. R.

#### Séances 1 et 3

Mme. J. était absente à la deuxième séance. Ces deux séances ont pour objectif de privilégier la relation entre les deux résidentes qui se connaissent peu. Mme. J. est arrivée en retard aux deux séances. Elle a expliqué que l'équipe avait pris du retard pour l'aider à se préparer. J'ai réglé la hauteur de la table pour qu'elle puisse s'installer puis je l'ai inclinée verticalement pour l'adapter à sa vision et j'ai repéré le niveau, pour les séances suivantes. Je lui ai présenté différents médiums disponibles dans l'atelier et accessibles à ses capacités physiques (crayons de couleur, feutres, peinture acrylique, papier). Elle a souhaité faire du collage avec des feuilles de couleur. Ayant des difficultés à déchirer le papier, elle m'a demandé de découper des morceaux. Elle a choisi de les coller sur une feuille blanche. J'ai observé que Mme. J. était plus à l'aise dans le mouvement gauche, droite. J'ai alors installé les morceaux de différentes couleurs à sa gauche. J'ai déposé la colle et elle les a positionnés en les juxtaposant dans un mouvement de va et vient et les a fixés avec son poing. Elle a souri puis ri en me regardant.

#### Séance 4

Mme. J. est arrivée en retard pour des raisons d'organisation de l'unité. Elle a montré son mécontentement. Elle s'est installée seule et m'a fait comprendre par gestes qu'elle voulait reprendre tout de suite son travail. Elle a pris un temps pour regarder les formes, les couleurs des morceaux de papier et a commencé à les positionner en les glissant. Pendant la séance, elle a réajusté plusieurs fois la position des morceaux après avoir regardé sa production de loin. En fin de séance, nous avons mis en place un code pour que je ne fasse pas d'erreur de compréhension : signe de la tête de haut en bas **pour dire sa satisfaction**, de gauche à droite **pour montrer son insatisfaction**, lever le poing **pour me montrer ou me dire quelque chose**, poser ou taper le poing sur la table **pour me dire sa volonté d'arrêter**. Je lui ai montré sa production terminée, elle a souri et bougé la tête de haut en bas plusieurs fois. Suite à ma proposition et avec mon aide, elle a signé sa production qu'elle n'a pas emportée. Elle a regardé les productions présentes dans l'atelier. Elle a repéré le dessin de Mme D. (un bateau) qu'elle a souhaité réaliser la fois suivante. Ce fut lors de cette séance que Mme. J. et Mme. D. m'ont dit leur gêne d'être à deux et que je leur ai alors proposé des séances individuelles.

#### Séance 5

Mme. J. était absente pour des raisons de santé.

#### Séance 6

Mme. J. est arrivée à l'heure et m'a demandé de l'aider à réaliser le bateau qu'elle avait projeté de faire deux semaines auparavant. Elle a choisi la peinture acrylique à l'aide d'un pochoir (que j'ai réalisé) sur un support en bois. Nous avons créé ensemble un pictogramme

de couleurs pour faciliter notre communication. Je savais par l'équipe et l'ergothérapeute qu'il n'en n'existait pas. Elle fut ravie. Elle a choisi plusieurs dégradés de bleu pour faire son fond sans se préoccuper du modèle. Elle a peint avec la licorne\* puis à la main avec un pinceau recourbé car sa licorne était mal adaptée. Mme. J. a fait de grands gestes de gauche à droite et inversement. Elle était très concentrée. Satisfaite, elle a souri et ri en admirant sa production. Elle m'a alors fait comprendre qu'elle la garderait.

#### Séance 7

Mme. J. est arrivée avant l'heure et elle ne souriait pas. Le temps de rencontre a duré plus longtemps. Elle m'a demandé de sortir son classeur de pictogrammes pour m'expliquer sa tristesse. En effet, elle était allée à la sépulture d'un ami en début de semaine. Avec son accord, je lui ai mis un fond de musique de bruits marins. Mme. J. a repris sa production. Avec mon aide, elle a positionné le pochoir sur le support qu'elle avait préparé la fois précédente. Elle n'a pas voulu de la licorne. Elle a préféré que je l'aide à stabiliser son poignet pour qu'elle puisse peindre la coque du bateau avec un pinceau à pochoir. Au cours de la séance, elle a retrouvé le sourire et s'est investi dans sa production. Ses gestes étaient plus petits et elle a repassé plusieurs fois. En fin de séance, son visage était détendu, elle souriait et a émis quelques sons. Elle était satisfaite.

#### Séance 8

Mme. J. est arrivée à l'heure. Elle a vu son tableau installé sur sa table réglée à sa hauteur et relevée. Elle l'a regardé et souri. Elle s'est installée et a choisi les couleurs du mât et des voiles de son bateau. Elle a peint avec sa licorne qui était maintenant bien adaptée. Elle m'a demandé plusieurs fois de repositionner son tableau afin d'ajuster ses gestes. Ceux-ci étaient dirigés mais saccadés du fait de son handicap moteur. En fin de séance, deux résidents sont arrivés et Mme. J. les a invités à venir voir sa production. Après leur départ, elle souriait et riait en me regardant. Pendant le temps de séchage, Mme. J. m'a montré dans son classeur de pictogramme, un projet de paysage de campagne qu'elle aimerait faire. Elle en a repéré un avec des oies dans les revues que je lui ai proposées.

#### Séance 9

Mme. J. est arrivée avec 15 minutes de retard. Exceptionnellement, j'avais anticipé en mettant la musique qu'elle préfère. Elle s'est plainte que l'équipe ait oublié qu'elle avait une séance d'art-thérapie. Elle n'avait pas le sourire. Elle semblait agacée et tendue (bras et jambes plus contracturés). Mme. J. s'est installée pour terminer la production de son bateau. Puis je lui ai proposé de le signer. Elle a accepté et choisi de signer en rose. Ensuite, elle m'a expliqué en montrant une production posée dans l'atelier, qu'elle désirait le vernir. J'ai installé le matériel de façon qu'elle puisse le faire seule. En fin de séance, Mme. J. a demandé de l'aide car elle était fatiguée mais elle souhaitait le terminer le jour même.

#### Séance 10

Mme. J. était absente pour des raisons de santé.

#### Séance 11

Mme. J. est arrivée à l'heure. Elle était fatiguée mais souriante. Avec son approbation, j'ai raccourci la séance. Je lui ai présenté le modèle de paysage qu'elle avait choisi à la séance 8. Elle a fait un grand sourire. Puis, je lui ai proposé de découvrir l'aquarelle (peinture personnelle) qui demande moins d'effort pour répartir la peinture. Elle accepta avec plaisir. Elle a effectué un essai et ri en voyant la peinture s'étaler au contact de l'eau sur la feuille. Elle a choisi une feuille grand format, spéciale aquarelle (matériel personnel), ses couleurs pour faire le fond et sa licorne pour peindre. Je lui ai humidifié sa feuille et lui ai préparé de la peinture dans plusieurs couvercles plats fixés sur le plateau surélevé de la table afin qu'elle

puisse se servir seule. Au début, ses gestes étaient maladroits pour prendre la peinture puis ils sont devenus plus dirigés. Mme. J. a pris son temps. Elle a mélangé les couleurs selon ses goûts et les a étalées avec des gestes amples. La séance a duré 30 minutes.

#### Séance 12

Mme. J. est arrivée en retard à cause d'un problème d'organisation dans l'unité. Elle a continué sa production et m'a demandé de l'aider en attrapant ma main. Elle m'a fait comprendre qu'elle désirait réaliser la maison, les barrières et les oies d'une façon plus précise. Je lui ai proposé de faire un cache pour délimiter la maison, de découper la forme des oies et des barrières pour qu'elle puisse les peindre puis les coller sur sa feuille. Cette méthode lui permettrait de combiner la peinture et le collage, deux techniques qu'elle connaissait et appréciait. Elle a incliné la tête en signe d'accord. Je lui ai ôté la licorne car elle était fatiguée. Elle m'a regardé préparer le matériel et a souri. Mme. J. a réclamé sa licorne car elle souhaitait peindre la maison avant de partir. Ses gestes étaient fluctuants mais plus légers. Au moment du départ, je lui ai rappelé qu'il restait deux séances.

#### Séance 13

Mme. J. est arrivée à l'heure. Elle est allée directement voir sa production que j'avais préparée sur la table. Elle souhaitait l'offrir à sa mère. Elle a choisi de peindre avec sa licorne. Elle m'a indiqué qu'elle voulait regarder le modèle. Elle m'a montré les fleurs au premier plan et le pictogramme de couleurs. Elle a souhaité ajouter des couleurs vives sur le fond vert de la feuille. Elle a choisi les couleurs rouge, jaune, violet et fait des traces. Ses gestes étaient rapides mais bien orientés, ce qui lui a demandé beaucoup de concentration. Puis elle a fait une pause en me demandant d'enlever la licorne car elle était fatiguée. Pendant ce temps, j'ai fixé les oies et les barrières sur un carton face à elle. Elle m'a fait comprendre qu'elle était prête à continuer. Elle a terminé de peindre et je lui ai proposé de faire le collage la séance suivante. Elle a observé sa production, a souri et m'a regardée.

#### Séance 14

Mme. J. est arrivée à l'heure. Elle était gênée par une toux. Elle a souri en voyant sa réalisation. C'était la dernière séance et Mme. J. voulait terminer sa production. Elle m'a montré où placer les oies et les barrières et nous les avons collées ensemble. Puis elle s'est tournée vers moi, le regard sombre. Après un long moment, j'ai compris qu'elle voulait me dire que les oies n'avaient pas d'yeux et que le bec ne se voyait pas assez. En prenant ma main, elle m'a fait comprendre qu'elle voulait que je l'aide à les peindre au pinceau. Elle s'est redressée dans son fauteuil. Je lui ai juste maintenu le poignet et Mme. J. a fait deux points noirs pour les yeux et une petite trace noire pour les becs. Elle était très concentrée et ne tremblait pas. Cet effort n'a pas duré longtemps mais quand elle a eu terminé, elle a lâché un éclat de rire et pour la première fois, j'ai compris clairement « c'est bien ». Mme. J. a regardé avec fierté sa production (elle s'est redressée et agitée). Elle l'a laissée à l'atelier pour qu'elle sèche et a projeté de venir la chercher dans la semaine. Elle n'était pas inquiète de la fin de l'accompagnement car elle savait qu'elle pouvait continuer avec l'art-thérapeute dans le groupe licorne.

#### 2.3.2.4 Les items sont élaborés suite aux observations.

L'évaluation des séances est faite sous forme de tableaux regroupant des faisceaux d'items. J'ai retenu les plus représentatifs des faits précis observés concernant l'évolution de l'accompagnement de Mme. J. Ils ont permis de mettre en évidence l'intérêt de Mme. J. d'assister aux séances d'art-thérapie et d'en mesurer les bienfaits.

1) **L'évaluation de l'implication relationnelle** donne des indications sur l'évolution de la relation de confiance établie au cours des séances.

<b>Implication relationnelle</b>	0	1	2	3
Echanges avec les résidents	Il n'y a aucun échange.	Il y a 2 à 3 échanges.	Il y a 4 à 5 échanges.	Il y a + de 6 échanges.
Mode d'expression	Il n'y a que des gestes.	Des regards sont associés aux gestes.	Des regards et des sourires sont associés aux gestes.	Des regards, des sourires et des sons sont associés aux gestes.

2) **L'évaluation de la capacité esthétique** indique si Mme. J. retrouve du plaisir dans une activité.

<b>Capacité esthétique</b>	0	1	2	3
Sourires / production	Elle ne sourit pas.	Elle sourit 2 à 3 fois.	Elle sourit 4 à 6 fois.	Elle sourit + de 6 fois.
Couleurs / production	Elle ne choisit pas de couleurs.	Elle est indifférente aux choix des couleurs.	Elle choisit les couleurs.	Elle choisit et harmonise les couleurs.
Thymie avant	Elle est de mauvaise humeur.	Elle est triste.	Elle est de bonne humeur.	Elle est enthousiaste.
Thymie après	Elle est de mauvaise humeur.	Elle est triste.	Elle est de bonne humeur.	Elle est enthousiaste.

3) **L'évaluation du phénomène artistique (intention-action-production)** donne des indications sur son implication dans l'activité qui permet de mesurer l'évolution de son comportement physique et intellectuel pendant la séance.

<b>Intention</b>	0	1	2	3
Ponctualité	Elle est absente.	Elle est en retard.	Elle est ponctuelle.	Elle arrive avant l'heure.
Intérêt pour la séance	Elle n'a aucun intérêt.	Son intérêt est stimulé.	Son intérêt est spontané.	Enthousiaste
Volonté de poursuivre les séances	Elle n'a pas envie de poursuivre.	Sa volonté est stimulée.	Sa volonté est spontanée.	Enthousiaste

<b>Action</b>	0	1	2	3
Faire des choix	Elle ne sait pas choisir.	Elle choisit seule mais hésite.	Elle demande de l'aide pour choisir.	Elle choisit seule.
Concentration	Elle n'arrive pas à se concentrer.	Elle se concentre mais est perturbée par un événement extérieur.	Elle se concentre en présence de l'art-thérapeute.	Elle se concentre seule.
Dextérité des gestes	Elle ne s'applique pas.	Elle s'applique mais ses gestes sont maladroits.	Elle s'applique mais demande de l'aide pour avoir des gestes + précis.	Elle s'applique et fait des gestes + précis seule.
Autonomie dans l'activité	Elle ne fait rien seule.	Elle attend de l'aide.	Elle demande de l'aide.	Elle fait seule.

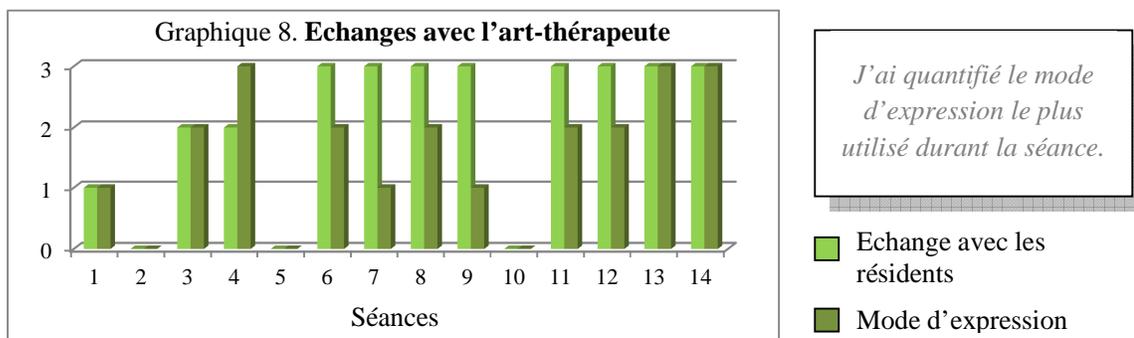
<b>Production</b>	0	1	2	3
Devenir de la production	Elle la détruit.	Elle la laisse à l'atelier.	Elle l'emporte pour elle.	Elle l'offre.
Evaluation	Elle n'est pas satisfaite.	Elle est mitigée.	Elle est satisfaite.	Elle est fière.

4) **L'auto-évaluation de Mme. J.** à l'aide du cube harmonique indique si son accompagnement a renforcé son affirmation de soi, sa confiance en soi et restauré son estime de soi.

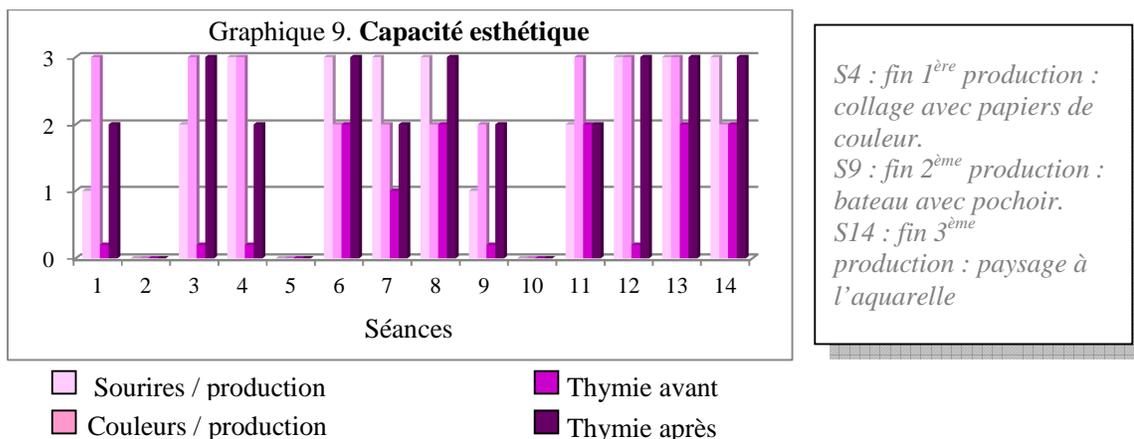
<b>Auto-évaluation</b>	1	2	3	4	5
Le plaisir que j'ai eu	Aucun	Très peu	Peu	Un peu	Beaucoup
Je trouve que cela est fait	Très mal	Mal	Moyen	Bien	Très bien
Mon envie de continuer est	Nulle	Faible	Moyenne	Forte	Très forte

2.3.2.5 L'évaluation des items révèle la pertinence de l'accompagnement en art-thérapie et permet de le réajuster.

1) **L'implication relationnelle** : Les échanges sont de plus en plus nombreux avec un mode d'expression du plus simple au plus expressif. Ces variations d'expression sont liées à son état émotionnel et physique (plus particulièrement aux S7 et S9, agacement du à l'équipe, décès d'un ami et fatigue). Cependant, l'objectif d'établir une relation de confiance est rapidement atteint.



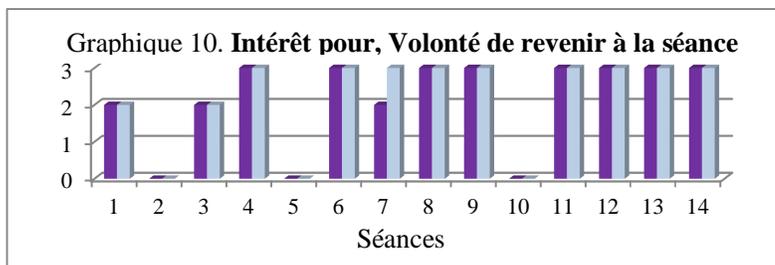
2) **La capacité esthétique** : Je constate que progressivement Mme. J. apprécie l'esthétique de sa production par des sourires de plus en plus nombreux mais qu'elle est moins réceptive quand elle est fatiguée (S9 et S11). Je remarque que dans son premier travail (superposition de morceaux de papier de couleur) et son troisième travail (mélange de couleurs aquarelles) plus particulièrement, elle ne choisit pas les couleurs au hasard et recherche une harmonisation



Le deuxième travail le montre moins car elle a restreint son choix en ayant privilégié des couleurs monochromes. Un incident apparaît à la S14 car elle a peu utilisé de couleur ce jour là. Enfin, je constate que son plaisir de jouer avec les couleurs semble améliorer sa thymie surtout lors de sa troisième production. Ainsi, l'objectif de développer son plaisir esthétique qu'elle peut encore exploiter, est atteint.

### 3) Le phénomène artistique (Intention-Action-Production) :

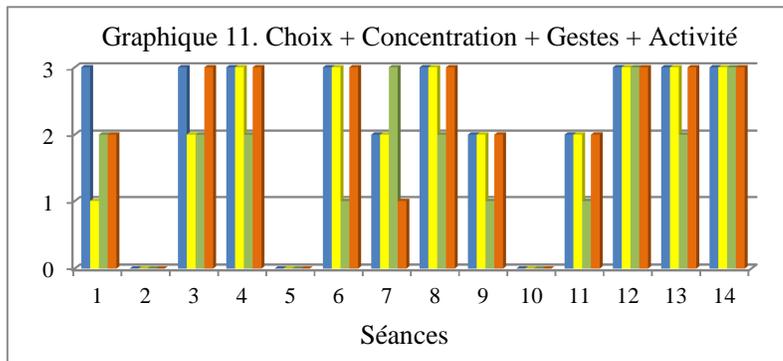
**Intention :** Je remarque que le plaisir esthétique de Mme. J. semble évoluer globalement, au même rythme que son intérêt pour les séances. L'incident à la S7 est lié au décès d'un de ses amis. Je constate, que dès le début, Mme. J. manifeste son envie de venir aux séances.



*L'item de la ponctualité n'apparaît pas car ses retards indépendants de sa volonté n'ont pas influencé les items ci-contre.*

■ Intérêt pour la séance    □ Volonté de revenir à la séance

**Action :** Mme. J. n'a pas de problème pour choisir sa technique, ses supports, ses médiums et ses outils.

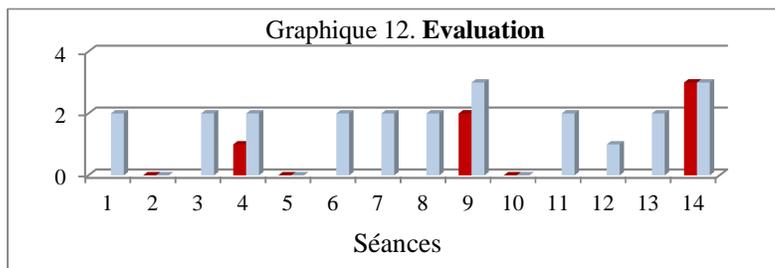


*Le choix du matériel peut porter sur le modèle, le support, le médium et l'outil en lien avec sa technique.*

■ Choix    ■ Dextérité des gestes  
■ Concentration    ■ Autonomie dans l'activité

Elle est plutôt concentrée. Ses gestes peuvent être précis et appliqués et ses prises d'initiatives sont courantes. La dextérité des gestes est évaluée par rapport à ses capacités existantes et possibles. Cependant là encore, je remarque que son état émotionnel et sa santé influent sur ses choix, sa concentration, sa dextérité et ses prises d'initiatives (S7, S9 et S11).

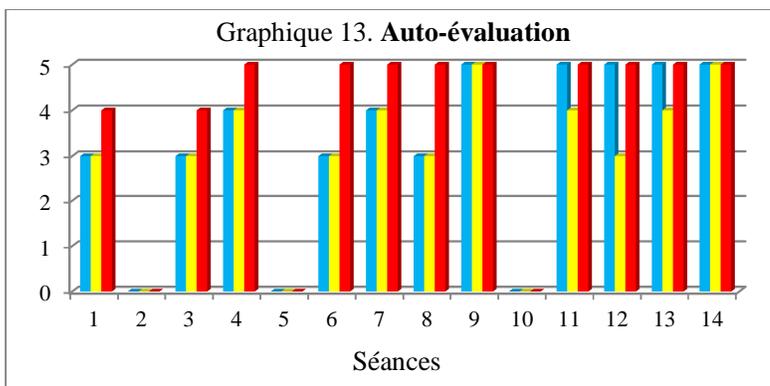
**Production :** Dans l'ensemble, Mme. J. est satisfaite de ses productions avec deux pics à la fin des deux dernières. Cependant, un incident est visible à la S13 correspondant au fait qu'elle voulait être plus précise dans la délimitation de son dessin.



*Les trois colonnes rouges correspondent à la fin d'une production (Annexe 7).*

**L'Auto-évaluation** de Mme. J. à l'aide du cube harmonique permet de comparer son évaluation avec mes observations.

Je remarque que l'évaluation de Mme. J. concernant son plaisir coïncide avec mes observations. Il varie plus au cours de sa deuxième réalisation que de sa première et sa troisième où Mme. J. improvise la « forme » de ses productions. De plus, je constate une divergence de ressenti dans l'évaluation de son travail. Mes observations montrent une stabilité au cours de ses réalisations contrairement aux siennes qui oscillent. Cependant l'appréciation du résultat de ses productions est identique. Enfin, son envie de revenir est importante et semblable à mes observations. Cette auto-évaluation permet à Mme. J. de mesurer le plaisir que lui procurent les séances.



*Fin d'une production aux séances 4, 9 et 14.*

■ Le plaisir que j'ai eu est    ■ Mon envie de continuer est    ■ Je trouve que cela est fait

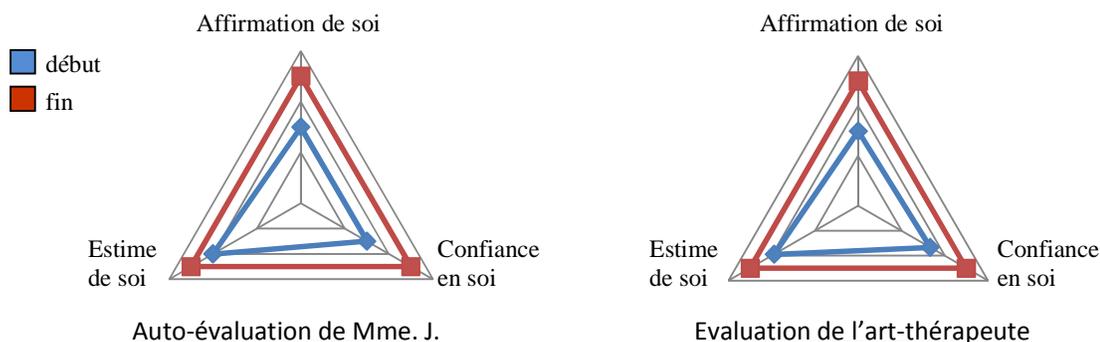
Deux graphiques présentés dans le bilan synthétisent l'auto-évaluation de Mme. J. et l'évaluation de l'art-thérapeute du début à la fin de l'accompagnement.

Ils montrent l'évolution des trois éléments indissociables de la qualité existentielle :

- l'affirmation de soi associée à « le plaisir que j'ai eu est ».
- la confiance en soi associée à « je trouve que cela est fait ».
- l'estime de soi associée à « mon envie de continuer est ».

2.3.2.6 Le bilan permet de montrer les bénéfices et les perspectives de l'accompagnement en art-thérapie de Mme. J.

Graphique 14



La rapidité de la relation de confiance établie par Mme. J., a facilité la mise en place de projets. Elle a présenté un goût esthétique important qu'elle ne demandait qu'à exploiter. Elle a aimé jouer avec les couleurs qui lui permettaient d'exprimer ses émotions. Elle n'a eu aucune difficulté à affirmer ses choix. Cependant, elle a eu besoin d'être rassurée pour prendre des initiatives. De plus, elle était plus confiante lors d'un exercice où ses gestes étaient libres que lors d'un exercice avec contraintes (pochoir). Elle a été capable de se

détacher de son modèle pour réaliser une production selon ses ressentis. Elle était active et n'a pas hésité à demander de l'aide quand elle en a eu besoin. Enfin, elle a valorisé son travail d'une façon objective. A la dernière séance, elle a décidé de donner sa production à sa mère pour lui faire plaisir mais aussi pour lui montrer de quoi elle était capable.

En conclusion, je peux dire que l'objectif général est atteint. Elle a renforcé sa confiance en elle en prenant beaucoup de plaisir à développer ses capacités esthétiques. Elle l'a exprimé clairement et verbalement à la dernière séance en disant « c'est bien ». Sachant l'effort que cela lui a demandé, j'avoue que ce moment fut émouvant. L'art-thérapeute prendra le relais à la fin de mon stage afin de continuer à aider Mme. J. à s'exprimer par l'Art pour renforcer sa confiance en elle et améliorer sa qualité existentielle.

#### **2.4 Le bilan de mon expérience pratique suscite une réflexion sur la complexité dans l'accompagnement d'adultes atteints d'une I.M.C.**

Au cours de mon expérience pratique, j'ai pu vérifier mon hypothèse énoncée en 1.3 : **« L'art-thérapie à dominante arts plastiques impliquant le corps et l'esprit peut valoriser l'autonomie de l'adulte atteint d'une I.M.C et participer à l'amélioration de sa qualité existentielle »**. Cependant la diversité et le degré du handicap peuvent rendre complexe l'accompagnement. Sachant que la plupart des adultes sont plus sensibles au figuratif qu'à l'abstrait, la difficulté rencontrée est de leur permettre de réaliser une production figurative s'ils le souhaitent, tout en conciliant ce qu'ils veulent faire avec ce qu'ils peuvent faire. Ainsi, il s'avère important de connaître leurs capacités physiques et intellectuelles pour anticiper cette difficulté. Le risque est de les entraîner dans une boucle d'inhibition et j'ai remarqué que la relation de confiance est un facteur important pour l'éviter. Elle facilite les échanges par rapport à leur projet. Enfin, ayant constaté leur sensibilité à la musique au cours des séances, il me semble intéressant d'associer la musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques pour susciter d'autres émotions contribuant à l'amélioration de leur qualité existentielle. Ces deux disciplines pourraient être complémentaires, sujet que j'aborderai dans ma troisième partie.

## INTRODUCTION DE LA 3<sup>ème</sup> PARTIE

Cette troisième partie permettra de discuter si un travail en collaboration entre la musicothérapeute et l'art-thérapeute à dominante arts plastiques est réalisable au sein de la M.A.S « Les Mélisses ».

Pour travailler, j'ai orienté mes recherches sur des mémoires de musicothérapie et d'art-thérapie, de moins de cinq ans, relatant des expériences auprès de personnes en situation de handicap et en particulier des personnes atteintes d'une I.M.C.

Quatre mémoires ont retenu mon attention dont deux de musicothérapie issus d'écoles différentes et deux d'art-thérapie, l'un à dominante musique et l'autre à dominante arts-plastiques, issus de l'école de TOURS.

Il s'agit des mémoires suivants :

- Le mémoire de musicothérapie de Charlène MORICE, que j'ai rencontré lors de mon stage à la M.A.S « Les Mélisses » de MULSANNE, s'intitulant : *Des prémices au présent*, année 2010. Sa formation fut effectuée à l'atelier de BORDEAUX (A.M.Bx).
- Le mémoire de musicothérapie de Dominique PRAIZELIN s'intitulant : *La musicothérapie réceptive levier de communication chez l'enfant polyhandicapé*, année 2005. Sa formation fut effectuée à l'Institut de musicothérapie de NANTES.
- Le mémoire d'art-thérapie à dominante arts plastiques de Céline MICHAUT s'intitulant : *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes infirmes moteurs cérébraux*, année 2005.
- le mémoire d'art-thérapie à dominante musique de Gaylord ROUSSELET s'intitulant : *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de jeunes filles porteuses d'une infirmité motrice cérébrale*, année 2008.

### **La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques sont deux disciplines distinctes mais complémentaires pour participer à l'amélioration de la qualité existentielle des adultes atteints d'une I.M.C.**

#### **3.1 La musicothérapie de l'atelier de BORDEAUX, de l'institut de NANTES et l'art-thérapie de l'école de TOURS ont leurs spécificités.**

##### **3.1.1 L'approche de la musicothérapie est différente selon les établissements.**

Les deux établissements nommés antérieurement sont agréés par la Fédération Française de Musicothérapie (F.F.M). La F.F.M donne une définition de la musicothérapie qui s'exprime ainsi : *La musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques. Elle s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal.*

Nous verrons que certaines notions émises seront reprises par les deux établissements.

L'atelier de BORDEAUX (A.M.Bx) délivre une certification dispensé en deux ans et l'Institut de Musicothérapie de NANTES, un Diplôme Universitaire de Musicothérapie dispensé en trois ans.

La musicothérapie s'exerce par un musicothérapeute. En référence à la fiche métier de musicothérapeute réalisé en 2010 par le groupe de pilotage du référentiel, la musicothérapie est reconnue comme une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation consistant à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation.

C'est par différentes techniques que les éléments constitutifs de la musique (rythme, son, mélodie, harmonie) et la musique elle-même, sont utilisés comme médiateurs sonores et/ou musicaux. Ils servent alors à ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le langage verbal et/ou non verbal.

L'ouverture des canaux de communication est réalisée par deux méthodes de musicothérapie qui utilisent les sens (le dominant étant l'ouïe), l'esprit et le corps :

- l'écoute de la musique appelée musicothérapie réceptive ou passive.
- la pratique de la musique appelée musicothérapie active.

L'objectif de ces deux activités n'est pas de permettre aux patients d'acquérir une compétence artistique, ni de produire des effets esthétiques mais de lui offrir la possibilité d'un développement personnel et d'une ouverture relationnelle<sup>1</sup>.

Le domaine privilégié de l'application de la musicothérapie est le secteur de la santé mentale puis de la rééducation et du social. Elle s'adresse aux personnes souffrant de troubles psychoaffectifs, sensoriels, physiques, mentaux et neurologiques et de difficultés sociales ou

<sup>1</sup> Lecourt Edith, La musicothérapie, Ed. Eyrolles, p. 101.

comportementales. Enfin le musicothérapeute travaille dans le domaine du relationnel en se référant au domaine psychique et non médical qui lui traite directement les soins du corps.

#### 3.1.1.1 L'atelier de BORDEAUX est fondé sur le concept de l'isolement.

Gérard DUCOURNEAU<sup>2</sup>, directeur de l'A.M.Bx, définit la musicothérapie comme l'utilisation des éléments constitutifs (rythme, son, mélodie, harmonie) de la musique pour aider une personne à trouver ou retrouver un langage verbal (voix) ou non verbal, volontaire intentionnel et conscient en établissant ou rétablissant des canaux de communication. Le musicothérapeute utilise la musique pour établir une communication et favoriser l'expression et travaille dans le champ relationnel.

L'A.M.Bx s'appuie sur le concept de l'isolement appelé aussi concept d'enfant isolé. Celui-ci a été introduit par Rolondo BENENZON suite à des observations d'enfants psychotiques sans langage. Puis il a été revu par le professeur Roger MISES et le Docteur Gérard MOULS en précisant que l'enfant devient isolé par une rupture de ses canaux de communication due à des problèmes sensoriels (surdité, cécité, handicaps physiques et/ou mentaux) mais aussi relationnels (dans des structures familiales fonctionnant bien ou mal et/ou des structures scolaires). Ainsi, l'isolement se définit comme une mise à distance d'autrui, avec des difficultés pour échanger et communiquer pouvant révéler une faille de la personnalité ou une fragilité psychique. C'est par ce concept que la musicothérapie trouve son champ d'action.

Charlène MORICE, musicothérapeute, explique dans son mémoire, que la médiation musicale permet d'arriver à *une ouverture sur soi et sur les autres et d'aider à la résolution d'une certaine douleur ou d'un mal-être*. Elle précise alors que son travail contribue à l'amélioration de l'affirmation de soi, de la confiance en soi et de l'estime de soi. Elle fait référence au concept de l'Iso (Identité sonore) défini par Rolondo BENENZON qui explique que chaque être humain possède *une sorte de bibliothèque sonore qui le caractérise, et qui, utilisé à des fins thérapeutiques peut s'avérer utile dans la mise en place d'une communication*.

Les objectifs sont d'apporter aux résidents un bien-être en maintenant, en rétablissant ou en améliorant sa santé mentale, physique et émotionnelle. Enfin, la musicothérapie encourage l'expression, les mouvements et la relation, et elle permet de calmer, stimuler, relâcher les tensions tant physiques que mentales.

#### 3.1.1.2 L'institut de musicothérapie de Nantes s'appuie sur la définition d'Edith LECOURT co-fondatrice de la Fédération Française de Musicothérapie (F.F.M).

Edith LECOURT définit la musicothérapie *comme une forme de psychothérapie ou de r ducation, d'aide psychomusicale utilisant les sons, les bruits et les musiques sous toutes leurs formes comme moyens d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation*.

L'institut de musicothérapie de NANTES, dirigé par François-Xavier VRAIT propose alors sa propre définition en s'inspirant de celle d'Edith LECOURT et en s'approchant de celle de la F.F.M.

Il explique qu'en fonction du contexte, *la musicothérapie est une pratique de soin , de r ducation ou de relation d'aide, utilisant le son et la musique sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse. Elle s'adresse à des personnes présentant des difficultés psycho-sociales. Elle s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique et l'histoire du sujet mais aussi sur les interactions entre le patient, le musicothérapeute et la musique*.

Les fondements théoriques retenus s'appuient sur le développement sonore de l'individu (l'histoire sonore débutant dès la gestation), sur les deux codes d'expression et de

---

<sup>2</sup> Ducourneau Gérard, Eléments de musicothérapie, Ed. Dunod, p. 7 et 19.

communication de l'être humain (la parole et la musique) et les effets physiques et psychiques du son sur l'être humain. En pratique, la musicothérapie utilise le son et la musique dans une relation thérapeutique.

Des idées importantes se dégagent :

- la communication sonore non verbale (musicothérapie active)
- le travail autour de l'écoute musical (musicothérapie passive)
- la verbalisation des ressentis après les séances
- la notion de transfert en référence au transfert analytique.

Enfin, l'accent est mis sur l'analyse du contenu des séances pouvant aller jusqu'à l'interprétation.

Dominique PRAIZELIN relate dans son mémoire que la musique, le son favorisent l'émergence d'émotions, d'affects qui eux-mêmes contribuent à l'élaboration d'images mentales et de représentations.

### ***3.1.2 L'approche de l'art-thérapie de l'école de TOURS préconise plusieurs dominantes artistiques.***

3.1.2.1 Les fondements de l'école de TOURS sont communs à toutes les dominantes artistiques.

Je commencerais par un bref rappel des fondements de l'école de TOURS qui reposent sur un modèle théorique et sur un modèle pratique.

Le modèle théorique est l'art opératoire appelé aussi théorie des trois B c'est-à-dire le Beau, le Bien et le Bon (réf. 1.3.3). Il concerne le champ de l'esthétique c'est-à-dire l'opération qui va amener l'homme à passer du monde intérieur (sensible) au monde extérieur (mise en forme extériorisé par une œuvre d'art) par le biais de la beauté. Ces trois éléments associés à l'affirmation de soi, la confiance en soi et l'estime de soi sont indissociables et sont le fondement de l'opération artistique<sup>3</sup>.

Le modèle pratique est le passage de l'Art I (Expression) à l'Art II (Art Universel) c'est-à-dire le phénomène qui amène l'homme d'une action instinctive (globale et anarchique) à une action volontaire orientée vers l'esthétique (ordonnée et spécifique), le médiateur fondamental étant le corps. Ce passage s'observe par le phénomène artistique : action – intention – production (réf. 1.3.2) positionné dans l'opération artistique.

Ces fondements s'appliquent à toutes les dominantes artistiques dont l'Art est le dénominateur commun. Ainsi, les différentes techniques artistiques telles que les arts plastiques, la musique, les arts graphiques, les arts d'animation et de spectacle, les arts décoratifs, les arts de l'image et les arts littéraires<sup>4</sup> sont les moyens thérapeutiques de l'art-thérapeute pour considérer et exploiter l'Art comme vecteur d'expression orientée vers l'esthétique. Je rappelle que l'art-thérapeute travaille dans le champ des émotions. L'art-thérapie reposant sur l'observation des effets produits d'une activité artistique et non d'une spécialité artistique, la domination d'une compétence artistique de l'art-thérapeute dans un domaine donné n'est pas suffisante. Il est souhaitable que l'art-thérapeute connaisse les bases d'autres techniques pour être capable de s'adapter, de proposer une activité artistique suivant la sensibilité des résidents, la pathologie, la situation à un moment donné au cours de l'accompagnement, d'où l'importance donnée à sa pluri-technicité.

---

<sup>3</sup> Forestier Richard, Tout savoir sur l'art occidental, Ed. Favre, p. 141.

<sup>4</sup> Forestier Richard, Tout savoir sur l'art-thérapie, Ed. Favre, p. 139.

### 3.1.2.2 Une dominante musique suscite des émotions instantanées.

La musique est un art universel qu'il est difficile de définir étant donné les diversités de styles de musique, d'écriture etc. Je vais rappeler brièvement ses origines et son influence auprès des hommes.

Dans l'ANTIQUITE, la musique appartient ou dépend de l'ensemble des arts des MUSES (poésie, musique, comédie et danse) venant du mot grec mousikê (de musa, muse) et du latin musica<sup>5</sup> et qui apporte à l'esprit l'idée d'une chose agréable et bien ordonnée. Dans la mythologie grecque, le centaure définit la musique par l'association de la médecine et du chant qui grâce à la parole et aux sons permet l'envoûtement du divin qui a le pouvoir sur le mal<sup>6</sup>. Ainsi ce sont les formes musicales comme la poésie qui donnent une valeur aux mots et aux sons.

Puis PYTHAGORE relie les mouvements des astres et la musique. On voit apparaître la notion d'harmonie que BOECE associe à l'ordre des nombres. Richard FORESTIER explique que l'harmonie concerne la mesure des choses et l'organisation de l'esprit des hommes ainsi elle devient le lien entre l'âme et le corps, et par extension un lien entre l'individu et la communauté des hommes<sup>7</sup>.

Puis la notion de la musique évolue à travers les époques. On voit l'apparition de nouveaux mouvements musicaux ayant un impact sur l'être humain. Par exemple si la musique classique est devenue immortelle, l'émotion suscitée par le jazz n'en reste pas moins authentique, et le déchaînement des foules à l'occasion des concerts de rock ou autres n'est pas un simple phénomène de mode. La musique exerce un effet profond sur les êtres humains. Elle ouvre sur un monde sensible où émotions, expressions et sentiments se côtoient. Emmanuel KANT dit que la musique était la langue des émotions<sup>8</sup>.

Ainsi la musique permet d'établir un contact entre le musicien et l'auditeur mais aussi entre les auditeurs eux mêmes.

A ce jour, la définition adoptée par le petit LAROUSSE qui est : *l'art de combiner les sons de façon mélodique, rythmique et harmonique*, s'inspire de celle évoquée par Jean-Jacques ROUSSEAU l'énonçant comme *l'art d'assembler les sons de manière agréable à l'oreille*.

Dans son mémoire Gaylord ROUSSELET propose également une définition d'Abraham MOLES citant la musique comme *un assemblage de sons qui doit être perçu comme n'étant pas le résultat du hasard*.

Je vais maintenant aborder le rôle de la musique en art-thérapie à dominante musique.

Gaylord ROUSSELET explique dans son mémoire que la particularité d'une dominante musique est de permettre aux jeunes filles de s'impliquer de différentes façons. D'une part, l'action valorisante de la musique peut être dans l'écoute d'une musique, dans le chant, dans le fait de tenir un instrument et le fait d'en jouer. Et d'autre part, le degré d'implication et d'engagement corporel des jeunes filles sont différents selon l'acte accompli. La musique devient un moyen d'expression, une activité engageant le corps et suscitant du plaisir esthétique. Enfin, elle permet aux jeunes filles de se situer dans l'espace et le temps.

Ainsi, l'art-thérapie à dominante musique permet d'exploiter le pouvoir expressif et relationnel de la musique pour aider les jeunes filles à extérioriser leurs émotions et leurs ressentis en réalisant une production volontaire orientée vers l'esthétique. Elle peut également améliorer :

- leur orientation spatio-corporelle notamment lors de la prise en main d'un instrument de musique,

---

5 Le petit Larousse, p. 682.

6 Forestier Richard, Tout savoir du l'art occidental, Ed. Favre, p. 47.

7 Forestier Richard, Tout savoir du l'art occidental, Ed. Favre, p. 51.

8 Revue, L'essentiel, Cerveau et Psycho : le cerveau mélomane, p. 22.

- leur organisation spatio-temporelle lors de la coordination de différents gestes, de l'adaptation d'un mouvement en rapport au but désiré, de l'expression d'une émotion,
- leur structuration spatiale en situant les objets, en établissant une relation entre eux.

Gaylord ROUSSELET ajoute qu'il est difficile de dissocier le temps de la spatialité d'où le terme d'orientation temporelle (durée d'un son, rythme régulier, perception du temps dans l'acte musical, etc.).

Enfin, l'art-thérapeute utilise le moyen thérapeutique musique pour favoriser l'expression, la relation et la communication des jeunes filles porteuses d'une I.M.C afin d'améliorer leur qualité de vie.

### 3.1.2.3 Une dominante arts plastiques demande des compétences spécifiques.

L'art-thérapeute pratiquant les arts plastiques doit posséder des compétences théoriques et pratiques qu'il devra être capable de transmettre aux résidents d'une façon claire et simple. Rappelons qu'aujourd'hui le dessin, la peinture et la sculpture ne sont plus les seules techniques constituant les arts plastiques. Ainsi l'art-thérapeute doit se tenir informé des nouvelles techniques telles que l'infographie, le numérique... mais aussi de l'actualité et de l'évolution des tendances artistiques.

En premier lieu, les compétences théoriques sont nécessaires pour être capable, de répondre aux questions culturelles et techniques et pour pouvoir susciter la curiosité artistique des résidents ou l'aider à développer ses goûts esthétiques.

Il me paraît essentiel :

- d'avoir des connaissances culturelles telles que les différents mouvements artistiques, le nom d'artistes de différentes époques et le nom de leurs œuvres.
- de posséder et/ou de consulter des livres, des revues et d'aller voir des expositions pour enrichir ses connaissances et les transmettre.
- de connaître le vocabulaire technique de base.
- de connaître les techniques qui existent : le dessin, la peinture, le modelage, la sculpture, le collage, la gravure, la photo etc. pour informer les résidents.
- de pouvoir reconnaître les couleurs du cercle chromatique, les notions du clair-obscur, de perspective, de volume espace etc. pour développer l'esthétique des productions des résidents.
- de connaître la compatibilité des techniques avec les supports, les médiums et les outils pour guider les résidents.
- de connaître les désagréments de certaines techniques par exemple l'odeur de l'huile de térébenthine utilisée avec la peinture à l'huile pour éviter de provoquer un malaise.

Ensuite, les compétences pratiques vont permettre à l'art-thérapeute de proposer ou de guider les résidents vers un projet adapté. Ce cheminement artistique leur permettra de trouver un équilibre entre le fond et la forme de leur production et de ressentir du plaisir.

Il est important :

- de savoir dessiner si un résident demande de faire le croquis d'après un modèle.
- de savoir utiliser les différents médiums pour être capable de montrer ou d'expliquer aux résidents.
- de posséder un sens artistique développé avec un esprit imaginaire et créatif afin de pouvoir rebondir devant un problème que rencontre le résident ou de rendre réalisable un souhait.
- de savoir développer les sens (vue, toucher, odorat et ouïe) afin de sensibiliser les résidents aux arts plastiques.
- d'organiser des sorties culturelles en fonction des goûts du résident afin de favoriser sa curiosité, de stimuler ses sens et de développer ses goûts.

Enfin, il est indispensable que l'art-thérapeute continue de pratiquer une activité artistique. Ceci va lui permettre de rester dans une dynamique artistique afin de maintenir ses acquis et de faire partager son plaisir de sa pratique artistique.

### **3.2 Le musicothérapeute et l'art-thérapeute à dominante musique et/ou à dominante arts plastiques ont des outils thérapeutiques distincts qui peuvent améliorer la qualité existentielle des adultes atteints d'une I.M.C.**

Je rappelle que l'analyse des quatre mémoires sera basée sur des cas concrets concernant des pré-adultes et des adultes handicapés moteurs. Elle permettra de comparer les différents points de vue et de les confronter à ma propre méthode.

#### **3.2.1 *L'analyse de deux mémoires de musicothérapie mettra en évidence la méthode de travail du musicothérapeute.***

##### **3.2.1.1 Le mémoire de musicothérapie de Charlène MORICE s'appuie sur le concept de l'atelier de BORDEAUX.**

Le mémoire de Charlène MORICE présente deux travaux sur le monde sonore l'un au pôle Femme Mère Enfant du Centre Hospitalier de Le Mans comme une nouvelle spécialisation à la préparation à l'accouchement et l'autre à la M.A.S « Les Mélisses » à MULSANNE auprès d'adultes atteints d'une infirmité motrice cérébrale.

Je prends en compte son deuxième travail qui est en lien avec le sujet de cette troisième partie. Je vais maintenant exposer la méthode de travail de Charlène MORICE.

N'ayant pas eu d'indication médicale, les vingt et un accompagnements sont proposés soit par la musicothérapeute elle-même avec l'avis de l'équipe, soit par l'équipe ou bien à la demande du résident. Ils s'adressent à des résidents en rupture de communication. Son objectif principal est élaboré en fonction de l'objectif de l'établissement.

N'ayant pas accès au dossier médical, la musicothérapeute élabore l'ensemble de ces objectifs en rencontrant l'équipe pluridisciplinaire pour connaître l'anamnèse et l'histoire de vie du résident. Elle propose des séances en groupe avec des objectifs collectifs et individuels et des séances individuelles avec des objectifs individualisés. Ceux-ci sont réajustés au cours des séances d'accompagnement.

Elle établit un cadre de travail fixe indiquant le jour, l'heure, la fréquence, la durée, le lieu, le groupe et l'absence d'allers et venues pendant les séances.

Les résidents participant aux séances en groupe sont choisis en fonction de leurs besoins. Elle propose :

- « un groupe non verbal » de six résidents présentant tous des difficultés de communication verbale, pendant une durée de trois quart d'heure, une fois par semaine.
- « Un groupe expression » qui accueille quatre résidents ayant le langage verbal mais présentant des difficultés à exprimer leurs ressentis face à des conflits.
- « Un groupe féminin » composé de trois jeunes femmes. Deux d'entre-elles ont accès au langage verbal et souffrent d'un manque de confiance en soi et la troisième n'émet que des mots et a des difficultés à s'exprimer librement.
- « un groupe mixte » composé de cinq résidents de sexes et de degrés de dépendance différents.

Je ne retrouve pas de chronologie dans le déroulement des séances en groupe contrairement aux séances individuelles. Les trois séances individuelles ont en commun l'écoute d'un morceau de musique en début de séance et la pratique d'un instrument de musique.

Les moyens thérapeutiques utilisés sont la voix, la musique elle-même et les instruments de musique tels que la guitare, le synthétiseur, les percussions, la flûte etc.

Après chaque séance, la musicothérapeute note ses observations. Puis elle rédige un bilan qu'elle présente au projet individuel du résident.

#### 3.2.1.2 Le mémoire de musicothérapie de Dominique PRAIZELIN s'appuie sur les fondements de l'institut de NANTES.

Dominique PRAIZELIN a élaboré son mémoire suite à un stage dans l'I.E.M – I.M.E (Institut Médico Educatif) « Pointe de Joncs » de PON BRON à la TURBALLE en LOIRE ATLANTIQUE. Cet établissement accueille 60 enfants et adolescents âgés de 10 à 25 ans dont 35 enfants polyhandicapés et 25 enfants handicapés moteurs. Ils présentent des troubles moteurs, sensoriels, mentaux et des fonctions vitales, entraînant une souffrance psychologique et physique. L'établissement met l'accent sur l'activité comme support, pour aider à la relation et à l'intégration de l'enfant dans la vie sociale, pour aborder avec l'enfant et l'adolescent les différents aspects de leur comportement et enfin, pour aider à la construction de leur personnalité. Dominique PRAIZELIN prend en compte la difficulté ou l'absence de moyens de communication pour élaborer sa stratégie de travail.

Une séance de musicothérapie active dont les moyens utilisés sont les percussions, dure de 30 à 40 minutes selon l'état de réceptivité du résident. Pour la musicothérapie réceptive, le temps n'est pas précisé.

Les indications de prise en charge sont posées par le médecin et l'équipe pour neuf jeunes.

La musicothérapeute établit son objectif général en lien avec celui de l'établissement. Elle propose un projet thérapeutique par la musicothérapie réceptive et active avec des objectifs propres à chacune.

La musicothérapeute élabore un cadre définissant le jour, l'heure, la fréquence, la durée, le lieu, le contenu et les modalités des prises en charge (en groupe ou individuelles), le matériel de diffusion, l'instrumentarium et les intervenants. Elle signale qu'elle a été obligée de changer de lieu pour des raisons de confort pour les résidents. Je n'ai pas retrouvé dans son mémoire la trace du bilan psychomusical comme le préconise Edith LECOURT avant la mise en place des séances.

Le déroulement des séances se découpe en trois ou quatre séquences : l'accueil, l'écoute musicale et/ou l'improvisation musicale et l'au revoir. Dominique PRAIZELIN explique qu'elle propose trois sortes d'extraits pendant le temps de l'écoute musicale. Les premiers sont calmes, enveloppants et rassurants. Les deuxièmes permettent d'attirer l'attention et de favoriser la créativité par leur originalité. Les troisièmes sont plus rythmés afin de favoriser la libération d'énergie ou la prise d'énergie. Ainsi l'écoute musicale apporte au résident une « nourriture musicale », elle favorise la détente, stimule l'imaginaire et la verbalisation (dans la mesure du possible).

Suite à ces temps d'observation, elle évalue son travail, rédige un bilan et participe aux synthèses.

### ***3.2.2 L'analyse de deux mémoires d'art-thérapie de l'école de TOURS mettra en évidence la méthode de travail de l'art-thérapeute à dominante arts plastiques et musique.***

#### 3.2.2.1 Le mémoire d'art-thérapie à dominante arts plastiques de Céline MICHAUT rapporte une expérience auprès d'adultes infirmes moteurs cérébraux au sein d'une M.A.S.

Céline MICHAUT a effectué son stage pratique d'art-thérapie dans le centre Saint Jean-de-Dieu du CROISIC composé d'une M.A.S et d'un foyer de vie. Ce centre accueille 70 adultes handicapés moteurs dépendants dont 36 à la M.A.S et 34 au foyer de vie.

Certains d'entre-deux présentent aussi des troubles psychiques ayant entraînés un retard nuisant à leur développement intellectuel. L'équipe pluridisciplinaire définit un but commun associant un travail individuel et en équipe.

Céline MICHAUT élabore son objectif général en fonction des besoins communs de l'établissement. Pour l'atteindre, elle établit des objectifs intermédiaires et de séance.

Les indications des sept accompagnements sont proposées par l'art-thérapeute après un temps d'observation dans l'atelier d'arts plastiques présent dans la M.A.S ou après une demande des résidents. Puis elles sont précisées par l'équipe et l'animatrice de l'atelier d'arts plastiques.

Un cadre thérapeutique est fixé en fonction de l'emploi du temps et des obligations médicales des résidents. Il mentionne le jour, l'heure, la fréquence, la durée et le lieu. Ayant les mêmes horaires que l'animatrice de l'atelier d'arts plastiques, Céline MICHAUT explique ses difficultés à avoir un espace personnel. Elle travaille soit dans la même salle soit dans des salles avoisinantes telles que la cuisine ou l'atelier de cuir où les résidents ont l'habitude de circuler librement.

Elle propose des séances individuelles d'une heure environ.

Leur déroulement se divise en cinq séquences : l'accueil du patient, son installation, l'activité artistique, la discussion autour du travail réalisé et le départ de l'atelier.

Son mode d'évaluation découle des observations faites au cours des séances. Celles-ci sont recueillies dans une fiche d'observation spécifique à tous les résidents I.M.C. Puis elle utilise des items comme outil thérapeutique pour apprécier les progrès ou les régressions d'un patient sur plusieurs séances.

Puis elle fait un bilan général écrit. Elle ne précise pas si elle le présente à l'équipe pluridisciplinaire.

3.2.2.2 Le mémoire d'art-thérapie à dominante musique de Gaylord ROUSSELET relate une expérience auprès de jeunes filles porteuses d'une infirmité motrice cérébrale au sein d'un I.E.M.

L'Institut d'Education Motrice CHARLEMAGNE de BALLON MIRE en INDRE et LOIRE accueille 60 enfants et adolescents de 4 à 20 ans atteints soit d'une I.M.C, d'une myopathie ou ayant eu un traumatisme crânien. L'établissement gère aussi un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (S.E.S.S.D). Il précise la présence dans l'établissement d'Audroné MIEZELYTE-BERTHIER, art-thérapeute à dominante arts plastiques, dont la plupart des accompagnements s'inscrit dans le soin palliatif.

Gaylord ROUSSELET établit son projet thérapeutique après avoir échangé avec l'équipe pluridisciplinaire.

En lien avec le projet institutionnel, il élabore son objectif principal à partir de l'état de base établi en consultant les dossiers et les objectifs personnels fixés en tenant compte du projet individuel.

L'indication de quatre prises en charge est donnée par le médecin.

Un cadre thérapeutique est posé. le jour, l'heure et la fréquence sont fixés selon l'emploi du temps des résidentes. La durée est variable (45 minutes à 2 heures) selon leurs emplois du temps et leur fatigabilité. Le lieu est fixe et bénéficie d'un espace adapté et aménagé pour les besoins de l'atelier d'art-thérapie à dominante musique.

Puis il élabore une stratégie thérapeutique en s'appuyant sur un objectif général et met en place des moyens pour y accéder tels que ses propres instruments (violoncelle, guitare, flûte à bec, harmonica, petites percussions, etc.) mais aussi l'utilisation de l'ordinateur pour éveiller la curiosité des jeunes filles I.M.C.

Il propose des séances individuelles découpées en trois moments : la rencontre, le temps de l'atelier d'art-thérapie avec trois activités (l'écoute musicale, la pratique instrumentale, le chant) et la séparation.

Il utilise la fiche d'observation composée de rubriques et d'items comme outil, pour évaluer la dynamique des prises en charge afin de réajuster les objectifs et/ou de revoir la méthode employée.

L'évaluation des observations faites au cours des séances est élaborée par l'analyse des items sous forme de graphiques et de synthèses. Puis il met en place l'auto-évaluation des résidentes au moyen de pictogrammes et d'un xylophone avec trois lamelles de couleurs distinctes.

Enfin il rédige un bilan qui sera peut-être transmis à l'équipe pluridisciplinaire lors d'une synthèse.

### 3.2.3 Un tableau montrera les points communs et les divergences de chaque discipline.

Il se réfère à la méthode de travail utilisée lors de mes accompagnements et s'inspire de l'école d'art-thérapie de Tours.

	Mémoires de Musicothérapie		Mémoires d'Art-thérapie à dominante	
			Arts plastiques	Musique
	Charlène Morice (AMBx)	Dominique Praizelin (NANTES)	Céline Michaut (TOURS)	Gaylord Rousselet (TOURS)
Type d'établissements	M.A.S	I.M.E	M.A.S	I.E.M
Résidents pris en charge	Adultes	Pré-adultes	Adultes	Pré-adultes
Indication pour accompagnement	Oui non médicale	Oui médicale	Oui non médicale	Oui médicale
Connaissance de l'histoire de vie et de l'anamnèse	Oui	Oui	Oui	Oui
Objectifs mis en place				
- Général ou principal	Oui	Oui	Oui	Oui
- Intermédiaire	Oui	Non	Oui	Oui
Individuel	Oui	Non	Oui	Oui
Collectif	Oui	Non	Non	Non
- De séance	Non	Oui	Oui	Non
Cadre thérapeutique	Oui	Oui	Oui	Oui
Modalités dans les séances				
-Individuelles	Oui	Oui	Oui	Oui
-Collectives	Oui	Oui	Non	Non
Séances divisées en séquences	seulement séances individuelles en 3 séquences	Oui en 3 ou 4 séquences	Oui en 5 séquences	Oui en 3 séquences
Temps d'observation	Oui	Oui	Oui	Oui
- Evaluation	Oui	Oui	Oui	Oui
- Outil d'évaluation	Non	Non	Oui	Oui
Auto-évaluation du résident	Non	Non	Non	Oui
Bilan écrit	Oui	Oui	Oui	Oui

Ce tableau révèle des points communs et des différences de méthodologie lors de la mise en place d'un protocole thérapeutique du musicothérapeute et de l'art-thérapeute à dominante musique et arts plastiques. En reprenant chaque point, je vais en dégager les raisons.

Je remarque que l'indication médicale ne concerne que les deux établissements d'enfants et d'adolescents où le médecin est le plus souvent présent. Par ailleurs, Céline MICHAUT et Charlène MORICE travaillant auprès des adultes, signalent leurs difficultés à s'imposer en tant que profession paramédicale. En effet, pour l'une, l'équipe fait l'amalgame avec l'atelier d'arts plastiques et pour l'autre, la direction l'associe à l'équipe d'animation. Ainsi les deux professions semblent avoir une difficulté commune, celle de conforter leur rôle thérapeutique.

Les quatre professionnels connaissent l'anamnèse et l'histoire de vie des résidents en consultant les dossiers et en rencontrant les membres de l'équipe pluridisciplinaire. De plus, ils complètent leurs informations auprès des résidents eux-mêmes et de leur famille. Cette étape s'avère essentielle pour tous afin de dégager les difficultés et les pénalités des résidents. C'est à partir de ces informations, qu'il est possible pour les thérapeutes d'établir un objectif général associé au projet d'établissement. Pour l'atteindre, trois thérapeutes élaborent des objectifs individuels ou collectifs. Seule Dominique PRAIZELIN travaille par rapport aux objectifs qu'elle définit selon ses séances de musicothérapie réceptive ou active. Cependant, je retrouve également des objectifs de séance dans le mémoire de Céline MICHAUT en consultant sa fiche d'observation mais ceux-ci restent en lien avec l'objectif individuel fixé préalablement.

Ainsi si Dominique PRAIZELIN reste sur des objectifs généraux, Charlène MORICE, au contraire, se rapproche d'une méthode commune aux art-thérapeutes.

Les quatre professionnels établissent un cadre thérapeutique pour le bon déroulement de leurs accompagnements. Je retrouve sept points communs : le jour, l'heure, la fréquence, la durée, le lieu, le souhait d'un atelier fermé et les modalités de séances. Ainsi, ce cadre commun à tous permet d'installer un climat de confiance et un environnement rassurant pour le résident, ce qui est essentiel à la bonne démarche thérapeutique.

Ensuite je remarque que les musicothérapeutes aussi bien que les art-thérapeutes peuvent choisir des séances en groupe ou individuelles. Cela dépend principalement des résidents. En effet, pour les musicothérapeutes les séances de groupe sont constituées en fonction des déficiences, des affinités ou des besoins communs des résidents. Les séances individuelles quant à elles sont proposées autant par les musicothérapeutes que les art-thérapeutes pour des résidents ayant des troubles graves (comportement, inadaptation au groupe etc.) Les art-thérapeutes ainsi que Charlène MORICE, musicothérapeute, ajoutent qu'ils choisissent cette formule, pour privilégier une relation duelle afin de permettre au résident de faire des choix et de construire sa personnalité sans être gêné par les autres mais aussi, pour que l'observation soit satisfaisante.

Chaque professionnel divise ses séances en plusieurs séquences. On distingue trois temps communs : l'accueil ou la rencontre avec le résident, l'atelier et la séparation.

Les musicothérapeutes installent un rituel en début et en fin de séance par une musique générique. On la retrouve pendant le temps d'accueil pour appeler l'attention, favoriser la réceptivité et la concentration et pendant le temps de la séparation ou de l'au revoir pour créer un lien entre les séances. Charlène MORICE précise qu'elle varie sa musique d'accueil suivant son thème de travail. Cette notion de rituel ne se retrouve pas chez les art-thérapeutes. En effet, Gaylord ROUSSELET explique que ce temps permet d'observer l'état émotionnel du résident afin d'adapter la séance. C'est aussi un temps où s'établit la relation de confiance entre les musicothérapeutes, les art-thérapeutes et les résidents.

Puis, les musicothérapeutes et l'art-thérapeute à dominante musique divisent le temps de l'atelier par un temps d'écoute musicale et un temps de pratique instrumentale.

Le temps de l'écoute musicale est plus important dans un accompagnement en musicothérapie que dans celui d'art-thérapie à dominante musique. Il peut être l'objet de toute une séance de musicothérapie dans laquelle les extraits musicaux ont été préalablement définis. En art-thérapie à dominante musique, ce temps n'est pas isolé, il est suivi de la pratique instrumentale et du chant. Cependant Gaylord ROUSSELET explique qu'il permet de se mettre en condition pour la séance, voire de faire naître l'expression. Enfin, pour l'art-thérapeute à dominante arts plastiques, le temps de l'atelier est consacré à l'activité artistique.

Ainsi la pratique d'un instrument ou des arts plastiques est toujours présente (même si elle est minime) chez les art-thérapeutes contrairement aux musicothérapeutes où elle peut être absente. Les art-thérapeutes mettent l'accent sur l'expression du résident et les musicothérapeutes sur la communication du résident.

L'évaluation élaborée à partir des observations, est commune aux quatre professionnels. Elle se fait avant, pendant et après les séances. Cependant, si les art-thérapeutes rapportent les informations recueillies sur une fiche d'observation, les musicothérapeutes semblent avoir chacun leur propre support. L'évaluation des musicothérapeutes est rédigée, suite aux notes des éléments essentiels observés, écrites à la fin de chaque séance. Les art-thérapeutes, eux, utilisent un outil d'évaluation composé d'items regroupés sous forme de faisceaux insérés dans la fiche d'observation. Ils en font alors l'analyse par des graphiques suivie d'une synthèse. Enfin l'évaluation des musicothérapeutes reste globale et souvent intégrée dans le bilan contrairement aux art-thérapeutes qui dissocient l'évaluation, du bilan.

Mais malgré ces différences méthodologiques, l'évaluation permet aux musicothérapeutes comme aux art-thérapeutes de constater les progrès ou les régressions du résident pendant et après la séance.

L'orientation des observations sur les réactions du résident, au cours des séances, est différente.

Les musicothérapeutes observent les réactions du résident, au contenu de la musique (son, rythme, mélodie) qui permet un début de communication, et à la manière dont il l'appréhende (utilisation du geste, de la voix, d'un déplacement, d'un instrument, d'une musique etc.) Puis il cherche à décoder le message c'est-à-dire par exemple si c'était du plaisir, du déplaisir, du mécontentement, de la colère etc. Gérard DUCOURNEAU évoque dans son livre l'utilisation du tableau à double entrée<sup>9</sup> pour situer avec précision les phénomènes du complexe sonore et les procédés musicaux. Cependant je ne l'ai pas retrouvé dans les mémoires des professionnels.

Quant aux art-thérapeutes, ils observent les réactions du résident pendant le phénomène artistique (intention – action – production) sur des faits précis, ciblés par rapport aux objectifs personnels de celui-ci. Ils ne décodent pas de message mais ils s'appuient sur l'analyse de ces faits (items), de façon concrète.

Je retrouve l'auto-évaluation seulement dans le mémoire de Gaylord ROUSSELET qui met en place l'auto-évaluation des jeunes filles atteintes d'une I.M.C après avoir trouvé un moyen adapté pour qu'elles puissent s'évaluer en fin de séance.

Enfin, les quatre professionnels rédigent un bilan à la fin des accompagnements puis le transmettent à l'équipe pluridisciplinaire.

En conclusion, l'analyse des quatre mémoires montrent que les méthodes de travail du musicothérapeute et de l'art-thérapeute quelque soit leur dominante ont la même structure globale. Cependant l'objectif thérapeutique est différent ce qui implique des contenus de séance distincts. En effet, si les quatre professionnels cherchent à faire s'exprimer les résidents, les art-thérapeutes vont placer l'Art en tant que médiateur et outil d'évolution, alors

---

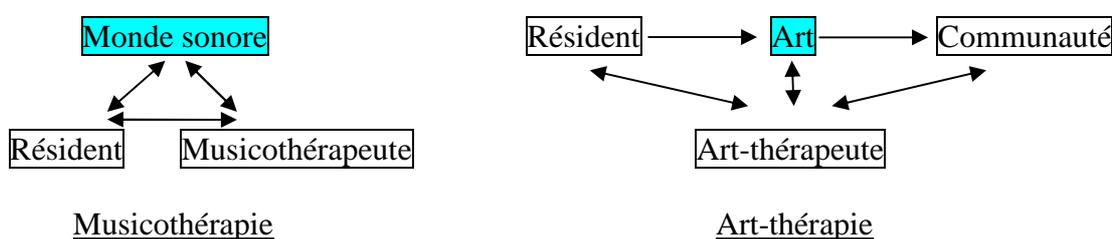
<sup>9</sup> Ducourneau Gérard, *Eléments de musicothérapie*, Ed. Dunod, p. 27.

que les musicothérapeutes utilisent le monde sonore comme interface de communication avec le résident.

De plus, si les deux disciplines stimulent les sens du résident, les art-thérapeutes éveillent son esprit à tout ce qui l'entoure alors que le musicothérapeute va chercher à concentrer son attention sur le monde sonore apporté pendant la séance.

Enfin, les art-thérapeutes accompagnent le résident dans la réalisation d'une production artistique orientée vers l'esthétique afin de restaurer sa qualité existentielle constituée des trois éléments indissociable qui sont son affirmation de soi, sa confiance en soi et son estime de soi. Cette production devenant œuvre d'art va permettre au résident d'améliorer sa communication et sa relation avec autrui. Alors que les musicothérapeutes pour améliorer les éléments cités précédemment, créent ou restaurent et/ou maintiennent des moyens de communication et de relation sans production artistique, ni recherche esthétique.

Les deux schémas (Figure 1) qui vont suivre permettent de visualiser la place de l'activité artistique en musicothérapie et en art-thérapie.



### 3.3 La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique peuvent avoir des limites dans leur pratique.

#### 3.3.1 En référence au paragraphe 2.4, la pratique des arts plastiques peut être discutable dans certains cas.

J'évoquais dans ce paragraphe les difficultés de pratiquer les arts plastiques auprès de certains adultes atteints d'une I.M.C.

La première difficulté est le degré de dépendance du handicap qui peut entraver, dans le phénomène artistique l'action et la production. Les capacités physiques perturbées par trop de mouvements involontaires et de contractures limitent et rendent difficiles la préhension et la manipulation des médiums et des outils malgré leur diversité. Il est ainsi malaisé d'amener le résident à passer de l'Art I à l'Art II malgré son intention. La production est dans ce cas très limitée voire peut-être impossible. Le risque est de rester dans le domaine de l'Art I et d'entraîner le résident dans une boucle d'inhibition.

La seconde difficulté est la présence de graves troubles visuels qui perturbent l'impression c'est-à-dire la captation et le rayonnement nécessaire pour stimuler les sens afin d'amener le résident à l'envie de faire. Bien sûr, l'art-thérapeute peut stimuler d'autres sens comme le toucher par le modelage ou la sculpture mais passé cette étape, il retrouvera les mêmes difficultés face aux manques de capacités physiques, évoquées précédemment.

Enfin, la troisième difficulté n'est pas liée directement à la pratique mais à la mise en place de la relation de confiance qui est parfois compliquée par l'incompréhension entre l'art-thérapeute et le résident, due à l'absence du langage verbal et non verbal.

Ainsi, l'art-thérapeute peut se demander si en restant dans l'Art I, l'art-thérapie à dominante arts plastiques est une bonne indication. Il pourrait alors se tourner vers la musicothérapie proposée à la M.A.S « Les Mélisses » ou vers une autre dominante.

Enfin, il est intéressant de savoir si Céline MICHAUT et les musicothérapeutes rencontrent également des difficultés.

Je vais présenter rapidement l'anamnèse des résidents en dégagant les capacités physiques, sensorielles et les capacités d'expression verbale pour avoir des données équivalentes.

### **3.3.2 L'expérience du mémoire à dominante arts plastiques de l'étudiante de l'école de TOURS apporte un autre point de vue.**

Les deux accompagnements décrits par Céline MICHAUT présentent une capacité fonctionnelle d'au moins un des membres supérieurs, une vision relativement correcte et le langage verbal. Une d'entre elles présente un retard intellectuel.

Elle n'évoque pas directement de limites dans sa pratique. Cependant elle explique que la complexité du handicap par la présence de nombreux troubles ne lui ont pas permis de faire des séances collectives afin de travailler dans de bonnes conditions. Ainsi elle met en avant sans être explicite les difficultés du degré du handicap.

### **3.3.3 Les deux mémoires de musicothérapie et le mémoire d'art-thérapie à dominante musique permettent d'appréhender les limites de la musicothérapie.**

➤ Le cas clinique, terme utilisé par Dominique PRAIZELIN dans son mémoire de musicothérapie, présente une mobilité du membre supérieur droit, une cécité de l'œil droit et une probable surdité de l'oreille gauche qui n'est pas confirmée et des troubles du comportement. Cependant il a quelques possibilités d'expression verbale. Elle ne précise pas les déficiences des jeunes pris en charge en groupe.

Dominique PRAIZELIN évoque la limite de la musicothérapie lorsqu'elle aborde la musicothérapie active. Elle explique que les troubles graves neuro-moteurs des enfants, adolescents et pré-adultes limitent voire empêchent l'utilisation du versant actif de la musicothérapie. En effet, la déformation des mains ou des poignets empêche la tenue des instruments les plus simples comme les œufs ou les maracas. Aussi travaille-t-elle uniquement dans le domaine de la musicothérapie réceptive.

➤ Les résidents présentés dans le mémoire de musicothérapie de Charlène MORICE ont tous un handicap moteur avec ou sans déficience mentale. Je retrouve beaucoup moins d'informations sur les capacités physiques et sensorielles que sur les troubles du langage entraînant des difficultés à communiquer verbalement et/ou non verbalement.

Cependant elle évoque plusieurs difficultés dans sa pratique : la première étant le déplacement des résidents dans l'espace, la seconde la mise en mouvement de leur corps. La troisième la difficulté pour la musicothérapeute est de savoir quel instrument le résident désire prendre afin d'éviter qu'il ne choisisse celui qui se trouve à sa portée.

Enfin, Gaylord ROUSSELET présente trois jeunes filles ayant un handicap moteur avec des capacités physiques limitées et des troubles visuels. Leur communication varie du langage verbal au langage non verbal. L'une d'entre-elle présente une déficience intellectuelle.

Gaylord ROUSSELET a rencontré des difficultés face aux limites et à la lenteur de leurs gestes. Il explique qu'il a fallu qu'il trouve des solutions pour qu'elles puissent exécuter des gestes musicaux. Par exemple, il a rendu plus accessible un instrument de musique en l'approchant de la main des jeunes filles pour les aider à réaliser un geste musical ou pour en sentir les vibrations.

### **3.3.4 Un bilan des différents points de vue met en évidence les limites de ces disciplines.**

Limite des capacités des résidents	Françoise Perruisseau-Carrier	Céline Michaut	Gaylord Rousselet	Charlène Morice	Dominique Praizelin
Capacités physiques	+++	++	+++	++	+++
Troubles sensoriels	+++	++	+++	++	+++
Troubles du langage	+++	+	++	+++	+++
Pratique de l'activité artistique	Production arts plastiques	Production arts plastiques	Ecoute musicale Pratique instrumentale	Musique active	Musique réceptive + active

Ce tableau permet de mieux visualiser les éléments qui peuvent entraîner des limites dans la pratique artistique des musicothérapeutes et des art-thérapeutes.

Je constate que lorsque le handicap moteur est important c'est-à-dire avec une préhension très limitée associée à des troubles sensoriels, les musicothérapeutes privilégient la musicothérapie réceptive comme nous pouvons le constater dans le mémoire de Dominique PRAIZELIN. En revanche les troubles du langage ne sont pas un obstacle pour la musicothérapie active puisqu'on la retrouve chez les deux musicothérapeutes.

De leur côté, les art-thérapeutes semblent mieux s'y adapter puisqu'on retrouve une pratique artistique, même minime, que ce soit avec une dominante musique ou arts plastiques.

En conclusion, les capacités physiques peuvent limiter la pratique des quatre thérapeutes. Cependant les musicothérapeutes sont plus pénalisés que les arts-thérapeutes dans leur pratique artistique. Ils pallient cette limite par la technique de la musicothérapie réceptive qui leur permet de mettre en place des séances de groupe contrairement aux art-thérapeutes qui privilégient d'emblée les séances individuelles pour favoriser la réalisation d'une production. Enfin, il semble que les art-thérapeutes aient plus d'aisance à modifier leur stratégie thérapeutique pour mieux s'adapter. Par exemple, Céline MICHAUT explique, dans son mémoire, que pour atteindre son objectif général, elle a été amenée au cours du cheminement à changer son objectif pour aller plus loin.

### **3.4 Des points communs apparaissent entre la musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique.**

Le premier point commun est la terminologie de leur nom : « thérapie ». Elles relèvent toutes les deux du domaine du soin dont le moyen thérapeutique est une activité artistique. Puis au cours de mes lectures et en particulier des quatre mémoires, d'autres similitudes sont apparues.

La musicothérapie et l'art-thérapie quelque soit la dominante artistique privilégient avant tout la relation. L'activité humaine proposée par ces deux professionnels place le résident au centre de leur préoccupation. Ils souhaitent lui procurer du plaisir et du bien-être.

Pour atteindre cet objectif, ils commencent par stimuler les sens afin d'émettre des sensations et des sentiments. L'activité artistique que ce soit la musique ou les arts plastiques est proposée au résident pour qu'il l'expérimente avec l'aide du thérapeute. Le but étant que le résident élabore ou restaure à son rythme et à sa manière son rapport à lui-même et aux autres en tenant compte de sa propre histoire. Ainsi le résident est sujet et l'Art est mis à son service.

Enfin, la musicothérapie comme l'art-thérapie à dominante musique ou arts plastiques s'adressent à des résidents souffrants de troubles de communication, de relation et d'expression. De plus, le musicothérapeute et l'art-thérapeute travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ainsi, l'émergence de tous ces points communs me permettent d'avancer qu'il peut être possible que la musicothérapeute issue de l'A.M.Bx travaille en complémentarité et/ou en co-thérapie avec l'art-thérapeute au sein de la M.A.S « Les Mélisses ».

### **3.5 La musicothérapie issue de l'atelier de BORDEAUX et l'art-thérapie à dominante arts plastiques issue de l'école de TOURS peuvent être complémentaires.**

#### ***3.5.1 La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques doivent répondre aux besoins des résidents.***

On distingue deux sortes de besoins : les besoins exprimés par les résidents et ceux apportés aux résidents par l'équipe pluridisciplinaire. Je n'aborderai que les premiers, les autres ayant été évoqués au paragraphe 2.1.1 et 2.1.3 de la deuxième partie.

Ces deux besoins d'origines différentes entraînent quelquefois des décalages entre le discours des résidents et celui de l'équipe pluridisciplinaire. C'est pourquoi, il est important, avant la

mise en place des séances thérapeutiques, que les thérapeutes se préoccupent des besoins des résidents.

Le besoin d'être heureux est primordial pour les résidents. Ils souhaitent être considérés comme des personnes à part entière dont on respecte la personnalité, la vie privée, familiale et sociale. Ils demandent aussi à ce que l'on prenne du temps pour les écouter afin de les comprendre. Ils veulent qu'on leur donne la possibilité de s'exprimer à leur manière et de communiquer avec les autres. Ils souhaitent qu'on les aide à maintenir leur autonomie pour rester acteur de leur vie le plus longtemps possible. Ils désirent également qu'on les accompagne pour s'ouvrir vers l'extérieur afin d'être reconnu par la société. Enfin, les résidents expliquent qu'ils veulent bien participer aux différentes activités à condition qu'elles ne soient pas imposées mais qu'elles soient issues de leur propre choix.

Ainsi, les résidents souhaitent améliorer leur qualité de vie en prenant du plaisir dans ce qu'ils font et en maintenant le plus longtemps possible leur autonomie.

C'est en prenant connaissance de ces besoins que la musicothérapeute et l'art-thérapeute à dominante arts plastiques pourront y répondre à travers leurs spécialités.

### ***3.5.2 La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques répondent aux besoins des résidents grâce à leurs spécificités.***

En reprenant les mémoires de Charlène MORICE et de Céline MICHAUT, j'ai pu mettre en évidence les spécificités de la musicothérapie et de l'art-thérapie à dominante arts plastiques pouvant répondre à certains besoins des résidents. J'ai également pris en compte les entretiens avec Manuella LOPEZ, art-thérapeute à la M.A.S « Les Mélisses » et mon expérience professionnelle auprès des I.M.C.

J'ai dégagé trois grands points que j'ai regroupés sous forme de tableau pour mieux les visualiser. Ils permettent d'identifier les besoins et de voir les réponses et les processus apportés par la musicothérapie et l'art-thérapie.

Ces points concernent :

- La stimulation des sens,
- Les moyens d'expressions,
- Le langage.

Les informations en rouge signalent les spécificités sur lesquelles les deux thérapeutes vont s'appuyer pour travailler.

<b>SPECIFICITES</b>	<b>MUSICOTHERAPIE (issue de l'AMBx)</b>	<b>ART-THERAPIE à dominante arts plastiques</b>
<p><b>Sens dominant stimulé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomie</li> <li>- physiologie               <ul style="list-style-type: none"> <li>• fonctions</li> </ul> </li> <li>• aires cérébrales (Annexe 8 et 9)</li> </ul>	<p>Ouïe (ondes vibratoires : sons)</p> <p>appareil auditif : les oreilles</p> <p>-entendre (acte involontaire et passif) -écouter (acte volontaire et actif)</p> <p>-pour l'écoute des sons : noyau cochléaire → tronc cérébral → cervelet puis cortex temporal où se trouvent les aires auditives primaires et secondaires.</p>	<p>Vue (ondes lumineuses : couleurs et structures des formes)</p> <p>appareil visuel : les yeux</p> <p>-voir (acte involontaire et passif) -regarder (acte volontaire, dirigé et actif)</p> <p>-pour la recomposition des images : chiasme → cortex visuel divisé en aires corticales spécialisées et hiérarchisées + cortex pariétal postérieur + frontal.</p>

<b>Moyens d'expression<sup>10</sup></b>	<p>- pour l'écoute d'une musique : aires de Broca et de Wernicke (idem langage) + régions cortex temporal.</p> <p>- <b>Pour les émotions ressenties</b> : structures participant aux émotions.</p> <p style="text-align: center;"><u>Monde sonore</u></p> <p>- <b>vocal</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• parole,</li> <li>• cris, gémissements,</li> <li>• silence,</li> <li>• chant sans parole,</li> <li>• son de la voix (intensité, hauteur, timbre, intonation)...</li> </ul> <p>- <b>non verbal</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instrument de musique,</li> <li>• claquements des mains,</li> <li>• claquements de langues,</li> <li>• sifflements...</li> </ul>	<p>- <b>Pour les émotions ressenties</b> : structures participant aux émotions.</p> <p style="text-align: center;"><u>Monde visuel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regard,</li> <li>• mimique,</li> <li>• toucher,</li> <li>• gestes,</li> <li>• attitudes corporelles,</li> <li>• signes, signaux,</li> <li>• dessin,</li> <li>• écriture,</li> <li>• peinture,</li> <li>• sculpture...</li> </ul>
<b>Langage prédominant</b>	<b>Langage verbal ou intellectuel</b>	<b>Langage du corps ou non verbal</b>

La musicothérapeute amène le résident à développer sa faculté d'entendre et d'écouter. Elle lui fait entendre des sons et/ou de la musique qui l'immergent dans des vibrations sonores. Puis elle doit trouver celles qui captent l'attention du résident en suscitant des sensations et des sentiments. Ainsi il est dans l'écoute et choisit des sons et/ou de la musique qui lui sont agréables. C'est alors que deux relations s'installent, une *relation moi-moi*, puis une *relation moi-l'autre*<sup>11</sup> où le récepteur est le résident, le médiateur la musique et l'émetteur le musicothérapeute. Charlène MORICE explique que pour favoriser la concentration du résident, son atelier est neutre de tout support en-dehors de quelques instruments de musique afin d'éviter qu'il ne se disperse.

Enfin, la musicothérapeute privilégie le monde sonore non verbal pour communiquer afin de stimuler le langage verbal. En effet, la musique et le langage activent les mêmes aires cérébrales ce qui peut expliquer ce choix.

L'art-thérapeute à dominante arts plastiques va quant à lui amener le résident à développer sa faculté de voir et de regarder ce qui l'entoure.

Contrairement au musicothérapeute, son atelier est un lieu où la présence de toutes sortes de supports stimule ses capteurs sensoriels et en particulier ses capteurs visuels. C'est le flux des ondes lumineuses qui lui permet de voir les couleurs et les structures d'un objet. Le résident dirige volontairement son regard vers celui qui attire son attention. L'objet est alors l'émetteur, le cerveau définit l'intelligibilité de l'image et le résident est le récepteur. Puis le résident interprète l'image reçue en fonction de sa sensibilité (ses sensations, ses sentiments, sa culture...), de ses choix, de ses motivations et de ses intentions.

<sup>10</sup> Sabourin Romola, Les cinq sens dans la vie relationnelle, Ed. Le Souffle d'Or, p. 160 et 161.

<sup>11</sup> Sabourin Romola, Les cinq sens dans la vie relationnelle, Ed. Le Souffle d'Or, p. 43 et 44.

L'art-thérapeute intervient ensuite pour accompagner le résident afin qu'il devienne l'émetteur, sa production le médiateur et l'autre le récepteur. L'art-thérapeute privilégie alors le monde visuel pour stimuler l'expression non verbale par la réalisation d'une production.

Par ailleurs, les autres sens sont aussi stimulés et en particulier le toucher qui intervient dans les deux activités artistiques. Il peut prendre une place importante puisqu'il est à la fois émetteur et récepteur de sensations pouvant jouer un rôle dans la stimulation de l'ouïe et de la vue.

Ainsi, le musicothérapeute travaille pour restaurer et/ou favoriser des moyens de communication verbaux ou non verbaux. Alors que l'art-thérapeute à dominante arts plastiques agit pour favoriser et/ou améliorer des moyens d'expression.

En conclusion, je peux dire que la spécificité de la musicothérapie est d'aider les résidents à mieux communiquer avec les autres et celle de l'art-thérapie à dominante arts plastiques de les aider à s'exprimer à leur manière. Bien sûr, les thérapeutes ne sont pas figés dans leur spécificité l'un en favorisant la communication va permettre l'expression et l'autre en favorisant l'expression va permettre la communication. D'autre part, ils répondent à d'autres besoins pour établir une relation de confiance avec le résident tels que l'écoute, la compréhension, l'empathie...

Enfin, en associant les spécificités de ces deux disciplines, elles pourront être complémentaires pour participer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

### ***3.5.3 La musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent être complémentaires.***

Après avoir pris connaissance des méthodes de travail du musicothérapeute et de l'art-thérapeute, de leurs limites dans leur pratique et de leurs spécificités, leur association en complémentarité ou en co-thérapie peut être possible.

Deux éléments importants sont à prendre en compte :

- ce que procurent la musique et les arts plastiques (abordé dans la première partie au paragraphe 1.2.2),
- ce que peut apporter la musicothérapie et l'art-thérapie à dominante arts plastiques par leur originalité.

Si la musique et les arts plastiques procurent tous deux des sensations et des émotions, ils n'influent pas sur l'être humain de la même façon.

La musique est une source d'énergie naturelle qui ne se retrouve pas dans les arts plastiques. Les vibrations qu'elle émet, entraînent chez l'être humain une réaction immédiate d'ordre psychologique et physique. Selon son rythme, sa mélodie, son intensité, sa fréquence, elle va engendrer des émotions vives qui vont dynamiser le corps et le mettre en mouvement. C'est un phénomène qui ne se retrouve pas avec les arts plastiques ou plus rarement. En effet, il est rare de « s'agiter » devant un tableau ou une sculpture, ce qui est fréquent lorsqu'on entend ou écoute une musique (par exemple, battre instinctivement la mesure avec le pied, en balançant la tête etc.).

Ces émotions vont varier selon le vécu de chacun, de ses apprentissages et de ses connaissances. Cependant leurs natures peuvent être identiques. La musique comme les arts plastiques émettent des sentiments de tristesse, de gaieté, de colère (ou de peur, d'anxiété) et de sérénité. Emmanuel BIGAND dans son article<sup>12</sup>, « les émotions musicales », explique que le cerveau humain répond émotionnellement aussi vite à la musique qu'à un stimulus biologiquement pertinent comme par exemple une menace contre sa propre vie. Il suggère également qu'il y aurait pour les émotions musicales, une voie très rapide fondée sur les

---

<sup>12</sup> Bigand Emmanuel, Revue L'Essentiel et Psycho, Le cerveau mélomane, art. Les émotions musicales, p. 28.

caractéristiques spectrales du son c'est-à-dire la variation de l'intensité des ondes en fonction de la fréquence et une voie plus lente qui analyserait les structures plus abstraites des œuvres. Enfin, la musique en elle-même peut adoucir les maux. Elle peut soulager, calmer, déstresser etc. en l'écoutant mais aussi en la pratiquant. Dans l'ANTIQUITE, elle pouvait être prescrite, aujourd'hui, elle n'est pas prescrite mais elle est présente dans le monde médical, service de comateux, salles d'intervention, salle de relaxation etc. pour apaiser l'être humain et lui apporter du bien-être.

Les arts plastiques procurent également du bien-être. Cependant le cheminement pour l'atteindre peut être plus long et plus difficile. Les arts plastiques font appel à des paramètres plus complexes mettant en jeu des capacités d'analyse et d'interprétation. En effet, le bien-être sera plus ressenti lors de la réalisation de la production artistique que lors de la contemplation. On peut l'observer chez les résidents atteints d'une I.M.C ayant des capacités cognitives et visuelles altérées. Ainsi l'accompagnement en art-thérapie à dominante arts plastiques leur permet de dépasser ces difficultés pour réaliser une production artistique et ressentir du bien-être.

Ainsi la connaissance de la singularité de la musique et des arts plastiques aide :

- à mieux comprendre comment le musicothérapeute et l'art-thérapeute peuvent être complémentaires.
- à mieux orienter un accompagnement pour contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des adultes atteints d'une I.M.C.

Il n'est pas rare de constater que des résidents attirés par les arts plastiques n'osent pas ou refusent de venir en art-thérapie à dominante arts plastiques pensant être incapables de réaliser quelque chose à cause de leurs capacités physiques très limitées. Il est alors possible que la musicothérapeute travaille en amont de l'art-thérapeute. En proposant la technique de la musicothérapie réceptive, elle leur permet de diminuer des tensions, des angoisses, de trouver du plaisir, d'exprimer des émotions, de reprendre confiance en eux en choisissant les musiques qu'ils aiment. Puis par la technique de la musicothérapie active, les résidents peuvent retrouver une certaine harmonie entre leur corps et leur esprit. Ensuite, l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut être complémentaire en renforçant leur affirmation de soi par la détermination de leurs goûts, la confiance en soi par l'acquisition d'un savoir-faire et l'estime de soi par leur engagement dans une activité.

Ainsi, la musicothérapeute et l'art-thérapeute à dominante arts plastiques peuvent être complémentaires car ils travaillent à des niveaux d'évolutions personnels différents dans les éléments constituant la qualité existentielle d'un même résident. De plus, ces deux disciplines peuvent se compléter au sein de la M.A.S parce que qu'elles ne s'adressent pas toujours aux mêmes résidents. En effet, si la musicothérapeute privilégie ses accompagnements vers des résidents en rupture de communication, l'art-thérapeute, en revanche, favorise l'expression des résidents.

La musicothérapie issue du modèle de l'A.M.Bx et l'art-thérapie issue de l'école de TOURS sont distinctes mais les associer dans une démarche thérapeutique commune semble intéressant puisqu'elles répondent toutes deux aux besoins des résidents. En associant leurs compétences, elles contribuent, d'une façon originale, à améliorer la qualité existentielle des résidents en favorisant leur autonomie physique, mentale et sociale. Ainsi les résidents peuvent retrouver un équilibre entre leurs mondes intérieur et extérieur. Devenant sujets, ils donnent un sens à leur vie et éprouveront une sensation de bien-être.

Enfin, la présence de ces deux disciplines au sein de la M.A.S permet aux résidents de choisir en fonction de leurs goûts artistiques.

Mais au cours de mon stage, leur choix ne fut pas toujours possible pour diverses raisons que je vais aborder dans le paragraphe suivant. J'ai alors élaboré et proposé un support pour essayer de résoudre ce problème.

### **3.6 Un support pourrait être mis en place, à la M.A.S « Les Mélisses », pour mieux définir l'accompagnement en musicothérapie ou en art-thérapie à dominante arts plastiques afin d'aider les adultes atteints d'une I.M.C à améliorer leur qualité existentielle.**

#### ***3.6.1 Le choix du résident ne peut pas toujours être respecté.***

Dans le contexte de l'ouverture de la M.A.S « Les Mélisses », pour des raisons d'organisation, les résidents n'ont pas toujours le choix d'aller vers un atelier de musicothérapie et/ou d'art-thérapie à dominante arts-plastiques.

Les équipes inscrivent les résidents dans les différents ateliers sans faire la distinction entre les ateliers occupationnels et ceux à visée thérapeutique puisqu'ils sont tous présentés comme faisant partie du pôle animation.

D'une part, l'objectif de l'établissement est de faire découvrir aux résidents le maximum d'activités internes telles que des activités manuelles, intellectuelles, artistiques, des activités physiques en lien avec la rééducation, des activités de bien-être mais aussi de proposer des activités externes.

D'autre part, cette démarche a également pour but de favoriser les relations entre les résidents et l'équipe pluridisciplinaire pour faire plus ample connaissance.

Ce principe qui paraît à première vue directif, aide les résidents à orienter leur choix et les membres de l'équipe pluridisciplinaire à repérer les résidents présentant des problèmes d'intégration ou autres et ceux intéressés par la musique et/ou les arts plastiques.

C'est ainsi que l'ensemble de ces informations permet à la musicothérapeute et à l'art-thérapeute d'émettre l'idée d'une indication d'accompagnement.

#### ***3.6.2 L'indication pour les séances de musicothérapie et/ou d'art-thérapie à dominante arts plastiques est faite de manière informelle.***

Au cours de mon stage pratique, je me suis interrogée sur la pertinence de l'indication au regard du fonctionnement de l'établissement. Suite à cette réflexion, j'ai rencontré différents membres de l'équipe et je me suis référée aux quatre mémoires pour répondre à mes interrogations.

Des concordances apparaissent entre le discours du personnel de la M.A.S « Les Mélisses », celui de Céline MICHAUT dans son mémoire d'art-thérapie à dominante arts plastiques et celui de Charlène MORICE dans son mémoire de musicothérapie.

Il en ressort que l'absence d'indication médicale n'est pas seulement due à l'absence d'un médecin sur place mais aussi due au statut et à l'orientation de l'établissement.

Comme je l'avais constaté au paragraphe 3.2.3, cet état de fait ne se rencontre que dans les établissements ayant le statut de M.A.S dont l'orientation est avant tout de permettre aux adultes d'y vivre en s'épanouissant et d'y vieillir en toute sérénité. Ainsi la notion de soins prend une toute autre dimension. Les résidents acceptent encore les soins prodigués à la M.A.S car ils les considèrent comme faisant partie de leur vie, de leur quotidien mais deviennent très réfractaires à tout ce qui est thérapie.

D'ailleurs Charlène MORICE rappelle dans son mémoire qu'ils ont subi de nombreuses hospitalisations, interventions avec des suivis contraignants et qu'aujourd'hui ils sont chez eux et veulent être tranquilles. Ceci peut expliquer l'absence d'indication médicale pour privilégier l'indication par les thérapeutes eux-mêmes, pour une meilleure acceptation des résidents.

Cependant, on peut se poser la question : n'est-ce-pas la place de la musicothérapie et de l'art-thérapie au sein ces établissements qui induit une absence d'indication médicale ? Céline MICHAUT le révèle dans son mémoire. Un amalgame est fait entre l'atelier d'arts plastiques, déjà en place dans l'établissement, et l'atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques. D'autre part, la direction de la M.A.S « Les Mélisses » justifie l'intégration de la musicothérapie et l'art-thérapie dans le pôle animation, par les raisons énoncées précédemment mais également par l'ouverture récente de l'établissement. Dans ces conditions, on peut comprendre que l'indication médicale ne soit pas nécessaire. Enfin, cette position n'est pas définitive. L'équipe pluridisciplinaire s'organise pour mettre en place des temps de rencontre. Elle s'interroge sur le rôle propre de chacun et prévoit des projets d'ateliers communs.

Etant intégrée dans l'équipe, j'ai proposé un support de travail où la spécificité de chaque catégorie professionnelle apparaîtra. Le paragraphe suivant y est consacré.

### ***3.6.3 Un support commun à l'équipe pluridisciplinaire permettrait de travailler un objectif global cohérent, en tenant compte des souhaits du résident, de ses aptitudes et de ses besoins.***

J'ai eu l'idée de ce support (Annexe 10) suite à mes interrogations sur la manière dont étaient indiquées les séances d'art-thérapie. Il permet de recueillir et de centraliser sur un support unique des informations spécifiques pour avoir une connaissance globale du résident.

J'ai ensuite établi une première trame où huit personnes représentant l'équipe pluridisciplinaire apparaissent : psychologue, infirmière, psychomotricienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, musicothérapeute, art-thérapeute et éducatrice spécialisée.

J'ai noté pour chaque personne les renseignements spécifiques à leur discipline pouvant aider l'art-thérapeute à établir l'état de base du résident. Ce support permet à l'art-thérapeute de bien cibler les pénalités et les potentialités ainsi que les goûts artistiques du résident afin d'établir des objectifs précis.

D'autre part, il peut être présenté lors des projets individualisés pour avoir une vue d'ensemble des spécificités de chacun et mettre en parallèle les souhaits du résident, ses besoins physiques et psychologiques pour établir un objectif global commun et personnalisé. En montrant qu'il peut répondre aux besoins physiques du résident pour maintenir son autonomie et à ses besoins psychologiques en proposant la mise en place de projet, l'art-thérapeute peut alors revendiquer sa place au sein de l'équipe paramédicale. Ainsi l'indication pour des séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques découle de l'analyse du support en cohérence avec l'ensemble de l'équipe, à un moment donné et non fortuitement. Bien sûr, cette indication tient compte des centres d'intérêts du résident issus de rencontres avec lui.

J'ai présenté ce support sous forme de fiche aux membres de l'équipe cités ci-dessus afin de leur expliquer ses intérêts. Durant nos échanges, ce support fut réajusté et complété en accord avec eux : l'ajout auprès de l'éducation spécialisée de l'équipe d'accompagnement à la vie quotidienne, sociale et culturelle à savoir A.M.P, A.S et les M.E.

Après une mise à jour suite à leurs remarques, je leur ai proposé de le tester auprès d'un ou deux résidents afin de l'évaluer. Ceci permettra à la fois de finaliser le contenu et de constater si ce support peut aider à établir une indication pour un accompagnement en art-thérapie à dominante arts plastiques et/ou en musicothérapie.

Enfin, ce support viendra compléter les outils de travail de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire visant tous, par leur spécialité, à renforcer la confiance en soi, l'affirmation de soi et l'estime de soi du résident.

## CONCLUSION

Les adultes atteints d'une I.M.C ont besoin d'une attention particulière pour pouvoir s'épanouir. Accueillant des adultes de différents âges, La M.A.S « Les Mélisses » s'efforce d'y répondre en s'adaptant à leur demande

La vie des jeunes adultes, sortant de structures encadrées, était essentiellement axée sur l'apprentissage scolaire, la rééducation et l'autonomie pour élaborer un projet de vie. Aujourd'hui, ils manifestent une envie d'indépendance, de vie plus sociale et culturelle mais aussi le désir de vivre à leur propre rythme. En d'autres termes, ils souhaitent être reconnus comme des adultes et non plus comme des adolescents.

A contrario, les adultes plus âgés intègrent l'établissement par nécessité, obligation ou lassitude. Les uns doivent quitter le domicile familial car leurs parents sont âgés ou décédés. D'autres se voient contraints de quitter leur appartement du fait de la dégradation de leur autonomie. Enfin, certains choisissent tout simplement de changer de lieu de vie. Ainsi, ces adultes arrivent à la M.A.S dans un état d'esprit qui diffère de celui des plus jeunes. L'intégration peut être difficile et les exigences différentes.

Cependant, que ce soit chez les adultes jeunes ou âgés, on retrouve les mêmes souffrances psychologiques dues à un manque de reconnaissance en tant que personne. Ce sentiment est bien la conséquence de leur handicap mais aussi d'une vie en collectivité où il leur est difficile de se différencier des autres pour développer leur personnalité.

Aussi, l'équipe pluridisciplinaire doit en tenir compte et s'adapter à cette réalité pour répondre aux besoins de chaque résident. En conséquence, la directrice de la M.A.S « Les Mélisses » a choisi de diversifier les modes d'entrée d'accompagnements en intégrant des ateliers d'art-thérapie à dominante arts plastiques et visuels et un atelier de musicothérapie.

La présence de ces deux ateliers a certainement facilité mon intervention lors de mon stage pratique au sein de l'établissement. Cependant il a fallu préciser à nouveau que l'art-thérapie n'était pas une discipline d'animation mais une discipline thérapeutique.

Ce stage pratique d'art-thérapie et l'étude qui en a découlé, valident mon hypothèse de départ : un atelier d'art-thérapie peut aider l'adulte atteint d'une I.M.C à améliorer sa qualité existentielle.

Cependant pour y parvenir, il est primordial de savoir écouter les adultes atteints d'une I.M.C et manifester de l'empathie afin d'établir une relation de qualité. De plus, une relation de confiance ne sera possible que lorsque l'adulte se sentira en sécurité et reconnu comme une personne singulière. La complicité s'installera, et l'art-thérapeute pourra mettre en place sa stratégie thérapeutique, l'adulte décidant alors de se laisser ou non séduire par l'Art. L'art-thérapie, en stimulant les sens, donne une énergie aux adultes atteints d'une I.M.C. Ces derniers peuvent être surprenants dans leurs capacités à développer leur créativité et leurs moyens pour pallier leur handicap. Par le cheminement artistique, l'art-thérapie accompagne les adultes dans la réalisation d'une œuvre d'art pour leur permettre de restaurer une certaine sérénité entre leur esprit et leur corps. En s'exprimant librement, ils libèrent leurs émotions. Ils retrouvent alors le plaisir de faire et l'envie de s'investir en développant une exigence esthétique. Enfin l'auto-évaluation m'a permis de confirmer que l'art-thérapie peut contribuer à l'amélioration de leur qualité existentielle en renforçant l'affirmation de soi, la confiance en soi et l'estime de soi.

Dans ma troisième partie, j'ai abordé la musicothérapie car il me semblait dommage que la musicothérapeute et l'art-thérapeute n'associent pas leurs compétences. Cette discussion a permis de constater que leur complémentarité est possible et intéressante. Cependant, elle

reste difficile dans la pratique. Pour que deux professionnels travaillent en complémentarité, il faut qu'ils prennent le temps de comprendre le concept de chacun. Ce travail a permis d'ouvrir des perspectives, qui je l'espère, aboutiront à une collaboration.

Pendant mon stage, j'ai privilégié les arts plastiques plutôt que la musique pour que les résidents dissocient bien les deux ateliers. Cependant, connaissant le pouvoir expressif de la musique par elle-même, je l'ai proposée au cours de certaines séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques. Je me suis alors interrogée sur mon choix de dominante. Privilégier la musique pour le plaisir et le bien-être qu'elle procure ou l'exploiter comme moyen thérapeutique ? Aujourd'hui, il est clair qu'ayant pratiqué la musique pendant plusieurs années, je vais approfondir cette discipline afin de l'exploiter comme moyen thérapeutique.

L'art-thérapeute doit régulièrement remettre son travail en question afin de répondre au mieux aux besoins des résidents. Par ailleurs, l'art-thérapie est une discipline qui évolue. Par conséquent, il me paraît important que l'art-thérapeute continue à se former et qu'il échange sur sa pratique avec d'autres art-thérapeutes.

Enfin, la rédaction de ce mémoire fut une expérience personnelle enrichissante. Ce mémoire m'a permis d'éclaircir certains points et de les approfondir. Toutefois, le chemin est encore long pour pouvoir prétendre maîtriser l'art-thérapie. Cependant le plus important n'est pas le temps que je vais y consacrer. Ce métier d'art-thérapeute m'offre d'ores et déjà des relations humaines d'une grande qualité que je ne trouvais plus dans mon métier d'infirmière.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES :

**ANDRE Christophe**, *Imparfais, libres et heureux, Pratiques de l'estime de soi*, Editions Odile Jacob, Paris, 2009.

**BAUDART Anne et REVAULT d'Allonnes Myriam**, *L'art et l'imaginaire, philosophie et esthétique*, Editions Belin, Paris 1998.

**BERNHARD Hélène et MILLOT Corinne**, *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Editions Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.

**CHATEAU Dominique**, *Arts plastiques archéologie d'une notion*, Editions Jacqueline Chambon, Nîmes février 1999.

**DUCOURNEAU Gérard**, *Eléments de musicothérapie*, Editions Dunod, Paris 2002.

**FORESTIER Richard**, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5ème Editions Favre, Lausanne 2007.

**FORESTIER Richard**, *Tout savoir sur l'art occidental*, Edition Favre SA, Lausanne 2004.

**FORESTIER Richard**, *Regard sur l'art, approche épistémologique de l'activité artistique*, Editions SeeYou Soon, Saint Cyr/Loire, 2005.

**GIRAUD Jean-Jacques**, *L'évaluation en art-thérapie, Pratiques internationales*, Editions Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.

**GUERIN Marie**, dans *Découvrir l'art-thérapie, Des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs de HAMEL Johanne – LABRECHE Jocelyne*, Editions Larousse, Paris 2010.

**JOLLIEN Alexandre**, *La construction de soi, Un usage philosophique*, Editions Seuil, Paris, 2006.

**LACOSTE Jean**, *La philosophie de l'art, Que sais-je ?* Editions Puf, Paris, 2010.

**LA FONDATION MOTRICE**, *Infirmité Motrice Cérébrale/Paralysie Cérébrale, prospective*, Editions LS Groupe Imprimeurs, Itteville, 2009.

**LECOURT Edith**, *La musicothérapie*, Editions Eyrolles, Paris, 2010.

**PIAGET Jean**, *Six études de psychologie*, Editions Gonthier, Genève, 1964.

**ROCQUE Sylvie, LANGEVIN Jacques, DROUIN Caroline, FAILLE Jocelyne**, *De l'autonomie à la réduction de dépendances*, Editions Nouvelles, 1999.

**SABOURIN Romola**, *Les cinq sens dans la vie relationnelle*, 3<sup>ème</sup> Editions Le Souffle d'Or, Gap, 2010.

**TALON – HUGON Carole**, *L'esthétique*, 3<sup>ème</sup> Editions Puf, Paris, 2010.

**TRUSCELLI Danielle**, *coordinatrice, Les infirmités motrices cérébrales, Réflexions et perspectives sur la prise en charge*, Editions Elsevier-Masson, Paris, 2008.

### COURS :

**LAMOURET Patricia**, *cours sur le développement du jeune enfant à l'adulte*, ISA 2008/2009.

**RAIMBAULT Chantal**, *cours sur les éléments de psychologie clinique*, ISA 2008/2009.

## ARTICLES/REVUE :

**BIGAND Emmanuel**, *Les émotions musicales* In **Revue, L'essentiel, Cerveau et Psycho : le cerveau mélomane** de la page 22 à 28, n° 4 novembre 2010 – janvier 2011.

**VERCAUTEREN Richard**, Conférence sur « Travailler en équipe pour donner du sens à la vie en établissement autour des projets », Pdf.

## MEMOIRES :

**MICHAUT Céline**, *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes infirmes moteurs cérébraux*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie, 2005.

**MORICE Charlène**, *Des prémices au présent*, Mémoire pour l'obtention de la Certification en Musicothérapie, 2010.

**PRAIZELIN Dominique**, *La musicothérapie réceptive levier de communication chez l'enfant polyhandicapé*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire de Musicothérapie, 2005.

**ROUSSELET Gaylord**, *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de jeunes filles porteuses d'une infirmité motrice cérébrale*, Mémoire pour l'obtention du diplôme Universitaire d'Art-thérapie, 2008.

## DICTIONNAIRES :

**Dictionnaire Etymologique**, Edition Larousse, 2007.

**Le petit Larousse**, Compact, Edition 2001.

## SITES INTERNET :

**C.T.N.E.R.H.I** (centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les handicaps et les Inadaptations) site du C.T.N.E.R.H.I, Centre collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) pour la classification des handicaps.

**Service-Public.fr-site officiel de l'administration française** (premier ministre).

**www.anesm.sante.gouv.fr**, Anesm, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

## LISTE DES GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Place de l'activité artistique en musicothérapie et en art-thérapie.....	58
-------------------------------------------------------------------------------------	----

### **Graphiques concernant l'accompagnement de Mr. R.**

Graphique 1 : Echanges avec l'art-thérapeute.....	34
Graphique 2 : Ponctualité.....	34
Graphique 3 : Choix, Gestes et Autonomie.....	35
Graphique 4 : Evaluation.....	35
Graphique 5 : Plaisir.....	35
Graphique 6 : Auto-évaluation.....	35
Graphique 7 : Bilan de l'auto-évaluation de Mr. R. et de l'évaluation de l'art-thérapeute....	36

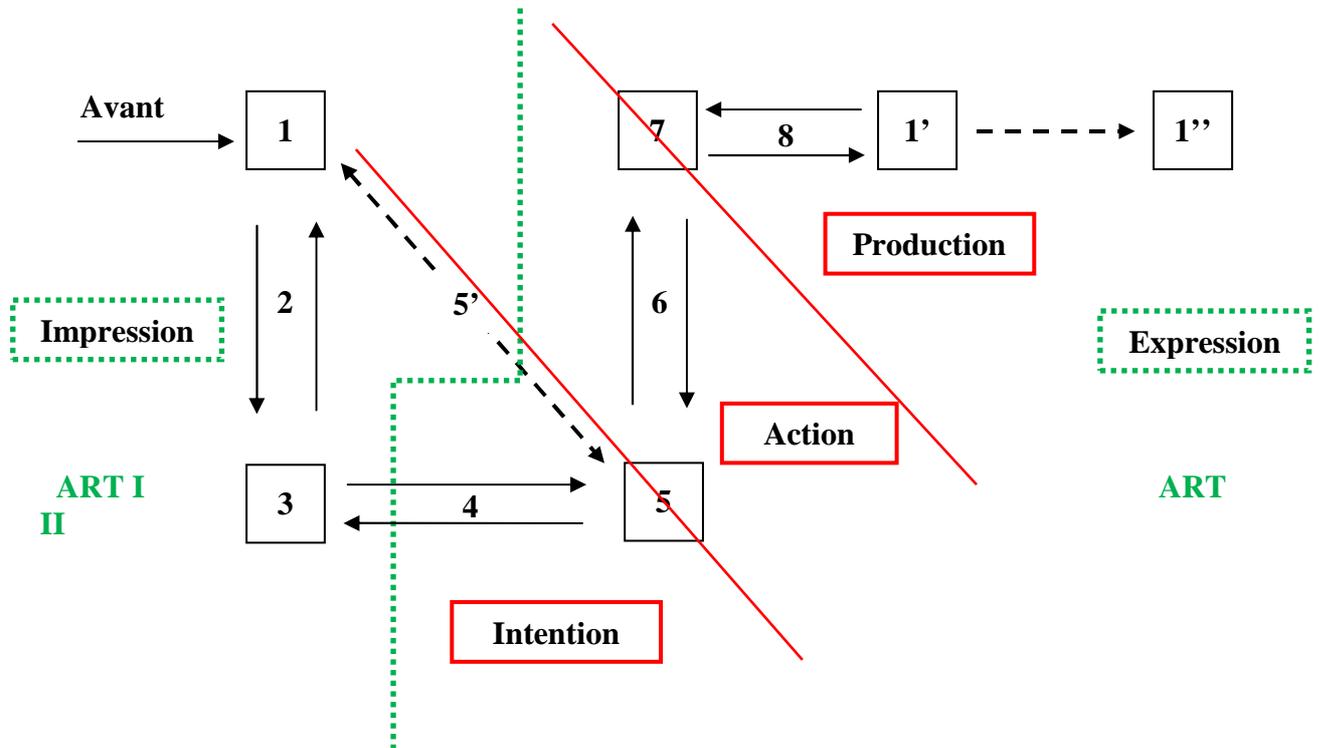
### **Graphiques concernant l'accompagnement de Mme. J.**

Graphique 8 : Echanges avec l'art-thérapeute.....	42
Graphique 9 : Capacité esthétique.....	42
Graphique10 : Intérêt pour, Volonté de revenir à la séance.....	43
Graphique 11 : Choix + Concentration + Gestes + Activité.....	43
Graphique 12 : Evaluation.....	43
Graphique 13 : Auto-évaluation.....	44
Graphique 14 : Bilan de l'auto-évaluation de Mme. J. et de l'évaluation de l'art-thérapeute	44

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : L'Opération artistique.....	73
Annexe 2 : L'Organigramme de la M.A.S « Les Mélisses ».....	74
Annexe 3 : Les besoins fondamentaux.....	75
Annexe 4 : La fiche d'observation.....	76
Annexe 5 : Les productions artistiques de Mr. R.....	77
Annexe 6 : Le bilan auto-évaluatif art-thérapeutique.....	78
Annexe 7 : Les productions artistiques de Mme. J.....	79
Annexe 8 : Les aires cérébrales auditives.....	80
Annexe 9 : Les aires cérébrales visuelles.....	81
Annexe 10 : La fiche d'informations.....	82

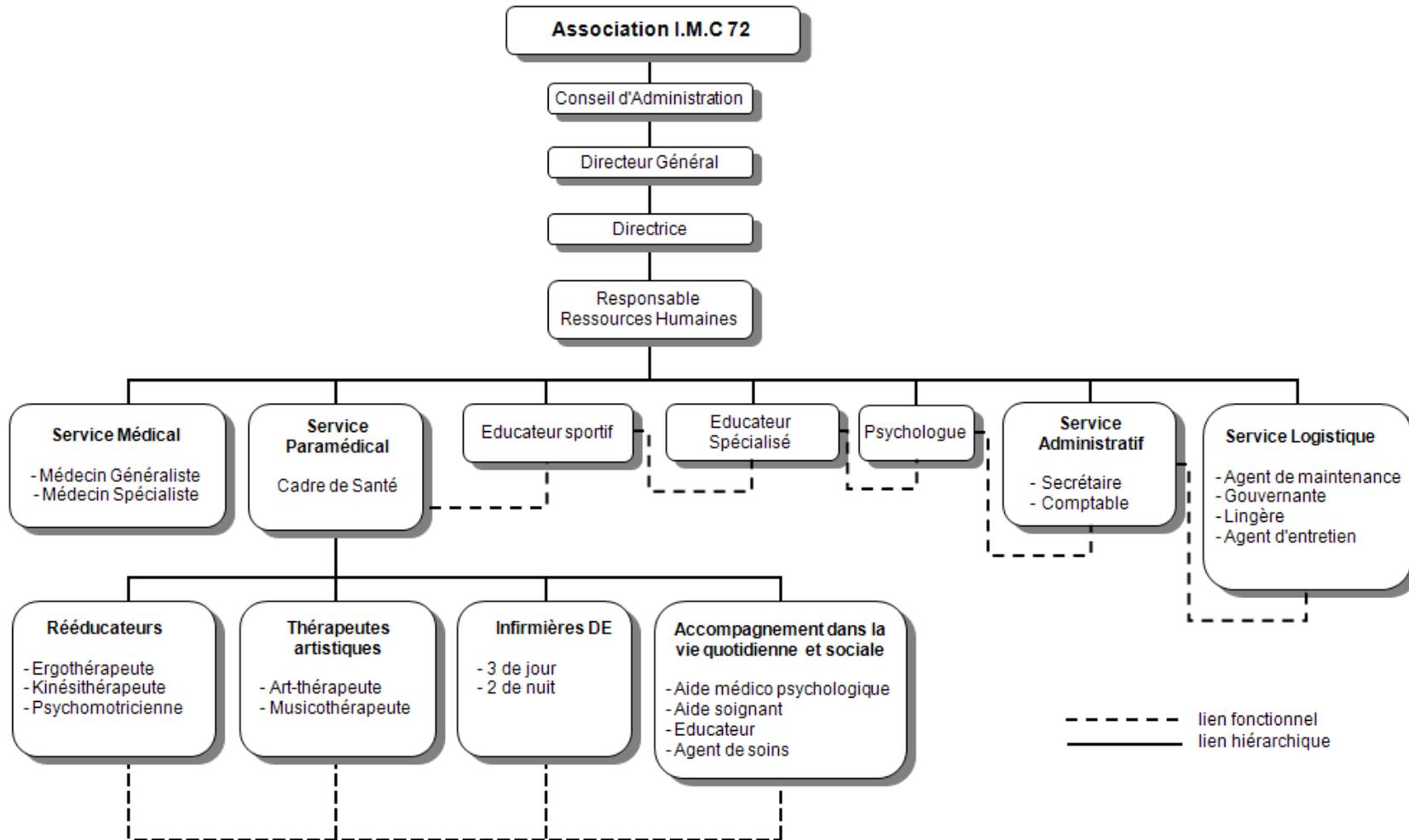
L'opération artistique



- |                                                                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1 chose / rayonnement général                                                                   | 5 ' savoir / impression                      |
| 2 rayonnement / captation esthétique                                                            | 6 savoir / expression : technique artistique |
| 3 individu / personne : traitement archaïque de l'information au niveau du cerveau (neurologie) | 7 production artistique                      |
| 4 instinct / raison : traitement sophistiqué de l'information (psychologie)                     | 8 traitement mondain                         |
| 5 intention / action : élan corporel                                                            | 1' chose / chose de l'Art                    |
|                                                                                                 | 1'' idem                                     |

**Intention** - **Action** - **Production** : Phénomène artistique

## Organigramme de la M.A.S « Les Mélisses »



## Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

**Virginia Henderson (1897-1996) était une infirmière qui a tenté de changer la vision du patient dans sa prise en charge en l'observant dans sa globalité, en tant qu'individu. Elle a établi une liste de 14 besoins fondamentaux définissant l'autonomie des individus sur les plans physiques (8 premiers), psychologiques et sociaux (6 derniers).**

- 1) **Le besoin de respirer** : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- 2) **Le besoin de boire et de manger** : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- 3) **Le besoin d'éliminer** : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- 4) **Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position** : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysologiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- 5) **Le besoin de dormir et de se reposer** : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- 6) **Le besoin de se vêtir et de se dévêtir** : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- 7) **Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal** : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysologiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- 8) **Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments** : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.
- 9) **Le besoin d'éviter les dangers** : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- 10) **Le besoin de communiquer** : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- 11) **Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances** : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- 12) **Le besoin de s'occuper et de se réaliser** : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- 13) **Le besoin de se récréer** : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- 14) **Le besoin d'apprendre** : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

**GENERALITES :**

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de la séance : \_\_\_\_\_  
 Séance n° : .....  individuelle  collective

Objectif global : \_\_\_\_\_  
 Objectif de la séance : \_\_\_\_\_  
 Technique employée : \_\_\_\_\_  
 Phénomène associé : \_\_\_\_\_  
 Exercice proposé : \_\_\_\_\_

.....

Est venu seul :  oui  non  s'est souvenu qu'il avait art-thérapie  
 Humeur du jour :  enthousiasme  bonne humeur  humeur égale  mauvaise humeur  
 Aspect physique : \_\_\_\_\_

**PHENOMENE ARTISTIQUE :**

**INTENTION (IMPLICATION DANS L'ACTIVITE)**

<b>Participation</b>	<b>Intérêt</b>	<b>Volonté</b>
<input type="checkbox"/> Spontanée	<input type="checkbox"/> Enthousiasme	<input type="checkbox"/> Forte
<input type="checkbox"/> Sollicitée	<input type="checkbox"/> Hésitant	<input type="checkbox"/> Moyenne
<input type="checkbox"/> Aucune / refusée	<input type="checkbox"/> Réticent	<input type="checkbox"/> Faible / non perçue

**ACTION (INVESTISSEMENT MENTAL ET CORPOREL)**

<b>Faire/subir</b>	<b>Si aide proposée</b>	<b>Concentration</b>
<input type="checkbox"/> Prises d'initiative	<input type="checkbox"/> Acceptée	<input type="checkbox"/> Grande
<input type="checkbox"/> Respect consignes	<input type="checkbox"/> Hésitant	<input type="checkbox"/> Moyenne
<input type="checkbox"/> Demande aide	<input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> Faible
<input type="checkbox"/> Attente aide		<input type="checkbox"/> Perturbée
<input type="checkbox"/> Passivité		<input type="checkbox"/> Non perçue

**Imagination**

<input type="checkbox"/> Reproduction	<b>Rapport fond/forme</b>	<b>Choix du matériel</b>
<input type="checkbox"/> Adaptation d'un modèle	<input type="checkbox"/> Cohérent	<input type="checkbox"/> Autonome
<input type="checkbox"/> Invention	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Hésitant
	<input type="checkbox"/> Peu cohérent	<input type="checkbox"/> Réticent
		<input type="checkbox"/> Choix avec aide
		<input type="checkbox"/> Sans choix

**Gestes avec outils**

<input type="checkbox"/> Appliqués	<input type="checkbox"/> Confiance en soi
<input type="checkbox"/> Fins	<input type="checkbox"/> Estime de soi
<input type="checkbox"/> Forts	<input type="checkbox"/> Affirmation de soi

**Perfectionnisme**

<input type="checkbox"/> Refait son dessin	<input type="checkbox"/> Gomme	<input type="checkbox"/> Autres
--------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

**PRODUCTION**

<input type="checkbox"/> art I	<input type="checkbox"/> art II
<b>Technique</b>	<b>Emporte sa réalisation</b>
<input type="checkbox"/> Dessin	<input type="checkbox"/> Spontanément
<input type="checkbox"/> Bijoux	<input type="checkbox"/> Pour lui-même
<input type="checkbox"/> Peinture	<input type="checkbox"/> Pour offrir
<input type="checkbox"/> Collage	<input type="checkbox"/> Pour mettre dans sa chambre
<input type="checkbox"/> Pastel	<input type="checkbox"/> L'expose
<input type="checkbox"/> Modelage	<input type="checkbox"/> De façon sollicitée
<input type="checkbox"/> Bricolage	<input type="checkbox"/> La laisse dans la salle
<input type="checkbox"/> Informatique	<input type="checkbox"/> La détruit
<input type="checkbox"/> Photographie	

**Couleurs choisies**

**PHENOMENE ARTISTIQUE (suite) :**

**CAPACITE ESTHETIQUE**

<b>Expression du goût</b>	<b>Plaisir</b>	<b>Rires/Sourires</b>	<b>Autoévaluation</b>
<input type="checkbox"/> Affirmation de son goût	<input type="checkbox"/> Plaisir rayonnant	<input type="checkbox"/> plusieurs	<input type="checkbox"/> Fier
<input type="checkbox"/> Difficulté à assumer son goût	<input type="checkbox"/> Plaisir	<input type="checkbox"/> quelques-uns	<input type="checkbox"/> Satisfait
<input type="checkbox"/> Aucune expression	<input type="checkbox"/> Peu de plaisir	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> Mitigé
	<input type="checkbox"/> Indifférence		<input type="checkbox"/> Indifférence
	<input type="checkbox"/> Déplaisir		<input type="checkbox"/> Dévalorisation

**CAPACITE RELATIONNELLE :**

**EXPRESSION ORALE**

<b>Quantité</b>	<b>Paroles</b>	<input type="checkbox"/> Communication	<b>Relation</b>
<input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Sons	<input type="checkbox"/> Relation	<input type="checkbox"/> Cordialité
<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Gestes	<input type="checkbox"/> Expression	<input type="checkbox"/> Respect
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Mots	<input type="checkbox"/> Codes gestuels	<input type="checkbox"/> Indifférence
	<input type="checkbox"/> Phrase	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Opposition
			<input type="checkbox"/> Agressivité

**IMPLICATION RELATIONNELLE**

**Implication de l'art-thérapeute (méthode)**

<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> Didactique	<input type="checkbox"/> Directif
<input type="checkbox"/> Jeu	<input type="checkbox"/> Révélateur	<input type="checkbox"/> Dirigé
<input type="checkbox"/> Exercice	<input type="checkbox"/> Thérapeutique	<input type="checkbox"/> Semi dirigé
	<input type="checkbox"/> Occupationnel	<input type="checkbox"/> Ouvert
		<input type="checkbox"/> Libre

**Implication du résident avec le groupe (dynamique)**

Echanges <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Implication du résident avec l'art-thérapeute</b>
<input type="checkbox"/> Sourire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Rire	<input type="checkbox"/> Sourire
<input type="checkbox"/> Regard	<input type="checkbox"/> Rire
<input type="checkbox"/> Discussion	<input type="checkbox"/> Regard
	<input type="checkbox"/> Discussion

**BILAN :**

<b>Objectif séance</b>	<b>Projet</b>	<b>Durée du projet</b>
<input type="checkbox"/> Atteint	<input type="checkbox"/> Atteint	<input type="checkbox"/> 1 séance
<input type="checkbox"/> Evolution importante	<input type="checkbox"/> Poursuivi	<input type="checkbox"/> 1 à 5 séances
<input type="checkbox"/> Evolution	<input type="checkbox"/> Modifié	<input type="checkbox"/> 5 à 10 séances
<input type="checkbox"/> Sans évolution	<input type="checkbox"/> Abandonné	<input type="checkbox"/> > 10 séances
<input type="checkbox"/> Régression		

Limites atteintes et modifications à apporter : .....

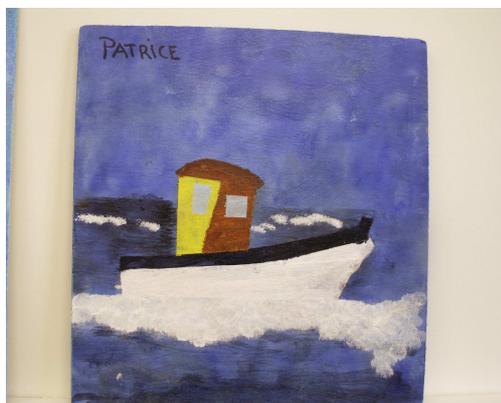
Items particuliers révélés à l'occasion de la séance : .....

Notes diverses : .....

## ANNEXE 5

### Les productions artistiques de Mr. R.

(Avec l'autorisation de Mr. R.)



#### 1<sup>ère</sup> Production

##### **Bateau de pêche**

**Techniques :** peinture  
bateau décalqué sur  
le fond peint + papier adhésif  
pour délimiter les contours

**Support :** bois

**Médium :** peinture acrylique

**Outils :** rouleau, pinceau et petite brosse plate



Essai pour faire les tiges des fleurs

#### 2<sup>ème</sup> Production

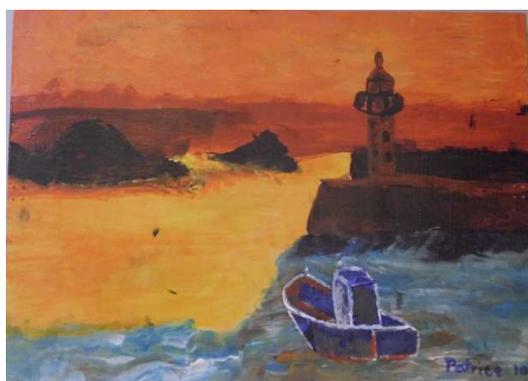
##### **Bouquet de fleurs blanches**

**Technique :** peinture

**Support :** bois

**Médium :** peinture acrylique

**Outils :** rouleau, pinceau, pinceau à  
pochoir



#### 3<sup>ème</sup> Production

##### **Port de pêche**

**Techniques :** peinture  
dessin pré-tracé

**Support :** carton toilé

**Médium :** peinture acrylique

**Outils :** rouleau, pinceau et brosse  
plate

## ANNEXE 6

### Bilan auto évaluatif art-thérapeutique

Réalisé par M/Mme ..... Séance d'art-thérapie du .....  
 Nombre de séances déjà réalisées : ....

---

1/ **J'ai réalisé une production artistique**

Avec (écrire le nom de la technique artistique) : .....  
 .....

---

2/ **Je n'ai pas réalisé de production artistique**

- Mais J'ai parlé .....
  - J'ai regardé .....
  - J'ai écouté .....
  - J'ai bougé .....
  - Cela ne m'intéresse pas .....
- 

#### 3/ Cotation

Le plaisir que j'ai eu est :

**Beau = affirmation de soi**

Aucun

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Beaucoup

Je trouve que cela est fait :

**Bien = confiance en soi**

Très mal

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Très bien

Mon envie de continuer est :

**Bon = estime de soi**

Nulle

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Très forte

---

#### 4/ Conclusion

J'ai eu besoin d'aide pour réaliser ce bilan : Oui   
 Non

J'ai passé un moment

Désagréable

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Très agréable

Avez-vous des commentaires à faire ? .....

## ANNEXE 7

### Les productions artistiques de Mme. J.

(Avec son autorisation)



#### 1<sup>ère</sup> Production

##### **Pas de titre**

**Technique :** collage

**Support :** feuille de papier

**Médium :** morceaux de papier  
prédécoupés couleurs

#### 2<sup>ème</sup> Production

##### **Bateau à voile**

**Technique :** peinture  
                  pochoir adapté

**Support :** bois

**Médium :** peinture acrylique

**Outils :** rouleau, pinceau à pochoir  
          et pinceau avec la licorne



#### 3<sup>ème</sup> Production

##### **La campagne**

**Technique :** peinture et collage (oies  
                  barrières) et pochoir (maison)

**Support :** papier spécial aquarelle

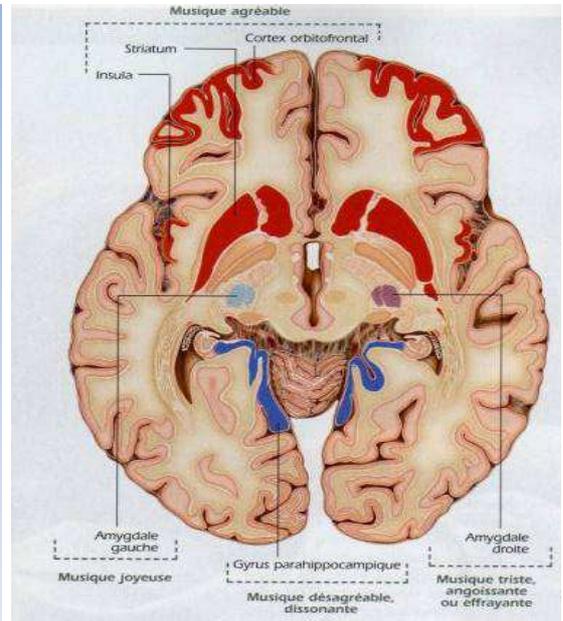
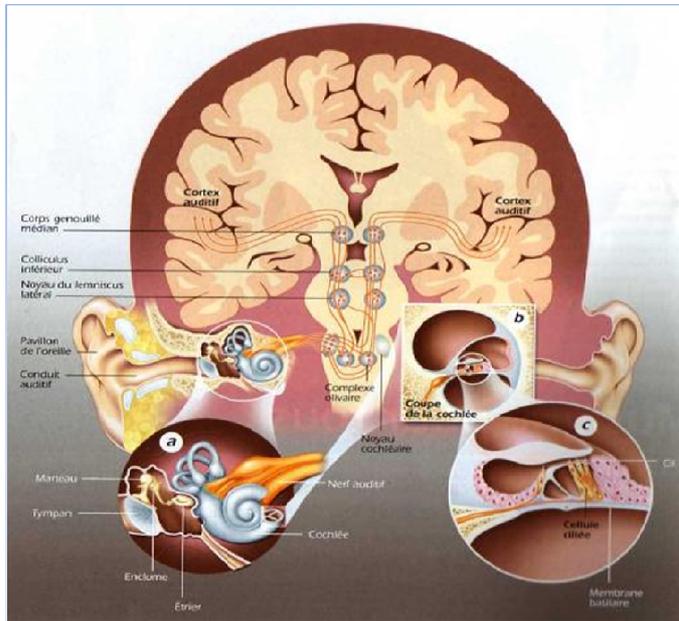
**Médium :** aquarelle

**Outils :** pinceau avec la licorne



## ANNEXES 8

### Les aires cérébrales auditives



Anatomie et physiologie du système auditif

Les zones cérébrales activées suivant les caractères de musique

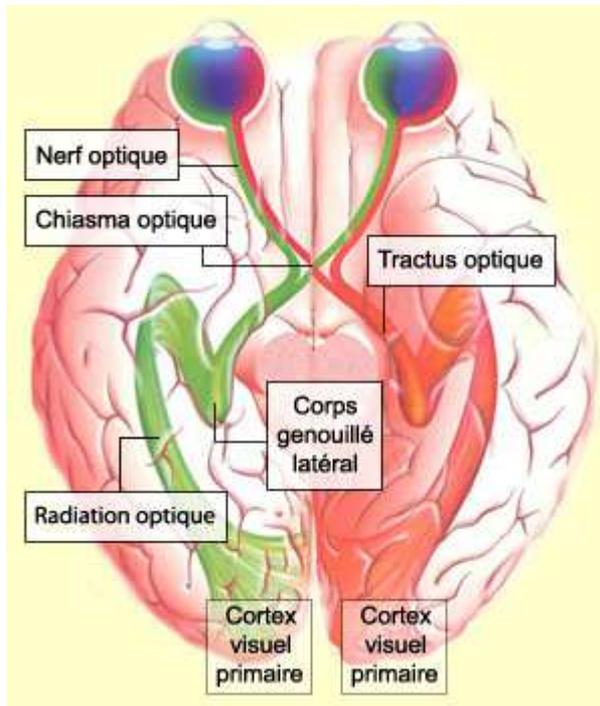
### Le traitement de la musique par le cerveau



**P**lusieurs régions cérébrales participent à la musique. Le son est d'abord traité par les structures de l'oreille et les aires sous-corticales et corticales du système auditif. Puis interviennent différentes parties du cerveau, impliquées dans la mémoire, les émotions, les mouvements ou d'autres modalités sensorielles. Certaines sont communes à la musique et au langage et d'autres seraient spécifiques à la musique. Quelques-unes de ces régions ont été figurées, mais cette liste n'est pas exhaustive.

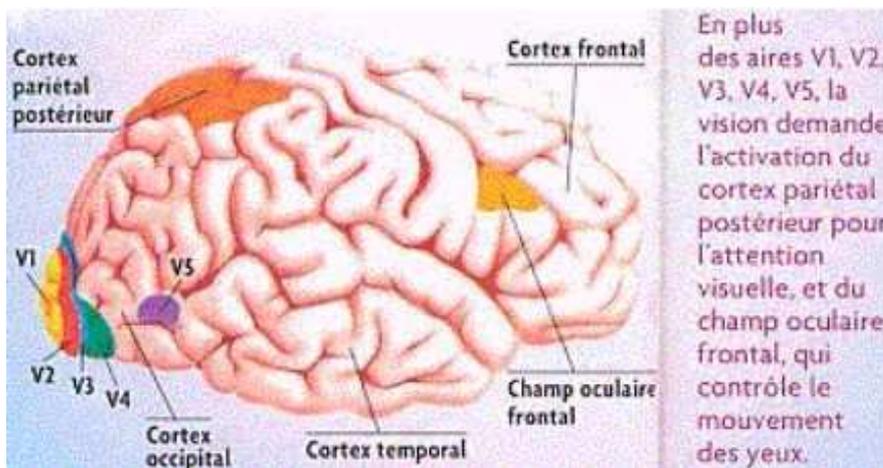


## Les aires cérébrales visuelles



### Hémisphères cérébraux vus de dessous

Chemin des messages visuels jusqu'au cortex visuel qui recompose l'image.



### Les aires corticales spécialisées et hiérarchisées du cortex visuel

- V1 : recueille et analyse les informations des messages visuels puis les distribue aux autres aires.
- V2 : joue un rôle très important dans la perception des contours, des textures et des couleurs.
- V3 : analyse les formes en mouvement et les distances.
- V4 : traite les couleurs et les formes immobiles.
- V5 : joue un rôle dans la perception des mouvements.

## ANNEXE 10

### FICHE D'INFORMATIONS

**NOM /PRENOM :**

Date de naissance :

Date d'entrée :

Nom de l'unité :

<p><b>PSYCHOLOGUE :</b></p> <p>Histoire de vie :</p> <p>Suivi psychologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Suivi psychiatrique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles du comportement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Lesquels :</p> <p>Troubles cognitifs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Lesquels :</p>	<p><b>ERGOTHERAPEUTE :</b></p> <p>Matériel adapté :</p> <p>Outil de communication : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Lesquels :</p> <p>Capacités de préhension :</p> <p>Sensibilité des membres :</p>
<p><b>INFIRMIERES :</b></p> <p>Anamnèse :</p> <p>ATCD Médicaux :</p> <p>ATCD Chirurgicaux :</p> <p>Troubles sensoriels :</p> <p>Traitement :</p> <p>Effets indésirables principaux :</p> <p>Soins quotidiens :</p>	<p><b>PSYCHOMOTRICIENNE :</b></p> <p>Potentiel Moteur :</p> <p style="padding-left: 40px;">Psychoaffectif :</p> <p>Schéma corporel :</p> <p>Latéralité :</p> <p>Tonus :</p> <p>Motricité fine :</p> <p>Repères spatiaux-temporaux :</p>
<p><b>MUSICOTHERAPEUTE :</b></p> <p>Séance</p> <p>Individuelle <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/></p> <p>A des connaissances musicales : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Lesquelles :</p> <p>Exprime ses goûts musicaux : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Lesquels :</p> <p>Communication verbale <input type="checkbox"/></p> <p>Précision :</p> <p>Communication non verbale <input type="checkbox"/></p> <p>Précision :</p>	<p><b>ART-THERAPEUTE :</b></p> <p>Séance</p> <p>Individuelle <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/></p> <p>A déjà exercé une activité artistique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Laquelle :</p> <p>A des connaissances artistiques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Laquelle :</p> <p>Exprime ses goûts artistiques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Lesquels :</p> <p>Couleurs préférées :</p> <p>Techniques souhaitées :</p> <p>A envie de s'investir dans une activité artistique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><b>KINESITHERAPEUTE :</b></p> <p>Force musculaire :</p> <p>Amplitude articulaire :</p> <p>Maintien postural tronc/tête :</p> <p>Coordination des gestes :</p> <p>Sensibilité profonde et superficiel de membres supérieurs :</p>	<p><b>EQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE QUOTIDIENNE, SOCIALE et CULTURELLE</b></p> <p>Communication verbale <input type="checkbox"/></p> <p>Communication non verbale <input type="checkbox"/></p> <p>Personnalité :</p> <p>Fatigabilité :</p> <p>Douloureux :</p> <p>Habitudes du résident :</p> <p>Attente du résident :</p> <p>Autres :</p>

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS  
UFR DE MÉDECINE – TOURS**

**&**

**AFRATAPEM**

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

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire  
d'Art-thérapie  
De la Faculté de Médecine de TOURS**

**Soutenu le :** 26 Octobre 2011

**Par :** PERRUISSEAU-CARRIER Françoise

**Titre :** UN ATELIER D'ART-THERAPIE A DOMINANTE  
ARTS PLASTIQUES AUPRES D'ADULTES  
INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX

**Résumé :** L'art-thérapie est une discipline qui permet à l'être humain de s'épanouir en pratiquant une activité artistique. Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes atteints d'une infirmité motrice cérébrale (I.M.C). Une première partie expose la problématique thérapeutique. La seconde présente deux études de cas. Leur analyse et leur évaluation révèlent que les potentialités artistiques des adultes atteints d'une I.M.C leur permettent d'améliorer leur qualité existentielle. Enfin, la troisième partie soulève la question de la complémentarité de la musicothérapie issue de l'atelier de Bordeaux et de l'art-thérapie issue de l'école de Tours au sein d'une maison d'accueil spécialisée.

**Mots Clefs :** Infirmité Motrice Cérébrale, relation, sensibilité, émotions, art-thérapie, arts plastiques, musique, qualité existentielle, bien-être.

**Summary :** Arts-therapy allows a human being to develop itself through the practice of Arts. This report deals with an experience in Arts-therapy turned towards the plastic Arts, led with adults suffering of cerebral palsy. The therapeutic problematics is introduced in the first part. The studies of two cases are presented in a second part. Their analysis and evaluation reveals that the artistic potentialities of the adults allow them to improve their quality of life. Finally the question of the complementarity between the music-therapy from the workshop of Bordeaux and the Arts-therapy from the school of Tours is discussed within a specialized welcome Home.

**Key words :** cerebral palsy, relation, sensitivity, emotions, Arts-therapy, plastic Arts, music, quality of life, well-being.