

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

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

**Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale
auprès de personnes adultes polyhandicapées**

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

De la faculté de Médecine de TOURS

présenté par Nolwenn Plouzenne

Année 2011

Sous la direction de :
Docteur Sabine Petrilli
Pôle de Médecine Physique
et de Réadaptation Saint-Hélier
54 Rue Saint-Hélier
35000 Rennes

Lieu de stage :
Foyer d'accueil Médicalisé Handas
1, rue Mathurin Méheut
35230 Noyal-Châtillon-Sur-Seiche

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale
auprès de personnes adultes polyhandicapées**

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

De la faculté de Médecine de TOURS

présenté par Nolwenn Plouzenec

Année 2011

Sous la direction de :
Docteur Sabine Petrilli
Pôle de Médecine Physique
et de Réadaptation Saint-Hélier
54 Rue Saint-Hélier
35000 Rennes

Lieu de stage :
Foyer d'accueil Médicalisé Handas
1, rue Mathurin Méheut
35230 Noyal-Châtillon-Sur-Seiche

Remerciements

Je commencerai mon mémoire par des remerciements, à ceux qui ont permis que cette expérience se réalise, et ceux qui ont eu la gentillesse de faire de ce stage un moment profitable et agréable.

Aussi je remercie la directrice, Madame Bébin ainsi que l'adjointe de direction Madame Demay qui ont permis que ce stage se réalise.

Un grand merci à toute l'équipe de l'unité A du foyer sans qui le projet n'aurait pu vivre. Je les remercie pour leurs conseils, leur patience, leur accompagnement et leur bonne humeur. Enfin, je remercie toute l'équipe du foyer qui aura fait de ce stage un moment agréable.

Je réserve également une pensée toute particulière aux résidents du foyer d'accueil médicalisé de Noyal-Châtillon-Sur-Seiche, acteurs principaux des observations présentes dans mon mémoire. Sans eux, cette expérience n'aurait pu naître. Merci pour leur gentillesse, leur accueil et leur accompagnement.

Merci au Docteur Sabine Petrilli pour ses conseils, son accompagnement, son écoute et son soutien.

Merci aux différents intervenants et plus particulièrement à Richard Forestier, Directeur pédagogique du Diplôme Universitaire d'art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours pour la qualité de son enseignement, sa capacité à transmettre ses connaissances et son enthousiasme.

Et, je remercie, ma famille, mes proches et amis de formation pour leur soutien lors de mes moments de doutes.

Plan

Remerciements.....	p.1
Plan.....	p.2
Glossaire médical et paramédical.....	p.8
Glossaire artistique.....	p.10
Glossaire des sigles.....	p.11
Introduction.....	p.12

I. L'ART-THERAPIE A DOMINANTE MUSICALE SEMBLE PARTICULIEREMENT ADAPTEE POUR FAVORISER LA COMMUNICATION ET LA RELATION AVEC DES PERSONNES POLYHANDICAPEES.....p.13

A) Les personnes polyhandicapées peuvent présenter des troubles du langage pouvant être une pénalité de vie.....p.13

1. Le polyhandicap est un handicap grave associant une déficience mentale sévère et une déficience motrice.....p.13
 - a) Le terme polyhandicap est apparu au XXème siècle.....p.13
 - b) Les causes du polyhandicap sont multiples.....p.14
 - c) Les personnes polyhandicapées présentent différentes déficiences et incapacités.....p.14
2. Ces troubles peuvent altérer la qualité de vie de la personne polyhandicapée.....p.15
 - a) L'être humain doit répondre à des besoins fondamentaux afin de maintenir sa bonne santé et son bien-être.....p.15
 - b) Le retard du développement psychomoteur peut rendre la personne dépendante dans les gestes du quotidien, pouvant induire un sentiment de dévalorisation.....p.16
 - c) L'absence de langage verbal associée au retard mental peut altérer la communication.....p.17
 - d) La difficulté à communiquer verbalement associée à une pathologie peut fragiliser et rendre difficile la relation.....p.17
 - e) Ces différents troubles peuvent avoir une incidence sur l'affirmation de soi, la confiance en soi et l'estime de soi.....p.18

B) Il existe plusieurs orientations d'art-thérapie.....p.19

1. Selon le modèle de Tours, l'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.....p.19
2. La psychothérapie à support artistique utilise l'œuvre pour sa signification et son interprétation.....p.19
3. L'Art brut est un Art spontané.....p.19

C) La musique est un Art pouvant être utilisé comme outil d'expression favorisant la communication et la relation.....p.20

1. L'Art est une activité humaine orientée vers un but esthétique.....p.20
 - a) Les pouvoirs de l'Art peuvent provoquer des effets spécifiques sur les êtres humains.....p.20
 - b) L'Art est une activité volontaire dirigée vers l'esthétique.....p.21

2. La musique est une modalité particulière d'expression artistique.....	p.21
a) La musique est l'art d'organiser les sons et les silences au cours du temps et de l'espace.....	p.21
b) En musique, l'expression hors-verbal peut favoriser la communication.....	p.22
c) La pratique de la musique peut faciliter la mise en relation.....	p.22
3. La musique semble induire des effets positifs dans le cadre de soin.....	p.23
D) L'art-thérapie à dominante musicale semble particulièrement adaptée auprès de personne polyhandicapée souffrant de troubles du langage.....	p.23
1. L'écoute musicale peut être utilisée en art-thérapie.....	p.23
a) L'écoute musicale peut favoriser l'expression, la communication et la relation.....	p.23
b) L'écoute de musique peut permettre d'influer l'humeur en générant des émotions....	p.24
2. La pratique des instruments à percussions active la motricité et peut favoriser une gratification sensorielle auprès de personnes polyhandicapées.....	p.24
3. La musique peut favoriser la mémoire et l'attention.....	p.25
Conclusion de la première partie.....	p.26

II. PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE VISANT A FAVORISER LA COMMUNICATION ET LA RELATION AUPRES DES PERSONNES POLYHANDICAPEES SOUFFRANT DE TROUBLES DU LANGAGE.....p.27

A) Le foyer d'accueil médicalisé Handas offre une prise en soin pluridisciplinaire.....p.27

1. L'Association des Paralysés de France a été créée en 1933.....p.27
2. L'Association Handas crée et gère des établissements accueillant des personnes pluri et polyhandicapées.....p.27
3. Le Foyer d'Accueil Médicalisé Handas de Noyal-Châtillon-Sur-Seiche assure avec l'ensemble de ses professionnels une qualité de vie quotidienne de chaque résident..p.27

B) Une prise en soin en art-thérapie a été proposée en collaboration avec l'équipe thérapeutique.....p.28

1. La mise en place des ateliers d'art-thérapie pour les résidents fait partie d'un souhait de l'institution et de l'équipe soignante afin de proposer et d'apporter un soin supplémentaire aux résidents.....p.28
 - a) Une présentation de l'art-thérapie a été proposée à l'équipe de l'unité.....p.28
 - b) Suite à une explication des indications possibles en art-thérapie, l'équipe soignante indique cinq résidents susceptibles d'être intéressés et pour qui cela pourrait être profitable.....p.28
2. Les objectifs en art-thérapie ont été établis grâce aux écrits des projets individuels de chaque résident, à la collaboration de l'équipe et suite aux premières séances d'art-thérapie.....p.29
 - a) Les discussions avec l'équipe médicale et paramédicale de l'unité, l'accès aux dossiers médicaux et aux projets individuels ont permis d'établir l'anamnèse, connaître les capacités, les habitudes et les goûts de chaque résident.....p.29
 - b) Un planning est mis en place pour les séances d'art-thérapie prenant en compte l'emploi du temps de chaque résident.....p.29
 - c) Les ateliers pour les cinq résidents indiqués sont planifiés et ont eu lieu deux fois par semaine en individuel dans leurs studios respectifs.....p.29
3. L'art-thérapeute doit mettre en place une stratégie adaptée et un certain nombre d'outils méthodologiques.....p.30
 - a) L'opération artistique permet d'observer les différents mécanismes impliqués lors d'une activité artistique.....p.30
 - b) Le phénomène artistique est ce qui est observable lors d'une production artistique...p.31
 - c) Une fiche d'observation va être créée et adaptée à chaque résident.....p.32
 - d) L'atelier d'art-thérapie se divise en trois temps : l'avant, pendant et l'après séance....p.32
 - e) Le langage non-verbal et l'expression vocale sont des items d'observations essentiels auprès de personnes polyhandicapées.....p.33

C) L'expérience pratique permet de présenter trois études de cas.....p.33

1. Telma est une jeune femme de 25 ans résidant au FAM depuis l'ouverture en 2005...p.33
 - a) Telma présente une Paralysie Cérébrale Infantile associée à des troubles du comportement qui rendent difficile la communication et la mise en relation.....p.33

b) La stratégie thérapeutique envisagée est de stimuler le champ émotionnel musical de Telma afin qu'elle communique son ressenti. Le cadre thérapeutique souple lui permettrait d'exprimer ses humeurs et de canaliser ses émotions. Des jeux de mouvements en musique et instrumentaux pourraient favoriser la mise en relation.....	p.35
c) 17 séances ont permis d'atteindre certains objectifs thérapeutiques : favoriser sa relation aux autres et une réactivité adaptée aux situations rencontrées.....	p.35
d) Des items en lien avec les capacités relationnelles, d'attention et des modalités d'expression vont permettre d'évaluer la progression de Telma.....	p.38
e) L'évaluation est menée au regard de la comparaison des items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques.....	p.39
f) Un bilan de fin de prise en soin a pu être réalisé au regard du phénomène artistique et des capacités relationnelles.....	p.40
2. Mathilde est une femme de 35 ans résidant au FAM depuis février 2005.....	p.42
a) Mathilde présente une agénésie du corps calleux qui a pour conséquence la difficulté du transfert de l'information entre les deux hémisphères et rend difficile la communication.....	p.42
b) La stratégie thérapeutique envisagée est d'aider Mathilde à canaliser ses mouvements par l'écoute musicale, de l'orienter vers une boucle de renforcement gratifiante afin de mettre en avant une gestuelle volontaire dirigée par la pratique instrumentale. Des jeux sonores pourraient lui permettre de s'inscrire dans l'action et ainsi l'aider à focaliser son attention.....	p.43
c) 16 séances ont permis d'atteindre certains objectifs thérapeutiques : favoriser le bien-être et la détente, mettre en avant ses capacités d'attention et favoriser sa relation aux autres.....	p.44
d) Des items en lien avec les capacités relationnelles, d'attention, de détente et de l'expression du plaisir vont permettre d'évaluer la progression de Mathilde.....	p.46
e) L'évaluation est menée au regard de la comparaison des items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques.....	p.47
f) Un bilan de fin de prise en soin a pu être réalisé au regard du phénomène artistique et des capacités relationnelles.....	p.48
3. Alice est une femme âgée de 52 ans résidant au FAM depuis septembre 2006.....	p.50
a) Alice a une Paralyse Cérébrale Infantile : microcéphalie d'origine congénitale associée à des troubles du comportement qui rendent difficile la relation aux autres.....	p.50
b) La stratégie thérapeutique envisagée consiste à établir une relation de confiance avec Alice par le biais de la présentation et le jeu d'instruments de musique qui attise sa curiosité. Puis, la pratique du dessin pourraient permettre des gratifications sensorielles et stimuler le champ émotionnel afin de favoriser la verbalisation de ses ressentis...	p.51
c) 16 séances ont permis d'atteindre certains objectifs thérapeutiques : favoriser la relation aux personnes qu'elle côtoie moins, stimuler et favoriser l'expression.....	p.52
d) Des items en lien avec les capacités relationnelles, d'attention et des modalités d'expressions vont permettre d'évaluer la progression d'Alice.....	p.54
e) L'évaluation est menée au regard de la comparaison des items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques.....	p.55
f) Un bilan de fin de prise en soin a pu être réalisé au regard du phénomène artistique et des capacités relationnelles.....	p.56
Conclusion de la deuxième partie.....	p.57

III. L'ART-THERAPIE SEMBLE APPORTER UN BENEFICE AUPRES DE PERSONNES POLYHANDICAPEES, CEPENDANT NOUS POUVONS NOUS QUESTIONNER SUR LA POSSIBILITE D'EFFECTUER DES EVALUATIONS OBJECTIVES.....p.58

A. Une évaluation objective en art-thérapie peut être difficile à effectuer auprès de personnes polyhandicapées.....p.58

1. L'évaluation en art-thérapie se base sur trois catégories d'items.....p.58

2. L'art-thérapeute prend en compte dans l'évaluation les capacités et la personnalité de la personne prise en soin.....p.59

3. L'autoévaluation permet d'objectiver la subjectivité du ressenti de la personne prise en soin.....p.59

B. Des outils permettent d'objectiver la subjectivité de personnes présentant des troubles du langage.....p.61

1. Des outils objectifs permettent d'évaluer les effets de la musique.....p.61

2. L'hétéro-évaluation est utilisée auprès de personnes dont l'autoévaluation n'est pas possible.....p.61

3. Des outils adaptés aux personnes polyhandicapées permettent d'évaluer leurs moyens de communication et leur qualité de vie.....p.62

C. L'art-thérapeute peut s'inspirer de certaines échelles d'évaluations existantes utilisées auprès de personnes polyhandicapées.....p.62

1. La pluridisciplinarité et la transdisciplinarité permettent une mise en commun des éléments évaluatifs afin d'élaborer une meilleure prise en soin de la personne polyhandicapée.....p.62

2. L'art-thérapeute peut s'inspirer d'outils d'évaluation spécifiques au public polyhandicapé, tout en prenant en compte certaines limites.....p.63

D. Un tableau de synthèse nous permet de récapituler les points importants...p.64

Conclusion de la troisième partie.....p.64

Conclusion générale.....p.65

Références bibliographiques.....p.66

Annexes.....p.68

Glossaire

Les glossaires comprennent des abréviations et des définitions. Elles sont ci-après classées par ordre alphabétique et sont indiquées dans le texte au moyen de signe :

- * glossaire médical et paramédicale
- ** glossaire artistique
- *** glossaire des sigles

Les définitions sont issues de :

- ⤴ *Dictionnaire de la langue française : Langue, encyclopédie, noms propres*, édition Hachette, Paris, 1990
- ⤴ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 6ème édition, Paris, 2009
- ⤴ MORFAUX L.-M., *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, édition Armand Colin, 13ème tirage, Paris, 1991.
- ⤴ PLATZER F., *Abrégé de musique*, édition ellipses, Paris, 1999.
- ⤴ VIGNAL M. (Dir.), *Dictionnaire de la musique*, édition Larousse, Paris, 2001.

Certaines notions d'art-thérapie sont issues des cours de première année d'enseignement en art-thérapie (ISA – AFRATAPEM de Tours) et des cours de seconde année (DU d'art-thérapie de l'Université François Rabelais de Tours).

Glossaire médical et paramédical

ABSTRACTION : (du latin *abstrahere*, tirer de, séparer de) Opération de l'esprit qui isole, pour la considérer à part, un élément d'une représentation qui n'est pas ni ne peut être donné séparément dans la réalité.

AGENESIE : Arrêt partiel du développement d'un organe ou d'un membre pendant la vie intra-utérine, entraînant ultérieurement une atrophie.

APRAXIE : Trouble de l'activité motrice volontaire, indépendant de toute paralysie, pouvant aller jusqu'à l'incapacité d'exécuter correctement au commandement des actes habituels.

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

AUTONOMIE : (du grec *autonomos*, qui se régit par ses propres lois) État de celui qui peut se gouverner par soi-même et qui peut faire des choix et des actions lui permettant de s'épanouir. Chez Kant, caractère de la volonté pure qui ne se détermine qu'en vertu de sa propre loi, laquelle est de se conformer au devoir édicté par la raison pratique et non par intérêt externe.

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

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

CORPS CALLEUX : Bande de substance blanche unissant les deux hémisphères cérébraux et formant la base du sillon interhémisphérique.

DEPENDANCE : État d'une personne qui dépend d'une autre, ne pas pouvoir faire par soi-même.

DYSTONIE : Perturbation du tonus musculaire ou du tonus nerveux.

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

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

HYPOTROPHIE : Développement insuffisant du corps ou d'un organe.

IMAGINATION : (du latin *imaginatio*, image) Faculté d'élaborer des images à partir d'actes antérieurs de perception.

INDEX BISPECTRAL : C'est un appareil qui estime le niveau de veille ou de sommeil du patient, il permet de mesurer le niveau de sédation en analysant les effets des agents hypnotiques sur le cerveau. Il permet d'évaluer la profondeur de l'anesthésie.

INTENTION : (du latin *intentio*, action de tendre, tensio, vers, in, de intendere, tendre vers, au sens de l'exécution effective du mouvement) Résolution par laquelle l'agent veut réaliser un projet.

LANGAGE HORS-VERBAL : Système de signes faisant appel au médium artistique pour permettre la communication.

LANGAGE NON-VERBAL : Système de signes qui ne fait pas appel au vocabulaire et qui permet la communication.

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

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

ONTOLOGIE : (du latin *ontologia*, *ontos*, l'être, et de *logos*, science) Terme désignant la partie centrale de la philosophie qui étudie « l'être en tant qu'être », c'est-à-dire indépendamment de ses déterminations particulières et dans ce qui constitue son intelligibilité propre.

PARALYSIE CEREBRALE INFANTILE : La paralysie cérébrale regroupe différentes pathologies du mouvement et de la posture responsables de limitations d'activité. Elle est due à une atteinte non évolutive survenue lors du développement du cerveau du fœtus ou de l'enfant. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés d'atteintes sensitives, sensorielles, de la communication, des

préhensions et/ou du comportement¹.

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

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

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

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

QUALITE DE VIE : Perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. (Définition de l'OMS, 1993).

RELATION : (du latin *relatio*, dérivé de *relatus*, participe passé de *referre*, reporter une chose sur une autre) C'est être l'un avec l'autre. « La relation [...] est une mise en commun du sens.² »

RESSENTI CORPOREL : Il permet l'auto-régulation motrice et produit des sensations de nature à déterminer l'esthétique comme science du Beau.

SAVEUR EXISTENTIELLE : Sensation agréable qui donne le goût de vivre.

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

SENTIMENT : (dérivé de *sentire*, percevoir par les sens, sentir, ressentir) État affectif ou tendance affective en général s'appliquant au plaisir et à la douleur, à l'émotion, à la joie, à la sympathie et à l'antipathie, etc.

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

SOIN DE SUPPORT : Ensemble de soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologique spécifiques lorsqu'il y en a. (mesure 42 du plan cancer 2009-2013)

SOMESTHESIQUE : Capacité du corps à percevoir les sensations tactiles, thermiques, nociceptives et proprioceptives.

SPASTICITE : Exagération du réflexe myotatique extrêmement fréquente dans le cadre des atteintes neuro centrale responsable d'une hypertonie et, ou du spasme.

STEREOTYPIE : Exagération de l'automatisme, tendance à répéter les mêmes paroles ou les mêmes attitudes.

STRUCTURE CORPORELLE : C'est l'organisation des segments corporels (bras, avant-bras, main, doigt, etc.) en vue d'une activité. (...) La structure corporelle produit une représentation schématique du corps.

SYMBOLISME : Système de symboles destiné à rappeler des faits ou à exprimer des croyances. Les symboles étant des représentations figurées, imagées, concrètes d'une notion abstraite.

SYNDROME PYRAMIDAL : C'est une interruption partielle ou complète du faisceau pyramidal qui est le support anatomique de la motricité volontaire. [...] Il associe une hypertonie et un déficit de la commande volontaire³.

¹ Traduction de la définition proposée par BAX M. et all en 2005 in Dev Med Child Neurol

² FORESTIER R., *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, édition SeeYouSoon, Paris, 2006, p.37

³ MOLINIER A., MASSOL J., *Pathologie médicale et pratique infirmière*, volume 3, édition Lamarre, Rueil-Malmaison, 2008, p.171

Glossaire artistique

ART : Acte humain volontaire dirigé vers l'esthétique.

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

BIEN : Champ de la technique et du savoir-faire.

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

CATHARSIS : (terme grec, purification, purgation) Chez Aristote, par analogie avec les cérémonies initiatiques de purification dans les mystères d'Eleusis, purgation des passions opérée par le moyen de l'art, notamment par la tragédie, qui leur fournit un objet fictif de décharge.

CONTEMPLATION : (du latin *contemplatio* ; le *templum* était l'espace du ciel dans lequel les augures observaient les présages ; d'où action de regarder attentivement) Attitude désintéressée du spectateur ou de l'auditeur, notamment d'une œuvre d'art, captivé par un sentiment esthétique.

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

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

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

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

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

HEURISTIQUE : (du grec *heuriskein*, trouver, de *heuris*, bon nez, flair) Qui se rapporte à la découverte.

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

INSTRUMENT A PERCUSSION : Instruments qui résonnent sous l'effet d'un choc. Nombre d'entre eux étant des corps sonores naturels à peine modifiés, on peut en déduire que les instruments à percussion sont les plus anciens de tous.

INTENSITE : C'est la caractéristique du son relative à sa puissance sonore, à son volume. Les physiciens utilisent le bel et surtout le décibel (dB) qui sont des unités relatives de comparaison d'intensité entre deux sons.

MIMESIS : Ce sont les arts d'imitation.

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

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

PHENOMENE ARTISTIQUE : C'est ce qui est observable lors d'une réalisation artistique.

PULSATION : La pulsation est l'ensemble des repères temporels périodiques (donc réguliers) qui servent d'appui à l'organisation de la durée des notes tout au long d'une partie ou d'un morceau entier.

RYTHME : (du grec *rhythmos*, dérivé de *rhéo* : couler) Ordonnance des sons dans le temps selon des proportions accessibles à la perception, fondées sur la succession de leurs durées et l'alternance de leurs points d'appui.

STYLE : (du latin *stilus*, écrit) Façon personnelle d'exprimer sa pensée, ses émotions, ses sentiments.

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

TEMPO : C'est la fréquence de la pulsation, autrement dit le nombre de pulsations par minute. Ceci définit en fait la vitesse réelle du morceau, plus que les durées inscrites des notes.

TIMBRE : Le timbre, souvent associé à l'identification de l'émetteur du son (timbre d'un chanteur, d'un violon, etc.) est le résultat de diverses composantes dont la principale (mais non pas la seule) est la manière dont se superposent au son principal les divers harmoniques qui l'accompagnent.

Glossaire des sigles

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

APF : Association des Paralysés de France

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CDES : Commission Départementale de l'Éducation Spécialisée

CTNERHI : Centre Technique National Études et Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

COTOREP : Commission Technique d'Orientaion et de Reclassement Professionnel

EDAAP : Expression de la Douleur chez l'Adolescent ou Adulte Polyhandicapé

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HANDAS : Contraction des termes HANDicaps et Associés

ISA : Intervenant Spécialisé en Art-thérapie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCI : Paralysie Cérébrale Infantile

UNAPEI : Union Nationale des Associations des Parents d'Enfants Inadaptés

Introduction

Nous souhaitons par ce mémoire relater nos expériences de prise en soin en art-thérapie au Foyer d'Accueil Médicalisé de Noyal-Châtillon-Sur-Seiche (35) auprès de personnes polyhandicapées. Ce mémoire représente à la fois la finalité de notre cursus scolaire mais également le point de départ de notre pratique professionnelle.

Suite à notre parcours scolaire, personnel et professionnel, nous avons souhaité intégrer la formation proposée par l'AFRATAPEM*** (ISA***) suivi de la deuxième année à la faculté de médecine de Tours (DU d'art-thérapie). Le métier d'art-thérapeute permet de mobiliser à la fois nos compétences artistiques (développées entre autre lors d'une Licence en faculté de musicologie, et au conservatoire) et nos savoirs en pédagogie (acquis lors d'un Master en Sciences de l'éducation). Ce métier exploite le pouvoir de l'Art dans un cadre thérapeutique ayant pour objectif un mieux-être et une amélioration de la qualité de vie* de personnes en souffrance. Cette discipline concrétise notre désir d'exercer un métier à visée humanitaire.

L'enseignement de l'AFRATAPEM et de la faculté de Médecine de Tours a tout d'abord été une véritable expérience humaine et enrichissante par les rencontres que ce soit avec les intervenants ou les amis d'étude. Cette formation nous a fait connaître, apprendre et comprendre les fondements que ce soit théoriques ou pratiques du métier d'art-thérapeute, afin de les mettre au service du patient durant les stages. Ces temps nous ont permis de nous les approprier et de les adapter selon les situations rencontrées.

Notre stage s'est déroulé du 7 mars au 9 juin 2011. Nous avons été accueillis durant cette période par l'équipe de l'unité A. Ce domaine nous intéressait d'autant plus que nous ne connaissions ni le secteur ni la population. Cette démarche nous permettait de connaître mais aussi comprendre, tant d'un point de vue théorique que pratique, diverses pathologies ainsi que la prise en soin de ces personnes. Nous travaillons depuis plusieurs années en tant qu'animatrice auprès de différents publics : personnes vieillissantes atteintes ou non de pathologies, et plus récemment auprès de personnes accueillies au Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation. Lorsque le langage verbal est lésé, nous pouvons remarquer la difficulté à communiquer et à être parfois en relation. Les personnes polyhandicapées que nous avons pu suivre en séance d'art-thérapie présentaient des troubles du langage verbal associés à une pathologie. Nous avons pu observer une souffrance chez certaines de ces personnes par le fait de ne pas réussir à s'exprimer, à communiquer, à se faire comprendre et à être en relation. Cela peut provoquer en conséquence des « crises » pouvant aller jusqu'à l'automutilation.

La première partie de ce mémoire décrit le polyhandicap et ce qu'il peut engendrer. Il s'ensuit une description des concepts d'Art et une interrogation sur l'intérêt d'utiliser plus particulièrement la musique auprès de personnes polyhandicapées présentant des troubles du langage verbal. Une présentation des différents courants d'art-thérapie et plus particulièrement le modèle de l'AFRATAPEM enseigné à la faculté de médecine de Tours sera exposé. La seconde partie de ce mémoire présente l'institution d'accueil durant ce stage. Trois études de cas ont été menées au sein de l'unité A au moyen d'un protocole adapté aux conditions de prise en soin. Les observations et évaluations proposées au cours des séances ont abouti à une analyse, au regard de l'opération artistique, du phénomène artistique, ainsi qu'au regard des projets individuels de chaque résident. En troisième partie, nous proposons une analyse critique de la pratique. Suite à l'analyse des prises en soins, des choix, des stratégies utilisées, des difficultés rencontrées lors du stage, plusieurs questionnements se sont posés quant à la possibilité d'effectuer des évaluations objectives auprès des personnes polyhandicapées.

I. L'ART-THERAPIE A DOMINANTE MUSICALE SEMBLE PARTICULIEREMENT ADAPTEE POUR FAVORISER LA COMMUNICATION* ET LA RELATION* AVEC DES PERSONNES POLYHANDICAPEES.

A) Les personnes polyhandicapées peuvent présenter des troubles du langage pouvant être une pénalité* de vie.

1. Le polyhandicap est un handicap grave associant une déficience mentale sévère et une déficience motrice.

a) Le terme polyhandicap est apparu au XXème siècle.

Le terme « polyhandicap » est apparu pour la première fois officiellement en avril 1969 avec la parution d'un article d'Elisabeth ZUCMAN dans la revue n° 159 *Réadaptation* intitulée « La guidance parentale ». L'émergence de ce terme en 1969 ne constituait pas encore à proprement parler d'une définition. La naissance du mot « polyhandicap » obéissait à la nécessité « pratique » et à un impératif « éthique ».

Ainsi, il faut attendre 1985 pour voir apparaître une première définition avec le rapport édité par le CTNERHI*** intitulé « les enfants porteurs de handicaps associés : les multihandicapés ». Il propose une classification des multihandicaps, terme qui englobe le plurihandicap, le polyhandicap et le surhandicap. Elle permet de distinguer les différents handicaps et ainsi adapter une prise en soin et une prévention spécifique à chacun. La définition est la suivante : « handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère ». Cette définition a été retenue également par UNAPEI***, puis reconnu par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale dans sa circulaire N°86-13 du 06/03/1986.

Nous assistons en 1989 à une refonte des Annexes XXIV par décret du 29 octobre 1989 et de la circulaire d'application. Elle crée des conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins. Ces conditions sont regroupées dans l'annexe XXIV ter. La personne polyhandicapée est atteinte d'un « handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations⁴ »

En 2001, le Docteur Anne-Marie Boutin propose une modification de cette définition en y intégrant la notion d'évolutivité du handicap tout au long de la vie d'une personne polyhandicapée.

Le polyhandicap est une atteinte cérébrale précoce et grave, laquelle entraîne une lésion cérébrale étendue qui provoque une polydéficience. Ces différentes atteintes viennent altérer gravement le développement physique et psychique de la personne. Cette atteinte peut être détectée au stade fœtal ou dès la naissance lorsqu'il s'agit d'une polymalformation. Elle peut également être visible plus tardivement par des troubles secondaires. Enfin, cette atteinte peut être dégénérative avec un processus d'involution plus ou moins rapide.

⁴ Annexe XXIV ter au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989
http://dcalin.fr/textoff/annexe24ter_technique_polyhandicaps.html

b) Les causes du polyhandicap sont multiples.

Les études divergent quant aux causes possibles du polyhandicap. Nous pouvons toutefois remarquer que les causes du polyhandicap sont dues principalement à une atteinte primaire et massive du système nerveux central. Cette atteinte cérébrale grave précoce peut toucher plusieurs domaines de l'activité neurologique telles : l'intelligence, la motricité, la sensorialité.

Serge Dalla Piazza et Bénédicte Godfroid⁵ ont effectué un tableau récapitulatif (Annexe n°1) en se basant sur plusieurs études des facteurs de risques pouvant engendrer un polyhandicap. Nous remarquons que les causes du polyhandicap sont majoritairement congénitales, et apparaissent dans les premières années de vie de l'enfant.

c) Les personnes polyhandicapées présentent différentes déficiences et incapacités.

Le caractère précoce de la lésion cérébrale explique que le développement physique et psychique des personnes polyhandicapées soit sévèrement altéré. En effet, elle est à l'origine de l'altération sévère des fonctions mentales, motrices, sensorielles et fréquemment d'une épilepsie qui retentissent sur leur bien-être physique et psychique. Les personnes polyhandicapées peuvent être atteintes d'une déficience intellectuelle sévère (un QI de 20-25 à 35-40), voire d'une déficience profonde (QI inférieur à 20-25) associée à une déficience motrice. La déficience intellectuelle peut entraîner une difficulté à se situer dans le temps et l'espace, une fragilité des acquisitions mnésiques, un accès au symbolisme* très restreint et des capacités de raisonnement limitées. La plupart des personnes polyhandicapées n'ont pas ou peu accès au langage verbal. Cependant, chaque personne polyhandicapée a des capacités d'expression* qui lui appartiennent, ce qui nécessite une observation fine afin de les mettre en évidence. Ces personnes expriment leurs émotions* et leurs besoins principalement par le langage non-verbal* (attitudes corporelles, comportements, expression du visage...) et l'expression vocale (vocalises, cris...). De plus, ces personnes peuvent également présenter des troubles du comportement (replis psychotiques, automutilation...) qui peuvent fragiliser la communication et la mise en relation.

Sur le plan moteur, les personnes polyhandicapées ont une réduction des capacités pour agir sur leur environnement physique. La gravité de la déficience motrice varie selon les personnes. Ces dernières peuvent présenter des agénésies* d'un membre, des malformations congénitales ou acquises, des apraxies*, des paralysies, des dystonies*, des spasticités*, des hypotrophies* provoquant une forte réduction de l'autonomie*.

Ces différentes déficiences peuvent engendrer des troubles associés au polyhandicap tels :

- Les troubles sensoriels sont fréquents, cependant ils ne sont pas faciles à évaluer du fait des autres déficiences. Il s'agit essentiellement de troubles de la vision et de l'audition. Ces troubles ont une incidence sur leur communication avec leur entourage et sur leur vie relationnelle.
- Les problèmes respiratoires dus par exemple à un encombrement pulmonaire chronique pouvant entraîner une surinfection puis une insuffisance respiratoire.
- Les troubles alimentaires peuvent rendre les temps des repas complexes. En effet, l'ingestion est souvent difficile. Les personnes polyhandicapées peuvent avoir des problèmes de dentition, des difficultés à déglutir qui peuvent provoquer des fausses-routes.
- Les troubles digestifs peuvent être la source de douleurs importantes dues à des difficultés à

⁵ DALLA PIAZZA S., GODFROID B., 2004, *La personne polyhandicapée: Son évaluation et son suivi*, édition De Boeck, p. 24

l'évacuation gastrique mais également à un reflux gastro-oesophagien pouvant provoquer des œsophagites.

- Les troubles de l'élimination tels les problèmes de constipation sont des troubles majeurs et récurrents très problématiques au quotidien pour ces personnes.
- Les problèmes orthopédiques sont dus aux lésions cérébrales. Nous pouvons observer des scolioses, des luxations de la hanche, des déviations de la colonne vertébrale...
- Les troubles du sommeil sont également fréquents. Ils sont liés aux douleurs, à l'inconfort pouvant être ressenti par ces personnes, à l'épilepsie, à l'anxiété ainsi qu'à la désorientation temporo-spatiale...
- Les complications cutanées dues à l'alitement, la mobilité réduite et les postures assises pouvant provoquer des escarres. Il est donc essentiel d'adapter le changement de position régulièrement et de les installer sur des supports ergonomiques.
- L'épilepsie est présente chez beaucoup de personnes polyhandicapées. Elle n'est pas toujours bien maîtrisée par les traitements et peut être grave chez les patients qui marchent car elle peut être à l'origine de traumatismes et de fractures diverses.

L'inconfort et la douleur peuvent être constants du fait des différents troubles cités ci-dessus. La personne polyhandicapée est exposée à la douleur de façon chronique. Il est essentiel de connaître les modes d'expression de la douleur de chaque personne polyhandicapée afin de pouvoir assurer au mieux son confort. Il faut se montrer attentif aux pleurs, aux mimiques, aux gémissements, aux gestes, aux comportements.... Ces différents troubles ont pour conséquence la restriction de leur autonomie qui engendre de multiples besoins. En effet, chaque geste du quotidien requiert une assistance : se lever, se laver, s'habiller, se déplacer, manger, participer à une activité... d'où l'importance pour les professionnels de tenir compte au maximum des affects, des choix, des goûts** de chaque personne polyhandicapée.

2. Ces troubles peuvent altérer la qualité de vie de la personne polyhandicapée.

- a) L'être humain doit répondre à des besoins fondamentaux afin de maintenir sa bonne santé et son bien-être

Selon l'OMS***, la bonne « santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁶ ». Ainsi, nous remarquons que l'état de santé se base sur des connaissances scientifiques, des normes culturelles et le ressenti de bien-être qui est propre à chacun. En effet, le bien-être est un ressenti personnel qui est donc subjectif. Tout cela implique qu'il existe des besoins chez l'être humain.

Plusieurs théories posent la question des besoins fondamentaux pour l'être humain. En effet, nous commencerons par la pyramide des besoins du psychologue Abraham Maslow (Annexe n°2) qui identifie cinq besoins pour l'homme. Lorsque les besoins élémentaires (physiologiques et de sécurité) sont satisfaits, la personne cherche ensuite à satisfaire les autres besoins d'ordre supérieur (appartenance, estime et de s'accomplir) de façon à alimenter sans cesse les motivations. Un besoin d'ordre supérieur ne peut être satisfait que si les précédents le sont. Virginia Henderson, infirmière, a décrit et classé quatorze besoins fondamentaux (Annexe n°3). Nous remarquons que la satisfaction de ces besoins peut être hautement altérée par les handicaps liés aux lésions cérébrales.

⁶ Site de l'OMS : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

- b) Le retard du développement psychomoteur peut rendre la personne dépendante dans les gestes du quotidien, pouvant induire un sentiment de dévalorisation.

Le développement psychomoteur est l'ensemble des progrès réalisés par l'enfant tant sur le plan psychique (intelligence, langage et affectivité) que sur le plan neuromusculaire (mouvement moteur et des membres, développement sensoriel...). Nous remarquons que les aspects corporels et psychiques sont indissociables. Ce développement implique le parallélisme et la concomitance de ces deux aspects tout au long du développement de l'enfant. Nous pouvons distinguer quatre domaines d'acquisitions : le développement sensoriel, le développement moteur, le développement psycho-affectif et le développement cognitif.

Le développement sensoriel implique le bon développement des différents sens : l'audition, l'olfaction, le goût, la vision et le toucher.

Le développement moteur consiste à la prise de contrôle progressive par l'enfant de son système musculaire au fur et à mesure de la disparition de la motricité primaire (réflexes archaïques), de la maturation du système nerveux central, de la progression de son éveil, et de la répétition de ses expériences motrices. Ce développement moteur est indissociable du développement sensoriel avec lequel il fonctionne en interaction permanente. Cela intègre le développement des capacités posturales et de préhension.

Le développement psycho-affectif englobe les différentes étapes par lesquelles un enfant doit passer afin de faciliter la séparation avec la mère et/ou le père. Dans l'approche psychanalytique, nous pouvons distinguer cinq stades : oral, anal, phallique, de latence et génital.

Le développement cognitif intègre plusieurs notions tel : le développement de l'intelligence et également celui du langage verbal et de l'expression corporelle. Nous pouvons faire appel aux théories cognitivistes dont celles de Piaget qui définit la construction de l'intelligence en quatre périodes : la période sensori-motrice, pré-opératoire, des opérations concrètes et la période de fonctionnement optimal de l'intelligence. Le développement du langage et de l'expression corporelle sont sous-tendus par le développement intellectuel et psycho-affectif. Au fur et à mesure que le nourrisson grandit, différents « niveaux de langage » se succèdent et se combinent. Puis, il s'ensuit des apprentissages sensori-moteurs et sociaux.

Nous pouvons remarquer un retard de ce développement psychomoteur chez les personnes polyhandicapées. Le retard est propre à chacun et se caractérise différemment d'une personne à une autre. L'altérité de ce développement a un retentissement sur la personne polyhandicapée par son manque d'autonomie. En effet, le handicap moteur et mental sévère peut générer une dépendance* importante. Comme nous l'avons dit précédemment, chaque geste du quotidien requiert une assistance. Ces personnes sont souvent appareillées (fauteuil roulant, attelle, corset...) ce qui peut rendre leur déplacement difficile ou impossible sans l'aide d'un tiers. Les personnes polyhandicapées peuvent présenter une altération ou une absence du langage verbal rendant difficile l'expression de leurs envies, leurs affects... Leur champ d'action peut être très restreint d'où l'importance pour les professionnels de tenir compte au maximum des goûts, des affects, des choix et de la santé de chaque résident quant aux propositions offertes. Ce manque d'autonomie et cette dépendance peuvent avoir comme conséquence un sentiment* de dévalorisation pour la personne polyhandicapée. Les ateliers d'art-thérapie peuvent palier à cette difficulté d'autonomie en proposant des activités adaptées à chaque résident lui permettant d'être acteur au maximum. Le but est de ne pas être dans une position de faire faire mais bien de faire avec, de faire ensemble.

- c) L'absence de langage verbal associée au retard mental peut altérer la communication.

La déficience intellectuelle peut entraîner une difficulté à se situer dans le temps et l'espace, une fragilité des acquisitions mnésiques, un accès au symbolisme très restreint et des capacités de raisonnement limitées. La plupart des personnes polyhandicapées n'ont pas ou peu accès au langage verbal. Lorsqu'il apparaît une défaillance d'un des mécanismes du langage associé au retard mental, cela peut entraîner une difficulté à communiquer.

La communication désigne une transmission d'informations ou de signaux. C'est un acte intentionnel où un émetteur échange avec un ou plusieurs récepteurs. La communication peut être verbale ou non-verbale. Une communication verbale est faite de signes linguistiques tels : l'écriture, la langue des signes, la voix. Celle non-verbale est une communication basée sur la compréhension non implicite de signes non exprimés par un langage : l'Art, la kinesthésie, les couleurs... Nous pouvons remarquer que s'il y a communication, c'est qu'il y a expression par le biais du langage verbal ou non-verbal* voire hors-verbal* que nous développerons ultérieurement.

Les personnes polyhandicapées s'expriment principalement par le biais d'un langage non-verbal qui leur est propre et que leur entourage doit découvrir. Le point essentiel est l'acquisition d'un moyen, verbal ou non-verbal, de signifier le oui et le non. A partir de ce point, grâce au jeu des questions-réponses, la personne polyhandicapée peut exprimer sa volonté, ses désirs, ses craintes. Des supports à la communication peuvent être exploités avec certaines personnes n'ayant pas ou peu accès au langage verbal mais ayant une certaine capacité de compréhension tels : les pictogrammes, les supports informatiques telles les synthèses vocales...

Mais lorsqu'une personne n'a pas accès au langage verbal et présente un retard mental important, comment pouvons-nous communiquer avec elle ? L'art-thérapeute doit se baser sur d'autres modes de communication. Le langage non-verbal devient le principal vecteur de communication. La communication non-verbale désigne tout mode de communication n'ayant aucun recours au verbe, au langage verbal. Constantino LANDOLO et Martine VITALI⁷ proposent une classification des signaux non-verbaux (Annexe n°4) que nous pouvons dès lors observer tels : les contacts physiques, les postures, les expressions du visage, les gestes, le regard... Quant à l'évaluation du ressenti de la personne, il semble plus aisé de l'évaluer lorsque la personne peut verbaliser. L'art-thérapeute doit être prudent et rester conscient de la subjectivité que peut engendrer la communication non-verbal. Il est essentiel de faire attention à ne pas interpréter ce que nous observons. C'est pour cela qu'il est intéressant de connaître au mieux les différentes « palettes d'expression » des personnes prises en soin en atelier d'art-thérapie. Le savoir-faire, la connaissance que les professionnels acquièrent peu à peu de chacun des résidents permet d'établir une communication non-verbale, instinctive, intuitive, souvent étayée par le savoir-faire des parents.

- d) La difficulté à communiquer verbalement associée à une pathologie peut fragiliser et rendre difficile la relation.

Comme nous avons pu l'expliquer précédemment, il est possible de communiquer même en l'absence de langage verbal par le biais de modes différents. Nous remarquons qu'il peut y avoir un lien étroit entre la communication et la relation même si elles sont à distinguer. L'idée de la relation est d'être l'un avec l'autre. Pour qu'il y ait relation, il n'est pas obligatoire qu'il y ait communication. Certaines personnes polyhandicapées peuvent présenter des troubles associés que l'on a exposé

⁷ LANDOLO C., VITALI M., *Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication*, édition Elsevier Masson, Paris, 2007, p.40

précédemment, mais elles peuvent également avoir des troubles sévères de la relation qui peuvent s'apparenter à l'autisme, en association ou du fait notamment de l'existence de déficiences sensorielles et/ou d'un retard mental très sévère. Ces troubles de la relation peuvent déconcerter l'entourage familial et médical qui peut se sentir démuni parfois. Des troubles du comportement peuvent apparaître et avoir une conséquence indirecte sur les troubles de la relation telles : l'automutilation, les stéréotypies*. Nous pouvons avoir l'impression que certaines personnes polyhandicapées sont dans leur « bulle ». Dès lors, comment pouvons-nous favoriser une mise en relation tout en douceur ?

- e) Ces différents troubles peuvent avoir une incidence sur l'affirmation de soi, la confiance en soi et l'estime de soi.

L'affirmation de soi se base sur les captations du monde extérieur grâce aux canaux sensoriels. L'être humain, pour pouvoir s'affirmer se base sur des connaissances qu'il a pu acquérir au fil du temps par le biais de sa mémoire*. Pour que la personne puisse s'affirmer, il faut qu'elle soit sûre de son avis. En art-thérapie, nous pouvons travailler sur l'affirmation de soi à travers le ressenti corporel*. Ce dernier est provoqué par un traitement archaïque de l'information qui est ensuite traité par l'activité mentale. Cela permet d'affirmer nos goûts, dire par exemple : je trouve cela beau.

La confiance en soi est un sentiment. C'est croire en soi, se fier à soi. C'est s'engager dans le temps. En art-thérapie, nous pouvons travailler sur la confiance en soi par le biais de la structure corporelle*. Nous devons croire, avoir confiance entre autre en nos capacités à bien faire ce que l'on souhaite afin par la suite de s'affirmer.

L'estime de soi est la vision globale que nous avons de nous-même. Elle est toujours en construction et en mouvement constante. L'estime de soi participe au phénomène de régulation de la valeur de soi qui permet la qualité d'adaptation face aux événements de la vie et qui peut donner le sentiment de bien-être et de satisfaction. L'estime de soi s'exprime par nos émotions, nos comportements, dans nos relations, nos actions. En art-thérapie, nous pouvons travailler sur l'estime de soi. En effet, cette dernière est valorisée par une activité donnant du plaisir comme par exemple l'implication dans l'activité, la maîtrise d'une technique, être « acteur » durant les séances, ressentir des émotions agréables. Nous allons également pouvoir travailler sur la poussée corporelle*, c'est-à-dire la tension, l'énergie qui permet d'entraîner le corps physique, de s'exprimer. Nous nous engageons vers une activité qui tend vers une saveur existentielle* et qui gratifie nos sens.

Nous pouvons remarquer que ces trois notions sont indissociables, complémentaires, qu'elles s'influencent les unes les autres tout au long de notre vie. Par exemple, lorsque nous exprimons notre goût, nous l'affirmons. Pour l'affirmer, nous devons avoir confiance en nous. Et pour avoir cette confiance, il faut avoir une bonne estime de soi. Les notions de ressenti, de structure et de poussée corporelle sont également indissociables et s'influencent. Ces dernières font le lien entre le corps physique et l'esprit. En art-thérapie, nous pouvons œuvrer sur ces concepts. En effet, lors de séances, nous pouvons travailler sur le développement de savoir-faire, le patient s'engage dans un projet dont il est acteur. L'art-thérapeute peut également amener la personne à faire des choix indépendants, exprimer ses émotions.

B) Il existe plusieurs orientations d'art-thérapie.

1. Selon le modèle de Tours, l'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.

« L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique⁸ » (d'après les enseignements universitaires de la discipline : Tours, Poitiers, Grenoble et Lille). Cette définition nous oriente sur trois points fondamentaux de notre approche. Tout d'abord, il s'agit bien ici de l'idée d'intégrer le processus créatif dans le soin par la mise en place d'un atelier artistique. Puis se greffent deux autres notions : la dimension thérapeutique et la dimension ontologique*. Ainsi, si l'atelier d'art-thérapie est un atelier artistique, il ne se réduit pas à ce qualificatif. Il va se distinguer du simple atelier d'Art par la spécificité professionnelle de son encadrant : l'art-thérapeute. En effet, ce dernier combine deux spécialités : il est un artiste maîtrisant son savoir-faire, sa technique artistique et est également un thérapeute maîtrisant un vocabulaire spécifique et des outils thérapeutiques propres à sa spécialité : un protocole de prise en charge avec un cadre spécifique (objectifs, moyen et des stratégies thérapeutiques), l'opération artistique, des fiches d'observations, d'évaluations, des bilans et des synthèses

L'art-thérapeute est sous l'autorité médicale dans le secteur sanitaire. L'art-thérapie est considérée par les professionnels comme un métier aligné sur les professions paramédicales officielles. L'art-thérapeute se différencie des autres professionnels. En effet, il exploite la partie saine de la personne, en la valorisant grâce par exemple à des boucles de renforcement. Il met en place une stratégie pour agir indirectement sur les mécanismes défaillants, en revigorant la saveur existentielle et ainsi améliorer la qualité de vie de la personne. L'art-thérapeute utilise l'activité artistique pour activer ou réorganiser le processus d'expression, de communication ou de relation. Il sait exploiter les pouvoirs et les effets de l'art.

2. La psychothérapie à support artistique utilise l'œuvre pour sa signification et son interprétation.

La psychothérapie à support artistique est essentiellement tournée vers l'expression verbale et menée par un professionnel formé à la psychothérapie. Le support artistique y est ponctuellement utilisé pour débloquer certains processus. L'œuvre produite est alors décryptée, décodée en tant que recueil des symptômes. Les psychothérapeutes utilisant le média artistique interprètent les travaux du patient et utilisent la verbalisation.

3. L'Art brut est un Art spontané.

L'Art brut est un terme inventé par le peintre français Jean Dubuffet pour décrire l'Art des personnes autodidactes dépourvues de conditionnement culturel. Les créateurs d'Art brut sont généralement des adultes malades, prisonniers ou exclus de la société œuvrant en dehors des normes esthétiques convenues, et pour qui l'acte de peindre est spontané. Le fait de produire est pour eux vital et impulsif. Ils peuvent « poser » sur une toile par exemple leur mal-être dans un acte artistique.

⁸ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 6ème édition, Paris, 2009, p.10

C) La musique est un Art pouvant être utilisé comme outil d'expression favorisant la communication et la relation.**

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

a) Les pouvoirs de l'Art peuvent provoquer des effets spécifiques sur les êtres humains.

L'Art est une modalité particulière de l'expression humaine. Il existe trois façons de se positionner vis-à-vis de l'Art : certaines personnes produisent des œuvres d'Art, d'autres aiment seulement les contempler puis certaines peuvent y être également indifférentes. L'Art peut permettre à une personne de s'engager sous l'égide de l'envie afin de contempler ou de produire une œuvre d'Art, d'exprimer et de manifester son goût, de laisser son empreinte, ce qui marquera son style**.

Nous pouvons distinguer trois modalités d'expression artistique : les arts d'agrément ou de confort, il s'agit de loisirs artistiques qui tendent vers un bien-être et divertissent (aller danser au bal le dimanche). Puis, les arts d'accompagnement ou pratique qui ont un but utilitaire et exploitent l'esthétique à d'autres fins qu'elle-même (commerciales, religieuses...). Enfin, les Beaux-arts qui ont pour seul but la recherche esthétique. L'artiste va essayer d'atteindre son idéal par ses techniques et son savoir-faire. Nous distinguerons dans ce mémoire par une majuscule, l'Art en tant qu'activité, de l'art comme technique artistique.

Les œuvres d'Art se caractérisent par l'harmonie entre le fond** et la forme** afin de rayonner dans le monde sensible. L'œuvre d'Art va provoquer un impact émotionnel chez des personnes lorsque cette première est présentée, lorsqu'elle se donne à être captée aux canaux sensoriels de l'être humain. Ce rayonnement prend source dans l'adéquation entre la forme (matérialité objective) et le fond (représentation subjective qui va favoriser un ressenti) de l'œuvre. Pour qu'un artiste s'approche de son idéal esthétique**, il est nécessaire qu'il trouve le bon équilibre entre sa production et ses intentions*. Le pouvoir éducatif de l'Art réside dans l'utilisation de diverses techniques à maîtriser pour que la forme de l'œuvre d'Art soit en adéquation avec le fond.

L'œuvre d'Art est une expression humaine volontaire dirigée vers l'esthétique. Donc par nature, l'Art a un pouvoir expressif. Une fois achevée, l'œuvre d'Art se détache de l'artiste, elle existe en elle-même, par elle-même et pour elle-même. Elle rayonne et est destinée à être captée sensoriellement par des êtres humains, qui après intellectualisation, découvriront un fond. Mais il est possible, rien qu'à la confrontation d'une œuvre d'Art, que le contemplateur se sente en rapport direct avec l'artiste lui-même : c'est le pouvoir relationnel de l'Art.

Dans « Le Phèdre⁹ », Platon est surpris par le pouvoir d'entraînement de l'Art. Par exemple, lorsqu'on écoute de la musique nous pouvons battre la mesure avec le pied, pourtant personne ne nous le demande. Il constate également, dans « Les lois¹⁰ », le pouvoir d'obstination que peut provoquer l'Art. En effet, qu'est-ce qui incite les artistes à produire des œuvres en continu ? Aristote¹¹ va explorer le champ du catharsisme**, de la purgation des émotions provoquée chez les spectateurs lorsqu'ils sont au théâtre.

⁹ PLATON, *Le Phèdre*, édition Flammarion, 1992, Paris

¹⁰ PLATON, *Les lois*, édition la nouvelle revue française, 1942, Paris

¹¹ ARISTOTE « La Tragédie est donc une imitation d'une action grave [...] entière [...] et qui a une juste grandeur [...] dont le style est agréablement affaibli. [...] Et qui sans le secours de la narration, par le moyen de la compassion & de la terreur, achève de purger en nous ces fortes de passions, & toutes les autres semblables. » (Chapitre 6), *La poétique*, traduit par DACIER A. en français, Amsterdam, 1692, p.78-79 : <http://www.google.fr/search?tbm=bks&tbo=1&q=Aristote+poetique>

b) L'Art est une activité volontaire dirigée vers l'esthétique.

Dans l'Antiquité, Platon propose un modèle d'esthétique objectif** nommé la mimésis**. L'objectivité est une représentation exacte de la réalité. Pour Platon, le Beau** ne peut être que le « fruit » de la production divine, en conséquence il suffit de dupliquer la nature pour produire du Beau. Ainsi, l'artiste avait pour rôle de connaître et copier le modèle divin, ce qu'il faisait grâce à une bonne connaissance des lois scientifiques (harmonie des sphères) régissant le monde et par l'apprentissage des savoir-faire.

A la Renaissance, le mot Art prend un tout autre sens : l'idée du Beau devient une norme subjective** et met en exergue la personnalité de l'artiste. La notion d'heuristique** apparaît. Il est demandé aux artistes dans leur production une approche personnelle, d'inventer. Ce modèle inclut la notion de ressenti* qui comme nous l'avons vue, est subjectif.

Au XVIIIème siècle, le philosophe Emmanuel Kant¹² propose un modèle subjectif de l'Esthétique. « Comme dans l'objectivité où il s'agissait d'éliminer l'homme, dans la subjectivité il va s'agir d'éliminer l'œuvre d'Art. (...) la beauté est déterminée, non pas par l'objet extérieur à l'homme, mais par l'homme lui-même.¹³ » Kant pensait que la beauté faisait référence au sentiment et non à la raison. Chaque personne a sa propre représentation subjective de la beauté et donc n'est nullement dépendant du monde extérieur.

Au XIXème siècle, le philosophe Henri Bergson¹⁴ propose un modèle intégrant la subjectivité et l'objectivité. On ne peut ni se passer de l'objectivité ni de la subjectivité. En effet, l'émotion esthétique éclot des œuvres d'Art appartenant au monde sensible. L'être humain et son environnement semblent indissociables quant à la notion du Beau en Art. En effet, l'Art est une activité impliquant l'impression et l'expression, se basant sur des échanges entre le monde intérieur de l'être humain (subjectif) et le monde extérieur (objectif).

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

a) La musique est l'art d'organiser les sons et les silences au cours du temps et de l'espace.

Le terme musique est issu du grec « musa » qui désignait au début l'ensemble des Arts des muses (musique, danse et poésie), puis par la suite l'Art des sons. La musique est une pratique culturelle qui consiste en une combinaison délibérée de sons et de silences. A chaque bout de la chaîne, il y a l'être humain. La musique est conçue et reçue par au moins une personne. La musique est une modalité particulière d'expression artistique. La musique n'a pas le même sens pour tous ceux qui l'entendent. Chaque personne fait appel à sa propre émotivité, à son imagination*, à ses souvenirs... pour donner à la musique un sens qui lui paraît convenir. La musique peut permettre de susciter l'échange, libérer les émotions, favoriser la mémoire, faire « remonter » des souvenirs. Toute culture, société, ou tribu possède un patrimoine musical. La musique semble donc profondément ancrée dans la vie de l'être humain.

¹² KANT E., « Pour distinguer si quelque chose est beau ou non, nous ne rapportons pas la représentation à l'objet par l'entendement en vue d'une connaissance, mais nous la rapportons par l'imagination (peut-être liée à l'entendement) au sujet et au sentiment de plaisir ou de déplaisir de ce dernier. » *Critique de la faculté de juger esthétique*, in *Œuvres philosophiques*, édition Gallimard, Paris, 1985, p.959

¹³ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art occidental*, édition Favre, 2004, Paris, p.137

¹⁴ BERGSON H., « A quoi vise l'art, sinon à nous montrer, dans la nature et dans l'esprit, hors de nous et en nous, des choses qui ne frappaient pas explicitement nos sens et notre conscience ? » *La pensée et le mouvant*, édition PUF, Paris, 1998, p.149

Le son se caractérise par quatre éléments : la hauteur**, la durée, l'intensité** et le timbre**. Nous différencierons le son d'un bruit. Un son a une fréquence unique que l'on peut déterminer précisément et c'est un élément intentionnel, le bruit peut se définir physiquement comme un son qui couvre plusieurs fréquences et c'est un élément non intentionnel. Les sons présents dans une gamme s'appellent les notes. Pythagore constata qu'un son était composé de plusieurs autres sons : les harmoniques. En s'appuyant sur les mathématiques et l'astronomie, Pythagore va ordonner l'Univers dans son ensemble par des rapports numériques. Selon Pythagore, la distance des corps célestes à la Terre correspond aux intervalles musicaux, une théorie qui donnera lieu à la fameuse théorie de l'harmonie des sphères. Il a établi une échelle de notes que nous connaissons aujourd'hui qui divise l'écart entre une note (fondamentale) et son octave en 12 demi-tons. Cela permettra par la suite de construire les gammes et les différents modes.

La musique implique la notion de temps par la durée qui se constitue de la pulsation**, du tempo**, du rythme** et des silences. Elle engage également la notion d'espace par la hauteur des notes, l'intensité (volume sonore), la pratique d'un instrument (placer les mains sur un clavier de piano, elles se situent à deux espaces différents.), la diffusion d'ondes sonores. L'utilisation de la musique peut donc être intéressante auprès de personnes ayant des troubles spatio-temporels.

b) En musique, l'expression hors-verbal peut favoriser la communication.

En art-thérapie, la musique peut permettre l'exploitation de l'expression hors-verbale. Damien BENIS¹⁵ a proposé un modèle de l'exploitation du hors-verbal en Art. (Annexe n°5). Il explique que la musique ne peut délivrer de messages formels mais elle peut susciter tout le panel émotionnel de l'être humain. A la différence du langage, la musique n'a pas de signification directe, mais elle a du sens. Elle ne nécessite pas de formalisation pour exprimer le ressenti contrairement au langage verbal. La musique permet de projeter un message au-delà du corps grâce au son. Le langage hors-verbal peut aller au-delà des mots en s'approchant au plus près de nos perceptions et de notre idéal esthétique, en se différenciant ainsi des moyens d'expressions verbales et non-verbales. L'expression hors-verbale va permettre d'exprimer des émotions par le biais de la musique. Les émotions sont des actions physiologiques qui peuvent être externes (mouvements faciaux, ou du corps) ou internes (hormones, rythme cardiaque...). Elles sont donc observables. Le goût et le style d'une personne peuvent s'exprimer hors du langage par la musique sous l'égide de l'esthétique. Une communication peut être établie à partir du langage hors-verbal en véhiculant un message par la musique. Cependant, il semble que la maîtrise de l'instrument soit essentielle pour utiliser l'expression hors-verbal. Il nous paraît en conséquence difficile d'utiliser le langage hors-verbal avec certaines personnes polyhandicapées.

c) La pratique de la musique peut faciliter la mise en relation.

Nous remarquons lors d'activités artistiques, qu'il n'est pas nécessaire d'échanger, de communiquer pour, par exemple, jouer de la musique ensemble. Nous assistons lors de ce genre de situation à une relation sur le principe de sympathie où chaque personne garde son intégrité (au sens pythagoricien, faire vibrer une corde par effet de sympathie). Certaines personnes présentant des troubles de la relation peuvent avoir des difficultés à supporter la présence d'inconnus. Suite à notre expérience, nous avons pu observer la possibilité parfois d'une mise en relation plus aisée par la pratique instrumentale, mais également lors d'écoute d'œuvres musicales. Cela nous montre que la musique peut être adaptée pour des personnes présentant des troubles de la relation.

¹⁵ BENIS D., *Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale peut aider à restaurer la qualité de vie des personnes souffrant d'aphasie*, Mémoire soutenu en 2010, Afratapem Université de Tours UFR Médecine, p. 77-81

3. La musique semble induire des effets positifs dans le cadre de soin.

Plusieurs études ont été menées afin de montrer l'impact de l'intégration de la musique dans un cadre de soin. La pratique de la musique peut-elle être thérapeutique dans un cadre de soin ? Un certain nombre de recherches ont été effectuées afin de prouver ces effets. La musique permettrait d'atténuer la douleur¹⁶, de soulager la dépression¹⁷, de mieux récupérer suite à un AVC***¹⁸, stimuler la mémoire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer¹⁹, d'apaiser le stress²⁰, d'améliorer l'équilibre et la motricité des personnes parkinsoniennes²¹...

Ceci n'est pas une liste exhaustive, mais ces différentes recherches nous montrent le lien étroit qui existe entre l'Art et la médecine. Les différents mémoires réalisés pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'art-thérapie de la faculté de médecine de Tours nous montrent les avancées de la discipline et également l'évolution des modalités d'évaluations. L'intégration de l'art-thérapie dans les lieux de soins est grandissante et touche des populations de plus en plus variées. De nos jours, l'art-thérapie est présente dans les secteurs médicaux, sociaux, éducatifs. Nous pouvons noter que l'état français inclut l'art-thérapie dans le plan national de santé comme soins de support* en cancérologie dans le plan cancer 2009-2013 (mesure 42).

D) L'art-thérapie à dominante musicale semble particulièrement adaptée auprès de personne polyhandicapée souffrant de troubles du langage.

1. L'écoute musicale peut être utilisée en art-thérapie.

a) L'écoute musicale peut favoriser l'expression, la communication et la relation.

La musique peut être utilisée lors de phases dites réceptives, où le patient est dans un processus de contemplation** et non de production artistique. L'écoute musicale peut permettre d'agir sur l'humeur des personnes comme nous le verrons par la suite. Toutes les musiques peuvent être utilisables lors de la thérapie. Il n'existe pas de musique thérapeutique en soi. Les morceaux musicaux doivent être en adéquation avec les goûts du patient, ce qui nécessite de la part de l'art-thérapeute une ouverture culturelle musicale afin de proposer et d'adapter au mieux les programmes d'écoute. L'écoute musicale peut amener à la détente ou au contraire à une situation d'éveil. L'art-thérapeute doit être prudent quant à la subjectivité possible de ses interprétations sur le ressenti de la personne lorsqu'il existe une altération des capacités d'expressions, des troubles cognitifs dus à une pathologie.

L'écoute musicale peut permettre un premier contact avec les personnes polyhandicapées qui ne peut pas parfois être réalisé par l'intermédiaire du langage verbal. Afin de connaître l'effet que produit la musique sur le patient, une question est primordiale, est-ce qu'il a aimé ? Mais lorsque le langage verbal est lésé, il est essentiel que l'art-thérapeute connaisse au mieux comme nous avons pu le noter précédemment, la « palette d'expression » de la personne. Ceci permet d'observer le plus

¹⁶ GUETIN S. et al, *Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la lombalgie chronique en milieu hospitalier*, In **Annales de Réadaptation et de Médecine Physique** n°48, édition Elsevier Masson, Paris, 2005, p. 217-224

¹⁷ LEMARQUIS P., *Sérénade pour un cerveau musicien*, édition Odile Jacob, Paris, 2009, p. 115

¹⁸ SARKAMO T., (Dir.), *Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke* In **Brain**, Volume 131, p.866-876: <http://brain.oxfordjournals.org/content/early/2008/02/20/brain.awn013>

¹⁹ OLIVIER A., *La symphonie neuronale* In **CNRS le journal** n°209, édition CNRS, Paris, Juin 2007, <http://www2.cnrs.fr/presse/journal/3451.htm>

²⁰ Ibid.

²¹ SACHS O., *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, édition du Seuil, Paris, 2009, p.305-318

finement possible les signes qui nous permettent de signifier que la personne apprécie ou non la musique entendue.

L'écoute de la musique peut être utilisée pour une grande majorité de personnes, car pour cela il suffit d'avoir une ouïe fonctionnelle. Cependant, certaines personnes polyhandicapées présentent des troubles auditifs qui sont généralement difficilement évaluables à cause des autres déficiences. L'écoute musicale peut permettre d'observer s'il résulte des réactions aux stimuli sonores, vibratoires. Dès lors, l'art-thérapeute adaptera la stratégie de prise en soin. L'écoute peut être issue d'enregistrement ou jouée par l'art-thérapeute. Dans ce deuxième cas, cette écoute peut favoriser la mise en relation, et peut parfois amener spontanément le patient à une phase active où il participe également à la production (battements de pieds, vocalises). L'écoute peut favoriser également l'expression des goûts de la personne polyhandicapée par le biais d'expressions non-verbales et vocales que l'art-thérapeute devra identifier le plus objectivement possible afin d'y répondre et d'établir ainsi une forme de communication et une mise en relation. Une collaboration peut s'établir lors de l'activité artistique entre le patient et l'art-thérapeute par une interaction musicale, un contact physique, une gestuelle, une possibilité d'imitation de mouvements.

b) L'écoute de musique peut permettre d'influer l'humeur en générant des émotions.

L'écoute de la musique peut s'avérer agréable ou désagréable et influencer nos humeurs. Lors d'une écoute, la musique commence par activer le système limbique, impliqué dans nos émotions. D'où sa capacité à nous rendre gai ou triste. Ensuite s'activent certaines parties du lobe frontal, puis d'autres aires. Les émotions générées par la musique agitent des structures profondes et primitives de notre cerveau : le lobe moyen du cervelet et l'amygdale, essentiels au décodage des émotions. Ces dernières étant des actions physiologiques, elles vont provoquer des sentiments tels que le plaisir*. Au contraire, lorsque nous écoutons de la musique dissonante qui ne nous est pas agréable, cela active les régions cérébrales impliquées dans la peur et en premier lieu l'amygdale qui est connecté avec toutes les aires sensorielles associatives du cortex cérébral. Nous remarquons que certaines personnes polyhandicapées peuvent présenter des troubles du comportement tels que l'agressivité envers les autres ou eux-mêmes. Lors du stage, avant une séance, une résidente semblait angoissée, criait, se mordait, l'art-thérapeute l'a accompagnée pour l'atelier prévu. Nous avons pu remarquer dès les premières notes de piano émises, que la résidente semblait se détendre, arrêta de se mordre et de crier. Puis, un sourire s'esquissa sur son visage au bout de quelques minutes. L'art-thérapeute peut travailler auprès de personnes polyhandicapées grâce à la musique sur le champ des émotions. En stimulant la vie émotionnelle de la personne, nous pouvons l'aider à accéder à un sentiment de bien-être. Pour cela, les morceaux musicaux doivent être choisis en corrélation avec l'état, les goûts de la personne suivie en séance.

2. La pratique des instruments à percussions** active la motricité et peut favoriser une gratification sensorielle auprès de personnes polyhandicapées.

En art-thérapie à dominante musicale, nous parlons de phase active quand le patient prend part à l'activité musicale. Il devient dès lors acteur et s'implique dans le soin. La musique propose et induit différentes modalités d'expression possibles par l'intermédiaire d'instruments de musique, du corps (percussion corporelle) et du chant. La pratique de la musique permet tout d'abord de développer ses capacités d'expression, de communication et de relation, mais nous remarquons qu'elle permet également d'activer la motricité stimulée entre autre par le rythme et peut favoriser la gratification sensorielle.

La musique implique la motricité. Olivier Sachs explique que « Écouter de la musique est une activité non seulement auditive et émotionnelle mais motrice également. [...] Nous nous mettons au rythme de la musique involontairement même lorsque nous ne lui prêtons pas consciemment attention, notre visage et nos postures reflétant le « narratif » de la mélodie aussi bien que les pensées et sentiments qu'elle suscite.²² ». Lors de l'utilisation d'un instrument de musique, la motricité est d'autant plus mobilisée que ce soit pour attraper l'objet sonore convoité, taper dessus, le gratter, le secouer, le regarder.... Lors des ateliers, il n'a pas existé de « normes » rythmique, l'art-thérapeute s'est adapté aux rythmes produits par le résident. Ceci permet d'être un soutien mélodique ou rythmique selon l'instrument utilisé. A certain moment, il a semblé qu'il existait une cohérence entre les deux jeux, un échange musical. Il apparaît à des instants lorsque l'art-thérapeute accélère le rythme, que le résident modifie également son rythme.

Le choix des instruments doit se faire en fonction des troubles du patient pour ne pas le mettre en situation d'échec. Il a semblé pertinent d'utiliser des instruments principalement à percussions. En effet, certains instruments nécessitent de la technique, une percussion sera plus facile à utiliser qu'un violon par exemple. Les personnes polyhandicapées peuvent présenter des praxies grossières ainsi qu'une mobilité et une motricité réduite, c'est pour cela que les percussions peuvent également être adaptées proposant plusieurs possibilités de zones de choc qui en conséquence produit un son instantanément. Par le choix des instruments proposés, l'art-thérapeute souhaite entre autre pouvoir créer des boucles de renforcement. Puis, il a été essentiel de procéder à des choix de percussions en étant vigilant à la solidité de l'instrument pour la sécurité des personnes suivies en atelier. Certaines personnes apprécient tout particulièrement d'amener les instruments à la bouche, les mordiller, les balancer... En conséquence, il fallait éviter des instruments pouvant se briser afin d'éviter que les résidents se blessent. Une fois l'instrument en main, les résidents se l'approprièrent. Un temps d'exploration de l'objet sonore et les possibilités de jeu (caresser, taper, gratter, secouer, jeter) étaient présents à presque chaque séance.

Le plaisir peut résider dans la gratification sensorielle en elle-même, par elle-même, pour elle-même et sans aucun autre but. Des gratifications sensorielles peuvent être produites grâce aux percussions. En effet, tous les sens peuvent être investis lors d'une pratique musicale à dominante percussion : la vue (couleurs, formes des différents instruments), l'ouïe (divers sons émanant des percussions), le toucher (les matières : peaux, bois, métal, plastique, les vibrations), l'odorat (odeur de la peau du djembé par exemple). Nous pouvons avoir un plaisir en produisant des sons que l'on aime entendre.

3. La musique peut favoriser la mémoire et l'attention*.

Nous pouvons observer chez certaines personnes polyhandicapées des troubles de la mémoire, de l'attention. Dans les projets individuels des résidents lors du stage, nous pouvons noter des objectifs thérapeutiques en lien avec ces deux notions.

L'attention est une fonction cognitive présente et nécessaire dans la quasi-totalité de nos activités quotidiennes. Très liées aux fonctions exécutives et mnésiques, les capacités attentionnelles jouent un rôle prépondérant dans le traitement de l'information. Les troubles attentionnels sont fréquents dans le cadre d'un dysfonctionnement cérébral et peut constituer une réelle gêne dans la vie scolaire, professionnelle et sociale de ces personnes.

Nous pouvons distinguer cinq formes essentielles de mémoires : perceptive, sémantique, épisodique qui permettent le stockage d'information à long terme, procédurale qui est une mémoire d'action et

²² SACHS O., *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, édition du Seuil, Paris, 2009, p.12

celle de travail qui est une mémoire de représentation à court terme. Les professionnels principaux travaillant sur les troubles de l'attention et de la mémoire sont les neuropsychologues et les orthophonistes. Nous pouvons remarquer la complémentarité possible de l'art-thérapie à travailler indirectement sur ces aspects.

Dans la mythologie grecque, Mnémosyne est la déesse de la mémoire. Aimé de Zeus, ils donnent naissances aux neuf muses. Au début, elles étaient au nombre de trois : Méléte (la pratique), Mnémé (la mémoire) et Aoédé (le chant), elles seront identifiées à la musique et à la littérature. Les poètes leur attribueront leur inspiration et invoqueront leur aide. Nous pouvons identifier le lien qu'il peut exister entre la musique et la mémoire.

La mémoire se forme en grande partie grâce aux émotions. C'est la mémoire émotionnelle. Elle n'est pas isolée et collabore avec la mémoire à long terme et à court terme. Nous nous souvenons d'un événement en fonction des émotions qui l'ont accompagné. Comme nous avons pu l'expliquer précédemment, la musique peut provoquer des émotions et donc peut exercer un impact sur la mémoire et l'attention. La mémoire procédurale impliquant les sens peut être également stimulée durant des activités musicales par « l'empreinte corporelle » que peut laisser la prise et le positionnement d'un instrument par exemple grâce aux sens. La musique convoque la faculté d'attention, de mémorisation, les praxies, les sensations*, la participation active et le relationnel.

Les différents troubles associés au polyhandicap peuvent rendre difficile voire impossible la pratique de la musique. Or, supposer cela signifie occulter le fait que ces personnes aient une capacité d'intégration des apprentissages qui s'étend tout au long de leur vie. C'est aussi nier leur capacité de ressentir, la capacité d'éprouver du plaisir (sous l'égide de la sensorialité) mais également parfois du plaisir esthétique* (qui cependant peut être difficile à atteindre car il se base sur l'effort d'abstraction*) ainsi que la capacité d'agir. L'Art ne requiert pas uniquement des compétences cognitives, il est d'abord une source d'impression, de sensations et de plaisir avant d'être la source d'un acte volontaire dirigé vers l'esthétique. La musique semble donc, dans un cadre art-thérapeutique, être à même de stimuler et de favoriser l'expression, la communication, la relation, la gratification sensorielle, la motricité, l'attention et la mémoire chez les personnes polyhandicapées.

Conclusion de la première partie

Après avoir présenté le polyhandicap ainsi que son influence sur le développement psychomoteur d'une personne polyhandicapée et sur sa qualité de vie, nous avons exposé les fondements de l'Art. Par la suite, nous avons décrit les caractéristiques de la musique et ce pourquoi cette technique nous semble intéressante à exploiter auprès du public polyhandicapé dans un cadre art-thérapeutique. Il semble que grâce à l'approche multimodale que présente la musique et ce qu'elle peut induire, la personne polyhandicapée pourra trouver en cet Art un moyen de focaliser son attention, de développer des capacités motrices fonctionnelles, d'initier des relations, de favoriser l'expression et la communication... En seconde partie de ce mémoire, nous proposons l'analyse d'une expérience de stage au sein d'un FAM*** et tout particulièrement le suivi de trois personnes polyhandicapées. Cela nous permettra d'évaluer de façon plus précise les intérêts et les limites de l'art-thérapie à dominante musicale auprès de ce public, et d'émettre de nouvelles hypothèses et axes de recherches.

II. PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE VISANT A FAVORISER LA COMMUNICATION ET LA RELATION AUPRES DE PERSONNES POLYHANDICAPEES SOUFFRANT DE TROUBLES DU LANGAGE.

A) Le foyer d'accueil médicalisé Handas offre une prise en soin pluridisciplinaire.

1. L'Association des Paralysés de France a été créée en 1933.

L'Association des Paralysés de France a été créée en 1933 par quatre personnes atteintes par la poliomyélite, et révoltées contre l'exclusion dont elles étaient victimes. Soixante-dix ans plus tard, l'association poursuit son combat pour une participation pleine et entière des personnes en situation de handicap et leur famille dans la société. L'association est à la fois un mouvement revendicatif et une association de gestion de services et d'établissements médico-sociaux qui s'appuient sur une charte et un projet associatif communs.

2. L'Association Handas* crée et gère des établissements accueillant des personnes pluri et polyhandicapées.**

L'association Handas a été créée à l'initiative de l'Association des Paralysés de France en 1979. En effet, ne pouvant intégrer des personnes polyhandicapées au sein des structures qu'elle gérait, l'APF*** a permis la création de cette nouvelle association.

L'association Handas a fusionné avec l'Association des Paralysés de France le 1er janvier 2011. Afin de conserver la culture professionnelle, élaborée au fil des années par le personnel des établissements et services, l'APF a décidé de créer en son sein un département Handas. Il a pour fonction de gérer et de créer des établissements et services pour personnes pluri et polyhandicapées.

3. Le Foyer d'Accueil Médicalisé Handas de Noyal-Châtillon-Sur-Seiche assure avec l'ensemble de ses professionnels une qualité de vie quotidienne de chaque résident.

A chaque étape du développement de l'enfant polyhandicapé, se pose la question de son avenir, de sa prise en soin. Partant de ce constat et d'enquêtes effectuées auprès de familles, de la COTOREP***, de la CDES*** et du service social de l'APF, un déficit de places pour adultes pluri ou polyhandicapés a été confirmé dans le département d'Ille et Vilaine. En 2000, le projet de création d'une structure d'accueil pour ces adultes a été élaboré par l'association en collaboration avec des parents d'enfants accueillis à l'Institut HANDAS de Chartres de Bretagne (35). L'établissement a ouvert ses portes le 31 janvier 2005 sur la commune de Noyal-Châtillon-Sur-Seiche.

Chaque résident dispose d'un studio privatif avec salle d'eau. L'établissement est organisé en 4 unités de vie. Chaque unité de vie réunit 8 ou 9 studios, une salle de vie commune et un espace extérieur.

39 personnes adultes polyhandicapées sont accueillies : elles associent déficience motrice, intellectuelle, sensorielle souvent, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. 30 vivent en hébergement permanent, 2 en

hébergement temporaire, 2 en accueil d'urgence et 5 viennent en accueil de jour. L'âge moyen des résidents est de 27 ans en 2010.

Le projet de vie du foyer veut assurer avec l'ensemble de ses professionnels une qualité de vie quotidienne respectueuse des besoins de chaque individu par un accompagnement de qualité et une complémentarité des soins, des actions rééducatives et éducatives. Les actions individuelles et collectives s'appuient sur la pluridisciplinarité. Avec les familles, le foyer pratique une politique souple d'accueil, de participation et de lisibilité de façon à ce que la personne polyhandicapée soit respectée dans ses choix et besoins.

L'équipe thérapeutique est composée de l'équipe soignante : infirmières, aides-soignantes et aides médico-psychologique et de différents professionnels paramédicaux : des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, une ergothérapeute, une orthophoniste, une psychologue, des éducateurs spécialisés. L'équipe soignante assure les soins corporels, les repas et l'animation des activités quotidiennes. Les soignants co-animent également certaines prises en soin avec le personnel paramédical. Les activités pérennisées sont la balnéothérapie, la ferme pédagogique, les ateliers musique, théâtre, équitation, contes, pâtisserie... Y participent les résidents qui apprécient respectivement ces activités. L'équipe soignante encadre également les sorties diverses, les transferts et les fêtes (anniversaires, Noël, journées thématiques...)

B) Une prise en soin en art-thérapie a été proposée en collaboration avec l'équipe thérapeutique.

1. La mise en place des ateliers d'art-thérapie pour les résidents fait partie d'un souhait de l'institution et de l'équipe soignante afin de proposer et d'apporter un soin supplémentaire aux résidents.

a) Une présentation de l'art-thérapie a été proposée à l'équipe de l'unité.

Lors de l'arrivée sur le lieu de stage, l'adjointe de direction a diffusé un texte que l'art-thérapeute a écrit afin de se présenter et d'expliquer ce qu'est l'art-thérapie en quelques lignes. Ceci a permis aux différentes équipes de l'institution d'identifier la nouvelle stagiaire. Nous avons décidé suite à une discussion avec l'adjointe et la psychologue qu'il serait intéressant que l'art-thérapeute reste sur une seule unité. En effet, au regard du temps de stage, il était préférable que l'art-thérapeute reste le maximum de temps sur une seule unité afin de connaître les neuf résidents présents et l'équipe soignante. Il a été essentiel de compléter leur connaissance sur cette discipline. Des échanges ont permis de définir les modalités d'exercice de la profession, les missions de l'art-thérapeute.

b) Suite à une explication des indications possibles en art-thérapie, l'équipe soignante indique cinq résidents susceptibles d'être intéressés et pour qui cela pourrait être profitable.

Lors d'une réunion d'équipe, la stagiaire art-thérapeute a réexposé les indications majeures en art-thérapie. Ces dernières sont les troubles de l'expression, de la communication et de la relation qui peuvent altérer la qualité de vie de la personne. Cinq résidents ont été indiqués par l'équipe pour la prise en soin. Ce groupe de résidents était composé de 3 femmes et de 2 hommes âgés de 25 à 52 ans. Ils présentaient des handicaps divers : syndrome d'Angelman, PCI***, Agénésie du corps calleux* associée à un retard mental important et des troubles moteurs. Ils ont tous en commun des troubles de l'expression, de la communication et de la relation.

2. Les objectifs en art-thérapie ont été établis grâce aux écrits des projets individuels de chaque résident, à la collaboration de l'équipe et suite aux premières séances d'art-thérapie.

- a) Les discussions avec l'équipe médicale et paramédicale de l'unité, l'accès aux dossiers médicaux et aux projets individuels ont permis d'établir l'anamnèse, connaître les capacités, les habitudes et les goûts de chaque résident.

Les objectifs thérapeutiques ont été établis par l'art-thérapeute guidé par l'équipe et également par les écrits des projets individuels de chaque résident. En effet, ceci a permis de connaître leur capacités motrices, sensorielles, leurs habitudes, leurs loisirs... Nous avons pu avoir également accès aux dossiers médicaux qui ont permis de connaître les traitements de chacun ainsi que leur anamnèse. Ces renseignements ont été par la suite regroupés dans la fiche d'ouverture. Les différentes informations permettaient de mettre en place une stratégie adaptée et d'éviter de créer des boucles d'inhibition. Dans les projets individuels des résidents, plusieurs objectifs thérapeutiques étaient indiqués sur le plan moteur, sensoriel, de la communication, de l'expression et de la relation.

Deux semaines d'observation ont permis de connaître et de nous faire connaître par l'équipe et les résidents. Suite à cette période, des objectifs thérapeutiques ont été fixés en lien avec les projets individuels de chacun en prenant en compte la durée de stage. Elle offrait la possibilité de faire jusqu'à vingt séances à raison de deux ateliers par semaine.

- b) Un planning est mis en place pour les séances d'art-thérapie prenant en compte l'emploi du temps de chaque résident.

Dans un souci de bien-être du résident et pour une question d'organisation, les résidents suivent un emploi du temps prédéfini. En effet, le matin est un moment propice aux soins. L'ordre des prises en soins s'effectue selon les habitudes de chaque résident. Puis, l'après-midi est généralement constitué de moments destinés aux activités ainsi qu'à la rééducation. Avec l'aide de l'équipe soignante, l'art-thérapeute a mis en place et a affiché au sein de l'unité un planning des horaires pour les différentes séances. Dans la mesure du possible, les horaires des séances ont été identiques tout au long du stage. Ces horaires ont pris en compte les habitudes (sieste) et l'emploi du temps de chacun.

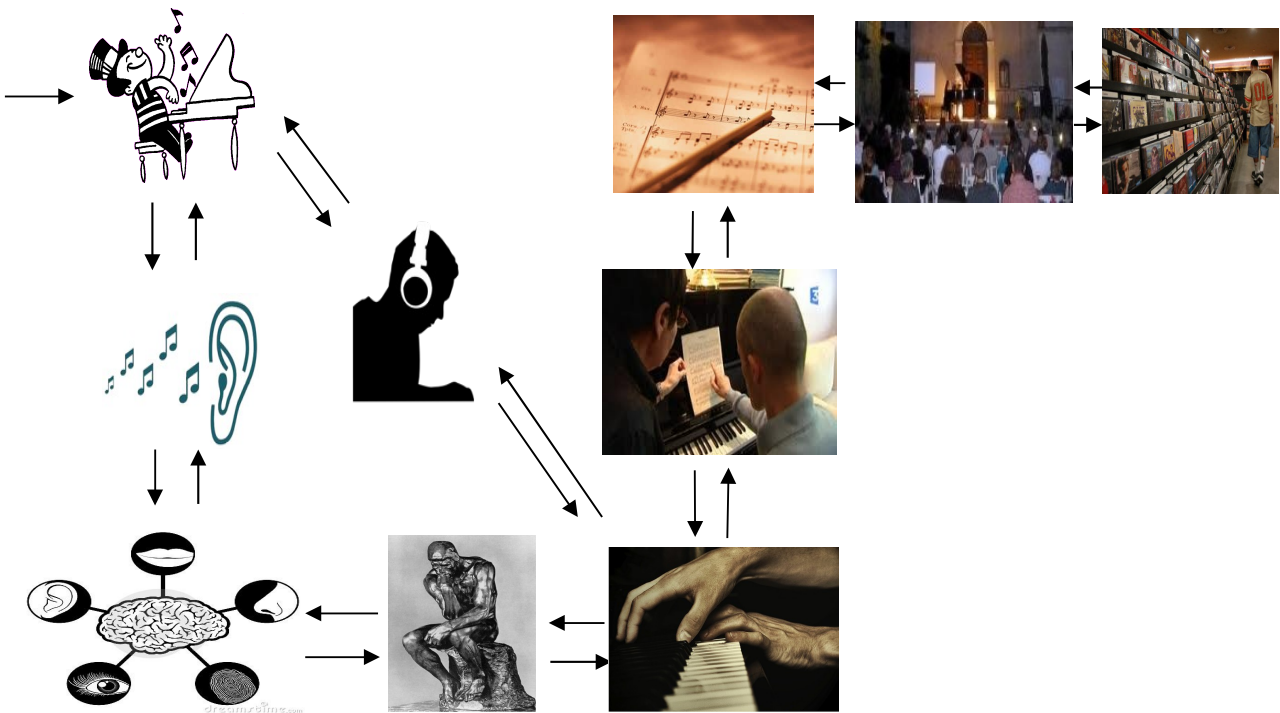
- c) Les ateliers pour les cinq résidents indiqués sont planifiés et ont eu lieu deux fois par semaine en individuel dans leurs studios respectifs.

En raison de leurs difficultés à communiquer et à être en relation, tous les résidents ont été suivis en séance individuelle. Les ateliers d'art-thérapie se sont effectués dans les studios respectifs de chaque résident. En effet, il était difficile d'avoir accès à la même salle pour les deux après-midi programmés. Nous souhaitions établir les séances dans des lieux fixes car il semble essentiel de proposer un cadre stable pour les personnes présentant des troubles spatio-temporels.

3. L'art-thérapeute doit mettre en place une stratégie adaptée et un certain nombre d'outils méthodologiques

a) L'opération artistique permet d'observer les différents mécanismes impliqués lors d'une activité artistique

L'opération artistique est l'ensemble des mécanismes humains impliqués lors d'une activité artistique. Cet outil a été développé par Richard FORESTIER²³. Cette opération permet de cibler et d'analyser les mécanismes qui fonctionnent et/ou qui sont défaillants chez un patient. Ceci permet donc d'identifier les sites d'actions* et ainsi placer les cibles thérapeutiques* afin d'atteindre les objectifs généraux. L'opération artistique est l'interface entre l'être humain et l'activité artistique.



Légende :

- Legende :**
- | | |
|-------------------|--|
| Impression | <ul style="list-style-type: none">1 L'œuvre d'Art, accident spatio-temporel qui intègre le monde sensible.2 Rayonnement de l'œuvre et captation de celle-ci par l'être humain.3 Traitement archaïque de l'information : sensations.4 Traitement sophistiqué de l'information : activité mentale (mémorisation, intention, attention, raisonnement...) |
| Expression | <ul style="list-style-type: none">5 Élan corporel généré par l'impression et tendu vers l'expression.5' Activité artistique contemplative (esthète).6 Utilisation des savoir-faire afin de réaliser une production tendant vers un idéal.7 La production artistique8 Le traitement mondain, point de rencontre entre l'artiste et le public.1' La nouvelle œuvre est à son tour accident spatio-temporel, l'œuvre existe en elle-même, par elle-même et pour elle-même. |

L'avant est constitué de tout ce qui ce rapporte au patrimoine culturelle d'une personne.

Les flèches symbolisent l'interdépendance des différents mécanismes et le processus de régulation.

²³ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 6ème édition, Paris, 2009, p.172-195

Afin d'expliquer l'opération artistique et faciliter sa compréhension, les chiffres correspondant aux diverses phases du processus seront indiquées dans le paragraphe suivant.

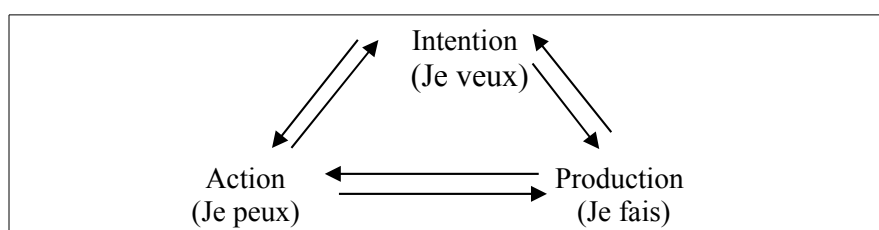
Une œuvre d'Art, un élément du monde sensible qui nous entoure (1) rayonne et donne à se capter par nos canaux sensoriels (2). Les informations sont dès lors transmises au système nerveux central qui les sélectionne et les traite, ce sont les modalités sensorielles somesthésiques* (3) qui vont par la suite engendrer un traitement sophistiqué par le biais de l'activité mentale (4). C'est dans cette phase que va émerger l'intention qui va provoquer un élan corporel (5) volontaire dirigé vers la production artistique qui est en lien avec cette intention. Afin d'atteindre notre idéal esthétique, nous allons acquérir des techniques et des savoirs-faire (6) afin d'aboutir à une production artistique (7). Si elle est cohérente avec notre intention, nous pouvons la montrer, l'exposer, la présenter à d'autres personnes (8), c'est le traitement mondain. Puis lorsque que cette production existe « en soi », comme œuvre d'Art (1'), elle rayonne et se donne à capter et perpétue l'opération artistique. Les esthètes ne réalisent pas de production mais contemplent les œuvres d'Art (5'). Nous pouvons effectuer des va et vient ($\longleftrightarrow$) entre chaque phase afin de porter un regard critique et atteindre notre idéal esthétique.

Dans le cadre d'atelier d'art-thérapie, le traitement mondain (8) se réalise si cela est important d'un point de vue thérapeutique et en accord avec le patient qui est le propriétaire de ses œuvres. Les productions ne sont pas des finalités en soi en art-thérapie. Ce qui est intéressant, ce sont plutôt les effets de l'esthétique qui peuvent gratifier nos différents sens, procurer du plaisir, rassembler les êtres humains...

En tenant compte des sites d'actions, l'art-thérapeute doit alors veiller à ce que l'activité artistique soit le plus adaptée possible à chaque personne et va ainsi travailler sur des cibles thérapeutiques. Même si certaines personnes polyhandicapées « n'ont pas les moyens physiques et mentaux de produire des œuvres d'art, [elles] n'en sont pas pour autant démunies de la faculté de plaisir et peuvent au moins accéder à l'orientation d'une jouissance archaïque et pulsionnelle vers un plaisir personnalisé et volontaire grâce à la dynamique et aux moyens artistiques.²⁴ »

b) Le phénomène artistique est ce qui est observable lors d'une production artistique.

Nous appelons phénomène artistique la partie visible de l'opération artistique.



Nous pouvons donner comme exemple : une personne entend une œuvre pianistique (impression), qui lui donne envie d'apprendre à jouer du piano (intention). La personne va se renseigner où elle peut prendre des leçons (action) afin d'aller au cours pour jouer du piano (production). C'est un modèle circulaire. La production peut à nouveau nous donner de nouvelles impressions qui vont générer une intention et nous mener à une action. Il y a donc une dynamique entre ces différentes phases. L'art-thérapeute peut identifier les difficultés d'une personne en travaillant sur le phénomène artistique. Par exemple, une personne présentant des symptômes d'une dépression peut dire, je veux faire, je peux faire, mais elle ne le fait pas, sa pathologie prend « le dessus » sur ses envies.

²⁴ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 6ème édition, Paris, 2009, p.35

En art-thérapie, nous distinguons l'Art I et l'Art II. L'Art I regroupe tous les mécanismes archaïques qui sont en jeu lorsque nous produisons une activité artistique. C'est dans cette phase que se développent les gratifications sensorielles de façon globale et anarchique basée sur des sensations de type archaïque. Par exemple, une personne peut prendre du plaisir à mélanger les peintures sur la palette, en musique, cela peut être le plaisir de prendre l'instrument. L'Art II est une phase où nous sommes dans une pratique élaborée. Il s'agit du passage d'une expression archaïque vers une expression dirigée, volontaire, orientée vers l'esthétique. Les techniques artistiques se développent de façon spécifiques et ordonnées. En effet, la personne souhaitant produire une œuvre va avoir besoin d'une technique spécifique à son domaine artistique ainsi qu'une maîtrise de sa gestuelle. C'est la phase de l'intentionnalité qui va faire que l'on passe de l'Art I à l'Art II. En art-thérapie, ce qui peut être important est cette dernière phase. Est-ce que la personne a une intention et peut-elle aller jusqu'au bout de son intention ? Le passage entre les deux Art se fait grâce à l'indépendance. Nous pouvons remarquer qu'il existe un va et vient entre ces deux notions lors d'une production artistique. L'art-thérapeute peut être amené à aider la personne à faire ce passage si elle le souhaite. En effet, certaines personnes auront plaisir à rester dans l'Art I. Le passage en Art II n'est un but en soi, tout cela dépend des objectifs thérapeutiques.

c) Une fiche d'observation va être créée et adaptée à chaque résident.

Pour chaque séance, l'art-thérapeute dispose d'une fiche d'observation adaptée à chaque patient. En effet, il existe une grande variété de troubles associés au polyhandicap. La fiche (Annexe n°6) doit s'adapter en fonction des troubles de la personne prise en soin, de sa personnalité et des objectifs thérapeutiques. Elle est remplie à l'issue de chaque séance. Elle permet de garder en mémoire les différents éléments du déroulement de l'atelier, d'organiser les informations, de voir les évolutions d'une séance à l'autre, et également d'avoir un regard critique sur la pratique. Les différents items peuvent être réajustés lors de la prise en soin au vu des objectifs thérapeutiques et des stratégies établies. L'art-thérapeute s'appuie sur cet outil afin d'effectuer des évaluations et des bilans. Cela permet la visibilité de l'évolution du patient et de mener les prises en soin de la manière la plus objective possible par l'intégration d'items quantifiables. L'évaluation se base sur la comparaison des mesures d'un même item d'une séance à l'autre.

d) L'atelier d'art-thérapie se divise en trois temps : l'avant, pendant et l'après séance.

Le champ d'action de l'art-thérapeute peut s'étendre au-delà des séances d'art-thérapie. Afin d'adapter une stratégie efficace, il est important d'identifier un maximum d'éléments durant la séance mais également avant et après du point de vue du comportement, de l'humeur ainsi que les effets suite aux séances.

Lors du stage, il a semblé pertinent d'assister aux transmissions de l'équipe soignante. Cela permettait d'obtenir de précieuses informations quant aux comportements, l'humeur de chaque résident, les changements, les traitements. Avant chaque prise en soin, l'art-thérapeute est allée à la rencontre du résident afin de l'inviter à participer à l'atelier et l'accompagner. L'accueil et la réaction de la personne à la proposition peuvent nous donner des indices sur son humeur, son envie de venir et de participer à la séance.

La séance est le temps fort de la prise en soin. Elle alterne des temps forts et des temps faibles. En effet, il est essentiel de s'adapter aux résidents quant à leurs capacités, leurs besoins, leurs fatigabilités, leurs temps de concentration et d'attention. C'est pour cela que l'art-thérapeute doit être vigilant à toutes les réactions produites volontairement ou non par la personne. Les séances sont préparées en amont, mais il est important que les activités imaginées puissent être flexibles.

A la fin des séances, l'art-thérapeute raccompagne les résidents dans le lieu de vie commun, le salon. Puis, elle prend un moment pour compléter la fiche d'observation des résidents à l'issue de chaque prise en soin. Cela permettait d'identifier les évolutions en comparaison des précédentes séances et d'anticiper une stratégie pour les suivantes. Les « après séance » ont également permis d'observer si des changements d'attitudes, de comportements, d'humeurs avaient lieu avant, pendant et/ou après la prise en soin. C'était également des moments d'échanges avec l'équipe sur les différentes observations de l'art-thérapeute et les questionnements que cela pouvait engendrer.

- e) Le langage non-verbal et l'expression vocale sont des items d'observations essentiels auprès de personnes polyhandicapées.

Les lésions de différentes zones du cerveau et les troubles associés que peuvent présenter les personnes polyhandicapées ont un impact important sur le principal moyen de communication utilisé par l'être humain c'est à dire le langage verbal. Lorsque celui-ci est lésé, l'art-thérapeute doit se baser sur d'autres modes de communication : le langage non-verbal mais également l'expression vocale (cris, pleurs, vocalises, bruits, onomatopées, chantonnements). Ces modalités permettent à l'art-thérapeute d'observer les différentes émotions des résidents, d'identifier leurs accords ou désaccords... L'art-thérapeute doit être prudent et rester conscient de la subjectivité qu'engendre ce type de communication. Il est également important de distinguer les expressions liées à la pathologie et l'expression d'une personnalité singulière.

C) L'expérience pratique permet de présenter trois études de cas.

1. Telma est une jeune femme de 25 ans résidant au FAM depuis l'ouverture en 2005.

- a) Telma présente une Paralyse Cérébrale Infantile associée à des troubles du comportement qui rendent difficile la communication et la mise en relation.

FICHE D'OUVERTURE

PRENOM : *TELMA*

RESIDENTE DEPUIS : *JANVIER 2005*

AGE : *26 ANS*

INDICATION : *EQUIPE MEDICALE*

ANAMNESE :

- ♣ *Infirmité Moteur Cérébrale à type de triplégie spastique et dyskinétique prédominant au membre supérieur droit et aux deux pieds associés*
- ♣ *Déficiência intellectuelle profonde*
- ♣ *Épilepsie stabilisée depuis 1994*
- ♣ *Trouble du comportement, Trouble psychotique, Automutilation (morsures et coups)*
- ♣ *Fonctionnement autistique (suivi par un psychiatre), beaucoup de rituels (avoir son cube avec elle, boire son verre de jus d'orange, sa place à table...)*
- ♣ *Gère très difficilement les changements, aime tout contrôler*
- ♣ *Difficulté à différer ses demandes, à accepter certaines règles de vie*
- ♣ *Comprend très bien les ordres simples et les exécute sans problème lorsqu'elle le décide*

TRAITEMENT :

- ♣ *Dépakine® (antiépileptique) ; (effets secondaires possibles : tremblements, confusion des idées)*

- ♣ *Urbanyl® (anxiolytique, antiépileptique) ; (effets secondaires possibles : maux de tête, ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, vision double.)*
- ♣ *Risperdal® (neuroleptique) ; (effets secondaires possibles : insomnie, agitation, anxiété, maux de tête)*
- ♣ *Seroplex® (antidépresseur inhibiteur) ; (effets secondaires possibles : anxiété, agitation, insomnie, somnolence, vertiges, fatigue, douleurs musculaires ou articulaires.)*

APPAREILLAGE:

- ♣ *Se déplace seule en fauteuil roulant manuel*

PRISE EN SOIN COMPLEMENTAIRE :

- ♣ *Balnéothérapie, Arts plastiques, Psychomotricité, Snoezelen, Équitation*

FAMILLE :

- ♣ *Parents mariés, Une sœur jumelle et un frère*

GOÛTS :

- ♣ *Musique (classique, Norah Jones); déchirer les magazines; Arts plastiques*

AUTONOMIE:

- ♣ *Mange seule; participe un peu à l'habillage et à la toilette; n'utilise que son côté gauche*

EXPRESSION :

- ♣ *N'a pas accès au langage verbal; utilise son corps pour exprimer ses demandes; utilise l'expression vocale, et non-verbale*

COMMUNICATION :

- ♣ *Communication parfois difficile*

RELATION :

- ♣ *Solitaire, reste à distance; peut se montrer agressive envers elle-même et les autres*

OBJECTIFS DU PROJET INDIVIDUEL :

- ♣ *Faciliter et stimuler son expression et sa concentration*
- ♣ *Faire évoluer ses modes de communication*
- ♣ *Faciliter sa détente*
- ♣ *Favoriser sa relation aux autres et une réactivité adaptée aux situations rencontrées*
- ♣ *L'aider à canaliser ses rituels de manière supportable pour elle et l'entourage*
- ♣ *Lui offrir un cadre rassurant et souple, dans lequel elle peut exprimer ses angoisses*
- ♣ *Plus d'autonomie dans ses choix, encourager ses initiatives*

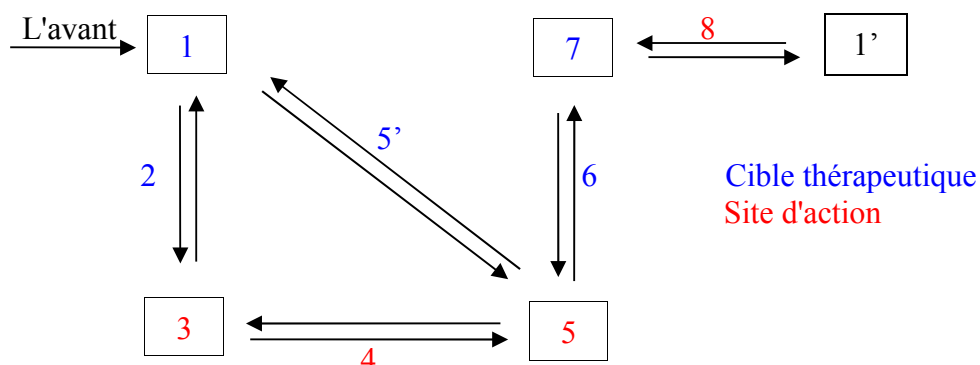
OBJECTIFS GENERAUX ART-THERAPEUTIQUE :

- ♣ *Favoriser et stimuler son expression et sa capacité de concentration*
- ♣ *Faire évoluer ses modes de communication*
- ♣ *Favoriser sa relation aux autres et une réactivité adaptée aux situations rencontrées*
- ♣ *Favoriser sa détente*
- ♣ *Encourager ses initiatives*

Telma a été prise en soin en art-thérapie en séance individuelle, deux fois par semaine, de 14h30 à 15h, du 3 mars au 9 juin 2011.

- b) La stratégie thérapeutique envisagée est de stimuler le champ émotionnel musical de Telma afin qu'elle communique son ressenti. Le cadre thérapeutique souple lui permettrait d'exprimer ses humeurs et de canaliser ses émotions. Des jeux de mouvements en musique et instrumentaux pourraient favoriser la mise en relation.

Le schéma de l'opération artistique nous permet de situer les sites d'actions et les cibles thérapeutiques, pour ensuite mettre en place une stratégie.



Les sites d'actions sont situés ainsi :

3 : Déficience intellectuelle profonde.

4 : Troubles cognitifs (intention, attention, mémoire, représentation, etc.) et altération de l'affirmation de soi.

5 : Hémiplégie droite, difficultés à engager l'action, altération de la confiance en soi.

8 : Troubles du comportement rendant difficile la mise en relation (isolement), altération de l'estime de soi.

Les cibles thérapeutiques sont alors identifiées afin de mettre en place une stratégie qui est de stimuler sensoriellement Telma par l'écoute musicale (1 et 2) et la pratique instrumentale (5, 6 et 7) afin d'engendrer du plaisir sous l'égide des gratifications sensorielles (3). Cela peut permettre de lui donner l'envie de s'engager dans l'activité artistique (4) et de stimuler l'action par les jeux instrumentaux (5, 6 et 7) en séance individuelle puis par la suite avec d'autres résidents (8). Il est possible de travailler sur l'attention et la mémoire mais également l'intention (4) par le biais de la contemplation (5') et par la répétition de plusieurs morceaux qu'elle pourrait souhaiter réécouter à la séance suivante. Ces moments musicaux peuvent permettre à Telma de s'exprimer vis-à-vis de ses goûts, qu'elle communique son ressenti (4), afin de favoriser une communication et une mise en relation (8). Cela peut restaurer le niveau de la confiance en soi (dans la capacité de faire), de l'affirmation de soi (faire des choix et prendre des initiatives) et de l'estime de soi (mise en place d'une communication et d'une relation avec une réactivité adaptée aux situations rencontrées, s'engager dans un projet).

- c) 17 séances ont permis d'atteindre certains objectifs thérapeutiques : favoriser sa relation aux autres et une réactivité adaptée aux situations rencontrées

Durant 17 séances, l'art-thérapeute a sollicité Telma afin qu'elle vienne d'elle-même aux ateliers d'art-thérapie. Cela n'a pas abouti, nous devons aller la chercher dans le salon pour l'accompagner. Comme indiqué dans le projet individuel de Telma, il était essentiel de lui offrir un cadre rassurant et souple. Les séances se déroulant dans son studio, c'était un cadre qu'elle connaissait bien, il n'y eu jamais de réticence lorsque nous l'accompagnions en séance. La souplesse du cadre a permis à Telma de pouvoir quitter son studio lorsqu'elle le souhaitait, nous avons remarqué que Telma a mis

fin aux séances seize fois. Les temps de séances ont été très variables allant de cinq à trente minutes.

Le tableau suivant nous permet d'exposer le déroulement des séances au regard des activités proposées et des objectifs intermédiaires afin d'atteindre les objectifs généraux art-thérapeutiques.

Séances et durée	Activités	Cheminement thérapeutique	Objectifs intermédiaires
S1-S3 S1 : 5minutes S2 : 30 minutes S3 : 20 minutes	Instruments à percussion Écoute musicale+ instruments à percussion	S1: Première séance avec Telma. Découverte de plusieurs instruments à percussion. Elle est curieuse, regarde, imite les gestes pour frapper les instruments puis les pousse, ainsi que l'art-thérapeute et s'en va. Elle ne regarde pas l'art-thérapeute. S2: Proposition d'écoute de la « Gnossienne n°1 » de Satie. Telma sourit tout au long de la musique, puis balancement de gauche à droite sur le rythme de la musique. Puis, proposition de jouer des instruments, elle tape sur le balafon avec la baguette quelques secondes, rit, puis pousse l'instrument. L'art-thérapeute met fin à l'atelier et ce sera la seule fois, Telma s'en va avec le sourire. Elle semble détendue. Elle ne regarde pas l'art-thérapeute. S3: Lors de l'annonce de l'atelier 5 minutes avant, Telma sourit. Elle semble avoir identifié ce moment ainsi que l'art-thérapeute. Écoute de la « Gnossienne n°1 » de Satie, Telma sourit, se balance d'avant en arrière. Puis changement de CD choisi par l'art-thérapeute, écoute de la « La belle excentrique » de Satie, c'est une musique avec un tempo plus rapide, Telma ne sourit plus, fixe le sol et s'en va. Est-ce le changement de CD, ou la musique qu'elle n'aimait pas ?	- Évaluation de l'état de base, - Établir une relation de confiance
S4-S5 S4 & S5 : 5minutes	Écoute musicale	S4-S5: En arrivant la chercher, Telma crie, nous ne savons pas pourquoi, lorsque nous l'accompagnons, Telma cherche et prend notre main (1er contact). Proposition entre 2 CD (piano ou Ayo), elle attrape notre bras, et nous pousse vers le poste de musique. Elle ne fait pas de choix. Lors de l'écoute (cd piano), nous sommes face à face, nous lui jouons le rythme dans le creux de sa main, elle sourit, puis elle joue avec nos doigts qui effectuent toujours les rythmes et rit. A la fin de la 5ème séance, Telma va pour partir, puis elle regarde les différents instruments présents, l'art-thérapeute lui montre quelques possibilités de jeu, Telma crie, puis se mord la main, puis nous tend la main, nous pousse vers la porte, et s'en va.	-Établir une relation de confiance -Capacité à faire des choix - Favoriser l'expression
Ø Ø		Absence de l'art-thérapeute (formation)	
S6-S7 S6 : 20 minutes S7 : 10 minutes	Dessin	S6: Nous avons souhaité utiliser la technique du dessin afin d'observer sa capacité à faire des choix sur des crayons, mais également savoir si elle pouvait maintenir davantage son attention sur ce qu'elle faisait. Elle ne nous regarde toujours pas. Choix entre deux crayons, elle veut celui de l'art-thérapeute. Puis, elle saisit tous les crayons de la boîte. Demande de faire un choix. Difficile. Elle se concentre durant 10 minutes. Puis durant 5 minutes, elle va tenir son crayon à la perpendiculaire sur la feuille en le tenant par sa paume de main. Puis, elle se mord la main. S7: Lorsque nous la rejoignons, Telma crie et se mord. Nous lui mettons à disposition des feuilles et quelques crayons. Elle arrête	- Capacité à faire des choix - Maintenir ses capacités d'attention - Favoriser l'expression - Maintenir une relation

		de crier, choisit un crayon et fait comme à la séance précédente de maintenir son crayon à la perpendiculaire. A la fin de ces deux séances, nous lui donnons son dessin et demandons si elle a aimé dessiner et si son dessin lui plaît. Elle semble désintéressée, nous ne remarquons pas d'expression particulière observable, elle les laisse tomber par terre et ne s'en soucie pas.	(sympathie)
S8-S11 S8 : 20 minutes S9 : 15 minutes S10 & S11 : 10 minutes	Écoute musicale	S8-S10: Jeu de mouvements en lien avec la musique entendue. Telma accepte les contacts. L'art-thérapeute dirige les mouvements par la main tout d'abord, puis Telma prend l'initiative de gestes qui reste petit en amplitude, elle rit. Elle prend de plus en plus d'initiative à s'approcher de l'art-thérapeute et de lui prendre la main pour effectuer des mouvements avec la musique. Dès les premières notes de certaines musique, elle a des « fous rires » et saute dans son fauteuil. Durant la 9ème séance, Telma fixe pour la première fois l'art-thérapeute. Le contact visuel s'effectuera jusqu'à la fin de la prise en soin. Elle ne fait toujours pas de choix de musique. Par contre elle fait comprendre par de petit cris (adaptés) qu'elle ne semble pas apprécier telle musique, elle ne se mord plus pour exprimer son mécontentement. S11 : Telma semble pensive et un peu triste durant la séance, elle observe les différentes photos sur ses murs (photos de sa famille, de sa maison...) ou son cube qu'elle a à chaque séance. Elle ne réagit pas aux sollicitations de l'art-thérapeute ni aux musiques. Lorsqu'elle décide de partir, Telma ouvre la porte et attend que l'art-thérapeute arrive à son niveau pour lui prendre la main afin qu'elle l'accompagne main dans la main au salon. Le retour au salon se passera ainsi jusqu'à la fin de la prise en soin.	- idem
Ø		Absence de Telma (rdv extérieur)	
S12-S14 S12 : 15 minutes S13 & S14 : 15minutes	Écoute musicale Piano	S12-S14 : L'art-thérapeute apporte un piano dans le studio de Telma. Elle ne s'en approche pas, elle écoute l'art-thérapeute qui effectue quelques morceaux. Malgré plusieurs sollicitations, Telma ne souhaitera pas pianoter. Ses réactions seront les mêmes que durant l'écoute d'un CD, balancements, rire... Puis lorsqu'un air ne semble pas l'intéresser, elle sort du studio.	-idem
Ø		Absence de l'art-thérapeute (formation)	
S15-17 S15 : 10 minutes S16 : 15 minutes S17 : 10 minutes	Écoute musicale	S15-S17: Proposition de deux CD, elle fait le choix de nous en donner un mais sans le regarder. Nous mettons le CD, (un nouveau que l'on n'avait jamais mis). Elle pousse un cri de mécontentement dès les premières notes. Nous changeons de CD et mettons le deuxième et lui donnons la jacket qu'elle observe, c'est du piano. Elle sourit, se balance, nous prend la main et fait des mouvements avec, lors de certaines musiques qu'elle semble reconnaître, elle rit et saute sur son fauteuil. Lors de la dernière séance, nous lui proposons plusieurs choix de musique, elle observe les différentes jackets et choisi celle où il y a un piano.	-idem

- d) Des items en lien avec les capacités relationnelles, d'attention et des modalités d'expression vont permettre d'évaluer la progression de Telma.

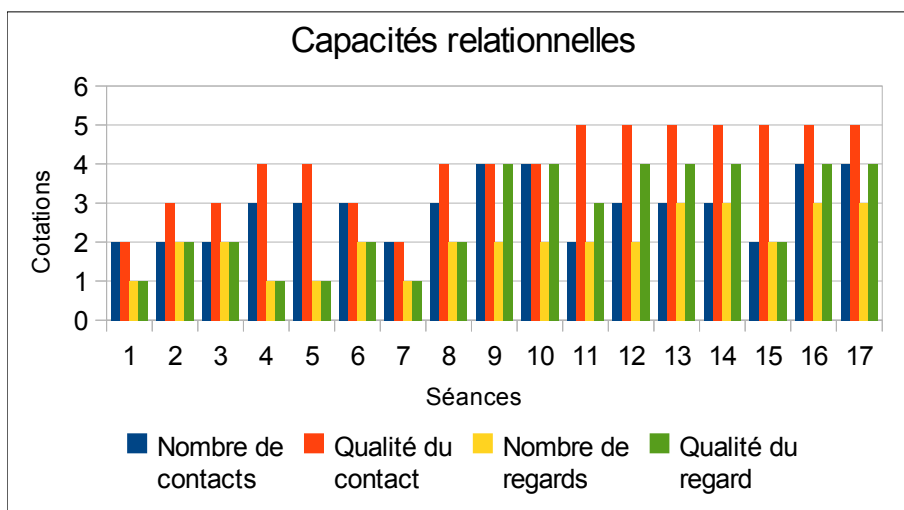
Le tableau suivant présente les items ainsi que leurs cotations en lien avec les objectifs art-thérapeutiques présents sur les graphiques qui suivent. Cela permet de mener une évaluation des prises en soin de Telma par la comparaison de ces items de la première à la dernière séance.

Justification des items	Faisceaux d'items	Items	Cotations
Observer quantitativement et qualitativement si Telma regarde l'art-thérapeute et accepte son contact	Capacités relationnelles (schéma 1)	Nombre de contact	5. Systématiques (10 et +) 4. Nombreux (7 à 9) 3. Ponctuels (4 à 6) 2. Rares (1 à 3) 1. Inexistants
		Qualité du contact	5. Affectueux 4. Cordiale 3. Non perçu 2. Réticent 1. Agressif
		Nombre de regards	5. Systématiques (10 et +) 4. Nombreux (7 à 9) 3. Ponctuels (4 à 6) 2. Rares (1 à 3) 1. Inexistants
		Qualité du regard	5. Rayonnant 4. Intéressé 3. Triste 2. Fuyant 1. Non perceptible
Mettre en avant les capacités de Telma à maintenir son attention; observation du lien possible entre sa tension nerveuse et son maintien de l'attention afin de créer par la suite des situations propices le favorisant.	Capacités d'attention (Schéma 2)	Maintien de son attention	5. Attention focalisée sur ce qu'elle fait 4. Alternance entre une attention focalisée et perturbée 3. Attention déstabilisée par une perturbation extérieure 2. Attention déstabilisée par une perturbation du patient 1. Attention dispersée
		Tension nerveuse	5. Dynamique 4. Calme 3. Variable 2. Passive 1. Agitée
Observer l'évolution des modes de communication et des réactions (adaptées ou non) de Telma durant les séances	Modalités d'expressions, de réactions face à la situation et de plaisir (Schéma 3)	Expressions dominantes non-verbales et vocales	5. Rires, vocalises, saute dans son fauteuil 4. Sons (adaptés à la situation) 3. Cris (non adaptés à la situation) 2. Automutilation (morsure, se frappe) 1. Non perçue
		Expression du visage	5. Souriant 4. Détendu 3. Neutre 2. Triste 1. Crispé
		Expression du plaisir	5. Plaisir exprimé par des rires et des vocalises 4. Plaisir visible par des sourires 3. Intermittence entre plaisir et déplaisir 2. Déplaisir exprimer (visage fermé, automutilation) 1. Plaisir non perceptible

- e) L'évaluation est menée au regard de la comparaison des items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques.

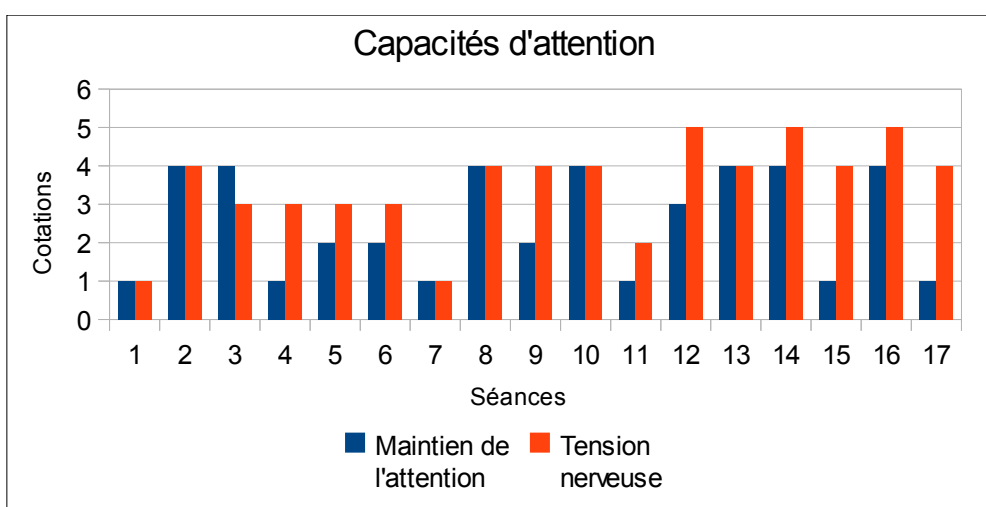
Rappelons que les objectifs art-thérapeutiques sont de : favoriser et stimuler son expression et sa concentration ; faire évoluer ses modes de communication ; favoriser sa relation aux autres et une réactivité adaptée aux situations rencontrées ; favoriser sa détente et encourager ses initiatives.

Schéma 1



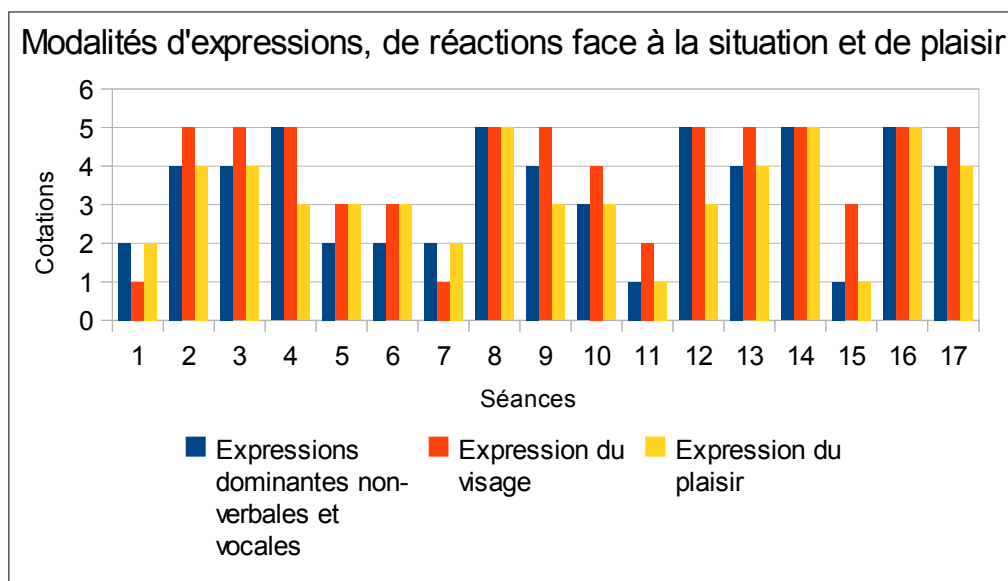
La relation à l'art-thérapeute fut majoritairement cordiale en début de prise en soin, puis affectueuse. Nous observons une augmentation légère et fluctuante des contacts et des regards. Au début, Telma a refusé tout contact et reculait. Par le biais des mouvements en musique (à partir de la 4ème séance), elle a davantage accepté les contacts et semblait les apprécier. Nous remarquons une baisse lors des séances où le dessin est pratiqué. A partir de la 8ème séance, nous observons une douce progression du nombre et de la qualité du contact et du regard. A partir de la 11ème séance jusqu'à la fin, à la sortie de l'atelier Telma a attendu que l'art-thérapeute soit à son niveau pour lui tendre sa main afin qu'elle l'accompagne jusqu'au salon.

Schéma 2



Il existe un lien entre la tension nerveuse et le maintien de l'attention de Telma. Cependant, nous remarquons que ses capacités d'attention sont fluctuantes. En effet, nous situons un décalage entre ces deux notions lors de certaines séances (n°4, 9, 12, 15 et 17). Nous ne pouvons confirmer la nature des éléments engendrant cette évolution discontinue, tant au niveau de ses capacités d'attention que d'expression. Nous observons également que lorsque Telma est calme ou dynamique, son temps d'attention augmente (sauf séances 15 et 17). De plus, lorsqu'elle est d'une tension nerveuse variable ou passive, son temps d'attention est bas et variable. Nous devons relativiser les résultats également par rapport au temps des séances qui lui-même était inconstant (de 5 à 30 minutes)

Schéma 3



Nous observons qu'à partir de la 8ème séance, Telma ne s'automutilera plus jusqu'à la fin de la prise en soin. Nous remarquons le lien avec une amélioration de la relation avec l'art-thérapeute et également une tension nerveuse majoritairement calme et dynamique. Cependant, comme les autres schémas, les résultats sont variables. Dans le second temps de la prise en soin, à part la 11ème et la 15ème séance, Telma exprime principalement son plaisir par le biais de sourires, de rires, de balancements et présente des réactions généralement adaptées aux situations rencontrées.

f) Un bilan de fin de prise en soin a pu être réalisé au regard du phénomène artistique et des capacités relationnelles.

Sur le plan de l'intention : Telma a la capacité de se déplacer seule en fauteuil. Durant 17 séances, l'art-thérapeute l'a sollicitée pour qu'elle vienne d'elle-même à l'atelier. Telma ne venait pas. Il a fallu donc l'accompagner à chaque séance du salon jusqu'à sa chambre. Ses prises d'initiatives ont été de plus en plus nombreuses vers la fin de la prise en soin, où elle pouvait par exemple prendre la main de l'art-thérapeute et faire des mouvements en lien avec la musique, mais également pousser l'art-thérapeute vers le poste pour qu'elle mette le disque musical. Elle a accepté de faire des choix comme refuser de jouer d'un instrument et lors de la dernière séance, elle a choisi entre deux CD.

Sur le plan de la production : aucune production n'a été réalisée. Telma réagissait beaucoup aux différentes musiques entendues par le biais de balancements, de gestuelles au niveau de la tête et de son bras gauche. Sa gestuelle a été en adéquation avec le rythme de la musique. Un jeu de mouvement a été mis en place. Chacune notre tour nous accompagnions l'autre. Ceci a permis à

Telma d'être actrice de l'atelier et qu'elle puisse « lâcher prise ». Son goût et ses désirs ont pu être identifiés et exprimés par le biais de la musique dans ce cadre thérapeutique.

Sur le plan de sa capacité esthétique : Telma a semblé apprécier ces moments musicaux. Elle a été capable de faire comprendre par des petits cris courts quand elle n'aimait pas l'activité et par des sourires, des rires et des balancements lorsqu'elle appréciait.

Sur le plan de l'expression : l'expression principale de son visage a été le sourire et la détente. Il est arrivé à quelques séances que Telma semble triste ou ailleurs lorsqu'elle regardait les photos accrochées sur ses murs. Elle s'est principalement exprimée par le biais de gestuelles et le regard, par exemple en poussant l'art-thérapeute et regardant l'objet convoité, mais également par des petits cris, des vocalises et également à quatre reprises par des automutilations (morsures).

Sur le plan de la communication : lors des premières séances, Telma avait un regard fuyant et regardait rarement l'art-thérapeute lorsque celle-ci lui parlait. Par la suite, elle regardait fixement et de plus en plus souvent. Elle communiquait par le biais des différents modes d'expressions cités ci-dessus. Nous n'avons pas observé d'évolution des modes de communication, mais nous avons plutôt remarqué qu'au fil des séances, Telma arrivait généralement à avoir des réactions adaptées à certaines situations, et ne partait pas dans une « crise » lorsqu'elle ne contrôlait pas la situation.

Sur le plan relationnel : La relation à l'art-thérapeute fut majoritairement cordiale. Au fur et à mesure des séances, Telma s'approchait de plus en plus et les contacts furent plus fréquents. Au début, elle refusait tout contact et reculait. Puis, par le biais des mouvements en musique, elle accepta et sembla apprécier. A partir de la 11ème séance jusqu'à la fin, à la sortie de l'atelier elle attendait que l'art-thérapeute soit à son niveau pour lui tendre sa main afin qu'elle l'accompagne jusqu'au salon. Si la prise en soin avait continué, l'idée était de proposer des séances en petit collectif avec d'autres personnes du FAM, afin de favoriser la mise en relation de Telma avec les autres résidents.

Au niveau de son implication dans l'activité : Telma a semblé enthousiaste à la plupart des ateliers. Il a été malgré tout difficile de connaître son envie de s'impliquer dans l'atelier. En effet, c'est Telma qui a mis fin aux ateliers 16 fois sur 17 sur une durée qui pouvait aller de 5 à 30 minutes. Elle a semblé avoir une bonne concentration sur ces temps donnés. Elle était très attentive aux différentes musiques qui étaient écoutées. Ses réactions étaient généralement en adéquation avec le rythme, les nuances et les notes des musiques.

Sur le plan émotionnel : Telma a été principalement souriante durant les ateliers. Cependant, nous avons pu remarquer des variations entre l'avant et l'après séance. En effet, il est arrivé qu'elle vienne souriante aux ateliers et qu'elle reparte un peu angoissée et inversement. Son humeur a été au début très variable : agitée, calme, auto-agressive (morsures). Au fil des séances, il n'y a plus eu d'auto-agressivité, mais plutôt des moments où elle a été calme et dynamique.

2. Mathilde est une femme de 35 ans résidant au FAM depuis février 2005.

- a) Mathilde présente une agénésie du corps calleux qui a pour conséquence la difficulté du transfert de l'information entre les deux hémisphères et rend difficile la communication.

FICHE D'OUVERTURE

PRENOM : *MATHILDE*
AGE : *35 ANS*

RESIDENT DEPUIS : *28/02/2005*

INDICATION : *EQUIPE MEDICALE*

ANAMNESE :

- ⤴ *Agénésie du corps calleux avec un retard mental important*
- ⤴ *Troubles moteurs : hypotonie généralisée, mouvements incoordonnés des membres supérieurs, de la tête et des yeux*
- ⤴ *Épilepsie*
- ⤴ *Trouble probable de la vision*
- ⤴ *Difficile de savoir si elle comprend réellement ce qui se dit*

TRAITEMENT :

- ⤴ *Dépakine® (antiépileptique) ; (effets secondaires possibles : tremblements, confusion des idées)*
- ⤴ *Duphalac® (laxatif osmotique) ; (effets secondaires possibles : sensations de ballonnements, diarrhée)*
- ⤴ *Transipeg® (laxatif osmotique); (effets secondaires possibles : douleurs abdominales, diarrhée en cas de surdosage)*

APPAREILLAGE :

- ⤴ *Fauteuil roulant manuel avec un siège moulé*
- ⤴ *Pour sa sécurité, elle est maintenue à l'aide d'une ceinture*

PRISE EN SOIN COMPLEMENTAIRE :

- ⤴ *Modelage; bain, balnéothérapie (travail sur les ressentis et la détente); ferme pédagogique; bibliothèque; contes; psychomotricité; snoezelen*

FAMILLE :

- ⤴ *Parents divorcés depuis 1981; deuxième d'une fratrie de 3*

GOUTS :

- ⤴ *Jeux ludiques; être avec les autres; moment de détente; se balader; aime lorsque le monde s'agite autour d'elle; sensible aux stimulations tactiles, aime prendre, jeter et attraper, secouer...*

AUTONOMIE :

- ⤴ *Dépendance très forte à autrui pour tous les actes de la vie quotidienne; est capable de « saisir » un objet qui l'intéresse*

EXPRESSION :

- ⤴ *N'a pas accès au langage verbal articulé*

COMMUNICATION :

- ⤴ *Communique par : mimiques, regards, gestes, rires, pleurs, vocalises*

RELATION :

- ⤴ *Recherche la relation principalement par le biais du toucher; jeune femme plutôt passive si autrui n'est pas à proximité*

OBJECTIFS DU PROJET INDIVIDUEL :

- ⤴ *Favoriser le bien-être et la détente*
- ⤴ *Favoriser le temps individuel*
- ⤴ *Mettre en avant toutes ses capacités d'attention, de concentration, relationnelle et motrice en aménageant un environnement stimulant.*
- ⤴ *Rechercher l'harmonie d'un équilibre de vie satisfaisant*
- ⤴ *Bien-être psychique et physique*
- ⤴ *Maintenir voire développer ses capacités sensorielles*
- ⤴ *Favoriser l'adaptation aux situations rencontrées et sa relation aux autres*

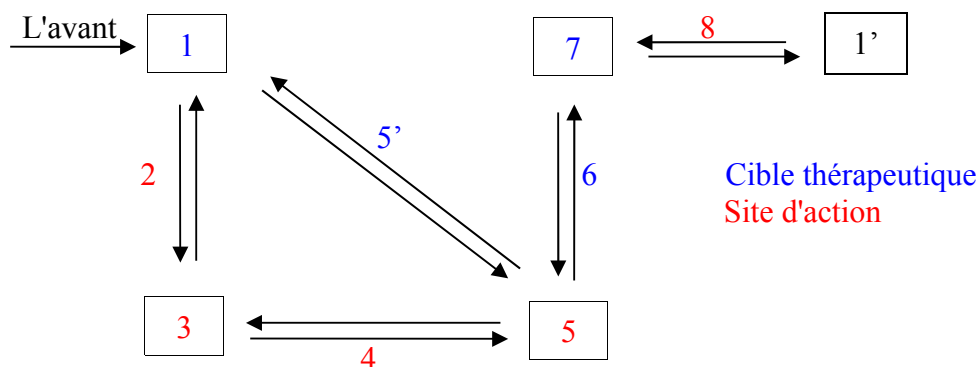
OBJECTIFS GENERAUX ART-THERAPEUTIQUE :

- ⤴ *Favoriser le bien-être et la détente*
- ⤴ *Mettre en avant toutes ses capacités d'attention, de concentrations, relationnelles et motrices*
- ⤴ *Maintenir voire développer ses capacités sensorielles*
- ⤴ *Favoriser l'adaptation aux situations rencontrées et sa relation aux autres*

Mathilde a été prise en soin en art-thérapie en séance individuelle, deux fois par semaine, de 15h à 15h30, du 3 mars au 9 juin 2011.

- b) La stratégie thérapeutique envisagée est d'aider Mathilde à canaliser ses mouvements par l'écoute musicale, de l'orienter vers une boucle de renforcement gratifiante afin de mettre en avant une gestuelle volontaire dirigée par la pratique instrumentale. Des jeux sonores pourraient lui permettre de s'inscrire dans l'action et ainsi l'aider à focaliser son attention.

Le schéma de l'opération artistique nous permet de situer les sites d'actions et les cibles thérapeutiques, pour ensuite mettre en place une stratégie.



Les sites d'actions sont situés ainsi :

2 : Trouble probable de la vision.

3 : Déficience intellectuelle profonde.

4 : Troubles cognitifs (intention, attention, mémoire, représentation, compréhension, etc.).

5 : Mouvements incoordonnés, Mathilde peut avoir un élan mais peut ne pas le contrôler.

8 : Absence du langage verbal rendant fragile la communication et difficultés relationnelles (isolement).

Les cibles thérapeutiques sont alors identifiées afin de mettre en place une stratégie qui est de stimuler sensoriellement Mathilde par l'écoute musicale et la pratique de petits instruments à percussions qu'elle pourrait saisir (1, 2 et 5) afin d'engendrer des gratifications sensorielles sous l'égide du plaisir (3). Cela peut permettre de stimuler l'action par les jeux instrumentaux (5, 6 et 7). Il est possible de travailler sur l'attention (4) par le biais de la contemplation (5) et par la pratique instrumentale. A l'art-thérapeute d'identifier la « palette d'expression » de Mathilde afin d'observer le plus finement ses réactions aux différentes sonorités. Ces moments musicaux peuvent permettre à Mathilde de s'exprimer vis-à-vis de ses goûts (4), de mettre en place une communication et favoriser une mise en relation (8). L'écoute d'œuvres musicales adaptées à Mathilde peut également favoriser sa détente, et ainsi provoquer une diminution de ses gestes incoordonnés (5) permettant de mettre en avant ses gestes volontaires dirigés.

c) 16 séances ont permis d'atteindre certains objectifs thérapeutiques : favoriser le bien-être et la détente, mettre en avant ses capacités d'attention et favoriser sa relation aux autres

Les séances d'art-thérapie se sont déroulées après les moments de sieste de Mathilde. L'art-thérapeute a demandé à l'équipe médicale de ne pas lever Mathilde, de ne pas l'installer dans son fauteuil. Mathilde apprécie être allongée sur son lit. Cela a permis également que Mathilde ait un champ d'action plus large.

Le tableau suivant nous permet d'exposer le déroulement des séances au regard des activités proposées et des objectifs intermédiaires afin d'atteindre les objectifs généraux art-thérapeutiques.

Séances	Activités	Cheminement thérapeutique	Objectifs intermédiaires
S1-S5	Écoute musicale + instruments à percussion	Découverte de la « palette d'expression » de Mathilde. Jeux de nuances permettant d'identifier les différentes réactions de Mathilde. Nous remarquons que lorsque l'art-thérapeute joue <i>piano</i> , elle présente moins de gestes incoordonnés voire une disparition de ces gestes, elle semble détendue, et lors de jeu <i>forte</i> , Mathilde a plus de gestes incoordonnés et rit. Lorsque l'art-thérapeute chante, Mathilde vocalise et rit. Proposition d'un bracelet avec des écorces de bois qui peuvent s'entrechoquer, Mathilde le saisit, le secoue. Elle rit beaucoup. Elle le lâche et essaye de le rattraper. Elle a des mouvements dirigés et volontaires afin de l'attraper. Le regard de Mathilde balaye principalement l'espace, elle a des difficultés à se concentrer sur un élément précis.	- Évaluation de l'état de base, - Établir une relation de confiance
Ø Ø		Absence de l'art-thérapeute (formation)	

S6-S9	Écoute musicale + instruments à percussion	Afin de favoriser la détente de Mathilde, l'art-thérapeute joue de la senza (instrument africain), en nuance <i>piano</i> , en début (car Mathilde se réveille de sa sieste) et en fin de séance (suite à des moments d'éveils musicaux). Nous remarquons que Mathilde réagit et a des réactions adaptées aux différentes nuances. L'art-thérapeute remarque de séance en séance que Mathilde effleure de plus en plus le bras de l'art-thérapeute et commence à la fixer du regard. Afin de stimuler sensoriellement Mathilde, l'art-thérapeute propose différentes écoutes de plusieurs instruments, Mathilde semble apprécier de toucher les différents instruments entendus.	- Favoriser la détente de Mathilde - Favoriser une relation (sympathie) - Stimuler sensoriellement Mathilde
S10	Écoute musicale + instruments à percussion	Mathilde regarde fixement l'art-thérapeute et l'instrument joué. Elle suit également du regard les déplacements de l'instrument. A la demande de l'art-thérapeute, l'ergothérapeute a créé un bracelet qui permet à Mathilde de tenir une maracas plus longtemps. Dès la première manipulation de la maracas par Mathilde, elle l'agite et rit. Lorsque le bracelet glisse de sa main, Mathilde essaye de rattraper la maracas, nous remarquons qu'il y a des gestes volontaires dans ses gestes incoordonnés.	- idem - Favoriser ses capacités à faire - Maintien de son attention
Ø		Mathilde dormait à l'heure de la séance, puis elle était prise en soin en psychomotricité	
S11-S14	Écoute musicale + instruments à percussion	Nous remarquons que Mathilde maintient de plus en plus son attention en fixant du regard l'art-thérapeute et les divers instruments. Mathilde pose sa main sur le bras de l'art-thérapeute et ne bouge plus durant 10 minutes à la séance 12. Lorsque l'art-thérapeute montre et fait entendre la maracas à Mathilde, elle essaye immédiatement de l'attraper. L'art-thérapeute l'aide à mettre le bracelet qui lui permet de maintenir la maracas en main. Ces moments de jeux permettent à Mathilde d'être actrice de la séance et lui permet de jouer elle-même d'un instrument.	-idem
Ø		Absence de l'art-thérapeute (formation)	
S15-16	Écoute musicale + instruments à percussion	Lors des deux dernières séances, à l'entrée de l'art-thérapeute dans le studio, Mathilde regarde en cette direction, fixe l'art-thérapeute et rit. Elle maintiendra de plus en plus longtemps son attention que ce soit sur l'art-thérapeute, l'instrument joué et la maracas lorsqu'elle joue. Elle posera régulièrement sa main sur le bras de l'art-thérapeute lors des moments d'écoute de musiques calmes. Ces moments seront également des instants de détente où Mathilde a une diminution importante des gestes incoordonnés.	-idem

d) Des items en lien avec les capacités relationnelles, d'attention, de détente et de l'expression du plaisir vont permettre d'évaluer la progression de Mathilde.

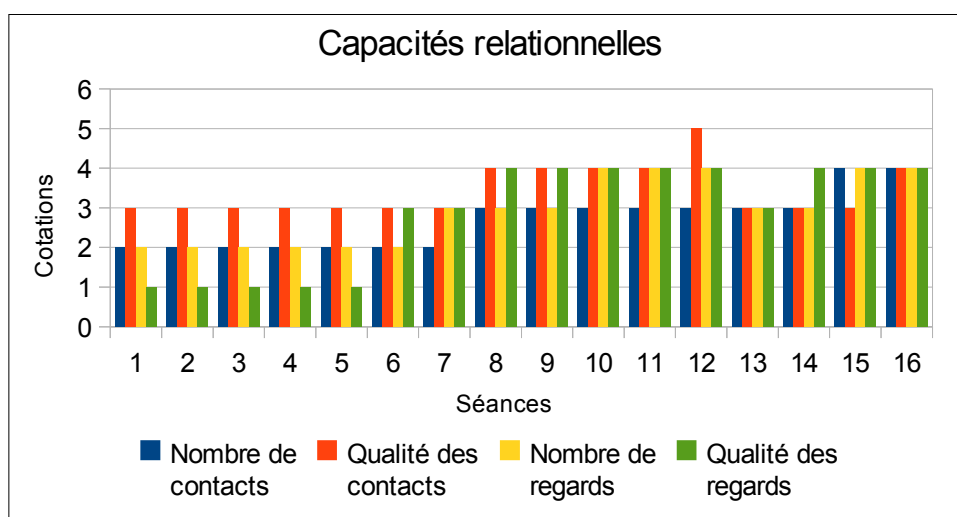
Le tableau suivant présente les items ainsi que leurs cotations en lien avec les objectifs art-thérapeutiques présents sur les graphiques qui suivent. Cela permet de mener une évaluation des prises en soin de Mathilde par la comparaison de ces items de la première à la dernière séance.

Justification des items	Faisceaux d'items	Items	Cotations
Observer quantitativement et qualitativement lorsque Mathilde regarde et est au contact de l'art-thérapeute	Capacités relationnelles (schéma 1)	Nombre de contact	5. Systématiques (10 et +) 4. Nombreux (7 à 9) 3. Ponctuels (4 à 6) 2. Rares (1 à 3) 1. Inexistants
		Qualité du contact	5. Affectueux 4. Cordiale 3. Neutre ou non volontaire 2. Réticent 1. Agressif
		Nombre de regards	5. Systématiques (10 et +) 4. Nombreux (7 à 9) 3. Ponctuels (4 à 6) 2. Rares (1 à 3) 1. Inexistants
		Qualité du regard	5. Rayonnant 4. Intéressé 3. Présent 2. Triste 1. Non perceptible
Mettre en avant les capacités de Mathilde à maintenir son attention; observer le lien possible entre sa tension nerveuse et son maintien de l'attention afin de créer par la suite des situations propices le favorisant	Capacités d'attention (Schéma 2)	Maintien de son attention	5. Attention focalisée sur ce qu'elle fait 4. Alternance entre une attention focalisée et perturbée 3. Attention déstabilisée par une perturbation extérieure 2. Attention déstabilisée par une perturbation du patient 1. Attention dispersée
		Tension nerveuse	5. Dynamique 4. Calme 3. Variable 2. Passive 1. Agitée
Observer les signes de plaisir et les gestes afin de savoir si Mathilde a ressenti du bien-être et est détendu durant la séance	Détente et plaisir (Schéma 3)	Expression principale du visage	5. Souriant et détendu 4. Neutre et détendu 3. Variable 2. Triste 1. Crispé
		Gestes durant la séance	5. Gestes incoordonnés absents 4. Peu de gestes incoordonnés 3. Alternance gestes incoordonnés présents et absents 2. Gestes incoordonnés plus de la moitié de la séance 1. Gestes incoordonnés présents tout au long de la séance
		Expression du plaisir	5. Plaisir exprimé par des rires et des vocalises 4. Plaisir visible par des sourires 3. Intermittence entre plaisir et déplaisir 2. Déplaisir exprimer (visage fermé, grimaces) 1. Plaisir non perceptible

- e) L'évaluation est menée au regard de la comparaison des items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques.

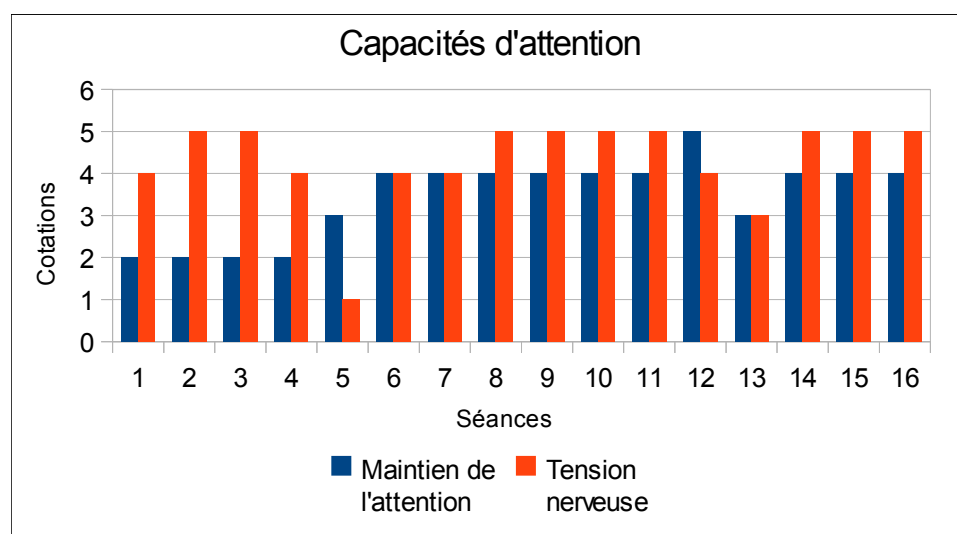
Rappelons que les objectifs art-thérapeutiques sont de : favoriser le bien-être et la détente ; mettre en avant toutes ses capacités d'attention, de concentration, relationnelles et motrices ; maintenir voire développer ses capacités sensorielles et favoriser l'adaptation aux situations rencontrées et sa relation aux autres.

Schéma 1



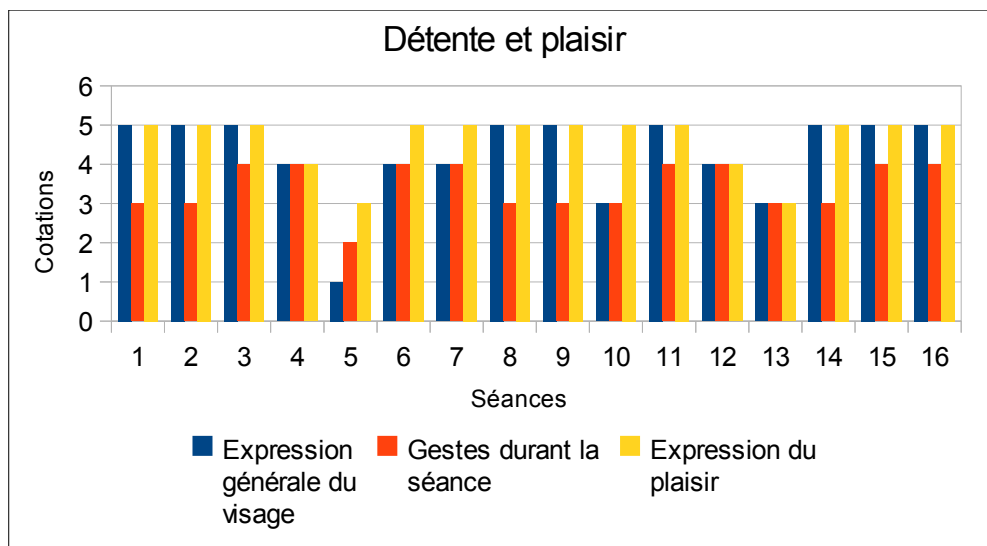
Nous observons une progression lente du nombre de contacts et de regards. La majorité de ces derniers étaient involontaires de la part de Mathilde. Cependant lors des séances 8 à 12 et 15 à 16, nous remarquons des gestes contrôlés. Elle effleurait de plus en plus l'art-thérapeute, jusqu'à poser sa main sans mouvements incoordonnés sur le bras de l'art-thérapeute lors des temps calmes. Une augmentation des regards fixes s'est opérée au même moment. Dans le dossier médical, il est émis l'idée que Mathilde ait des troubles probables de la vue. Lors de moment d'agitation, Mathilde a des difficultés à fixer un point. Nous avons observé lors de périodes de détente que Mathilde arrive mieux à stabiliser son regard, et semble nous observer.

Schéma 2



Nous observons une progression, suivie d'une stabilisation, du maintien de l'attention de Mathilde au fil des séances. Elle a été majoritairement dynamique durant les ateliers. Nous pouvons donc lire sur le schéma, qu'entre le début et la fin de la prise en soin, sa capacité d'attention augmente, ce qui nous permet d'émettre l'hypothèse qu'elle arrivait à mieux la stabiliser malgré la présence de gestes incoordonnés.

Schéma 3



A part la séance 5, Mathilde avait une variabilité des gestes incoordonnés ou une diminution de ces mouvements. Cette dernière semblait majoritairement liée à des moments de musique calme et de nuance *piano*. Elle semble avoir réussi à se détendre et avoir du plaisir lors des ateliers d'art-thérapie. Nous remarquons qu'il y a une alternance ou une diminution significative des gestes incoordonnés durant les moments où Mathilde semble être plus détendue et prend du plaisir.

f) Un bilan de fin de prise en soin a pu être réalisé au regard du phénomène artistique et des capacités relationnelles.

Mathilde est une femme qui est très sensible à tout ce qui se passe autour d'elle. Elle aime quand le monde s'agite autour d'elle. Elle semble apprécier tout particulièrement le monde sonore. Pour la majorité des séances, Mathilde était allongée sur son lit car c'est une position dans laquelle elle semble à l'aise. Elle lui permettait également un plus grand champ d'action.

Sur le plan de l'intention : lors de présentation d'instruments, Mathilde semble vouloir attraper les petites percussions qui sont à sa portée. Ayant des gestes incoordonnés, nous pouvons remarquer qu'il y a malgré tout beaucoup de gestes intentionnels. Elle semble savoir ce qu'elle veut attraper.

Sur le plan de l'action : ayant des difficultés à garder un instrument dans sa main, l'ergothérapeute a créé un bracelet adapté afin que Mathilde puisse participer à ce monde sonore qui semblait lui plaire. Lorsque l'art-thérapeute jouait d'un instrument, elle fixait ce dernier longuement, puis le touchait parfois avec des gestes non contrôlés, mais parfois ciblés et avec douceur.

Sur le plan de la production : Mathilde a pu produire des sons grâce au bracelet réalisé par l'ergothérapeute. Lors des moments de chant, elle participait par des vocalises.

Sur le plan de sa capacité esthétique : Mathilde est une personne qui a un visage très expressif. Lorsqu'elle n'aime pas un son, une musique, elle le fait comprendre par le biais de grimaces. Si elle apprécie ce qu'elle entend ou ce qu'elle peut voir, elle sourit et rit.

Sur le plan de l'expression : comme expliqué ci-dessus, Mathilde a un visage très expressif. Cela nous permet d'identifier son mécontentement, son plaisir... Elle s'exprime également par des sons, des gestes, des vocalises, des rires...

Sur le plan de la communication : Mathilde arrive à nous communiquer les moments où elle aime ce qu'elle entend, elle vocalise, rit beaucoup, pousse de petits cris. Elle peut également exprimer son impatience par une multiplication des gestes incoordonnés par exemple. Lorsqu'elle semblait agacée, elle tournait la tête.

Sur le plan relationnel : Mathilde semblait, lors des premières séances, ne pas faire attention à la présence de l'art-thérapeute. Au fur et à mesure du temps, elle nous fixait longuement. Lorsque nous rentrions dans sa chambre, elle regardait dans notre direction et se mettait à rire, elle semblait nous reconnaître.

Au niveau de son implication dans l'activité : Mathilde fut principalement enthousiaste lors des ateliers. Son temps d'attention semblait de plus en plus long de séance en séance (regarder fixement). Lors de jeu sur les nuances (jouer doucement ou fort), elle était très réactive. En effet, lorsque le jeu était joué *forte*, elle riait beaucoup et avait plus de gestes incoordonnés, mais lorsque le jeu était joué *piano* elle semblait se détendre, s'apaiser et elle n'avait plus à certains moments de gestes incoordonnés.

Sur le plan émotionnel : tout au long des séances, Mathilde fut principalement d'humeur joyeuse. Il est arrivé à une séance de la trouver fatiguée et contrariée.

3. Alice est une femme âgée de 52 ans résidant au FAM depuis septembre 2006

a) Alice a une Paralyse Cérébrale Infantile : microcéphalie d'origine congénitale associée à des troubles du comportement qui rendent difficile la relation aux autres.

FICHE D'OUVERTURE

PRENOM : ALICE

RESIDENTE DEPUIS : SEPTEMBRE 2005

AGE : 52 ANS

(en hébergement d'urgence puis temporaire)

INDICATION : EQUIPE MEDICALE

ANAMNESE :

- ✧ *Paralyse cérébrale infantile : microcéphalie d'origine congénitale*
- ✧ *Syndrome pyramidal* modéré au niveau des membres*
- ✧ *Diminution de la mobilité articulaire avec enraidissement au niveau des mains et du rachis*
- ✧ *Déficience intellectuelle*
- ✧ *Troubles du comportement, suspicion d'hallucinations, suivie par un psychiatre depuis 2008*
- ✧ *Énucléation de l'œil gauche pour une suspicion de néoplasie en 1992, prothèse oculaire*
- ✧ *Semble avoir une certaine compréhension des situations concrètes*
- ✧ *Se repère correctement dans l'unité et dans son studio*

TRAITEMENT :

- ✧ *Haldol® (neuroleptique) ; (effets indésirables possibles : réaction anxieuse, variation de l'humeur. Mouvements involontaires ou inadaptés, tics. Raideur musculaire et difficulté à coordonner les mouvements.)*
- ✧ *Tiapridal® (neuroleptique) ; (effets secondaires possibles : vertiges, maux de tête. Mouvements involontaires ou inadaptés, tics. Raideur musculaire et difficultés à coordonner les mouvements.)*
- ✧ *Atarax® (anxiolytique) ; (effets secondaires possibles : somnolence ou au contraire excitation, constipation.)*
- ✧ *Mopral® (inhibiteur, protecteur gastrique) ; (effets secondaires possibles : diarrhée ou constipation, nausées, vomissements, douleurs abdominales, maux de tête, vertiges.)*

APPAREILLAGE:

- ✧ *Se déplace en marchant avec l'aide d'une tierce personne qu'elle connaît*

PRISE EN SOIN COMPLEMENTAIRE :

- ✧ *Ferme pédagogique; modelage; bibliothèque (ponctuel); contes*

FAMILLE :

- ✧ *Issue d'une fratrie de 4 enfants*

GOUTS :

- ✧ *Aime feuilleter des magazines; les sorties; la musique (Édith Piaf...); aime la compagnie des hommes en particulier; aime les compliments; aime être assise sur le canapé de l'unité et observer ce qui se passe autour d'elle*

AUTONOMIE:

- ✧ *Mange seule; dépendante à la toilette et l'habillage, elle peut aider sur stimulation verbale*

EXPRESSION :

- ♣ *Accès au langage verbal restreint, ses cris peuvent signifier : recherche d'attention, expression d'un malaise, refus de faire une action demandée, crainte d'un résident...*

COMMUNICATION :

- ♣ *Peut répondre par oui ou non aux questions ou par le biais du langage non-verbal*

RELATION :

- ♣ *Ne se met pas spécialement en relation avec les autres résidents et/ou professionnels; aime la compagnie de personnes connues et qu'elle accepte, n'aime pas être seule*

OBJECTIFS DU PROJET INDIVIDUEL :

- ♣ *La stimuler verbalement*
- ♣ *Rassurer verbalement Alice sur ses capacités*
- ♣ *Lui proposer des choix et les respecter*
- ♣ *La stimuler pour qu'elle emploie le langage verbal*
- ♣ *La stimuler dans la rencontre vers les autres résidents et encadrants qu'elle côtoie moins*

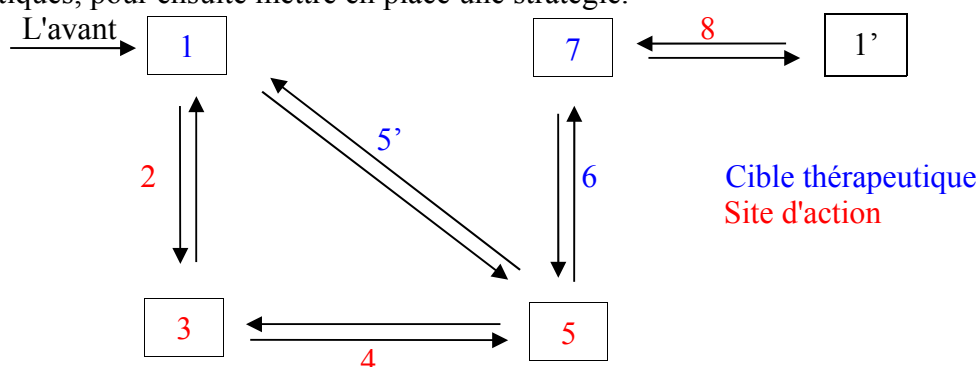
OBJECTIFS GENERAUX ART-THERAPEUTIQUE :

- ♣ *Favoriser la relation aux personnes qu'elle côtoie le moins au sein de l'établissement*
- ♣ *Stimuler et favoriser l'expression par le biais du langage verbal*

Alice a été prise en soin en art-thérapie en séance individuelle, deux fois par semaine, de 15h30 à 16h, du 3 mars au 9 juin 2011.

- b) La stratégie thérapeutique envisagée consiste à établir une relation de confiance avec Alice par le biais de la présentation et le jeu d'instruments de musique qui attise sa curiosité. Puis, la pratique du dessin pourraient permettre des gratifications sensorielles et stimuler le champ émotionnel afin de favoriser la verbalisation de ses ressentis.

Le schéma de l'opération artistique nous permet de situer les sites d'actions et les cibles thérapeutiques, pour ensuite mettre en place une stratégie.



Les sites d'actions sont situés ainsi :

2 : Énucléation de l'œil gauche.

3 : Déficience intellectuelle.

4 : Troubles cognitifs (intention, attention, mémoire, représentation, compréhension, etc.) et altération de l'affirmation de soi.

5 : Syndrome pyramidal et diminution de la mobilité articulaire et altération de la confiance en soi.

8 : Troubles du comportement rendant difficile la mise en relation (isolement), altération de l'estime de soi.

Les cibles thérapeutiques sont alors identifiées afin de mettre en place une stratégie qui est dans un premier temps de favoriser et d'établir une relation avec Alice (8). Pour cela, nous allons tout d'abord faire en sorte qu'Alice accepte notre présence près d'elle (8) en jouant des instruments de musique (1 et 2) que nous lui proposerons également (5, 6 et 7). Lorsqu'un début de relation sera établi, Alice appréciant dessiner, nous lui proposerons cette activité. Cela peut permettre de stimuler l'action (5, 6 et 7). Il est possible de travailler sur l'attention (4) par le biais de l'engagement dans un projet qu'elle semble apprécier (3). Ces moments de dessin peuvent permettre à Alice de s'exprimer vis-à-vis de ses goûts, de faire des choix de crayons feutre (4), de mettre en place une communication et favoriser une mise en relation (8). La pratique du dessin peut provoquer des gratifications sensorielles et stimuler le champ émotionnel afin de favoriser par la suite la verbalisation de ses ressentis. Cela peut restaurer le niveau de la confiance en soi (dans la capacité de faire) (5), de l'affirmation de soi (faire des choix et prendre des initiatives) (4) et de l'estime de soi (mise en place d'une communication et d'une relation (8) avec une réactivité adaptée aux situations rencontrées).

c) 16 séances ont permis d'atteindre certains objectifs thérapeutiques : favoriser la relation aux personnes qu'elle côtoie moins, stimuler et favoriser l'expression

Alice n'a pas accepté tout de suite la présence de l'art-thérapeute. Elle criait et tapait des pieds immédiatement. La prise en soin d'Alice s'est effectuée en conséquence dans le salon. Cela permettait à Alice d'être rassurée par la présence de personnes de l'équipe qu'elle connaissait. Si la prise en soin avait perduré, il aurait été possible d'effectuer des séances d'art-thérapie en collectif. Le tableau suivant nous permet d'exposer le déroulement des séances au regard des activités proposées et des objectifs intermédiaires afin d'atteindre les objectifs généraux art-thérapeutiques.

Séances	Activités	Cheminement thérapeutique	Objectifs intermédiaires
S1	Écoute musicale	Lorsque l'art-thérapeute s'approche d'Alice, elle crie et tape des pieds. L'art-thérapeute commence à jouer de la senza. Alice ne crie plus et ne tape plus des pieds. L'art-thérapeute s'approche de plus en plus et s'installe sur le canapé. Alice observe de manière fugace l'art-thérapeute et l'instrument. Lorsque les regards se croisent, Alice baisse les yeux. Lorsqu'une personne entre dans l'unité, Alice se déconcentre, et observe cette nouvelle personne. L'art-thérapeute propose à Alice des petits instruments à percussion, Alice se recule et s'enfonce encore plus dans le canapé. Elle se met à crier et à taper des pieds.	- Évaluation de l'état de base, - Établir une relation
Ø		Absence d'Alice (Rdv extérieur)	
S2-S3	Écoute musicale	Nous sommes installées sur le canapé, Alice accepte que l'art-thérapeute la regarde mais sur une courte durée. Elle tape des pieds mais ne crie pas. Elle observe l'art-thérapeute et les instruments brièvement. Proposition qu'elle en prenne un, elle recule et enfouit sa tête dans le canapé.	- idem
S4	Dessin	Nous sommes assises à une table du salon. L'art-thérapeute a apporté des feuilles et des crayons de couleurs. Alice apprécie dessiner. L'art-thérapeute commence à dessiner, Alice regarde les crayons ainsi que l'art-thérapeute. Proposition de prendre un crayon, Alice tape des pieds.	- idem - Favoriser et stimuler l'expression verbale

Ø Ø		Absence de l'art-thérapeute (formation)	
S5-S8	Dessin	L'art-thérapeute demande à Alice si elle veut boire, elle lui répond que « non ». Première fois qu'Alice répond à une question de l'art-thérapeute. Nous lui posons des feuilles devant elle et lui proposons de choisir entre des feutres. Elle prend un feutre mais n'arrive pas à le déboucher. L'art-thérapeute lui propose de l'aider, Alice répond « oui ». Elle regarde régulièrement l'art-thérapeute tout en dessinant. Une résidente d'une autre unité s'installe à notre table, Alice crie et tape des pieds. Cette résidente se saisit d'une feuille et la déchire. Alice parle, mais de manière non compréhensible, elle semble en colère (ton de la voix). Elle récupère une partie de la feuille déchirée et dessine dessus. Alice n'arrive plus à se concentrer et à tenir son attention sur son dessin à l'arrivée de personne dans l'unité. A un moment, Alice dessine, lève la tête, regarde l'art-thérapeute et lui parle (de manière inintelligible), rit et se replonge dans son dessin.	- Établir une relation - Favoriser l'expression verbale
S9-S11	Dessin	S9 : Alice refuse de s'asseoir à la table. Elle pousse l'art-thérapeute vers le canapé afin que nous l'accompagnions jusqu'au canapé. Elle prend un magazine, et lorsque nous lui posons la question si elle veut dessiner elle nous répond « non ». S10 : Reviens d'un rendez-vous extérieur, Alice semble fatiguée. Elle dessinera 10 minutes mais sans trop regarder ce qu'elle fait. Puis se met à crier et à taper des pieds. S11 : Alice est euphorique depuis quelques jours (arrêt de l'Haldol®), elle rit beaucoup (suspicion d'hallucinations). Elle refuse de venir avec l'art-thérapeute pour dessiner. Elle crie et tape des pieds.	- Maintenir une relation - Favoriser l'expression verbale - Favoriser l'attention et la concentration
Ø		Absence d'Alice (Rdv extérieur)	
S12-S14	Dessin	Alice dessine et semble prendre du plaisir. Elle observe beaucoup ce que fait l'art-thérapeute. Alice est très vite perturbée par la venue de personnes dans l'unité. L'art-thérapeute doit constamment la stimuler verbalement afin qu'elle se concentre sur son dessin. A la fin de chaque séance l'art-thérapeute demande à Alice si elle aime son dessin, Alice répond par des « oui » ou par des émissions vocaux. Par la suite l'équipe de l'unité affiche les dessins d'Alice dans le salon. Lorsque nous la complimentons sur ses dessins, Alice sourit et semble fière.	- idem
S15-S16	Dessin	Lors des dernières séances, une relation s'est établie entre Alice et l'art-thérapeute, Alice accepte les regards et les propositions de l'art-thérapeute. Elle accepte également que nous l'accompagnions en lui prenant les mains. Nous sommes face à face pour dessiner, nous remarquons qu'Alice se met dans les mêmes positions que l'art-thérapeute pour dessiner. Elle nous regarde fixement régulièrement. Elle fera de plus en plus de choix et de changements de crayons feutres. Elle répond plus rapidement aux sollicitations de l'art-thérapeute.	- idem

d) Des items en lien avec les capacités relationnelles, d'attention et des modalités d'expression vont permettre d'évaluer la progression d'Alice.

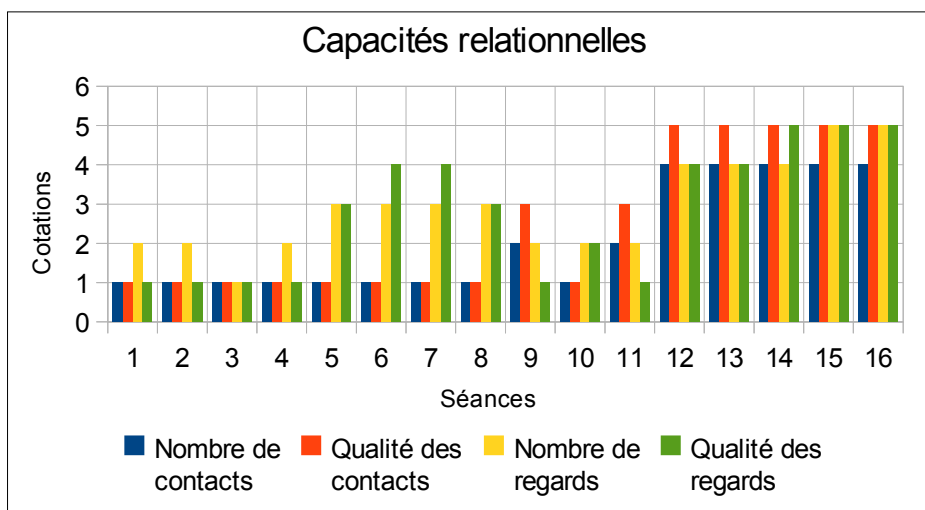
Le tableau suivant présente les items ainsi que leurs cotations en lien avec les objectifs art-thérapeutiques présents sur les graphiques qui suivent. Cela permet de mener une évaluation des prises en soin d'Alice par la comparaison de ces items de la première à la dernière séance.

Justification des items	Faisceaux d'items	Items	Cotations
Observer quantitativement et qualitativement si Alice regarde l'art-thérapeute et accepte son contact	Capacités relationnelles (schéma 1)	Nombre de contact	5. Systématiques (10 et +) 4. Nombreux (7 à 9) 3. Ponctuels (4 à 6) 2. Rares (1 à 3) 1. Inexistants
		Qualité du contact	5. Cordiale 4. Variable 3. Réticent 2. Agressif 1. Inexistant
		Nombre de regards	5. Systématiques (10 et +) 4. Nombreux (7 à 9) 3. Ponctuels (4 à 6) 2. Rares (1 à 3) 1. Inexistants
		Qualité du regard	5. Rayonnant 4. Intéressé 3. Présent 2. Triste 1. Fuyant
Mettre en avant les capacités d'Alice à maintenir son attention; observer le lien possible entre sa tension nerveuse et son maintien de l'attention afin de créer par la suite des situations propices le favorisant	Capacités d'attention (Schéma 2)	Maintien de son attention	5. Attention focalisée sur ce qu'elle fait 4. Alternance entre une attention focalisée et perturbée 3. Attention déstabilisée par une perturbation extérieure 2. Attention déstabilisée par une perturbation du patient 1. Attention dispersée
		Tension nerveuse	5. Dynamique 4. Calme 3. Variable 2. Passive 1. Agitée
Observer l'évolution de la communication entre Alice et l'art-thérapeute	Communication (Schéma 3)	Expression après sollicitation de l'art-thérapeute	5. Répond verbalement par des phrases aux sollicitations 4. Répond verbalement brièvement aux sollicitations (oui/ non) 3. Répond par des sons aux sollicitations 2. Ne répond pas aux sollicitations mais regarde l'art-thérapeute 1. Ne répond pas aux sollicitations et ne regarde pas l'art-thérapeute
		Expression sans sollicitation de l'art-thérapeute	5. S'exprime verbalement par des phrases spontanément 4. S'exprime verbalement brièvement spontanément 3. S'exprime par des sons spontanément 2. Ne s'exprime pas spontanément mais regarde l'art-thérapeute 1. Ne s'exprime pas spontanément et ne regarde pas l'art-thérapeute

- e) L'évaluation est menée au regard de la comparaison des items en lien avec les objectifs art-thérapeutiques.

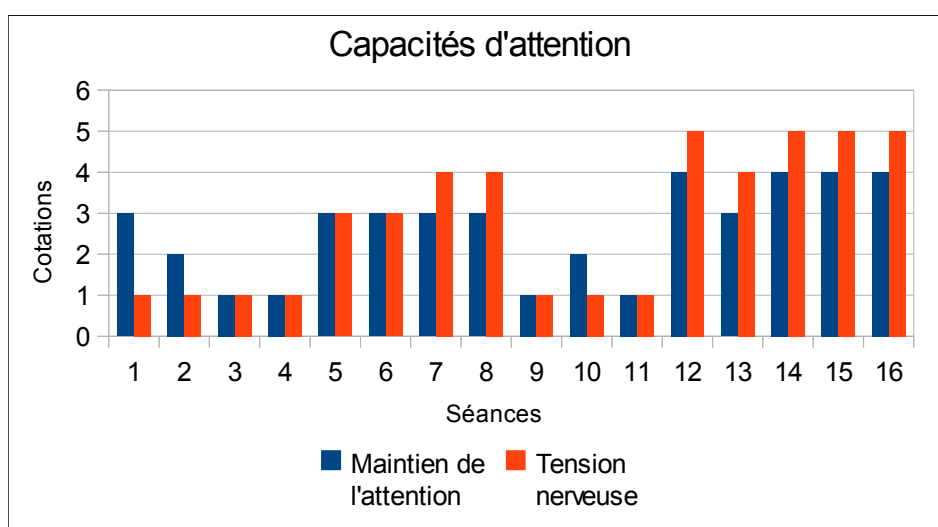
Rappelons que les objectifs art-thérapeutiques sont de : favoriser la relation aux personnes qu'elle côtoie le moins au sein de l'institution ; stimuler et favoriser l'expression par le biais du langage verbal.

Schéma 1



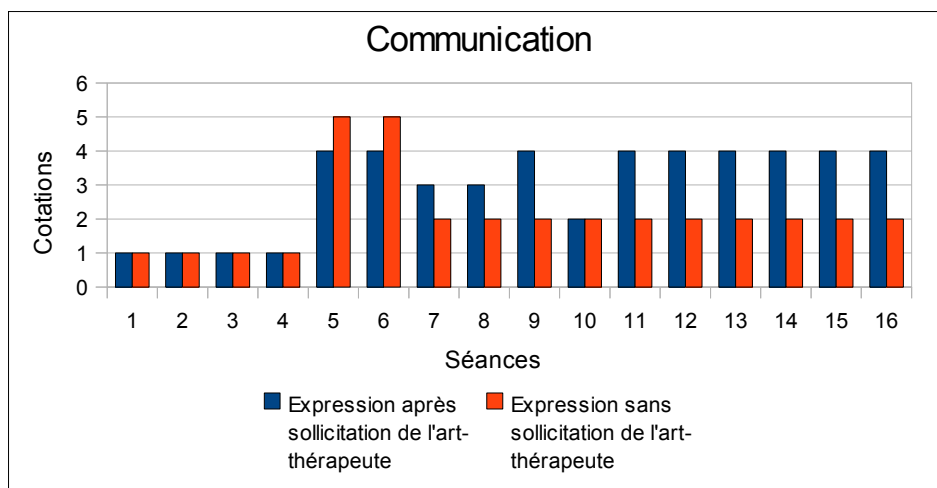
Nous observons un début d'évolution lors de la 5ème séance, puis une nette progression des capacités relationnelles d'Alice à partir de la 12ème séance. Cela correspond à l'arrêt de l'Haldol®, une semaine auparavant. Alice ne crie plus et ne tape plus des pieds lorsque l'art-thérapeute s'approche, la regarde ou lui parle. Elle accepte volontiers et exprime son envie de faire du dessin. Elle observe beaucoup l'art-thérapeute, sourit et rit parfois durant les dernières séances. Une relation s'est établie et se maintient jusqu'à la fin de la prise en soin.

Schéma 2



Nous observons une variabilité de l'attention d'Alice durant les séances 5 à 8, en lien avec le passage de personnes au sein de l'unité. Alice était soit calme soit d'une tension nerveuse variable (calme, puis agitée). Nous remarquons une progression du point de vue de l'attention et de la tension nerveuse surtout à partir de la 12ème séance. Alice arrive à maintenir de plus en plus son attention sur ce qu'elle fait, cependant elle peut encore être déconcentrée par l'arrivée d'une personne dans l'unité. Elle était majoritairement dynamique durant ces derniers ateliers.

Schéma 3



Nous remarquons qu'un début de relation s'est établi à partir de la 5ème séance : Alice s'est exprimée suite, puis sans sollicitation de l'art-thérapeute. Dans le second temps de la prise en soin, Alice répond principalement par des réponses courtes de type oui/non, et ne s'exprimera plus spontanément. Elle regardera tout de même l'art-thérapeute lorsque cette dernière lui parle.

f) Un bilan de fin de prise en soin a pu être réalisé au regard du phénomène artistique et des capacités relationnelles.

Plusieurs semaines ont été nécessaires afin de pouvoir entrer en relation avec Alice. La musique a été utilisée dans un premier temps. En effet, Alice a accepté la présence de l'art-thérapeute près d'elle lorsqu'elle avait et jouait d'un instrument. Puis, les séances se sont orientées autour de l'activité dessin, car l'équipe avait fait part de l'intérêt d'Alice pour cette discipline.

Sur le plan de l'intention : Alice a accepté de venir dessiner avec l'art-thérapeute à partir de la 5ème séance. Elle a accepté par la suite de venir jusqu'à la table accompagnée par l'art-thérapeute afin de dessiner. Alice a pris au fil des séances de plus en plus d'initiatives et également réalisait plus de choix (choisir, changer de crayons feutres).

Sur le plan de la production : Alice a réalisé plusieurs dessins qui ont été affichés par l'équipe sur un mur du salon. Alice semblait fière de ses productions lorsque nous la complimentions à ce propos.

Sur le plan de sa capacité esthétique : Alice a semblé souvent prendre du plaisir à choisir son crayon feutre, à dessiner, à montrer son dessin lorsque nous pouvions la solliciter. Elle a été capable de dire qu'elle aimait ses dessins, lorsque nous lui posions la question. Elle a également pu, semble-t-il, avoir des moments de reculs sur sa production pour avoir un regard global dessus et décider par la suite à quel endroit de la feuille, elle allait s'appliquer.

Sur le plan de l'expression : l'expression du visage d'Alice a été généralement neutre, ni souriante, ni triste, ni en colère. Par le biais du jeu, le visage d'Alice devenait de plus en plus souriant. Alice a accès au langage verbal, il a fallu du temps et beaucoup de stimulations pour qu'elle accepte de répondre à des questions. Il est arrivé à deux reprises qu'elle verbalise quelques phrases, en riant, mais qui n'était pas compréhensibles.

Sur le plan de la communication : pour se faire comprendre, Alice utilise majoritairement des gestuelles telle prendre la main et la pousser vers ce qu'elle veut par exemple. Elle pousse également des cris qui peuvent exprimer de l'angoisse, accompagnés de tapements de pieds. Elle a également un regard assez expressif qui peut nous donner des indications sur son état émotionnel.

Sur le plan relationnel : il a fallu plusieurs séances afin qu'un début de relation s'établisse entre l'art-thérapeute et Alice. Sa posture a évolué au fil du temps. En effet, au début elle tournait le dos, puis lorsqu'elle a accepté de faire du dessin, elle ne reculait plus lorsque l'art-thérapeute s'approchait. Lors des dernières séances, une certaine forme de complicité s'est installée. La présence de l'art-thérapeute ne gênait plus Alice, elle acceptait son regard, l'aide et également le contact. Cette période peut, peut-être être en lien avec l'arrêt de l'Haldol® (depuis une semaine).

Au niveau de son implication dans l'activité : au fur et à mesure des séances, Alice a fait volontiers l'activité proposée. Sa concentration a été très variable. Alice peut très vite être déconcentrée par tout ce qui se passe autour d'elle. Lors des trois dernières séances, elle arriva à fixer son attention et rester concentrée sur ce qu'elle dessinait même lorsque des personnes arrivaient sur l'unité.

Sur le plan émotionnel : Alice a semblé de plus en plus détendue à chaque séance au moment où elle commençait à dessiner. Il est arrivé trois fois (séance 9 à 11) qu'elle semble être angoissée et qu'elle refuse de participer à l'activité. Il y a eu des moments de joie associés à des rires, surtout lors des derniers ateliers.

Conclusion de la deuxième partie

Après avoir présenté la structure d'accueil et les différents outils de l'art-thérapeute, nous avons relaté trois expériences pratiques de prises en soin en art-thérapie. Par rapport à notre hypothèse de départ, nous pouvons noter que l'art-thérapie à dominante musicale peut favoriser l'expression, la communication et la relation. Cependant, il est important de noter que l'art-thérapeute doit être capable de s'adapter aux situations et peut être amené à changer de dominante pour certaines prises en soin. Il est également essentiel de travailler avec l'ensemble de l'équipe afin d'informer ou de confirmer certains résultats et donc de travailler en pluridisciplinarité autour du résident sur les objectifs généraux établis dans le projet individuel du résident. Quelques mois après la fin de notre stage, nous avons contacté l'équipe de l'unité pour avoir des retours par rapport aux ateliers d'art-thérapie. On nous a expliqué que les apports des séances étaient visibles sur le temps de stage mais que les effets sur le long terme ont été plus difficilement perceptibles du fait qu'il y a eu beaucoup de changements au sein de l'unité (départ de personnels, de résidents, remplacements des congés d'été).

III. L'ART-THERAPIE A DOMINANTE MUSICALE SEMBLE APPORTER UN BENEFICE AUPRES DE PERSONNES POLYHANDICAPEES, CEPENDANT NOUS POUVONS NOUS QUESTIONNER SUR LA POSSIBILITE D'EFFECTUER DES EVALUATIONS OBJECTIVES.

Précédemment, nous avons présenté d'un point de vue théorique et pratique les bénéfices apportés par l'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes polyhandicapées. Notre expérience pratique présentée à travers trois études de cas nous a permis de prouver l'apport de l'art-thérapie auprès de ce public. En effet, la pratique de cette discipline a favorisé la communication et la relation auprès de ces personnes. Durant notre stage, nous avons été confrontés à la difficulté de créer nos fiches d'observations afin d'effectuer par la suite des évaluations se voulant le plus objectives possibles. En effet, les personnes suivies en art-thérapie n'avaient pas ou peu accès au langage verbal et certaines présentaient des troubles cognitifs importants. Nous nous sommes rendu compte que nous pouvions coter l'expression non-verbale objectivement. Cependant une part de subjectivité était omniprésente dans certains de nos items se basant pour certains sur le ressenti de l'art-thérapeute.

Lors de nos recherches, nous avons pu trouver quelques ouvrages sur la thématique : musicothérapie pour les personnes polyhandicapées. Cependant, aucun ne traite de l'évaluation des effets de la musique dans un cadre art-thérapeutique auprès de ce public, d'où notre interrogation : pouvons-nous évaluer objectivement les apports de l'art-thérapie auprès de ce public ? Suite à l'expérience présentée précédemment, la réflexion ci-dessous sera étayée par des exemples concrets tirés de recherches réalisées en lien avec la dominante musicale.

A. Une évaluation objective en art-thérapie peut être difficile à effectuer auprès de personnes polyhandicapées.

1. L'évaluation en art-thérapie se base sur trois catégories d'items.

Suite à nos évaluations de prise en soin en art-thérapie présentées précédemment, nous observons des évolutions positives, même si nous pouvons relativiser certains résultats qui peuvent être fluctuants. Nous pouvons nous interroger également sur l'objectivité de l'évaluation. De nos jours, il est demandé aux professionnels de la santé de mettre en œuvre des évaluations les plus objectives possibles afin de prendre connaissance de la progression du patient. En art-thérapie, nous utilisons la fiche d'observation, qui contient des items spécifiques à la prise en soin, aux objectifs art-thérapeutiques et prend en compte également la personne et ainsi sa personnalité. Nous proposons des items objectifs et subjectifs afin d'évaluer l'évolution de la personne. Cela est l'une des originalités de l'évaluation en art-thérapie. En effet, nous incluons le ressenti du patient. Au début de ce mémoire, nous avons remarqué le lien entre la bonne santé et le bien-être. Ainsi, en art-thérapie, nous intégrons la subjectivité en lien avec ce sentiment dans nos évaluations.

Il est essentiel que l'art-thérapeute soit vigilant par la suite à la cohérence entre l'objectivité et la subjectivité. En effet, ces notions peuvent influencer l'évaluation. Trois catégories d'items sont utilisées en art-thérapie : premièrement, nous avons des items objectifs et quantitatifs qui sont mesurables, puis des items interprétés, qualitatifs, se rapportant à des faits ou des connaissances qui sont connexes à l'observation et enfin, nous avons les items ressentis par l'art-thérapeute.

2. L'art-thérapeute prend en compte dans l'évaluation les capacités et la personnalité de la personne prise en soin.

Lors de la rencontre avec la personne prise en soin en art-thérapie, il est essentiel d'établir un état de base, de connaître la personne, ses capacités sensorielles (A-t-elle des troubles de l'audition, visuels... ?), ses capacités de compréhension (comprend-t-elle les ordres simples?), d'expression (quelles sont ses modes d'expressions ?), de communication (Communique-t-elle par le biais de mots (verbale), de cris (vocale), de gestuelles (non-verbale) ou autres ?) et de mise en relation (Accepte-t-elle le contact ?). Ces informations nous permettent d'identifier ce qui fonctionne chez le patient, les parties saines avec lesquelles l'art-thérapeute va travailler au regard des objectifs thérapeutiques. L'art-thérapeute prend également en compte les besoins, les goûts ainsi que les choix du patient afin de créer des boucles de renforcement.

Les connaissances sur la pathologie du patient sont également importantes afin d'adapter la prise en soin et l'évaluation. Rappelons que certaines pathologies peuvent induire des troubles hétérogènes qu'il faut identifier essentiellement lorsque le langage est lésé, afin de ne pas interpréter certaines réactions du patient. Nous pouvons citer par exemple, les personnes ayant le syndrome d'Angelman dont le sourire et le rire sont souvent excessifs, qui sont des comportements liés à la pathologie. Nous devons en conséquence être vigilants quant à la distinction entre des expressions, des comportements liés à la pathologie et ceux d'une personnalité singulière afin d'effectuer une évaluation la plus adéquate à la personne prise en soin. En effet, pour des patients présentant des pathologies similaires, nous pouvons travailler sur des items objectifs et subjectifs différents, car ils sont en lien avec la personnalité de la personne prise en soin. Cependant, il est important qu'il existe une cohérence et un équilibre entre les éléments objectifs et subjectifs, sans que l'un ou l'autre prenne le dessus. L'intégration de la subjectivité fait la singularité et la complémentarité de l'observation en art-thérapie avec les modalités évaluatives des autres professions médicales et paramédicales.

3. L'autoévaluation permet d'objectiver la subjectivité du ressenti de la personne prise en soin.

Le Bilan Art-Thérapeutique est une autoévaluation composée de trois fiches. La première est remplie par le patient. Cela lui permet de s'investir dans le soin mais également d'exprimer son avis sur la séance et sur ses productions. Cette fiche donne des indications sur les goûts du patient (le Beau), sur la façon dont il juge son travail, son style, sa technique (le Bien**), puis sur son engagement et son envie de continuer (le Bon**). Les deux autres fiches sont remplies par l'art-thérapeute et lui permettent de synthétiser et d'analyser les différentes cotations. Cela amène « l'art-thérapeute à se poser la question du bien-fondé de la prise en charge, de la qualité du projet thérapeutique et de sa réalisation, de l'état sanitaire de la personne ou de la pertinence professionnelle de l'art-thérapeute.²⁵ » Le modèle du cube harmonique se fonde sur la cotation des trois facteurs : le Beau, le Bien, le Bon. Le modèle va permettre d'objectiver la subjectivité des patients. Cependant, il s'est avéré difficile d'intégrer cet outil auprès des personnes polyhandicapées suivies durant le stage du fait des différents troubles présents. Plusieurs études ont fait l'objet d'évaluation des effets de la musique dans un cadre de soin auprès de public présentant des troubles du langage. Nous allons alors observer leurs méthodes évaluatives.

Une recherche a été effectuée sur l'intérêt de la musicothérapie sur l'humeur et l'anxiété-dépression auprès de patients cérébrolésés traumatiques. Les chercheurs concluent que la musicothérapie dans une prise en charge multidisciplinaire « contribue à améliorer l'humeur et les composantes

²⁵ FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 6ème édition, Paris, 2009, p.200

d'anxiété-dépression des traumatisés crâniens graves [...] la musique agit par de multiples mécanismes interactifs (sensoriels, cognitifs, affectifs et comportementaux), permettant une action directe sur l'évolution des composantes globales du patient. ²⁶»

Pour évaluer et affirmer cela, les chercheurs ont utilisé une échelle des visages (Annexe n°6) cotée par le patient. Une cotation était effectuée avant et après la séance. Cela permet de coter l'humeur à court terme, le temps de la séance. Afin d'évaluer la composante anxieuse ou dépressive, ils ont utilisé la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Annexe n°7) qui se compose de quatorze questions. Une baisse significative de l'anxiété est observée. L'effet anxiolytique de la musique agit une semaine après la fin de la prise en soin. Nous remarquons que l'échelle des visages est adaptée pour des personnes n'ayant pas accès à la communication, mais qui ont la possibilité de coter eux-mêmes leur humeur. Mais lorsque les patients n'ont pas la possibilité ou la capacité de répondre à des questions et de s'autoévaluer, quel outil peut être utilisé ?

Durant notre stage, nous n'avons pas utilisé l'outil d'autoévaluation, car cela était impossible du fait de la déficience intellectuelle importante que présentaient les personnes prises en soin. Des items subjectifs ont été utilisés durant les évaluations. Nous remarquons que certains d'entre eux étaient interprétés, se rapportant à des faits telle l'expression du visage, puis d'autres se rapportaient aux ressentis qu'avait l'art-thérapeute. Il a été essentiel par rapport à ces derniers items de solliciter l'équipe soignante. En effet, il semble important de savoir s'ils ont eu les mêmes ressentis que ceux de l'art-thérapeute. Si cela est le cas, l'item subjectif est validé par l'équipe, mais également pour la fiche d'observation, d'où l'importance du travail pluridisciplinaire.

Nous nous sommes aussi rendu compte de la difficulté en début de stage de créer une fiche d'observation. En effet, il a fallu du temps afin de connaître au mieux les personnes prises en soin, afin d'identifier ce qui était propre à la pathologie et ce qui faisait partie de leur personnalité. Il a fallu prendre le temps également d'identifier les différentes « palettes d'expressions » de chacun et ce qu'elles signifiaient. L'équipe a été d'une grande aide dans l'interprétation des réactions des résidents. Parfois, eux-mêmes n'arrivaient pas à expliquer la raison pour laquelle, par exemple, une résidente se mettait à se mordre et à se taper la tête sur la table. Plusieurs hypothèses pouvaient être proposées et l'équipe essayait de trouver la réponse à cette observation.

Nous remarquons ainsi que l'outil d'autoévaluation permettant la prise en compte de la subjectivité du patient n'a pu être utilisé avec les personnes prises en soin durant ce stage. Mais quel outil d'évaluation objectif peut donc être employé auprès de ce public ?

²⁶ GUETIN S. et al, *Intérêt de la musicothérapie sur l'humeur et l'anxiété-dépression : étude observationnelle chez des patients cérébrolésés traumatiques institutionnalisés*, In **Annales de Réadaptation et de Médecine Physique**, édition Elsevier Masson, Paris, 2005

B. Des outils permettent d'objectiver la subjectivité de personnes présentant des troubles du langage.

1. Des outils objectifs permettent d'évaluer les effets de la musique.

Nous pouvons citer l'étude sur les effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés²⁷. Afin d'évaluer les effets induits par la musicothérapie, les chercheurs ont utilisé des paramètres hémodynamiques et respiratoires afin d'évaluer la douleur et l'état d'éveil-vigilance chez ces patients. Avant et après la musicothérapie, l'état d'éveil-agitation était évalué par l'échelle de Richmond (Annexe n°8) et par l'index bispectral*. La douleur a été mesurée par l'échelle visuelle numérique (EVN) qui est cotée par le patient de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale). Une diminution de l'anxiété est observée par une baisse significative de la fréquence cardiaque, des pressions artérielles et de la fréquence ventilatoire chez les deux groupes de patients en lien avec la musique entendue. L'écoute de musique provoque une diminution de l'intensité de la douleur et induit une relaxation et à un apport positif sur la qualité du sommeil. Ces derniers résultats ont été confirmés par la baisse de l'index bispectral et des résultats de l'échelle de Richmond.

Les techniques d'évaluations utilisées pour cette étude sont appropriées pour des personnes ne pouvant verbaliser. Nous remarquons par cette recherche l'importance de travailler en pluridisciplinarité. En effet, l'art-thérapeute n'a pas les compétences pour appréhender et manipuler certains de ces outils. Nous observons que les échelles visuelles numériques ou analogiques permettent une autoévaluation du patient par rapport à la douleur qu'il ressent. Cependant, pour l'utiliser, les personnes doivent être en capacité de répondre soit verbalement soit de pointer le chiffre correspondant ou de déplacer le curseur. Pour cela, il est important également que la personne puisse comprendre la question posée par le professionnel. Ainsi, c'est un outil qui peut ne pas être adapté à certaines personnes polyhandicapées présentant des troubles cognitifs.

2. L'hétéro-évaluation est utilisée auprès de personnes dont l'autoévaluation n'est pas possible.

De nos jours, nous nous intéressons de plus en plus à des caractéristiques subjectives dans le cadre de soin : la douleur, l'anxiété, la fatigue. Mesurer un item subjectif peut-il revendiquer le même statut scientifique que mesurer un item objectif ? Lorsque nous effectuons des recherches sur l'évaluation auprès de personnes polyhandicapées, nous trouvons majoritairement des outils adaptés permettant d'évaluer la douleur. C'est ce que nous appelons l'hétéro-évaluation. Celle-ci permet d'objectiver et de quantifier la douleur d'une personne lorsque l'autoévaluation n'est pas possible. Il est essentiel de toujours se référer au comportement habituel de la personne prise en soin.

Il existe des échelles spécifiques pour appréhender la douleur chez les personnes handicapées. Nous pouvons citer l'échelle EDAAP*** (Annexe n°9) qui permet de comprendre et d'évaluer l'expression de la personne face à la douleur. Nous connaissons également l'Échelle Comportementale Simplifiée (ECS) qui repose également sur l'observation par les soignants des modifications d'attitudes, de comportements, de manifestations corporelles susceptibles d'être présentées par le patient. Une des limites de cette échelle est qu'elle suppose la connaissance par le soignant de l'état habituel du patient. C'est une des raisons pour laquelle les soignants observent ensemble le patient afin d'utiliser le plus objectivement ces échelles. Plusieurs hétéro-évaluations

²⁷ JABER S., et al, *Effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés*, In **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, édition Elsevier Masson, Paris, 2006

ont donc été créées prenant en compte la connaissance ou non de la personne polyhandicapée prise en soin telle l'évaluation GED-DI (Annexe n°10).

3. Des outils adaptés aux personnes polyhandicapées permettent d'évaluer leurs moyens de communication et leur qualité de vie.

Certains professionnels proposent également d'évaluer la qualité de vie des personnes polyhandicapées avec par exemple l'hétéro-questionnaire Qualin (Annexe n°11) qui est rempli par la famille et les soignants. Il est composé de 34 items qui couvrent quatre domaines : le psychologique et le somatique, la capacité à être seul, le contexte familial, le comportement et la communication. Dominique Crunelle, directeur de l'institut d'orthophonie de Lille 2 a créé une grille d'évaluation de la communication de la personne polyhandicapée. En effet, la communication « de et avec » la personne polyhandicapée est complexe comme nous avons pu le voir précédemment. L'évaluation permet d'établir un état de base plus objectif.

Afin d'évaluer la communication, Dominique Crunelle propose de prendre connaissance des capacités réceptives, de la compréhension, des capacités de désignation sur demande, de l'expression non orale, vocale et verbale du patient. Un questionnaire à destination des parents sur la communication avec leur enfant est également mis à leur disposition. Ces différents renseignements permettent à l'équipe d'identifier les compétences et les potentialités de chaque personne. Cette évaluation permet l'élaboration d'un projet individualisé et ouvre la possibilité à l'ensemble de l'équipe entourant la personne de contribuer à l'atteinte d'objectifs communs.

C. L'art-thérapeute peut s'inspirer de certaines échelles d'évaluations existantes utilisées auprès de personnes polyhandicapées.

1. La pluridisciplinarité et la transdisciplinarité permettent une mise en commun des éléments évaluatifs afin d'élaborer une meilleure prise en soin de la personne polyhandicapée.

Afin d'effectuer un suivi thérapeutique, l'évaluation est nécessaire. En effet, elle permet aux professionnels de coter la progression du patient, mais également de prendre du recul sur leurs pratiques, d'en évaluer les effets afin de les analyser et d'adapter leurs stratégies. Les art-thérapeutes possèdent une trame commune pour leurs fiches d'observations et ont la particularité de travailler à partir de l'opération artistique. Il semble essentiel d'adapter, comme nous l'avons cité précédemment, les évaluations à la personne et à sa pathologie au regard des objectifs thérapeutiques.

Afin d'effectuer des prises en soin efficaces, il nous semble important de travailler sur un modèle pluridisciplinaire et transdisciplinaire. En effet, pour répondre au mieux aux objectifs thérapeutiques et afin d'effectuer des séances et des évaluations cohérentes, nous pensons que l'association des points de vue des différents professionnels permet une meilleure compréhension de la personne suivie en soin et une complémentarité des outils évaluatifs. Nous pensons également que chaque professionnel doit, tout au long de sa carrière, enrichir sa pratique de connaissances issues de disciplines qui ne sont pas les siennes, sans perdre sa spécificité professionnelle. Il est également important que les différents acteurs soignants dialoguent, échangent régulièrement des informations, afin d'élaborer des prises en soin opérantes. Comme nous avons pu le citer ultérieurement, il peut être demandé à plusieurs professionnels d'effectuer des évaluations communes avec des outils différents, propre à leur profession.

2. L'art-thérapeute peut s'inspirer d'outils d'évaluation spécifiques au public polyhandicapé, tout en prenant en compte certaines limites.

L'art-thérapeute a pour originalité de travailler avec la partie saine du patient. Il aide la personne à développer ce qui fonctionne, plutôt que de se concentrer sur des mécanismes humains défaillants. En vue de valoriser les potentiels de la personne, les items d'évaluations ne se focalisent pas uniquement sur la pathologie et les difficultés qu'elle engendre, mais doivent également permettre l'observation de la progression des compétences et des comportements positifs.

Nous pouvons nous inspirer de certains outils d'évaluation développés spécifiquement pour les personnes polyhandicapées. Cependant, il est important de savoir que certains outils évaluatifs requièrent une formation spécifique afin de les utiliser de manière efficiente. De plus, certaines grilles évaluatives ne peuvent être exploitées que par des professionnels spécialisés (psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes...) de part leurs connaissances et l'importance du cadre dans lequel elles doivent être employées. L'art-thérapeute peut s'inspirer de certains éléments des évaluations existantes, tels des items spécifiques à la pathologie, à des éléments représentatifs de l'expression, de la communication et de la relation.

Afin d'effectuer une évaluation cohérente, l'art-thérapeute va harmoniser son système de cotation tout en préservant la fonctionnalité de ces items au regard des objectifs thérapeutiques. Il est également essentiel de maintenir la personnalisation des fiches d'observations, afin de mener des évaluations étant le plus en adéquation possible avec la personne suivie et se référant à son état de base.

Auprès de ce public, l'art-thérapeute va observer et coter principalement le langage non-verbal. S'il souhaite optimiser ses outils évaluatifs, il doit être conscient, que même avec un système de cotation précis qui se veut le plus objectif possible, en corrélation avec une méthodologie rigoureuse, une part de subjectivité persistera. En effet, comme nous l'avons cité précédemment, nous avons pour objectif de favoriser le bien-être de l'être humain, en évaluant parfois son ressenti, ses émotions, et en essayant de se baser sur des items mesurables. Nous remarquons qu'il y a des éléments subjectifs dans la plupart des thérapies, que la personne soit handicapée ou non, cependant, lorsque la personne présente des troubles cognitifs importants et ne peut verbaliser et s'autoévaluer, des items subjectifs subsistent d'autant plus. En cela, le travail pluridisciplinaire permet de valider ou non certains de ces items. La prise en compte de la subjectivité dans un cadre de soin montre également la singularité et la complémentarité des évaluations en art-thérapie avec celles des autres médicaux et paramédicaux.

D. Un tableau de synthèse nous permet de récapituler les points importants.

Des évaluations objectives d'art-thérapie sont difficiles à effectuer auprès de personnes polyhandicapées.	Des évaluations objectives en art-thérapie peuvent être menées auprès de personnes polyhandicapées.
L'absence de langage verbal rend difficile l'objectivité des évaluations.	Des évaluations objectives spécifiques aux personnes ne pouvant verbaliser existent.
	Le langage non-verbal peut être coté objectivement.
Des items subjectifs peuvent être nombreux dans l'évaluation des séances d'art-thérapie auprès de ce public.	L'art-thérapeute peut s'inspirer de modèles d'hétéro-évaluations auprès de personnes polyhandicapées et permet des évaluations objectives.
La déficience mentale peut rendre difficile la compréhension de consignes permettant l'évaluation.	Une évaluation objective des effets de la musicothérapie peut être effectuée grâce à la complémentarité des outils et des méthodes des autres professionnels.
L'art-thérapeute peut interpréter certains comportements des personnes polyhandicapées, et donc rendre difficile l'objectivité de l'évaluation.	L'art-thérapeute peut exploiter des items objectifs utilisés dans des grilles d'évaluations spécifiques au polyhandicap.
L'autoévaluation permettant d'objectiver la subjectivité de la personne n'est pas possible auprès de la plupart des personnes polyhandicapées.	L'art-thérapeute en travaillant en pluridisciplinarité peut valider des items subjectifs.

Conclusion de la troisième partie

Notre hypothèse de départ était que l'art-thérapie semble apporter un bénéfice auprès de personnes polyhandicapées, cependant nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'effectuer des évaluations objectives auprès de ce public. Nous avons pu voir que la déficience intellectuelle importante que présentent certaines personnes, associée à des troubles du langage peuvent rendre difficile l'objectivité de l'art-thérapeute dans ses évaluations. Cependant, il existe des outils spécifiques au public polyhandicapé, dont l'art-thérapeute peut s'inspirer tout en veillant à ne pas dénaturer sa pratique et à promouvoir dans un travail de pluridisciplinarité et de transdisciplinarité la spécificité de son métier.

Conclusion générale

Nous avons souhaité à travers ce mémoire mettre en exergue les souffrances qu'implique la difficulté de communication « des » et « avec » les personnes polyhandicapées. Suite à notre pratique, l'art-thérapie à dominante musicale semble favoriser l'expression, la communication et la relation auprès de ce public.

Cette expérience de stage nous a amené à réfléchir sur l'intérêt d'une prise en soin en art-thérapie dans un foyer d'accueil médicalisé. Les trois études de cas présentées dans cet écrit nous montrent les apports positifs de cette discipline, malgré des résultats pouvant être fluctuants. En effet, nous ne pouvons pas généraliser les bénéfices de l'art-thérapie à destination des personnes polyhandicapées. Nous avons dans un premier temps défini ce qu'était le polyhandicap et les difficultés que cela engendre. Puis, un exposé sur l'Art, l'art-thérapie et plus particulièrement la dominante musicale a été présenté afin de comprendre en quoi la musique était la technique la plus adaptée à cette pathologie. Suite à notre prise en soin d'Alice, nous avons mis en avant l'importance que l'art-thérapeute puisse changer de stratégie et de dominante afin d'atteindre les objectifs art-thérapeutiques. Les prises en soin ont permis aux patients des moments de plaisir, d'expression, de communication et de mise en relation avec l'art-thérapeute. Sur le long terme, il aurait été intéressant de pratiquer des séances collectives avec plusieurs résidents.

En réalisant nos évaluations, nous nous sommes rendu compte parfois de la difficulté à élaborer des suivis objectifs. En effet, l'absence de langage verbal associé à des déficiences intellectuelles importantes peuvent rendre délicates les observations lors des séances d'art-thérapie de part leur subjectivité. En cela, il est essentiel de connaître au mieux la personne ainsi que sa pathologie, afin de diminuer la part d'interprétation des situations rencontrées. Nous avons mis en avant les bénéfices d'un travail sur un modèle pluridisciplinaire et transdisciplinaire. Nous avons également proposé l'hypothèse qui consiste à dire que l'art-thérapeute peut se référer à des modèles évaluatifs existants à destination du public polyhandicapé tout en insistant sur les limites que cela implique.

Suite à nos recherches, nous pouvons émettre de nouvelles hypothèses : est-il possible de créer un outil évaluatif objectif possédant une base commune aux différents professionnels travaillant auprès de personnes polyhandicapées ? Afin de privilégier l'objectivité de l'évaluation, serait-il plus intéressant d'intégrer un co-thérapeute aux séances d'art-thérapie auprès de ce public ?

Nous terminerons ce mémoire en précisant que cet écrit nous a permis de nous enrichir au niveau des connaissances acquises durant la formation, le temps de stage et la rédaction. Ces différents moments nous ont également permis de belles rencontres professionnelles. Nous espérons que ce mémoire apporte de nouveaux axes de réflexion pour de futurs travaux et qu'il permettra grâce à l'ensemble des différents écrits, recherches, études, une meilleure connaissance et reconnaissance de cette discipline.

Références bibliographiques

Dictionnaires

Dictionnaire de la langue française : Langue, encyclopédie, noms propres, édition Hachette, Paris, 1990

MORFAUX L.-M., *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, édition Armand Colin, 13ème tirage, Paris, 1991.

VIGNAL M. (Dir.), *Dictionnaire de la musique*, édition Larousse, Paris, 2001.

Ouvrages de Médecine et Sciences Humaines

BONNET F., LESCOT T., *Analgésie et sédation en réanimation*, édition Springer, Paris, 2010

DALLA PIAZZA S., GODFROID B., *La personne polyhandicapée: Son évaluation et son suivi*, Édition De Boeck, Bruxelles, 2004

LANDOLO C., VITALI M., *Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication*, édition Elsevier Masson, Paris, 2007

LEMARQUIS P., *Sérénade pour un cerveau musicien*, édition Odile Jacob, Paris, 2009

LE NEURES K., *Réussir la démarche de soin méthodologie et applications*, édition Elsevier Masson, Paris, 2008

MOLINIER A., MASSOL J., *Pathologie médicale et pratique infirmière*, volume 3, édition Lamarre, Rueil-Malmaison, 2008

SACHS O., *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, édition du Seuil, Paris, 2009

Articles de Médecine

GUETIN S. et al, *Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la lombalgie chronique en milieu hospitalier*, In **Annales de Réadaptation et de Médecine Physique n°48**, édition Elsevier Masson, Paris, 2005

GUETIN S. et al, *Intérêt de la musicothérapie sur l'humeur et l'anxiété-dépression : étude observationnelle chez des patients cérébrolésés traumatiques institutionnalisés*, In **Annales de Réadaptation et de Médecine Physique**, édition Elsevier Masson, Paris, 2005

JABER S., et al, *Effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés*, In **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, édition Elsevier Masson, Paris, 2006

Ouvrages d'Art et de Philosophie

BERGSON H., *La pensée et le mouvant*, édition PUF, Paris, 1998

FORESTIER R., *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique*, édition SeeYouSoon, Paris, 2006

FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art occidental*, édition Favre, Paris, 2004

FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 6ème édition, Paris, 2009

KANT E., *Critique de la faculté de juger esthétique*, in *Œuvres philosophiques*, édition Gallimard, Paris, 1985

PLATON, *Les lois*, édition la nouvelle revue française, Paris, 1942

PLATON, *Le Phèdre*, édition Flammarion, Paris, 1992

PLATZER F., *Abrégé de musique*, édition ellipses, Paris, 1999

Mémoires

BENIS D., *Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale peut aider à restaurer la qualité de vie des personnes souffrant d'aphasie*, Mémoire soutenu en 2010, Afratapem Université de Tours UFR Médecine

Sites internet

Annexe XXIV ter au décret n°89-798 du 27/10/1989

http://dcalin.fr/textoff/annexe24ter_technique_polyhandicaps.html

ARISTOTE, *La poétique*, traduit par DACIER A. en français, Amsterdam, 1692

<http://www.google.fr/search?tbm=bks&tbo=1&q=Aristote+poetique>

Échelle des visages

<http://www.pediadol.org/echelle-des-visages.html>

Échelle Hospital Anxiety and Depression

<http://geriatrie-albi.com/HAD.htm>

Grille d'Évaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle (Ged-Di)

http://www.pediadol.org/IMG/pdf/NCCPC_francaise.pdf

Hétéro-questionnaire Qualin:

<http://www.technimediaseservices.fr/NOUVEAUSITE/evenement/mainframe/gerimoc2006/telechargement.php>

OLIVIER A., *La symphonie neuronale* In **CNRS le journal** n°209, édition CNRS, Paris, Juin 2007,

<http://www2.cnrs.fr/presse/journal/3451.htm>

SARKAMO T., (Dir.), *Music listenning enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke* In **Brain** , Volume 131, p.866-876

<http://brain.oxfordjournals.org/content/early/2008/02/20/brain.awn013>

Site de l'OMS

<http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

Annexes

Annexe n°1 : Récapitulatif des proportions de polyhandicap selon les causes²⁸

Annexe n°2 : La pyramide des besoins d'Abraham Maslow

Annexe n°3 : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson²⁹

Annexe n°4 : Classification des signaux non verbaux³⁰

Annexe n°5 : Un modèle de l'exploitation du hors-verbal en Art³¹

Annexe n°6 : L'échelle des visages³²

Annexe n°7 : Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)³³

Annexe n°8 : Échelle de Richmond³⁴

Annexe n°9 : Échelle d'Évaluation de la douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé³⁵

Annexe n°10 : Grille d'Evaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle (Ged-Di)³⁶

Annexe n°11 : Hétéro-questionnaire Qualin³⁷

²⁸ DALLA PIAZZA S., GODFROID B., 2004, *La personne polyhandicapée: Son évaluation et son suivi*, édition De Boeck, p. 24

²⁹ LE NEURES K., *Réussir la démarche de soin méthodologie et applications*, édition Elsevier Masson, Paris, 2008, p.20

³⁰ LANDOLO C., VITALI M., *Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication*, édition Elsevier Masson, Paris, 2007, p.40

³¹ BENIS D., *Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale peut aider à restaurer la qualité de vie des personnes souffrant d'aphasie*, Mémoire soutenu en 2010, Afratapem Université de Tours UFR Médecine, p.83

³² Echelle des visages : <http://www.pediadol.org/echelle-des-visages.html>

³³ <http://geriatrie-albi.com/HAD.htm>

³⁴ BONNET F., LESCOT T., *Analgésie et sédation en réanimation*, édition Springer, Paris, 2010, p.52

³⁵ Échelle transmise par l'association Breizh IMC

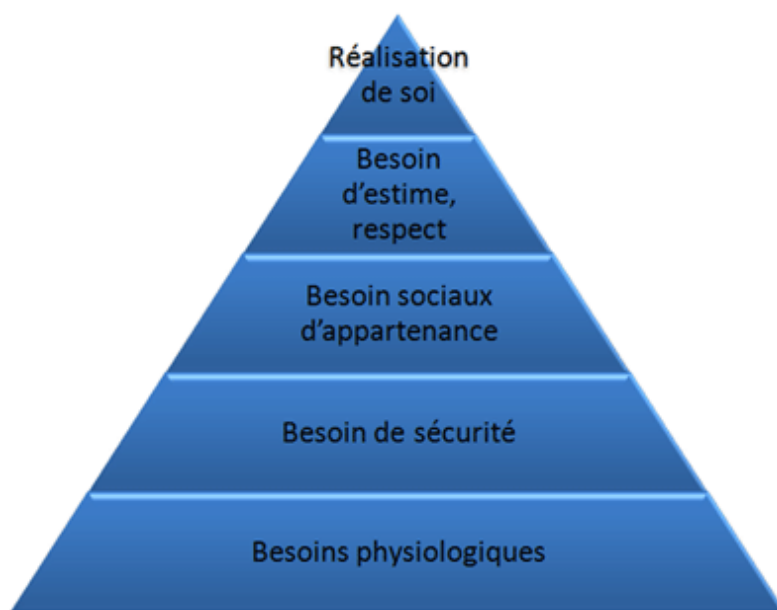
³⁶ http://www.pediadol.org/IMG/pdf/NCCPC_francaise.pdf

³⁷ <http://www.technimediaseservices.fr/NOUVEAUSITE/evenement/mainframe/gerimoc2006/telechargement.php>

Annexe n°1 : Récapitulatif des proportions de polyhandicap selon les causes

Facteurs de risques	Taux de polyhandicap (1/4 à 1/3 de causes restent inconnues)
• Risques anténataux Malformation congénitale Atteinte génétique Embryopathie • Risques périnataux Anoxie Arrêt cardiaque • Risques postnataux Traumatismes crâniens Méningites & encéphalites Enfants battus Intoxications	Environ < 1 naissance pour 1000 (d'après Triomphe, 1996 : cf. Supra) 50 % (Triomphe, 1996) à 80 % (Rodriguez, 1996) 50 % des cas (Rodriguez) 10 % 5 % (Rongières, 2001) 10 % (Rongières, 2001 & Rodriguez, 1996) Selon l'importance du coma (Barois, 1996)

Annexe n°2 : La pyramide des besoins d'Abraham Maslow



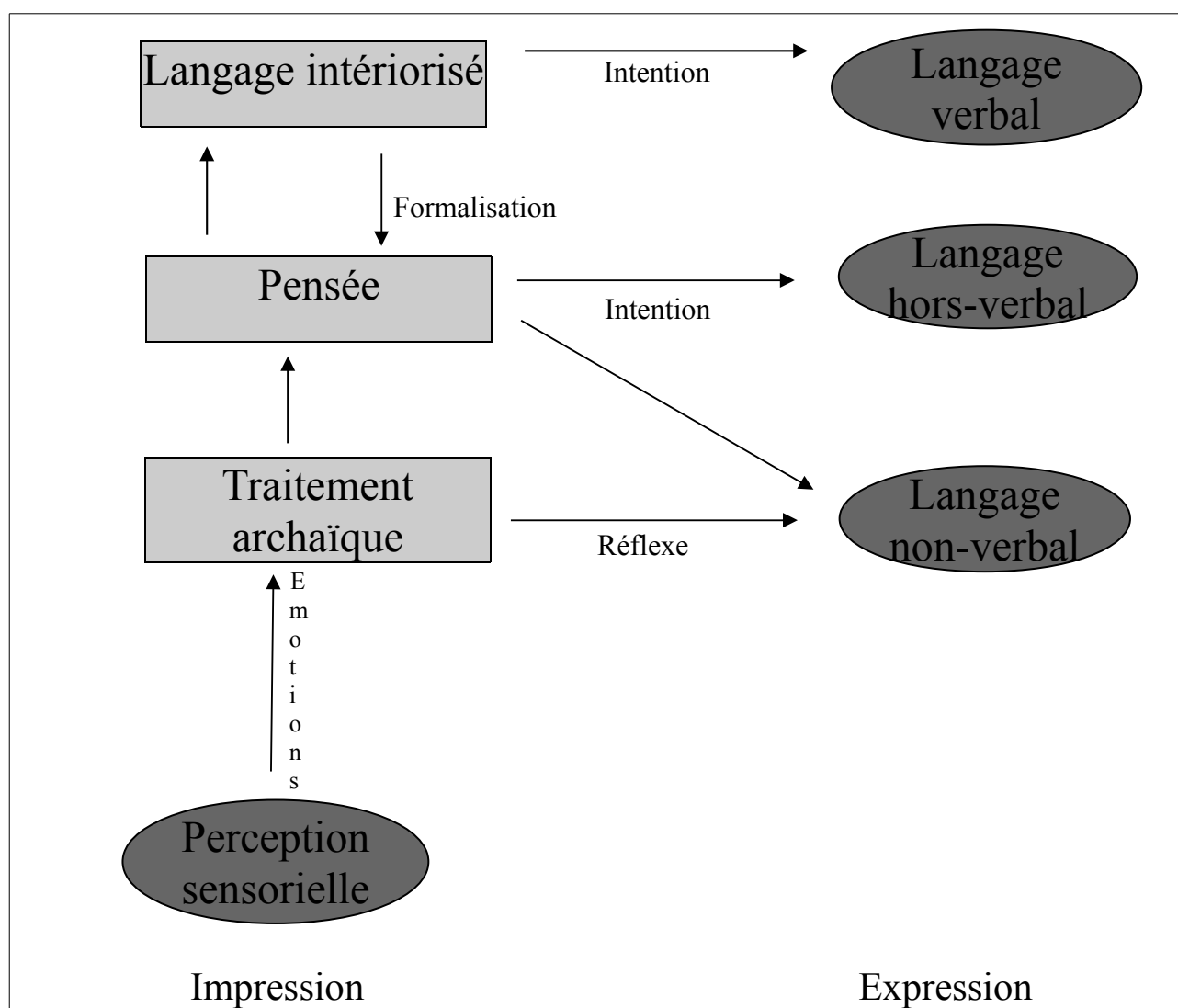
Annexe n°3 : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson

Besoins	Définition
Respirer	Nécessité de l'être humain qui consiste à capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et à rejeter le gaz carbonique produit par la combustion cellulaire.
Boire et manger	Nécessité pour l'organisme d'ingérer des aliments et des boissons de bonne qualité et en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus et maintenir l'énergie indispensable à son bon fonctionnement.
Éliminer	Nécessité pour l'organisme de se débarrasser de ses substances nuisibles et inutiles qui résultent des différents métabolismes. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine, les fèces, la transpiration, l'expiration pulmonaire et la menstruation.
Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Nécessité absolue pour tout individu de pouvoir mobiliser toutes les parties de son corps, afin d'accomplir les mouvements coordonnés et contrôlés indispensables à son bien-être. Maintenir une bonne posture : nécessite de maintenir en position anatomique les différentes parties du corps en mouvement ou au repos afin que les diverses fonctions de l'organisme puissent s'accomplir efficacement.
Dormir et se reposer	Nécessité pour tout être humain de prendre suffisamment de sommeil et de repos dans de bonnes conditions, afin de permettre à l'organisme de trouver l'énergie nécessaire à ses activités quotidiennes et à son bien-être psychologique.
Se vêtir et se dévêtir	Nécessité propre à l'individu de porter des vêtements adéquats, selon ses activités, pour maintenir la température du corps, protéger ses téguments et préserver sa pudeur.
Maintenir la température du corps dans la limite de la normale	Nécessité pour l'organisme de conserver une température constante et normale pour éprouver du bien-être.
Être propre, soigné et protéger ses téguments	Nécessité pour l'individu d'avoir une apparence soignée, de garder son corps propre, afin que peau et phanères puissent remplir leur fonction.
Éviter les dangers	Nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression d'origine interne ou externe pour maintenir sa santé.
Communiquer avec ses semblables	Nécessité pour l'être humain d'échanger avec les autres et avec l'environnement, sur un mode verbal ou non-verbal aux niveaux sensori-moteur, intellectuel et affectif, dans le but de partager ses idées, ses sentiments, ses expériences, ses sensations, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage.
Agir selon ses valeurs et ses croyances	Nécessité pour l'être humain de conformer sa vie et ses pratiques à ses convictions et ses valeurs.
S'occuper en vue de se réaliser	Nécessité pour tout être humain d'accomplir des activités physiques, intellectuelles, affectives, spirituelles qui lui permettent de satisfaire ses aspirations, de se valoriser et/ou d'avoir le sentiment d'être utile.
Se divertir et se récréer	Nécessité pour l'être humain de se récréer par une occupation agréable dans le but d'obtenir détente et plaisir physique, intellectuel, psychologique, affectif et spirituel.
Apprendre	Nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances et des attitudes afin d'obtenir des comportements favorables au maintien ou au recouvrement de la santé.

Annexe n°4 : Classification des signaux non verbaux

Selon Cook	Selon Argyle
1. Aspects statiques a) Visage b) Conformation physique c) Voix d) Vêtements, maquillage, coiffures, etc.	1. Contact physiquement 2. Proximité 3. Orientation 4. Aspect extérieur 5. Posture 6. Signes de tête 7. Expression du visage 8. Gestes 9. Regard 10. Aspects non linguistiques du discours
2. Aspects dynamiques a) Orientation b) Distance c) Posture, gestes et mouvement du corps d) Expression du visage e) Direction du regard f) Ton de voix g) Rythme et rapidité d'élocution	

Annexe n°5 : Un modèle de l'exploitation du hors-verbal en Art.



Annexe n°6 : Fiche d'observation individuelle de Telma (recto/verso)

Nom : Telma Date :	Durée de la séance : 30 minutes Séance n° : art-thérapeute : Plouzennec Nolwenn
-------------------------------------	--

Indication de prise en soin par : Équipe médicale

Objectifs de l'indication : favoriser et stimuler son expression et sa capacité de concentration, faire évoluer ses modes de communication, favoriser sa relation aux autres et une réactivité adaptée aux situations rencontrées, favoriser sa détente et encourager ses initiatives

Date de début de la prise en soin : Mars 2011

Prévision pour la séance :

Méthode de la séance : Jeu ☐ Exercice ☐ Situation ☐
 Didactique ☐ Révélateur ☐ Occupationne ☐ Thérapeutique ☐
 Directif ☐ Dirigé ☐ Semi-dirigé ☐ Ouvert ☐ Libre ☐

Sens sollicités : Ouïe ☐ Regard ☐ Touche ☐ Goût ☐ Odora ☐

Elle arrive : détendue ☐ souriante ☐ triste ☐ crispée ☐ autres ☐

Elle repart : détendue ☐ souriante ☐ triste ☐ crispée ☐ autres ☐

Elle vient seule à la séance : oui/non

Arrive à l'heure : oui/non.....

Phénomène artistique :

Impression :Contemple ☐ Observe ☐ Ne regarde pas ☐

Intention :Claire ☐ Confuse ☐ Inexistante ☐

Action :

Production : Vocale ☐ Instrumentale ☐ Esthète ☐

Musiques écoutées :

Réactions.....

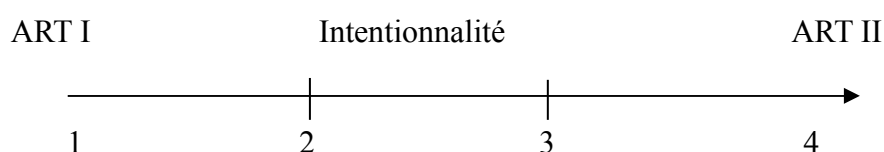
Phénomènes associés :

Maintien de son attention : Focalisée sur ce qu'elle fait ☐ Alternance focalisée et perturbée ☐

Déstabilisée par un élément extérieur ☐ Déstabilisée par elle-même ☐ Dispersée ☐

Tension nerveuse (posture et motricité) : Dynamique ☐ Calme ☐ Variable ☐ Passive ☐ Agitée ☐

Dynamique entre Art I et Art II :



- 1: Exploration archaïque du monde sonore.
- 2: Exploration archaïque avant une phase sonore plus élaborée
- 3: Expression d'une intention en cohérence avec l'action
- 4: Recherche esthétique lors de la production sonore

Autonomie : Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐

Capacités relationnelles et communicationnelles :

Nombre de regards : Qualité : Rayonnant ☐ Intéressé ☐ Triste ☐ Fuyant ☐ Non perceptible ☐

Nombre de contacts : Qualité : Affectueux ☐ Cordiale ☐ Réticent ☐ Agressif ☐ Non perçu ☐

Mode relationnel : Sympathique ☐ Coalescent ☐ Intéressé ☐ Fusionnel ☐ Évitant ☐ Opposant ☐ Agressif ☐

Fonction relationnelle : Sympathique ☐ Soutenante ☐ Sécurisante ☐ Culpabilisante ☐ Défensive ☐

Expressions dominantes non-verbales et vocales : Rires, vocalises, saute sur son fauteuil ☐

Sons (adaptés à la situation) ☐ Cris (non adaptés à la situation) ☐ Automutilation ☐ Non perçu ☐

Expression principale du visage : Souriante ☐ Détendue ☐ Neutre ☐ Triste ☐ Crispée ☐

Expression du plaisir : exprimée par des rires et des vocalises ☐ exprimée par des sourires ☐

Intermittence plaisir et déplaisir ☐ Déplaisir exprimé (visage fermé, automutilation) ☐ Non perçu ☐

Exprime ses goûts : Régulièrement(+de 7) ☐ Souvent(5à 7) ☐ Peu(3 à 4) ☐ Rare(1 à 2) ☐ Jamais ☐

Comportements cohérents : oui / non

Telma met fin à la séance : oui / non

Limites atteintes : Mentale ☐ Émotionnelle ☐ Physique ☐ Technique ☐

Observations, commentaires et analyse de la séance :

Objectif intermédiaire atteint ? Oui/ Partiellement/ Non

Site d'action

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

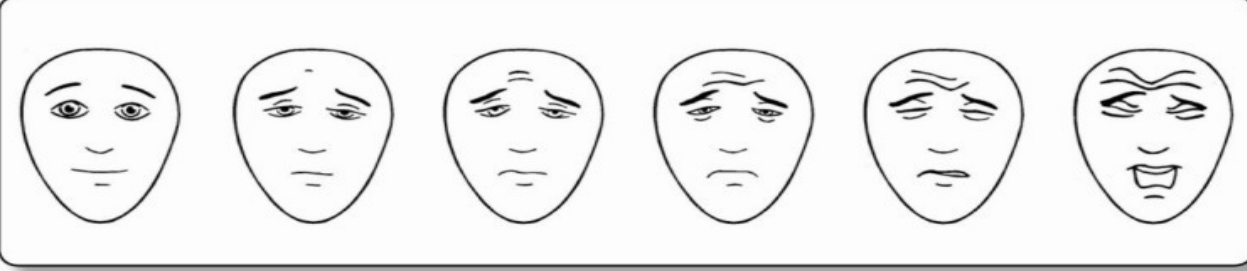
.....

.....

.....

.....

Annexe n°6 : L'échelle des visages



Échelle de visages pour l'enfant à partir de 4 ans (Faces Pain Scale - Revised) (FPS-R)

Consigne : "Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Choisis le visage qui montre combien tu as mal en ce moment."

Réglette diffusée par l'association SPARADRAP www.sparadrap.org
Avec le soutien des laboratoires IFB

Hicks CL et al. The Faces Pain Scale - Revised : Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001; 93: 173-183. Échelle adaptée de : Bieri D et al. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children : Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain 1990; 41: 139-150. Copyright ©2001 International Association for the Study of Pain®. Échelle reproduite avec autorisation. D'autres informations sont disponibles sur www.painsourcebook.ca

Annexe n°7 : Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

ÉCHELLE HAD DE A.S ZIGMOND ET R.P SNAITH TRADUCTION FRANÇAISE : J.P LÉPINE

A Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais D Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus A J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout D Je ris facilement et vois le bon côté des choses : 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout A Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement D Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps A Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais	D J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais A J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent D Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé A J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout D Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : 0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais A J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais D Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement
---	---

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

Annexe n°8 : Échelle de Richmond

Niveau	Description	Définition
4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe
3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe
2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10 s)
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10 s)
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex. : ouverture des yeux, mais pas de contact visuel)
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Annexe n°9 : Échelle d'Évaluation de la douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé



EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE (EDAAP)

NOM :
Prénom :
Pavillon :

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		
PLAINTES SOMATIQUES	1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :	
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels...	3
	Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives...	4
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	2. Attitude antalgique :	
	pas d'attitude antalgique	0
	Recherche d'une position antalgique	1
	Attitude antalgique spontanée	2
	Attitude antalgique déterminée par le soignant	3
	Obnubilé(e) par sa douleur	4
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	3. Zone douloureuse :	
	Aucune zone douloureuse	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée	4
SOMMEIL	4. Troubles du sommeil :	
	Sommeil habituel	0
	Sommeil agité	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2
	perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL		
TONUS	5. Tonus :	
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse	3
	Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	4

MIMIQUE	6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :	
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0
	Faciès détendu ou faciès inquiet habituel	0
	Faciès inquiet inhabituel	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2
	Mimique douloureuse spontanée	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4
EXPRESSION DU CORPS	7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :	
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou à agir de manière habituelle	0
	Mouvements stéréotypés ou hyperactivité (si possibilité motrice)	0
	Recrudescence de mouvements spontanés	1
	Etat d'agitation inhabituel ou prostration	2
	Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3
INTERACTION LORS DES SOINS	Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs	4
	8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :	
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0
	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0
	Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher	1
	Réaction d'opposition ou de retrait	2
COMMUNICATION	Réaction de repli	3
	9. Communication verbale ou non verbale :	
	Peu de capacités d'expression de la communication	0
	Capacité d'expression de la communication	0
	Demandes intensifiées : attire l'attention de façon inhabituelle	1
	Difficultés temporaires pour établir une communication	2
VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT	Refus hostile de toute communication	3
	10. Relation au monde :	
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0
	S'intéresse peu à l'environnement	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	0
	Baisse de l'intérêt, doit être sollicité(e)	1
TROUBLES DU COMPORTEMENT	Réaction d'appréhension aux stimuli sonores (bruits) et visuels (lumière)	2
	Désintérêt total pour l'environnement	3
	11. Comportement et personnalité :	
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0
	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression) passagère	1
	Déstabilisation durable (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression)	2
	Réaction de panique (hurlements, réactions neuro-végétatives)	3
	Actes d'automutilation	4
TOTAL		

Annexe n°10 : Grille d'Évaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle (Ged-Di)

Dans les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence le participant a montré les comportements suivants.

Veillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0=Pas observé 1=Observé à l'occasion 2=Passablement ou souvent 3=Très souvent NA=Ne s'applique pas

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

Traduction Chantal Wood, Thérèse Broda, Daniel Morin, Lynn Breau, 2004, en cours de validation en 2008

Instructions pour la notation

0=Non observé pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA »

1=Est vu ou entendu rarement (à peine), mais présent.

2=Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.

3=Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un témoin noterait facilement l'action.

NA=Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action.

Annexe n°11 : Hétéro-questionnaire Qualin

	Tout à fait faux	Plutôt faux	Vrai et Faux à la fois	Plutôt vrai	Tout à fait vrai	Je ne sais pas
1- Il mange bien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2- Il a bonne mine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3- Il est éveillé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4- Il a souvent mal quelque part	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5- I joue bien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6- Il est nerveux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7- Il aime qu'on s'occupe de lui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8- Il est gai, rit ou sourit facilement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9- Il se laisse volontiers approcher	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10- Il a toujours besoin qu'on s'occupe de lui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11- Il a un bon entourage familial	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12- Il est en bonne santé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13- Il est joueur, coquin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14- Il est souvent inquiet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15- Il cherche à attirer l'attention	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16- Il est tonique, plein de vitalité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17- Il pleure dès qu'il est seul	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18- Il aime jouer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19- Il s'adapte facilement aux changements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20- Il est pénible	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21-Il gazouille bien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22- Il est curieux, s'intéresse, est ouvert,...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23- Il demande beaucoup les bras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24- Il est gracieux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25-Il aime voir du monde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26- Il y a une bonne entente entre ses parents	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27- Il est souvent malade	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28- Il dort bien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29- Il a un rythme de vie équilibré	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30- Il pleure souvent	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31- Son mode de garde est satisfaisant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32- Il est câlin, affectueux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33- Quand il pleure, on comprend bien pourquoi	☐	☐	☐	☐	8	☐
34- Il n'est pas sauvage	☐	☐	☐	☐	☐	☐

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

Soutenu en 2011

Par : **Nolwenn Plouzenec**

**Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale
auprès de personnes adultes polyhandicapées**

Résumé : Par ce mémoire, nous souhaitons relater les effets apportés par une prise en soin en art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes polyhandicapées présentant des troubles du langage verbal. Le polyhandicap est un handicap grave associant une déficience mentale sévère et une déficience moteur entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Le langage verbal étant omniprésent dans nos sociétés et régulant notre vie privée et professionnelle, une altération de cette faculté peut entraîner un lourd handicap social qui dégrade la qualité de vie d'une personne. Or, une discipline peut être particulièrement adaptée pour aider les personnes présentant des troubles de l'expression, de la communication et de la relation : l'art-thérapie. Le cadre clinique soulève une problématique sur la place de la communication non-verbale en art-thérapie. Ce questionnement entraîne une réflexion sur la possibilité d'effectuer des évaluations objectives auprès de ce public, puis sur la manière dont la musique peut favoriser l'expression, la communication et la mise en relation des personnes polyhandicapées.

Mots-clefs : art-thérapie, musique, personne polyhandicapée, évaluation, objectivité

Abstract : With this thesis, we would like to recount the effects brought by the art-therapy care mainly musical dominant among multiply handicapped person having verbal language inconveniences. The multiple handicap is a harsh case of handicap combining a severe mental deficiency along with a deficiency that conduct to an extreme restriction of the autonomy and the possibility of perception, expression and relationships. The verbal language is omnipresent in ours societies and regulates our private and professional lives, so a modification of this ability would lead to a serious social handicap that can degrade one's quality of life. However, one discipline could be particularly suitable to help the persons presenting the expression, communication and relation inconveniences : art-therapy. The clinical framework raises a problem on the non-verbal communication's position in art-therapy. This questioning leads to a reflexion on the possibility to conduct objective valuations with this population, then on the way music could encourage expression, communication and bringing together the multiply handicapped people.

Key words : art-therapy, music, multiply handicapped person, valuation, objectivity