

N°
Note

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

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉE**

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

Présenté par ROVELLI Aurélia

Année 2011

Sous la direction de
KALUZNY Noémie
Assistante d'Education
Art-thérapeute diplômée
de la Faculté de Médecine
de Tours

Lieu de stage
Centre Spécialisé Saint-Luc
8, rue du Moulin de France
57560 ABRESCHVILLER
&
Route de Dabo
57565 NIDERVILLER

Remerciements

Je souhaite remercier :

Tout particulièrement, les patients du centre Saint-Luc. Sans eux, cette expérience humaine, enrichissante et unique, n'aurait pu exister. Sans leur participation et leur implication, l'atelier d'Art-thérapie n'aurait eu aucune signification.

Noémie Kaluzny, art-thérapeute et ma directrice de mémoire, pour ses encouragements, ses lumières et son soutien.

Le Docteur Jochem, le Docteur Ross, ainsi que Stéphanie Arata, neuropsychologue, pour m'avoir intégrée au sein de leur équipe.

Jessica Porzadny, pour son aide, le prêt de ses blouses et ses précieuses explications ainsi qu'Aurélie, Claire-Hélène, Marie-Luce, ergothérapeutes, et Thierry, kinésithérapeute, pour leur accueil, leurs conseils et leur disponibilité.

D'une manière générale, toute l'équipe médicale, paramédicale et l'ensemble des personnes avec lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler au sein des établissements d'Abreschviller et Niderviller.

Richard Forestier, le directeur de cette formation.

Mes amis et mes camarades de promotion pour leurs aides et leur réconfort.

Ma grand-mère, ma mère et mon frère pour leur présence et leur force.

SOMMAIRE

	Page
Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	8

Première partie :

L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MOTEUR À SE REVALORISER PAR LA MISE EN PLACE D'UN PROJET ARTISTIQUE.

A. Une personne en situation de handicap moteur souffre de ses déficiences physiques et/ou psychiques.	10
1. <u>L'être humain connaît un équilibre physique, mental et social.</u>	10
a. L'être humain possède un corps et un esprit.	10
a1. Le corps est la partie matérielle de l'être humain.	10
a2. L'esprit regroupe l'ensemble des facultés mentales de l'être humain.	10
b. Le corps est l'interface entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain.	11
c. L'être humain est un individu social et culturel.	12
d. L'être humain a une identité universelle et une identité singulière.	14
e. Quelques données physiologiques sont nécessaires pour comprendre le fonctionnement du corps humain.	14
e1. La motricité du corps humain est permise par sa structure et son fonctionnement.	14
e2. L'activité mentale de l'être humain est centralisée dans le cerveau.	16
2. <u>L'être humain connaît une situation de handicap moteur.</u>	17
a. La vie d'une personne connaît une scission.	17
b. Les handicaps moteurs sont classifiés selon leurs mécanismes lésionnels.	18
c. Le handicap moteur est décliné selon trois composantes.	18
c1. L'organisme garde des séquelles nommées déficiences.	19
c2. Les déficiences engendrent des incapacités.	19
c3. Les incapacités provoquent des désavantages et une situation de handicap. ...	19
3. <u>La situation de handicap moteur provoque une souffrance pour la personne.</u>	21
a. La situation de handicap moteur est une atteinte à l'identité de la personne.	21
a1. L'individu connaît des modifications au sein de son propre corps.	21
a2. Les relations socioculturelles sont modifiées.	21

b. Les incapacités entraînent une vision d'anormalité de l'individu.	21
c. Le sentiment d'anormalité entraîne la dévalorisation de la personne.	22
d. La dévalorisation empêche la personne de s'investir dans un avenir individuel et social.	22
4. <u>La réadaptation peut aider une personne en situation de handicap moteur.</u>	23
a. Les déficiences et incapacités doivent être acceptées afin de pouvoir se projeter dans l'avenir.	23
b. La personne peut être prise en charge dans un centre spécialisé.	23
c. La société commence à s'adapter aux situations de handicap des personnes.	23
B. Les arts plastiques sont une activité artistique qui favorise l'émergence d'une expression dirigée vers une production en sollicitant l'intégralité de la personne.	25
1. <u>L'Art est une activité humaine dirigée vers l'esthétique.</u>	25
a. L'art relève d'une activité humaine.	25
a1. L'être humain est impressionnable.	25
a2. L'être humain s'exprime.	25
a3. L'art est un des moyens d'expression humaine.	25
b. L'action artistique est orientée vers un idéal esthétique.	25
b1. L'art est défini par l'intention de l'être humain.	25
b2. L'esthétique est le but de l'Art.	26
b3. Le beau est une recherche et un jugement personnel.	27
c. L'Art est connu par ses œuvres d'Art.	28
d. L'œuvre d'Art permet une reconnaissance sociale et une trace dans l'histoire de l'humanité.	28
2. <u>Les arts plastiques permettent de laisser la trace d'une expression artistique.</u>	29
a. Les arts plastiques regroupent différentes pratiques.	29
b. L'être humain utilise son corps et son esprit comme moteur de l'action expressive.	30
c. L'action expressive se distingue de la production artistique.	31
3. <u>L'Art à dominante arts plastiques stimule la personne dans son intégralité.</u>	31
a. Les arts plastiques possèdent un pouvoir d'entraînement.	31
b. Les arts plastiques disposent d'un pouvoir éducatif.	32
c. Les arts plastiques permettent d'affirmer des choix.	32
C. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques permet à des patients en situation de handicap moteur de retrouver confiance, estime et affirmation de soi.	32
1. <u>L'Art-thérapie est une discipline paramédicale avec des outils spécifiques.</u>	32

a. L'Art-thérapie est une discipline paramédicale.	32
b. L'Art-thérapie recherche le bien-être de la personne.	33
c. L'Art-thérapie est fondée sur l'opération artistique.	33
d. L'Art-thérapie possède des outils spécifiques.	34
d1. Le projet thérapeutique comprend la stratégie thérapeutique et l'évaluation. .	35
d2. La fiche d'observation témoigne des séances.	35
d3. Le cube harmonique permet de témoigner de la satisfaction de la personne. ...	35
d4. Le protocole rassemble tous les éléments de la prise en charge d'un patient. .	36
2. <u>L'atelier d'Art-thérapie permet l'implication de la personne dans un projet artistique.</u>	36
a. Un projet artistique est un processus sollicitant l'implication de la personne.	35
b. La gratification sensorielle permet l'émergence du goût de la personne.	36
c. Les savoir-faire permettent l'engagement de la personne.	37
d. Faire des choix permet l'émergence du style de la personne.	37
3. <u>L'Art-thérapie à dominante arts plastiques contribue à la revalorisation d'une personne en situation de handicap moteur.</u>	37
a. En sollicitant son corps physique dans l'activité artistique, la personne en situation de handicap moteur se rend compte de ses possibilités.	37
b. Par la découverte des possibilités de son corps, la personne connaît la revalorisation de soi.	38
c. La production artistique permet de témoigner des possibilités de la personne en situation de handicap.	39

Deuxième partie :

UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES SE DÉROULE DANS UN SERVICE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE.

A. Le projet de bonne santé du patient est permis par l'organisation du Centre Saint-Luc.	40
1. <u>Le Centre Saint-Luc possède une organisation interne.</u>	40
a. Le Centre Saint-Luc s'est progressivement modernisé.	40
b. Le Centre Saint-Luc est composé de deux sites.	40
c. Le personnel est réparti selon des rôles précis au sein du Centre.	40
2. <u>Le Centre de Réadaptation spécialisé Saint-Luc offre une prise en charge adaptée au patient.</u>	41
a. Les patients nécessitant de réadaptations spécialisées sont accueillis.	41
b. Les patients bénéficient d'un mode d'hospitalisation adapté.	42

c. Lorsque le processus de rééducation montre ses limites, un processus de réadaptation est mis en place.	42
3. <u>Le Centre Saint-Luc a une mission de santé, sanitaire et sociale.</u>	43
a. Un établissement médical s’inscrit dans la politique de santé publique.	43
b. Un établissement médical est centré sur la bonne santé du patient.	44
B. Un atelier d’Art-thérapie à dominante arts plastiques est mis en place au sein du service de rééducation fonctionnelle.	44
1. <u>Un service de rééducation fonctionnelle assure une prise en charge complète du patient.</u>	44
a. Le patient est pris en charge au-delà de la réadaptation de son corps.	44
b. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge le patient.	45
c. Le protocole thérapeutique comprend le projet de soin total du patient.	47
2. <u>L’atelier d’Art-thérapie s’inscrit dans la dynamique de prise en charge du patient.</u> .	47
a. L’art-thérapeute est en lien avec l’équipe médicale et paramédicale.	47
b. L’atelier d’art-thérapie propose des matériaux et une activité unique.	47
3. <u>L’Art-thérapie se déroule dans un cadre sécurisant.</u>	48
a. Les séances sont définies par un cadre spatio-temporel.	48
b. Le déroulement de l’atelier a une structure précise.	49
b.1. L’accueil ouvre la séance.	49
b.2. Le travail constitue l’action centrale de l’atelier.	49
b.3 La séparation clôt la séance.	49
c. L’Art-thérapeute respecte le secret professionnel.	49
C. Deux études de cas sont présentées afin d’étayer le projet de l’atelier d’Art-thérapie à dominante arts plastiques dans le service de rééducation fonctionnelle.	50
1. <u>La prise en charge de Monsieur D est exposée.</u>	50
a. L’anamnèse de Monsieur D définit son histoire de vie.	50
b. Le protocole de prise en charge est établi.	51
c. Les séances d’Art-thérapie de Monsieur D sont décrites.	51
d. L’évaluation des différents items est effectuée.	56
e. Le bilan de prise en charge de Monsieur D est analysé.	57
2. <u>La prise en charge de Madame S est exposée.</u>	57
a. L’anamnèse de Madame S définit son histoire de vie.	57
b. Le protocole de prise en charge est établi.	58

c. Les séances d'art-thérapie de Madame S sont décrites.	58
d. L'évaluation des différents items est effectuée.	62
e. Le bilan de prise en charge de Madame S est analysé.	63

Troisième partie :

L'ERGOTHÉRAPEUTE ET L'ART-THÉRAPEUTE PEUVENT APPORTER LEURS SPÉCIFICITÉS ET LEURS COMPLÉMENTARITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP MOTEUR.

A. L'ergothérapie et l'Art-thérapie ont leurs spécificités dans la prise en charge d'un patient.	64
1. <u>L'ergothérapeute travaille sur les incapacités de la personne.</u>	64
a. L'ergothérapeute évalue les déficiences et incapacités du patient.	64
b. L'ergothérapeute met en place des activités pour rééduquer, réadapter les fonctions altérées de la personne.	65
c. L'ergothérapeute propose des solutions techniques adaptées aux incapacités du patient.	65
2. <u>L'art-thérapeute travaille principalement avec les parties saines de la personne.</u>	66
a. L'art-thérapeute différencie le mécanisme défaillant des autres mécanismes.	66
b. L'art-thérapeute exploite les parties saines du patient par la mise en place d'une activité artistique.	66
c. La production artistique témoigne des capacités du patient.	66
3. <u>L'ergothérapie et l'Art-thérapie visent des fondements de l'être humain.</u>	67
a. L'être humain entretient des relations humaines et possède une autonomie.	67
b. L'ergothérapeute cible principalement l'autonomie et l'indépendance du patient	67
c. L'art-thérapeute cible principalement les troubles de l'expression, la communication et la relation du patient.	68
B. L'ergothérapie et l'art-thérapie peuvent avoir des similitudes dans la prise en charge d'un patient.	68
1. <u>L'ergothérapeute et l'art-thérapeute travaillent avec la technique et le savoir-faire.</u>	68
a. Le savoir-faire nécessite la maîtrise d'une technique.	68
b. L'ergothérapeute exploite la répétition d'une technique dans une activité artisanale.	69

c. L'art-thérapeute sollicite des savoir-faire singuliers dans une activité artistique. .	69
2. <u>L'ergothérapeute et l'art-thérapeute s'appuient sur l'effort du patient.</u>	70
a. Le patient doit être l'acteur de son soin en fournissant des efforts.	70
b. . L'ergothérapeute s'appuie sur l'effort pour surmonter une incapacité.	71
c. . L'art-thérapeute s'appuie sur l'effort pour une gratification sensorielle.	71
C. L'ergothérapie et l'Art-thérapie peuvent être complémentaires dans la prise en charge d'un patient.	72
1. <u>L'ergothérapeute et l'art-thérapeute stimulent différemment les mécanismes du patient.</u>	72
a. L'art-thérapeute ne stimule pas directement les incapacités du patient.	72
b. L'ergothérapeute stimule directement les mécanismes lésionnels.	73
c. Diversifier les stimuli permet une meilleure récupération des capacités de la personne.	73
2. <u>La complémentarité des deux ateliers témoigne d'une synergie.</u>	74
a. L'amélioration des capacités motrices et/ou psychiques permet au patient de mieux concrétiser sa production artistique.	74
b. Une activité gratifiante et valorisante peut permettre au patient de s'impliquer davantage dans son processus de réadaptation.	74
c. Le confort physique et mental constitue le bien-être de la personne.	75
3. <u>L'ergothérapeute et l'art-thérapeute visent une meilleure intégration de la personne dans la société.</u>	75
a. L'indépendance et l'autonomie d'une personne permet de ne pas fausser les relations sociales.	75
b. L'autonomie permet de valoriser la personne et d'établir des relations sociales. ..	76
c. L'indépendance, l'autonomie et les relations sociales permettent de se projeter dans l'avenir.	76
Conclusion générale	79
Références bibliographiques	80
Liste des annexes	81
Annexes	82

Introduction

Dans la houle des jours et des rencontres,
Pensez à dire
Qu'il n'y a pas plusieurs humanités :
L'une forte, l'une faible ;
L'une à l'endroit, l'autre à l'envers ;
L'une éminente, l'autre insignifiante.
Mais une seule, dépositaire de notre condition universelle.

Que, dans leur infinie diversité,
Les êtres humains disséminés sur la planète
Ne sont que des variations sur le même thème.

Que les frontières ne sont pas l'horizon.
Que des miettes de pitié ne font pas une relation,
Ni la compassion la reconnaissance.

Pensez à dire encore
Que le handicap est moins une énigme
Qu'une mise en perspective de notre humanité.
Son expression la plus authentique. La plus émouvante.

GARDOU Charles, *Le handicap au risque des cultures*, Editions Erès, 2010

Chaque être humain peut être touché par une situation de handicap à un moment donné ou tout au long de sa vie. Le handicap peut être provoqué par une maladie due à un dysfonctionnement interne de l'organisme ou par un accident qui génère des séquelles dans le corps de la personne. Le corps altéré connaît alors des insuffisances d'ordre physique et/ou mental. Ces déficiences engendrent des incapacités dans l'accomplissement des différentes activités de la personne. Cela provoque des désavantages lorsque la personne, au contact de la société, ne peut plus assumer ses différents rôles. La situation de handicap prend son sens quand la personne n'est plus en mesure d'agir ou est limitée dans sa participation à la vie en société. La société juge alors les déficiences et les désavantages d'une personne en fonction d'une norme. La norme est un « *principe ou modèle de conduite propre à un groupe social ou à une société* »¹.

Nous comprenons alors qu'il est primordial d'inscrire la personne dans un contexte spatio-temporel mais également de définir la société qui l'entoure pour déterminer son handicap. La société, créée par une communauté d'êtres humains, est inhérente à sa culture. Cette notion comprend les coutumes, les droits, les devoirs, les croyances, la morale, les lois et tous les autres codes et habitudes établis dans une civilisation. Cette condition socioculturelle fixe la vision et la définition d'une personne handicapée. En Polynésie par exemple, le handicap est un mal affectant les personnes. Il témoigne d'un châtement divin pour la violation d'une loi civile ou religieuse. Nous devons alors préciser que notre étude est réalisée au sein de la société française du XXIème siècle. En France et à notre époque, la société vise

¹ ALPE Y., LAMBERT J.-R., BEITONE A., DOLLO C. et PARAYRE S., *Lexique de sociologie*, Dalloz, 2007, p.204.

l'indépendance de la personne tout au long de sa vie. Le parcours d'une vie est perçu comme un apprentissage social, c'est-à-dire que la personne construit sa personnalité et s'adapte en fonction de ses relations sociales en côtoyant les différentes institutions collectives comme l'école, le travail, les centres de loisirs, les médias. Le handicap est alors appréhendé comme une perte d'indépendance et/ou une difficulté à instaurer des liens sociaux. Des structures adaptées sont mises en place en fonction de la nature du handicap des personnes. Les êtres humains en situation de désavantage sont répartis et catégorisés afin d'adapter au mieux leur prise en charge. Les centres de gériatrie accueillent des personnes âgées dépendantes et nécessitantes de soins. Les centres de réadaptation spécialisée accueillent des personnes en situation de handicap moteur. Ces personnes sont atteintes de déficiences motrices et intègrent un service de rééducation fonctionnelle. Elles ont besoin d'une prise en charge afin de réduire et réadapter leurs fonctions altérées. Le projet des centres de réadaptation spécialisée s'inscrit dans la volonté de la politique française de soin qui a pour principaux buts de permettre l'indépendance de la personne et de pouvoir l'intégrer dans la société. Ces établissements disposent d'équipes médicales et paramédicales aux relations interdisciplinaires afin de permettre une meilleure prise en charge des patients.

L'hypothèse suivante est énoncée dans ce travail : l'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut aider des personnes en situation de handicap moteur à se revaloriser et à retrouver une volonté d'agir en les inscrivant dans un projet artistique et en sollicitant l'intégralité de leur personne.

Le mémoire comprend trois parties.

En premier lieu, nous définirons l'être humain par sa constitution biologique et le processus de socialisation qui lui est inhérent tout au long de sa vie. Nous décrirons les changements qu'une situation de handicap implique dans le corps, les rôles sociaux de la personne et les troubles psychologiques qui l'accompagnent. Nous parlerons également de la pratique des arts plastiques qui permet de solliciter la personne dans son intégralité et de témoigner d'une envie et des capacités de celle-ci. Nous démontrerons alors que l'Art peut être exploité dans une visée thérapeutique en permettant la revalorisation de la personne. Nous présenterons les divers outils utilisés par l'art-thérapeute afin de mettre en place une stratégie thérapeutique adaptée au patient.

La seconde partie permettra de présenter le fonctionnement d'un centre de réadaptation spécialisée et plus spécifiquement les moyens mis en œuvre dans un service de rééducation fonctionnelle. La présentation d'une expérience pratique d'un atelier d'Art-thérapie à dominante arts plastiques au sein de ce service permettra d'établir la méthodologie et le cadre spécifique de cette profession paramédicale. Deux études de cas seront relatées pour l'étayer avec la restitution du déroulement des séances et les stratégies thérapeutiques mises en place par l'art-thérapeute afin d'atteindre des objectifs adaptés au patient.

Enfin, la dernière partie fait l'objet d'une discussion s'articulant autour des spécificités et des complémentarités de deux métiers paramédicaux. Il s'agit de débattre de l'ergothérapie et de l'Art-thérapie dans la prise en charge d'un patient en situation de handicap moteur. Il est question des différences et des influences réciproques pouvant exister entre ces deux disciplines.

Première partie

L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AIDER DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MOTEUR À SE REVALORISER PAR LA MISE EN PLACE D'UN PROJET ARTISTIQUE.

A. Une personne en situation de handicap moteur souffre de ses déficiences physiques et/ou psychiques.

1. L'être humain connaît un équilibre physique, mental et social.

a. L'être humain possède un corps et un esprit.

a1. Le corps est la partie matérielle de l'être humain.

Être signifie « *exister, avoir une réalité* »², un être humain se doit d'être matérialisé³, le corps remplit cette fonction. Nous allons aborder l'être humain avec un regard biologique. Nous décomposerons le corps humain pour comprendre de quoi il est constitué et comment il fonctionne. L'anatomie humaine est organisée, structurée et est composée de différents systèmes.

Le système digestif permet de transformer les aliments ingérés par l'être humain en nutriments, qui fournissent de l'énergie aux différents organes du corps. Nous pouvons citer l'estomac, l'intestin grêle ou encore la salive comme organes et substances constitutives de ce système. Le système respiratoire permet de fournir de l'air donc de l'énergie aux différents organes. Le larynx, les bronches, les artères et d'autres organes constituent ce système. Le système circulaire permet le transfert du sang (qui contient les nutriments et l'oxygène) entre tous les organes ainsi que la thermorégulation du corps. Nous pouvons citer le cœur, les veines, les vaisseaux comme appartenant à ce système. Le système urinaire permet d'évacuer les déchets du corps humain. La vessie, les reins participent à l'épuration du sang. Le système lymphatique intervient dans le système de défense corps. Le système nerveux permet de recevoir et de transmettre des informations, nous allons l'analyser plus précisément par la suite. Le système moteur composé du squelette et des muscles permet à l'ensemble du corps de bouger. Les organes des sens comme la peau, les yeux, la langue, le nez et les oreilles permettent le contact et la perception des informations provenant l'extérieur.

Ces différents systèmes forment un ensemble stable et permettent à l'être humain de vivre. Cette organisation permet l'équilibre interne de l'organisme appelé homéostasie. Nous comprenons que le corps assume le rôle de présence matérielle et les fonctionnements vitaux de l'être humain.

a2. L'esprit regroupe l'ensemble des facultés mentales de l'être humain.

Si le corps permet de matérialisé l'être humain, son esprit sert à l'animer. Il pousse le corps à agir. Ici, nous abordons l'être humain sous un aspect psychologique. Selon Aristote, l'être humain est un « *animal doué de raison* ». La raison définit « *l'ensemble des facultés mentales qui permettent de connaître, juger et se conduire selon des principes* », elle est synonyme d'intelligence. Cette explication permet de comprendre qu'il existe des facultés mentales permettant d'un côté le raisonnement et de l'autre, l'instinct. En premier lieu, nous allons découvrir les aptitudes⁴ mentales fondant l'intelligence de l'être humain. Nous devons

² La réalité est en opposition avec l'imaginaire.

³ Matérialisé est le fait d'avoir une forme concrète, une matière.

⁴ Une aptitude est une disposition naturelle ou acquise qui nous permet d'être capables.

la définir. Le vocable « *intelligence* » a pour étymologie le verbe latin « *intelligere* » qui signifie comprendre. Le préfixe, « *inter* » (entre) et le radical, « *legere* » (choisir, cueillir) ou « *ligare* » (lier), suggèrent essentiellement l'aptitude à relier des éléments jusqu'alors séparés. Par cette analyse, nous définissons l'intelligence par la faculté de réceptionner des stimulations, de les comprendre et de les stocker pour fonder une connaissance rationnelle⁵ et conceptuelle⁶. Ensuite des connexions se créent entre les connaissances de la personne afin de prendre une décision et d'agir. L'intelligence est alors conçue comme la faculté de compréhension et d'adaptation. Ces deux dispositions sollicitent divers mécanismes⁷ mentaux comme la mémoire (pouvoir se rappeler), l'imagination (capacité à prendre de la distance par rapport à la réalité), le jugement (prendre une décision), la reconnaissance (l'identification), la représentation (capacité à faire apparaître dans son esprit quelque chose). Ces mécanismes mentaux permettent des actions (marcher, applaudir, rire) et génèrent également des émotions (peur, joie). La raison s'oppose à l'instinct. L'intelligence est souvent synonyme d'acte conscient et l'instinct d'inconscient. C'est-à-dire que l'intelligence entre en action lorsque nous savons que nous faisons un effort et l'instinct génère des actes automatiques. Les diverses aptitudes mentales sont innées ou acquises. Nous pouvons les apprendre ou les posséder à la naissance. Résumons, les actes sont instinctif ou raisonnés et les aptitudes acquises ou innées.

b. Le corps est l'interface entre le monde extérieur et le monde intérieur de l'être humain.

Pendant longtemps le corps et l'esprit ont été conçus comme deux entités dualistes. C'est le cas de Descartes⁸ qui considère qu'il existe une division entre le corps et l'esprit de l'être humain. Pour lui, il ne faut pas faire confiance aux organes « *Je ne suis pas cet assemblage d'organes qu'on appelle un corps humain* »⁹. Le corps est totalement dénigré. L'essence¹⁰ d'une personne est réduite à son esprit : « *je ne suis qu'une chose qui pense, c'est-à-dire un esprit, ou une intelligence, ou une raison* »¹¹. L'identité d'un être humain est alors réduite à sa capacité de penser et non de ressentir. Cette conception du corps biologique comme assemblage d'organes et de la pensée comme seule manière d'appartenir au monde matériel, oublie la dimension de la perception, de l'échange avec l'extérieur.

A travers les essais de Merleau-Ponty¹², une approche neurologique est possible et nous comprenons que le corps (assemblage d'organes) et l'esprit sont en total échange et sont en interdépendance. L'expérience est considérée comme l'échange avec le monde extérieur qui se trouve en dehors du corps de l'être humain. Ce dernier est donc en échange perpétuel avec l'extérieur. La théorie du chiasme sensoriel expose le corps comme une interface indispensable dans l'élaboration des connaissances. « *Le corps est d'abord [...] l'instrument qui effectue la compréhension du monde : c'est à travers les yeux, les mains [...] qu'ils appréhendent l'univers* ». Les sens sont primordiaux : la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût. Ils permettent d'explorer, de connaître et de s'adapter au monde extérieur. L'esthésie¹³ permet d'être et de comprendre l'environnement de l'être humain. Cette conception reconfigure les frontières entre l'activité mentale (le monde intérieur) et l'extérieur. Le corps

⁵ Le rationnel est fondé sur un raisonnement, s'oppose à l'intuition.

⁶ Le conceptuel s'oppose à la sensation, c'est une représentation mentale et abstraite de la réalité, d'un objet ou d'une situation, conçue par l'esprit.

⁷ Un mécanisme est une combinaison de fonctions de l'esprit permettant un résultat, et le fonctionnement mental.

⁸ René Descartes (1596-1650) est un philosophe, mathématicien et physicien français. Il construit ses recherches en partant d'un doute méthodique.

⁹ DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, le livre de poche classique de la philosophie 1990, p59.

¹⁰ L'essence d'une personne est ce qui constitue sa réalité permanente.

¹¹ Ibid., p59

¹² Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) est un philosophe français.

¹³ L'esthésie est l'ensemble du champ des sensations.

est l'interface entre le monde intérieur de son propriétaire et son environnement. L'expérience quotidienne de l'échange constitue la personne. L'être humain reçoit des informations du monde extérieur par l'intermédiaire de son corps, qu'il intègre dans son monde intérieur (l'esprit). Il manifeste son monde intérieur par les actions de son corps qui appartient au monde extérieur. Celui-ci est composé de choses inertes (comme les objets, les bâtiments) mais également d'autres êtres humains.

c. L'être humain est un individu social et culturel.

L'être humain possède donc un monde intérieur nommé esprit et un corps qui est une interface avec le monde extérieur. Ce corps est en contact perpétuel avec l'extérieur et reçoit constamment des stimulations par ses organes sensoriels (audition, vue). L'environnement est composé de tout ce qui est en dehors du corps de l'être humain. Il se compose d'éléments inertes mais essentiellement d'autres êtres humains. La sociologue Mead¹⁴ affirme que l'être humain se construit par rapport à une collectivité humaine. Le rassemblement d'un grand nombre de personnes se nomme une société et les échanges à l'intérieur sont appelés échanges sociaux. Ainsi, l'être humain est inclus dans une société et se construit à partir de ses interrelations (échanges réciproques entre son monde intérieur et extérieur) sans oublier son patrimoine génétique (la partie innée).

La culture est inhérente à une société. Définie par Tylor en 1871, la culture renvoie à « *ce tout complexe qui comprend les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres habitudes mis en place au sein d'une société* »¹⁵. La culture s'oppose à la nature, elle est tout ce qui est créé et transmis par une collectivité humaine. Une société transmet donc un modèle culturel par le langage, les lois, les institutions, la nourriture. L'être humain évoluant, vivant dans ce contexte socioculturel, intègre cette façon de vivre. Ainsi, l'être humain construit sa propre culture et intègre des valeurs¹⁶ au regard de ses relations sociales. Tout au long de sa vie, c'est par l'échange (verbal, gestuel) avec les autres membres de la société, que l'être humain va apprendre, intérioriser les valeurs socioculturelles de son milieu et s'adapter à l'environnement social dans lequel il vit ; c'est le concept de socialisation. « *Un ensemble de processus par lesquels l'individu est construit – on dira aussi « formé », « modelé », « façonné », « fabriqué », « conditionné » - par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours duquel l'individu acquiert – « apprend », « intériorise », « incorpore », « intègre » - des façons de faire, penser et d'être qui sont situées socialement* »¹⁷. A partir de cette définition de la socialisation, nous comprenons qu'ils existent différentes collectivités humaines comme la population d'un pays, les habitants d'une ville mais cela également des plus petits rassemblements comme la famille, les collègues de travail, les amis. Ces collectifs sont autant de groupes socioculturels que l'être humain va fréquenter et avec qui il va échanger. La socialisation s'applique consciemment ou inconsciemment à la personne, c'est-à-dire qu'il en fait un apprentissage (volontaire ou subit) ou qu'il l'intègre sans s'en rendre compte. Cette socialisation de l'être humain connaît différentes étapes-clefs, alliant expériences et périodes constitutives de la vie d'individu, ce que nous allons découvrir et analyser.

Dès sa naissance, l'être humain est au contact d'autres êtres humains, ses parents. Il dépend d'eux pour vivre car ils assurent ses besoins vitaux comme manger, boire. L'enfant se socialise au sein de sa famille, puis à l'école ou encore auprès des autres enfants, nourrice. C'est le moment de l'identification et de la dépendance aux autres. Ensuite, l'adolescent fait l'apprentissage de l'autonomie et de l'indépendance. Il choisit ses relations et réseaux et il

¹⁴ Margaret Mead (1901-1978) est une sociologue et anthropologue américaine, qui a travaillé sur le concept de socialisation de l'individu par l'interaction entre l'être humain et la société.

¹⁵ TYLOR E., *La notion de culture dans les sciences sociales*, La découverte, p16.

¹⁶ Une valeur constitue un idéal pour les membres d'une société, elle guide les « bonnes » manières de penser, d'être et d'agir » BARBUSSE B., et GLAYMANN D., *Introduction à la sociologie*, Foucher, p129.

¹⁷ DARMON M., *La socialisation*, Paris : A. Colin, p6.

s'affirme dans son identité singulière. L'âge adulte connaît de multiples étapes comme la fin des études, les débuts professionnels, le couple, la naissance d'un enfant, les loisirs ou encore le politique. L'adulte s'affirme, fait des choix, intègre des groupes sociaux et se construit un statut social. Tout au long de sa vie, l'être humain s'adapte à un contexte social. Cette adaptation lui permet d'acquérir une indépendance et une autonomie, agir et penser par lui-même, pour lui par rapport à autrui. L'autonomie permet de penser et d'agir selon ses propres opinions et envies. L'indépendance est la capacité de se débrouiller tout seul avec ses difficultés sans importuner les autres avec ses problèmes. Ces deux capacités sont sollicitées au quotidien : se laver, se nourrir, se rendre à un lieu donné, écrire.

Se socialiser, c'est se réaliser en tant qu'individu intégré dans une société. L'être humain a besoin des autres êtres humains pour se construire, échanger et vivre. L'être humain nécessite de faire partie d'un groupe (ou de plusieurs) et d'y participer par des expériences individuelles mais avec des relations sociales. Ces processus d'échanges avec autrui permettent la construction identitaire d'un être humain.

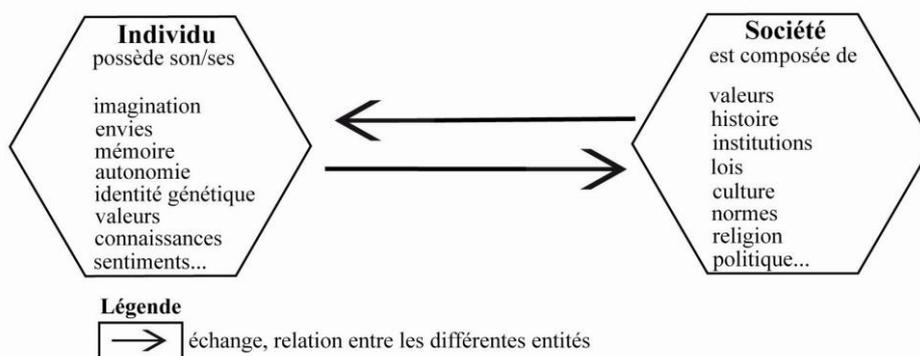


Figure 1 : Interactions entre la société, la famille et l'individu ainsi le construction identitaire se fait à partir de ces interrelations

d. L'être humain possède une identité universelle et une identité singulière.

Depuis le siècle des Lumières, une classification des espèces vivantes a été mise en place afin d'identifier chaque être vivant. L'être humain se singularise des autres espèces par son corps, ses propriétés et ses facultés inhérentes.

En Figure 2, nous proposons un exemple de classification des êtres vivants, celui de Linné¹⁸. Elle regroupe par hiérarchie, les êtres vivants dans des catégories de plus en plus vastes selon des caractères communs. En parallèle, nous présentons les particularités de l'être humain. Ces caractéristiques sont censées être communes à tous les êtres humains. Dans cette classification, les critères de regroupement peuvent être de natures différentes : biologique avec l'anatomie, la génétique ou encore comportementale avec l'alimentation, la manière de communiquer. A travers ces critères, nous pouvons alors déterminer l'identité humaine. L'identité rassemble les caractéristiques permettant de dire qu'une chose est exactement de même nature qu'une autre. Tout être humain doit avoir par exemple : un langage évolué, marcher sur ses deux pieds, avoir des relations sociales. Cette identité est celle que nous nommerons universelle car elle ressemble les caractéristiques communes à tous les êtres humains.

L'identité définit également l'ensemble des données qui permettent de différencier un être humain d'un autre. Cette différence peut être visible par le corps d'un être humain car c'est souvent la première approche. Ses attributs comme la couleur des cheveux, la couleur des yeux, la forme de la bouche permettent de créer un être unique et singulier par rapport aux

¹⁸ Carl Von Linné (1707-1778) est un naturaliste suédois. Il est connu pour être le père de la taxinomie moderne. C'est la science qui a pour objet de décrire les organismes vivants et de les regrouper en entités appelés taxons (entité conceptuelle censée regrouper les organismes vivants possédant en commun certains caractères) afin de les identifier, les nommer et les classer.

autres êtres humains. Les empreintes digitales (empreinte du corps) identifient une personne. Le corps, la voix ou encore le parfum d'une personne peuvent également contribuer à cette reconnaissance. L'identité d'un individu « est constituée par l'ensemble des caractéristiques et des représentations qui font que cet individu se perçoit en tant qu'entité spécifique et qu'il est perçu comme tel par les autres. L'identité est donc à la fois une identité pour soi et une identité pour autrui. L'identité correspond au sentiment subjectif de l'unité personnelle »¹⁹.

Les caractéristiques de l'identité individuelle peuvent toucher son aspect physique, sa manière de penser, sa façon d'agir, ses envies. La personnalité d'un être humain est alors constituée de son corps et de son esprit. L'identité d'une personne induit sa propre vision mais également celles d'autrui. Comme analysé précédemment, l'être humain a besoin de relations sociales pour se construire, il est alors totalement logique que l'identité d'une personne soit définie et reconnue par d'autres personnes.

L'identité d'un être humain est universelle et singulière à chaque individu, elle est définie par soi-même mais également par autrui.

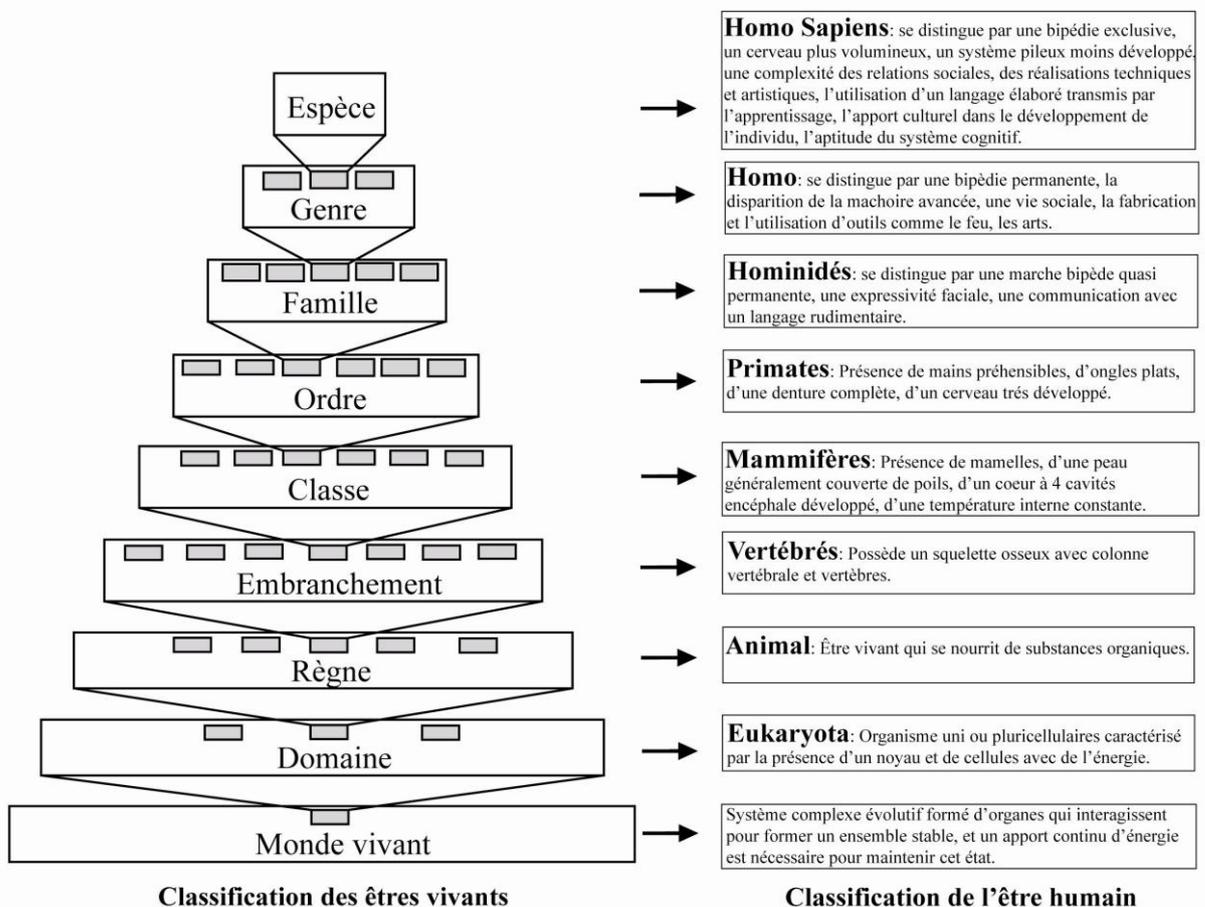


Figure 2 : Modèle de classification par taxons établi par Linné.

e. Quelques données physiologiques sont nécessaires pour comprendre le fonctionnement du corps humain.

e1. La motricité du corps humain est permise par sa structure et son fonctionnement.

Le corps permet à l'être humain de bouger, se déplacer selon ses envies et ses besoins mais également de vivre. La motricité définit l'ensemble des fonctions qui assurent le mouvement, les déplacements autogénérés par l'organisme d'un être humain.

¹⁹ ALPE Y., LAMBERT J-R., BEITONNE A., DOLLO C. et PARAYRE S., *Lexique de sociologie*, Dalloz, p.272

La motricité est permise par ²⁰:

- les structures de commande volontaire ou involontaire,
- les structures de régulation qui coordonne et contrôle de façon consciente ou non les activités motrices,
- les voies de transmission de cette commande,
- et les organes effecteurs : l'appareil locomoteur constitué des muscles et du squelette.

Nous allons décrire la structure et les échanges existants au sein de l'appareil moteur entre le système nerveux, la musculature et le squelette.

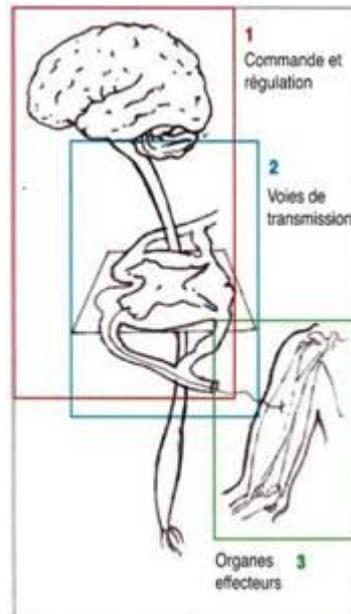


Figure 3 : Représentation schématique de la motricité volontaire

- Le système nerveux permet de recevoir, traiter, stocker et donner des informations.

C'est un ensemble d'organes dont l'unité fondamentale est le neurone. Il s'agit d'une cellule qui a pour rôle principal la transmission de l'influx nerveux d'un neurone à un autre ou d'un neurone vers un organe innervé²¹. L'influx nerveux qui véhicule des messages (stimulations sensorielles, ordre de réponse, réponses réflexes) peut être comparé à un courant électrique transmis d'un neurone à un autre par l'intermédiaire de substances chimiques (neurotransmetteurs).

Le système nerveux comporte le système neurovégétatif qui assure les fonctions cardio-respiratoires, de nutrition de façon involontaire et inconsciente et le système nerveux somatique qui assure toutes les autres fonctions. Il est composé du système nerveux central avec l'encéphale et la moelle épinière. L'encéphale comprend : le cerveau (composés des neurones permettant l'intégration, la sélection des données, la régulation, la formulation et l'élaboration des ordres), le cervelet (relie le cerveau au tronc cérébral par de nombreux faisceaux de fibres nerveuses, joue un rôle essentiel dans la coordination des mouvements et l'équilibre), le tronc cérébral (prolongation de la moelle épinière dans la boîte crânienne, centre de connections entre le cerveau, la moelle et le cervelet, traversé par des nerfs innervant en particulier la tête et la face et les fonctions sensorielles). La moelle épinière est le siège de centres de reflexes importants. Elle est divisée en segments (métamères) qui innervent des parties d'organe. Elle contient des neurones et des centres reflexes médullaires. Des cordons en sortent pour se relier aux muscles, ils contiennent des fibres nerveuses montantes (remontent les informations sensibles) ou descendantes (transmettent des ordres). Et enfin, le système nerveux périphérique est composé principalement des nerfs rachidiens. Il relie la moelle aux différents organes : muscles, peau, viscères, et transmet des messages

²⁰ Se référer au schéma du système des structures en jeu dans la motricité volontaire, Annexe 1, p81.

²¹ Innervé est distribuer des éléments nerveux (nerfs) dans les organes.

nerveux. Il véhicule des influx nerveux sensitifs et moteurs. Ils sont reliés à la moelle épinière par deux racines médullaires. La racine postérieure véhicule les sensations sensitives issues des organes : superficielles (douleur, température) et profondes (position des parties du corps dans l'espace). La racine antérieure véhicule l'influx moteur vers les muscles en les innervant.

- Les muscles réceptionnent les informations et produisent le mouvement.

Les muscles sont des organes dont la caractéristique est d'être excitable (par un influx nerveux) et contractile (capacité à se contracter). On distingue les muscles striés volontaires, innervés par le système nerveux central. Volontaire signifie qu'on peut les commander volontairement mais leurs contractions ou relâchement peuvent être réflexe, involontaire ou inconscient (on tient sa tête droite sans y penser). Les contractions sont déclenchées par un influx moteur transmis par les neurones de la moelle qui aboutit aux fibres musculaires par la jonction neuromusculaire. Les muscles lisses involontaires sont innervés par le système neurovégétatif et le muscle cardiaque est de structure striée mais innervé par le système neurovégétatif.

- Le squelette soutient les muscles dans le mouvement.

Le squelette est constitué par les os avec le crâne (renferme l'encéphale et les os de la face s'y juxtaposent), le tronc composé de la colonne vertébrale (empilement de 33 vertèbres articulées entre elles, certaines sont creusées en leur milieu pour former le canal médullaire où passe la moelle) et de la cage thoracique (s'articule avec les vertèbres), et enfin la ceinture scapulaire pour les membres supérieurs et la ceinture pelvienne pour les membres inférieurs. Les articulations sont les dispositifs mobiles entre les os. Entre les zones osseuses en contact, une capsule articulaire fibreuse et solide est formée afin de maintenir en contact les deux os. Au centre de cette capsule se trouve le liquide synovial qui est lubrifiant.

e2. L'activité mentale de l'être humain est centralisée dans le cerveau.

Le cerveau est séparé en deux hémisphères : le gauche et le droit. Ils sont reliés entre eux par des ponts permettant leur coordination. Il est enrobé de membranes protectrices appelées méninges et baigne dans le liquide céphalo-rachidien qui le protège des chocs, des infections. Chaque hémisphère présente quatre lobes. Chaque aire est spécialisée dans une fonction donnée. Elles sont toutes constituées de neurones qui ont aussi des fonctions précises.

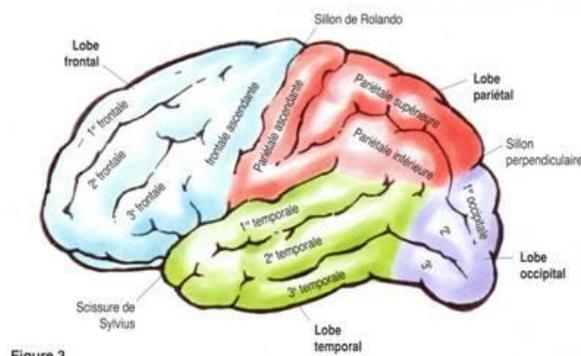


Figure 4 : Représentation schématique des lobes constituant le cerveau.

Le lobe frontal contient les neurones affectés à la parole, l'organisation, la mémoire, l'attention, le contrôle des émotions, du comportement. Le lobe pariétal possède les neurones dédiés au langage, l'écriture, la lecture, la reconnaissance des informations visuelles et tactiles, coordination des mouvements. Le lobe occipital est composé des neurones permettant la prise de conscience visuelle, la reconnaissance visuelle. Le lobe temporal détient les neurones chargés de la sélection de la mémoire, la compréhension du langage parlé.

Chaque partie du cerveau possède une partie fonctionnelle singulière et elles sont toutes en interrelation. Les neurones ont une capacité et une fonction précise, c'est par les influx nerveux que leurs coordinations et leurs échanges sont possibles. Le cerveau perçoit des

informations de l'extérieur, il les traite, prend des décisions et provoque une réponse. Les neurones sont sans cesse stimuler et en interaction.

2. L'être humain connaît une situation de handicap moteur.

a. La vie d'une personne connaît une scission.

Le handicap peut survenir à différents moments de la vie d'une personne, selon différentes causes et peut être une situation éphémère, évolutive ou non-évolutive.

- La date d'apparition d'un handicap est une donnée importante, être handicapé depuis toujours est très différent de l'être devenu après avoir connu une période « normale ». Nous distinguerons deux périodes de survenue du handicap et donc deux types de handicap.

- Le handicap est dit congénital s'il est visible ou dépisté dès la naissance, cela signifie qu'il est inné.

- Le handicap est dit acquis si sa révélation survient après la naissance donc chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte.

- Les causes de déficiences motrices et/ou psychiques de la personne sont innombrables et peuvent être séparées en deux grandes catégories.

- Les causes endogènes au corps de l'individu qui provoquent une maladie ou une malformation. Elle résulte d'un dysfonctionnement de l'organisme caractérisé par différents symptômes et une certaine évolution dans le temps. La plupart d'entre eux sont multifactorielles et leur apparition dépend de l'environnement, du vécu de l'individu mais aussi des prédispositions que lui confère son patrimoine génétique. Prenons comme exemple, un accident vasculaire cérébral hémorragique. Le dysfonctionnement du corps se situe au niveau d'un vaisseau sanguin. Différents symptômes sont susceptibles d'alerter comme le trouble de l'équilibre, la paralysie d'un membre ou d'un côté du corps. Les facteurs tels qu'une pression sanguine excessive, un vaisseau sanguin endommagé peuvent être à l'origine de la rupture de la veine. Les comportements de vie du patient sont également susceptibles d'influencer ce dysfonctionnement comme la consommation de tabac, d'alcool. L'AVC provoque une situation de handicap car la personne peut devenir paralysée, hémiplegique.

- Les blessures traumatiques sont provoquées par des causes exogènes au corps. C'est une blessure accidentelle, définit selon de l'OMS comme « *un événement indépendant de la volonté de l'homme, caractérisé par la libération soudaine d'une force extérieure, qui peut se manifester par une blessure corporelle* ». Comme pour les maladies, un accident infligé au corps a différents symptômes et une évolution dans le temps. Prenons l'exemple suivant, une personne fait une chute. C'est un accident car rien ne prédisposait à ce fait. Différents symptômes comme la douleur, l'impossibilité de marcher permettent de comprendre que la hanche est fracturée. Les facteurs tels que l'âge, des os fragilisés peuvent engendrer des complications à la fracture. Ce choc peut entraîner une situation de handicap moteur car la personne ne peut plus marcher.

- Le handicap peut être évolutif ou non évolutif, c'est-à-dire qu'il peut s'aggraver ou non avec le temps. Ses aggravations peuvent provenir de différents facteurs comme l'évolution de la maladie, l'âge de la personne.

Dans cette recherche, nous prendrons surtout en compte des handicaps acquis, évolutifs ou non et dont les causes peuvent être endogènes ou exogènes au corps. Une personne qui a vécu « normalement » connaît alors la rupture de son équilibre physique, psychologique et social qui était établi auparavant. C'est une scission dans la vie d'une personne. Cela implique un avant et un après. La personne doit se construire autrement, se rétablir différemment par rapport à son équilibre antérieur. Il faut concevoir un nouvel équilibre en fonction de ce qu'implique sa situation de handicap.

b. Les handicaps moteurs sont classifiés selon leurs mécanismes lésionnels.

Nous l'avons analysé précédemment, le handicap peut être provoqué par des causes endogènes ou exogènes au corps. Elles engendrent des lésions au sein du système moteur de la personne. L'APF²² classe en cinq catégories, les mécanismes lésionnels²³.

- **Catégorie I.** Les lésions cérébrales désignent les mécanismes blessés au niveau du cerveau, de l'encéphale. Les traumatismes crâniens, les accidents vasculaires cérébraux subissent ses lésions.

- **Catégorie II.** Les lésions médullaires touchent la moelle épinière, les lésions neuromusculaires (muscles, nerf, jonction entre le nerf et le muscle). Nous pouvons citer la paraplégie, la tétraplégie.

- **Catégorie III.** Les lésions ostéo-articulaires désignent les os et leurs articulations. Dans des situations de malformation, d'amputation, ces mécanismes sont touchés.

- **Catégorie IV.** Les lésions sont inclassables dans les catégories I, II et III.

- **Catégorie V.** Les lésions sont indéterminées ou incertaines ou le diagnostic est incertain, inconnu.

La désignation des mécanismes lésionnels permet de déterminer au mieux les déficiences et incapacités motrices que la personne va subir.

Les lésions entraînent des déficiences physiques qui peuvent s'accompagner également des déficiences psychiques ou de troubles associés (mémoire, organisation).

c. Le handicap moteur est décliné selon trois composantes.

Conformément au modèle de la CIH²⁴, le handicap moteur est décliné selon trois facteurs causals. La déficience motrice, l'incapacité motrice est le désavantage qui est résulte. Si le modèle est proposé dans cet ordre, cela ne veut pas dire qu'il se déroule toujours dans ce sens. En effet, une incapacité peut engendrer une déficience.

c1. L'organisme garde des séquelles nommées déficiences motrices.

Lorsque le corps est endommagé, celui-ci garde des séquelles qui se nomment déficiences. Elles sont évaluées par rapport à l'état initial (avant la cause) de la personne. Définie par l'OMS, la déficience est « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique)* ». Elle concerne une unité du corps et prive la personne d'une possibilité fonctionnelle ou d'une partie de la structure de son corps. Elle permet de décrire les altérations perceptibles au niveau des organes ou de leurs fonctions, qu'elles soient physiques ou psychiques. La déficience concerne une partie de l'individu. La psychologie détermine les capacités mentales comme se concentrer se souvenir. La physiologie concerne le fonctionnement des êtres vivants (l'interaction des organes), donc l'action de respirer, de toucher, de manger. L'anatomie désigne la structure d'un organisme composé de multiples organes comme les muscles, le cœur, le cerveau. La structure anatomique et/ou les fonctions organiques (physiologie des organes et du mental) sont endommagées. Nous comprenons que les déficiences peuvent être de nature somatique (qui concerne le corps) ou non-somatique. La nature des déficiences peuvent être associées. Par exemple, les fonctions mentales peuvent être endommagées lors d'un traumatisme crânien. La personne peut être paralysée et si le lobe frontal est touché, les mécanismes de l'organisation ou encore ceux de l'attention sont endommagés. Ou lorsqu'une personne, victime d'un accident, a un nerf de la main sectionné, la personne perd la capacité sensorielle à cet endroit : le toucher.

²² Association des paralysés de France

²³ Se référer au schéma du système des structures en jeu dans la motricité volontaire, Annexe 1, p81.

²⁴ Classification Internationale des Handicaps

c2. Les déficiences engendrent des incapacités.

L'incapacité est provoquée par les atteintes de la motricité de la personne. C'est la difficulté ou l'impossibilité à réaliser une activité de la vie courante comme marcher, manger, mémoriser. Les déficiences entraînent des incapacités. Le ou les dysfonctionnements du corps, qu'ils soient anatomiques, physiologiques et/ou psychologiques, entraînent des difficultés pour l'être humain au quotidien. Ces inaptitudes sont mesurées et constatées par rapport aux capacités de la personne avant l'accident ou la maladie. L'OMS définit l'incapacité comme « *toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité physique ou mentale considérée comme normale pour un être humain* ». Elle concerne la baisse du potentiel à accomplir une action. Elle dépeint les perturbations au niveau de la personne en son entier. Elle permet une description des limitations des activités ou comportements essentiels à la vie.

Le Comité national de bioéthique²⁵ fonde « *la valeur particulière de l'homme et de sa dignité²⁶ sur sa capacité d'autonomie* ». Ainsi en recoupant ces deux constatations, nous pouvons comprendre que les incapacités de la personne sont évaluées en fonction de ses aptitudes d'autonomie et d'indépendance. Ces façons d'agir et de penser sont fixées par rapport à la société et ses modes socioculturels. Cet ensemble est répertorié et fonde une éthique. L'éthique a pour but d'indiquer comment les êtres doivent se comporter, agir et être entre eux et envers ceux qui les entourent. Ainsi, l'éthique établit des critères, des modèles en fonction d'une norme. « *Les normes sociales sont conformes à ce qui est communément admis et légitimé par le système de valeurs propre à chaque société* »²⁷. « *La norme est constituée par rapport à un idéal, qui guide les « bonnes » manières de penser, d'être et d'agir* ». Les incapacités d'une personne sont alors définies par rapport à des critères d'idéal.

c3. Les incapacités provoquent des désavantages et une situation de handicap.

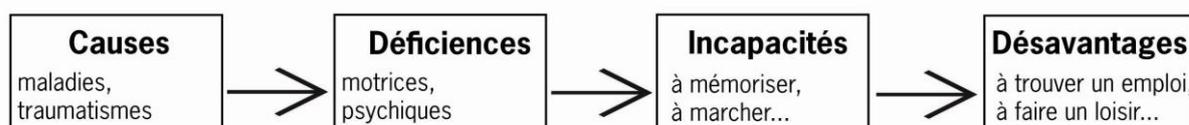
Le désavantage est du aux déficiences et/ou aux incapacités motrices de la personne. Ce sont les problèmes sociaux qui en résultent comme travailler, avoir une discussion, se rendre dans un lieu. Comme vu précédemment, les êtres humains se distinguent par leur anatomie, leur comportement et leur pensée. Ainsi, par la perte ou la réduction d'une de ses aptitudes, l'être humain n'épouse plus les critères idéals de son espèce : se tenir debout, utiliser un langage développé. C'est à partir de ses modèles que la société s'est fondée. L'être humain évolue par rapport à des principes socioculturels établis car il doit respecter l'éthique ou les éthiques mises en place. Les critères sont fondés par rapport à une norme. Le vocable norme est issu du latin « *norma* » qui signifie équerre, règle. C'est une moyenne, calculée en fonction du plus grand nombre et à laquelle on se réfère. L'être humain ayant des incapacités n'est plus conforme à cette norme et éprouve des difficultés à vivre dans cette société normée ; ainsi, il connaît des désavantages. Défini par l'OMS, « *le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels* ». Le désavantage prend en compte l'identité singulière de la personne : son âge, son sexe, ses loisirs, son travail, ses envies. Les incapacités sont jugées désavantageuses pour la personne si cela l'empêche de concrétiser une envie ou un besoin. Ici, ce sont les conséquences néfastes des interférences entre l'individu et l'environnement extérieur qui sont prises en compte.

²⁵ Ce comité est constitué d'experts, médecins, philosophes, juristes et chercheurs qui encadrent les progrès des recherches dans les sciences de la vie et leurs applications en veillant au respect des principes de dignité et liberté de la personne humaine.

²⁶ La dignité est le respect que l'on doit à quelqu'un.

²⁷ ALPE Y., LAMBERT J.-R., BEITONE A., DOLLO C. et PARAYRE S., *Lexique de sociologie*, Dalloz, p.204.

Selon l'article 114 loi du 11 février 2005, « *constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Les déficiences entraînent des incapacités qui engendrent des désavantages et instaurent la personne en situation de handicap. Les incapacités sont évaluées en fonction de la norme sociale dans laquelle l'être humain vit. La norme est définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus qui vivent dans la même société. La société valorise les capacités d'autonomie et d'indépendance. Si ses incapacités empêchent la personne de réaliser ce qu'elle désire, alors elle est en situation de désavantage. Si ces actions et échanges sont limités alors la personne ne peut plus participer à la vie de la société normalement.



Le modèle proposé n'indique pas que les événements se déroulent toujours dans l'ordre indiqué

Figure 5: Schéma des causes et conséquences amenant à une situation de handicap. Modèle de la CIH.

3. La situation de handicap provoque une souffrance pour la personne.

a. La situation de handicap est une atteinte à l'identité de l'individu.

a1. L'individu connaît des modifications au sein de son propre corps.

La maladie ou l'accident touche les capacités mentales et/ou physiques de la personne, le corps est altéré. Comme nous l'avons vu précédemment, le corps fait partie intégrante de l'identité d'une personne. En premier lieu, le corps de l'être humain est soumis à son propre regard. Si la cause a un impact physique, le schéma corporel est alors modifié. Il doit faire face à cette nouvelle identité corporelle visible, mais également à la limitation de ses actions. Par exemple pour une personne qui subit une amputation, la perte d'un bras transforme le corps et ne permet plus l'aisance connue auparavant. S'il y a une déficience mentale alors la personne se rend compte qu'elle n'est plus capable de faire les mêmes choses possibles par le passé. Par exemple, pour une personne victime d'un traumatisme crânien, la personne peut rencontrer des problèmes de concentration et d'organisation. Dans certaines situations, les patients ne se rendent pas compte de leurs incapacités et tentent de faire les choses comme avant mais ils se trouvent en situation d'échec, sans comprendre leur déficience. Par exemple pour une personne atteinte d'hémi-négligence²⁸ gauche, elle ne se rend pas compte qu'elle n'utilise plus son côté gauche, c'est comme s'il n'existait plus pour elle. L'homéostasie d'origine n'a pas été rompue mais modifiée car la personne est en vie. L'équilibre du monde intérieur alors formé par le passé subit des modifications et engendre une faiblesse de la capacité d'indépendance. La personne connaît un changement corporel et/ou l'altération de ses capacités. L'identité singulière de la personne est touchée mais également universelle car elle ne correspond plus au schéma idéal de l'être humain inculquée depuis sa naissance.

²⁸ Syndrome qui apparaît suite à une lésion cérébrale. C'est un trouble de l'orientation, de l'attention spatiale. Le patient ignore partiellement ou totalement les éléments de l'espace situés du côté opposés à la lésion. Ce trouble concerne tous les sens.

a2. Les relations socioculturelles sont modifiées.

Le corps d'une personne est associé à son image et à ses capacités. N'ayant plus la même structure corporelle et les mêmes aptitudes, l'impact dans les relations avec le monde extérieur est alors supposé. Premièrement l'identité est singularisée par les particularités de la personne comme ses cheveux, ses mains, ses habits, ses expressions. Ce sont des indices qui permettent d'identifier une personne et de la rendre unique. La situation de handicap change les signes identitaires. Une personne n'aura plus la même allure si elle est paralysée, elle aura des difficultés à parler à la suite d'AVC. Cette modification des capacités du corps entraînent des changements dans ses relations quotidiennes auprès de la famille, des amis, des collègues de travail. Il peut s'instaurer une dépendance, c'est-à-dire que la personne va dépendre d'autrui pour agir. Le corps étant défaillant, la personne nécessite d'une assistance. Par exemple, ne plus pouvoir prendre ses enfants dans les bras ou dépendre son conjoint sont autant de situations de souffrance pour la personne et la preuve de son impuissance. Elle peut perdre son travail, ne plus pouvoir effectuer ses loisirs. Par exemple, pour la personne amputée, si son métier était chauffeur routier, elle devra certainement changer de métier. Ou encore pour la personne qui a des problèmes de concentration, elle peut perdre le fil de la discussion qu'elle mène avec ses amis. La personne ayant une héli-négligence gauche ne tiendra compte que des personnes se trouvant à sa droite. Ces changements de vie imposés à la personne modifient ses activités sociales et ses relations avec les autres qu'elle avait intégrées, c'est comme détruire une partie de son identité sociale.

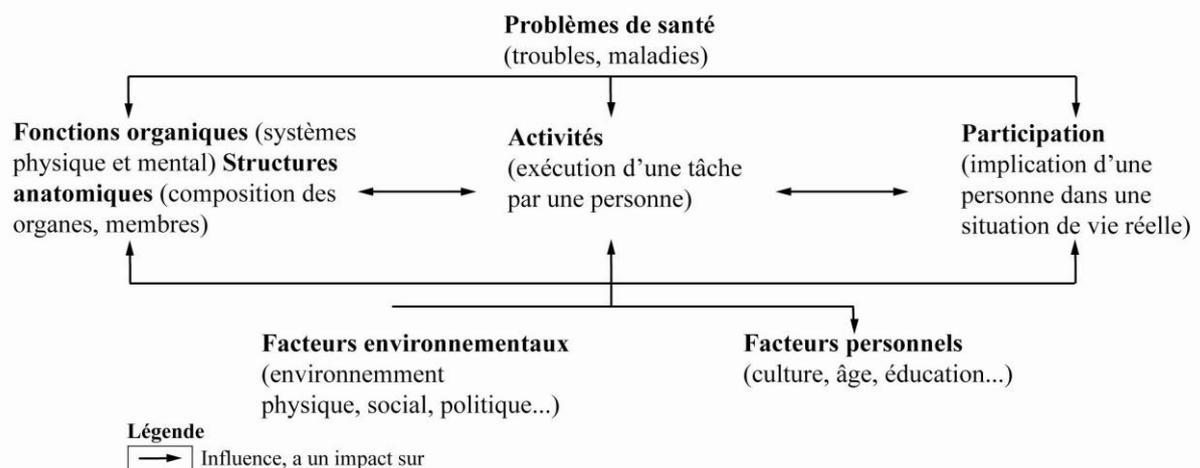


Figure 6 : Typologie du handicap établie par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS

b. Les incapacités entraînent une vision d'anormalité de l'individu.

Les capacités d'un être humain sont établies selon une norme sociale et culturelle. Une norme impose une dualité entre « normaux » et « anormaux ». Les « normaux » sont conformes à la norme imposée par la société. Mais les « anormaux » sont « hors » de cette norme. Il existe deux conceptions d'appréhender son handicap.

Une conception additive où la personne se dit « porter un handicap » comme héberger un élément étranger à soi quelque chose qui a pénétré le corps ou l'esprit. Dans cette situation, la personne le considère comme quelque chose en trop. Par exemple, une personne en fauteuil roulant, ce dernier est considéré comme une prothèse à la personne.

Dans la conception soustractive, le handicap est quelque chose en moins, quelque chose qui a été retiré ou s'est échappé du corps de la personne. Cela renvoie à l'incapacité, à la privation ou à la compensation. Par exemple, une personne souffrant de problème mnésique (mécanismes de la mémoire), ressent alors une sensation d'oubli, de vide.

Ces deux conceptions font ressentir une anormalité à la personne en situation de handicap. Qu'elle soit physique, mentale, visible ou pas, cette différence est ressentie par la personne qu'elle soit en société ou seule. Cette sensation se caractérise également par la perte partielle ou totale de son indépendance ou même de son autonomie dans les activités de la vie. La personne ne pense plus capable car elle se sent différente d'un « avant » mais surtout des autres.

c. Le sentiment d'anormalité entraîne la perte de la confiance et de l'estime de soi.

Se sentir anormal, c'est se sentir différent par rapport à la norme socioculturelle de notre société. Cette norme s'appuie sur les facultés d'autonomie et d'indépendance. Elles regroupent les capacités d'agir et penser seul. Certaines aptitudes sont défaillantes ou perdues et constituent la situation de handicap moteur de la personne. Ne plus se considérer capable de mener des actions, entraîne la perte de la confiance en soi. La confiance en soi est une autoévaluation ponctuelle. Elle consiste à mesurer si on a les ressources nécessaires pour affronter une situation particulière. Si j'ose agir, c'est que j'ai confiance en moi. Mais si on se considère comme plus capable, on n'agit plus, on stagne et on doute de soi. Ce doute amène la perte de l'estime de soi. La personne n'accomplissant plus d'actes alors ne se sent plus valable. Cela induit un jugement de valeur. Le fait de ne plus avoir confiance en ses capacités l'empêche de faire, de réaliser des choses. Puisque la personne n'agit plus, alors elle ne s'estime plus. L'estime apporte un jugement de valeur²⁹ de soi. La personne se juge et s'évalue également par rapport à ses capacités antérieures à la maladie ou l'accident. Ainsi en personne en situation de handicap et se trouvant anormal, change sa propre valeur et se considère beaucoup moins. « *Pensons au sentiment d'impuissance du handicapé devant un escalier, à sa gêne ou sa honte devant la perte de contrôle* »³⁰. La perte de confiance en son propre corps entraîne donc la perte de la confiance en soi et de l'estime de soi.

d. La perte de l'estime de soi empêche la personne de s'investir dans un avenir individuel et social.

Le corps fragilisé est une angoisse permanente, un sentiment d'insécurité constant pour la personne. Son corps qui permettait d'être au monde extérieur, n'assume plus toutes ses fonctions initiales. Par la perte de confiance en son corps et ses aptitudes, la personne perd la confiance et l'estime d'elle-même. Ces incidences empêchent la personne d'agir. Par exemple pour une personne handicapée, rater un transfert et se retrouver au sol est une crainte et pour éviter cet échec, elle ne tente pas de le faire. Pour une personne ayant des difficultés de prononciation, la crainte de ne pas être comprise peut la contraindre à ne plus communiquer. Cela empêche la personne d'agir. La personne divisée entre son envie d'être et l'impossibilité d'être peut se replier sur soi ou adopter une attitude agressive. Ses échanges avec le monde extérieur sont modifiés et considéré comme un échec. La personne ne se considère plus apte, elle connaît alors le découragement, le regret de la vie passée. La personne ne considère plus son corps comme une interface avec le monde extérieur. Elle rompt au fur et à mesure ou brusquement ses liens socioculturels comme le travail, les loisirs. Ses liens qui étaient des buts, des envies n'existent plus et n'intègrent plus la personne dans un quelconque projet. Le handicap moteur est une pénalité pour la personne en effet elle cause du tort à la personne. Elle l'empêche de pouvoir concrétiser ses envies par une dépendance totale ou partielle à autrui et entraîne une dévalorisation de la personne.

²⁹ La valeur peut être estimée selon le courage, la force, le mérite, la persévérance.

³⁰ STEICHEN Robert, *Dialectiques du sujet et de l'individu, clinique de la (dé)construction identitaire*, Academia-Bruylant, p.187

4. La réadaptation peut aider une personne en situation de handicap.

- a. Les déficiences et incapacités doivent être acceptées afin de pouvoir se projeter dans l'avenir.

La personne en situation de handicap regrette la vie passée avec ses capacités, ses possibilités et ses facilités. Un travail de deuil doit prendre forme. La personne doit considérer le passé comme une étape de vie finie, elle en recommence une nouvelle. Elle doit cesser de se comparer à son « état d'avant » afin qu'elle puisse avancer et envisager un avenir. Cette situation est une épreuve de la vie. La caractéristique primordiale de l'être humain est sa capacité à s'adapter à l'environnement qui l'entoure. Il faut donc continuer à vivre au mieux avec un handicap résiduel en adaptant son quotidien à ses défaillances.

Le handicap ne doit pas être perçu par la personne comme une anormalité, une déviance biologique et sociale. Le handicap doit lui permettre de se réadapter, de se dépasser, face à cette expérience. Pouvoir se recréer. La personne doit se projeter, c'est essentiel. La personne doit être actrice de sa vie, afin de retrouver son d'identité. « *Le handicap constitue une épreuve de l'identité subjective parmi beaucoup d'autres. L'identité humaine est le résultat d'un long processus de construction qui n'est jamais achevé une fois pour toutes* »³¹. D'après cette citation, nous pouvons comprendre que le handicap, de caractère éphémère ou constant, doit être perçu comme une étape de la construction de notre identité et ne fait qu'alimenter notre expérience de la vie. « *L'acte c'est ce qui transforme la fixité du destin en ouverture au désir* »³². Nous comprenons bien qu'il faut que la personne s'inscrive dans des projets, des activités afin d'avoir des buts à atteindre, des envies à concrétiser afin de pouvoir stimuler et regagner sa confiance et son estime d'elle-même. Ces deux entités enfin reconquises peuvent alors permettre à la personne de s'affirmer. S'affirmer, c'est se positionner et s'assumer à son propre regard et aux regards des autres.

- b. La personne peut être prise en charge dans un centre spécialisé.

La personne en situation de handicap moteur connaît alors une perte d'indépendance et devient dépendante d'autrui. Une prise en charge en centre spécialisé peut aider la personne à regagner partiellement ou totalement ses capacités, à travers diverses prises en charge. Le but étant de remplacer incapacités et désavantages par activités et participation. Une prise en charge en institution a pour but d'améliorer les incapacités de la personne afin de les diminuer et d'atténuer les désavantages rencontrés. Elle peut aider la personne dans différents secteurs comme pour le travail, recréer des liens sociaux, apprendre des solutions pour faciliter son indépendance. Nous découvrirons en partie 2, les spécificités d'un centre de réadaptation spécialisé. La personne se rend compte qu'elle est capable d'agir et d'atteindre des buts, ainsi elle peut reprendre confiance en son corps et en elle, ce qui va valoriser son estime d'elle-même et ainsi pouvoir augmenter l'affirmation de sa personnalité en recréant des liens sociaux.

- c. La société commence à s'adapter aux situations de handicap des personnes.

L'idée de réadaptation est de modifier un élément pour le rendre conforme une norme. Mais dans cette situation, nous considérons que c'est l'environnement qui doit s'adapter à la personne en situation de handicap. Ainsi, depuis plusieurs années, la législation française permet de justifier d'un statut de personne handicapée afin d'atténuer leurs désavantages et au contraire de bénéficier d'avantages. L'ambition étant de leur permettre une plus grande autonomie et indépendance. Au regard de l'emploi, il existe un statut de personnes

³¹ Ibid., p.186

³² Ibid., p.183

handicapées et un mi-temps thérapeutique. Des centres d'aide par le travail sont mis en place. La scolarité des enfants handicapés est plus systématique, avec des aides de vie scolaire qui sont là pour faciliter leur insertion et leur apprentissage. Des allocations leurs sont attribuées en fonction de critères bien précis.

Une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est instituée depuis le 1^{er} janvier 2006. Elle prend des décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière de prestations et d'orientations.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est composée de 101 articles portant de nombreux changements. Les principales avancées concernent : l'accueil des personnes handicapées, le droit à la compensation, les ressources, la scolarité, l'emploi.

B. Les arts plastiques sont une activité artistique qui favorise la mise en place d'un projet artistique.

1. L'art est une activité humaine dirigée vers l'esthétique.

a. L'art relève d'une activité humaine.

a1. L'être humain est impressionnable.

Le corps étant l'interface entre le monde extérieur et le monde intérieur de la personne, nous comprenons que celle-ci ne cesse de recevoir des informations du monde extérieur vers son monde intérieur. Le monde extérieur de la personne est composé de tout ce qui l'entoure. Ces éléments peuvent être matériels comme une chaise, un arbre, une personne. La nature de ces éléments peut également être immatérielle (impalpable) comme des idées prononcées par un politique, le message d'une publicité. La personne engrame les expériences qui sont stockées dans l'esprit de la personne. Elles deviennent des connaissances car vécues et sauvegardées dans une base de données : la mémoire. La personne peut choisir de garder en mémoire volontairement ces informations (j'apprends « par cœur » une poésie), ou involontairement (nous n'apprécions pas la fraise mais nous nous souvenons du goût). Lorsque nous disons : « je connais l'odeur de ce parfum », nous comprenons que les organes et leurs facultés sensorielles sont sollicités. Les cinq sens : l'ouïe, le toucher, le goût, l'odorat permettent à l'être humain de réceptionner les informations du monde extérieur. Ce sont les organes du corps qui sont absorbeurs d'informations. L'être humain est donc impressionnable. Il utilise ses organes et leurs sens ainsi que son mental. Son corps, placé dans un environnement extérieur, reçoit des informations volontairement ou involontairement. L'être humain est donc stimulé par ce monde extérieur. « *Sous le nom d'impression, le mécanisme général qui permet d'intégrer et de gérer les informations venus du monde extérieur vers notre monde intérieur* »³³ L'être humain reçoit ses stimulations, il les analyse et les stocke sous forme de connaissances et il les utilise : on parle de reconnaissance. Ainsi, nous pouvons affirmer que l'individu est impressionnable.

³³ FORESTIER Richard, 'Tout savoir sur l'art occidental, Favre, 2004, p113.

a2. L'être humain s'exprime.

Après avoir discerné le mouvement de l'extérieur vers l'intérieur de l'individu, nous analysons le mouvement inverse. « *C'est la stimulation par le monde extérieur qui nous incite à réagir* »³⁴. Le corps est l'interface entre le monde intérieur et le monde extérieur. L'être humain reçoit des stimulations par ses sens et stocke ses informations dans son esprit. Le corps est également une façon d'être au monde. Abordé au début de notre recherche, « *être, c'est exister, avoir une réalité* ». La réalité se définit par opposition à l'imaginaire : tout ce qui n'est pas perceptible. L'être humain doit utiliser son corps pour marquer l'extérieur. Le corps possédant un monde intérieur, il va falloir le sortir de lui-même. L'être humain extériorise ses connaissances. Et pour marquer cet extérieur, il use ses aptitudes physiques et mentales. Il va agir par des actes : l'activité. Ainsi, l'extériorisation de l'homme est permise par des multiples mécanismes qui se traduisent par la parole, les gestes, les expressions du visage. L'être humain s'exprime à travers son corps, pour appartenir au monde. Ces actes peuvent être volontaires, cela insinue qu'il y a un but, l'acte est dirigé vers un objectif à atteindre (on fait appel au mécanisme de la raison). Mais les actes peuvent également être involontaire, tenir de l'instinct³⁵. Par exemple, nous touchons un radiateur brûlant, nous retirons immédiatement la main. L'expression est alors l'exposition (au monde extérieur) visible de la pensée (le monde intérieur).

a3. L'art est un des moyens d'expression humaine.

Nous savons que l'être humain est impressionnable et s'exprime. Il extériorise son monde intérieur vers le monde extérieur en vue de montrer son appartenance à ce dernier. Cette extériorisation est concrétisée par des actions lors d'activités. Le mot art définit « *une aptitude, une habilité à faire quelque chose* ». D'après cette définition, nous pouvons alors associer l'art à une expression humaine. En effet, elle réunit en elle : l'impression et l'expression de l'être humain. « *Une aptitude, une habilité* » induit la notion de connaissances et reconnaissances, ce mécanisme est possible grâce aux impressions. « *Faire quelque chose* » révèle de l'action donc de l'expression. En ce sens, l'être humain exerce de multiples arts qu'ils soient matériel ou pas : l'art culinaire, l'art oratoire, l'art de la belle écriture. « *Le mot art répond bien à ce que l'on peut attendre d'un mot : être l'interface entre le monde des idées et le monde sensible [...] tel un interface entre le monde concret et le monde abstrait* ». Ainsi l'art a besoin de l'impression (tournée vers le monde intérieur) et de l'expression (tournée vers le monde extérieur) de l'être humain, pour exister.

b. L'activité artistique est orientée vers un idéal esthétique.

b1. L'art est défini par l'intention de l'être humain.

Comme expliqué précédemment, ils existent deux types d'expression. Nous nommerons l'expression involontaire issue de l'instinct : archaïque. Cette action est basée sur les connaissances de l'être humain, mais celui-ci utilise cette information sans s'en rendre compte. Prenons, comme exemple, lorsqu'il fait froid une personne peut se frotter les mains, elle le fait instinctivement, sans réfléchir. La seconde expression, nous la nommons : intention. Cette activité est exercée par l'être humain par un choix, il a décidé d'un objectif, d'un but à atteindre. Il sollicite ses connaissances et reconnaissances afin de pouvoir concrétiser ce qu'il veut. Utilisons à nouveau l'exemple de l'être humain qui a froid, une expression dirigée volontaire, il va faire un feu pour avoir chaud. L'art, définit précédemment, s'inscrit dans cette activité dirigée par une intention. L'être humain met aux services ses connaissances afin de réaliser quelque chose de la meilleure manière qu'il soit. A travers les vocables : « *aptitude, habilité* », nous percevons une notion

³⁴ Ibid., p113.

³⁵ L'instinct est une impulsion souvent irraisonnée qui détermine l'homme dans ses actes, son comportement.

de maîtrise, de technique. L'étymologie du mot art nous confirme cette notion. Il est issu du latin « ars » qui signifie habileté, métier, connaissance technique. L'art est alors lié à la « tekhnê » : la technique. Ce terme spécifie « *un ensemble de procédés que l'on doit méthodiquement employer afin d'accomplir une tâche* ». Ainsi, la technique est processus constitué de différentes étapes afin d'atteindre un objectif. En ce sens, l'art est l'utilisation d'une technique dans le but de réaliser « quelque chose ».

Ce « quelque chose » est le produit singularisé par l'intention de l'être humain. En effet, il faut distinguer l'art et l'Art. L'art s'apparente au travail de l'artisan : l'artisanat. Il utilise l'ensemble de ses techniques et de ses savoir-faire acquis par l'expérience ou l'étude. Les produits de son activité sont des objets à vocation utilitaire, destinés à la société. Ces productions ne possèdent pas de finalité purement esthétique. Le beau est un atout supplémentaire mais le but final est un produit utile et fonctionnel. L'Art quant à lui est le versus non utilitaire de l'artisanat. L'Art s'apparente aux « beaux-arts ». Il désigne toute création possédant une valeur esthétique. L'Art nécessite lui aussi des techniques et un savoir-faire de l'artiste. Ceux-ci sont utilisés dans un but non fonctionnel mais pour ressentir la « sensation de beau » à travers une production. L'art et l'Art exploitent tout les deux une technicité et des savoir faire mais à des fins différentes. L'intention de l'art est la réalisation d'une production utile et l'intention de l'Art est la réalisation d'une belle production.

b2. L'esthétique est le but de l'Art.

Afin de définir le concept³⁶ d'esthétique, nous devons faire référence à l'histoire de l'Art. Le néologisme Esthétique a été créé en 1750 par Baumgarten³⁷ avec le mot « *aesthetica* »³⁸. Ce mot traduit l'idée d'une théorie du beau et du sentiment qu'il fait naître en nous. Ainsi d'après cette théorie, nous comprenons qu'il existe des critères pour réaliser une belle production et que la beauté est une sensation ressentie. La sensation est un état psychologique découlant des impressions reçues. La première phase de l'Art se compose donc d'une impression. Cette dernière est stimulée par la captation des organes récepteurs (les yeux, les oreilles). Cette réception de la beauté se caractérise par le nom d'esthète. Il reçoit, ressent et apprécie le beau. L'esthète se limite à la contemplation de l'œuvre d'Art.

Comme étudié précédemment, l'impression peut engendrer une activité. La seconde phase de l'Art sera l'expression dirigée vers l'esthétique. Ici, le nom d'artiste désigne alors un être humain dont l'activité artistique a pour but une belle production stimulant la sensation du beau. C'est une recherche de la beauté. L'effort est alors sous-entendu. Il se caractérise par l'échange perpétuel entre la volonté de faire du beau et la sensation du beau. Pour cela, l'artiste utilise ses savoir-faire, ses techniques dans une activité afin de produire une belle chose et d'en ressentir la sensation de beau en regardant son œuvre. Il s'engage à créer une belle production.

L'Art, cette recherche de la beauté se fonde à partir de deux modèles distincts : la mimésis et l'heuristique. La mimésis est un terme grec signifiant l'imitation. Durant l'Antiquité, Platon dans le livre la « *République* »³⁹ impose ce modèle. Il utilise la dialectique (art de la discussion) pour démontrer que l'artiste permet aux êtres humains d'accéder au monde divin. Selon Platon, les dieux sont à l'origine du monde. Celui-ci possède donc une organisation divine. Le monde divin, le monde vrai correspond au monde des idées (de l'immatériel). Il est uniquement accessible par la raison. Le monde réel, palpable se compose donc d'illusions, d'apparence. Pour Platon, le beau est synonyme d'idéal, de véracité. C'est une notion abstraite mais concevable grâce à certains artistes. Ceux-ci sont des êtres privilégiés car touchés par le souffle divin, ils peuvent percevoir l'harmonie divine dans le monde des Hommes. Ainsi,

³⁶ Un concept détermine les caractères spécifiques d'un projet, d'un produit, par rapport à l'objectif ciblé.

³⁷ Alexander Gottlieb Baumgarten (1714-1762) est un philosophe allemand. Il est l'inventeur de l'Esthétique qui devient une discipline philosophique.

³⁸ BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Esthétique*, L'Herne, 1988.

³⁹ PLATON, *La République*, Nathan poche, 2009.

l'artiste doit reproduire fidèlement un modèle, il ne peut pas le dénaturer. En respectant ces modalités de reproduction fidèle à l'origine divine, l'artiste produit une belle œuvre d'Art. Une trilogie fondamentale est mise en place : le vrai permet d'agir bien donc de produire du beau. La mimésis permet un équilibre entre ces trois notions. Dans cette conception, l'être humain est uniquement l'imitation pâle du monde divin.

Dans « *La Poétique* »⁴⁰, Aristote associe l'idée de la mimésis à la notion de catharsis. Ce concept signifie une purification émotionnelle. A travers l'activité artistique, l'être humain doit entamer un processus de transformation, de changement qui lui permettra de devenir meilleur. L'Art prend alors un peu en considération l'être humain et relaye le pouvoir divin au second plan.

C'est à compter du XVIème siècle avec la succession de mouvements tels que le Maniérisme, le Baroque, l'Impressionisme que les artistes s'éloignent de la volonté d'imiter le réel. L'artiste a pour ambition d'interpréter ce qu'il voit, il peut alors s'exprimer et créer plus librement. L'heuristique est d'origine grecque « *je trouve* », il signifie l'art d'inventer, de faire des découvertes. Ainsi, l'artiste n'a plus la volonté d'imiter du réel dans un souci de beauté idéale. Son imagination et sa conception du réel personnalisent la production, la création de l'artiste. La personnalité de l'artiste est alors ce qui singularise sa propre production, l'être humain est au centre de la production artistique.

b3. Le beau est une recherche et un jugement personnel.

L'Art est donc le produit d'une activité artistique dirigée vers l'esthétique. Nous avons pu comprendre que l'esthétique est la recherche de la beauté dans une œuvre et la sensation de beau que l'être humain ressent devant. Ainsi l'Art est le fruit d'une impression (pour un esthète) et/ou d'une expression (pour un artiste). Un artiste utilise sa technique et ses savoir-faire afin d'atteindre la sensation de beauté face à sa production. L'activité artistique est alors une recherche perpétuelle du beau. Nous avons pu définir précédemment que l'être humain possède une identité singulière. Celle-ci se constitue à partir des différentes expériences de l'être humain. Ainsi, nous avons conclu que chaque être humain est singulier même s'il est en interaction constante avec le monde extérieur : l'unité commune entre tous les êtres humains. C'est à partir de cette constatation que nous pouvons déclarer que la notion et la sensation du « beau » est singulière à chaque personne. La recherche du beau se rattache directement à la recherche du plaisir. L'artiste cherche à ressentir un sentiment agréable devant son production. Cette théorie est soutenue par Hume⁴¹, dans le « *Traité de la nature humaine* », « *Quoiqu'on puisse se demander si la beauté n'est pas quelque chose de réel et différent du pouvoir de produire un plaisir, il ne peut y avoir aucune discussion sur le fait [...] n'est pas qu'une qualité d'un objet mais simplement une passion, une impression dans l'âme* »⁴². Ainsi, nous comprenons que la beauté n'est pas une qualité inhérente aux choses elles-mêmes. Elle existe seulement dans l'esprit qui la voit et chaque esprit perçoit une beauté différente. Il existe une liaison entre le jugement de beauté et le sentiment de plaisir. Il existe un goût et un style différent à chaque artiste. Le jugement du beau s'exerce par le goût et la recherche du beau se traduit par le style de l'artiste.

Le goût est la faculté de percevoir, juger des choses esthétiques. C'est une appréciation qualitative sensorielle et personnelle. Elle appartient au champ des impressions de chaque individu. La faculté de juger du beau est donc singulière et propre à chaque être humain.

Le style est l'expression de ce goût, c'est une empreinte personnelle. Elle appartient au champ des expressions de chaque artiste. Chacun peut se démarquer d'une manière particulière par un graphisme, des ambiances colorées, une technique originale.

⁴⁰ ARISTOTE, *La Poétique*, l'Harmattan, 2008.

⁴¹ David Hume (1711-1776) est un philosophe écossais. Il appartient au mouvement empiriste, qui se fonde sur l'expérience.

⁴² HUME David, *Traité de la nature humaine*, Livre II : Des passions, Partie I : De l'orgueil et de l'humilité, Section 8 : De la beauté et de la laideur

Ainsi, la recherche et le jugement du « beau » est propre à chaque personne. Il n'existe pas de critères du « beau universel », de beauté intrinsèque à un objet. C'est une sensation de plaisir ressentie et recherchée par chaque individu.

c. L'Art est connu par ses œuvres d'Art.

Comme sous-entendu depuis le début de l'explication de l'Art, une activité artistique a pour finalité une production. Cette production peut être de différentes natures, le domaine des « Beaux-arts » étant très diversifié. Nous pouvons toutefois diviser ces productions en deux groupes. Le premier correspond aux actions de l'instant, comme la parole, le geste, la danse, etc. Ces activités ne se détachent pas de la production, elles sont réalisées en même temps. Prenons comme exemple, la danse qui est l'art de mouvoir le corps humain par une suite de mouvements ordonnés et rythmés. La production est la réalisation instantanée de la chorégraphie par l'artiste. L'activité, le corps, l'intention et la production ne forment qu'une seule et même entité, ce sont les arts synchroniques. Le second groupe est constitué des actions produisant quelque chose de matériel, une trace concrète comme écrire, peindre, sculpter. L'activité laisse une production. Prenons comme exemple, la peinture qui désigne l'art d'appliquer une couleur sur une surface et qui allie également le dessin, la composition de l'image. La finalité de l'acte du peintre se trouve sur une toile. L'activité, le corps et l'intention donne naissance à une production, ce sont les arts diachroniques. Ces deux modes d'expression artistique s'inscrivent dans le monde réel extérieur.

« On pourra toujours dire que c'est cela l'Art : une manière d'impliquer l'autre ; « l'inclusion de l'autre à soi »⁴³. Inscrire sa production dans le monde extérieur peut également soumettre deux attitudes. La première est de garder la production pour soi-même. La seconde étant de soumettre la production aux regards d'autres individus. Cette dernière attitude permet alors d'inscrire la production dans l'histoire des êtres humains. La production devient alors une œuvre d'art, elle est le témoignage d'une volonté, d'un savoir faire de l'artiste. Elle est l'intermédiaire entre l'artiste et le ou les regardeurs. La production ne devient pas œuvre si elle n'est pas soumise aux regardeurs et à leur jugement. Elle doit être reconnue en tant que telle par les êtres humains qui composent la société.

d. L'œuvre d'art permet une reconnaissance sociale et une trace dans l'histoire de l'humanité.

La production artistique résulte d'un acte volontaire et dirigé vers l'esthétique. L'artiste confère un sens à sa création mais le regard des autres peut être différent car chaque être humain est singulier. Duchamp⁴⁴ affirmait « ce sont les regardeurs qui font les tableaux ». Cette phrase confirme l'importance de soumettre la production de l'artiste à autrui. Le traitement mondain permet la perception, l'appréciation (ou non) du public et provoque les goûts et les jugements des autres. C'est un processus interactif entre l'artiste et la société. La production artistique soumise au regard de la société permet une reconnaissance en tant qu'œuvre d'Art. L'œuvre d'Art est jugée, interprétée par les personnes constituant la société. Ainsi, nous pouvons affirmer que l'œuvre d'Art s'inscrit dans un temps, un espace, une société déterminée. Francastel considère « que toutes les œuvres d'art [...] constituaient les archives du discours ou de l'action humaine [...] des messages intemporels »⁴⁵. L'œuvre d'Art est le produit d'une activité humaine, émanant d'une impression et d'une expression et dépendant du goût et du style de son initiateur. Ce dernier appartient à la société caractérisée par un temps, un lieu et un système de pensées et de langage. Ainsi, l'œuvre d'Art est alors construite et perçue selon un contexte spatio-temporel et socioculturel. L'œuvre d'Art

⁴³ FORESTIER Richard, *L'art occidental*, Favre, 2004, p.20

⁴⁴ DUCHAMP Marcel (1887-1968) est un peintre, plasticien français. Il est l'inventeur des ready-made. Il interroge sans cesse la notion d'Art : « quand il y a Art » et ce qui « suffit à faire de l'Art ».

⁴⁵ FRANCASTEL Pierre, *Etudes de sociologie de l'art*, Denoël, 2002, p.36

témoigne d'un moment de l'histoire des êtres humains mais s'inscrit également à l'intérieur. L'humanité regroupe l'ensemble des hommes. Nous pouvons donc affirmer que l'œuvre d'Art permet une reconnaissance et un témoignage de l'humanité.

2. Les arts plastiques permettent une grande modulation dans leur pratique.

- a. Les arts plastiques regroupent différentes pratiques qui permettent la réalisation d'une production.

Les arts plastiques sont une activité artistique spécifique. Ils ont pour étymologie le vocable grec « plassein » qui signifie modeler, façonner, former. Ce terme est formé sur une racine qui signifie « étendre une couche fine, enduire ». Le caractère spécifique des différentes pratiques des arts plastiques est alors l'action sur la matière. Les arts plastiques sont un domaine vaste de la technicité de l'Art. Chaque technique possède sa propre spécificité et sa propre méthodologie. Cependant, nous pouvons classer ces pratiques en deux catégories : les arts de la surface et les arts du volume.

Les arts de la surface réunissent les arts graphiques. Les productions sont réalisées en bidimension. La forme est conçue sur un plan, déterminé par la largeur et la longueur. Ces pratiques sont notamment le dessin, la peinture, le collage, la gravure, la calligraphie et les nouveaux médias comme la photographie, l'infographie, la vidéo, etc. Chaque pratique nécessite d'une technique mais également de divers outils et matières.

Prenons par exemple, la pratique de la peinture. Ce domaine désigne le travail de la forme par la matière, la couleur et également la composition de l'image. Divers matériaux sont sollicités. La matière utilisée peut être la peinture à l'huile, la gouache, l'acrylique, le vernis, etc. Le support varie également le textile, le papier, le verre, un mur (cela devient alors une fresque), etc. Les outils utilisés sont diversifiés à travers les pinceaux, les brosses, les doigts, les couteaux, etc. Les combinaisons sont alors multiples entre ces trois composants.

Etudions désormais la pratique du dessin. Ce domaine concerne la représentation par la forme, le contour et éventuellement les valeurs de lumières et d'ombres. La composition de l'image est également recherchée. Les outils sollicités sont très diversifiés comme la craie, le fusain, les plumes, la mine de plomb, etc. Généralement l'outil dépose la matière qui s'inscrit sur un support. La plume peut déposer de l'encre de chine, la craie : le pigment, la mine de plomb : le graphite. Les supports sont divers : le papier, le textile, le bois, etc. L'assemblage des différents composants sont multiples.

Les arts du volume regroupent les productions réalisées en tridimension. La forme possède trois dimensions : la largeur, la hauteur et l'épaisseur.

La sculpture consiste à dégager des formes en volume, à partir d'une matière. Ces formes peuvent se traduire par le bas-relief (faible relief, la forme se détache très peu du support-plan), le haut-relief (la forme se détache presque entièrement du support-plan) et la ronde-bosse (la forme se détache entièrement du support-plan). L'artiste utilise des techniques et des outils spécifiques pour s'adapter aux matériaux. Ceux-ci sont durs comme la pierre, le bois, le bronze ou malléables comme l'argile, le papier mâché, le plâtre, etc.

Prenons par exemple, le travail de la pierre qui nécessite la taille. La pierre étant un bloc, il faut alors faire émerger la forme en lui enlevant de la matière. Pour soustraire la matière, il faut utiliser un outil de percussions comme une masse, un marteau, un outil de façonnage : un ciseau, une gradine et des outils d'abrasion tels que les limes, les râpes.

Etudions désormais le travail de l'argile. L'argile étant une matière malléable, il faut la modeler afin de créer la forme. La méthode consiste à ajouter, à enlever, à pétrir la matière. Les outils sont les mains, les couteaux, les spatules, etc.

Ces diverses techniques peuvent laisser les matériaux travaillés à l'état brut ou peuvent appliquer un traitement comme le vernis, la cuisson.

L'installation est également une pratique de la trois dimensions. Il s'agit d'assembler différents éléments afin de créer une sculpture ou un espace. Les éléments peuvent être des objets ou des productions issues des arts plastiques.

Certaines techniques peuvent se mélanger. Les multiples combinaisons permettent une imagination et une expression singulière à chaque personne. Par exemple, la peinture à l'acrylique peut se mêler au dessin à l'encre de chine, ou encore il est possible de peindre sur une sculpture en ronde-bosse. Les pratiques, les techniques, les matériaux et les outils sont autant de champ d'exploration que de savoir-faire. Nous avons pu également constater que le corps de l'artiste peut intervenir directement en tant qu'outils. La diversité des arts plastiques permet un choix, une adaptation aux capacités et envies de la personne qui les utilise.

A travers l'exploration des multiples techniques utilisées dans le domaine des arts plastiques, nous avons pu constater que ceux-ci permettent de produire une « forme » appelée une « production artistique ». Les arts plastiques ont donc cette particularité de transformer la matière initiale en une forme différente. L'activité artistique des arts plastiques permet de laisser quelque chose de matériel qui se détache de l'artiste : la production.

b. L'être humain utilise son corps et son esprit comme moteur de l'action.

Comme remarqué précédemment, les arts plastiques permettent un large choix de techniques, de matériaux, de supports et d'outils. Mais il ne faut pas oublier que ses différents composants sont expérimentés par l'artiste. L'artiste est constitué de ses impressions, son intention, son imagination, son expression et de ses savoir-faire. Toutes ses connaissances et ses informations sont intégrées à l'intérieur de son corps sensorimoteur et de son esprit. Mauss⁴⁶ constate que « le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme »⁴⁷. A partir de cette affirmation, nous pouvons donc déclarer que le corps est totalement intégré dans la pratique des arts plastiques. Nous allons tenter de le démontrer à travers deux exemples.

En premier, un artiste peintre décide de reproduire à la peinture acrylique, une nature morte qu'il a en modèle devant lui. L'artiste regarde, analyse son modèle et sollicite les capacités sensorielles de son corps. Ensuite il intègre bien les notions par les mécanismes mentaux (comme la mémoire, la connaissance, la représentation). Puis il choisit ses pinceaux, compose ses couleurs et construit l'équilibre de son image. Les choix se font grâce à sa capacité de détermination, de reconnaissance. Il adapte sa position et sa posture afin de pouvoir peindre tout en pouvant regarder son modèle. Les muscles, les nerfs sont sollicités. Ensuite, il ajuste son geste en fonction de la mise en couleurs grossières ou détaillées de son image. Il peut également étaler ou enlever le surplus de peinture avec ses doigts. Il doit alors peindre en fonction des propriétés de l'acrylique (une fois sèche, il n'est plus possible de la modifier). Les membres et leurs coordinations motrices sont alors adaptés à l'intention de l'artiste. L'artiste fait appel à ces connaissances, à sa technique et à son savoir faire.

Deuxièmement, un artiste sculpteur désire produire en argile, une ronde-bosse composée de formes non figuratives. L'artiste fait appel à ses connaissances, son imagination et sa capacité de représentation afin d'imaginer sa production. Il installe son espace de travail, il prend l'argile, ses outils. Il sollicite ses mécanismes de connaissance, de détermination et ainsi que ses muscles et nerfs. Il pétrit, module l'argile en fonction de son intention et de l'image qu'il souhaite donner à la matière. Les membres, la coordination motrice, la sensorialité sont exploités. Le mécanisme de représentation, de l'imagination et de détermination sont également stimulés.

⁴⁶ Marcel Mauss (1872-1950) est considéré comme l'un des pères de l'anthropologie. Pour lui, les sociétés sont des systèmes entiers, des « tous » dont on doit chercher à recomposer le sens en décrivant leur fonctionnement.

⁴⁷ MAUSS Marcel, *Les techniques du corps*, p.372

L'artiste utilise son corps et son esprit comme moteur dans la pratique des arts plastiques. Le vocable moteur intègre la notion de mouvement, d'énergie, d'instrument et de motif déterminant. Motif déterminant car ce sont les facultés sensorielles et mentales qui sont à l'origine des impressions, des connaissances et de l'intention. Mouvement et énergie car c'est par le corps moteur et/ou sensoriel que le corps agit. Instrument car la gestuelle du corps moteur est dirigée par l'esprit, à travers les capacités sensorielles.

Le corps intègre ici les facultés techniques et de savoir-faire qui consistent en une disposition acquise par l'expérience, l'usage et la connaissance.

c. L'action se distingue de la production.

Comme nous avons pu le constater, les arts plastiques utilisent la matière afin de créer une production. L'originalité de la matière est qu'elle peut être vue, sentie, touchée. La matière est palpable. L'artiste utilise les matériaux, les travaille, les façonne, les manipule, les modèle et les transforme. Toutes ses actions composent l'activité artistique. L'artiste utilise la matière d'origine, il la modifie à l'aide d'outils et de son corps au service de son savoir-faire. Il la modèle en fonction de son intention, de son goût et de son style singulier. Cela engendre une production artistique et matérielle. Il existe un temps propre à l'activité artistique qui est la recherche esthétique. C'est le moment où l'œuvre est attaché à son producteur : l'artiste. Ce temps génère le temps du jugement. Ce moment correspond à la phase où la production finie, est exposée à autrui. L'œuvre se détache alors de l'expression de l'artiste pour entrer dans l'impression des regardeurs. La production a alors « une vie » après l'artiste, celle d'être au regard des êtres humains. Les propriétés de la matière permettent cette existence hors de l'artiste par le fait qu'elle existe par sa visibilité, son odeur, son toucher. Les arts plastiques permettent à l'œuvre d'art d'être une interface entre le monde intérieur de l'artiste et le monde extérieur des regardeurs. Les arts plastiques sont une pratique qui s'inscrit en deux temps, c'est une pratique diachronique.

3. L'Art à dominante arts plastiques permet de stimuler la personne dans son intégralité.

a. Le pouvoir d'entraînement est perçu par le corps sensorimoteur et l'esprit de la personne.

L'Art comme nous avons pu le constater en connue par ses œuvres. L'œuvre possède deux temps celui de sa conception par l'artiste où elle est une production et le temps où elle existe en vue à la société. L'œuvre est une production lorsqu'elle est l'expression du peintre. Elle devient une œuvre d'Art lorsqu'elle devient une impression aux regardeurs. L'œuvre d'Art a alors des effets sur les personnes. Prenons l'exemple, d'une écoute musicale, nous pouvons nous mettre à taper du pied malgré nous. C'est un effet inhérent à l'Art. Le plaisir ressenti ne s'explique pas par une logique systématique. Le plaisir est singulier selon chaque personne. Cet élan corporel peut également être transposé dans le domaine des arts plastiques. Par exemple, lorsque nous voyons une image. Si nous la trouvons « belle », nous nous attardons à la regarder. Cela implique un élan corporel comme s'approcher et parcourir des yeux la totalité de l'image. Cet élan corporel agit comme un réflexe qui est stimulé par une gratification sensorielle. On peut alors dire que l'Art engendre une gratification sensorielle qui entraîne un élan du corps. Au contact d'une œuvre d'Art, la personne est entraînée par ses sens (la vue, l'ouïe...). Le corps agit instinctivement.

b. Le pouvoir éducatif est initié par le corps sensorimoteur et l'esprit de la personne.

Nous avons pu comprendre que la pratique des arts plastiques nécessite des techniques et des savoir-faire. La personne apprend alors la propriété de la matière, des supports et les fonctions des outils. C'est à partir des expériences, des tentatives que la personne acquiert une connaissance et une dextérité. La pratique des arts plastiques permet de découvrir, apprendre des techniques et des savoir-faire qu'elle doit adapter. La personne se rend compte qu'elle est capable de réaliser des choses. Ici, les capacités motrices, mentales sont sollicitées. Mais la personne en constatant qu'elle peut concrétiser des choses, apprend également à utiliser son corps, apprend à solliciter son esprit pour trouver des solutions, avoir des idées. Ainsi, l'Art permet de découvrir des matériaux et des outils, il permet d'apprendre des savoir-faire. Mais il sert surtout à l'être humain de se rendre compte de ses capacités et à travers elles, de mieux se connaître. L'activité artistique permet d'apprendre des savoir-faire pour utiliser des techniques, mais cela permet de se connaître soi-même.

c. L'affirmation des choix est possible par les facultés mentales et motrices de la personne.

La production artistique relève d'un échange entre le support, la matière, l'outil et l'idée de la personne. Nous avons pu constater que le corps de l'être humain est le moteur, celui qui génère ces interactions. C'est ce corps qui permet de traduire des envies et des choix. En effet, l'être humain a une idée, une envie et entreprend différents moyens pour la concrétiser. L'être humain choisit sa matière, ses outils, son support en fonction de cette idée. Ensuite, il adapte ses techniques et ses savoir-faire. S'adapter, c'est faire des choix. Par exemple, si la personne décide de représenter une poire avec de multiples détails. Elle va choisir un pinceau fin pour plus de finesse, elle choisira la peinture à l'huile car cette matière met longtemps à sécher, elle peut ainsi être modifiée pendant un certain temps. L'activité artistique permet de faire des choix en fonction de l'envie de la personne. Mais c'est la production qui permet de les exposer et ainsi de les affirmer lorsque la production devient alors une œuvre d'Art.

C. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques permet à des patients en situation de handicap moteur de se rendre compte de leurs possibilités.

1. L'Art-thérapie est une discipline paramédicale avec des outils spécifiques.

a. L'Art-thérapie est une discipline paramédicale.

Comme son nom l'indique, l'Art-thérapie est une discipline qui allie l'Art à la thérapie. Il s'agit d'utiliser l'Art à des fins sanitaires.

La pratique de l'Art-thérapie connaît diverses orientations. Dans ce travail, nous faisons uniquement référence au modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours.

Au sein de cette école et de l'AFRATAPEM⁴⁸, l'Art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

Définissons chaque terme afin de comprendre les particularités de cette discipline.

Le vocable « exploitation » réfère à une utilisation adaptée de l'Art auprès d'une personne. Le potentiel artistique renvoie au pouvoir et aux effets de l'Art auprès de l'être humain comme par exemple le pouvoir d'entraînement ou éducateur de l'Art. Humanitaire définit un objectif

⁴⁸ Association Française de Recherches & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

de bien-être de l'être-humain. L'adjectif thérapeutique est relatif au soin. Ainsi, nous pouvons comprendre que l'Art-thérapie travaille pour le bien-être et pour la santé d'une personne. L'Art-thérapie est une discipline paramédicale. Elle a trait au domaine des soins, de la santé, sans toutefois relever de l'effet de l'acte d'un médecin. C'est un traitement non médicamenteux. Elle est prescrite par indication médicale. Elle se conçoit alors comme un complément thérapeutique dans la prise en charge d'un patient. C'est une profession paramédicale qui intègre le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. L'Art-thérapeute vise, par des moyens spécialisés et adaptés, des objectifs de bien-être et de bonne santé de la personne. Ces moyens spécialisés sont l'utilisation de l'Art. L'activité artistique est intégrée au processus de soin. Elle est utilisée au cœur de l'action thérapeutique. L'Art n'a pas un pouvoir thérapeutique en lui-même mais il est considéré comme un processus d'exploitation afin de tendre à la bonne santé et au bien-être de la personne.

b. L'Art-thérapeute recherche le bien-être de la personne.

L'Art-thérapie est une profession paramédicale, elle s'inscrit donc dans la volonté de bonne santé du patient. En 1946, l'OMS définit la bonne santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social de la personne et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Le bien-être est alors constitutif de la bonne santé. L'art-thérapeute ne pouvant directement agir contre la maladie, vise alors le bien-être. Le bien-être est la disposition agréable du corps et de l'esprit, inscrit dans un environnement social, qui débouche sur une bonne qualité de vie. Le bien-être de la personne est alors visé par la revalorisation de la personne en travaillant sur la confiance, l'estime et l'affirmation de la personne. « *Le but de l'art-thérapie n'est pas de faire des artistes, mais des personnes qui vont bien* »⁴⁹. Nous comprenons bien que l'Art est un moyen pour permettre à la personne d'aller mieux. Le bien-être social est également recherché. L'Art-thérapie s'adresse aux personnes ayant des troubles de l'expression, la communication et la relation.

c. L'Art-thérapie est fondée sur l'opération artistique.

Nous avons constaté que l'Art est une activité humaine dirigée vers un idéal esthétique. Pour cela, le producteur recherche la sensation de « beau » qu'il jugera par sa gratification sensorielle du plaisir du « beau ». Le corps dans son intégralité est stimulé dans cette recherche et ce jugement, à la fois dans la pratique et le contemplatif. Les mécanismes de l'impression et de l'expression sont alors sollicités. C'est à partir de cette mobilisation intégrale que l'Art-thérapie exploite le potentiel de l'Art. L'Art est un processus sollicitant une personne dans sa totalité. Différentes phases organisées sont alors distinguables chez une personne. L'opération artistique décortique ces différentes étapes et établit leur organisation.

- Dans un premier temps, il y a « l'avant », il symbolise tout le contexte socioculturel dans lequel se trouve la personne.
- Ensuite la phase 1, il s'agit d'un accident spatio-temporel. C'est une chose, un objet quelconque, ou une œuvre d'Art. Elle appartient à « l'avant ».
- La phase 2 est l'expérimentation de cette chose. Elle rayonne, elle est captée par les sens de l'être humain.
- La phase 3 concerne le traitement archaïque de l'information. Les organes sensoriels captent (2) et traitent l'information. Cette phase sollicite la totalité de la personne : son corps, son esprit et leur interaction.
- La phase 4 consiste au traitement sophistiqué de l'information. L'information (3) devient alors une connaissance. Différents mécanismes mentaux sont sollicités comme la mémoire, l'imaginaire, la représentation, etc. Cette phase correspond également à l'intention avec l'idée, l'envie dans l'esprit de la personne.

⁴⁹ FORESTIER Richard, « Tout savoir sur l'art-thérapie », p193

- La phase 5 correspond à la poussée corporelle ou motrice. L'intention qui se situe dans l'esprit (4) devient alors perceptible. L'intention devient manifeste. Le corps et l'esprit interagissent. La pensée va diriger le mouvement du corps.
- La phase 5' représente la contemplation. La personne implique son corps et son esprit dans le fait de regarder intensément l'objet.
- La phase 6 marque la technique et le savoir-faire. Il s'agit d'un acte volontaire dirigé. Cet acte est élaboré dans l'esprit (4) se déclenche par l'élan du corps(5) pour se traduire dans cette phase.
- La phase 7 est la production artistique réalisée. Grâce à sa technique et son savoir-faire(6), la personne a pu concrétisée son intention (4).
- La phase 8 consiste au traitement mondain de la production(7). Cette phase est un choix de la personne, elle peut montrer ou pas sa production. Celle-ci devient une œuvre d'Art lorsqu'elle est soumise aux regards extérieurs. Elle échappe à son producteur.
- Et enfin, la phase 1' expose le moment où l'œuvre d'Art devient un élément de captation. Elle est un accident spatiotemporel qui rayonne à son tour. Cette phase réinitialise le schéma de l'opération artistique.

Nous devons indiquer que pour l'art-thérapeute, les phases allant de 1 à 4 correspondent aux mécanismes d'impression (tournés vers le monde intérieur de la personne). Ceux-ci ne sont pas observables. Ils seront donc analysés par l'art-thérapeute. Les phases allant de 4 à 8 correspondent aux mécanismes d'expression (tournés vers le monde extérieur de la personne). Ils sont observables et constituent la partie visible de l'opération artistique, nommé le phénomène artistique.

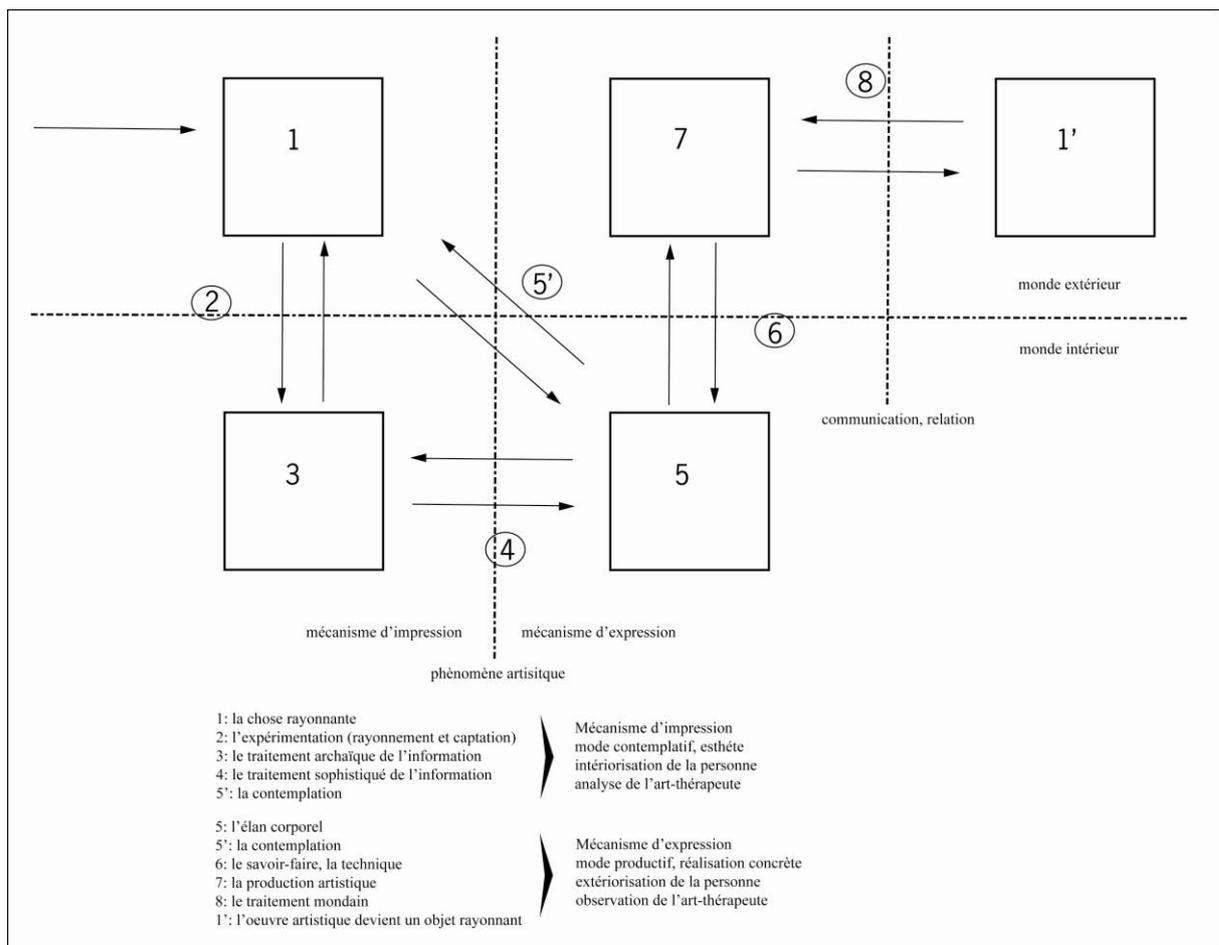


Figure 7 : Schéma de l'opération artistique

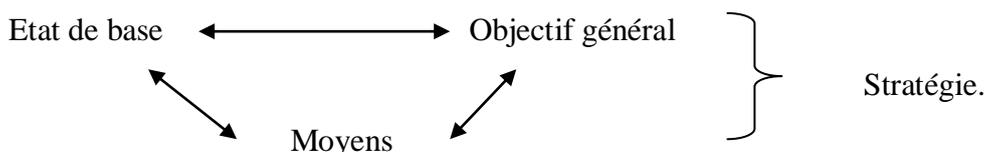
A travers ce schéma, nous comprenons que l'art-thérapeute prend en considération l'intégralité de la personne. Elle va travailler avec les parties saines de la personne afin d'améliorer le mécanisme défaillant : le site d'action.

d. L'Art-thérapie possède des outils spécifiques.

Grâce à l'activité artistique, l'art-thérapeute possède un moyen unique lui permettant d'exploiter le potentiel artistique du patient. Le processus de cette activité est retranscrit dans l'opération artistique. C'est à partir des différentes phases qui la compose que l'art-thérapeute va pouvoir enclencher, observer, adapter le processus artistique afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques. L'opération artistique est le socle de la pratique thérapeutique de l'art-thérapeute mais différents outils accompagnent sa méthode.

d1. L'art-thérapeute met en place une stratégie thérapeutique.

La stratégie thérapeutique est fondée sur l'état de base du patient pour atteindre un objectif final. L'art-thérapeute en vue de l'opération artistique va adapter ce processus. Il va ajuster les moyens en vue du mécanisme défaillant de la personne. Ce dernier est nommé site d'action, il correspond à la phase qui n'est pas stimulée lors de l'opération artistique. Les moyens correspondent par exemple à la dominante, à la technique. De façon général, la stratégie en Art-thérapie est de solliciter les parties saines de la personne (ce qui va bien) dans le but de réintégrer le site d'action comme mécanisme opérant. Durant une prise en charge, des objectifs intermédiaires peuvent apparaître et seront des étapes primordiales afin d'atteindre l'objectif final. Pour constater l'évolution du patient et si les objectifs sont atteints, l'art-thérapeute fonde sa pratique sur l'évaluation du patient.



d2. La fiche d'observation permet l'évaluation et témoigne des séances.

En vue des objectifs, l'art-thérapeute va établir des items à observer et évaluer. Un item est le plus petit fait observable. Les items peuvent être évalué qualitativement (bien réalisé, mal réalisé) ou quantitativement (un peu, beaucoup). L'évaluation permet de constater l'évolution du patient lors des prises en charge, elle est matérialisée par une fiche d'observation. Chaque séance, l'art-thérapeute complète sa fiche d'observation en fonction des agissements des patients. La fiche regroupe des items et des faisceaux d'items, elle indique l'heure, la durée, la date et le temps qu'il faisait. Elle énumère et laisse la trace de ce qui a pu se dérouler lors de la séance. La fiche d'observation permet d'organiser les faits observables.

d3. Le cube harmonique permet de témoigner de la satisfaction de la personne.

Le cube harmonique se fonde sur les paramètres du beau, du bien et du bon. Le patient évalue lui-même ce qui s'est déroulé lors de l'activité artistique. Le beau correspond à l'esthétique qui implique le goût de la personne (ça me plaît ou ça ne me plaît pas). Le bon correspond à la volonté de la personne (j'ai envie ou je n'ai pas envie). Le bien correspond à la technique et aux savoir-faire de la personne (c'est bien fait ou mal fait).

d4. Le protocole rassemble tous les éléments de la prise en charge d'un patient.

Le protocole est l'ensemble des éléments qui constitue l'intérêt de la prise en charge du patient, sa faisabilité, la réalisation concrète de l'activité thérapeutique, l'analyse et le bilan. Le protocole mentionne beaucoup d'informations comme le lieu déterminé, la stratégie thérapeutique (état de base du patient, indications médicales, objectifs et moyens), les fiches d'observations, la synthèse et le bilan de la prise en charge. La synthèse mentionne l'observation et l'évaluation des items. Le bilan consiste à tirer des conclusions du travail réalisé, il contient les objectifs généraux, la conclusion des évaluations, la description générale des séances et les modifications dans la vie quotidienne du patient.

2. L'atelier d'Art-thérapie permet l'implication de la personne dans un projet artistique.

a. Un projet artistique est un processus impliquant le corps et l'esprit de la personne.

Un projet est le processus qui s'établit entre un point de départ et un point d'arrivée. Un projet artistique se fonde sur le même principe, il est jalonné de différentes étapes. Au départ, il ya une stimulation de la personne par ses capteurs sensorielles. Une image, un son peut lui provoquer du plaisir ou du déplaisir. Ici la phase de l'impression (étapes 1, 2 et 3) est sollicitée. Cette sensation peut générer une idée, une envie, l'imagination de la personne(4). Cette étape est nommée intention, elle est le mécanisme charnier car c'est à partir d'elle que va s'élaborer la phase suivante : l'expression. Ensuite la personne utilise des techniques pour pouvoir concrétiser, rendre matérielle son intention (5 et 6). Cela prend forme par une production (7) qui témoigne de cette idée. Toute la personne est sollicitée dans ce projet. Son corps et son esprit à travers les phases de l'impression, l'intention et l'expression. Sa mémoire, son imagination, ses mains, son corps sont autant de moyens nécessaires à la réalisation d'un projet artistique. A travers les différentes étapes de l'opération artistique, nous allons comprendre que l'appareil sensorimoteur et l'activité mentale sont requis à travers les mécanismes d'impression et d'expression et le mécanisme charnier de l'intention.

c. La gratification sensorielle permet l'émergence du goût de la personne.

Le goût est « *la faculté humaine à se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent* »⁵⁰. Par cette définition nous comprenons bien que dans l'opération artistique, ce sont les phases 2, 3 et 4 qui sont sollicitées. Dans un premier temps on capte les choses qui viennent du monde intérieur (2), ce phénomène est permis par les facultés de ressenti du corps. Ce sont les organes sensoriels qui reçoivent la captation. Ensuite on traite la sensation en ressenti par les capacités mentales, on reconnaît ou on apprend quelque chose (3). Par ce traitement, cela crée une réaction chez la personne : elle reste impassible, éprouve un sentiment de rejet ou de plaisir, plus ou moins fort (4). Alors par la sensation est associée à un ressenti (je sens, je ressens, je connais). Le ressenti est alors la faculté de savoir si on apprécie ou pas la sensation. Il y a alors plaisir : gratification sensorielle ou alors déplaisir. Savoir ce qu'on aime et bien l'affirmation d'un goût. Le goût est du ressort de l'interprétation des impressions.

⁵⁰ FORESTIER Richard, Tout savoir sur l'art-thérapie, Favre, 2005, p.160.

d. L'envie et le corps moteur permettent l'engagement de la personne.

A travers l'étude de l'opération artistique, nous pouvons constater que c'est un processus qui nécessite la stimulation des mécanismes d'impression et d'expression. La phase de l'intention est primordiale, elle est le moment charnier. C'est à ce moment (phases 4 et 5) que la personne passe de l'impression/intention du monde intérieur à l'expression/intention du monde extérieur. C'est en fonction de l'intention que la personne décide des matériaux, de la technique. Il faut l'envie pour concrétiser l'intention. C'est par ses choix et l'élan corporel que ce traduit l'engagement. La production sera la concrétisation matérielle de son intention et de son envie. La personne s'engage alors à matérialiser, rendre visible son intention. Le verbe s'engager est un verbe transitif (cela signifie une action sur soi). Il est défini comme « *s'avancer, pénétrer* » et également « *lier, attacher par une promesse, une obligation qui doit être exécutée* ». L'engagement sollicite alors le corps moteur au service d'une envie, une intention émise par l'esprit de la personne. L'esprit entraîne le corps. Le mot projet a pour étymologie latine « *projectus* » qui signifie « *jeter quelque chose vers l'avant* ». Ainsi, les deux vocables projet et engagement détiennent cette ambition commune d'accomplir par des actions en vue d'atteindre un but.

e. Faire des choix et les réaliser permet l'émergence du style de la personne

L'émergence du style est perçue dans les phases 5, 6 et 7 de l'opération artistique. Il s'agit des mécanismes de l'expression. « *La personnalité de l'auteur exprimée par et dans l'œuvre est le style* »⁵¹. La personne réalise une production et pour aboutir à cette finalité, elle doit effectuer des choix. Ces décisions sont la première étape comme le choix de la couleur, de la matière (peinture, argile, etc.). Ensuite, l'auteur utilise une technique et son savoir-faire en utilisant ses matériaux et ses outils. La technique est mise au profit de l'intention, elle est adaptée à l'envie. Cela permet de concrétiser matériellement une idée. L'idée est également issue de l'esprit de la personne. La réalisation est la matérialisation d'une projection mentale. La personne laisse alors son empreinte dans ses choix et ses réalisations. Chaque personne a son imagination, son envie et sa propre manière de faire pour atteindre un but esthétique à soi. Le style artistique de la personne est visible à travers sa production artistique, elle est le témoignage matériel de son intention.

3. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques contribue à la revalorisation des personnes en situation de handicap moteur.

a. En sollicitant son corps physique dans l'activité artistique, la personne en situation de handicap moteur se rend compte de ses possibilités.

Les personnes handicapées moteur ne se sentent plus capable d'entreprendre des choses, elles n'ont plus confiance en leur corps. Elles le sentent réduit, défaillant et fragilisé. Il manque quelque chose à leur corps qui avant leur permettaient de tout faire, elles ne le maîtrisent plus totalement. Dans cette optique, les personnes ont peur de l'échec, c'est une anxiété perpétuelle. Elles n'entreprennent plus d'activité, se restreignent et non plus d'initiatives. Les personnes négligent leur corps et son potentiel. Lors de l'activité artistique, le patient va solliciter son corps physique et ses fonctions.

Au regard de l'opération artistique, la captation (2) est permise par le ressenti corporel. Ce sont les organes sensoriels qui sont sollicités. Par cette phase, la personne se rend compte qu'elle est capable de sentir grâce à son corps. Elle peut alors se rendre compte que son corps

⁵¹ Ibid., p161.

fonctionne et existe toujours. Il peut être différent mais toujours lui permettre d'être, de faire partie du monde matériel puisqu'elle en reçoit des informations. Son corps physique transmet même des informations à son esprit qui les traite (3) et lui permet de savoir si elle apprécie ce qu'elle voit, ce qu'elle entend. Cette étape met en évidence des items tels que le plaisir, le regard, la curiosité. Le goût de la personne peut alors réapparaître à travers l'exploitation de son ressenti corporel.

Ensuite en stimulant les capacités sensorielles du corps, la personne sent son corps exister et peut à nouveau avoir envie de l'utiliser. L'envie est suivie de la volonté (4) qui fournit l'énergie au corps moteur afin d'entreprendre des activités. Parce que la personne le désire alors le corps est alimenté d'une énergie, d'un élan corporel (5). Des items comme l'implication, l'intention seront alors analysés. La poussée corporelle permet alors à la personne de s'engager dans une intention esthétique.

En apprenant une technique et en maîtrisant un savoir-faire (6), la personne est alors en situation d'apprentissage, elle se rend compte que son corps est capable, il a encore des aptitudes à concrétiser des envies (4). La personne apprend à faire autrement mais elle peut à nouveau faire confiance à son corps et entreprendre des activités. Il faut qu'elle le réapprenne à travers sa structure et ses fonctions et ainsi elle pourra l'utiliser. L'attention, la concentration seront de nouveaux items à exploiter. La structure corporelle permet alors de concrétiser une intention par une expression volontaire et dirigée.

b. Par la redécouverte des possibilités de son corps, la personne connaît la revalorisation de soi.

La sensation d'insécurité est ressentie par une personne en situation de handicap moteur car son corps ne répond plus à ses exigences. Cette situation lui fait perdre toute confiance en ses capacités. N'ayant plus confiance en son propre corps, elle n'a plus confiance en elle-même. N'étant plus apte comme auparavant, elle se diminue et perd l'estime d'elle-même. Elle ne se considère plus et n'a plus d'envie. Dans cet état d'esprit, sa personnalité et ses envies s'effacent.

A travers une activité artistique, nous avons compris que la personne peut retrouver confiance en son corps à travers le ressenti corporel, l'élan corporel et la connaissance de sa structure corporelle. Elle comprend alors que son corps lui permet d'exister et d'entreprendre à nouveau des projets.

Au regard de l'opération artistique lorsque la personne capte (2), elle peut déterminer ce qu'elle apprécie ou pas (3), c'est le goût d'une personne. Le qualitatif est alors sous l'égide de la personnalité qui est singulière à chacun. Le goût est une décision, un parti pris qui sollicite la détermination de la personne (je sais que j'apprécie ou pas). Connaître ses propres goûts, c'est les assumer, les affirmer. Ainsi, affirmer ses goûts, c'est s'affirmer en tant que personne. Apprécier une belle chose, c'est impliquer l'affirmation de soi. Alors le beau est associé à l'affirmation de soi. Les items tels que le choix des couleurs, de la forme peuvent être analysés.

L'engagement de la personne sollicite son envie artistique et son intention esthétique. L'engagement nécessite de la considération pour son intention et donc pour soi. C'est juger important ce que l'on souhaite réaliser, c'est porter de l'attention à notre envie. Et donc permettre de le réaliser par des actes, c'est juger utile et donc estimer ce que l'on veut concrétiser. Le Bon est alors associé à l'estime de soi. Donc lorsque la personne a une intention esthétique, elle peut alors témoigner de l'estime d'elle-même.

Le style d'une personne est rendu visible par sa production artistique. La réalisation est la concrétisation d'un projet. C'est alors un engagement qui nécessite une confiance dans l'avenir et donc en soi. Le Bien est alors associé à la confiance en soi.

c. La production artistique permet de témoigner des possibilités d'une personne.

La production est le résultat d'un long cheminement parcouru. Elle est la preuve des efforts, des envies, de l'investissement de la personne. La production est alors le témoignage de ce que la personne peut faire au delà de son handicap, cela permet à la personne de se rendre compte par elle-même de ce qu'elle peut faire

Cela permet également de témoigner au regard des autres ce qui lui est possible de concrétiser. La personne et son entourage comprennent alors que la personne a des possibilités. Ces possibilités peuvent être différentes à celles du passé mais elles demeurent des capacités que la personne a acquises et entretient.

Rappelons les différents enjeux qui s'opèrent chez la personne en situation de handicap moteur lors de l'opération artistique qui permet l'aboutissement d'un projet artistique.

Mécanismes de l'être humain	Le concept artistique	L'implication artistique	Le corps physique	La conceptualisation mentale
Gratification sensorielle/ impression	Beau	Goût	Le ressenti corporel	Affirmation de soi
Intention/envie	Bon	Engagement	La structure corporelle	Estime de soi
Faire des choix/expression	Bien	Style	La poussée corporelle	Confiance en soi

Deuxième partie :

UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
SE DÉROULE DANS UN SERVICE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE.

A. Le projet de bonne santé du patient est permis par l'organisation du centre Saint-Luc.

1. Le Centre Saint-Luc possède une organisation interne.

a. Le Centre Saint-Luc s'est successivement modernisé.

Entre 1900 et 1970, le Centre Saint-Luc, à Abreschviller, était un Sanatorium, un lieu voué à soigner les tuberculeux. A partir de 1975, l'établissement devient Centre Médical Saint-Luc et débute la rééducation cardiaque et fonctionnelle pour être officiellement baptisé en 1977, Centre de Réadaptation Spécialisé Saint-Luc. En 1983, le Centre s'agrandit avec le rachat et l'aménagement des structures de Niderviller. Ainsi, le Centre de réadaptation spécialisé Saint-Luc peut répartir les patients selon leurs âges, leurs aptitudes et les soins requis. Chaque structure possède un hôpital de soins de suite et un hôpital de jour. A ce jour, le projet de l'établissement d'Abreschviller est d'augmenter l'effectif des patients en hôpital de jour, ce qui aboutira à une nouvelle restructuration de l'établissement.

b. Le Centre Saint-Luc est composé de deux sites.

Le Centre Saint-Luc est situé dans le Nord-est de la France, plus exactement dans le département de la Moselle (57). Le Centre est composé de deux établissements : Abreschviller et Niderviller.

Le site d'Abreschviller accueille des patients dont l'âge varie entre 18 et 65 ans (vois plus).

- Le service I appelé Claude-Bernard, est spécialisé dans la rééducation cardiaque, qui se situe au 1^{er} étage.
- Le service II, nommé Pasteur gère le service de rééducation fonctionnelle, qui se situe au 2nd étage. Ces deux services bénéficient de 54 lits chacun.
- Au rez de chaussée, l'hôpital de jour de rééducation dispose de 10 places dont 2 places de rééducation pédiatrique.

Le site de Niderviller accueille les personnes âgées de plus de 65ans.

- Le service III est composé de l'Unité de soins de suite. Il dispose de 50 lits et de 2 lits en soins palliatifs.
- L'hôpital de jour de rééducation gériatrique dispose de 12 places.
- Des consultations mémoires sont également mise en place et ce sont des consultations externes (rendez-vous pour des personnes venues de l'extérieur du Centre).

c. Le personnel est réparti selon des rôles précis au sein du Centre.

Le Centre Saint-Luc est un établissement public de santé, sanitaire et social. Nous expliquerons cette spécificité, dans une autre partie. Le Centre est administré par un Conseil de surveillance présidé par un Conseiller général de la Moselle, et dirigé par un Directeur nommé par le ministre de la santé.

Le conseil de surveillance⁵², anciennement appelé conseil administratif, définit la politique générale de l'établissement et exerce le contrôle permanent de sa gestion.

⁵² Le conseil de surveillance est composé de 15 membres : 5 représentants des collectivités territoriales, 5 représentants du personnel médical et non-médical et 5 personnalités qualifiées (dont le conseiller régional)

Il délibère sur :

- le projet de l'établissement
- le compte financier et l'affectation des résultats
- le tableau des emplois permanents
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur.

Il donne également son avis sur la politique d'évaluation et de contrôle.

Il donne son avis sur :

- l'organisation des pôles d'activité et des structures internes,
- l'état prévisionnel des recettes et des dépenses
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le directeur de l'établissement assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient informé le conseil de surveillance. Il prépare les travaux du conseil et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil et met en œuvre sa politique. Il supervise les équipes de professionnels et d'intervenants.

Le Centre médical est organisé en services.

Chaque service est dirigé par un médecin-chef, assisté de deux ou trois praticiens hospitaliers. Ces derniers sont des médecins spécialisés : rééducateurs, cardiologues, gériatres. Ils ont en charge le suivi des patients.

Les médecins travaillent en collaboration avec le cadre supérieur de santé qui gère l'équipe paramédicale.

L'équipe paramédicale est composée de personnels infirmiers, aides-soignants, une assistante sociale, une psychologue, une neuropsychologue, une orthophoniste, une diététicienne et les agents des services hospitaliers.

Diverses unités complètent la prise en charge du patient :

- un service de kinésithérapie et d'ergothérapie
- une pharmacie
- la radiologie.

D'autres personnels de service participent au fonctionnement de l'établissement : l'administration, les services économiques, financiers, les ateliers, la lingerie, la cuisine, le magasin.

2. Le Centre de Réadaptation spécialisé Saint-Luc offre une prise en charge adaptée au patient.

a. Les patients nécessitant de rééducations et réadaptations sont accueillis.

Le Centre Saint-Luc accueille et soigne des personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge de rééducation et réadaptation.

L'admission des personnes s'effectue sous prescription médicale du médecin traitant ou du médecin chirurgical. Les personnes sont accueillies après avoir subi une opération dans un centre hospitalier ou par prévention. Le Centre promulgue des soins de suite aux patients. Ces derniers sont répartis dans divers services en fonction de leurs déficiences et incapacités.

- Le service de rééducation cardiaque réunit les patients victimes d'incident cardiaque comme l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, une greffe cardiaque...
- Le service de rééducation fonctionnelle est divisé en trois unités.
 - En orthopédie, les patients ont subi un traitement chirurgical comme la pose d'une prothèse de hanche, d'épaule.
 - En traumatologie, les patients ont subi un traumatisme à leur organisme : fracture des membres, entorse opérée.

- Et en neurologie, les patients ont une teinte au système nerveux, les pathologies sont par exemple la sclérose en plaque, hémiplégie, AVC. Certains patients peuvent présenter des incapacités associées.
- Le service de rééducation gériatrique accueille des personnes âgées ayant besoin d'une rééducation physique et/ou cognitive ou ayant besoin de soins préventifs.

b. Les patients bénéficient d'un mode d'hospitalisation adapté.

Le centre est un établissement de court et moyen séjour où deux modes d'hospitalisation sont mis en place.

- L'Unité de soins de suite permet aux patients de disposer d'un lit au centre et y sont hébergés nuit et jour. Une totale prise en charge du patient est possible avec deux séances journalières de rééducation. Généralement, au début de leur prise en charge, les patients sont hospitalisés dans l'Unité de soins de suite. En effet, après une opération, la phase de récupération spontanée permet de récupérer un maximum de capacités. Elle se déroule au début de la prise en charge car les cellules du corps y fonctionnent plus vite, plus facilement et doivent être rééduquées correctement. Ensuite la prise en charge se termine ou continue avec l'hospitalisation de jour.
- A l'hôpital de jour, les patients rentrent à leur domicile après les séances de prise en charge, ce qui permet d'assurer leur réinsertion familiale et la continuité des soins. La fréquence journalière est adaptée au suivi de soins du patient. Une compagnie de transport assure l'acheminement du domicile au centre.

c. Lorsque le processus de rééducation montre ses limites, un processus de réadaptation est mis en place.

La rééducation désigne le processus permettant de rétablir au mieux l'usage d'un membre ou d'une fonction chez une personne lésée par une déficience.

La réadaptation définit l'ensemble des moyens mis en œuvre visant à réduire au maximum les incapacités d'une personne et de remédier aux facultés perdues.

La rééducation est possible lorsque le patient peut récupérer toutes ses incapacités (le handicap est alors temporaire) mais lorsqu'il n'est pas possible d'effacer les incapacités, il faut y pallier avec la réadaptation (le handicap est à long terme).

Par exemple, une personne ayant subi une intervention chirurgicale avec la pose d'une prothèse de hanche, est dans l'incapacité de marcher ou de monter des escaliers. Elle doit suivre une rééducation afin d'apprendre à marcher, monter comme avant, mais avec la prothèse. Si la rééducation ne permet pas au patient de retrouver les mêmes facultés antérieures, une réadaptation est mise en place afin de permettre au patient de marcher, monter des marches le plus facilement possible.

Ainsi dans un centre de réadaptation spécialisé, l'équipe soignante adapte le type de soins aux déficiences et incapacités du patient afin que ce dernier subisse le moins de désavantage possible dans sa vie future. Tout en sachant que pour un même patient, un processus de rééducation peut être mis en place pour une certaine déficience mais il peut également bénéficier d'une réadaptation pour une incapacité. Par exemple, un patient peut retrouver toutes ces facultés pour marcher mais garder des séquelles pour écrire.

3. Le Centre Saint-Luc a une mission sanitaire et sociale.

a. Le Centre saint-Luc s'inscrit dans la politique de santé publique

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme étant « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :*

- *assainir le milieu,*
- *lutter contre les maladies,*
- *enseigner les règles d'hygiène personnelle,*
- *organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies,*
- *mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité en un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé »*

Nous comprenons alors que la santé publique se définit par un but précis : la bonne santé du patient grâce à la prévention et au soin. La politique de santé publique désire éduquer la population, la soigner afin de lui garantir une qualité de vie et une bonne santé. Des lieux de soins sont mis au service de la population afin de garantir leur prise en charge. Ces établissements ont chacun des buts précis et disposent de matériels, d'équipes médicales et paramédicales adaptées. Par exemple, les hôpitaux exercent des interventions chirurgicales, les maisons de retraite prennent en charge des personnes âgées n'ayant plus d'indépendance. Le Centre Saint-Luc prend en charge des patients nécessitant de réadaptation spécialisée.

La loi du 4 mars 2002 définit le but de la politique de prévention par « *l'amélioration de l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou incidents* ». Le Centre Saint-Luc assure la vocation préventive en mettant en place trois étapes de prévention. Celles-ci sont définies en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie ou du handicap du patient :

- la « première prévention » qui permet de conseiller le « possible patient » afin d'éviter un problème de santé. Par exemple l'atelier mémoire mis en place auprès des personnes âgées, permet de stimuler leurs capacités cognitives.
- la « seconde prévention » qui permet de dépister un problème de santé, mettre en place un traitement, informer et conseiller le patient. Par exemple lorsqu'un patient montre un état dépressif, il est orienté vers une prise en charge avec le psychologue.
- la « troisième prévention » qui permet de réduire les invalidités fonctionnelles du patient en vue d'une réinsertion socioprofessionnel et d'optimiser les soins reçus. Cela peut être mis en place en ergothérapie avec la fabrication d'aide technique comme des attelles.

Le Centre possède une prévention efficace grâce à l'éducation du patient par des conseils sur l'hygiène de vie⁵³. L'établissement a également une démarche préventive par ses recherches médicales et la formation du personnel.

Le but curatif est également assuré au sein du Centre Saint-Luc par la mise en place de soins spécifiques et de prises en charge adaptées aux besoins du patient. En fonction des déficiences, incapacités et besoins du patient, un protocole thérapeutique est mis en place.

Des soins personnalisés sont promulgués visant la guérison et/ou le rétablissement maximum de la personne malade et/ou handicapée. Les soins sont des actions ou ensemble d'actions visant au bien-être d'une personne. Par exemple, cela peut être la prescription de médicaments par le médecin référent, un massage effectué par le kinésithérapeute, le soin des escarres par

⁵³ L'hygiène de vie est avant tout un ensemble de notions sanitaires qui concernent le choix du style de vie. Elle est destinée à protéger et améliorer la santé, elle peut être de l'ordre de l'alimentation, des soins corporels, de l'activité physique, de l'environnement social, du travail.

une aide-soignante. Le bien-être prenant en compte les blessures du corps et les souffrances de l'âme, il ne faut pas oublier la psychologue et les moments de dialogue avec les personnels de santé. Les prises en charges sont personnalisées pour chaque patient en fonction de ses incapacités et ses besoins. Dans chaque service (kinésithérapie, l'ergothérapie), les thérapeutes mettent en place des moyens et des projets thérapeutiques adaptés aux objectifs finaux à atteindre pour chaque patient. La prise en charge complète est possible par une équipe pluridisciplinaire et interdisciplinaire.

b. Le Centre Saint-Luc vise la bonne santé du patient.

La volonté des établissements de santé est de préserver et soigner les personnes malades et/ou en situation de handicap afin de leur permettre de maintenir ou retrouver une bonne santé.

Rappelons la définition de la bonne santé par l'OMS : « *un état de complet bien-être physique, mental et social de la personne et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, pour qu'un patient atteigne une sensation de bien-être, une prise en charge totale est nécessaire en fonction de ses blessures (physiques), de ses souffrances (morales) et de sa vie sociale. Pour atteindre cet objectif de bonne santé, le Centre Saint-Luc s'appuie sur la pratique de la médecine et de différentes thérapies. Le personnel soignant propose des spécialités différentes et adaptées aux patients accueillis comme l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, le psychologue, le nutritionniste. Chaque discipline prépare le patient pour une meilleure réinsertion dans sa vie quotidienne en améliorant ses capacités, en lui fournissant des conseils sur son hygiène de vie et en préparant sa réintégration dans sa vie sociale. Ainsi il existe bien une mission sanitaire (soins du corps et de l'esprit) et sociale (insertion dans la société).

B. Un atelier d'Art-thérapie à dominante arts plastiques est mis en place au sein du service de rééducation fonctionnelle.

1. Un service de rééducation fonctionnelle assure une prise en charge complète du patient.

a. Le patient est pris en charge au-delà de la réadaptation de son corps.

Comme analysé en 1^{ère} partie, un être-humain a un corps, un esprit et il est un être social. Le service de rééducation fonctionnelle prend en compte ces différents aspects du patient. L'équipe soignante coordonne et assure la mise en place de toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire au minimum les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités du patient. C'est une médecine complète. En effet elle ne se suffit pas à la rééducation fonctionnelle d'un organe, elle se donne des moyens en vue d'objectifs sociaux.

Chronologiquement, le patient est un être humain qui a subi une lésion. Il connaît des déficiences qui provoquent des incapacités. Celles-ci font émerger des désavantages, la personne se trouve alors en situation de handicap. Il faut mettre à disposition du patient les moyens nécessaires à sa réadaptation afin qu'il puisse améliorer et admettre ses incapacités et se recréer une place dans la société.

Afin d'entretenir et de retrouver les capacités maximales (corps et esprit) du patient, adapter l'environnement à la personne pour permettre son autonomie, sa réinsertion familiale et/ou professionnelle, une équipe pluridisciplinaire est mise en place au sein du service de rééducation fonctionnelle.

b. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge le patient.

Le service de rééducation fonctionnelle est composé d'une équipe pluridisciplinaire. Chaque spécialiste a une activité et un rôle bien précis dans la prise en charge du patient. Chaque spécialité permet de solliciter le patient de façons différentes, la diversité des stimulations permet d'élaborer une récupération au plus haut niveau.

Le médecin praticien est le docteur référent du patient. Il est spécialisé dans la rééducation. Il élabore, avec le cadre de santé, le protocole médical du patient, en ciblant ses besoins de rééducation et de réadaptation. Il coordonne et met en place les différentes mesures afin de diminuer les conséquences fonctionnelles du patient. Le protocole thérapeutique est supervisé, réajusté tout au long du séjour du patient et chaque décision doit être validée par le médecin. Il suit les patients hospitalisés de leur arrivée à leur départ du centre de réadaptation spécialisé.

Le cadre de santé dirige l'équipe paramédicale du service. C'est un médiateur. Il coordonne les transmissions entre l'équipe médicale, l'équipe paramédicale, le patient, la famille. Il adapte chaque projet thérapeutique, avec les spécialistes concernés, au protocole de soins mis en place pour la rééducation et la réadaptation du patient. Il gère l'équipe, l'organisation des soins, le matériel et les moyens.

Le kinésithérapeute a pour mission de rendre au corps du patient, une capacité fonctionnelle ou d'en prévenir l'altération. De façon manuelle ou instrumentée, il assure la rééducation des personnes en les aidant à retrouver leurs capacités physiques et en soulageant leur douleur. Le kinésithérapeute applique des exercices basés sur le mouvement répétitif adaptés au renforcement musculaire, articulaire et organique, à l'endurance et à la mobilité de la personne. Le patient ayant des limitations fonctionnelles, le kinésithérapeute vise également son conditionnement physique. Il choisit différentes techniques à employer comme la massothérapie, la gymnastique médicale. Il participe à la prévention en conseillant le patient afin qu'il puisse éviter de rencontrer les mêmes difficultés (hygiène, maintien, posture, mouvement). Il fait des bilans de capacités en évaluant le degré de mobilité, les capacités physiques du patient tout au long de son séjour.

Un professeur d'activités physiques adaptées propose des activités sportives pour travailler les aptitudes physiques, respiratoires des patients. Il permet également au patient de connaître les capacités et les limites de son corps. Il intervient en complément suivant les besoins du patient. Il peut proposer des activités comme la natation, la marche.

L'ergothérapeute contribue au traitement des troubles et des handicaps de toute nature (physique, mentale). Il sollicite les fonctions déficitaires du patient dans une activité ou un travail afin d'accroître leur autonomie et leur indépendance. A travers des jeux, travaux manuels ou des exercices de réflexion, il intervient pour rééduquer et réadapter les fonctions altérées du patient. Il propose également des solutions techniques pour l'organisation matérielle, ou l'organisation de l'espace afin de rendre à nouveau possible ou faciliter toutes les activités quotidiennes du patient (cuisine, prise des repas, hygiène...). Ses recommandations ont pour but d'atténuer ou d'éliminer les obstacles et de rétablir l'équilibre entre l'individu et son environnement humain et non-humain. L'ergothérapeute a pour ambition de permettre au patient de poursuivre ses habitudes de vie de la façon la plus autonome, productive et satisfaisante possible. L'ergothérapeute mesure l'autonomie de la personne en évaluant sa capacité d'agir et ses compétences motrices et cognitives en activité. Tout au long du séjour du patient, il permet de stimuler ses capacités mnésiques, sa concentration et sa réflexion.

L'assistante sociale aide les patients autant au niveau social que financier. Elle informe, soutient et accompagne les personnes. En premier lieu, elle est une écoute et un soutien moral. Elle donne des informations, des conseils en matière de droits sociaux et aide dans les

démarches administratives (auprès de la MDPH⁵⁴, mutuelles, sécurité sociale, assurance). Elle aide au retour à domicile (l'agencement du domicile). Elle gère également tout ce qui touche à l'emploi (arrêt de travail, reclassement professionnel), à la réinsertion professionnelle, au placement en institution et aux admissions dans d'autres structures mieux adaptées à certaines situations de handicap.

La psychologue écoute et accompagne les patients tout au long de la rééducation et réadaptation. Elle cerne la demande du patient, l'aide à verbaliser sa souffrance, à intégrer les processus acquis au fur et à mesure de la rééducation. Il s'agit d'un travail de deuil et d'un processus d'adaptation au handicap (qu'il soit de nature physique et/ou mental). Cela permet d'atténuer le niveau d'anxiété, de dépression réactionnelle du patient et de l'aider à intégrer les changements intervenus dans le schéma corporel. Elle aide également à restructurer son avenir professionnel, social et familial. La psychologue permet de pallier aux difficultés de mémoire et de concentration du patient en le conseillant d'adopter certaines attitudes et comportements. Une neuropsychologue permet d'établir un diagnostic mémoire auprès des patients. Elle anime également des ateliers où elle stimule les capacités mnésiques des patients.

L'orthophoniste met en œuvre des techniques de rééducation pour aider un patient handicapé à se corriger partiellement ou totalement. Les troubles peuvent affecter la voix, l'articulation, le langage oral et écrit, sa réalisation, son expression et également la déglutition. Il propose des exercices spécifiques et des conseils adaptés afin de faciliter des actes quotidiens comme respirer, manger, avaler, boire.

La diététicienne prend en charge des patients qui ont des problèmes d'alimentation, de surpoids ou en prévention de ces problèmes. Avec la sédentarité, à la suite d'une opération ou d'une dépression, certains patients prennent énormément de poids. D'autres patients ont tendance à maigrir. Il faut donc leur réapprendre à s'alimenter correctement et les accompagner dans un processus d'amaigrissement ou de prise de poids afin de leur éviter des complications de santé. Elle contribue à l'éducation sanitaire du patient, afin qu'il connaisse les risques d'une mauvaise alimentation, comment les prévenir et les éviter. Les patients bénéficient de repas adaptés à leur régime alimentaire lorsqu'il mange dans le Centre.

L'infirmière gère les soins courants (activités et médications) des patients. Elle est une présence continue d'ordre éducatif en sensibilisant aux changements survenus dans le schéma corporel du patient, d'ordre relationnel en étant à l'écoute du patient et de la famille et d'ordre préventif en évitant les complications possibles (escarres). Elle partage les informations sur l'état du patient avec ce dernier, les inscrits dans le dossier de soin.

L'aide-soignante travaille en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière en assurant les soins d'hygiène et de confort du patient. Elles ont le rôle d'adapter, d'individualiser la prise en charge et de participer à la prise en charge de la douleur. Elles veillent à la coordination de soins avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. Elles mènent des actions de prévention et d'éducation auprès de la personne soignée.

Cette équipe pluridisciplinaire permet une prise en charge totale de la personne. Les échanges entre ces disciplines, les complémentarités de chaque spécialité, les influences et interférences, assurent la qualité et l'adaptation du protocole thérapeutique du patient. Par exemple, si une personne atteinte de dépression est suivie par la psychologue, elle peut se sentir mieux psychologiquement par l'acceptation du handicap et peut plus s'investir dans sa rééducation motrice. Ou encore, une personne qui a plus d'amplitude dans le mouvement de bras grâce à la prise en charge en kinésithérapie, peut mieux s'investir et adapter ses gestes dans un exercice d'activité en ergothérapie.

⁵⁴ MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

c. Le protocole thérapeutique est adapté aux besoins du patient.

Lorsqu'un patient arrive au centre, une feuille de suivi provenant de l'hôpital d'origine est transférée au centre de santé. Le médecin référent du patient est alors renseigné sur l'intervention menée, la pathologie et la déficience de la personne. A son arrivée, le patient est alors dirigé vers les différents services comme l'ergothérapie, kinésithérapie, la diététicienne, l'assistante sociale. Chaque spécialiste mesure les besoins, les incapacités de la personne. Ainsi, un protocole de prise en charge totale est alors établi par le médecin et le cadre de santé. Il est composé des différents protocoles thérapeutiques menés par les divers spécialistes.

Chaque protocole comprend l'évaluation du patient à son arrivée, les stratégies mises en place pour atteindre des objectifs finaux, les moyens nécessaires et le bilan final de prise en charge de la personne. Les prises en charge dans les différentes spécialités s'effectuent sur prescriptions médicales émises par le médecin référent du patient. Les prescriptions médicales ont des indications médicales pour orienter les stratégies thérapeutiques de l'équipe soignante. Un travail de liaisons, entre les différentes prises en charge, est accompli par les fiches d'activité (document où les spécialistes relatent les prises en charge du patient) et les réunions de synthèses (moment où l'équipe soignante effectue l'état des lieux des diverses prises en charge du patient). Ces échanges permettent un suivi régulier et adapté des prises en charge du patient.

2. L'atelier d'Art-thérapie s'inscrit dans la dynamique de prise en charge du patient.

a. L'art-thérapeute est en lien avec l'équipe médicale et paramédicale.

Une prescription médicale est nécessaire pour participer à l'atelier d'Art-thérapie. Après la demande auprès du médecin référent et la proposition au patient, ce dernier est orienté par l'ergothérapeute référent vers l'atelier d'Art-thérapie. L'ergothérapeute remplit la prescription médicale et la fournit à l'Art-thérapeute. Y sont mentionnés Nom, Prénom, âge du patient. L'ergothérapeute inscrit également l'indication thérapeutique. En fonction de cette indication, l'art-thérapeute peut s'orienter vers des objectifs à atteindre. Une stratégie thérapeutique adaptée est mise en place lorsque l'art-thérapeute rencontre le patient.

L'art-thérapeute peut partager des informations avec l'ergothérapeute référent.

Après la séance d'Art-thérapie, l'art-thérapeute peut relater à l'ergothérapeute référent, les difficultés ou progrès rencontrés par le patient. Cet échange permet une continuité des soins. Si une difficulté de manipulations (comme ouvrir les tubes de peinture) est observée, l'art-thérapeute peut l'indiquer à l'ergothérapeute dans le but de le travailler et inversement si l'ergothérapeute observe un manque de confiance en soi (le patient n'ose pas inscrire une réponse à un exercice) il le mentionne à l'art-thérapeute.

Les réunions de synthèses permettent d'échanger avec l'équipe soignante, ayant lieu le mardi, l'art-thérapeute ne peut pas y assister. Cependant l'ergothérapeute y participe, et retransmet les progrès ou difficultés rencontrés par le patient durant l'atelier d'Art-thérapie. Les observations peuvent permettre une nouvelle vision de la prise en charge du patient ou confirmer son orientation. Les patients étant toujours pris en charge en fonction de leurs difficultés, l'Art-thérapie permet de mettre en évidence les facultés préservées et la partie saine de la personne.

b. L'atelier d'Art-thérapie propose des matériaux et une activité unique.

L'atelier d'Art-thérapie propose une activité unique qui n'est pas encore instituée au sein de l'établissement qui est l'activité artistique. Si en ergothérapie, il est possible de colorier des mandalas, de peindre des objets en plâtre afin d'améliorer les capacités motrices des patients, l'Art-thérapie va apporter sa propre spécificité. L'activité artistique recherche

directement la gratification sensorielle, l'émergence d'un style et l'apprentissage d'une technique afin de le traduire. La volonté esthétique est le moteur de l'activité artistique.

L'art-thérapeute sollicite principalement les parties saines de la personne alors que les prises en charge instituées en rééducation stimulent incessamment les mécanismes lésionnels de la personne. L'Art-thérapie cherche la valorisation de la personne par l'estime, l'affirmation et la confiance en soi.

Les matériaux utilisés sont multiples et offrent une grande adaptation à l'envie du patient et peuvent également être source d'apprentissage et de découvertes. Sont à disposition du patient :

- pour le matériel laissant une trace : des feutres, des crayons de couleurs, des crayons aquarelle, des pastels gras, des pastels secs, de la peinture avec différents types de pinceaux, spatule.
- pour les matériaux à mettre en forme : l'argile avec des outils, le papier mâché
- pour les supports : papier, feuille cartonnée, carton, bois.

L'art-thérapeute apportera également des supports de référence comme des images, des livres, des poèmes qui pourront inspirer, provoquer l'envie et l'imagination du patient.

3. L'atelier d'Art-thérapie se déroule dans un cadre sécurisant.

a. Les séances sont définies par un cadre spatio-temporel.

Les prises en charge se succèdent d'octobre 2010 à avril 2011. Les séances d'Art-thérapie se déroulent une fois par semaine, le jeudi matin entre 8h30 et 11h30.

Le temps des séances est variable, allant de 20 minutes à 1 heure et 30 minutes selon les patients. Ce temps est variable en fonction de leur concentration, du temps disponible qu'ils disposent et de leur humeur⁵⁵. L'atelier d'Art-thérapie s'intègre aux ateliers thérapeutiques du service de rééducation fonctionnelle en respectant le roulement des autres prises en charge.

Le lieu de l'activité est généralement la pièce de prise en charge de rééducation des enfants. Elle communique directement avec la salle des ergothérapeutes. Elle peut se fermer par une porte ce qui permet de créer une séparation. La pièce est de taille moyenne. La pièce est bien éclairée par la lumière naturelle et est chaleureuse (les couleurs aux murs sont pastelées et l'espace est confiné). Elle est équipée d'un lavabo, de tables et de chaises réglables, ainsi que d'un ordinateur avec internet. Ces équipements permettent le nettoyage du matériel d'arts plastiques et des mains du patient, d'adapter à la personne le mobilier et d'utiliser un équipement contemporain. A quelques reprises les ateliers ont lieu dans la cuisine d'ergothérapie (la salle des enfants n'étant pas disponible), elle peut se fermer, est équipée d'un évier mais est principalement éclairée d'une lumière artificielle.

Un repère temporel est important, cela inscrit le patient dans une continuité, un engagement (un lien créé par un rendez-vous hebdomadaire). Il est important que le lieu soit fermé et calme (sans aller et venue) afin que le patient se sente dans un espace protégé, dédié uniquement à l'activité artistique. Ainsi la personne est rassurée, peut se concentrer et produire sans entraves.

Ce cadre permet de contribuer à établir une confiance⁵⁶ entre lui et l'art-thérapeute.

Les séances se déroulent individuellement ou en groupe (4 personnes maximum, l'art-thérapeute y compris).

⁵⁵ Humeur : disposition de l'esprit ou état émotionnel qui peut être spécifique ou oscillant. L'humeur fait référence au sentiment subjectif interne, au tempérament, qui se traduit par une expression affective dominante dans le comportement du sujet. L'humeur peut être gaie, optimiste, triste, irritable, colérique, mélancolique, abattue.

⁵⁶ Confiance : croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence.

b. Le déroulement de l'atelier a une structure précise.

La séance en atelier d'Art-thérapie tient compte de l'organisation du service d'ergothérapie et de kinésithérapie. Chaque séance est une continuité de la séance précédente afin d'intégrer le patient dans un projet. Elle possède une structure identique et se divise en trois séquences : l'accueil, le travail et la séparation.

b.1. L'accueil ouvre la séance.

Premier temps de la séance, l'accueil est la prise de contact avec le patient. Nous allons le chercher en salle d'ergothérapie. Le court trajet entre les deux salles permet de poser quelques questions : « Comment allez-vous aujourd'hui ? » « Qu'avez-vous fait en ergothérapie ? », « Qu'avez-vous fait durant la semaine ? ». Cet échange permet de situer la dynamique du patient, son humeur, s'il est fatigué, motivé. Nous pouvons alors orienter la séance d'art-thérapie. Une fois entrés dans l'atelier, nous échangeons au sujet du projet artistique du patient : ce qu'il désire réaliser, ses envies, ses choix. Ensuite, le patient sélectionne le matériel, le support et s'il le désire un document référent. Il organise son espace d'activité. Ce moment est la transition à l'étape suivante, le patient s'installe à son aise.

b.2. Le travail constitue l'action centrale de l'atelier.

Une fois le matériel (support, médium, document de référence) disposé sur le plan de travail, le patient peut produire. Durant l'activité, l'opération artistique se met en place. Une discussion peut avoir lieu entre l'art-thérapeute et le patient. L'art-thérapeute peut également guider le patient pendant les différentes phases de travail, en lui donnant des conseils pour la technique, le thème. A la fin de l'action, nous parlons de la réalisation : si celle-ci est terminée ou s'il faut la continuer, par quels moyens, si le patient a apprécié ce temps de travail, si sa production lui plaît. Ensuite, le patient range, lave son matériel et sa production. Il lave également ses mains ce qui marque la fin de l'action. C'est la transition qui va mener à la séparation. L'Art-thérapeute peut aider le patient à réaliser ses actes.

b.3 La séparation clos la séance.

Nous raccompagnons le patient jusqu'à la porte de l'atelier en lui souhaitant une bonne journée, et en lui donnant rendez-vous la semaine suivante. Le fait de donner un rendez-vous permet un engagement réciproque entre l'art-thérapeute et le patient. Ces habitudes permettent un encrage dans le temps réel et de créer des points de repère pour le patient. Une séance d'art-thérapie se compose généralement de ces trois temps, mais selon le patient, sa pathologie et ou sa déficience, certaines actions sollicitent plus ou moins l'intervention de l'art-thérapeute : comme imposer un thème à une personne qui a des difficultés à se concentrer, aider à aménager la table de travail d'une personne hémiplegique⁵⁷.

c. L'Art-thérapeute respecte le secret professionnel

L'Art-thérapeute est tenu par le code de déontologie art-thérapeutique. Dans ce code, l'Art-thérapeute a des devoirs généraux dont le secret professionnel⁵⁸, ce secret correspond au secret médical qui est définie par l'article L1110-4 du code de la santé publique (vu précédemment). Les diverses informations que l'Art-thérapeute connaît, reste du domaine du secret. Si les patients se confient au sujet de leur vie privée (vie familiale, craintes, espoirs...), toutes ces informations ne doivent pas être divulguées. De même, les travaux des patients ne peuvent être exposés aux regards d'autres personnes (même de l'équipe soignante) sans le consentement du patient. Cependant, nous pouvons échanger ces informations avec un autre

⁵⁷ Une personne hémiplegique est une personne paralysée d'une moitié de son corps, due le plus souvent à une lésion cérébrale dans l'hémisphère opposé de son cerveau.

⁵⁸ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Favre, Lausanne, 2007. Code de déontologie, article3. p.218

personnel de santé si cela permet la continuité des soins ou déterminer une meilleure prise en charge du patient. Comme par exemple, une personne montrant des signes de dépression, nous pouvons en parler au médecin référent afin de décider d'une prise en charge éventuelle avec la psychologue.

C. Deux études de cas sont présentées afin d'exposer le projet de l'atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques dans le service de rééducation fonctionnelle.

1. La prise en charge de Monsieur D est exposée.

a. L'anamnèse de Monsieur D définit son histoire de vie.

Monsieur D est âgé de 21ans. Il est victime d'un accident de la voie publique où il heurte un pilonne, le 25/11/2009. A la suite de cet accident, il a un traumatisme facial, une fracture du plancher orbital⁵⁹, traumatisme crânien⁶⁰ avec fracture de la voute du crâne et une contusion⁶¹ bi-frontale. Il est opéré le 9/12/2009 afin de procéder à une reconstruction faciale qui lui laisse une cicatrice allant de l'œil au milieu du crâne. Jusqu'à son réveil de l'opération, il est dans le coma. Il entre au Centre Saint-Luc le 31/12/2009. Concernant les difficultés motrices, il a des troubles de la déglutition et des troubles de l'équilibre. Monsieur D a des troubles cognitifs dus à la partie du cerveau qui a été touchée : le lobe frontal. Il rencontre des problèmes de la fonction exécutive : anticipation, réalisation, vérification, organisation, raisonnement. Il a également des difficultés mnésiques, de concentration et d'attention. Il ne sait pas adapter son comportement à une situation, résoudre des problèmes du quotidien et créer une stratégie afin d'atteindre un but.

Avant son accident, il est apprenti bouché chez un traiteur, il vit dans un appartement avec sa compagne. Il est en soins de suite jusqu'au 02/02/2010, par la suite, il est en hôpital de jour. A la date du 07/05/2010, il bénéficie d'un mi-temps thérapeutique, mais c'est un échec. En effet, Monsieur D est atteint d'anosognosie⁶². Il ne se rend pas compte de l'utilité de sa prise en charge au Centre et souhaite retourner travailler. Mais ses déficiences et incapacités l'empêchent de répondre aux exigences de son métier. A la fin de son contrat de travail, il doit quitter son logement, retourner vivre chez ses parents et sa compagne le quitte. A sa demande, il revient en prise en charge à l'hôpital de jour le 12/07/2010. Sa fin de prise en charge au Centre est le 28/04/2011. Il intègre un UEROS (Unité d'Evaluation de Reclassement et d'Orientation Sociale)⁶³ afin qu'il puisse établir un projet professionnel.

Au fur et à mesure des prises en charge, Monsieur D confiera à l'art-thérapeute qu'il vit mal le fait de ne plus pouvoir exercer son métier qu'il appréciait beaucoup. Il ne supporte pas d'avoir perdu son indépendance et de dépendre à nouveau de ses parents. Monsieur D ne sait pas du tout vers quelle branche professionnelle se diriger et n'entame pas de recherches.

⁵⁹La fracture du plancher de l'orbite correspond à une fracture de l'os très fin sur lequel est posé l'œil.

⁶⁰ La notion de traumatisme crânien couvre les traumatismes du neurocrâne (partie haute du crâne contenant le cerveau) et du cerveau.

⁶¹ Une contusion est une sorte de traumatisme, généralement causé par un impact, dans lequel les capillaires sont endommagés, permettant au sang de se diffuser dans les tissus avoisinants.

⁶² L'anosognosie est une trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition.

⁶³ L'UEROS réalise le bilan de situation sociale et professionnelle de la personne. Ce bilan se présente sous forme d'un stage. L'objectif est de faire le point sur les capacités et envies de la personne en vue d'élaborer un nouveau projet de vie sur le plan social et/ou professionnel.

b. Le projet de prise en charge est établi.

Les prises en charge en atelier se déroulent du 28/10/10 au 28/04/11. Les prises en charge en atelier se déroulent une fois par semaine, le jeudi matin. Elle devait durer 1heure mais au fur et à mesure des séances, le temps va augmenter.

Les ergothérapeutes proposent une prise en charge en atelier d'Art-thérapie afin de solliciter les mécanismes de l'organisation. L'objectif étant qu'il apprenne à élaborer une stratégie dans une situation donnée.

Pour l'art-thérapeute, Monsieur D ne réussissant pas à se projeter et à avoir envie de se reprendre en main, l'objectif final est que Monsieur D prenne des initiatives lors de l'activité artistique. L'ambition de l'art-thérapeute est qu'en prenant des initiatives dans l'activité artistique, Monsieur D se rende compte de ses capacités et que cela déclenche l'envie de faire des recherches pour trouver son métier futur. Différents objectifs intermédiaires comme la concentration dans une activité artistique, s'adapter à une demande, retrouver confiance en ses capacités et affirmer des choix esthétiques vont être établis au fur et à mesure des séances.

La stratégie de l'art-thérapeute est d'exploiter ce que le patient affectionne particulièrement : la technique. A travers une pratique artistique manuelle (6) et (7) qu'il apprécie, Monsieur D percevra alors du plaisir par stimulation sensorielle (2 et 3). A travers, l'apprentissage et la maîtrise d'un savoir-faire, Monsieur D utilisera et appréhendera sa structure corporelle ce qui lui donnera confiance en son corps et ses capacités donc en lui-même. Ce qui provoquera un ressenti corporel de plaisir et satisfaction (2) et qui permettra alors d'affirmer ses goûts (3) donc sa personnalité. Effectuer des choix techniques (5 et 6) sera possible car le patient se sentira capable de faire car il aura confiance en ses capacités. Ensuite il pourra prendre des initiatives pour satisfaire des intentions esthétiques (4). Ce qui pourra l'amener à avoir des envies précises (4) et une prise d'initiative (4 et 5) artistique qui témoignera de sa confiance et d'une affirmation de soi. Il se sentira capable donc osera entreprendre des choses. La prise d'initiative a pour but de revaloriser Monsieur D afin qu'il se rende compte qu'il est capable de faire même s'il ne connaît pas.

c. Les séances d'Art-thérapie de Monsieur D sont décrites.

• **La rencontre** entre Monsieur D et l'art-thérapeute dure 10 minutes. Ce temps permet d'apprendre que Monsieur D apprécie le bricolage, tout ce qui est manuel. Il dit être motivé par cette prise en charge. Lorsque l'art-thérapeute lui demande ce qu'il désire réaliser, il n'a pas d'idée et lui fait « confiance pour trouver des idées ». Le travail avec la technique du papier mâché et du grillage lui est proposé. Le patient ne la connaît pas mais il a envie d'essayer. L'art-thérapeute le quitte en lui conseillant de chercher une idée pour utiliser le papier mâché.

Monsieur D est absent durant les trois séances suivantes. Il ne vient pas à l'hôpital de jour.

De la séance 1 à 4, la durée de prise en charge est d'1 heure.

• **Séance 1** : Monsieur D s'excuse de ne pas être venu. Il a toujours envie de découvrir la technique du papier mâché mais il n'a pas trouvé d'idée. Après discussion, il décide de réaliser ses initiales. Il ne sait pas comment procéder, il sollicite les conseils de l'art-thérapeute. Le patient essaye brièvement et dit ne pas réussir. Les conseils ne suffisent pas à Monsieur D, il faut que l'art-thérapeute prenne part directement à l'élaboration de la production. Monsieur D ne fournit pas beaucoup d'efforts pour dessiner même si ce ne sont que des lettres. Quand il s'agit de découper le grillage, le patient choisit de lui-même le matériel le plus adapté et entame directement l'activité. Sa préférence pour la technique est flagrante.

- **Séance 2** : Monsieur D se met rapidement au travail, choisit son matériel. Il sollicite l'aide de l'art-thérapeute pour installer son espace de travail. Monsieur D termine l'étape de découpe de la première lettre. Il demande l'avis de l'art-thérapeute au sujet de la qualité de ce qu'il fait. Monsieur D ne sait pas comment créer le volume, il sollicite à nouveau l'art-thérapeute, qui lui explique mais il ne comprend pas. L'art-thérapeute cherche des moyens pour lui expliquer afin de ne pas agir à sa place, la solution du croquis est trouvée. Monsieur D passe à la découpe. Au fur et à mesure de la séance, Monsieur D tente de trouver des astuces pour ne pas se griffer les mains en tordant le grillage et en prenant des postures adaptées.
- **Séance 3** : Monsieur D installe son espace de travail de lui-même. Il continue la découpe et doit relier les différents morceaux de grillage. Il ne comprend pas comment faire, il a besoin que l'art-thérapeute lui montre l'exemple. Une fois guidé dans la technique de liage, il se lance dans l'action. Il demande toujours l'approbation de l'art-thérapeute sur ce qu'il réalise. Il est concentré et attentif à ce qu'il fait.
- **Séance 4** : Monsieur D découpe et relie les éléments de la seconde lettre. Il fait preuve d'une certaine dextérité en réalisant l'opération avec qualité, aisance et un rythme soutenu. Au moment de la préparation du papier mâché, Monsieur D n'effectue pas les mêmes efforts, il n'entreprend rien et sollicite directement l'art-thérapeute. Ce dernier doit le conseiller, lui expliquer mais au final, doit agir avec le patient. Monsieur D prend une initiative, en mélangeant les ingrédients. Déstabilisé par la nouveauté, il demande même à l'art-thérapeute quel format de papier journal il doit déchirer, ce qu'ils vont effectuer ensemble.
- **Séance 5** : Monsieur D entame la pose du papier mâché sur ses lettres en grillage. Sans même expérimenter par lui-même, il sollicite l'art-thérapeute. Une fois guidé, il agit seul. Monsieur D manque d'attention et de patience. Il abîme même sa production, l'art-thérapeute l'aide afin que son énervement s'apaise. Monsieur D plébiscite toujours les conseils et les encouragements de l'art-thérapeute. La séance dure 1 heure et 15 minutes.
- **Séance 6** : Monsieur D continue la mise en place du papier journal et ne sollicite pas l'art-thérapeute. Il est obligé d'attendre que le papier journal sèche pour continuer sa réalisation. Quand il aperçoit l'argile, Monsieur D est attiré par ce matériau. Il demande à l'art-thérapeute de réaliser quelque chose avec. Il cherche pendant quelques instants ce qu'il désire produire et choisit le hérisson (animal symbolique pour lui). A nouveau bloqué devant la nouveauté du matériau, l'art-thérapeute propose au patient de chercher un modèle sur internet. Il s'empresse de le faire. Avoir une image référence ne débloque pas Monsieur D, il sollicite directement l'art-thérapeute avant même d'avoir touché l'argile. Il a besoin d'aide pour apprendre la technique mais également pour débiter l'activité. Monsieur D manque de patience et dit que ce qu'il réalise ne ressemble à rien. Il plébiscite l'aide de l'art-thérapeute, qui prend part à l'élaboration de la forme. Le patient s'inquiète pour la conservation du hérisson afin qu'il ne sèche pas et qu'il le remodele la séance prochaine. Monsieur fait preuve d'un engagement en se projetant dans la séance suivante. Monsieur D ne souhaite pas que la séance se finisse, elle dure 1 heure et 30 minutes.
- **Séance 7** : Monsieur D commence à peindre ses lettres. Un échantillon de couleurs se trouve devant lui sous forme de pots de peinture. Mais il est énervé car il trouve qu'il met trop de temps à finaliser sa production. Il souhaite la terminer le plus rapidement possible. Dans cet esprit d'empressement et ne sachant quelle couleur utilisée, il prend la couleur devant lui : noir. Il est impatient, peint rapidement et sans précision la première face des lettres. Cette étape finit, le patient prend avec empressement son hérisson et décide de rajouter ses pics. Il requiert l'aide de l'art-thérapeute pour la technique et adopter une méthodologie « mais comment je fais maintenant ? ». Il termine le modelage de son hérisson. La séance dure 1 heure et 10 minutes.

- **Séance 8** : Monsieur D finit de peindre les lettres. Mais il se rend compte que c'est effectué grossièrement et il désire y remédier. Cette fois l'art-thérapeute ne lui soumet pas la solution directement mais lui évoque le changement d'outil. A ce moment, il prend un pinceau adapté. Ensuite Monsieur D entreprend la mise en couleurs du hérisson, il veut absolument le même effet que sur l'image référence. Une discussion est engagée pour trouver une astuce technique appropriée. Le patient a des difficultés à choisir les couleurs et sollicite l'opinion de l'art-thérapeute. Monsieur D part défaitiste en disant qu'il n'y arrivera pas. L'art-thérapeute le guide et lorsqu'il agit seul, il casse quelques pics de son hérisson et s'énerve. Ils évoquent le prochain projet, mais Monsieur D n'a pas d'envie ni d'idée particulière. En regardant le livre avec des images d'objets en cartons, il dit être d'accord et vouloir explorer cette nouvelle technique. La séance dure 1 heure et 15 minutes.
- **Séance 9** : Monsieur D termine les retouches de peinture de son hérisson en prenant directement un pinceau adapté et en créant ses couleurs. Il n'arrive pas à recoller les pics, il perd vite patience et demande de l'aide à l'art-thérapeute. Monsieur D est bloqué pour trouver une idée de ce qu'il souhaite réaliser avec le carton. L'art-thérapeute tente de stimuler son imagination et c'est le déclic, il veut faire un tag avec le nom de son chanteur préféré. L'art-thérapeute demande également à Monsieur D d'écrire sur un papier les différentes étapes qu'il devra suivre durant l'élaboration de son projet et de faire un croquis de ce qu'il a envie de concrétiser. D'abord réticent, Monsieur D planifie une chronologie avec l'aide de l'art-thérapeute. La séance dure 1 heure et 30 minutes.
- **Séance 10** : Depuis quelques séances, Monsieur D parle de son quotidien à l'art-thérapeute et des problèmes de mémoire qu'il rencontre. L'art-thérapeute lui donne quelques conseils comme noter les choses pour ne pas les oublier et être plus attentif. Il ne mesure pas et répète « c'est tout dans la tête, c'est bon » lorsqu'il trace les lettres au hasard. Il va attendre de se tromper pour enfin prendre des mesures et faire des lettres de la même taille. Il nécessite de l'aide de l'art-thérapeute pour savoir les étapes de construction. Il est pressé et ne cesse de regarder l'heure et ne prend pas le temps de s'appliquer. Il veut réaliser le plus de choses possibles. La séance dure deux heures.
- **Séance 11** : Monsieur D découpe les lettres, les mets en couleurs et choisit de faire un effet sur le carton-support. Il fait ses propres choix esthétiques mais il cherche les conseils de l'art-thérapeute pour la chronologie des étapes à suivre. Il décide de faire des motifs particuliers sur ses lettres mais il ne sait pas comment le faire et sollicite l'art-thérapeute qui lui montre une technique. Monsieur D la refait sans problème, il est concentré. Il l'intègre et l'adapte à ses envies. Au fur et à mesure de la séance, il prend confiance, assurance et choisit les couleurs qu'il veut utiliser. Cependant il veut toujours être rassuré en demandant à l'art-thérapeute si cela lui plaît. Il continue à faire des confidences personnelles à l'art-thérapeute. La séance dure 2 heures.
- **Séance 12** : Monsieur D affine l'effet sur le carton-support en prenant un outil adapté et en choisissant sa couleur. Il décide de rajouter encore un effet sur les bords de sa réalisation. Il demande à l'art-thérapeute comment concrétiser cette idée qui lui propose une astuce. Monsieur D met aussitôt en pratique mais demande toujours l'avis de l'art-thérapeute « ça va comme ça ? » demande si cela convient. Monsieur D rencontre des difficultés pour choisir le placement des ses lettres sur le support mais l'art-thérapeute le laisse essayer différentes combinaisons et il en trouve une qui le satisfait. La séance dure 1 heure et 30 minutes.
- **Séance 13** : Monsieur D a besoin de parler de sa vie passée et fait des confidences à l'art-thérapeute. Après cet échange, il commence l'activité artistique, il décide de lui-même de refaire une seconde couche de peinture pour améliorer les effets. Il rajoute différents élément à l'aide d'un feutre qu'il a apporté spécifiquement à cet effet. Depuis plusieurs séances, Monsieur D choisit des pinceaux adaptés à l'effet qu'il souhaite donner et circule autour de sa production afin d'être le plus à l'aise possible pour peindre. Il réfléchit avant de coller

définitivement les lettres. L'art-thérapeute demande au patient de lui expliquer les différentes étapes auxquelles il a procédé pour arriver à la production finale et il rencontre quelques difficultés à les énumérer. Il demande s'il va continuer les prises en charge en atelier d'art-thérapie. Alors l'art-thérapeute lui demande s'il en ressent le besoin et il répond « oui, pour travailler ma mémoire ».

• **Séance 14** : Monsieur D arrive à l'atelier stressé et inquiet car il doit rencontrer le médecin pour savoir si sa prise en charge touche à sa fin. Il redoute la réponse car il souhaite qu'elle soit prolongée. Il a à nouveau apporté son feutre. Il fait les contours des lettres en noir de sa propre initiative, il fait des retouches de peinture en choisissant son pinceau et se positionnant sans abîmer ni tâcher sa production. En même temps, qu'il peint, il parle de l'actualité. Monsieur D dit également qu'il a décidé de ne plus se laisser aller par rapport à son apparence. Il est sans réponse de l'UEROS et il désire y aller pour connaître le métier qu'il pourra exercer car il n'en a aucune idée. Ils tentent de trouver des pistes, de trouver les domaines qui lui plaise. La séance dure 1 heure et 30 minutes.

• **Séance 15** : Monsieur D arrive énervé à cause de tensions familiales. Il veut faire un socle pour son hérisson qu'il a baptisé « Niglo ». Monsieur D décide de faire une boîte en carton qu'il recouvrira d'argile. Il doit faire un patron mais il n'arrive pas à décomposer les différentes faces, l'art-thérapeute l'aide. Le patient se souvient du travail de la terre, il prend le matériel nécessaire et recouvre lui-même la boîte. Il est très attentif mais dans un souci de perfection, il ajoute trop d'eau. La séance dure 1h 15 minutes. Il désire rester travailler à l'atelier, cela ne pose aucun problème au prochain patient, Monsieur D peut rester. Son attitude va alors changer, il ne va faire que couper la parole à l'autre patient et interrompre l'art-thérapeute. Il ne supporte pas que l'art-thérapeute s'occupe de l'autre patient. Après plusieurs remarques, Monsieur D change un peu d'attitude mais là un problème relationnel est perceptible.

• **Séance 16** : Monsieur D arrive énervé et perturbé par ses problèmes familiaux. Le socle réalisé la séance précédente a mal séché et se casse en morceaux. Déçu, il le met directement à la poubelle. L'art-thérapeute lui propose le bois. Monsieur D cherche son support dans les différents matériaux disponibles. Il veut absolument recouvrir le socle d'argile. Il se souvient comment utiliser l'argile et se crée sa propre technique d'aplatissement de la terre. Le patient demande toujours l'avis de l'art-thérapeute « ça va là ? », « c'est mieux ? ». Il demande à rester après sa séance mais l'art-thérapeute lui demande de se tenir correctement et de respecter la patiente. Celle-ci accepte que Monsieur D reste pendant sa séance car elle le trouve sympathique. Les patients parlent de leurs problèmes, s'encouragent et se félicitent réciproquement sur leur production. La séance dure 2 heures.

• **Séance 17** : Monsieur D est à nouveau déçu car l'argile s'est fendue en séchant. De colère, il enlève tout et garde le socle en bois. Il décide d'utiliser le papier mâché restant. Le socle recouvert, le patient prend un des livres disposés sur la table. Il y trouve l'estampe de Hokusai Katsushika « La grande vague » et il souhaite la reproduire. Il veut également expérimenter les craies sèches (car il a vu une autre patiente les utiliser). Monsieur D demande à l'art-thérapeute par quoi il peut commencer. Après avoir trouvé les différentes étapes ensemble, Monsieur D place les différents éléments sur l'image, et pose les couleurs de base. Il demande à rester après sa séance, Madame S est contente qu'il soit présent. Le patient entre à l'UEROS dans 3 semaines alors il demande s'il est possible de montrer, aux patients et au personnel, ses productions. Cette proposition est même approuvée par Madame S.

• **Séance 18** : Monsieur D entame directement la mise en couleurs, il veut absolument finir sa production avant de partir. Il installe son matériel et son support papier. Il rajoute des couleurs pour le détail de sa vague. Il fait preuve de soucis du détail, de concentration et d'application. Il termine sa production et en est fier. Le patient confie son appréhension de ne plus venir au centre et d'aller à l'UEROS. Il demande à rester durant la séance de Madame S. L'art-

thérapeute profite de ce moment pour parler de l'exposition, les patients sont contents et enthousiastes. Une recherche dynamique et commune de titres à leur production se met en place. Ensuite, l'art-thérapeute leur propose de créer les cadres pour mettre en valeur leurs productions. Monsieur D a l'idée d'utiliser à nouveau le carton, il commence à découper correctement son cadre. La séance dure 2 heures.

• **Séance 19** : C'est la dernière séance de Monsieur D, il redoute son départ et veut profiter de cette dernière séance. Madame S est présente. Le patient termine son cadre mais demande les conseils de l'art-thérapeute pour la couleur. Il décide de lui-même d'ajouter des effets sur la cadre monochrome. Monsieur D choisit les couleurs du socle pour « Niglo ». Il prend l'initiative d'aider Madame S à découper son cadre ainsi que l'art-thérapeute à finaliser les panneaux et à transporter les productions. L'art-thérapeute et les patients installent l'exposition. Monsieur D est très fier de ses productions. Il ne cesse de répéter qu'il veut les récupérer avant de partir. La séance dure 3 heures.

Nous trouvons ci-dessous les productions de Monsieur D.



« Initiales BD », sculpture en grillage papier mâché et acrylique.



« Niglo », sculpture en argile peinte à l'acrylique sur un socle en bois, papier mâché et peint à l'acrylique.



« Dédicace à Nino 44 », dessin réalisé en bas-relief avec carton, acrylique et encre noire.



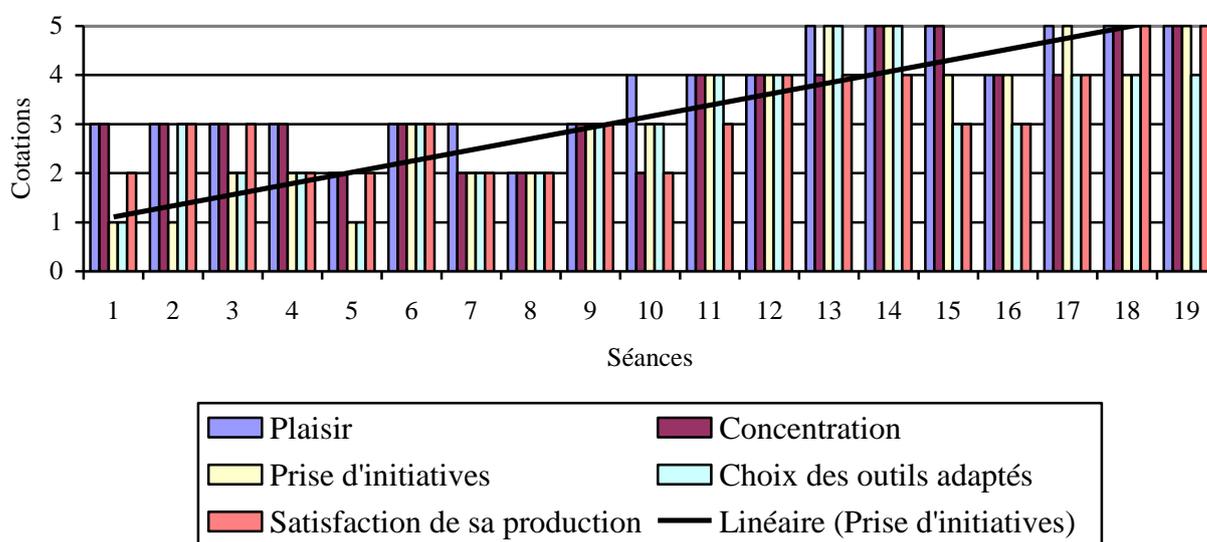
« La vague enchantresse » dessin sur papier à la craie sèche et à l'acrylique avec cadre en carton, acrylique et craie sèche.

d. L'évaluation des différents items est effectuée.

Nous allons présenter un graphique contenant quelques items⁶⁴ observés chez Monsieur D et qui ont permis son évaluation. Chaque item est évalué de 1 à 5. Les items destinés à l'évaluation de Monsieur D se basent sur son comportement durant les séances et en rapport avec l'activité artistique.

Evaluation des items :
 0 → aucun
 1 → très peu
 2 → peu
 3 → assez
 4 → important
 5 → très important

Evaluation des items lors des prises en charge de Monsieur D



Les items ont été choisis en fonction de l'objectif final établi pour Monsieur D. Nous pouvons ainsi constater l'évolution de chaque item observé de la séance 1 à la séance 19. Ainsi, il est possible de voir une évolution positive de tous les items.

Par exemple en ce qui concerne « le plaisir durant la séance », nous pouvons voir que le plaisir est élevé à partir de la séance 1 à 4 car cela concerne le travail du grillage, en séance 7 et 8, le plaisir car il s'agit de la mise en peinture des lettres qui n'était pas important pour le patient. La difficulté à concevoir le socle de « Niglo » explique la baisse de la valeur des items en séances 15 et 16. Ensuite de 9 à 19, le plaisir est grandissant car Monsieur D fait des choix sur la technique et le motif qu'il va réaliser. Concernant « le choix des outils », il en va de même. L'apprentissage d'une technique permet d'acquérir les connaissances nécessaires pour réaliser au mieux son envie. Au fur et à mesure que Monsieur D apprend des techniques, il peut choisir les outils adaptés. La « prise d'initiative » est en augmentation à partir de la séance 6, où Monsieur D a proposé de lui-même l'expérimentation d'un nouveau matériau. Monsieur D a su gagner en « confiance » par le fait qu'il était capable de concrétiser des productions. Il a également revalorisé son estime de soi en décidant et en imaginant des projets comme si c'était des défis à concrétiser. La satisfaction de sa production évolue également. Au fur et à mesure de l'augmentation du plaisir et de ses prises d'initiatives.

⁶⁴ Tableau regroupant les items cotés en prise en charge de Monsieur D est présenté en Annexe2, p82.

e. Le bilan de prise en charge de Monsieur D est analysé.

Durant les premières séances, le patient ne prend pas de décision, choisir est quasiment impossible pour lui. Le premier objectif intermédiaire est qu'il puisse affirmer ses goûts esthétiques. Pour cela, il a fallu lui proposer l'apprentissage de techniques pour qu'il puisse se rendre compte de ses possibilités. En prenant confiance en ses capacités, Monsieur D a su faire des choix pour les projets : ce qu'il désirait faire et comment le faire. Son goût et son style ont émergé. Le travail sur la planification en établissant des projets sur plusieurs séances est mis en avant, l'art-thérapeute lui montre des astuces pour se créer des repères. Le patient rencontre des difficultés à acquérir cet automatisme ; la planification étant un des mécanismes lésionnels du patient, il est difficile de l'améliorer. L'expérimentation du matériel émerge peu à peu. Mais il faut lui montrer comment s'en servir autrement il reste bloqué. Il n'a pas la logique pour réaliser ses idées. Monsieur D sait appliquer lorsqu'on lui explique comment procéder. Au fil des prises en charge le patient affirme ses choix et son goût esthétique. Il prend des initiatives mais il reste impatient. Ses troubles de l'attention diminuent mais demeurent. Monsieur D a su améliorer sa capacité de concentration grâce au plaisir ressenti durant la séance. Ses capacités d'initiative et d'adaptation se sont améliorées. Il se rend compte qu'il est capable d'entreprendre et de concrétiser des projets. L'estime, la confiance et d'affirmation sont alors revalorisées. Demeure sa difficulté d'adaptation (qui est une conséquence du mécanisme lésionnel) face à une situation inconnue, qui peut le mettre en échec rapidement. Au fur et à mesure des prises en charge, les discussions au sujet du « futur métier » de Monsieur D ont été établies. Ainsi, par une mise avant de ses possibilités, Monsieur D a pu commencer un travail de recherches pour son avenir.

2. La prise en charge de Madame S est exposée.

a. L'anamnèse de Madame S définit son histoire de vie.

Madame S est une dame âgée de 48ans. Elle est atteinte de la maladie de Wegener⁶⁵. Les caractéristiques de la maladie se traduisent dans le corps de Madame S par des nécroses sèches⁶⁶ aux phalanges et aux orteils qui nécessitent une amputation pour une meilleure cicatrisation. Madame S a également des insuffisances rénales aiguës⁶⁷. Elle a subi une cure de chimiothérapie (pour détruire les amas de cellules). A son entrée au centre le 3/05/10, Madame S est en fauteuil roulant, elle est très fatigable. Elle a une diminution de la force musculaire. Madame D n'ose pas utiliser ces doigts nécrosés et donc a une grande tendance à les exclure dans une activité. Elle est amputée de deux phalanges à la main gauche. Elle a des douleurs aux doigts qui ont les pansements. Elle rencontre également des troubles de la sensibilité. Elle est en hôpital de jour.

Madame S est mariée, elle a deux fils. Elle est femme au foyer, à la demande de son mari. Elle est proche de sa mère. Elle a travaillé de courtes durées en tant qu'employée dans la restauration.

⁶⁵ C'est une maladie auto-immune caractérisée par l'inflammation de certains vaisseaux sanguins (vascularité). L'inflammation des vaisseaux gêne l'arrivée du sang vers les différents organes, qui présentent alors des signes. De plus des amas de cellules appelés « granulomes » touchent les voies respiratoires et les reins. Tous les organes peuvent être atteints : les yeux, la peau, le cœur, les articulations, etc.

⁶⁶ C'est un arrêt pathologique de fonctionnement d'une cellule. La nécrose peut toucher un ensemble de cellules ou un tissu alors que les autres parties de voisinage restent vivantes. La transformation qui en résulte est une mortification des cellules ou des tissus.

⁶⁷ C'est une maladie la perte brutale, en général réversible, de la fonction rénale, empêchant le maintien de l'équilibre interne de l'organisme.

Au fur et à mesure des séances d'Art-thérapie, Madame S confiera qu'elle souffre du caractère de son mari, de la non-considération de ses enfants. Elle n'a pas d'amie ni personne à qui elle peut se confier hors de l'équipe de soin. Elle habite dans un village isolé, elle n'a pas le permis et dépend des autres pour se déplacer. Elle avouera également qu'elle se trouve inutile car elle ne peut plus assumer les tâches ménagères, la cuisine.

b. Le protocole de prise en charge est établi.

Madame S est orienté vers l'atelier d'Art-thérapie afin de la divertir et de solliciter ses doigts à travers une activité plaisante.

L'art-thérapeute a pour objectif la revalorisation de l'estime et de la confiance de Madame S afin qu'elle se sente à nouveau capable de concrétiser des envies et surtout d'en avoir.

La stratégie thérapeutique est de montrer des références visuelles à Madame S afin de stimuler les mécanismes sensoriels (2) et d'atteindre une gratification sensorielle (3). Ainsi Madame S pourra affirmer sa personnalité par ce qu'elle apprécie ou pas (4). En découvrant des techniques (6), la patiente se rendra compte de ses capacités et améliorera sa confiance en ses possibilités et donc en elle. Elle pourra les mettre en œuvre dans la recherche de sa propre notion de l'esthétique (4 et 5). Cette recherche fera appel à son imagination (4) qui la fera sortir de son contexte habituel. L'élan corporel (5) témoignera de sa volonté. Madame S pourra alors exprimer son style à travers son engagement (5 et 6) dans la réalisation d'une production (7). L'art-thérapeute a pour ambition que Madame S se rende compte de ses capacités, qu'elle ne se dévalorise plus et que cela ravive ses envies et ses intentions.

Les séances d'art-thérapie ont lieu une fois par semaine : le jeudi matin à compter de 10h30 jusque 11h30.

c. Les séances d'Art-thérapie de Madame S sont décrites.

- **La rencontre** dure 5 minutes. Cela permet à l'art-thérapeute d'entamer une discussion avec Madame S. La patiente dit aimer l'écriture, la mise en couleurs des mandalas, le coloriage car ça lui permet de « se vider la tête », « de ne penser à rien ». Madame S aimerait utiliser la peinture mais elle ne sait pas ce qu'elle voudrait représenter. L'art-thérapeute lui propose de ramener des images afin qu'elle puisse s'en inspirer. La patiente est enthousiaste à l'idée de commencer une prise en charge en Art-thérapie.

- **Séance 1** : Madame S arrive avec le sourire. Lorsqu'elle voit le matériel proposé, elle dit être ravie de pouvoir les utiliser. Madame S sait le matériel qu'elle désire utiliser mais n'a pas d'idée précise pour le motif à représenter. Madame S regarde des documents et choisit une peinture avec des formes géométriques. Elle entame d'elle-même une esquisse de la composition de l'image et commence à poser quelques couleurs. Elle reste fidèle au modèle.

- **Séance 2** : Madame S continue la mise en couleurs de ses formes abstraites. Elle reste fidèle à son image référence jusqu'à ce qu'elle aperçoit une peinture acrylique cuivre. Madame S est très attirée par cette couleur et l'utilise même si elle n'est pas dans le modèle

- **Séance 3** : Madame S arrive avec le sourire et termine la mise en couleur de sa production. Désormais, elle a pris de la distance avec l'image référence et choisit selon ses goûts. Elle expérimente même d'autres outils. La patiente a besoin de l'avis de l'art-thérapeute pour certains choix plastiques pour être rassurée car elle se détache totalement du modèle. A la fin de la séance, l'art-thérapeute demande à la patiente si elle apprécie sa réalisation. Elle lui répond qu'elle aime « à peu près » mais qu'elle n'est pas fière, elle préfère l'image originale. En évoquant le prochain projet, Madame S dit qu'elle aimerait réaliser un paysage. L'art-

thérapeute lui propose alors de le réaliser sans modèle, Madame S appréhende mais elle est d'accord.

- **Séance 4** : Madame S arrive triste, des problèmes familiaux la rendent soucieuse. Madame S commence à dessiner au crayon de papier les différents éléments composant son image. Elle ne demande pas d'aide à l'art-thérapeute et manque d'entrain. Elle commence la mise en couleurs et étale sommairement les couleurs.

- **Séance 5** : Madame S arrive avec le sourire. Elle dit que ça va un peu mieux. Elle souhaite continuer son paysage mais lorsqu'elle le voit, elle dit «il est moche ». Afin d'établir une boucle de renforcement, l'art-thérapeute lui propose de trouver des solutions pour l'améliorer. Le but est de solliciter son intention esthétique. Madame S éprouve des difficultés à entreprendre les modifications et sollicite l'art-thérapeute. Une fois lancée, elle réalise avec enthousiasme et choisit d'utiliser à nouveau sa couleur fétiche le cuivre.

- **Séance 6** : Madame S arrive triste. C'est la période des fêtes de Noël et elle n'apprécie pas ce moment. « Depuis que les enfants sont grands, c'est différent. Je suis malade, ma mère aussi. Je ne peux pas cuisiner pour le réveillon ». L'art-thérapeute tente de la remotiver. La patiente continue son travail d'amélioration de sa production mais elle le trouve « moche et enfantin ». Elle manque de motivation. Le dessin finit, elle fait une grimace en leur regardant et rigole en disant que c'est le travail d'un enfant. L'art-thérapeute tente de lui qu'il est très bien, que ça sort de son imagination et qu'il fait penser au printemps mais Madame S reste pessimiste.

- **Séance 7** : Madame S arrive et souhaite la bonne année avec le sourire. L'art-thérapeute lui impose un travail sur le « moche ». La patiente est surprise et pessimiste face à cette proposition mais l'art-thérapeute insiste. La demande est de réaliser quelque chose le plus horrible possible. Madame S choisit un support plus grand que les deux dessins précédents (malgré que le thème ne lui convienne pas parfaitement). Elle fait ses propres choix et ne s'applique mais rigole en le réalisant. La patiente ne peut s'empêcher d'utiliser ses couleurs préférées ce qui laisse apercevoir un style prononcé. Lorsqu'elle pense avoir fini, l'art-thérapeute lui demande si elle est certaine d'avoir réalisé quelque chose d'horrible, elle prend une paire de ciseaux et commence à découper le format, à le plier, à le froisser. Elle rit en le tendant à l'art-thérapeute. En confrontant ce « moche » à ses précédentes réalisations, Madame S dit « ah, d'accord » et affirme « oui, c'est vrai par rapport au truc noir, ils ne sont pas mal ».

- **Séance 8** : Madame S arrive triste et en colère. Elle ne veut plus garder au fond d'elle toute sa rancœur et sa colère. La patiente a pris la décision d'aller consulter un psychologue à l'extérieur du centre. Elle dit avoir apprécié le travail sur le « moche » car « oui ça soulage de se défouler ». Se défouler sur une nouvelle production lui est proposé. Madame S est enthousiaste. Elle choisit un grand format raisin et désire une nouvelle technique. Madame S a des envies et ose. Madame S se lance dans son activité. Elle adopte une position dynamique pour dessiner puis s'assoit fatiguée. Elle fait des grands gestes et prend des couleurs contrastées. Madame S explique ce qu'elle a représenté « le rouge et des montagnes sombres, pointues comme des dents pour le danger. L'eau avec un beau bleu qui coule pour le calme, la tranquillité ». Madame S fait preuve d'une grande intention et application dans son activité. La patiente dit « ça va » pour qualifier sa production.

- **Séance 9** : Quand Madame S arrive, elle regarde longuement son travail. Elle décide de rajouter des mots : « mal-être » et « espoir ». Elle sollicite l'aide de l'art-thérapeute pour des choix esthétiques. En lui posant des questions, Madame S trouve ses propres solutions esthétiques. Madame S effectue des essais avant d'entamer la réalisation sur le grand format. Très attentivement, elle commence et au second mot, elle ne s'applique plus et se dépêche. Pendant la séance la patiente se plaint de ne faire aucune activité chez elle car elle n'a envie

de rien. Elle dit ne « même plus trouver le courage de lire ». La patiente se plaint également de ne pas être cultivée, de ne pas avoir de références. L'art-thérapeute lui propose de lui apporter des poèmes. Madame S la remercie.

• **Séance 10** : Madame S arrive un peu triste. Ces problèmes familiaux la touchent beaucoup. Deux recueils de poèmes : Rimbaud et Baudelaire lui sont proposés et elle choisit « La musique »⁶⁸ de Baudelaire. Ce poème est une métaphore entre les notes de musique et les flots maritimes. L'art-thérapeute lui propose de produire un collage à partir de ce poème. Madame S ne connaît pas cette technique et veut l'explorer. La patiente relie attentivement, plusieurs fois, le poème. Puis elle commence à découper uniquement des éléments aux nuances bleues. La patiente accumule les découpages.

Madame S est absente pendant 4 séances, elle est hospitalisée.

• **Séance 11** : Madame S arrive maquillée et souriante. L'art-thérapeute lui fait des compliments et ça lui fait plaisir. Elle a décidé de ne plus se négliger et de prendre soin de son apparence. Elle confie à l'art-thérapeute qu'elle ne se sent pas à l'aise avec son psychologue et qu'elle va arrêter. Madame S a accepté que Monsieur D reste en prise en charge en même temps qu'elle. Une bonne entente s'installe ainsi qu'une dynamique de travail. Les patients se complimentent mutuellement au sujet de leurs travaux. Madame S redécouvre le poème et ses pages bleues découpées. Elle demande conseil à l'art-thérapeute pour leur utilisation. La patiente commence à créer des formes et à les juxtaposer.

• **Séance 12** : Madame S est maquillée, elle sourit. C'est une séance de groupe avec Monsieur D. Elle l'apprécie parce qu'il l'a fait rire. Madame S continue son collage. Elle redécoupe certaines formes, recompose, superpose les éléments. Elle prend même du recul pour voir la composition équilibrée de son image. Des discussions s'installent et une dynamique de travail également. Monsieur D propose de faire une exposition, Madame S est surprise mais elle est d'accord pour y participer. Elle compare ses productions à Monsieur D. La patiente se diminue en disant qu'elle fait des choses moins difficiles. Malgré les compliments de l'art-thérapeute et de Monsieur D, elle reste pessimiste face à ses réalisations.

• **Séance 13** : Madame S est maquillée, elle sourit. C'est à nouveau une séance de groupe avec Monsieur D. Madame S colle les derniers éléments de sa composition. Elle décide de découper en vague les contours de son collage. En vue de l'exposition, l'art-thérapeute lui propose de créer un cadre et la patiente choisit de le réaliser pour le collage. Elle choisit la couleur et souhaite le faire sur du carton comme Monsieur D. Elle peint et dessine la forme du cadre, elle rajoute des points colorés. Lorsque l'art-thérapeute lui demande si elle apprécie son travail, la patiente répond à nouveau « ça va ». L'art-thérapeute propose de trouver des titres à leurs productions et c'est un échange dynamique et plein d'idées. La patiente décide d'exposer toutes ses productions sauf son travail sur le « moche ». Madame S souhaite réaliser un marque-page pour l'inciter à lire chez elle. Madame S commence la mise en couleurs en peinture d'un motif abstrait.

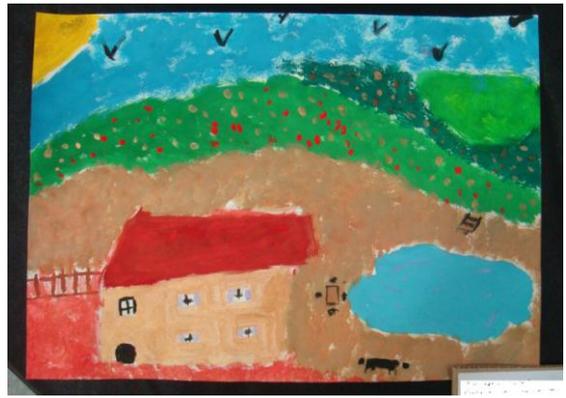
• **Séance 14** : C'est la dernière séance de prise en charge en Art-thérapie pour Madame S. La séance se déroule avec Monsieur D. Madame sourit et est maquillée. Madame S demande de l'aide à Monsieur D. Madame S termine son marque-page, elle choisit les couleurs et les motifs. Elle utilise la peinture et des motifs abstraits. L'art-thérapeute et les patients vont installer l'exposition. Madame S participe activement à positionner les différentes productions et les textes explicatifs. Madame S ne cesse de se comparer aux autres et de se rabaisser. Des patients viennent la complimenter mais elle dit que les autres font de plus « belles choses » qu'elle. Elle veut récupérer ses productions à la fin de l'exposition et en offrir à sa mère.

Nous trouvons ci-dessous les productions de Madame S.

⁶⁸ Annexe, p.



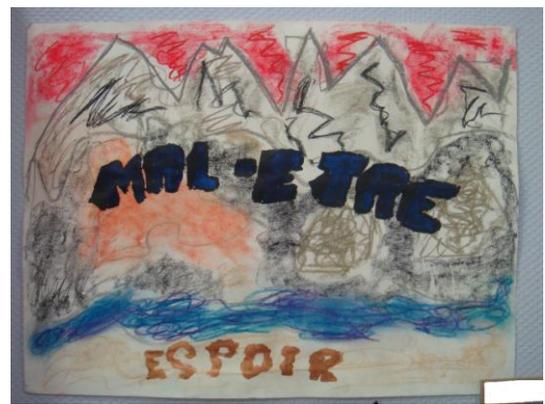
« Abstraction cuivre », dessin réalisé sur papier à la peinture acrylique



« Paysage printanier », dessin réalisé sur papier à la peinture acrylique



Travail sur le « moche, l'horrible », dessin réalisé sur papier découpé, froissé avec



« Etats d'âme », dessin réalisé sur papier à la craie sèche et à la peinture acrylique.



« La musique est la mer », collage de papiers magazine avec un cadre en carton et peinture acrylique.



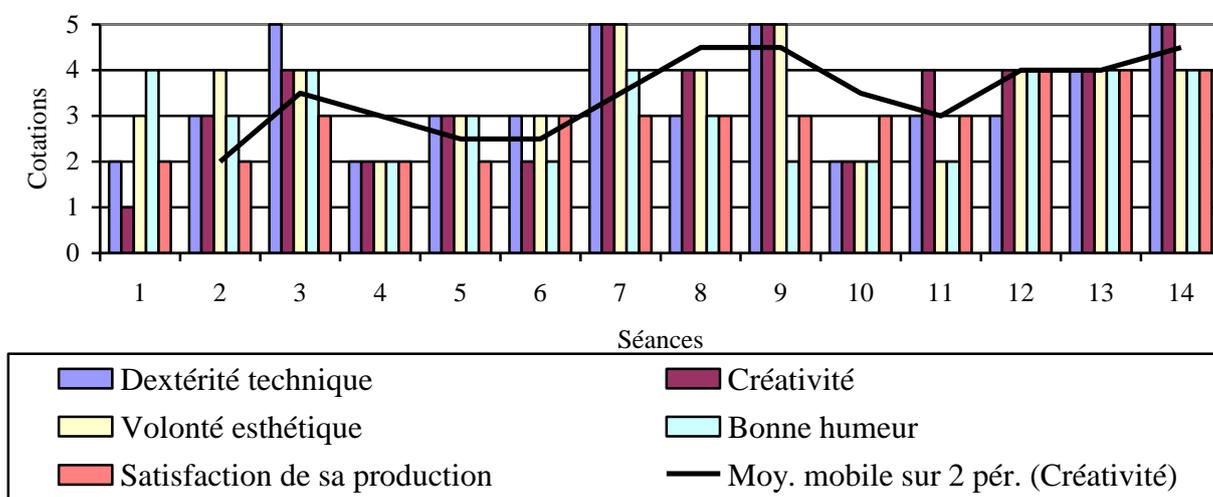
« Marque-page », dessin sur papier à la peinture acrylique.

d. L'évaluation des différents items est effectuée.

Nous allons présenter un graphique contenant quelques items observés chez Madame S et qui ont permis son évaluation. Chaque item est évalué de 1 à 5. Les items destinés à l'évaluation de Madame S se basent sur son comportement durant les séances et en rapport avec l'activité artistique.

Evaluation des items :
 0 → aucun
 1 → très peu
 2 → peu
 3 → assez
 4 → important
 5 → très important

Evaluation des items lors des prises en charge de Madame S



De nombreux changements se sont opérés de la séance 1 à la séance 14. Il est possible d'observer que pour tous les items, les résultats sont en « dent de scie ». Nous allons analyser ces résultats. De la séance 1 à 3, Madame S effectue la peinture aux formes géométriques. Au début, attachée à l'apprentissage de la technique, Madame S ne fait pas preuve de créativité, une fois qu'elle est à l'aise avec la technique, alors elle sollicite son imagination et fait attention à ce que ce soit « beau ». Ensuite de la séance 4 à 6, Madame S réalise un paysage qui ne lui plaît absolument pas, les items sont alors évalués peu quantitativement. La séance 7, le travail sur le « moche » est imposé. Malgré qu'elle doive réaliser une production qui ne lui plaît pas elle rajoute des couleurs qu'elle apprécie et en comparant cette production aux autres, elle reconnaît ses qualités esthétiques. Les séances 8 et 9 concernent la production sur la « colère » de Madame S. Elle a une volonté bien précise dans ce projet où elle sollicite directement son imagination, son intention et l'exploration d'une technique. Les séances 10, 11 et 12 sont le travail sur le collage. Au début Madame S explore la technique pour la mettre au service de son imagination et de son style esthétique. Durant les séances 13 et 14, Madame S effectue le marque page, un cadre et installe l'exposition. Madame S sollicite ces acquis techniques pour réaliser une envie particulière et mettre en avant son propre style. En ce qui concerne l'item de l'humeur, nous pouvons nous apercevoir qu'il est constant et jamais au maximum mais il semble devenir constant, Madame S montre des signes de dépression⁶⁹.

⁶⁹ la dépression est un état pathologique avec une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychologique et physique.

L'item de la satisfaction de la production n'atteint jamais la cotation maximale car Madame S n'est jamais satisfaite de sa production et se dévalorise tout le temps. Pourtant elle expose ses productions et décide même d'en offrir.

e. Le bilan de prise en charge de Madame S est analysé.

Pour l'art-thérapeute, les objectifs à atteindre pour Madame S étaient la confiance, l'estime et l'affirmation de soi afin de lui donner à nouveau des envies. Ces objectifs sont partiellement atteints. Madame S est en dépression, lors des séances d'Art-thérapie ses humeurs sont variables.

Par l'apprentissage de techniques artistiques, l'art-thérapeute tente une revalorisation des capacités physiques de la personne. En sollicitant l'imagination, l'art-thérapeute souhaite sortir de son enfermement Madame S. Le travail sur le laid est une stratégie afin que la patiente apprécie ses productions et que leur « beauté » dépend de son idée et de son engagement. Au fur et à mesure des séances, l'atelier d'Art-thérapie est devenu un moment pour pouvoir assouvir la curiosité et les envies de Madame S comme la découverte de poème, de belles images, écrire ses mots de colère sur un dessin et pour à la fin qu'elle crée son propre marque-page. Un des objectifs a alors été atteint celui d'attiser les envies et les intentions de Madame S car désormais elle souhaite lire chez elle. Par la valorisation de ses capacités, Madame S a repris confiance en son corps, la confiance en elle commence alors à être prononcée mais il reste beaucoup de travail au niveau de l'estime d'elle-même. En effet, elle n'est pas totalement satisfaite de ses réalisations et ne cesse de se rabaisser. Lors de l'exposition, elle ne cesse de dire que les productions des autres patients sont plus « belles » que les siennes. Pourtant le fait d'exposer ses productions et de vouloir en offrir, témoigne d'une certaine manière d'une satisfaction et d'une affirmation et d'une estime de soi mais elle n'intègre pas ses notions. Elle ne s'en rend pas compte et se diminue.

La patiente s'affirme de plus en plus dans ces choix (couleurs, représentations), c'est un bon début, d'autant plus que cette patiente est curieuse ce qui peut être un moteur pour la revalorisation de la personne. Il faut également qu'elle arrive à effectuer les activités réalisées au centre, dans sa vie quotidienne chez elle. Ce qui est sous-entendu par la réalisation du marque-page. Il aurait fallu continuer la prise en charge en Art-thérapie de Madame S et il aurait également fallu un travail d'équipe interdisciplinaire avec un psychologue afin que Madame S comprenne pourquoi elle se rabaisse tout le temps.

Ces prises en charge témoignent de l'utilité de l'Art-thérapie auprès de personnes en situation de handicap moteur. Cette situation est une pénalité pour la personne car elle l'empêche d'avoir des envies et de les concrétiser. L'activité artistique dans un champ thérapeutique permet à la personne de se rendre compte de ses capacités et ainsi de regagner la confiance en elle-même. En stimulant la gratification sensorielle, l'Art-thérapie permet l'émergence du goût de la personne et donc de l'affirmation d'elle-même. Ses deux valeurs permettent alors de stimuler l'envie, l'intention esthétique de la personne qui va alors les concrétiser. La personne reconquiert l'estime d'elle-même. Par la revalorisation de la personne, l'Art-thérapie permet qu'elle puisse se projeter et s'investir dans son avenir. Elle replace la personne au centre de sa vie et non plus le handicap comme décisionnel. C'est-à-dire que la personne ne subit plus son handicap, elle va continuer sa vie avec car elle est capable d'avoir des envies et de les concrétiser (avec ou sans assistance). L'Art-thérapie met en place une expression dirigée vers un but esthétique mais elle permet également d'établir une communication et une relation entre l'art-thérapeute et le patient. Les prises en charge sont agrémentées de discussions basées sur l'échange d'informations et qui respectent l'altérité de l'autre.

Troisième partie

L'ERGOTHÉRAPEUTE ET L'ART-THÉRAPEUTE PEUVENT APPORTER LEURS SPÉCIFICITÉS ET LEURS COMPLÉMENTARITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP MOTEUR.

A. L'ergothérapie et l'Art-thérapie ont leurs spécificités dans la prise en charge des patients.

L'ANFE⁷⁰ définit la profession d'ergothérapeute ainsi :

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. »

Nous nous baserons sur cette définition pour analyser les moyens, les objectifs et les projets thérapeutiques mis en œuvre par l'ergothérapeute.

1. L'ergothérapeute travaille sur les incapacités de la personne.

a. L'ergothérapeute évalue les déficiences et incapacités du patient.

La démarche de l'ergothérapie est fondée sur le processus de l'évaluation. Evaluer permet de mesurer des données, de collecter des informations et de les analyser. En fonction des résultats obtenus, l'ergothérapeute identifie les déficiences, les incapacités du patient ainsi il peut choisir des moyens adaptés en fonction de ses objectifs à atteindre. L'ergothérapeute doit *« prendre en compte les dimensions de la personne, les domaines d'activités nécessaires à son développement, les caractéristiques environnementales »*⁷¹ afin de pouvoir établir un projet thérapeutique adapté. Définissons ces trois critères d'évaluation. Les dimensions de la personne concernent les déficiences et incapacités de la personne ainsi que ses possibilités. Les caractéristiques environnementales sont déterminées par l'aménagement du lieu de vie, du lieu de travail et également l'entourage familiale. Les domaines d'activités nécessaires au développement du patient concernent son travail, ses loisirs ou encore l'entretien domestique. L'ergothérapeute utilise donc différents outils d'évaluation comme par exemple la MIF⁷² qui permet d'évaluer l'incapacité du patient selon 18 items (toilette, alimentation, escaliers). L'ergothérapeute mesure sur une échelle de 1 à 7, l'assistance ou l'indépendance du patient pour effectuer certaines tâches quotidiennes.

En fonction des trois thèmes d'évaluation, l'ergothérapeute élabore un projet thérapeutique avec des objectifs et des moyens appropriés.

Rappelons ce qu'est une déficience et une incapacité. La déficience décrit les altérations perceptibles au niveau des organes ou de leur fonction, qu'elles soient physiques ou psychiques. L'incapacité concerne la baisse du potentiel à accomplir une activité, les perturbations prennent en compte la personne dans son intégralité. Une déficience et/ou une incapacité peuvent mettre une personne en situation de handicap. Le handicap détermine une

⁷⁰ L'ANFE est l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes

⁷¹ KALFAT Hadj, revue Ergothérapie, N°21, article « *L'évaluation en ergothérapie : quelles possibilités et quelles règles ?* », édition SNPM, mars 2006, p.16.

⁷² La MIF correspond à la mesure de l'indépendance fonctionnelle.

situation de désavantage pour la personne par rapport à son environnement socioculturel qui correspond à ses domaines d'activité et les caractéristiques environnementales.

Pour l'ergothérapeute, l'expertise des handicaps d'une personne est corollaire à ses besoins. Le projet thérapeutique de l'ergothérapeute est donc construit en fonction de l'évaluation des déficiences et incapacités d'une personne afin d'atténuer sa situation de handicap. L'ergothérapeute vise la récupération maximale des capacités physiques et psychiques d'un patient après les avoir évaluées.

b. L'ergothérapeute met en place des activités significatives pour rééduquer, réadapter les fonctions altérées de la personne.

L'ergothérapeute expertise les besoins de rééducation et réadaptation du patient par rapport à ses altérations physiques et/ou mentales. En fonction de l'évaluation de celles-ci, il va mettre en place des moyens adaptés. Le vocable ergothérapie a pour étymologie le mot grec « *ergon* » qui signifie « *action* ». La vocation de l'ergothérapeute est donc la rééducation, la réadaptation des facultés de la personne par la pratique d'une activité. L'ergothérapeute va alors mettre en place des exercices, des jeux afin de solliciter les mécanismes lésionnels physiques et/ou mentaux de la personne. Il cherche à stimuler les fonctions altérées afin de les rééduquer et/ou de les réadapter. Ces activités sont généralement des actions faisant référence au quotidien. Prenons par exemple, une personne opérée de la main pour la rupture du tendon du pouce. L'ergothérapeute lui fait couper des boudins de pâte à modeler avec un couteau. Le patient travaille la préhension de la main, la coordination des mouvements, la force musculaire et la concentration. Par ses gestes, le patient stimule directement le tendon endommagé. Cette activité est significative car elle fait clairement référence à une activité quotidienne comme découper de la viande lors d'un repas. Les gestes sont adaptés à une action précise et doivent être répétés afin de devenir des automatismes et une facilité pour la personne. L'ergothérapie a donc la caractéristique d'inclure le patient dans des activités significatives (activité physique et/ou cérébrale). Cela permet de mettre une intention dans le geste du patient afin de le mémoriser plus facilement et de le réutiliser au quotidien. Ainsi, l'ergothérapie stimule les parties altérées de la personne afin que celle-ci puisse atteindre ses compétences maximales. Si cela n'est pas possible, l'ergothérapeute trouve des astuces pour pallier aux incapacités de la personne.

c. L'ergothérapeute propose des solutions techniques adaptées aux incapacités du patient.

L'une des spécificités de l'ergothérapeute est de concevoir des accessoires personnalisés en fonction de la déficience et de la morphologie de la personne. Les orthèses permettent de compenser les insuffisances de certains organes. Ces éléments matériels ont pour but d'atténuer les douleurs des patients ou encore d'atténuer ou réduire les obstacles qu'ils peuvent rencontrer. Prenons par exemple, une personne opérée de l'épaule pour une rupture de tendon. Il faudra alors concevoir une attelle pour la personne afin qu'elle puisse reposer son articulation et ne pas avoir mal. Les ergothérapeutes interviennent également dans les milieux de vie, de manière à respecter la sécurité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins du patient. Les milieux de vie concernent les différentes pièces de l'habitat ou encore le lieu de travail. Par exemple, une personne hémiplegique qui se déplace en fauteuil roulant, a besoin d'avoir une cuisine adaptée à sa nouvelle posture et à l'encombrement du fauteuil. L'ergothérapeute doit trouver des solutions pour aménager l'espace afin qu'il devienne accessible et sécurisant. Il faudra des meubles de rangements et un évier plus bas, un espace plus grand pour circuler aisément. Ses différentes transformations sont nécessaires pour l'indépendance de la personne afin qu'elle puisse se faire à manger seule. L'ergothérapeute préconise donc des aides techniques, matérielles en fonction des incapacités de la personne.

2. L'art-thérapeute travaille principalement avec les parties saines de la personne.

a. L'art-thérapeute différencie le mécanisme défaillant des autres mécanismes.

Comme nous avons pu l'analyser dans la 1^{ère} partie, l'art-thérapeute utilise l'activité artistique dans une visée thérapeutique. L'opération artistique constitue l'organisation des différentes phases qui se déroule au cours de l'activité artistique. Les différentes phases sollicitent différents mécanismes de l'être humain comme l'intention, la poussée corporelle, la technique. A partir des indications médicales, l'art-thérapeute doit déterminer la localisation du problème rencontré par le patient. Il faut trouver le mécanisme défaillant. Par exemple, une personne hémiplegique connaît des incapacités comme une mobilité réduite, l'ignorance de son côté gauche. Cette personne souffre de son handicap car elle se sent inutile et capable de ne rien faire. Elle n'a plus d'envie et n'entreprend aucune activité. L'art-thérapeute détermine alors le site d'action qui se « *rapporte aux mécanismes humains défaillants* »⁷³. Ici, il s'agit de l'intention, la volonté, l'envie, l'élan corporel qui se situe en phases 4 et 5 de l'opération artistique. L'art-thérapeute ne se focalise pas sur les déficiences et/ou incapacités du patient (impossibilité de marcher, ignorance du côté gauche) mais sur ce qu'elles provoquent comme problème, effets néfastes chez la personne (pas d'envie, pas de volonté). Les incapacités de la personne engendrent des pénalités qui bloquent alors certains mécanismes. L'art-thérapeute vise l'effet inhérent à la déficience et/ou incapacité qui se répercute chez la personne. C'est-à-dire qu'il prend en compte les désavantages qu'elles entraînent chez le patient.

b. L'art-thérapeute exploite les parties saines par la mise en place d'une activité artistique.

Au regard de l'opération artistique, l'art-thérapeute détermine donc le site d'action qui est le mécanisme défaillant du patient. L'art-thérapeute exploite les mécanismes en bon état pour débloquer le site d'action. Prenons l'exemple, d'une personne opérée d'une sciatique. Elle a mal au dos et affirme ne pouvoir rien faire à cause de ses douleurs. Le site d'action se situe dans la phase 3 (le traitement archaïque de l'information) car la douleur est à l'origine de sa souffrance. Le patient désire réaliser (4 : intention) le dessin d'une nature morte en peinture. L'art-thérapeute va lui apprendre la technique de la peinture (6 : technique et savoir-faire) qui va lui permettre de se concentrer (4 et 5 : traitement sophistiqué et poussée corporelle) sur sa réalisation (6) afin de concrétiser sa production artistique (7). La personne apprécie son travail (2 : captation) et éprouve du plaisir durant l'action (sensation : 3). Ainsi en sollicitant les différentes phases de l'opération artistique, l'Art-thérapie permet à la personne de se rendre compte qu'elle peut réaliser des choses malgré son mal de dos et oublier ses douleurs. L'art-thérapeute exploite les mécanismes en bon état donc les parties saines de la personne afin que les mécanismes défaillants ne le soient plus et afin d'atténuer les effets néfastes des déficiences sur la personne. Nous pouvons affirmer que l'art-thérapeute sollicite l'intégralité de la personne et ne se concentre pas sur ses déficiences et/ou incapacités. L'Art-thérapie permet à travers une activité artistique, de stimuler tous les mécanismes du patient.

c. La production artistique témoigne des capacités de la personne.

L'activité artistique basée sur l'opération artistique permet de solliciter les mécanismes d'impression, d'intention et d'expression du patient. Les mécanismes de l'impression font appel aux organes récepteurs, la connaissance, la mémoire de la personne. Les mécanismes de l'intention requièrent l'imagination, l'idéation, l'envie et les mécanismes de l'expression font appel à l'élan corporel, au savoir-faire, au corps moteur. L'intégralité de la personne est sollicitée à travers une activité artistique. La personne utilise son corps et son esprit. La

⁷³ FORESTIER Richard, Tout savoir sur l'art-thérapie, Favre, 2007, p192.

personne peut concrétiser une production artistique en faisant appel à ses capacités d'ordre mental et/ou physique. Cette action laisse un témoignage des capacités. Elle est la preuve même des possibilités, des aptitudes de la personne. La production devient alors une preuve pour la personne de ce qu'elle est capable de faire à un moment donné. L'activité réalisée par le patient est mise en avant par la production car elle permet de révéler les possibilités que le patient a sollicitées durant l'action. En Art-thérapie, la production n'est pas jugée, ce qui est important c'est le chemin parcouru par le patient durant l'activité artistique.

3. L'ergothérapie et l'Art-thérapie visent des fondements de l'être humain.

a. L'être humain entretient des relations humaines et possède une autonomie.

Comme nous avons pu le constater, le propre de l'être humain est de vivre en société. C'est un ensemble formé de multiples êtres humains. Dès sa naissance, l'être humain est immédiatement au contact d'autres êtres humains, les médecins, les parents. Ensuite tout au long de sa vie, l'être humain va côtoyer des personnes comme ses parents, ses camarades de classe, ses collègues de travail, ses amis. L'être humain est un être social car il est en contact perpétuel avec autrui. L'être humain se socialise à travers ses interrelations. Il se réalise en tant qu'individu avec une personnalité singulière à travers ses expériences telles que l'école, le travail, un loisir. Il fait partie d'une communauté sociale et y participe par la réalisation d'acte individuel. Le lien, la relation avec autrui est alors primordial mais l'autonomie et l'indépendance le sont également. Des actions individuelles permettent de faire des choses par soi-même, seul sans l'aide d'autrui. L'indépendance permet d'agir sans dépendre d'autrui et l'autonomie permet de penser et décider par soi-même. C'est ce que nous apprenons tout au long de notre vie : marcher, apprendre à lire, voyager. La personne évolue en vue d'une autonomie qu'elle soit financière, physique, psychologique. Un être humain a donc besoin de relations sociales mais également d'indépendance et d'autonomie pour pouvoir se réaliser en tant que personne sociale et singulière.

b. L'ergothérapeute cible principalement l'autonomie et l'indépendance du patient.

A travers différentes activités, l'ergothérapeute vise à rendre plus indépendant le patient. Les exercices, les jeux proposés ont pour objectif de solliciter les incapacités et/ou déficiences du patient afin de les rééduquer ou réadapter. Le but étant que le patient puisse effectuer des tâches quotidiennes de façon la plus autonome possible. En adaptant l'environnement aux handicaps du patient, l'ergothérapeute vise également son indépendance car il lui permet d'être installé confortablement et d'être en sécurité ainsi le patient n'a pas besoin de l'aide d'autrui ou d'être surveillé. Cependant l'indépendance peut être retrouvée totalement ou partiellement.

L'ergothérapeute favorise l'acquisition de praxies et de gnosies afin de permettre à la personne d'agir et de penser par elle-même. La praxie est l'ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires dans le but d'accomplir une tâche donnée. Prenons par exemple, un patient qui doit prendre des pinces à linge sur un support à gauche, les passer derrière son cou et doit les accrocher à sa droite. L'exercice fait alors travailler la préhension d'objet, la coordination, le mouvement. Ce geste peut être réutilisé lorsque l'on se brosse les cheveux ou lorsque l'on sort de la douche et que l'on se ressuie. Par la répétition de ces gestes, le patient intègre une praxie qu'il pourra réutiliser chez lui. La gnosie est la reconnaissance d'un objet par l'intermédiaire de ses sens. Prenons comme exemple, un jeu où le patient a des dessins et des mots, il doit associer les objets aux mots. Cette expérience est utile dans la vie de tous les jours, la personne doit solliciter sa mémoire, la représentation des éléments pour pouvoir converser ou prendre un objet lorsqu'il en a besoin. L'ergothérapie se fonde bien sur un principe d'apprentissage en vue de permettre au

patient d'acquérir des gestes et pensées automatisés. L'automatisme permet à la personne d'agir par elle-même dans les situations quotidiennes. L'ergothérapeute vise principalement l'indépendance et l'autonomie de la personne. Cependant, nous pouvons également dire qu'entre le patient et l'ergothérapeute, il s'instaure une communication. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute explique au patient l'activité qu'il doit effectuer ou même lorsque le patient demande des explications à l'ergothérapeute.

c. L'art-thérapeute cible principalement les troubles de l'expression, la communication et la relation du patient.

Les capacités relationnelles exploitées en Art-thérapie se déclinent sous les principes d'expression, de communication et de relation. La relation est le « *principe d'unification avec l'autre* »⁷⁴. Par exemple, lorsque l'art-thérapeute et le patient regardent ensemble une peinture ou lisent ensemble un poème. L'objet, le support est le lien entre les deux personnes. Le patient peut ne pas y porter attention donc être absent ou s'associer à l'art-thérapeute. La relation s'appuie surtout les mécanismes de l'impression dans l'opération artistique lorsque le patient capte, reçoit les informations provenant de son environnement. L'expression est « *le passage de l'activité instinctive à une activité volontaire dirigée* »⁷⁵. Ce passage s'effectue lorsque le patient fait appel à ses connaissances, sa mémoire, son imagination pour avoir une intention, une envie. Ce premier moment se déroule dans l'esprit du patient et ensuite se traduit par un élan corporel. C'est l'élément déclencheur qui va permettre l'action de la production. Par exemple, lorsque le patient décide de réaliser un train en argile. Il commence à prendre la terre et à la modeler. Le patient prend l'argile dans le but de réaliser une envie qui a été réfléchi (pensée mentalement par les mécanismes de la mémoire, de la représentation, de l'imagination) et décidée par lui-même. La communication est corollaire à l'expression, en effet l'expression est le passage du monde intérieur de la personne à son monde extérieur. Aussi la communication est dirigée vers autrui, c'est « *le rapport à l'autre dans le souhait de transmettre une information* »⁷⁶. Ce moment se caractérise lorsque l'art-thérapeute apprend une technique au patient ou lorsque le patient explique à la personne ce qu'elle souhaite réaliser. La production peu également relevée de la communication lorsqu'elle est destinée à être montrée à autrui car elle révèle le goût, le style et l'intention de la personne, ce sont bien des informations transmises. Cependant nous pouvons également dire que l'Art-thérapie participe à l'autonomie de la personne en stimulant ses envies, son intention, son imagination personnelles. L'indépendance du patient est également recherchée par l'apprentissage d'une technique qui lui permettra de la maîtriser et d'exploiter à nouveau son savoir-faire.

B. L'ergothérapie et l'Art-thérapie peuvent avoir des similitudes dans la prise en charge d'un patient.

1. L'ergothérapeute et l'art-thérapeute travaillent avec la technique et le savoir-faire.

a. Le savoir-faire nécessite la maîtrise d'une technique.

Comme affirmer dans ce titre, le savoir-faire demande l'application d'une technique. Définissons le terme technique : « *un ensemble de procédés que l'on doit méthodiquement employer afin d'accomplir une tâche* ». A partir de cette explication, nous pouvons comprendre que la technique est un cheminement comprenant différentes phases. Lors d'une activité, il y a un point de départ et différentes étapes permettant d'atteindre un résultat. La technique est sollicitée en vue de réaliser au mieux quelque chose. Implicitement nous

⁷⁴ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art thérapie*, Favre, 2007, p.75.

⁷⁵ Ibid., p.75.

⁷⁶ Ibid., p.75.

comprenons que des outils, le corps et l'esprit d'une personne sont sollicités. Il faut donc choisir le matériel, adapter son corps et leur coordination est dirigé par l'activité mentale. La technique est au service d'une idée, une volonté afin de la concrétiser, la rendre matérielle. Une technique est une connaissance due à des expériences et à un apprentissage. Une technique s'apprend et est organisée selon différentes étapes. Par exemple, faire un feu nécessite une technique. En première étape, on ramasse des brindilles sèches, on prend du journal, on craque une allumette, on allume le journal et au fur et à mesure on ajoute les brindilles afin d'alimenter le feu. Il y a donc une organisation dans les différentes étapes à entreprendre en sollicitant le matériel, le corps et l'esprit de la personne. Définissons le terme savoir-faire : « *habileté à réussir ce qu'on entreprend* ». Nous comprenons que la technique est au service du savoir-faire. Apprendre et maîtriser une technique permet d'accéder à un savoir-faire. La technique permet de réaliser au mieux une activité afin d'atteindre un objectif et si ce dernier est satisfaisant alors la personne acquiert un savoir-faire.

b. L'ergothérapeute exploite la répétition d'une technique dans une activité artisanale.

L'ergothérapeute met en place des activités afin de travailler les incapacités du patient. Celles-ci sont générées par une lésion motrice, l'ergothérapeute a pour but de l'atteindre directement. Afin de stimuler le plus possible cette partie dégradée, l'ergothérapeute propose des activités avec des gestes répétitifs. Par la récurrence de la stimulation, des mouvements, de leurs coordinations, l'acquisition des capacités fonctionnelles est optimisée. L'ergothérapeute utilise l'activité artisanale en vue de cet apprentissage. « *C'est par la répétition, l'entraînement, le renforcement musculaire que l'on vise la récupération fonctionnelle. L'activité de tissage en est peut-être le symbole* »⁷⁷ L'activité artisanale du tissage nécessite une technique qui est réalisable par l'enchaînement et la répétition de gestes. « *L'approche est analytique et vise à décomposer le mouvement pour le renforcer et dissocier l'activité pour en améliorer chaque étape* »⁷⁸ L'ergothérapeute décompose la technique en vue de voir les différentes fonctions sollicitées dans le corps et l'esprit du patient. L'ergothérapeute par cette décomposition considère l'activité artisanale comme un apprentissage afin de rééduquer les fonctions altérées. La répétition permet d'améliorer et d'intégrer des mouvements automatiques de qualité. L'activité artisanale est considérée comme une succession de stimulation dans le système nerveux et l'appareil locomoteur. La technique artisanale est un moyen pour l'ergothérapeute de stimuler au maximum les capacités altérées du patient par la répétition des gestes. L'apprentissage de la technique a un but fonctionnel qui est celui de l'exploiter dans la vie quotidienne de la personne. L'activité artisanale n'a alors pas un but esthétique mais détient celui d'acquérir un savoir-faire utile et fonctionnel du corps moteur.

c. L'art-thérapeute sollicite des savoir-faire singuliers dans une activité artistique.

En Art-thérapie, l'activité artistique exploite le potentiel artistique du patient à travers différents mécanismes tels que l'impression, l'expression et l'intention. Nous savons que l'expression permet de traduire une intention, une idée et que l'activité artistique est l'orientation vers un idéal esthétique. Un patient, par son expression artistique, cherche alors à représenter sa propre conception du beau. Par rapport à cela, le patient va développer son propre style en choisissant des couleurs, des formes, une composition. Afin de réaliser au mieux cette idée, une technique est requise. Elle sera donc choisie et adaptée afin de concevoir matériellement l'idée du beau qui est singulière au patient. « *Si l'homme peut*

⁷⁷ BOTOKRO Rozenn, Revue Ergothérapie N°21, article « *A travers ses lieux d'exercices et modèles de pratiques, une histoire de l'ergothérapie pour poser les bases de son épistémologie* », édition SNPM, mars 2006, p.8.

⁷⁸ Ibid., p.8.

naturellement gesticuler, la maîtrise d'une technique aussi rudimentaire soit-elle est indispensable dans l'activité artistique »⁷⁹. Un procédé technique est nécessaire afin de réaliser une production artistique. Nous comprenons alors que l'art-thérapeute aide et apprend une technique au patient. Ce dernier écoute et suit les conseils de l'art-thérapeute, il fait l'apprentissage du procédé technique. Ensuite, il l'utilise dans la réalisation de sa production. La technique s'accomplit en un procédé artistique car elle est au service de l'intention esthétique du patient. La technique devient alors un savoir-faire car elle permet de réaliser au mieux l'idée du beau, inhérente au patient. Le but de l'Art-thérapie n'est pas de changer le patient en un artiste aguerrri avec la maîtrise d'une technique. C'est de lui permettre de concrétiser son intention esthétique à travers une activité gratifiante. La technique est au service du patient afin qu'il puisse réaliser ce qu'il désire. Le procédé est utilisé mais il sera réalisé différemment selon chaque personne, il y aura l'émergence d'un style. Prenons comme exemple, la pratique de la peinture. Cette technique consiste à recouvrir des surfaces par des matières colorées. Différentes caractéristiques sont à prendre à compte comme la facture avec plus ou moins d'empâtement, la touche si elle est visible ou non, le motif s'il est figuratif ou abstrait. La technique est alors commune mais le savoir-faire est différent et individuel car il dépend de l'idée du beau de la personne.

2. L'ergothérapeute et l'art-thérapeute s'appuient sur l'effort du patient.

a. Le patient doit être acteur de son soin en fournissant des efforts.

Être acteur de son soin signifie ne pas être passif lors des prises en charge. Il faut participer avec une volonté de faire au mieux dans le but de progresser. La progression insinue un point de départ et des actions afin d'atteindre un niveau supérieur. Effectuer des efforts est alors nécessaire pour se dépasser, développer ses capacités. L'effort définit la « *mobilisation des forces-physiques, intellectuelles pour vaincre une résistance, surmonter une difficulté, atteindre un objectif.* ». L'effort implique le corps physique et également le mental du patient. Nous avons compris que le corps et le mental étaient liés, que l'un et l'autre s'alimentaient mutuellement. Le patient doit prendre part à sa prise en charge physiquement mais également mentalement. Son corps doit agir et l'esprit doit l'alimenter en énergie et en encouragement. L'inverse est également possible lorsque la personne n'a plus de volonté, son corps peut encore posséder les ressources nécessaires pour persévérer. La volonté est « *la faculté de se déterminer à agir dans un but conçu d'avance* ». Être présent en prise en charge ne suffit pas, il faut également s'impliquer et s'investir. Se responsabiliser et mettre toute son énergie dans l'activité est primordial. Le patient ne doit pas subir les activités mises en place, il doit y participer en étant volontaire et engagé. L'engagement implique que l'on s'oblige soi-même vers un idéal comme si l'on faisait une promesse à quelqu'un. Se fixer des objectifs possibles permet à la personne d'atteindre au fur et à mesure des buts. Elle s'engage alors pour elle-même, en agissant par elle-même. Les thérapeutes ne peuvent pas améliorer les capacités d'une personne si elle n'agit pas. Les patients doivent prendre part à l'amélioration de leur situation afin d'avoir le moins possible de désavantages. Les thérapeutes accompagnent le patient mais ne peuvent pas intervenir à sa place. Fournir des efforts de l'ordre physique et mental est alors primordial. La volonté permet de persévérer et d'aller au delà de ses déficiences afin d'atteindre un but qui est singulier selon chaque personne. L'ambition est que le patient se rende compte de ses capacités et pas seulement de ses incapacités. Ainsi il se revalorise en se rendant compte de ses aptitudes.

⁷⁹ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Favre, 2004, p.177.

b. L'ergothérapeute s'appuie sur l'effort pour surmonter une incapacité.

L'ergothérapeute met en place des activités significatives afin d'atténuer les incapacités du patient et de stimuler directement les mécanismes lésionnels. L'ergothérapeute choisit et adapte les exercices en fonction de la déficience et des incapacités de la personne mais également en fonction de ses possibilités. « *En ergothérapie, le besoin fondamental de l'évaluation réside dans la nécessité de connaître les capacités vicariantes⁸⁰ de la personne et/ou ses capacités d'apprentissage.* »⁸¹. L'activité est donc ajustée aux facultés ressources du patient. Il s'agit de solliciter les capacités non forcément utilisées par la personne et qui pourraient corriger, compenser en remplaçant en partie celles qui sont réduites ou absentes. Les activités en ergothérapie cherchent à adapter/réadapter les mécanismes lésionnels et/ou ceux qui peuvent y pallier. Sans la participation du patient, il est donc impossible d'exciter ses mécanismes. Nous l'avons analysé précédemment, les neurones sont les unités fondamentales du corps moteur. Il faut les éveiller afin qu'ils exercent leurs rôles et qu'ils sollicitent à leur tour l'appareil locomoteur. L'activité mentale et le corps sont donc obligatoirement requis. Avec de la volonté, le patient peut fournir des efforts physiques et ainsi exciter les neurones. Par des activités répétitives, l'ergothérapeute maximise la stimulation des fonctions altérées et leur réadaptation. Peu à peu avec la redondance des gestes effectués, le patient réédue ses mécanismes ou sollicite d'autres pouvant les compenser. Persister permet d'intégrer des activités qui vont devenir des automatismes éphémères ou constants et ainsi atténuer les désavantages et la situation de handicap du patient. Prenons l'exemple d'un patient atteint d'héminégligence qui ignore son côté gauche (au niveau de la vision, des membres de son corps). L'ergothérapeute va placer des dominos sur la partie gauche de la table et demande au patient de les associer. Au début le patient ignore totalement son côté négligé mais force de lui répéter que les dominos se trouvent à gauche, le patient ira chercher les pièces se trouvant à gauche. Cela ne veut pas dire que l'héminégligence a disparu mais qu'au fur et à mesure de cet exercice, un automatisme est apparu.

c. L'art-thérapeute s'appuie sur l'effort pour une gratification sensorielle.

Rappelons-nous que le beau est une sensation immédiate qui apporte du plaisir à la personne. Ce ressenti est perçu en regardant une production artistique mais également lors de l'action artistique. Pour qu'une production artistique existe, il faut que le patient s'engage dans la réalisation de celle-ci. « *Ainsi, nous comprenons que l'effort spirituel réalisé pour la détermination esthétique est complété, dans le cas de l'artiste, par un effort physique réalisé pour préserver cette détermination* »⁸². C'est à travers le phénomène artistique que l'engagement du patient pourra être observé, il se compose de l'intention, l'action et la production. L'activité artistique est fondée sur l'effort du patient. Elle découle premièrement d'une intention qui sera le moteur de l'activité. Cette étape est le fait de s'orienter vers un goût esthétique. Concevoir ce que l'on trouve beau guide l'élaboration singulière de la « belle » production. Nous comprenons qu'il faut s'impliquer envers un idéal du beau. Le patient agit pour concrétiser matériellement sa conception et par ses choix apparaît son style. Il met en œuvre une technique au service de ses choix esthétiques afin d'aboutir à sa production. Le patient effectue alors un va et vient incessant entre son intention (représentation mentale de son idée du beau) et sa production (représentation matérielle). Il fournit un effort mental mais également un investissement corporel. La volonté mentale est définie par son idée, son imagination et son désir de la concrétiser au mieux. L'action

⁸⁰ Vicariant qualifie un organe qui supplée, par son propre fonctionnement, à l'insuffisance fonctionnelle d'un autre organe déficient.

⁸¹ KALFAT Hadj, revue Ergothérapie, N°21, article « *L'évaluation en ergothérapie : quelles possibilités et quelles règles ?* », édition SNPM, mars 2006, p.17.

⁸² FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Favre, 2004, p.172.

physique est visible par l'apprentissage d'une technique, les retouches effectuées, le dessin des formes, la mise en couleurs. Nous pouvons alors affirmer que l'effort est mental et physique dans le cas d'une activité artistique. Le patient fait une recherche de ce qu'il apprécie, ce qu'il a envie de réaliser et adapte une technique à cette projection. Si la personne ne s'investit pas dans l'une ou l'autre de cette recherche alors il n'est pas possible qu'elle puisse réaliser sa belle production singulière. L'art-thérapeute accompagne la personne mais ne peut pas déterminer à sa place ce qu'elle apprécie. Lors de l'activité artistique, le patient effectue donc des efforts gratifiants car ils lui permettent de concrétiser son intention et d'éprouver du plaisir dans l'action et en regardant sa production.

C. L'ergothérapie et l'Art-thérapie peuvent être complémentaires dans la prise en charge d'un patient.

1. L'ergothérapeute et l'art-thérapeute stimulent différemment les mécanismes du patient.

- a. L'art-thérapeute ne stimule pas directement les incapacités du patient.

L'incapacité du patient est ce qu'il ne peut pas faire comme marcher, tendre le bras, se concentrer. En Art-thérapie, le processus thérapeutique mis en place consiste à ne pas solliciter directement les mécanismes défaillants de la personne. En effet, l'art-thérapeute va stimuler la personne dans son intégralité mais principalement ses parties saines. A travers le schéma de l'opération artistique, l'art-thérapeute peut cibler l'incapacité de la personne mais il peut également mettre en évidence le mécanisme défaillant. Parfois celui-ci peut se confondre avec l'incapacité de la personne. Prenons l'exemple d'une personne amputée de plusieurs phalanges et qui utilise ses mains comme des pinces. Elle peut être prise en charge en Art-thérapie parce qu'elle n'a plus de volonté, le mécanisme défaillant se situera alors en phase 4, le traitement sophistiqué. Mais elle peut également être prise en charge en Art-thérapie afin d'améliorer la préhension des objets ; ici le mécanisme défaillant se situe en phase 6 : le technique. Les moyens mis en œuvre et la stratégie thérapeutique seront alors différents car les objectifs le seront également. Pour la première situation, l'art-thérapeute propose des images à la personne (phases 1, 2 et 3) qui en choisit une. L'art-thérapeute lui propose de la reproduire (phases 5, 6 et 7). A travers l'apprentissage d'une technique (4, 5 et 6), la personne peut se rendre compte de ses capacités (4) et éprouver du plaisir dans l'action (3) mais également en regardant sa production (7). Elle peut alors retrouver à nouveau l'envie (phase 4 : l'intention) de continuer sa production. Pour la seconde situation, l'art-thérapeute propose une danse à la personne qui stimule son ouïe (3) et son imagination (4). La personne peut entreprendre des pas avec ses membres inférieurs (5 et 6) afin de réaliser un enchaînement (7). Au fur et à mesure les mouvements effectués (5 et 6) par la personne lui procurant du plaisir (3), elle peut investir ces membres supérieurs et utiliser des accessoires (foulards, cerceaux). Ainsi par une activité gratifiante, la personne a utilisé la faculté de préhension de ses mains pour tenir des objets.

En Art-thérapie, l'incapacité de la personne n'est pas stimulée directement et n'est pas forcément le mécanisme défaillant qui est le site d'action. L'art-thérapeute vise les mécanismes sains, il fait ainsi diversion à travers une activité gratifiante. En effet, l'attention et l'intention de la personne ne sont pas focalisées sur ses propres difficultés mais sur sa gratification sensorielle.

b. L'ergothérapeute stimule directement le mécanisme lésionnel.

Les activités mises en place par l'ergothérapeute stimulent directement les fonctions altérées et les mécanismes lésionnels. Prenons l'exemple d'une personne restreinte dans ses mouvements par une opération de l'épaule. L'ergothérapeute lui fait faire des exercices en travaillant directement pour la coordination des gestes de l'épaule. Il l'instaure dans certaine situation du quotidien comme tendre le bras pour attraper quelque chose. Les os, les tendons, les muscles, les nerfs et les neurones (déterminés à cette tâche) sont directement sollicités. L'ergothérapeute stimule directement les fonctions abimées de la personne en l'instaurant dans une activité significative. Le but est de rééduquer au mieux les neurones et l'appareil locomoteur de la personne. Si cela n'est pas possible, il faut réadapter la personne, c'est-à-dire qu'il faut combler ses déficiences en trouvant des astuces comme modifier la réalisation d'une activité ou en apportant des aides techniques. Il peut solliciter les capacités vicariantes du patient ou également lui fabriquer des orthèses et en adaptant son environnement. L'ergothérapeute affronte directement les déficiences et incapacités de la personne. Lorsque le patient effectue son activité, il sait que ce sont ces mécanismes lésionnels qui sont directement visés. Il se concentre alors sur la coordination des mouvements, le rendement (le nombre de gestes), son habilité.

c. Diversifier les stimuli permet une meilleure récupération des capacités de la personne.

En service de rééducation fonctionnelle, les fonctions altérées des personnes sont stimulées de façons différentes. Le kinésithérapeute les sollicite par des mouvements répétitifs, l'ergothérapeute les stimule lors d'activités significatives et l'art-thérapeute y fait appel dans une activité artistique gratifiante.

Reprenons rapidement le fonctionnement physiologique du système moteur de l'être humain. Les mouvements sont générés par des influx nerveux transmis par les nerfs à l'appareil locomoteur. Ce sont les neurones qui transmettent cet influx nerveux (messages, ordres aux organes) mais ils ont également les fonctions de réception, traitement des informations, leur stockage. Ils reçoivent donc des informations provenant de l'intérieur et/ou de l'extérieur du corps. Un stimuli désigne « *un agent⁸³ qui détermine une réaction dans l'organisme* ». Les neurones sont alors sensibles, récepteurs et analyseurs de stimuli. Par exemple, lorsque notre main est proche du feu, le stimuli est la température élevée. L'information captée par la peau va directement aux neurones situés dans le cerveau qui donnent l'ordre de rétractation de la main. Les neurones ont chacun des rôles et des informations bien précises à transmettre. Ainsi à travers différents stimuli, les neurones situés dans diverses zones du cerveau sont alors différents et s'inscrivent différemment dans la mémoire de la personne. La répétition, l'apprentissage d'activité signifiante et des activités gratifiantes sont des facteurs différents de stimulation envers les déficiences et/ou incapacités d'une personne.

⁸³ Un agent est tout ce qui agit, opère.

2. La complémentarité des deux ateliers témoigne d'une synergie⁸⁴.

- a. L'amélioration des capacités motrices et/ou psychiques permet au patient de mieux concrétiser sa production artistique.

En ergothérapie, l'objectif est l'amélioration des incapacités motrices et/ou psychiques de la personne. En stimulant directement les mécanismes lésionnels, l'ergothérapeute vise une récupération maximale des fonctions altérées ou la réadaptation des capacités vicariantes du patient. En acquérant à nouveau des possibilités de son corps comme tenir un objet ou se concentrer, le patient peut les réutiliser même inconsciemment lors de l'atelier d'Art-thérapie. Par exemple, un patient a travaillé sur la préhension des objets en ergothérapie. S'il décide de peindre en Art-thérapie, ses possibilités seront visibles principalement dans la phase 6. Il pourra alors mieux tenir son pinceau ce qui lui permettra d'améliorer sa technique picturale afin qu'elle devienne un savoir-faire au service de sa volonté esthétique. Il pourra ainsi concrétiser au mieux sa production en fonction de son intention de départ. En augmentant ses capacités motrices, le patient a intégré des mécanismes qu'il réutilise dans d'autres activités. Prenons un autre exemple, un patient ayant des troubles de la concentration. En ergothérapie, il a effectué des progrès ainsi en Art-thérapie, il sera moins dispersé dans la réalisation de sa production. Plus organisé et plus attentif, il adaptera au mieux son expression à son intention ce qui lui permettra de réaliser une « belle production ». Pour le patient, les acquisitions en ergothérapie ne peuvent qu'être des apports dans l'activité artistique en Art-thérapie.

- b. Une activité gratifiante et valorisante peut permettre au patient de s'impliquer davantage dans son processus de réadaptation.

L'Art est un moyen privilégié d'expression dirigé vers une intention esthétique. Nous retrouvons cette volonté dans l'activité artistique mise en place au sein d'un atelier d'Art-thérapie. L'esthétique est « ce qu'on trouve beau tout simplement », c'est une sensation agréable direct et sans traitement sophistiqué. Cette approche est unique et sort de l'ordinaire dans les prises en charge. En sollicitant l'imagination du patient, l'activité artistique est un moyen d'évasion. La découverte de techniques, de « belles images » ou d'œuvres d'Art permet de s'extraire pendant quelques instants de l'univers de la rééducation pure. Le plaisir du moment est primordial afin de redonner un nouveau souffle à des personnes. Nous entendons par plaisir dans l'instant, le fait d'éprouver du plaisir, un bien-être durant le temps de la séance. Cela peut générer une satisfaction pour les sens (l'ouïe, la vue) et causer du plaisir au patient. Cet atelier ne sollicite pas inlassablement les fonctions altérées de la personne. Lors de l'activité artistique, l'art-thérapeute stimule principalement ce qui va bien chez la personne. Ainsi, le patient peut se sentir valoriser par la mise en avant de ses capacités. Cette sensation ressentie par la personne peut alors se répercuter dans le suivi de ses prises en charge en lui inspirant une nouvelle énergie. Par exemple, une personne hémiplegique met en couleurs un paysage maritime, elle fait part de ses souvenirs et ses anecdotes à l'art-thérapeute. Pendant l'atelier, la personne est capable de choisir ses couleurs, de colorer son dessin. Elle n'est pas directement confrontée à sa déficience et s'évade par son imagination et ses souvenirs. Elle se rend également compte de ce qu'elle est capable de faire. Lors de la séance d'ergothérapie, la personne est plus motivée et s'investit plus dans son exercice. Nous savons tous que prendre de la distance avec des événements permet de mieux s'investir par la suite ; c'est ce que l'atelier d'Art-thérapie permet. L'activité artistique génère également la valorisation des patients, ce qui peut leur apporter la confiance en leur possibilité et leur donner une nouvelle volonté.

⁸⁴ Synergie signifie la mise en commun de moyens qui se renfoncent entre eux pour aboutir à un même but.

c. Le confort physique et mental constitue le bien-être du patient.

Le handicap est conçu comme étant une pénalité pour la personne, c'est-à-dire que cette situation peut lui causer du tort. Ainsi, le patient peut en être affecté et en souffrir. Le handicap peut être un obstacle dans son épanouissement. Le bien-être se traduit par une disposition agréable du corps et de l'esprit qui débouche sur une bonne qualité de vie et une existence appréciable. Par les prises en charge en ergothérapie et en Art-thérapie est visée le bien-être de la personne car ces deux spécialités tiennent compte du physique et du psychique du patient. Ces deux entités sont en constantes relation. Ainsi le confort mental peut alimenter le confort physique et inversement. Le bien être est un équilibre ressenti par l'être humain. On peut alors concevoir qu'il est singulier à chaque personne. Le bien-être entraîne une bonne qualité de vie, il faut la définir. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité de vie se trouve être « *la perception qu'a 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.* ». Les différents points énoncés dans cette définition sont abordés lors des prises en charge de nos deux spécialités. L'ergothérapeute travaille en fonction des besoins du patient, des activités nécessaires à son développement (loisir, travail, activité domestique) et des caractéristiques de son environnement (humain et architectural). L'art-thérapeute travaille également sur la valorisation du patient, l'émancipation de son propre jugement esthétique et ses capacités de communication et de relation avec autrui. Les deux spécialités ne peuvent pas permettre la disparition du handicap moteur mais elles cherchent à améliorer la situation de la personne afin d'accepter sa situation en trouvant des solutions, des techniques en lui prouvant qu'il est toujours capable (même si c'est autrement). Les moyens, les objectifs des prises en charge sont adaptés à la situation et aux besoins du patient afin de lui permettre d'acquérir et de concevoir un nouveau bien-être.

3. L'ergothérapeute et l'art-thérapeute visent une meilleure intégration de la personne dans la société.

a. L'indépendance et l'autonomie d'une personne permet de ne pas fausser les relations sociales.

Le patient en situation de handicap connaît une perte d'indépendance. En effet, au sein de l'institut, il aura de l'aide pour effectuer sa toilette, faire ses besoins, se déplacer, manger (si nécessaire). Ces gestes quotidiens et intimes pour certains seront alors effectués par un tiers, qui lui est même étranger. Ses incapacités l'empêchent de pouvoir agir seul. L'institut national de la santé et de la recherche médicale⁸⁵, donne pour définition de la dépendance « *le besoin d'assistance pour accomplir les actes quotidiens habituellement effectués sans aide* ». Devenir dépendant partiellement ou totalement d'autrui, que ce soit la famille ou le personnel de soin, est une perte de liberté. Les modalités relationnelles se trouvent bouleversées, la notion d'assistance est omniprésente. Il n'y a plus d'égalité entre le patient et les autres et il ne faut pas basculer vers l'infantilisation du patient. Il ne faut pas que la dépendance physique entraîne une perte d'identité. C'est encore plus fréquent lorsque la personne connaît des difficultés pour s'exprimer ou des difficultés psychiques (la mémoire, la concentration). Les personnes ont tendance à parler à la place du patient mais il possède encore ses propres pensées et peut faire ses propres choix.

⁸⁵ INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

L'ergothérapie à travers ses activités significatives tentent de rétablir les mécanismes lésionnels afin d'atténuer les incapacités de la personne. Le but est de lui permettre une plus grande indépendance dans ses différentes activités sociales. Des choses simples comme tenir ses enfants dans ses bras, mettre la table, faire des courses peuvent devenir impossible alors l'ergothérapeute stimule les mécanismes psychiques et/ou physiques des personnes. L'acquisition d'une indépendance maximale permet au patient de ne pas être assujéti mais d'être considéré comme autrui. En montrant qu'il est toujours capable de progresser et d'agir par lui-même dans certaine situation, le patient s'émancipe du carcan de sa dépendance vis-à-vis d'un tiers. En réalisant des activités significatives, le patient se prouve à lui-même qu'il est encore capable. Son entourage peut également s'en rendre compte lorsque le patient réinvestit ses acquisitions dans des actes du quotidien.

b. L'autonomie de la personne permet de la valoriser et d'établir des relations sociales.

Si l'ergothérapeute est principalement axé sur l'acquisition d'une liberté physique. L'art-thérapeute oriente sa pratique vers l'autonomie du patient. Ce terme définit « *la faculté de se déterminer par soi-même, de faire ses propres choix et d'agir librement* ». Ainsi à travers l'activité artistique, l'art-thérapeute répond à ces principes en stimulant les goûts esthétiques du patient, sa capacité à faire des choix, de réinvestir une technique et en permettant l'émergence de son style. En révélant ses goûts, le patient s'affirme. En exposant son style, le patient gagne la confiance en lui et en s'engageant dans la concrétisation matérielle de son intention, il gagne l'estime de lui-même. Ces trois notions : affirmation, estime et confiance permettent la revalorisation de la personne. En perdant son indépendance, la personne en situation de handicap peut mettre de côté sa propre identité. L'angoisse, les peurs ressenties par le patient peuvent entraîner de l'agressivité et/ou un repli sur lui-même. Les modalités relationnelles avec autrui sont alors fragilisées. En revalorisant la personne par une activité gratifiante, l'art-thérapeute régénère les capacités de décisions et de détermination. Le patient reprend confiance en ses capacités, il ose à nouveau faire des choix et les affirmer. La valorisation du patient lui permet de se considérer d'égal à égal avec l'art-thérapeute. En réalisant une production artistique, le patient réalise une expression volontaire dirigée vers un but qui est « le beau ». L'activité artistique favorise la communication du patient car il échange des informations avec l'art-thérapeute mais également à travers sa production. En effet, elle témoigne de ses capacités et de ses envies. Une relation peut également prendre place lorsque le patient et l'art-thérapeute partagent la même activité. Agir en commun, expliquer, partager des informations sont des expressions à visée relationnelle ou communicante.

c. L'indépendance, l'autonomie et les relations sociales permettent de se projeter dans l'avenir.

Se projeter, c'est s'inscrire dans le temps, dans un lieu, avec une volonté. Un projet vise à répondre à un besoin mais le résultat est incertain. En premier lieu, afin de fonder un projet, il faut déterminer le besoin. Cette étape est du ressort de la capacité mentale : penser par soi-même, analyser, concevoir, effectuer des choix. L'autonomie mentale est requise. Ensuite afin d'atteindre l'objectif fixé, il faut établir une stratégie, pour y parvenir, l'engagement est l'autre condition sine qua non. S'engager est un effort mental mais également physique. Il faut concrétiser, rendre matériel ce projet donc le corps est mis à contribution. L'indépendance et la maîtrise du corporelles entrent en jeu pour réaliser au mieux son ambition. Enfin, un projet s'inscrit dans un cadre spatio-temporel et comme nous avons pu le constater l'être humain est un être social. En effet, il évolue en contact permanent avec des autres humains depuis sa naissance et son avenir en sera de même. Son projet est automatiquement inscrit dans un territoire et une histoire appartenant aux êtres humains. Les

liens entre les êtres humains s'établissent par des expressions à visée communicante ou relationnelle. L'indépendance et l'autonomie permettent d'établir des relations sociales d'égalité. Par une non-dépendance à autrui, la personne est libre d'agir comme elle l'entend et n'est pas suspendu au bon vouloir d'un étranger. Par son autonomie, la personne peut décider et choisir selon ses envies et s'exprimer avec autrui. Le projet sera alors concrétisé lorsqu'il sera réalisé par et pour la personne et porté à la connaissance d'autres êtres humains. Bien sûr si l'une de ses capacités est partiellement abîmée cela n'empêche pas la personne de se projeter dans l'avenir. Cela sera plus compliqué de concrétiser ses projets. La facilité n'est pas forcément une propriété requise dans l'ambition d'un projet. C'est un challenge à relever et nous savons que c'est au fil des expériences de sa vie que l'être humain s'enrichit et se construit. Ainsi, l'ergothérapie et l'Art-thérapie vise une autonomie et une indépendance maximales pour le patient afin qu'il puisse se projeter dans l'avenir. Il est évident que ces spécialités ne peuvent pas faire disparaître totalement les déficiences, incapacités de la personne mais elles cherchent à atténuer le plus possible sa situation de handicap.

Récapitulons les différentes spécificités de l'ergothérapie et de l'Art-thérapie :

Eléments mis en place lors d'un projet thérapeutique	Art-thérapie	Ergothérapie
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> -Activité artistique à dominante arts plastiques (peinture, dessin, sculpture, collage) - Espace de travail et matériel adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> -Activité significative (exercice, jeux, faisant référence à des actes quotidiens) -Aides techniques (orthèses et aménagement de l'espace)
Evaluation (Les mécanismes peuvent être physiques et/ou psychiques.)	<ul style="list-style-type: none"> -Les mécanismes lésionnels du patient, ses déficiences, incapacités et possibilités -Les désavantages (effets inhérents) à la situation de handicap (perte de volonté, d'envie) qui pénalise la qualité de vie du patient -Ce que la personne apprécie, ses goûts (si possible) 	<ul style="list-style-type: none"> -Les mécanismes lésionnels du patient, ses déficiences, incapacités et ressources -Les domaines d'activités -L'environnement architectural et humain
Stratégie	<ul style="list-style-type: none"> -Basée sur l'opération artistique, établir le site d'action et solliciter les mécanismes sains de la personne - Stimuler les parties saines de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> -Stimuler directement les mécanismes lésionnels et les mécanismes vicariants de la personne -Répétition des mouvements

Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> -Reconquête de l'estime, la confiance et l'affirmation de soi. -Travailler sur l'expression, la communication, la relation -Autonomie et indépendance 	<ul style="list-style-type: none"> -Adapter/réadapter les déficiences et incapacités de la personne -Autonomie et indépendance
Activité	<ul style="list-style-type: none"> -Solliciter la poussée, le ressenti et la structure corporels -Emergence d'une volonté esthétique -Gratification sensorielle 	<ul style="list-style-type: none"> -Acquérir praxie et gnosie -Coordination, organisation et dextérité des mouvements -Solliciter les facultés cognitives
Site d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanisme défaillant chez le patient ne correspond pas aux mécanismes lésionnels du système moteur mais au mécanisme qui n'est plus sollicité dans l'opération artistique 	<ul style="list-style-type: none"> -Mécanismes lésionnels, les incapacités et les capacités vicariantes
Production	<ul style="list-style-type: none"> -Témoigne des capacités et de la volonté -Témoigne du style, du goût et de l'engagement 	<ul style="list-style-type: none"> -Témoigne des capacités et de l'effort effectué

A partir de cette analyse, nous pouvons dire que l'ergothérapie et l'Art-thérapie sont des disciplines paramédicales possédant des objectifs différents (et parfois similaires). Leur stratégie et leurs moyens thérapeutiques sont singuliers. En effet, l'ergothérapeute stimule directement les mécanismes lésionnels de la personne alors que l'art-thérapeute se centre principalement sur la stimulation des parties saines de la personne. En ergothérapie, la mise en place d'activités significatives du quotidien s'appuie sur la répétition des efforts pour qu'ils deviennent acquis. En Art-thérapie, la mise en place d'une activité artistique permet une gratification sensorielle, une revalorisation de la personne et la mise en place d'expression à visée communicante ou relationnelle. Ces deux disciplines sont complémentaires et peuvent témoigner d'une synergie lorsqu'elles ont des incidences mutuelles dans leurs prises en charge respectives.

Conclusion générale

Le handicap est « *une difficulté universelle à penser ce qui réunit l'homme et à accepter la condition humaine telle qu'elle est, non comme on l'imagine* »⁸⁶

Le handicap moteur est une situation qui provoque des changements dans la vie d'une personne. Les déficiences motrices peuvent être physiques et/ou mentales. Elles engendrent des incapacités qui empêchent la personne, d'être dans la société comme par le passé. Face à la communauté normée qui l'entoure, la personne rencontre des désavantages. Cela peut-être difficile à vivre et à traverser pour certaines personnes. Ces bouleversements peuvent entraîner la perte de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi. Cette dévalorisation de la personne est un obstacle pour elle-même. Elle ne se sent plus capable d'envisager ni de concrétiser des choses. Elle ne s'investit plus dans sa vie actuelle ni dans son avenir. La personne perd la volonté, l'envie et elle souffre de son état. Ces souffrances et la situation de handicap moteur peuvent également troubler les relations sociales de la personne par une agressivité ou un repli sur elle-même.

Des personnes souffrant de leurs déficiences motrices ont bénéficié durant leur hospitalisation de prise en charge en atelier d'Art-thérapie à dominante arts plastiques.

Cette étude nous permet de confirmer notre hypothèse de départ, à savoir que l'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut aider des personnes en situation de handicap moteur à se revaloriser et à retrouver une volonté d'agir en les inscrivant dans un projet artistique et en sollicitant l'intégralité de leur personne. En effet, nous avons pu constater et vérifier que l'Art-thérapie à dominante arts plastiques avait une incidence positive sur la valorisation des personnes. Le processus de l'opération artistique sollicite les mécanismes de l'impression, l'expression et l'intention. Et par la stimulation de ces aptitudes, la personne se reconsidère apte à avoir des envies et à les réaliser.

L'ergothérapie et l'Art-thérapie jouent sur les spécificités qui les caractérisent. Leurs moyens, objectifs et stratégies singuliers sont complémentaires. Cette complémentarité a permis d'aborder les patients sous différentes approches. Les spécialités sont alors interdisciplinaires, c'est-à-dire qu'elles échangent des renseignements mais également qu'elles peuvent avoir des incidences mutuelles dans leur prise en charge respective. En Art-thérapie, la personne n'est pas uniquement jugée à ses incapacités mais avec ses possibilités et son envie singulière. A travers les multiples éclairages sur la situation de handicap moteur, les pouvoirs inhérents à l'Art et à partir des études de cas, nous pouvons constater que l'Art-thérapie a une utilité dans la prise en charge de personne en situation de handicap moteur au sein d'une équipe soignante. L'Art-thérapie permet au personnel médical et paramédical d'appréhender la personne sous une approche différente où son style artistique, son goût esthétique et son engagement se manifestent. Les possibilités et les capacités du patient sont mises en avant et permettent un regard différent mais également une revalorisation à leurs yeux. Citons quelques phrases : « Ah oui, c'est lui qu'il l'a fait ! », « C'est quand même impressionnant », « C'est beau ».

Nous avons également constaté que l'art-thérapeute se situe au carrefour de multiples connaissances au sujet de l'être humain : anatomie, physiologie, psychologie, neurologie, anthropologie, sociologie. L'Art-thérapie est une discipline qui se veut transdisciplinaire. Un être humain est une entité complexe et singulière. Pour tenter de le comprendre, il faut rassembler les savoirs au delà des spécialités. Comme le préfixe « trans » le suggère, il s'agit de dépasser les frontières étroites fixées pour chacune d'entre elles. Le principe essentiel consiste en un refus de diviser l'être humain et ses problèmes en disciplines. La transdisciplinarité permet de construire ses propres contenus et méthodes, à partir des problèmes de l'être humain, en exploitant de nombreuses disciplines.

⁸⁶ GARDOU Charles, *Le handicap au risque des cultures, variations anthropologiques*, Eres, 2010, p23.

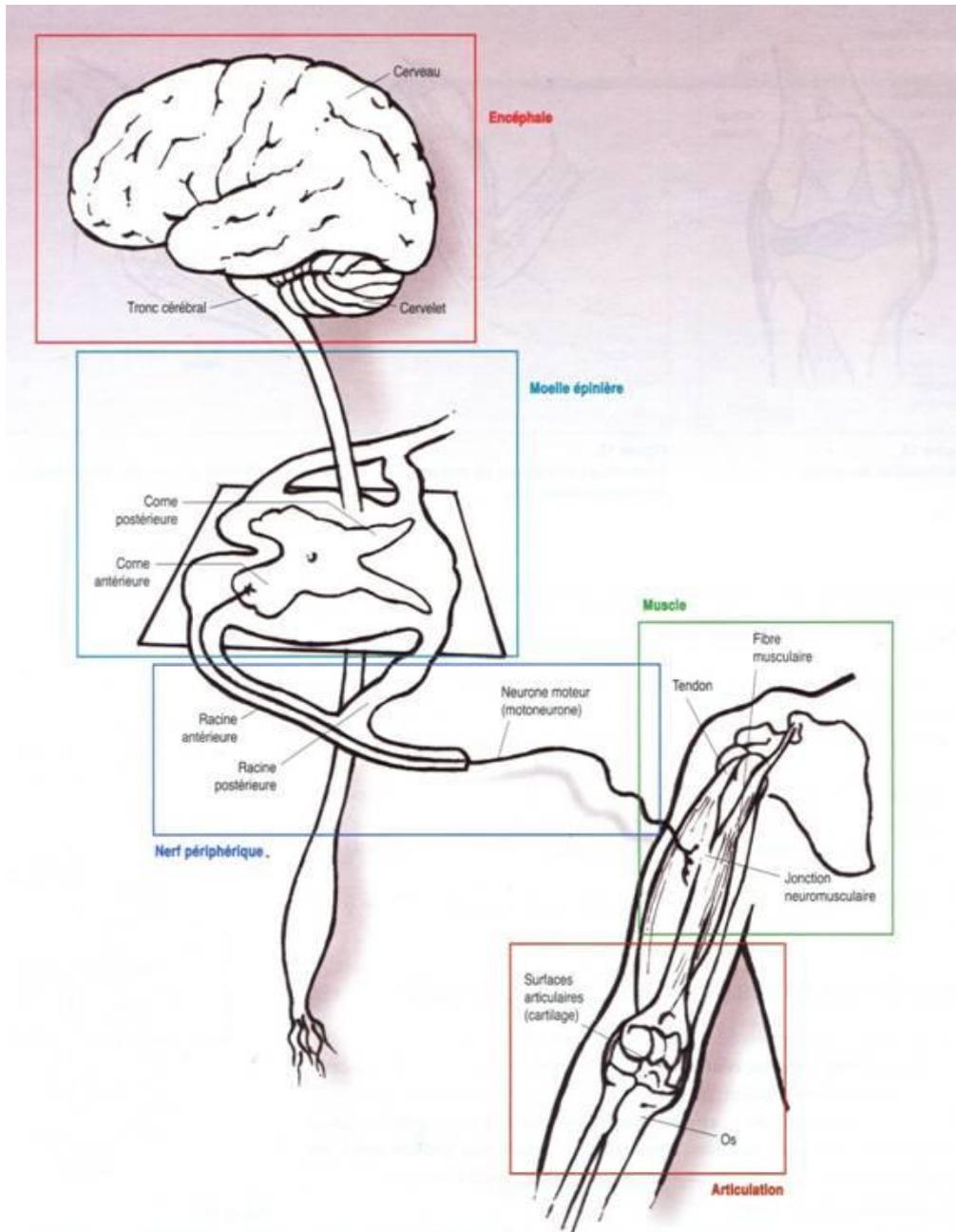
Références bibliographiques

- ALPE Yves, LAMBERT Jean-Renaud, BEITONNE Alain, DOLLO Christine et PARAYRE Sandrine, *Lexique de sociologie*, édition Dalloz, 2005.
- ARISTOTE, *La Poétique*, édition l'Harmattan, 2008.
- Association des paralysés de France, *Déficiences motrices et handicaps*, édition Association des paralysés de France, 1996.
- BARBUSSE B., et GLAYMANN D., *Introduction à la sociologie*, édition Foucher, 2005.
- BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Esthétique*, édition L'Herne, 1988.
- DARMON M., *La socialisation*, édition A.Colin, 2006.
- DEBICKI Jacek, FAVRE Jean-François, GRÜNEWALD Dietrich, PIMENTEL Antonio Felipe, *Histoire de l'Art peinture, sculpture, architecture*, édition Hachette éducation, 1995.
- DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, édition Le Livre de Poche, les classiques de la philosophie, 1990
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, édition Favre, 2004
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, 2007.
- FRANCASTEL Pierre, *Etudes de sociologie de l'art*, édition Denoël, 2002
- GARDOU Charles et des chercheurs des 5 continents, *Le handicap au risque des cultures Variations anthropologiques*, éditions Erès, 2010.
- HUME David, *Traité de la nature humaine*, Livre II : Des passions, Partie I : De l'orgueil et de l'humilité, Section 8 : De la beauté et de la laideur
- MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie « Les techniques du corps » Chapitre I : Notion de technique du corps*, édition Puf, 2004.
- PLATON, *La République*, édition Nathan poche, 2009.
- STEICHEN Robert, *Dialectiques du sujet et de l'individu, clinique de la (dé)construction identitaire*, édition Academia-Bruylant, 2003.
- TYLOR E., *La civilisation primitive*, cité par CUCHE Denys, *La notion de culture dans les sciences sociales*, Edition La Découverte, 2001.
- Revue Ergothérapies, N°21, édition médicale SNPM, mars 2006.
- Sous la direction de PECHOIN Daniel, DEMAY François, *Le petit Larousse illustré*, éditions Larousse, 1995.

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Représentation schématique des structures en jeu dans la motricité volontaire.
- **Annexe 2** : Tableau regroupant les items cotés durant les prises en charge de Monsieur D.

Annexes



Annexe1 : Représentation schématique des structures en jeu dans la motricité volontaire.

Items	Appréciations
Expérimente différents outils	5. curieux et expérimente
	4. expérimente plusieurs outils
	3. utilise quelques outils
	2. hésite à utiliser plusieurs outils
	1. utilise peu d'outils
	0. aucune expérimentation
Prend des initiatives	5. fait + de 12 choix
	4. fait entre 6 et 10 choix
	3. fait entre 2 et 5 choix
	2. hésitant
	1. réticent
	0. sans
Sollicite l'avis de l'art-thérapeute	5. autonome
	4. guidé une fois
	3. guidé peu de fois
	2. guidé plusieurs fois
	1. accompagné
	0. dépendance totale
Position du corps par rapport à l'activité	5. adaptée et dynamique
	4. adaptée
	3. pas totalement adaptée
	2. inadaptée
	1. inconfortable
	0. aucune tenue
Choix des outils appropriés à l'activité	5. connu et perspicace
	4. connu
	3. adapté
	2. inadapté
	1. dangereux
	0. aucun choix
Dextérité de la technique	5. fine
	4. maîtrisée
	3. bonne
	2. normale
	1. maladroite
	0. grossière
Application	5. efforts intenses
	4. efforts soutenus
	3. quelques efforts
	2. effort mitigé
	1. passivité
	0. non perçue
Rythme	5. soutenu
	4. normal
	3. lent
	2. très lent
	1. extrêmement lent
	0. inexistant
Concentration	5. très concentré
	4. concentré
	3. concentration inégale
	2. à peu près concentré
	1. un peu
	0. pas du tout
Satisfaction de sa production	5. fier de son travail
	4. apprécie son travail
	3. son travail presque totalement
	2. apprécie plus ou moins
	1. indifférent
	0. dévalorisation
Plaisir ressenti durant la séance	5. beaucoup de plaisir
	4. plaisir normal
	3. presque que du plaisir
	2. pas de trop
	1. un peu
	0. pas visible
Volonté de réaliser un maximum de sa production	5. veut rester terminer après la séance
	4. veut continuer un peu après la séance
	3. travail tout au long de la séance
	2. travail non constant
	1. fait un peu
	0. passivité

Annexe 2 : Tableau regroupant les items cotés durant les prises en charge de Monsieur D

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

&

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉE**

Résumé: Le handicap est une situation de désavantages, pouvant toucher un moment donné ou toute sa vie, une personne. Cette situation est caractérisée par des incapacités qui entraînent des déficiences et une situation de désavantages confrontée à la société. La vie de la personne se trouve bouleversée. Dans le cas d'un handicap moteur, il faut rééduquer ses fonctions altérées et réadapter son environnement. La personne doit apprendre à vivre autrement, elle se sent différente et n'arrive plus à se projeter dans l'avenir. L'Art peut aider l'être humain. Il est une modalité privilégiée d'expression. Grâce à son pouvoir éducateur, il peut apporter à l'être humain des savoirs, des ressentis, une volonté et des envies. En s'inscrivant dans un projet artistique, la personne en situation de handicap peut retrouver confiance en ses capacités et l'estime de soi. Enfin la possibilité de faire des choix esthétiques lui permet d'affirmer sa personnalité. Cette revalorisation de soi s'appuie sur les pouvoirs inhérents à l'activité artistique. L'art-thérapeute exploite le processus de l'opération artistique pour ajuster des moyens et une stratégie afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques préalablement fixés. L'art-thérapie peut encourager la personne à s'inscrire dans un projet et lui redonner la volonté d'agir.

Nous avons entamé une réflexion sur les spécificités et les complémentarités de prise en charge en ergothérapie et en art-thérapie. Ces deux disciplines paramédicales stimulent différemment la personne afin de lui permettre une meilleure réinsertion sociale et/ou professionnelle.

Mots Clefs: Art-thérapie, arts plastiques, rééducation fonctionnelle, handicap moteur, projet.

Summary: Being temporarily or permanently handicapped entails many difficulties. Deficiencies are the consequences inherent to this situation and this socially damaging. The life of the person who faces it changes drastically. The altered functions have to be rehabilitated and the person's environment has to be readapted. She or he has to learn how to live differently. Art can be a great help. This is a privileged way to express oneself. It can improve people's knowledge and ability to feel, to wish and to desire, thanks to its ability to educate. Getting involved into an artistic project can help a handicapped person to regain one's self-confidence and to improve one's self-esteem. Finally the possibility of making choices in the realm of aesthetics enables to assert one's personality. This reassertion of the self can encourage them to be part of a plan for the future and to help her or him to be active of his life.

We have started to think about the specificities and the complementarities of the work done by occupational therapists and art-therapists. Both enables the handicapped person to be better integrated into society.

Key words: Art-therapy, plastic arts, functional re-education, handicap, project.

Soutenu en 2011

Par: ROVELLI Aurelia