

N°
Note :

**UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Application des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**L'ART-THERAPIE A DOMINANTE
ARTS PLASTIQUES EXPERIMENTEE AUPRES DE
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL OU
DE POLYHANDICAP ACCUEILLIES AU SEIN D'UN
INSTITUT MEDICO EDUCATIF**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Ingrid Andreyitch

Année 2013

Sous la direction de :

Auffray Laëtitia
Praticien Hospitalier Psychiatre

Lieu de stage :

Institut Médico-Educatif
Château de Vaux
14470 Graye sur Mer

**UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Application des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**L'ART-THERAPIE A DOMINANTE
ARTS PLASTIQUES EXPERIMENTEE AUPRES DE
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL OU
DE POLYHANDICAP ACCUEILLIES AU SEIN D'UN
INSTITUT MEDICO EDUCATIF**

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Ingrid Andreyitch

Année 2013

Sous la direction de :

Auffray Laëtitia
Praticien Hospitalier Psychiatre

Lieu de stage :

Institut Médico-Educatif
Château de Vaux
14470 Graye sur Mer

Remerciements

Je tiens à remercier infiniment les deux personnes qui ont participé aux séances d'art-thérapie, pour leur participation, la confiance qu'elles m'ont témoignée, et parce que sans elles, ce travail n'aurait pu aboutir.

A Mélanie Paiola, musicothérapeute et directrice de stage, de m'avoir guidée, conseillée, encouragée, et de m'avoir accordé sa confiance.

A Laëtitia Auffray, praticien hospitalier psychiatre, et directrice de ce mémoire, pour son écoute, ses conseils et sa disponibilité.

A Jacques Alexis, le Directeur de l'IME, pour son accueil.

Aux différentes équipes de l'IME, pour tout ce qu'elles m'ont apporté de professionnalisme, et pour leur accueil.

Aux différents intervenants des deux années de formation, pour leur enseignement et leur témoignage souvent passionnant de leur expérience professionnelle et humaine auprès des personnes qu'ils ont en soin.

A l'équipe de l'AFRATAPEM et du secrétariat pédagogique, en particulier à Muriel Titard, pour son énergie et sa patience.

Un grand merci à Richard Forestier, notamment pour ses qualités de pédagogue, pour la richesse de son enseignement, pour son humour, et surtout son humanité.

Enfin, un grand merci à ma famille et à mes amis, qui m'ont soutenue et encouragée pendant ces deux années d'apprentissage et dans l'élaboration de ce mémoire. Merci à Corinne pour sa grande sagesse, à Sophie et Odile pour la traduction du résumé en anglais.

Remerciements particuliers pour la lecture de ce mémoire, à Xavier pour la forme, et à Yves pour le fond, ses remarques et questionnements m'ont permis d'aller toujours plus loin dans ma réflexion.

PLAN

REMERCIEMENTS.....	1
PLAN.....	2
GLOSSAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	9
PARTIE 1 : LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL OU DE POLYHANDICAP PEUVENT SOUFFRIR D'UN MANQUE D'AUTONOMIE, ET AVOIR UNE QUALITE EXISTENTIELLE ALTEREE.....	11
<u>I. La personne en situation de handicap mental ou de polyhandicap peut être pénalisée dans son épanouissement.....</u>	<u>11</u>
A. La personne en situation de handicap subit une restriction de participation à la vie en société.....	11
1. <i>Le handicap regroupe des difficultés de différentes natures et configurations</i>	<i>11</i>
2. <i>La personne en situation de handicap est d'abord et avant tout une personne.....</i>	<i>12</i>
B. L'autonomie, l'indépendance et le lien social sont vecteurs d'épanouissement.....	13
1. <i>L'autonomie et l'indépendance jouent un rôle dans l'épanouissent mais sont à distinguer.....</i>	<i>13</i>
2. <i>Pour s'épanouir l'être humain a besoin de vivre de nouvelles expériences et d'établir des liens sociaux.....</i>	<i>14</i>
2.1. <i>Découvrir, c'est se donner la possibilité de mieux se connaître....</i>	<i>14</i>
2.2. <i>Echanger avec d'autres êtres humains est nécessaire.....</i>	<i>14</i>
3. <i>Le bien-être social est concerné par la bonne santé.....</i>	<i>14</i>
C. Les personnes en situation de handicap mental ou polyhandicap accueillies au sein d'un Institut Médico-Educatif (IME) peuvent souffrir de troubles de l'expression*, de la communication* et de la relation*.....	15
<u>II. Les arts plastiques, sont une activité volontaire, d'expression singulièrement humaine orientée vers l'esthétique.....</u>	<u>16</u>
A. L'Art a un pouvoir expressif et des effets relationnels.....	16
1. <i>L'Art compte les artistes, l'activité artistique, les œuvres d'Art.</i>	<i>16</i>
2. <i>Parmi les activités humaines, l'Art est un mode privilégié d'expression.....</i>	<i>17</i>
2.1. <i>L'expression artistique implique l'activité mentale, la mobilité corporelle et permet à l'artiste de manifester sa personnalité.....</i>	<i>17</i>
2.2. <i>L'expression artistique peut impliquer la relation et la communication.....</i>	<i>17</i>

B. L'Art s'oriente vers l'esthétique.....	17
C. Les arts plastiques regroupent différentes techniques.....	18
D. En arts plastiques la production est un objet autonome.....	18

III. Hypothèse : L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut aider des personnes en situation de handicap mental et polyhandicap, accueillies au sein d'un IME, à améliorer leur qualité existentielle, et à soutenir leur autonomie.....19

A. L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.....	19
B. L'apprentissage, l'expérimentation et l'expression de choix esthétiques en séances d'art-thérapie peuvent permettre à la personne en situation de handicap de développer sa personnalité et son autonomie.....	20
C. L'engagement de la personne en séance d'art-thérapie par la mobilisation du corps moteur, de l'activité mentale, et de son adaptation sociale, peut contribuer à améliorer son autonomie.....	21
D. Les arts plastiques, par leurs particularités, peuvent aider les personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap de favoriser leur autonomie et de se reconsidérer.....	21
E. L'opération artistique permet à l'art-thérapeute d'établir une stratégie thérapeutique.....	22

PARTIE 2 : PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL OU DE POLYHANDICAP ACCUEILLIES AU SEIN D'UN INSTITUT MEDICO EDUCATIF.....23

I. L'IME de Grave-sur-Mer accueille des personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap.....23

A. Présentation de l'IME.....	23
B. L'ensemble des professionnels de l'IME forme une équipe pluridisciplinaire	23
C. Les objectifs éducatifs et sanitaires de l'IME.....	23

II. S'intégrer dans un IME en tant que stagiaire art-thérapeute peut demander un temps d'observation, d'adaptation et nécessite des temps de rencontre.....23

- A. Un temps d'observation et d'adaptation est nécessaire avant de mettre en place des ateliers d'art-thérapie.....23
- B. Des temps de rencontres avec les professionnels sont nécessaires.....24

III . Mademoiselle S et Mademoiselle J ont participé à des séances individuelles d'art-thérapie à dominante arts plastiques.....24

Mademoiselle S

A. L'anamnèse et l'état de base de S révèlent un polyhandicap, associé à des troubles de l'expression, de la communication, de la relation.....24

B. L'objectif général en art-thérapie est d'aider S à s'épanouir dans une activité artistique25

- 1. *L'objectif intermédiaire fixé est de favoriser son engagement dans l'activité..... 25*
- 2. *Au regard des goûts de S, de ses potentiels, et des particularités des arts plastiques, cette dominante est choisie pour les séances d'art-thérapie.....25*
- 3. *La stratégie thérapeutique mise en place au regard des sites d'actions et cibles thérapeutiques déterminés dans l'opération artistique vise essentiellement deux axes :26*
 - 3.1. *Valoriser sa personnalité en exprimant ses goûts et choix esthétiques*
 - 3.2. *Mettre en valeur ses capacités physiques en recherchant l'esthétique dans sa motricité et sa gestuelle picturale.....26*
- 4. *Une description des séances et des représentations graphiques permettent de rendre compte de l'évolution de S au regard des items observés.....27*
 - 4.1. *La prise en charge de S s'est déroulée sur 15 séances.....27*
 - 4.2. *« la Communication / la Relation », « l'Engagement », « le Plaisir artistique », et « la Fierté » sont les items ou faisceaux d'items observés.....29*

Mademoiselle J

A. L'anamnèse et l'état de base de J révèle une organisation psychotique de la personnalité, associée à une déficience intellectuelle, une difficulté à gérer ses angoisses, des troubles de l'expression, de la communication et de la relation.....30

B. L'objectif général en art-thérapie est d'aider J à gérer son angoisse.....31

- 1. *Au regard de ses goûts et des particularités des arts plastiques, cette dominante est choisie pour les séances d'art-thérapie.....31*
- 2. *La stratégie thérapeutique établit pour J, vise essentiellement à développer ses savoirs faire en lui proposant d'expérimenter différentes techniques.....31*
- 3. *Une description des séances et des représentations graphiques permettent de rendre compte de l'évolution de J au regard des items observés.....32*
 - 3.1. *La prise en charge de J se déroule sur 13 séances.....32*
 - 3.2. *« la gestion d'angoisse », « l'autonomie », « l'envie d'apprendre et d'expérimenter », « Le mode de communication et de relation » sont les items et faisceaux d'items observés pendant les séances.....34*

C. Les bilans des séances d'art-thérapie montrent certains bénéfices.....	36
1. Le bilan des séances d'art-thérapie de S révèle une amélioration de son engagement, un désir d'autonomie, et la manifestation d'une fierté.....	36
2. Le bilan des séances d'art-thérapie de J révèle une évolution positive de ses capacités d'adaptation, de son autonomie et de la gestion de ses émotions....	36
3. L'expérience d'art-thérapie a permis de vérifier et de confirmer l'hypothèse émise dans le III. de la PARTIE I de ce mémoire.....	36

PARTIE 3 : L'EXPERIENCE D'ART-THERAPIE PERMET DE SE QUESTIONNER SUR LES AMELIORATIONS GLOBALES PERÇUES EN SEANCES ET SUR LES BUTS ET LIMITES DE CETTE DISCIPLINE.....37

I. Le soutien de l'autonomie, l'amélioration du mode relationnel et l'épanouissement des personnes participant aux séances d'art-thérapie sont à considérer dans un contexte sanitaire et institutionnel.....37

A. Concernant l'autonomie visée en IME, il s'agit plus d'un soutien que d'une véritable amélioration.....	37
---	----

1. Les repères spatio-temporels utilisés en art-thérapie et par l'ensemble des équipes sont rassurants pour ces personnes, mais dans certains cas ne favorisent pas leurs capacités d'adaptation et d'autonomie.....	37
2. L'amélioration de l'autonomie est relative aux capacités/incapacités des personnes et au contexte de vie en Institution.....	38
3. La confiance et l'espoir permettent les progrès.....	39

B. L'amélioration du mode relationnel des personnes qui ont participé aux séances d'art-thérapie peut être discutée.....	39
--	----

1. Le cadre art-thérapeutique, le mode de communication et le temps semblent favoriser un mode relationnel plus adapté.....	39
2. Les déficiences des personnes semblent limiter leur possibilité d'avoir un mode relationnel plus adapté.....	40
3. L'art-thérapeute privilégie la relation de sympathie avec le patient.....	40

C. L'épanouissement des personnes prises en charge en art-thérapie et la nature de celui-ci peuvent amener des interrogations.....	42
--	----

1. Les arts plastiques peuvent contribuer à l'épanouissement.....	42
2. L'envie de participer aux séances n'est pas nécessairement liée à la pratique des arts plastiques.....	42
3. L'épanouissement a besoin de temps.....	43

II. L'art-thérapie conjugue la subjectivité de l'artiste et l'objectivité du scientifique...43

- A. Le caractère scientifique de l'évaluation en art-thérapie peut parfois être discuté..43
1. *L'évaluation permet de rendre compte de façon objective de l'évolution des personnes.....43*
 2. *La subjectivité de l'art-thérapeute est impliquée dans l'évaluation.....44*
- B. Etre art-thérapeute signifie avoir des pratiques artistiques et des connaissances générales sur les fonctionnements physiologiques et psychologiques des êtres humains.....44
1. *Un art-thérapeute est un artiste.....44*
 2. *La connaissance des particularités de certaines techniques artistiques permet à l'art-thérapeute d'orienter le soin.....45*
 3. *Un art-thérapeute a des connaissances scientifiques.....46*

III. L'« Amour de soi » est un sentiment à considérer en art-thérapie.....47

- A. L'« estime de soi » est une appréciation globale concernant l'affirmation, la confiance et l'amour de soi.....47
- B. L'amour est au carrefour de l'Art et du soin.....48

IV. L'esthétique et l'éthique ont des orientations communes49

- A. Le beau n'est pas qu'une question de sensation.....49
- B. L'esthétique et l'éthique demandent un effort.....49

CONCLUSION.....51

LISTE DES SCHEMAS, ILLUSTRATIONS ET GRAPHIQUES53

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....53

SITES INTERNET CONSULTES :.....54

GLOSSAIRE

Affirmation de soi : manifestation de sa personnalité (définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Angoisse : Sensation de resserrement de la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls. Ces réactions neurovégétatives accompagnent les formes sévères d'anxiété. (Dictionnaire médical Garnier Delamare, 30^{ème} édition)

Anxiété : Sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger. L'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse sont 3 degrés d'un même état. (Dict. Méd. Garnier Delamare 31^{ème} éd. Maloine 2012)

Anxiolytique : médicament apaisant l'anxiété ou l'angoisse. (Dict. Méd. Garnier Delamare 31^{ème} éd. Maloine 2012)

Art : (avec un A majuscule) Activité volontaire d'expression spécifiquement humaine orientée vers l'esthétique (définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Art 1^{er} : activité d'expression globale archaïque, sans maîtrise gestuelle / **Art 2nd** : activité d'expression spécifique et ordonnée relative aux techniques de l'Art universel. C'est l'intention qui permet de passer de l'Art 1^{er} à l'Art 2nd.

art : technique, savoir-faire (définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Communication : transmission d'un message, avec attente d'un retour. Echange entre les protagonistes (définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Confiance en soi : Etre assuré de ses possibilités (déf. Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Déficience : Insuffisance, faiblesse, organique ou mentale (Dictionnaire Médical Garnier Delamare 31^{ème} édition Maloine 2012)

Déficiences intellectuelles : La capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences. (Site Internet de l'OMS : www.euro.who.int)

Déficience motrice : atteinte de la mobilité des membres supérieurs et/ou inférieurs. La marche et/ou la préhension et/ou la coordination peuvent être défailtantes. (Site Internet : www.droitausavoir.asso.fr)

Elan corporel : énergie nécessaire à l'expression, ayant le pouvoir d'entraîner la masse corporelle. (Définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Empathie : Identification aux pensées ou à l'action d'une autre personne, allant jusqu'à ressentir les sentiments de cette dernière. (Dict. Médical Garnier Delamare, 31^{ème} éd. Maloine, 2012)

Estime de soi : opinion favorable, valeur que l'on se porte. (Définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Ethique : science de la morale ; art de diriger la conduite. (Le Petit Robert 2012)

Existence : le fait d'exister, d'avoir une réalité. (Le Petit Robert 2012)

Expression : -1) Elimination par action de compression (Méd. Dictionnaire le Petit Robert)
-2) « Extériorisation des choses intérieures au corps de l'homme ». (Forestier Richard, « Tout savoir sur l'Art occidentale »)

Expression artistique : Action humaine tendue vers l'esthétique (Forestier Richard, « Tout savoir sur l'Art occidentale », p169, édition Favre 2004)

Homéostasie : Etat d'équilibre du milieu intérieur qui résulte de l'interaction constante des nombreux mécanismes de régulation de l'organisme (Tortora et Derrickson, « Manuel d'anatomie et physiologie humaines » Ed. de boeck)

Humanité : Caractère de ce qui est humain. Sentiment de bienveillance envers son prochain. (Le Petit Robert 2012)

Individu : corps organisé vivant d'une existence propre et qui ne saurait être divisé sans être détruit. (Le Petit Robert 2012)

Indépendant : qui est libre, ne dépend ni d'une personne ni d'une chose. (Le Petit Robert 2012)

Intellectuel : qui se rapporte à l'**Intelligence** : faculté de comprendre et de s'adapter (Dictionnaire Méd. Garnier Delamare, éd. 2012)

Mental : Qui a rapport à l'intelligence.(Dictionnaire Méd. Garnier Delamare 31^{ème} éd. Maloine 2012)

Neuroleptique : médicament calmant l'agitation et l'hyperactivité neuromusculaire. (Dict. Méd. Garnier Delamare 31^{ème} éd. Maloine 2012)

Personnalité : aspect sous lequel une personne se considère. Ce qui différencie une personne de toutes les autres. (Le Petit Robert 2012)

Personne : individu qui a une conscience claire de lui-même et qui agit en conséquence (Le Petit Robert 2012)

Psychose : Trouble grave de la personnalité, altérant la perception et la compréhension de la réalité, désorganisant le comportement affectif et social, sans que le sujet ait habituellement conscience du caractère pathologique de ces manifestations.(Dict. médical, Flammarion, 8^{ème} édition)

Relation : Lien spontané fondé sur les ressentis (définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Ressenti corporel : perception sensorielle et auto-régulation motrice. (Définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Structure corporelle : organisation des segments du corps et représentation schématique de celui-ci. (Définition selon le modèle de l'Ecole d'Art-thérapie de Tours)

Sublimier : (psychan.) Transposer (les pulsions) sur un plan supérieur de réalisation de façon consciente ou non. (Le Petit Robert 2012)

Sympathie : fait d'éprouver les mêmes sentiments. (Dictionnaire d'étymologie Bloch & Wartburg)

Quotient Intellectuel, ou QI : rapport entre l'âge correspondant aux aptitudes évaluées chez le sujet et son âge chronologique (Site Internet : college-genetique.igh.cnrs.fr)

INTRODUCTION

Après trois années d'études d'arts graphiques à l'école des Beaux Arts de Caen, et l'obtention d'un Diplôme National d'Art et Techniques, j'ai occupé un poste d'infographiste pendant une dizaine d'années, tout en continuant de pratiquer et d'exposer régulièrement des productions d'arts plastiques (essentiellement le dessin, la peinture, le collage et la photographie). Le métier d'infographiste est intéressant, mais à long terme, j'ai eu le sentiment qu'il manquait quelque chose d'important dans ma vie (professionnelle ? en générale ?) Mes fonctions me permettaient de produire des objets de communication, mais de façon contradictoire, je me trouvais souvent seule avec mes connaissances techniques et artistiques, à « communiquer » avec un ordinateur, et une imprimante. Les échanges professionnels ne concernaient évidemment que des aspects matériels et techniques. J'ai eu le sentiment un peu flou que je souhaitais me sentir véritablement « utile », en ayant un rôle humain auprès d'autres êtres humains.

J'ai donc décidé de réaliser un bilan de compétences ; celui-ci m'a permis de « faire le point » sur mes connaissances, mes savoir-faire et savoir-être. Parmi les métiers qui m'attiraient et qui correspondaient à ma personnalité, c'est celui de l'art-thérapie qui a retenu toute mon attention, d'autant que je n'avais jamais entendu parler de ce métier ; toutefois, je n'ai pas été surprise de l'existence d'une telle discipline, pratiquant les arts plastiques, je ressentais comme une évidence que l'Art puisse avoir sa place dans le soin.

Aujourd'hui, après ces deux années de formation, je comprends que si l'Art peut en effet avoir sa place dans le soin, son mode d'utilisation est différent selon les approches de l'art-thérapie. Celle-ci est considérée selon trois modèles : l'art-thérapie qui exploite les potentiels de l'Art dans un processus de soin. Les thérapies médiatisées, dans lesquelles les professionnels exercent un métier (psychomotricien, psychothérapeute,...) et utilisent l'Art comme support, sans en exploiter les effets thérapeutiques. Enfin, les ateliers d'Art exercés dans un lieu de soin, dans ce cas, un artiste intervient et l'équipe médicale observe, contrôle et en évalue les effets sur le patient.

Dans ces deux dernières approches art-thérapeutiques, l'Art est un support pour les soignants. Dans la première approche, l'Art, visant l'esthétique agit tel un processeur, il est l'élément qui permet d'orienter le patient vers un mieux être. Ce modèle d'art-thérapie permet d'unir l'Art et la thérapie dans une seule et même discipline. M'orienter vers ce métier est donc pour moi le moyen de mettre mes compétences artistiques aux services des personnes pénalisées par la maladie, le handicap, la blessure de vie, ou qui ont des conduites à risques. Outre les compétences artistiques, ce métier nécessite donc d'acquérir des connaissances générales médicales (physiologie, pharmacologie, psychopathologie,...) et des connaissances spécifiques à l'art-thérapie (les fondements, les pouvoirs et effets de l'Art, le phénomène et l'opération artistique, savoir déterminer une stratégie et des objectifs thérapeutiques...).

Ces connaissances ont commencé à prendre forme lors des stages d'observations, effectués en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD) et ont véritablement trouvées un sens lors de la réalisation du stage pratique. Celui-ci s'est déroulé à l'Institut Médico-Educatif (IME) du Château de Vaux, à Graye-sur-Mer, est me permet aujourd'hui de réaliser ce mémoire. N'ayant aucune expérience, j'étais assez curieuse de découvrir la relation d'aide dans un cadre thérapeutique et professionnelle, de ce fait, je n'avais au départ, pas de souhait spécifique quant au public auprès duquel j'envisageais cette expérience. Durant ce stage, j'ai découvert le milieu médico-éducatif, rencontré des professionnels (éducateurs, paramédicaux,...), avec qui les échanges ont pu être constructifs.

J'ai pu participer à des séances de « communication sonores » menées en équipe par la musicothérapeute et la psychomotricienne auprès de trois jeunes ayant des troubles envahissant du développement, ce qui m'a permis d'établir des comparaisons entre ces deux métiers, mais aussi entre les arts plastiques et la musique, principalement du point de vue des effets relationnels. Et enfin, et surtout j'ai pu expérimenter l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de deux jeunes femmes, en situation de handicap mental et polyhandicap.

Ce mémoire aborde donc dans un premier temps, la situation de handicap et ses différentes natures (handicap mental et polyhandicap), sa représentation sociale, et tente d'expliquer, au regard de la santé (incluant le bien-être), comment la situation de handicap, impliquant un manque d'autonomie physique, mentale et sociale, peut générer une souffrance. Ensuite, l'Art est abordé du point de vue des artistes, de l'implication de mécanismes humains dans l'activité artistique, des œuvres d'Art et de l'esthétique. Les arts plastiques, seront abordés comme technique spécifique ayant des particularités. Enfin, compte tenu des situations de handicap, et des vertus de l'Art, nous aborderons de manière hypothétique comment l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut soutenir l'autonomie et améliorer la qualité existentielle des personnes en situation de handicap.

La deuxième partie de ce mémoire concerne essentiellement les études de cas des deux jeunes femmes qui ont participé aux séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques. Seront présentés : la détermination d'objectifs généraux et intermédiaires thérapeutiques, au regard de leurs pénalités, et en accord avec les projets éducatifs et thérapeutiques visées par les équipes. La description du déroulement des séances, le choix des items d'observations et leurs représentations graphiques permettent de connaître leur évolution respective.

Enfin, la troisième et dernière partie de ce mémoire, concerne la discussion, dans laquelle, je tente de poser un regard objectif sur mon intervention, quand aux améliorations perçues, sur le fonctionnement institutionnel, et sur l'évaluation, dans le but d'améliorer la qualité du soin. J'aborde également des sujets tels que la sympathie et l'empathie, l'Amour et l'Ethique, concernés à la fois par l'Art et le soin, dans le but de positionner l'art-thérapie, ses champs d'intervention, et les thématiques concernées par cette discipline.

PARTIE 1 : LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL OU POLYHANDICAP PEUVENT SOUFFRIR D'UN MANQUE D'AUTONOMIE, ET AVOIR UNE QUALITE EXISTENTIELLE ALTEREE.

I. La personne en situation de handicap mental ou de polyhandicap peut être pénalisée dans son épanouissement

A. La personne en situation de handicap subit une restriction de participation à la vie en société.

1. Le handicap regroupe des difficultés de différentes natures et configurations

Un handicap n'est pas une maladie ou une déficience*, mais il en est la conséquence, il est un désavantage qui pénalise la personne* non seulement sur le plan physique et /ou mental*, mais également dans son rôle social. En effet, étant limitée dans ses possibilités mentales et/ou motrices, et l'environnement lui étant souvent inadapté, « *l'insuffisance des facilitateurs nécessaires, qui s'opposent à la pleine participation de tous* »,¹ elle subit une restriction de participation à la vie en société.

La législation française apporte pour la 1^{ère} fois en 2005 sa définition, sans intégrer les facteurs handicapants d'un environnement mal adapté : 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* ». ²

Le handicap englobe « *des difficultés de natures (handicap mental, moteur...), de gravités (handicap sévère, grave...), de configurations (surhandicap, handicaps associés, polyhandicap, pluri- ou multi-handicap...) et de causes très diverses (organiques, psychologiques, socio-économiques, culturelles...)* ». ³

Concernant la nature du handicap, lorsqu'il s'agit d'un handicap mental, il est la « *conséquence de limitations des facultés cognitives et en particulier de l'efficacité intellectuelle**. Il se définit par l'existence d'un quotient intellectuel*(*QI*) inférieur à 70 et de troubles de l'adaptation sociale. »⁴. Les causes du handicap mental sont multiples « *on retiendra en particulier le rôle des affections génétiques, congénitales, périnatales, des traumatismes, infections, intoxications, accidents circulatoires, et des maladies psychiatriques.* »⁵ Dans le cas des maladies psychiatriques, on parle également de handicap psychique, il est alors la conséquence de « *troubles relationnels de l'individu vis-à-vis de lui-même et de son entourage. Il peut être consécutif à certains troubles cognitifs d'origine neurologique mais, le plus souvent, est la conséquence d'une maladie psychiatrique du domaine de la névrose grave ou de la psychose**. Le handicap psychique génère le plus souvent des troubles du comportement et des troubles affectifs, perturbant l'adaptation sociale. Il s'agit d'un état durable ou épisodique avec périodes de rémission, avec ou sans altérations des facultés mentales. Handicap mental et handicap psychique peuvent être isolés

1. Chapiro François, « La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », *Gérontologie et société*, 2001/4 n° 99, <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2001-4-page-37.htm>, page 21.

2 et 3 Gérard Zibri, Dominique Poupée-Fontaine. Dictionnaire du handicap-7^{ème} édition-, presses de l'EHESP, p176, 177
Le handicap est défini par la loi n° 2005-102, du 11 février 2005, Art 114 du code de l'action sociale et des familles.

4, 5 et 6. Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique Et de Réadaptation - www.cofemer.fr

mais ils sont en fait souvent intriqués entre eux. Ils peuvent s'ajouter et s'aggraver. Les conséquences du handicap mental ou psychique concernent de nombreux domaines d'activités et de participations, notamment *les apprentissages et applications des connaissances, la communication, les relations et interactions avec autrui, la vie domestique, la vie sociale, la vie communautaire, la vie civique* »⁶. Dans le cas d'une psychose, ajoutons que l'angoisse*, est un des symptômes fréquents ; « *l'angoisse indicible* »⁷ liée à la peur du morcellement du corps. Il est noté également « *un trouble des associations : le cours de la pensée n'est plus lié, ... il existe des blancs, des silences et, d'autre part, des courts-circuits, des déplacements...* »⁸. Gisela Pankow parle « *d'univers morcelé* » : « *... chaque fragment est souvent ressenti comme étant un monde séparé et ayant perdu toute connexion avec les autres fragments.* »⁹. D'autre part, la personnalité psychotique, « *supporte avec peine les frustrations, ... est peu apte à obtenir des satisfactions gratifiantes, ... est peu mobile et ne sait guère diversifier ses investissements et les déplacer, ... a recours massivement et compulsivement aux mêmes moyens de fonctionnement, et a peur de la nouveauté, ...* »¹⁰.

Parmi les différentes configurations du handicap, le polyhandicap est « *un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice* et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* ».¹¹ Les déficiences motrices peuvent être d'origine cérébrale, médullaire et/ou neuromusculaire, ostéo-articulaire. L'épilepsie, l'élocution, des troubles neuro-perceptifs, neuropsychologiques, et psychoaffectifs, peuvent s'associer à la déficience motrice. Les déplacements, la posture, l'action sur le monde extérieur (préhension, manipulation d'objet, etc.), la communication, l'alimentation (mastication, déglutition, etc.), la perception du monde extérieur (mouvement des yeux, de la tête...), les mouvements réflexes et la motricité automatique (sphincter, muscles de la paroi intestinale) sont autant d'éléments concernés par la déficience motrice.¹²

2. La personne en situation de handicap est d'abord et avant tout une personne

Hier, « Invalide », « Infirmes », puis « Handicapés », aujourd'hui « personne en situation de handicap ». La Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé, (CIF) met l'accent sur l'aspect social du handicap ; elle apparaît en 2001, remplaçant la CIH, Classification Internationale des Handicaps, adoptée en 1976 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette révision tend à montrer que le handicap est reconsidéré, la personne est envisagée dans sa globalité (aspect biologique, psychologique et sociale). Le handicap est vu désormais comme étant un désavantage social, et pas seulement comme un attribut de la personne concernée. « *Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, ... Dans le modèle social, il est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un*

7. Gaetner Rose, « De l'imitation à la création- Les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme », p 189, édition PUF

8. Hanus M., Louis O., « Psychiatrie pour l'étudiant. », 11^{ème} édition Maloine, p64

9. Pankow Gisela « L'homme et sa psychose », p271, édition Aubier-Montaigne 1979

10. Hanus M., Louis O., « Psychiatrie pour l'étudiant. », 11^{ème} édition Maloine, p62

11. « Polyhandicap - Handicap sévère, Activités motrices et sensorielles » Brunet, Blanc et Margot édition Actio 2009- p 7. Le polyhandicap est défini par la Loi de 1989, annexe XXIV ter

12. Toubhan Marie-Pierre, fiche handicap sur www.droitsausavoir.asso.fr, pages 16 à 21

ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social»¹³. Cette progression dans les termes, les classifications et les textes de lois, ne conduit malheureusement pas à des progressions pragmatiques suffisantes, quand à la possibilité pour ces personnes de participer à la vie en société. Il est important de s'interroger sur les attitudes de chacun. Comment est perçue la personne en situation de handicap ? Qu'elle est son altérité ? La gêne ou l'ignorance sont souvent ressenties, par peur de ne savoir quelle attitude adopter. Les incapacités, et l'« anormalité » sont rapidement perçues, et instaurent dès lors dans l'esprit des personnes « normales » des préjugés, et tout ce qui peut exister de négatif, voire de péjoratif. Le handicap est bien souvent ce qui est attribué à une personne, et cet attribut passe au premier plan, avant le fait que cet individu est d'abord et avant tout une personne, c'est-à-dire un individu de l'espèce humaine, avec tout ce qui le caractérise en tant qu'être humain, mais aussi avec sa personnalité, son histoire, ses envies, ses potentiels et sa place dans la société.*

B. L'autonomie, l'indépendance et le lien social sont vecteurs d'épanouissement

1. L'autonomie et l'indépendance jouent un rôle dans l'épanouissement mais sont à distinguer

Ces deux termes, souvent confondus ne concernent pas exactement les mêmes aspects de l'individu. Selon l'origine du mot « autonome » (*auto* : soi même, et *nomos* : les lois), une personne autonome se régit selon ses propres lois, entre d'autres termes, elle a la faculté de choisir, et de décider seule, personne n'intervient dans ses choix de vie. Une personne qui n'est pas autonome (hétéronome) peut être aidée, mais ce qui se produit, ce qu'elle reçoit, n'est pas toujours conforme à ses attentes, donc les possibilités de s'épanouir sont réduites. Une personne indépendante n'a ni besoin d'aide technique extérieure (cane, fauteuil, médicaments,...) ni de l'aide partielle ou totale d'une autre personne (auxiliaire de vie). La personne dépendante est limitée dans ses activités puisqu'il lui est difficile d'agir, de se mouvoir sans une aide extérieure. « *Dépendre de, veut dire « se rattacher à » et exprime l'idée de ne pas pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose, mais aussi la notion de lien social d'appartenance et de solidarité.* »¹⁴ Cette deuxième partie définition, met l'accent sur le fait qu'une personne indépendante*, ne l'est jamais complètement, puisque même si elle ne dépend de personne pour agir dans son quotidien, elle reste dépendante des autres vis-à-vis de son lien social. La dépendance physique perçue chez une personne handicapée, peut souvent présupposer des possibilités mentales limitées, parce que chacun de nous a tendance à imposer ses limites à autrui, et encore davantage lorsqu'il s'agit d'une personne handicapée. « *... très souvent on a vu mis sur le même plan la dépendance et la perte d'autonomie, comme si la difficulté voire l'impossibilité à faire tout seul les actes essentiels de la vie quotidienne privait du droit et de la capacité à choisir son mode de vie.* »¹⁵ Ainsi, l'autonomie concerne les facultés mentales de la personne alors que l'indépendance concerne ses capacités physiques et matérielles. Le terme « autonomie » est largement employé, y compris pour les capacités physiques, on parle « d'autonomie physique ».

Le fait d'être autonome et indépendant peut procurer un sentiment de liberté, et favoriser l'épanouissement parce que la personne choisit pour elle, elle sait et sent ce dont elle

13 .CIF-EA Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé- Organisation Mondiale de la Santé 2012 ISBN (OMS) 978-92-4-254732-0) - p19 .20

14 et 15. « Une société pour tous les âges » Fiche pédagogique 5ème risque
<http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/autonomie.pdf>

a besoin, ce qui répond à sa nature, elle peut agir et se déplacer librement, elle est ainsi plus à même de se développer dans tous ses potentiels. Toute personne aspire au bonheur, et il est plus aisé de l'atteindre lorsqu'on jouit d'autonomie et d'indépendance, que lorsqu'on est limité dans ses possibilités d'intention et d'action.

2. Pour s'épanouir l'être humain a besoin de vivre de nouvelles expériences et d'établir des liens sociaux

2.1. Découvrir, c'est se donner la possibilité de mieux se connaître

Découvrir le monde, son environnement, participer à diverses activités (sportives, culturelles, artistiques,...), les tester, donne des possibilités de savoir si elles plaisent. Avant d'essayer, on ne peut savoir ce qui convient à soi, ce qui répond à des besoins personnels parfois insoupçonnés. Il ne peut pas y avoir d'épanouissement sans découverte. Dans le cas où une activité plaît, elle procure un plaisir, une satisfaction et donne envie de recommencer. Sa nature répond aux attentes, aux besoins du corps et de l'esprit de la personne qui l'expérimente. Ainsi, c'est par l'expérimentation que la personne apprend à se connaître, à savoir qui elle est, et ce qui contribue à son épanouissement.

2.2. Echanger avec d'autres êtres humains est nécessaire

On ne peut concevoir un être humain épanoui, heureux s'il vit sans ne jamais échanger avec d'autres personnes. L'échange fait parti des potentiels et des besoins humains ; et par la relation et la communication, il permet à chacun d'exprimer sa personnalité. « *Nous avons besoin de communiquer, de trouver un interlocuteur, de dire nos sentiments, de partager nos interrogations, de se savoir entendu et compris* ». ¹⁶ Les relations humaines sont parfois complexes, parce que chacun, avec sa subjectivité, veut défendre ses intérêts, ses points de vues, et cela est bien naturel, mais l'être humain a besoin de ces relations, aussi complexes soient elles, pour s'identifier, se distinguer, s'affirmer, savoir qui il est, et aussi parce que par nature, l'être humain est un être social.

3. Le bien-être social est concerné par la bonne santé

L'OMS définit la santé, sous entendu la « bonne » santé, comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » ¹⁷ Le bien être vient compléter l'état sanitaire. Ainsi, la santé ne concerne pas seulement l'aspect « médical » de l'individu, elle concerne également son bien-être, c'est-à-dire la qualité de son existence*. Or, une bonne qualité existentielle dépend de l'épanouissement, savoir ce dont on a besoin, et pouvoir le réaliser, envisager des projets et les accomplir, en étant sujet, acteur de sa vie. Le corps est en attente de choses à capter et sélectionne ce qui lui plaît, il sait ce dont il a besoin pour se développer, et si la saveur de ce qu'il reçoit s'accorde avec son savoir, alors le bon rapport saveur /savoir procure un bien-être, une bonne qualité existentielle. Le bien-être est une « *sensation agréable procurée par la satisfaction de besoins physiques, l'absence de tensions psychologiques.* » ¹⁸ Notons que cette

16. Brunet, Blanc et Margot, « Polyhandicap - Handicap sévère, Activités motrices et sensorielles » édition Actio 2009- p27.

17. Site Internet de l'OMS : www.euro.who.int

18. Dictionnaire Le Petit Robert, édition 2012

définition ne fait pas figurer la satisfaction sociale. Ainsi l'OMS considère que l'élément social a autant d'importance que l'élément physique et mental pour répondre à une bonne santé. En effet, pour que la communication, la relation, et les interactions sociales entre les êtres humains soient effectives et agréables, il est nécessaire que chaque personne réciproquement, puisse s'affirmer, être considérée, acceptée et respectée.

C. Les personnes en situation de handicap mental ou polyhandicap accueillies au sein d'un Institut Médico-Educatif (IME) peuvent souffrir de troubles de l'expression*, de la communication* et de la relation*

Rappelons que le polyhandicap associe déficience motrice et déficience mentale, et que le handicap mental associe déficience intellectuelle et trouble de l'adaptation sociale. Pour la personne, concernée par ces situations de handicap, dont la motricité est maladroite ou partielle, dont la verbalisation est restreinte ou inexistante, les possibilités expressives peuvent se limiter à des cris, quelques gestes, et des mimiques du visage, dans le but de communiquer. L'importance des déficiences est telle, que la possibilité d'exprimer des éléments plus profonds, plus personnels est très réduite. D'autre part, il ne peut y avoir d'expressions sans impressions, celles-ci étant « *l'intériorisation des choses du monde extérieur* ». ¹⁹ Selon la définition du polyhandicap, les déficiences entraînent « *une restriction des possibilités de perception, d'expression et de relation* ». Les impressions reçues par ces personnes peuvent n'être que partielles. La perception du monde extérieur (par le mouvement des yeux, de la tête...) pouvant être réduite, les impressions et par conséquent, les expressions le sont aussi. Lorsqu'une déficience mentale d'origine psychiatrique altère la perception de la réalité, la personne ne distingue pas, ou difficilement ce qui est intérieur ou extérieur à elle, ainsi ses impressions (invisibles) sont altérées elles aussi, et peuvent entraîner une expression (visible) inattendue, pouvant se traduire par un comportement inadapté.

Il ne peut y avoir de communication sans expression. La communication implique un échange, verbalisé ou non. Nombreuses sont les personnes, accueillies en IME, qui n'ont pas accès au langage verbal. Cependant, une communication peut s'établir quand la personne, par les expressions de son visage, par certains gestes signifiants, et grâce à l'utilisation de pictogrammes, souhaite échanger. Dans certains cas, la communication verbale est possible mais il peut y avoir des troubles d'élocution.

Puisque le handicap mental se définit également par des troubles de l'adaptation sociale, la communication, les relations et interactions avec autrui, sont concernées. Les personnes accueillies en IME ont peu d'occasions de rencontrer d'autres personnes que celles qui travaillent dans la structure, et les autres résidents, et leurs sorties restent très limitées. Ce manque de lien social réduit les capacités d'adaptation sociale. Certaines personnes extrêmement dépendantes, se tournent parfois de façon excessive vers les professionnels (éducateurs, aides-soignants,...), cherchant à tout prix la relation. Ce mode relationnel est inadapté dans la mesure où il peut être envahissant, mais surtout parce qu'il témoigne d'une souffrance existentielle. Ce comportement relationnel est une conséquence de la situation de handicap. Dans le cas d'une déficience mentale d'origine psychiatrique, le trouble de la relation, inhérent à la maladie, n'est pas une conséquence du handicap, mais une cause. C'est

19. Forestier Richard. « Tout savoir sur l'Art occidental », édition Favre 2004 ISBN : 2-8289-0762-7, page 165

le trouble de la relation de la personne, qui cette fois, la désavantage dans ses possibilités d'établir des liens sociaux. Par exemple, le trouble psychotique se caractérise notamment par un trouble de la relation. *« La psychose est une organisation particulière de la personnalité, une structure psychique dont l'élément essentiel est un trouble de l'identité, c'est-à-dire une perturbation dans la prise de conscience de soi d'où il en découle un flou plus ou moins important dans la saisie des limites entre soi et non-soi, sa propre réalité et celle de l'extérieur, un manque dans le sens de la réalité »*.²⁰ Ainsi, saisissant mal ou pas du tout les limites de son corps, elle rencontre des difficultés à entrer en relation, c'est-à-dire à être « avec » la personne, puisqu'elle se « confond » avec elle. *« Une difficulté importante dans les contacts sociaux : derrière certains traits réactionnels de sociabilité, il est habituel que le psychotique évite le contact et surtout avec les personnes nouvelles »*.²¹ La rencontre est possible, mais entrer véritablement en relation est difficile. Henri Maldiney, philosophe qui s'est intéressé à l'Art et au trouble mental, parle de « *rencontre authentique* », il nous rappelle que « *l'incapacité de rencontrer est au fondement de la psychose* ». ²² La relation est le trouble majeur de la personnalité psychotique.

Ainsi, on comprendra que la personne en situation de handicap mental ou polyhandicap puisse rencontrer des difficultés à s'épanouir, étant non seulement limitée dans ses possibilités de réflexion, d'action, de déplacement, mais également rencontre des difficultés à s'exprimer, à communiquer et à établir un lien social adapté. Toutes ces déficiences occasionnent des souffrances, liées à la restriction dans les activités, au sentiment d'être isolé du monde social, d'être dépendant (d'un fauteuil, d'un traitement médicamenteux, de ses états émotionnels...), de ne pas être une personne « normale », qui jouirait d'une autonomie à tout point de vue.

II. Les arts plastiques sont une activité volontaire, d'expression singulièrement humaine orientée vers l'esthétique

A. L'Art* a un pouvoir expressif et des effets relationnels

1. L'Art compte les artistes, l'activité artistique, et les œuvres d'Art

L'Art est un domaine qui renvoie aux œuvres d'Art, il est connu par ses œuvres. Celles-ci sont produites par des artistes, en l'occurrence des êtres humains. Or les êtres humains n'ont pas tous le même rapport avec l'Art. Certains « *aiment contempler les œuvres d'Art, d'autres aiment les produire, alors que certains sont indifférents, voire gênés par l'Art* »²³ L'artiste est celui qui aime les produire, qui pratique donc de façon régulière une activité artistique, en faisant appel à ses savoirs faire et à ses ressentis. « *L'artiste serait celui qui ressent* »²⁴. Par son expression, il donne à ses productions une nature particulière ; Bergson ajoute que la fonction des artistes est « *de voir et de nous faire voir ce que nous n'apercevons pas naturellement* »²⁵ ; c'est ainsi que certaines œuvres peuvent nous « toucher », elles nous « parlent », parce que l'expression de l'artiste est à la fois personnelle et universelle.

20 /21. Hanus M. et Louis O., « Psychiatrie pour l'étudiant », 11^{ème} édition Maloine, pages 61 et 64

22. Balestrière Lina « Au plus près de l'expérience psychotique », cite « *Rencontre et psychose* » de Henry Maldiney, p 46

23. Forestier Richard, « Regard sur l'art », édition See you soon, ISBN : 2-9525543-0-7, page 2

24 .Gaetner Rose, « De l'imitation à la création », édition PUF, page 135

25. Bergson Henri, « La pensée et le mouvant », édition Puf, 2009, page 14

2. Parmi les activités humaines, l'Art est un mode privilégié d'expression

2.1. L'expression artistique implique l'activité mentale, la mobilité corporelle et permet à l'artiste de manifester sa personnalité

L'être humain, de par ses nombreuses activités, à différentes façons de s'exprimer. En effet, si tout Art est expression, toute expression n'est pas Art. Faire du sport, cuisiner sont aussi des moyens d'expression. Les impressions reçues préalablement (captation de son environnement) peuvent entraîner une action, en Art, il s'agit de l'expression artistique*. L'Art a en effet le pouvoir d'entraîner : d'une impression (contemplation d'une œuvre), il peut donner envie de passer à l'expression (action de peindre, de danser,...). Le pouvoir d'entraînement de l'Art est un phénomène abordé dans l'antiquité par Platon, dans « *Phèdre* ». Au cours d'une activité artistique, de nombreux mécanismes humains sont sollicités : les connaissances, la mémoire, l'observation, la créativité, l'imagination, pour ce qui concerne l'activité mentale. La mobilité, principalement avec les déplacements dans les arts corporels, mais aussi la dextérité, avec la posture pour tenir un instrument de musique ou un pinceau. Quelque soit la technique mise en œuvre, la motricité est impliquée. Outre l'implication mentale et corporelle, l'expression artistique* renvoie également à la personnalité de l'artiste, à ce qu'il y a de plus profond en lui, ses émotions, ses ressentis, sa sensibilité, son histoire, sa culture, tout ce qui peut lui être agréable ou le bouleverser, le toucher, le questionner sur lui, et sur le monde. L'expression permet ainsi de manifester sa personnalité, mais elle demande également d'avoir des sentiments et des ressentis positifs sur soi, quand à ses facultés à s'affirmer, à se faire confiance, à s'estimer, mais aussi quant à ses capacités à ressentir son corps, d'avoir conscience qu'il s'agit d'un tout structuré qui s'équilibre, et avoir de la volonté qui donne l'élan au corps lui permettant d'entrer en action.

2.2. L'expression artistique* implique la relation et la communication

Si l'artiste produit, ce n'est pas seulement pour gratifier ses sens, c'est par ce qu'il a des choses à dire, à faire voir, à extérioriser, comme si ces choses ne pouvaient être contenues, comme si son expression était une nécessité, au même titre qu'un besoin physiologique à satisfaire (boire, manger, éliminer,...). Ainsi, puisque son expression artistique, par définition « sort de lui », elle se doit d'être « partagée », présentée à la communauté des hommes, dans le but de valider la qualité de son travail, par souci de reconnaissance. Ce traitement mondain permet à l'artiste d'avoir des avis extérieurs, des regards autres et objectifs sur ses productions ; il oriente ainsi ses productions vers le monde, et sans cette communication, il ne saurait s'épanouir et évoluer dans son activité. Puisqu'elle est une modalité d'expression, l'activité artistique se tourne vers l'extérieur, en cela, l'expression implique relation et communication.

B. L'Art s'oriente vers l'esthétique

L'Art ne peut être évoqué sans aborder l'esthétique. Ce mot inventé par Baumgarten au XVIII^{ème} siècle, vient du grec *aisthêtikos*, terme relatif à la sensibilité, et il désigne en même temps la science à laquelle il se réfère, la science du Beau, partie de la philosophie qui tente de le définir. Cette nouvelle approche du Beau, met en avant la subjectivité, la « connaissance sensible » des personnes. « *La fin de l'esthétique est la perception de la connaissance sensible comme telle, c'est-à-dire la beauté* »²⁶.

26. Baumgarten A.G. « Esthétique », Edition L'Hermès, Paris, 1988, ISBN : 2-85197-606-0, page 127, §14,

L'esthétique, en tant que science, viendrait compléter « la poétique », théorie normative de l'Antiquité, celle-ci réduisant l'Art à un savoir faire, enseignant par des règles comment obtenir la beauté, sans tenir compte de la subjectivité de l'artiste. Certes, les savoirs faire sont indispensables pour obtenir la qualité, mais l'Art ne saurait exister sans la sensibilité de l'artiste. Le Beau n'est plus seulement lié au respect des règles universelles, il inclut dans sa signification le ressenti de l'être humain. Le beau peut définir une chose, mais il n'est pas la chose, en cela, il est recherché, comme un idéal vers lequel l'artiste s'oriente.

C. Les arts plastiques regroupent différentes techniques

Dans le groupe de mots « arts plastiques » Le terme « plastique », peut questionner. Il est issu du mot grec *plastikos* « relatif au modelage ». Les arts plastiques sont donc relatifs à l'art de modeler, de donner une forme. Ils concernent d'abord le modelage, la sculpture, la céramique, l'architecture, donc les réalisations en volume, puis, à partir du XIXe siècle, ils font référence à tout art qui a une action sur la matière, en y intégrant les réalisations à plat, telle que la peinture, le dessin, la gravure. Même s'ils sont souvent décoratifs et esthétiques, les arts appliqués ou l'artisanat d'art, permettent de produire des objets de la vie courante, qui ont donc une utilité, mais la nature de l'activité n'est pas la même qu'en arts plastiques. Une peinture n'a aucun but utilitaire. Les arts plastiques (et les autres activités artistiques), n'ont pas d'autre but que l'esthétique, leur but « *n'est que la recherche esthétique dans l'activité humaine sans autre but que l'expression de cette recherche.* »²⁷

Quelque soit la pratique artistique concernée, elles demandent toutes l'apprentissage d'une technique. En arts plastiques, des instruments sont utilisés (pinceau, couteau,...) différentes techniques telle que la peinture (acrylique, gouache,...), le dessin (au crayon, au fusain,...), le collage, la photographie, le modelage, la sculpture et différents supports (papier, toiles,...). L'utilisation de tous ces éléments dans l'activité demande de savoir les utiliser, afin d'obtenir ce qui est attendu par l'artiste, même s'il peut souvent se réjouir de l'inattendu ; la maîtrise d'un savoir faire est un gage de qualité, et contribue à emmener l'artiste vers son idéal de beauté.

D. En art plastique la production est un objet autonome

Chaque activité artistique a ses caractéristiques propres. Outre le fait d'être salissant, et de solliciter davantage les capteurs visuels, une des particularités des arts plastiques est qu'ils laissent une trace. A ce propos, Kandinsky présente l'œuvre comme étant « *détachée* » de l'artiste, « *elle prend une vie autonome, devient une personnalité, un sujet indépendant, animé d'un souffle spirituel, qui mène également une vie matérielle réelle - un être* »²⁸. L'œuvre produite est donc autonome, même si son existence est entièrement dépendante de son auteur, (sans lui elle n'existerait pas), et par sa nature, elle nous renvoie au style de l'artiste, elle a une réalité, et continue d'exister dans le monde sensible en l'absence de son réalisateur. Elle est matière, elle rayonne, c'est-à-dire, qu'elle s'impose dans le temps et l'espace (elle peut être regardée plus tard, elle est visible et palpable). Le plasticien peut ainsi matérialiser son expression artistique (dans le cas de la peinture, considérons qu'une toile, qui est matière, n'est pas une œuvre tant qu'elle reste vierge). Ainsi autonome, l'espace entre l'œuvre et son auteur amène à les distinguer ; cette distinction est indissociable du lien qu'elle sous-tend, elle induit inévitablement une relation, un va et vient (invisible, immatériel) entre

27. Forestier Richard, « Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique », édition see you soon, page 30

28. Kandinsky Vassily, « Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier », Editions Denoël, 1989, page 197

l'œuvre et son auteur. Cette distinction implique un détachement, une distance, et celle-ci permet d'avoir directement un avis critique sur son travail. Ajoutons que la réalisation et la production sont distinctes ; dans les arts musicaux ou corporels (danse, théâtre), la réalisation et la production se confondent. L'œuvre est entièrement dépendante de l'artiste. Elle existe lorsqu'il est entrain de se produire, mais dès qu'il arrête de jouer, la production est terminée, elle n'est plus audible, ni visible ni palpable, (les instruments et les artistes le sont, mais ne sont pas l'œuvre jouée). Ainsi la production n'est plus ; elle peut cependant exister sous forme de souvenir ou d'enregistrements (mais ces derniers ne sont pas l'œuvre « vivante » jouée en direct par les artistes).

III. Hypothèse : L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut aider des personnes en situation de handicap mental et polyhandicap, accueillies au sein d'un IME, à améliorer leur qualité existentielle, et à soutenir leur autonomie

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

Si pour rester en vie, l'être humain doit satisfaire des besoins physiologiques, on peut comprendre qu'il puisse également avoir besoin de satisfaire des « besoins spirituels », dont l'Art ferait parti et qui contribuent à améliorer la qualité de son existence. La personne qui pratique une activité artistique ne le fait pas par obligation mais par goût. Visant l'esthétique, elle pratique dans le but de recevoir des gratifications sensorielles et améliorent ainsi sa qualité existentielle. L'Art entraîne la personne dans ce qu'on appellera, le phénomène artistique : une *intention* (tendu vers l'esthétique), l'entraîne dans l'*action*, pour réaliser une *production* artistique, présentée à d'autres personnes. Le pouvoir d'entraînement, et les effets relationnels qu'il induit, sont autant de potentiels à exploiter en art-thérapie. L'Art n'est pas thérapeutique en soi, mais il agit tel un processeur, et exploité dans un cadre protocolaire avec des objectifs thérapeutiques, il permet d'orienter le patient vers un mieux-être. Le patient a des mécanismes défaillants, mais il a également des parties saines ; aussi infimes soient elles parfois, la moindre expression (verbale, corporelle,...), peut être exploitée.

Aidant le patient à s'orienter vers son idéal de beauté, l'activité peut lui procurer des gratifications sensorielles, peut lui donner envie de recommencer et ainsi peut améliorer progressivement ses comportements (intérêt, engagement, relationnel,...). Etant une activité d'expression, l'Art est à même de répondre aux besoins existentiels de certaines personnes en situations de handicap sévère ; en effet, si la personne n'a pas accès au langage verbal, à la marche, ou ne peut découvrir un nouvel environnement à cause de l'angoisse qui l'envahie, l'Art peut être un moyen d'exprimer sa personnalité, ses goûts, ses envies, de s'apaiser, et puisqu'il n'a pas pour but de s'enfermer sur lui-même - il est un mode d'expression - donc s'oriente vers l'extérieur, il implique ainsi une communication, et une relation au monde. L'art-thérapie s'adresse en effet aux personnes ayant des troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Elle permet d'améliorer les capacités expressives, les comportements, et une évolution positive des sentiments et ressentis que la personne a d'elle-même, en intervenant sur l'affirmation de soi*/le ressenti corporel*, la confiance en soi*/la structure corporelle*, l'estime de soi*/l'élan corporel*, ces éléments sont reliés entre eux, et liés respectivement à d'autres éléments impliqués en Art, à savoir, le Beau/le goût (« ça me plaît »), le Bien/le style (« c'est bien fait ») et le Bon/l'engagement (« ça me fait du bien »).

B. L'apprentissage, l'expérimentation et l'expression de choix esthétiques en séances d'art-thérapie peuvent permettre à la personne en situation de handicap de développer sa personnalité et son autonomie

L'Art est pour la personne en situation de handicap un moyen privilégié de se valoriser, en identifiant et exprimant ses goûts, et en effectuant des choix esthétiques. Elle peut également se valoriser en améliorant la confiance en ses potentiels par l'apprentissage et l'expérimentation. « *Les apprentissages : un des plus sûr moyen d'y parvenir est tout d'abord d'apprendre...à manipuler correctement le matériel et les outils... nommer les outils et s'attarder sur leur usage* »²⁹. Connaître le matériel, le nommer, fait parti des connaissances de l'activité d'arts plastiques, et apprendre à le manipuler fait parti des apprentissages et de l'expérimentation. La découverte de différentes techniques, ou de nouveaux thèmes artistiques peut aussi donner envie à la personne d'essayer les outils de les expérimenter.

L'apprentissage est lié à l'imitation qui elle-même est liée aux émotions. En art-thérapie, il semble primordial d'aborder le sujet des émotions, et en particulier celui des émotions esthétiques. Définissons, dans un premier temps, ce qu'est une émotion. Elle est une réaction psychophysiologique soudaine et irréfléchie, parfois difficile à maîtriser. Elle a « *une fonction adaptative* »³⁰, c'est-à-dire qu'elle permet aux êtres humains de s'adapter aux événements extérieurs qui se produisent. « *Le mot « émotion » vient du latin « movere » (se mouvoir), les émotions sont donc décrites en termes de « mouvement* ».³¹ Il se produit un mouvement de l'extérieur (environnement), vers l'intérieur (perception de l'environnement par la personne), puis une réaction vers l'extérieur (pilo-érection, rire, larmes,...). « *Une émotion correspond à un ensemble de composantes : une réaction physiologique, un aspect expressif, comportemental, subjectif et cognitif* »³². Selon Ekman, les émotions primaires sont la Colère, la peur, la tristesse, la joie, le dégoût, et la surprise. Elles ont un impact sur la perception et l'évaluation des événements, l'apprentissage et la mémoire, l'attention, et sur les prises de décision. Ainsi, on comprendra qu'en Art, une émotion esthétique, déclenchée par l'appréciation d'une œuvre artistique, peut avoir un impact sur le comportement des personnes. Aristote parle de *catharsis*³³, comme étant une réaction émotionnelle, une purification, suscitée chez les spectateurs, face aux personnages de tragédie imitant la réalité dans leurs actions. C'est cette imitation de la réalité qui permet au spectateur de s'identifier aux personnages dans ses actions, et qui suscite des émotions. La catharsis est un phénomène décrit à travers la tragédie, mais existe évidemment dans d'autres contextes artistiques (musique, peinture,...). La beauté (esthétique et éthique) de ce qui est perçu, s'installe dans l'esprit du récepteur (spectateur), qui profite de cette émotion agréable, et par l'équilibre nécessaire, par homéostasie*, prend la place des souffrances. Ainsi ces émotions esthétiques l'aident à se « purifier », à se libérer de ses maux. Concernant l'imitation, qui est à l'origine de cette purgation, nous ajouterons qu'« *imiter est en effet, dès leur enfance, une tendance naturelle aux hommes* », « *C'est par l'imitation qu'il fait son apprentissage* »³⁴. L'imitation, qui est donc un phénomène naturel, peut être exploitée en arts plastiques ; elle consiste à réaliser une production à partir d'un modèle, et en cela, elle est un repère rassurant qui peut aider la personne à se faire confiance pour entrer dans l'activité, partant d'un modèle (mimesis), elle ne s'angoisse pas devant le vide (sans modèle). Cette imitation permet progressivement de valoriser la personnalité du sujet, car une imitation n'est jamais exactement identique, la personnalité de l'individu, même troublée, apporte nécessairement des éléments nouveaux et très personnels, ce qui est recherché en art-thérapie.

29. Gaetner Rose, « De l'imitation à la création- Les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme », p187, édition PUF

30.31.32. Belzung Catherine, « Biologie des émotions », pages14, 18, 65, et pages 99 à 108, Ed. De Boeck Université, 2007 - 33 .34. Aristote « la poétique », p 110, chapitre IV p105, et p28 de l'introduction - Edition de Belles Lettres, 1990

« Les travaux de J. Hochmann et P. Ferrari sur l'imitation et l'identification, ... confirment le bien fondé de l'imitation immédiate, ... dans une perspective thérapeutique, s'adressant aux psychotiques en général, le but ultime étant bien ici de donner ou de redonner aux patients leur place en tant que sujet »³⁵. L'imitation peut donc être exploitée en art-thérapie, dans le but d'apprendre, et progressivement, se détacher de l'imitation (mimesis) pour s'orienter vers l'invention (heuristique), lorsque c'est possible, afin que le sujet développe sa personnalité.

Ainsi, l'apprentissage, l'expérimentation, l'affirmation de ses goûts, les émotions et plaisirs vécus, favorisent les capacités expressives de la personne prise en charge en art-thérapie, l'aide à mieux se connaître en tant que personne qui a des aspirations, des potentiels, et favorise ainsi son épanouissement et son autonomie.

C. L'engagement de la personne en séance d'art-thérapie par la mobilisation du corps moteur, de l'activité mentale, et de son adaptation sociale, peut contribuer à améliorer son autonomie

L'expérimentation est la découverte de nouvelles choses, et nécessite l'intérêt de la personne pour l'activité artistique. Cet intérêt a une incidence sur son engagement et mobilise ainsi son corps moteur (peindre nécessite d'être bien installé, de bien tenir le matériel, (dextérité fine), de mobiliser essentiellement tout le haut du corps, et en particulier lorsqu'elle est assise, la tête, le cou, les épaules, les bras, les mains et les doigts), son activité mentale (observer, comparer, choisir, réfléchir, imaginer, mémoriser, ...) et ses capacités d'adaptation sociale (mode de communication et de relation). Elle engage toute sa personne dans la pratique de cette activité. Si elle est intéressée elle s'engage, si elle s'engage, elle mobilise tout son corps. Comprendons l'importance, de mobiliser ainsi une personne handicapée. Malgré ses difficultés (mentales et/ou motrices, sociales), la régularité de cette stimulation psychomotrice et sociale peut l'aider progressivement à prendre plus d'initiatives à devenir ainsi plus autonome (intention de faire les choses) et moins dépendante (peut agir seule sur les choses).

D. Les arts plastiques, par leurs particularités, peuvent aider les personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap à favoriser leur autonomie et à se reconsidérer

Rappelons la particularité des arts plastiques, qui est de permettre la production d'une œuvre autonome, matérialisée dans le temps et l'espace. L'œuvre ainsi achevée existe, elle s'impose au monde. Cette particularité a son importance à l'égard de certaines personnes en situation de handicap mental et/ou moteur, pouvant souffrir d'un manque d'autonomie et de trouble relationnel. En effet, la captation de l'œuvre qui rayonne, existante et autonome, induit un va et vient entre les deux, et renvoie ainsi la personne à ce qu'elle vient de produire et à sa propre réalité, et peut lui permettre d'accéder à une prise de conscience de son existence, et favoriser ainsi son autonomie. « Juliette-Favez-Boutonier, psychanalyste, écrit : C'est par le dessin que l'enfant a la révélation de son pouvoir spécifiquement humain de créer, c'est-à-dire de produire par son action personnelle une œuvre significative et relativement indépendante de lui. »³⁶. Cette distance physique permet de se questionner sur la qualité et le contenu de

35. Hochmann et Ferrari cités par Gaetner Rose, page 92, « De l'imitation à la création- Les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme », édition PUF

36. Juliette Favez-Boutonier citée par Gaetner Rose, p179

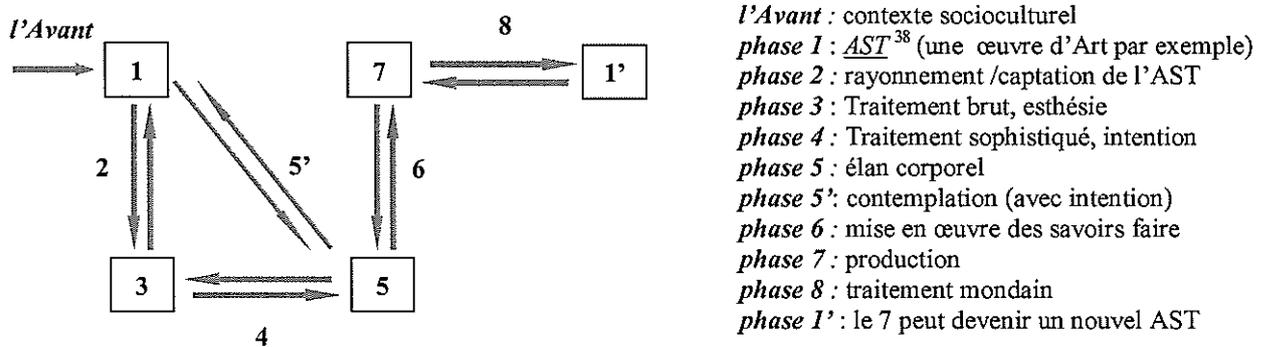
l'œuvre produite, de se remettre en question. « C'est avec la distance qui existe entre la personne et l'œuvre que la faculté critique peut être opérante »³⁷, et ainsi privilégier l'autonomie et la conscience d'exister des personnes.

E. L'opération artistique permet à l'art-thérapeute d'établir une stratégie thérapeutique

Puisque l'Art est au cœur du soin en art-thérapie, l'art-thérapeute utilise l'opération artistique : c'est un schéma représentant la succession des différentes phases et des mécanismes humains impliqués dans le déroulement d'une activité artistique. Cet outil permet d'identifier les sites d'action (mécanismes défailants), et les cibles thérapeutiques (éléments précis sur lesquels il travaille), afin d'atteindre ses objectifs thérapeutiques. Ce qui peut être observé est le phénomène artistique (intention → action → production), et concerne la phase 4 (en partie), et les phases 5, 6, 7 et 8.

L'opération permet de comprendre et d'analyser ce qui est observé dans le phénomène.

Schéma N°1 :



37. Forestier Richard : « Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique », p35 - édition : see you soon

38. L'AST est un Accident Spatio-Temporel : « chose ou événement qui rayonne dans le monde sensible et offre sa nature à la captation. » - Forestier Richard, « Tout savoir sur l'art-thérapie », p174, 6^{ème} éd. Paris, Favre 2009

PARTIE 2 : PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRES DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL OU DE POLYHANDICAP ACCUEILLIES AU SEIN D'UN INSTITUT MEDICO EDUCATIF

I. L'IME de Graye-sur-Mer accueille des personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap

A. Présentation de l'Institut Médico-Educatif (IME)

L'IME fait parti d'un Centre d'Accueil Médico-Educatif Spécialisé (CAMES) et regroupe 3 structures : une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), un SESSD (Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile), et l'IME, composé de 3 unités d'internat. « Les Myosotis », « Les Roses » et « Les Tulipes », accueillant chacune environ 12 jeunes, enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de polyhandicap, ou de handicap mental.

B. L'ensemble des professionnels de l'IME forme une équipe pluridisciplinaire

Chaque professionnel, avec sa fonction respective, apporte des éléments complémentaires qui vont contribuer à améliorer le bien être des résidents. L'équipe paramédicale compte une ergothérapeute, des infirmières, une puéricultrice, une psychomotricienne, une musicothérapeute, une psychologue, une diététicienne et un kinésithérapeute. L'équipe en poste au sein des unités d'accueil, regroupe les éducateurs, les Aides Médico-Psychologique et les aides soignantes, qui malgré des fonctions distinctes partagent souvent les mêmes rôles, principalement les soins au quotidien, et l'éducatif.

C. Les objectifs éducatifs et sanitaires de l'IME

L'objectif principal de cet IME est d'apporter aux jeunes accueillis, en relation avec la famille, un suivi spécialisé dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique personnalisé visant à leur développement global et à la réduction de leur dépendance, et au maintien de leurs acquis d'autonomie dans la vie quotidienne. Sa mission est de répondre à la diversité des besoins médicaux, paramédicaux (aide psychologique et rééducation psychomotrice, orthophonie, kinésithérapie...), éducatifs, et sociaux de chacun, en stimulant son développement sensori-moteur, cognitif, en développant ses capacités d'éveil, d'apprentissage, de communication et en favorisant sa socialisation, sa reconnaissance sociale, l'apprentissage d'un savoir-être en collectivité ainsi que sa sécurité et son intégrité.

II. S'intégrer dans un IME en tant que stagiaire art-thérapeute peut demander un temps d'observation, d'adaptation et nécessite des temps de rencontre

A. Un temps d'observation et d'adaptation est nécessaire avant de mettre en place des ateliers d'art-thérapie.

La résidence sur quelques jours d'un percussionniste, est proposée au sein de l'établissement. C'est pour la stagiaire, l'occasion d'observer les résidents. Il est important, lorsqu'il s'agit d'une 1^{ère} expérience avec un public lourdement handicapé, d'assister en tant qu'observateur à ce type de rencontre, afin de se familiariser petit à petit à « l'étrangeté » de certains comportements. Il est vrai que ce qui peut être d'abord perçu, ce ne sont pas des

personnes mais des comportements atypiques. Ces observations et rencontres ont donc permis une adaptation en début de stage, et de constater à quel point l'Art, en tout cas, la musique joue un rôle important, notamment dans la relation.

B. Des temps de rencontres avec les professionnels sont nécessaires

Pour enrichir ses connaissances sur le milieu socio-éducatif et thérapeutique, il est important d'avoir des temps de rencontre avec l'équipe paramédicale, et l'équipe de l'unité (éducateurs, Aide Médico-Psychologique et aides soignants). Ces échanges permettent de mieux définir les rôles de chacun, d'approfondir les connaissances sur le public accueilli et en particulier sur les deux résidentes qui ont participé aux séances d'art-thérapie. L'accès à une partie des dossiers, permet d'avoir des éléments sur leur mode de communication, de relation, leur faculté cognitive, etc...mais savoir comment faire en pratique, face à des difficultés rencontrées, nécessite d'en parler avec les différents professionnels. Chacun avec sa personnalité et ses compétences spécifiques connaît les résidents, selon le rôle qu'ils ont auprès d'eux, et peuvent ainsi partager des informations et proposer des solutions. Ces rencontres permettent également d'établir des relations professionnelles, de se faire connaître au sein de l'établissement, en tant que « future » art-thérapeute, avec sa personnalité, ses connaissances spécifiques à l'art-thérapie, à l'Art, et ses facultés à entrer en relation d'aide avec les résidents et relations professionnelles avec les différentes équipes. L'objectif est aussi de faire connaître l'art-thérapie, ce qu'elle peut apporter aux personnes accueillies, en quoi elle participe au bien-être, en quoi elle est originale, et est une discipline à part entière. (La musique est certes exploitée par la musicothérapeute de l'établissement, mais les autres techniques artistiques ne le sont pas).

III . Mademoiselle S et Mademoiselle J ont participé à des séances individuelles d'art-thérapie à dominante arts plastiques

(Afin de préserver l'anonymat des personnes concernées, elles seront appelées S et J.)

Les séances incluent la rencontre, l'installation, la pratique, le rangement, et la séparation. La musicothérapeute assiste discrètement à quelques séances pour en évaluer le déroulement.

Mademoiselle S :

A. L'anamnèse et l'état de base de S révèlent un polyhandicap, associé à des troubles de l'expression, de la communication, de la relation.

S a 19 ans, elle est accueillie aux « Myosotis » depuis 2007. C'est une encéphalopathie (syndrome d'Aicardi Gouttière, ou non étiquetée) qui est à l'origine du polyhandicap. Elle n'a aucun traitement médicamenteux. Ne disposant pas de la marche, elle est installée dans un fauteuil coquille, mais ses capacités motrices sont possibles pour le haut du corps (mains, bras, tête). Une tierce personne est nécessaire pour les déplacements et les actes du quotidien. Sur le plan mental, S a un retard intellectuel (QI non précisé), elle a un certain niveau de compréhension et apprend à communiquer.

L'équipe cherche à favoriser les interactions avec les autres jeunes de l'unité. Elle participe régulièrement à différentes activités : détente corporelle, cuisine, jeux sur table, kinésithérapie, ergothérapie... Son projet individuel propose de stimuler et enrichir ses capacités d'apprentissage et de communication par des séances d'ergothérapie, en utilisant le Makaton (programme de langage parlé, signé, associé à des pictogrammes) établi avec l'ergothérapeute et par l'expérimentation d'un atelier de communication hebdomadaire en

petit groupe. Ainsi, sur le plan de la communication, S n'a pas accès au langage verbal, mais elle interpelle son entourage et exprime clairement son envie de communiquer, par le regard et des gestes. Un classeur de communication a été mis en place, pour qu'elle puisse échanger sur les actes du quotidien. Elle l'utilise à bon escient avec l'équipe, et participe activement à des conversations adaptées.

S. apprécie la présence des jeunes, mais recherche la relation principalement avec l'adulte. De nature gaie et curieuse, elle aime découvrir son environnement, et apprécie les activités et contextes favorisant la relation individuelle. Ainsi, puisqu'elle parvient à communiquer, elle « mise » tout sur la relation. Lorsqu'une activité lui est proposée, elle s'implique de façon excessive dans la relation avec la personne qui l'accompagne, et désinvestit l'activité. Elle s'intéresse donc aux adultes qui l'entourent, parfois de façon envahissante, au détriment de sa propre existence. Puisque les activités proposées ne semblent l'intéresser que pour le lien relationnel qu'elles permettent, il est difficile de savoir quelles activités permettent à S de s'épanouir. De fait, l'équipe rencontre des difficultés à savoir ce qui lui plaît. Toutefois, elle semble privilégier les sorties pour faire des achats, et les ateliers de détente. Dans les activités qui demandent plus d'implications mentales et/ou motrices, il lui est plus difficile de s'engager.

Son mode d'expression est limité par ses incapacités de parler, de marcher, et l'expression de sa personnalité* est réduite du fait qu'elle s'oriente plus vers les autres que vers ses besoins, mais S sait cependant exprimer des choix, des envies, faire des demandes, manifester des contentements ou désaccords, et exprimer des émotions par le biais de mimiques faciales, du regard, des sourires et des gestes des mains. Notamment, elle exprime intensément une grande joie, par des éclats de rires et de grands mouvements des bras.

B. L'objectif en art-thérapie est d'aider S à s'épanouir dans une activité artistique

1. L'objectif intermédiaire fixé est de favoriser son engagement dans l'activité

Aux vues de ses déficiences motrices et mentales dont elle a conscience, du manque d'intérêt porté aux activités et de son mode relationnel inadapté à l'égard des adultes qui l'accompagnent, il est supposé que S souffre d'un manque de confiance et d'estime de soi. Ces manques liés au ressenti et à la représentation qu'elle a de son corps, implique un manque d'intérêt pour les activités, pensant ne pas être capable de réaliser quoi que ce soit. Si ses manques et souffrances supposés chez S amènent à penser qu'elle ne s'implique pas, ses capacités à s'affirmer, en revanche, peuvent être exploitées. En effet, elle peut exprimer ses goûts en faisant des choix. Mais pour participer pleinement à l'activité, elle devra aussi manifester plus de volonté. L'objectif est donc de favoriser son engagement dans l'activité, en favorisant sa confiance en elle. Rappelons que S est de nature gaie, et qu'elle aime participer (dans un but relationnel, certes). L'élan corporel* de S est exploitable. L'intérêt qu'elle porte à autrui peut être « sublimé * » vers un intérêt pour l'activité artistique. Le but est d'orienter son implication relationnelle excessive vers une implication artistique. L'objectif est donc d'agir sur son engagement dans l'activité, ce qui aura des répercussions sur le relationnel.

2. Au regard des goûts de S, de ses potentiels, et des particularités des arts plastiques, cette dominante est choisie pour les séances d'art-thérapie

Aux vues de ses possibilités de communication non verbale, de son relatif niveau de compréhension, de ses envies de participer, et de son probable goût pour l'image, les arts plastiques sont choisis comme dominante artistique pour débiter la prise en charge. La possibilité de changer de dominante artistique en cours de prise en charge n'étant pas écartée, puisqu'il reste difficile de savoir ce qui lui plaît. La particularité des arts plastiques semble

appropriée face à son mode relationnel. En effet, la production est autonome, elle apparaît comme un tiers, un élément s'interposant entre S et la stagiaire, (avec laquelle elle cherche à privilégier avant tout la relation). L'œuvre s'interposant dans la relation, peut devenir l'objet à contempler. Il peut lui permettre de trouver un équilibre dans son mode relationnel avec son environnement. La « relation » avec l'objet produit, peut permettre d'adapter son mode relationnel, mais surtout de s'épanouir en pratiquant une activité artistique. De plus, elle pourra toujours montrer ses productions par la suite à son entourage.

3. La stratégie thérapeutique mise en place au regard des sites d'actions et cibles thérapeutiques déterminés dans l'opération artistique vise essentiellement deux axes :

3.1. Valoriser sa personnalité en exprimant ses goûts et choix esthétiques

Parmi ses facultés, S sait affirmer sa personnalité par l'expression de ses goûts en faisant des choix esthétiques (phases 3, 4 et 5 de l'opération artistique) : choisir un type de papier, sa couleur, des outils, les peintures etc.... Exprimer sa personnalité, est pour S un moyen de se valoriser, de se considérer en tant que personne avec tout ce qui la caractérise, et pas seulement en tant qu'individu en situation de handicap. Il est important de favoriser cette expression, puisqu'elle a pour habitude de s'intéresser surtout à son entourage, et que l'ensemble de l'équipe rencontre des difficultés à savoir ce qui lui plaît.

3.2. Mettre en valeur ses capacités physiques en recherchant l'esthétique dans sa motricité et sa gestuelle picturale

Au cours des premières séances, l'expression de ses choix est un élément primordial dans la stratégie thérapeutique, mais les possibilités qu'offrent les arts plastiques vont au delà de l'expression du goût. Compte tenu de sa motricité fine très altérée, il lui est difficile de tenir fermement et assez longtemps un pinceau. Pourtant, au fur et à mesure des séances, elle demande à peindre, (phases 4 et 5 de l'opération artistique) en imitant le geste ou en touchant les pots de peinture. En fin de prise en charge, elle cherche à appliquer ses gestes et parvient à tenir plus longtemps le pinceau, qui est soit fixé autour de sa main avec un élastique, soit maintenu entre ses doigts, option qu'elle préfère. (Manifeste t'elle par cette préférence le désir de ne pas dépendre d'un nouvel objet ?).

Au regard des déficiences et troubles de S, l'opération artistique permet de placer les sites d'actions, dans certaines phases de l'activité : **4, 6, et 8**

l'Avant : l'Histoire de S, ses déficiences physiques et mentales,

phase 1 : l'AST* vers lequel elle s'oriente, est la personne qui l'accompagne

phase 2 : perception limitée de l'environnement, mais capte ce qui rayonne autour d'elle

phase 3 : ses goûts, ses ressentis, face aux stimuli de l'environnement capté

phase 4 : déficience intellectuelle

phase 5 : élan corporel pour communiquer / *5'* : s'oriente vers la personne qui accompagne

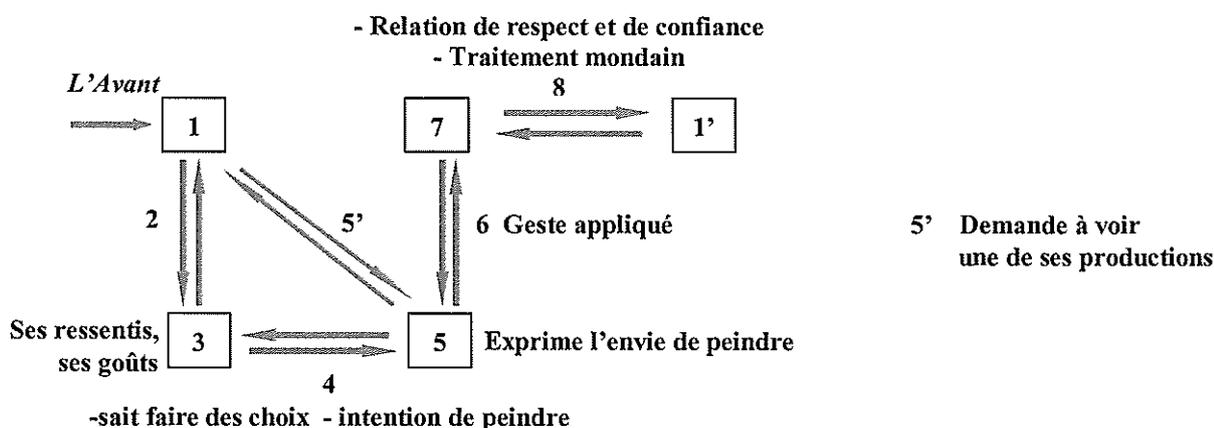
phase 6 : déficience motrice, possibilités praxiques* très retreintes

phase 7 : produit des expressions (du visage, gestes des bras et des mains) pour communiquer

phase 8 : Mode relationnel inadapté, surinvestit, parfois envahissant

Suite à la stratégie et à la détermination des cibles thérapeutiques, certaines progressions sont constatées, principalement en fin de prise en charge :

Schéma N°2 : concernant les cibles thérapeutiques dans l'opération artistique de S : 3, 5 et 8



4. Une description des séances et des représentations graphiques permettent de rendre compte de l'évolution de S au regard des items observés

4.1. La prise en charge de S s'est déroulée sur 15 séances

Les séances individuelles ont lieu les mercredis matins, pendant 45 minutes, en salle d'activité.

Séance 1 : La séance est écourtée et ne permet pas de réaliser quoi que ce soit, car S ne se sent pas bien ; elle est emmenée dans sa chambre. La stagiaire constate à cette occasion que sa chambre est bien décorée ; des visuels en lien avec la mode sont accrochés aux murs, témoignant d'un goût pour l'image.

Séances 2 et 3 : Au cours de ces séances, il est proposé à S de réaliser une carte représentant l'activité d'arts plastiques, qu'elle apportera à chaque séance. Les pictogrammes, très utilisés en IME, permettent de distinguer les activités, de se repérer dans le temps lorsqu'ils sont intégrés à un planning, et de les mettre en lien avec des personnes. S participe très peu à sa réalisation, elle n'est pas concentrée, et passe beaucoup plus de temps à observer la stagiaire et à l'interpeller sur des sujets sans lien avec l'activité. Même regarder ensemble un livre d'Art ne semble pas la captiver. Cette pratique est-elle adaptée du fait de la difficulté rencontrée à tenir fortement les outils en main ? Cependant, S semble passer un bon moment, elle rit beaucoup. Si peindre est compliqué, faire des choix lui est possible : la technique du collage serait-elle plus adaptée ? Choisir les papiers (type et couleur), les formes à découper et décider de la composition de l'ensemble. Il est envisageable de lui proposer d'être le « chef d'orchestre », et la stagiaire, par la pratique (découpe, colle...), réalise selon les choix de S.

Séances 4, 5 et 6 : S s'investit toujours autant dans la relation de façon un peu envahissante, mais montre aussi plus d'intérêt et échange désormais en lien avec l'activité. Plus volontaire et concentrée, elle imite le geste de peindre pour signifier qu'elle en a envie. Elle rit aux éclats ; pouvoir être comprise par un regard ou un geste est très valorisant pour S, surtout quand l'interlocuteur ne connaît pas le Makaton.

Séance 7 : Il est décidé d'expérimenter une 1^{ère} partie de séance en groupe : S, la musicothérapeute, K et la stagiaire. (K est un jeune également accueilli aux « Myosotis »). Cette expérience collective a 2 objectifs : orienter l'attention de S vers le groupe et de ce qui peut être fait ensemble, plutôt que de rechercher une relation exclusive, et la valoriser

autrement que par ses choix, en exploitant les plaisirs archaïques des arts plastiques : utilisation d'une grande feuille commune au groupe, expérimentation de toutes sortes d'outils traceurs. L'objectif de la 2nde partie de séance, en individuel, est non seulement qu'elle continue de faire des choix (papier, couleurs, ...), mais également des choix de situations qui vont construire une histoire. Pendant la 1^{ère} partie de séance, S ne semble pas prendre de plaisir. La participation de la musicothérapeute et de K ne lui convienne sûrement pas. Plus intéressée par la 2nde partie de séance, elle privilégie la relation exclusive, et d'un point de vue artistique, peut être préfère t'elle faire des choix parce qu'elle sait qu'elle en est capable, et que c'est l'occasion pour elle d'exprimer ses goûts, plutôt que de peindre, la préhension de l'outil lui étant difficile, elle peut difficilement se valoriser de cette façon.

Séance 8, 9 et 10 : S ne s'investit plus dans l'activité. Qu'est ce qui dysfonctionne dans la prise en charge ? Faut-il changer de dominante artistique ? Il est nécessaire d'en échanger avec les professionnels. D'après l'éducatrice référente, S apprécie de venir aux séances d'arts plastiques, mais il est difficile d'en connaître les véritables raisons. Est-ce pour investir une nouvelle relation ? Changer d'environnement ? Par intérêt pour l'activité ? Ou pour toutes ces raisons ? D'après l'équipe, « il faut la stimuler et la recadrer ». La stimulation consiste à lui donner envie de travailler en expliquant que ses productions pourront être présentées aux équipes. Dès lors, l'enjeu est important pour S, elle comprend que pour montrer un travail digne d'être présenté, elle devra s'investir d'avantage. Elle semble ravie à l'idée de présenter ses productions. La recadrer, consiste à lui rappeler cet enjeu et à lui rappeler qu'elle participe pour la pratique et non exclusivement pour la relation ; mais s'impliquer dans la pratique nécessite confiance en soi, or, S a probablement peu confiance en ses capacités motrices.

Séance 11, 12 et 13 : S s'implique davantage, elle est concentrée et volontaire. Même s'il est parfois utile de lui rappeler l'enjeu, elle interpelle de moins en moins la stagiaire, sur des sujets sans lien avec l'activité. Elle continue à faire des choix pour raconter l'histoire, choisie également les outils, et demande à les avoir en mains. La confiance qui lui est accordée, remplace la crainte de mise en échec, et lui permet de se faire confiance. Elle parvient à garder en main plus longtemps les outils, et fait un geste appliqué, avec une détermination visible dans l'expression de son visage. Tout en peignant, elle regarde conjointement la stagiaire qui l'encourage, mais aussi pour qu'elle « valide » la qualité de son travail. Elle montre qu'elle est capable de s'engager dans ce projet, de ressentir du plaisir à pratiquer. Le fait de mieux la comprendre, de la stimuler, de la recadrer, et de se libérer progressivement des appréhensions, lui permet d'avoir une plus grande confiance en ses potentiels. Le geste qu'elle s'est maintenant appropriée devient un moyen d'expression.

Séance 14 : La stagiaire, exceptionnellement présente, propose une séance à S. Elle accepte, ravie, et choisit de continuer sa production débutée la semaine passée ; c'est pour elle le moyen de ressentir des sensations en peignant, d'être directement actrice de sa production, car, lorsqu'elle travaille sur l'histoire, S fait des choix, mais ce n'est pas elle qui pratique. Faire des choix ne lui suffit plus désormais, elle savait les faire avant, elle semble ressentir le besoin de toucher les outils, d'avoir de la peinture sur les doigts (ce qui la fait rire), et vouloir montrer que sa situation ne l'empêche pas de s'amuser et d'agir sur les choses. Elle trouve désormais sa place à la fois dans l'Art 1^{er} * et l'Art 2nd *. En fin de séance, elle demande à voir une de ses productions, elle veut juste la regarder, elle rit, et semble en être fière.

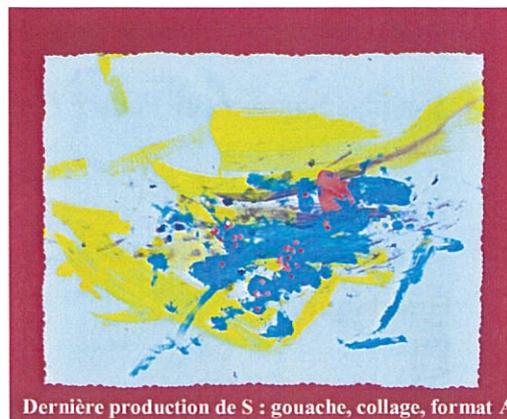
15^{ème} et dernière séance : Au début de séance, S demande à la stagiaire de se placer derrière elle. Elle peint, et parvient à tenir son pinceau entre ses doigts pendant un certain temps. Elle semble vouloir montrer qu'elle peut peindre seule, sans aide pratique, ni présence physique d'une tierce personne. Puis, une minute passée, tourne la tête pour proposer de la rejoindre, et continue de peindre, appliquée et déterminée, en impliquant tout le haut du corps. Cette

mobilité et cette détermination témoignent d'une réelle motivation, d'un réel plaisir. S s'engage, fait des efforts physiques afin de dépasser ses frustrations, et demandant à la stagiaire de se mettre en retrait, semble montrer un désir d'autonomie.

Illustration N°1

Le jour de la présentation de ses productions :

Cette exposition est l'aboutissement d'un travail artistique produit par S dans un cadre thérapeutique. (Avec l'aide pratique de la stagiaire, pour l'exécution de certaines tâches). Ce projet, déterminé en séance 10, déclenche chez S, l'envie de s'impliquer dans l'activité. S désigne une de ses productions comme étant sa préférée. Elle attend, impatiente la venue des visiteurs, intéressés par son travail. S rit aux éclats, bouge les bras quand elle est félicitée.



4.2. « la Communication / la Relation », « l'Engagement », « le Plaisir artistique », et « la Fierté » sont les items ou faisceaux d'items observés

Le faisceau d'items « Communication/Relation » permet d'évaluer deux Items :

Item : « nature des interpellations »

5. Interpelle uniquement sur des sujets en lien avec l'activité
4. Interpelle régulièrement sur des sujets en lien avec l'activité
3. Interpellations mixtes
2. Interpelle régulièrement sur des sujets sans lien avec l'activité
1. Interpelle uniquement sur des sujets sans lien avec l'activité

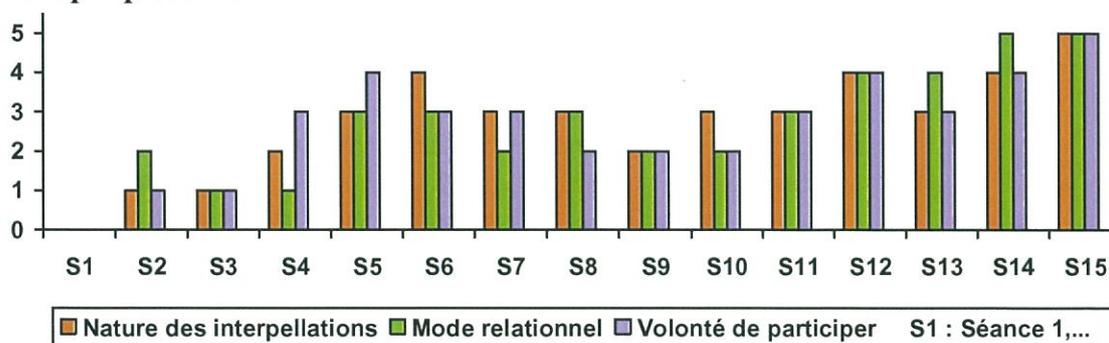
Item : « Mode relationnel » :

5. Respectueux / 4. Cordial / 3. Affectueux / 2. Privilégié / 1. Envahissant

Le faisceau d'items « Engagement » permet d'évaluer 2 items : ce faisceau est représenté dans les 2 graphiques, car l'engagement est lié à la fois au relationnel et aux ressentis (plaisir, fierté)

Item : « Volonté de participer » : 5. Forte / 4. Certaine / 3. Rares / 2. Faible / 1. Aucune

Graphique N°1 :



Item : « Prises d'initiatives » : 5. Nombreuses / 4. Quelques / 3. Mitigée / 2. Une / 1. Aucune

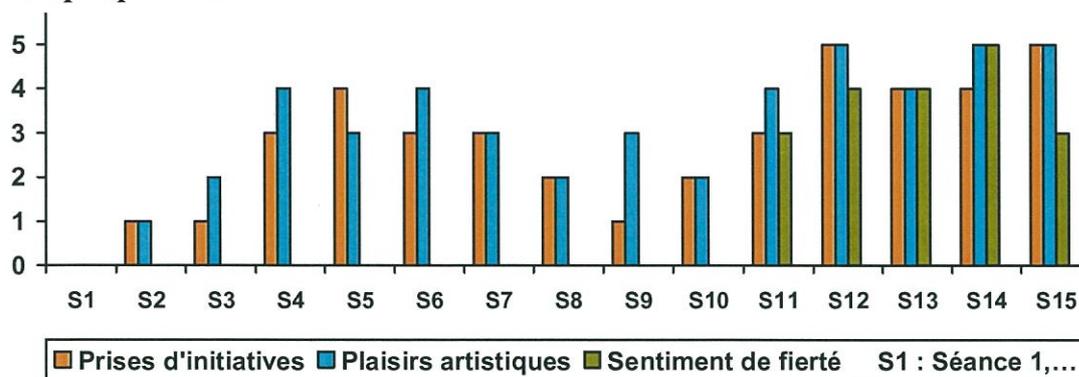
Item : « Plaisirs artistiques » :

5. Rayonnant / 4. Plaisir / 3. Peu de plaisir / 2. Indifférente / 1. Pas de plaisir

Item : « Sentiment de fierté à l'égard de ses productions » : (apparaît à partir de la séance 11)

5. Grande joie / 4. Rit / 3. Sourit / 2. Satisfaction mitigée / 1. Insatisfaction

Graphique N°2 :



Le cube harmonique, outil d'auto-évaluation permettant à la personne d'évaluer sa production sur 3 aspects : « beau », « bien », et « bon ». Avant de permettre à S de s'auto-évaluer, elle doit d'abord montrer suffisamment d'engagement dans l'activité ; ce qu'elle a fait à partir de la séance 11. Le « bon » est systématiquement élevé, puisque qu'elle ne manquerait pas l'occasion de participer dans un but relationnel. D'autre part, la distinction entre « le beau » et « le bien » ne semble pas évidente. Il est parfois difficile d'exploiter cet outil à sa juste mesure. Toutefois, aux séances 13 et 14, S évalue le « beau » et le « bon » sur 2 productions, à l'aide de 3 *Smiley* : 1= « mécontent », 2= « mitigé » et 3= « joyeux ». S évalue 2 pour le « beau » et 3 pour le « bon ».

Mademoiselle J :

A. L'anamnèse et l'état de base de J révèle une organisation psychotique de la personnalité, associée à une déficience intellectuelle, une difficulté à gérer ses angoisses, des troubles de l'expression, de la communication et de la relation.

J a 22 ans, elle fait partie d'une fratrie d'enfants triplés, et ne semble reconnue qu'au travers du « syndrome des triplés », n'existant qu'au travers d'une entité collective, groupale. Le diagnostic est posé lorsque J a 3 ans, elle présente une organisation psychotique de la personnalité. A partir de 8 ans, elle est accueillie en IME la semaine, et en établissement psychiatrique le week-end. Elle entre à l'IME de Graye-sur-Mer à 16 ans. Elle est d'abord accueillie dans l'unité « Les Roses » dans laquelle se trouvent majoritairement des jeunes avec autisme sévère, qui n'ont notamment pas le niveau de compétence langagier de J, ni la

même façon d'être au monde. De ce fait, les interactions sont difficiles. J ne supporte pas la frustration, elle se cogne la tête, s'automutile, pousse des cris. Elle intègre l'unité « Les Myosotis » en septembre 2012. Deux mois plus tard, son traitement médicamenteux est modifié : Le Tercian est arrêté (neuroleptique*), le Fluanxol, (neuroleptique) est diminué, la quantité de Xanax (anxiolytique*) reste la même. Elle semble avoir « trouvé sa place » dans cette unité et présente une autonomie relative au quotidien.

Concernant son mode d'expression, son élocution est si rapide qu'elle est souvent difficile à comprendre. Face à des situations inhabituelles, elle exprime des angoisses qui se traduisent par des comportements auto agressifs, des cris, des répétitions de mots. Son expression corporelle est celle d'un repli et d'une rigidité. Son trouble de la personnalité réduit considérablement ses possibilités d'exprimer qui elle est.

Sur le plan de la communication, il est indispensable de s'adresser à J avec des phrases courtes et simples, pour ne pas la rendre confuse avec une succession de verbalisation.

Sur le plan relationnel, son trouble est inhérent à la psychose. (*cf. I. / Partie 1*). Néanmoins, même si la relation est perturbée, les interactions sont possibles dans cette unité (contrairement à l'unité « les Roses »), et J se tourne davantage vers l'adulte.

D'un point de vue cognitif, J a une déficience intellectuelle certaine mais difficile à évaluer du fait de l'impact émotionnel (peur, anxiété* et angoisses*, notamment liées à la séparation et au sentiment d'abandon). Elle a besoin de repères humains stables, d'une attitude bienveillante, un peu « maternante », de lieux connus, d'un cadre rassurant, de savoir où elle va, et quand elle quitte l'unité, de savoir qu'elle y revient.

Son projet individuel propose de favoriser le repérage dans le temps, de l'aider à gérer ses angoisses, de maintenir ses capacités d'autonomie, de lui proposer un cadre rassurant et structurant, avec des rituels et répétitions dans les activités quotidiennes, de travailler l'image de soi et de favoriser les échanges avec les autres résidents.

B. L'objectif général en art-thérapie est d'aider J à gérer ses angoisses

1. Au regard de ses goûts et des particularités des arts plastiques, cette dominante est choisie pour les séances d'art-thérapie

Les arts plastiques sont choisis aux vues de leur particularité et des goûts de J. Elle aime peindre, et aime particulièrement les églises. D'autre part, puisque l'œuvre est autonome en arts plastiques, la distinction, donc l'espace physique existant entre l'œuvre et son auteur, peut lui être favorable à l'égard de son trouble relationnel. Le fait qu'elle produise quelque chose, peut renforcer la distinction entre les limites de son corps (elle), et ce qui existe au-delà de ses limites (production). Les arts plastiques peuvent favoriser la prise de conscience de J, d'une distinction entre elle et sa production, puisqu'il n'y a pas de confusion entre les deux.

2. La stratégie thérapeutique établie pour J, vise essentiellement à développer ses savoirs faire en lui proposant d'expérimenter différentes techniques

L'acquisition de nouveaux savoirs faire par l'apprentissage et l'expérimentation sont physiquement à sa portée, mais des conditions sont nécessaires. L'apaisement de J passe par un cadre rassurant, structurant et une communication adaptée. Tout changement la perturbe et génère de vives émotions (angoisses, colères et frustrations). Les habitudes et rituels la rassurent. Mais pour l'aider à gérer ses angoisses, il sera nécessaire qu'elle passe par de nouvelles épreuves. C'est en passant par l'apprentissage (nouvelles connaissances liées aux outils, au mélange des couleurs,..) et par l'expérimentation (de nouveaux outils, de nouvelles

techniques,...) que la gestion de son angoisse est mise à l'épreuve. L'objectif est qu'elle parvienne à expérimenter des choses nouvelles sans être envahie par l'angoisse.

Au regard des déficiences et troubles de J, l'opération artistique permet de placer les sites d'actions, dans certaines phases de l'activité : phases 3, 4, 5 et 8

l'Avant : l'Histoire de J, la déficience intellectuelle, et le trouble psychotique.

phase 1 : elle s'oriente vers un AST rassurant : un adulte « maternant », et des rituels.

phase 2 : captation de l'objet qui rayonne

phase 3 : perception altérée de la réalité

phase 4 : incompréhension des ressentis, et retard intellectuel

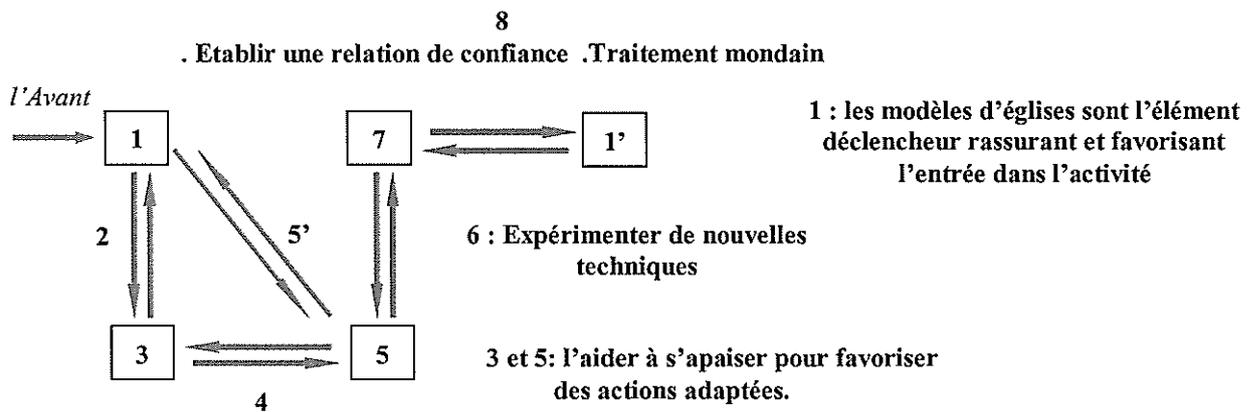
phase 5 : l'incompréhension génère de l'angoisse / *phase 5'* : inhibition

phase 6 : difficulté à s'adapter et à gérer ses émotions

phase 7 : manifestation d'angoisse

phase 8 : Trouble relationnel

Schéma N°2 concernant les cibles thérapeutiques de l'opération artistique de J :



3. Une description des séances et des représentations graphiques permettent de rendre compte de l'évolution de J au regard des items observés

3.1. La prise en charge de J se déroule sur 13 séances

Les séances en individuel ont lieu les mercredis après-midi, entre 5 et 25 minutes, dans l'unité « les Myosotis », puis, à partir de la séance 8, dans la salle d'activité.

Séance 1: La musicothérapeute est présente. J est angoissé à l'idée de sortir de l'unité pour faire de la peinture dans la salle d'activité (qui se trouve à 10 pas, mais à l'extérieur de l'unité), et dit, « je reste aux Myo ». Bien que l'unité (qui est un lieu de vie) ne soit pas très appropriée (bruit, va et vient,...), nous nous installons à une table, et lui proposons de nous y rejoindre si elle le souhaite. Elle nous rejoint, choisit sa place, puis débute l'activité. Elle utilise comme modèle un dessin d'église, elle peint très rapidement. Subitement, elle s'arrête de peindre, s'écarte de son travail, puis quitte brusquement la table. Pendant cette séance, elle observe beaucoup la production de la stagiaire.

Séance 2, 3 et 4: C'est à condition de « rester au Myo », de peindre des églises, et d'adapter la communication (verbalisation claire et synthétique) que J accepte de participer, mais n'aide pas à l'installation du matériel. Des pictogrammes lui sont présentés afin de structurer les séances, pour la rassurer. Pour modèle, elle choisit en souriant, la peinture réalisée par la

stagiaire lors de la séance 1. J « rentre » rapidement dans l'activité, se précipite, et ne s'applique pas. Elle remplit presque toute la surface du papier, rapidement avec un gros pinceau. Parfois, elle observe discrètement la pratique de la stagiaire, et peut chercher à l'imiter. C'est par un regard, qu'elle l'invite à regarder ses productions. Quand la stagiaire lui demande si sa peinture lui plaît, elle répond toujours « oui », puis quitte subitement la table, et participe au rangement à partir de la séance 3. J se montre capable d'écouter les consignes, qu'elle peut accepter directement, ou refuser dans un premier temps, puis expérimenter. En fin de séance 4, quand la stagiaire aborde « naturellement » la prochaine séance, J manifeste de l'angoisse, elle n'est pas en mesure de se « projeter » si loin dans le temps. De plus, sa rapidité d'élocution ne facilite pas la compréhension, ce qui peut gêner la relation.

Séance 5 : Ce jour, après sollicitation, J refuse de participer, mais suit malgré tout la stagiaire, s'assoit, et refuse d'aider à sortir le matériel. Elle rit toute seule, et appelle la stagiaire « Celia » ; l'incompréhension de part et d'autre, l'entraîne dans la confusion. Elle refuse de peindre, dit « au revoir », et revient vers la stagiaire une dizaine de fois en disant « au revoir ». D'après l'équipe, J « n'est pas bien depuis ce matin ». Il y a opposition entre sa volonté et ses actions, car il est probable qu'elle ait envie de peindre. Bien que cette incohérence soit liée à son trouble psychotique, il est nécessaire de reprendre les éléments du cadre, d'en ajouter de nouveaux si nécessaire et de les appliquer : s'exprimer de façon claire, ne pas aborder un futur trop lointain, proposer des exercices avec des consignes dirigées, tout en essayant d'instaurer une relation de confiance, un lien moins didactique.

Séances 6 et 7 : Afin de se rassurer, elle choisit des modèles qu'elle connaît, mais se montre capable également d'en choisir de nouveaux. Il arrive que des « blancs » (: cf. **Partie I/I/C**) viennent interrompre le cours de ses actions. Dans ce cas, elle s'arrête soudainement, s'écarte de la table, reste assise, regarde vers le sol, et « attend » (une aide technique? psychologique ?) Face à cette attitude, il est important de la stimuler, en la conseillant par exemple sur ce qu'elle peut améliorer dans sa production, pour la « relancer » dans l'activité. Sans stimulation, J demande à partir ou quitte la pièce subitement, comme elle a pu le faire dans des séances précédentes. Quand elle décide que son travail est terminé, elle accepte de le montrer à l'équipe, et accepte que ses peintures soient accrochées dans le bureau de l'unité, visible de tous par les fenêtres. Elle semble manifester une certaine fierté.

Séance 8 : Après discussion avec l'équipe, il est proposé à J de peindre dans la salle d'activité, sachant que les premières séances elle refusait de sortir de son unité. Elle accepte à condition que l'éducatrice qui la connaît bien, l'accompagne. Cette nouvelle situation l'angoisse, et lui demande un véritable effort d'adaptation. J souhaite que l'éducatrice reste. Du nouveau matériel est à disposition : des pinceaux plus petits pour l'aider à s'appliquer, et prendre son temps. Face aux 3 modèles proposés, J choisit à nouveau le modèle d'église de la séance 1 peint par la stagiaire, sans doute parce qu'il lui plaît, mais aussi parce que la répétition la rassure. Elle s'applique, et ne remplit pas systématiquement la feuille, elle réagit de façon adaptée face aux conseils. Une relation de confiance semble s'établir. A la suite d'un « blanc », la stagiaire en profite pour la conseiller quand à la représentation de ses arbres : elle ne peint ni les troncs, ni le sol. Elle décide que son travail est terminé, le trouve « joli », et le signe. En fin de séance, elle va montrer sa production dans le bureau de l'unité, puis, la stagiaire profitant de ce déplacement (élan moteur), lui propose de retourner dans la salle d'activité pour ranger le matériel, ce qu'elle accepte sans difficulté. Ces allées et venues d'une pièce à l'autre sont l'occasion de favoriser son implication corporelle dans l'activité, et de l'habituer à rentrer et sortir de l'unité sans être envahie par l'angoisse à l'idée d'en sortir.

Séances 9, 10 et 11 : J se rend jusqu'à la salle d'activité en étant accompagnée, accepte que l'éducatrice quitte les lieux, et parvient, à partir de la séance 10 à s'y rendre seule. Cet effort

génère de l'angoisse, mais elle s'adapte à cette situation. Elle se montre plus attentive aux conseils, s'applique et expérimente de nouvelles techniques et de nouveaux thèmes. J est moins impliquée et plus angoissée en séance 10, car une sortie est prévue. Séance 11, J demande à la stagiaire de travailler sur le même thème qu'elle ; l'imitation est vraiment rassurante pour elle. En fin de séance, accrocher ses productions au bureau devient un rituel. Il est envisagé avec l'équipe de présenter son travail de façon plus « officielle », en organisant une exposition. Bien qu'elle soit prévue 2 semaines plus tard, la stagiaire aborde ce sujet avec J, qui accepte assez naturellement.

Séances 12 et 13 : La séance 12 est un lundi ; il n'est pas prévu de lui proposer une séance pour ne pas la perturber dans son planning. Or, le matin, la stagiaire propose à S de faire une séance, et J entend ce qui s'est dit. Elle demande à l'éducatrice « est ce que je pourrais faire de la peinture cet après-midi avec Ingrid ? » C'est évidemment avec une grande surprise que la stagiaire reçoit la demande et l'accepte. J montre ainsi qu'elle est capable d'une certaine autonomie, en faisant cette demande et en abordant d'elle-même un événement futur et imprévu. En fin de séances 12 et 13, après demandes, J refuse de rentrer seule, elle sollicite la stagiaire. La relation de confiance l'amène à se rapprocher davantage, sans verbaliser, en donnant la main pour qu'elle reste avec elle après les séances ; il est donc nécessaire d'instaurer une juste distance relationnelle, elle comprend et n'insiste pas.

Illustration N°2



Gouache sur papier format 60*40 cm

Le jour de la présentation de ses productions :

Face à l'intérêt et aux applaudissements des visiteurs, J est à la fois fière et très émue. Au bout de 30 min. elle demande à rentrer, mais puisque d'autres personnes sont attendues, il lui est suggéré de rester encore un peu, ce qu'elle accepte. Elle parvient à gérer son angoisse. Cet événement l'aide à se considérer et permet aux professionnels d'avoir un autre regard, de constater ce qu'elle est capable de faire, et de la rencontrer dans un autre contexte.

Le cube harmonique n'est pas exploité, il ne semble pas adapté aux difficultés sanitaires de J. Cependant, après demande, elle parvient à désigner sa production préférée.

3.2. La « gestion des angoisses », « l'autonomie », « l'envie d'apprendre et d'expérimenter », « Le mode de communication et de relation » sont les items et faisceaux d'items observés pendant les séances

Item : « gestion des angoisses », en début, pendant, et en fin de séances

4-relativement détendue / 3-anxiété
2-fait un gros effort pour gérer ses angoisses / 1-très angoissée, ne parvient pas à gérer

Le faisceau d'items « Autonomie » permet d'évaluer deux Items :

Item : « autonomie pour se rendre à la séance »

4-demande à venir * / 3- vient seule à la séance
2- vient accompagnée et/ou sollicitée / 1- refuse de venir**

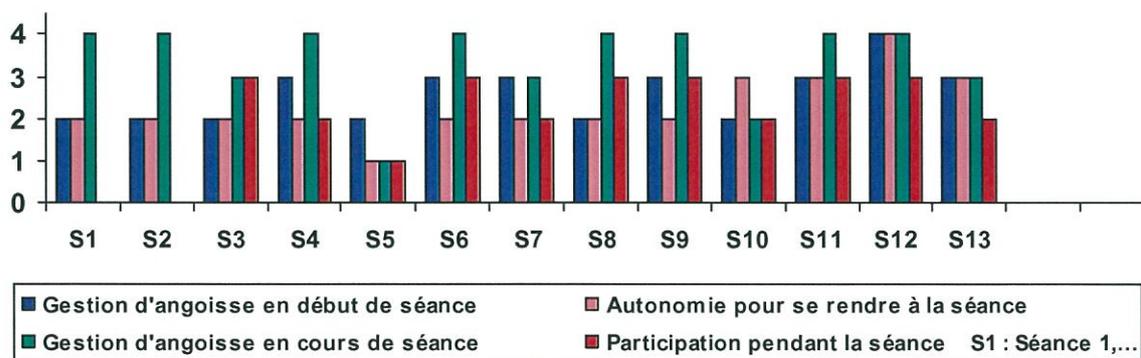
***Séance 12, un lundi** : Les séances ont lieu le mercredi, mais la demande de J, qui a pu se réaliser, est un fait observable permettant d'évaluer son autonomie.

Item : « participation pendant la séance » : se déplacer dans les lieux pour aller chercher du matériel et participer à l'installation et au rangement. (Cet item apparaît à partir de la séance 3)

4- participe sans être sollicitée / 3- participation active après sollicitation
 2- participation subie après sollicitation / 1- refus de participer après sollicitation**

**Il est probable que J ne souhaite pas participer, mais il est tout autant probable qu'elle le souhaite. Ces refus, sont certainement un « conflit » entre intention (je veux) et action (je fais).

Graphique 3 :



Durée des séances (S), en minutes (min) :

S :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
min.	15	15	20	15	05	15	10	20	20	20	25	20	15

Item : « Envie d'apprendre et d'expérimenter » (Cet item apparaît à partir de la séance 4)

4- écoute et expérimente / 3- écoute, refuse, puis expérimente
 2- écoute, mais refuse d'expérimenter / 1- n'est pas attentive

Le faisceau d'items «Communication/Relation» permet d'évaluer deux Items :

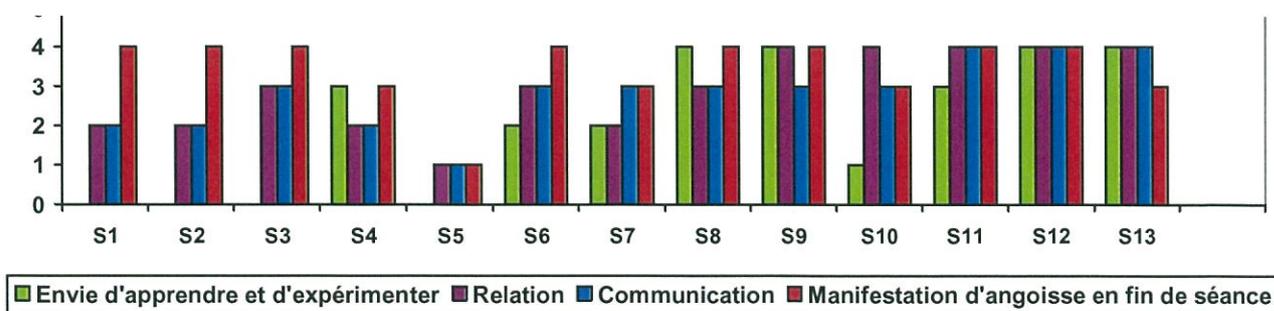
Item : « Mode de communication » :

4. fait une demande
3. répond à une demande
2. cherche à communiquer
1. communication inadaptée

Item : « Mode relationnel » :

4. Confiante
3. Cherche la relation
2. Inquiétude face à la relation
1. Opposition

Graphique 4 :



C. Les bilans des séances d'art-thérapie montrent certains bénéfices

1. Le bilan des séances d'art-thérapie de S révèle une amélioration de son engagement, un désir d'autonomie, et la manifestation d'une fierté

Ainsi, progressivement, S devient plus volontaire, et parvient à garder le pinceau plus longtemps en le maintenant plus fermement, et le geste qu'elle fait est plus appliqué (phase 6). Elle montre une grande détermination dans ce geste (phases 4 et 5), et regarde conjointement la stagiaire art-thérapeute, pour que celle-ci l'encourage et « valide » son travail (phase 8). Cette volonté semble désigner qu'elle recherche l'esthétique, mais aussi et surtout de l'autonomie. Parvenir à peindre, malgré une déficience motrice importante est pour S très valorisant, elle montre qu'elle est fière de pouvoir le faire, et qu'elle s'engage dans le projet. La relation de confiance qui s'établit peu à peu va permettre à S d'avoir confiance en ses potentiels physiques, et va lui donner envie de s'engager, de s'orienter vers l'activité, ce qui a des répercussions sur son mode relationnel, qui est en effet de plus en plus approprié.

2. Le bilan des séances de J révèle une évolution positive de ses capacités d'adaptation, de son autonomie et de la gestion de ses émotions

Bien que son trouble relationnel reste et restera sans doute un élément pénalisant dans son existence, une relation de confiance s'est progressivement établie (phase 8), instaurée notamment par une communication adaptée, mais aussi par le lien existant entre la stagiaire et l'équipe. Au fur et à mesure, J parvient à être plus autonome, essentiellement pour ranger le matériel, et pour se rendre seule à la salle d'activité (phase 5). D'autre part, l'imitation (utilisation de modèles, et observation de la pratique de la stagiaire) et la répétition (souvent les mêmes thèmes artistiques et le même modèle sont utilisés) sont des phénomènes naturels, et rassurants qui ont pu être exploités. Si la nouveauté peut générer une angoisse chez J, elle parvient néanmoins à gérer ses émotions (phase 4) face aux nouveautés thématiques et techniques qui lui sont proposées progressivement, car l'activité lui plaît et le cadre instauré se veut rassurant.

3. L'expérience d'art-thérapie a permis de vérifier et de confirmer l'hypothèse émise dans le III. de la PARTIE I de ce mémoire

Les arts plastiques proposés dans un cadre art-thérapeutique, peuvent en effet contribuer à améliorer la qualité existentielle et l'autonomie des personnes en situation de handicap accueillies en IME. Si les prises en charges ont pu être au début difficile pour la stagiaire, conseillée par des professionnels de l'équipe éducative et paramédicale, elles ont progressivement permis certaines améliorations. La stagiaire, de par ses connaissances et pratiques des arts plastiques, les a aidés à ressentir des plaisirs artistiques, en les guidant dans l'apprentissage et l'expérimentation du matériel, en les conseillant sur certains choix, (du matériel, des couleurs des peintures, de papier, des thèmes artistiques,...) et en valorisant l'expression de leur goût. Les encouragements et les stimulations ont contribué également à leur engagement et intérêt pour l'activité ; elles manifestent progressivement une plus grande confiance en elles, font des efforts d'adaptation sociale, et s'orientent ainsi vers plus d'autonomie. Cette activité semble être un terrain d'épanouissement pour S, comme pour J. Il est difficile de dire si elles ont véritablement une conscience élevée de leur besoin, et de leur personnalité, néanmoins, la déficience mentale n'altère pas les plaisirs ressentis, et ceux-ci peuvent les aider à orienter leurs activités afin de rechercher un bon rapport entre la saveur et le savoir, (« mon corps « sait » ce qui est bon pour moi »), ce qui est le fondement de la qualité existentielle.

PARTIE 3 : L'EXPERIENCE D'ART-THERAPIE PERMET DE SE QUESTIONNER SUR LES AMELIORATIONS GLOBALES PERÇUES EN SEANCES ET SUR LES BUTS ET LIMITES DE CETTE DISCIPLINE

I. Le soutien de l'autonomie, l'amélioration du mode relationnel et l'épanouissement des personnes participant aux séances d'art-thérapie sont à considérer dans un contexte sanitaire et institutionnel

A. Concernant l'autonomie visée en IME, il s'agit plus d'un soutien que d'une véritable amélioration

1. Les repères spatio-temporels utilisés en art-thérapie et par l'ensemble des équipes sont rassurants pour ces personnes, mais dans certains cas ne favorisent pas leurs capacités d'adaptation et d'autonomie

Les pictogrammes sont des images signifiantes très utilisées par l'ensemble des équipes dans un but de communiquer avec les personnes qui n'ont pas accès au langage verbal (cas de S). Lors des séances d'art-thérapie, la communication avec S, s'est faite sans avoir recours à ce type d'outil, parce qu'il n'est pas habituel, en tout cas dans le cas de la stagiaire, de les utiliser. Mais il est vrai, qu'après analyse, il aurait sans doute été pertinent d'inventer et d'utiliser des pictogrammes spécifiques aux arts plastiques, afin de l'aider à s'engager plus naturellement dans l'activité, puisque les pictogrammes sont « ses » outils au quotidien. Cette idée n'a pas trouvée sa place au sein de l'atelier, par manque d'habitude et d'expérience. Cependant, le mode de communication qui s'est établi tout au long de la prise en charge, était « naturel », et a permis à S de se faire comprendre. La compréhension de ses messages ne dépendait pas de l'utilisation des pictogrammes, mais plutôt de son expression corporelle et émotionnelle (gestes, regards, sourires). Ce mode de communication (sans recours aux pictogrammes), lui a permis de valoriser ses capacités expressives et son autonomie.

Ces outils sont largement utilisés également dans un but de rassurer les personnes angoissées (cas de J). Même si la personne a accès au langage verbal, ils permettent d'accentuer le message à communiquer : les images ajoutées aux mots représentent en effet des repères visuels rassurants. Disposés sur un planning, ils représentent des repères spatio-temporels, ils informent donc sur les lieux et les moments de déroulement des activités, ils structurent, ils guident, et rassurent ainsi les personnes, les aident à communiquer et à s'apaiser. Cet apaisement est conditionné également par les rituels. La répétition rassure les personnes angoissées, elle leur évite d'être envahies par l'angoisse qui peut se manifester face à l'imprévu, et la nouveauté. Cadrer (lieu, durée, fréquence de l'activité,...) et structurer (le déroulement d'une journée/d'une séance, à l'aide de pictogrammes) les séances rassure en effet le sujet angoissé, et peut l'aider à prendre conscience des limites et de la structure de son propre corps, (ressenti et structure corporel).

De ces points de vue, l'utilisation des pictogrammes est certes intéressante, cependant, l'utilisation systématique n'est parfois plus appropriée. Ils peuvent avoir un intérêt pendant quelques temps, (le temps d'établir une relation, par exemple), ils mettent la personne en confiance, mais leur intérêt et utilisation, doivent parfois être remis en question, car une utilisation systématique peut infantiliser, et ainsi diminuer l'autonomie des personnes. Par ingénuité, la stagiaire oublie à plusieurs reprises de présenter ces pictogrammes à J, qui malgré tout, s'est parfaitement adaptée. Les capacités d'adaptation de certaines personnes sont

assez surprenantes. L'utilisation de cet outil n'a dès lors plus sa place au sein de la séance. Ce qui tend à montrer d'autre part, que le manque d'expérience peut « déraciner » des habitudes, et remettre à jour les potentiels oubliés des résidents. La vie en institution est faite de rituels, d'habitudes, de répétition, est à tendance à « enfermer » les résidents comme les professionnels dans un conditionnement, qui peut faire oublier les potentiels de chacun.

Ainsi, dans le but de voir progresser les personnes en situation de handicap vers plus d'autonomie, il est pertinent d'utiliser des outils de communications, mais ceci peuvent également être considérés comme des objets de dépendance. Les ateliers d'art-thérapie sont peut être parfois l'occasion d'utiliser un autre mode de communication afin de favoriser l'expression. Enfin, ces pictogrammes ainsi que les rituels sont rassurants, mais progressivement, quand cela est possible, il est nécessaire de ne pas les imposer. Ils peuvent représenter des limites. Toute progression passe par une « prise de risque » mesurée, en suggérant des changements, en proposant la nouveauté, afin que les personnes s'adaptent à l'imprévu, vivent des situations nouvelles sans être systématiquement envahies par l'angoisse de l'inconnu. Mais pour ce faire, il est indispensable d'avoir une attitude critique face à ses propres limites, de remettre en cause les méthodes, les règles et fonctionnements établis.

2. L'amélioration de l'autonomie est relative aux capacités/incapacités des personnes et au contexte de vie en Institution

Vivre dans ce type d'institution signifie vivre un lourd handicap mental et/ou physique et social. Malgré des potentiels et des améliorations constatées, les possibilités de faire seul tout ce qui peut être fait dans le quotidien d'un contexte de vie « normale » n'est pas envisageable pour ces personnes.

La participation aux séances d'arts plastiques a favorisé l'autonomie à travers l'engagement physique, mental et social des personnes pendant l'activité. L'intérêt porté, d'un point de vue sensoriel, technique et expressif, amène la personne à s'engager ; et cet engagement implique la mobilité corporelle, (dans la pratique et/ou les déplacements), l'activité mentale (observation, compréhension, mémoire...) et l'établissement d'un lien social (cherche à communiquer et à adapter le mode relationnel). Par cet engagement manifesté pendant les séances, ces personnes tendent vers plus d'autonomie, puisqu'elles souhaitent accomplir certaines choses par elles-mêmes, (sans l'aide d'une autre personne), d'elles-mêmes (prise d'initiatives), et pour elles-mêmes (pour se faire plaisir à elles). Elles s'engagent pendant le temps de la séance, et peuvent manifester l'envie de participer avant que la séance ne débute. Mais, il est observé pendant les séances que cet engagement ne va pas de soi, surtout au début des prises en charge. L'engagement, et par extension, le désir d'autonomie sont conditionnés par de nombreuses sollicitations, stimulations et recadrages, en lien avec leurs déficiences.

L'art-thérapie, ainsi que l'ensemble des disciplines paramédicales, médicales, et éducatives, travaillent à soutenir l'autonomie de ces personnes, c'est d'ailleurs un des principaux objectifs de l'institution. Or, une institution a un fonctionnement, des règles, des obligations, qui ne favorisent guère l'autonomie. Malgré le professionnalisme des équipes, et tout ce qui est mis en œuvre pour le bien des résidents, ces obligations institutionnelles sont des contraintes face à l'autonomie. Certes, les équipes, font participer les résidents à différentes activités quotidiennes (jeux, promenades, repas, toilettes), dans la mesure de leur possibilité, mais tout ceci s'effectue sous forme de rituels, d'habitudes, d'obligations quotidiennes référencées à un planning, (exemple : tous les lundi après-midi, les résidents participent à l'activité cuisine,...) et de ce point de vue, l'engagement, l'autonomie des résidents est en quelque sorte « conditionnée » par des impératifs institutionnels. Le

phénomène est contradictoire dans la mesure où l'institution a pour principal objectif d'améliorer l'autonomie des personnes accueillies, mais, de par les règles nécessaires liées à la vie en collectivité, instaurées dans un but pratique et fonctionnel, elle ne favorise pas cette autonomie.

3. La confiance et l'espoir permettent les progrès

Dans le cadre des séances d'art-thérapie, les possibilités expressives se sont améliorées -expression verbale ou non verbale, l'expression corporelle et l'expression « sociale » de la personnalité – mais si ces possibilités expressives peuvent être limitées par les déficiences de ces personnes, et par le contexte institutionnel, elles doivent malgré tout être exploitées. Si l'Art est une modalité d'expression, toute expression n'est pas Art, si leurs capacités expressives en Art peuvent se développer, elles peuvent conduire à une amélioration de l'expression en générale. L'objectif en art-thérapie n'est pas de « faire » des artistes, l'objectif est thérapeutique, il vise le mieux être, l'autonomie physique, mentale et sociale. C'est le fait de viser un objectif, de tendre vers celui-ci qui oriente le résident dans une dynamique de soin. Mais si les progrès sont parfois « timides », l'autonomie peut être soutenue grâce à la confiance et à l'espoir. Certes, au premier abord, les capacités et facultés de ces personnes ne sont pas perçues de façon évidente, mais la confiance et l'espoir contribuent à entrevoir leurs potentiels. Il est en effet indispensable, lorsqu'on travaille auprès de ces personnes, d'avoir une attitude optimiste, non pas de croire à l'impossible, mais de croire en elles et de leur montrer qu'elles ont des potentiels à exploiter. La confiance, parce que celle-ci est largement conditionnée par la confiance que les professionnels leur témoignent. L'espoir, parce que sans lui, le thérapeute ne pourrait établir de projets avec les résidents, il ne connaît pas l'avenir, mais peut croire en lui, envisager le futur comme une ouverture au possible. La confiance et l'espoir développent chaque jour les potentiels de chacun.

B. L'amélioration du mode relationnel des personnes qui ont participé aux séances d'art-thérapie peut être discutée

1. Le cadre art-thérapeutique, le mode de communication et le temps semblent favoriser un mode relationnel plus adapté

Les séances d'art-thérapie peuvent permettre un mode relationnel plus approprié, parce que l'Art est un mode d'expression et implique des échanges sociaux par la communication et la relation ; et en arts plastiques, la distinction entre l'auteur et l'œuvre qu'il produit, lui permet également de s'en « détacher » et l'aide à se considérer comme sujet en relation avec le monde extérieur. D'autre part, une juste distance relationnelle instaurée par l'art-thérapeute (en recadrant, stimulant, et en adaptant la communication) amène également les personnes à s'adapter, en faisant des efforts (soit de respect, concernant S qui surinvestit la relation ; soit d'échange, concernant J qui peut manifester de l'angoisse face à une nouvelle rencontre). L'art-thérapeute tente de mettre en place un équilibre relationnel, visant la relation de sympathie*. Concernant S, elle parvient à s'intéresser à l'activité, et en fin de prise en charge, ajuste son mode relationnel à l'égard de la stagiaire. Concernant J, c'est avec le temps, une communication adaptée, un environnement apaisant, et le lien établi entre la stagiaire et l'éducatrice, qu'une relation de confiance s'installe. Ce dernier point, concernant le lien entre la stagiaire et l'éducatrice a eu en effet toute son importance pour favoriser le mode relationnel entre J et la stagiaire. En effet, le fait que l'éducatrice accompagne J pour venir

aux séances d'art-thérapie dans la salle d'activité (séances 8 et 9), installe un lien naturel qui tend à rassurer J. Puis, le fait que l'éducatrice s'implique également, (en dehors des séances) en aidant J à la réalisation d'un carton à dessin personnalisé, et du carton d'invitation pour l'exposition, favorise un lien entre J et la stagiaire. Cette relation professionnelle a en effet créé un « pont » qui a favorisé l'engagement, l'implication relationnelle et l'apaisement de J.

2. Les déficiences des personnes semblent limiter leur possibilité d'avoir un mode relationnel plus adapté

Cependant, les efforts fournis par les résidentes ne sont-ils pas ponctuels? Le retour dans l'unité d'accueil avec les professionnels habituels, n'amène t-il pas un retour des habitudes relationnelles de chacune ? L'importance du polyhandicap de S est telle, qu'elle est fortement dépendante des professionnels pour tous les actes du quotidien, (toilette, repas,...) et il est compréhensible que cet inévitable accompagnement, induise une implication relationnelle excessive. Le lien de dépendance dans les actes du quotidien peut induire un lien de dépendance affective. Ne pouvant ni marcher, ni parler, elle trouve dans la relation et la communication non verbale, un moyen d'expression, un moyen d'exister ; ses déficiences l'amènent à se tourner vers autrui, ce qui n'est pas toujours le cas chez la personne handicapée, qui pourrait avoir tendance à s'isoler. S, au contraire cherche à communiquer, par les gestes, et les pictogrammes, et puisqu'elle en apprend l'utilisation, il est bien qu'elle l'expérimente. C'est précisément sa capacité à entrer en relation qui est exploité et détournée en art-thérapie, au profit de l'activité d'arts plastiques, et qui pourrait sans doute être exploitée dans d'autres contextes susceptibles de l'intéresser.

Concernant J, son mode relationnel - inhérent à son trouble psychique - limite ses possibilités d'être en relation avec son environnement (lieux, objets et personnes). Bien qu'en fin de prise en charge, son mode relationnel est plus adapté, une fois la confiance établit, mais il semble qu'elle ait cherché à « s'engouffrer » dans la relation ; c'est le « tout ou rien » qui caractérise la relation chez J. Soit elle fuit la relation qui l'angoisse, soit elle la recherche à travers une présence « maternante » pour la rassurer. J a montré toutefois, qu'elle était capable de respecter la distance relationnelle instaurée par la stagiaire si nécessaire. Les échanges sont bien évidemment plus faciles avec l'environnement quotidien, et en particulier avec les personnes qu'elle connaît et voit depuis son entrée dans l'institution, et il existe des affinités ; mais y a-t-il réellement un échange ? S'agit-il d'une véritable relation ? Il semble que celle-ci reste complexe, et constitue une source d'inquiétude pour J, qui reste relativement inhibée, qui n'est pas à l'aise pour échanger, même avec les professionnels qu'elle connaît bien. Il est difficile d'affirmer à quel point l'art-thérapie, avec les effets relationnels induits par l'Art, et les arts plastiques avec leur particularité d'établir une distinction, peuvent l'aider à se distinguer de son environnement, pour être en relation avec lui. Cependant, les relatifs apaisement et équilibre relationnel qu'elle semble avoir trouvé avec la stagiaire sont objectivement constatés.

3. L'art-thérapeute privilégie la relation de sympathie avec le patient

Si comme le dit Bergson l'artiste a pour fonction de « voir » et « faire voir », parce que sa sensibilité est plus accrue face à son environnement, sa capacité à « ressentir » ce que peut ressentir autrui est sans doute également plus développé. Or ressentir ce que ressent le patient correspond à une relation « d'empathie* », terme très utilisé dans le secteur médical et paramédical. Si l'Art, par les effets relationnels qu'il induit, peut avoir tendance à installer une relation d'empathie entre le soignant et le soigné, l'art-thérapeute, par ses capacités à

ressentir est également à même d'instaurer malgré lui ce type de relation. Dans le **B, du III Hypothèse de la Partie I** de ce travail, nous avons vu comment l'identification (empathie) est intimement liée aux émotions. Catherine Belzung note à ce sujet que « *nous sommes capables de percevoir l'expérience émotionnelle de ceux qui nous entourent, ... Il nous suffit de regarder leur expression faciale, le ton altéré de leur voix, leurs cris ou leur comportement pour savoir qu'ils ont peur, sont en colère ou sont tristes. Et cela probablement car, lorsque nous observons la réponse émotionnelle d'un autre être vivant, nous activons en nous, partiellement, les aires cérébrales sollicitées par cette même expérience : quand nous observons l'expression faciale de la tristesse, nous activons l'aire cérébrale sollicitée en nous lorsque nous faisons l'expérience de la tristesse. Ainsi, nous ressentons en nous quelque chose du vécu émotionnel de ceux qui nous entourent. Cette aptitude est vraisemblablement à la base à la fois de nos comportements moraux et de notre empathie : nous évitons de faire souffrir autrui précisément parce que nous savons, nous percevons en nous, l'émotion qu'il ressentirait si nous le faisons souffrir. Ainsi, les émotions, ... sont aussi à la base de notre aptitude à construire un lien social* »³⁹. Mais l'empathie, qui est une attitude humaine, naturelle, d'identification ne favorise guère l'autonomie.

Etymologiquement, « empathie » signifie « dans la souffrance ». Du point de vue du soignant, il peut en effet être sensible à la souffrance du patient, la ressentir, alors il doit « se ressaisir » pour que son ressenti passe en quelque sorte dans le champ de la compréhension, de l'objectivité, il doit s'en détacher afin de le soigner. Son empathie doit donc laisser la place à la sympathie, pour permettre une distinction, une juste « distance » relationnelle soignant/soigné afin de favoriser l'autonomie, et le statut de sujet du patient, qui doit prendre conscience de son existence. Etymologiquement, la « sympathie », signifie « avec la souffrance » ; le soignant est avec le soigné, à ses côtés (physiquement bien sûr, mais aussi mentalement et socialement) pour l'aider à l'orienter vers un mieux-être. Dans la relation de sympathie, il s'agit d'une distinction, et non d'une confusion.

Ainsi, le lien de sympathie est plus favorable à l'autonomie des patients, mais dans certains cas, en début de prise en charge, l'empathie permet d'instaurer une relation de confiance. Concernant les deux prises en charges relatées dans ce travail, les premières séances se sont déroulées en ayant peu d'informations sur S et J, quand à leur anamnèse respective ou leur projet individuel. Ce choix a pour but d'établir avant tout une relation - sans omettre qu'il y a des déficiences - mais ne pas en avoir connaissances d'emblée, pour ne pas imposer ses propres limites. Il est tentant de vouloir tout savoir pour mieux soigner, mais le soin n'implique pas uniquement les connaissances (médicales et psychologiques), il implique également les ressentis. Les séances d'art-thérapie ont le soin pour objectif, mais elles sont d'abord et avant tout des rencontres, au delà des statuts (soignant/soigné), qui favorisent les échanges entre personnes, et par conséquent, des liens d'empathie et d'humanité*. La relation est un phénomène complexe et fragile, qui nécessite habileté de la part du soignant ; celui-ci doit trouver un équilibre relationnel, c'est-à-dire la « juste distance physique » (« je suis à distance de l'autre »), et établir une distinction (« je ne suis pas l'autre »), entre lui et le patient. Même s'il doit penser à l'autonomie physique, mentale et sociale du patient, et c'est bien là son objectif, l'art-thérapeute doit aussi penser au besoin du patient d'être accepté par les autres, lui qui est souvent incompris, et mis à l'écart de la société ; et ce compromis entre autonomie globale et acceptation sociale, semble trouver sa place dans une relation d'empathie, qui pourra laisser la place à une relation de sympathie quand le patient est prêt ou en mesure de l'accueillir.

39. Belzung Catherine – « Biologie des émotions » - avant propos, page8, Editions De Boeck Université, 2007
ISBN 978-2-8041-5375-5

C. L'épanouissement des personnes prises en charge en art-thérapie et la nature de celui-ci peuvent amener des interrogations

1. Les arts plastiques peuvent contribuer à l'épanouissement

La participation aux séances d'arts plastiques a aidé S et J à trouver un terrain d'épanouissement. En effet, à la fin des prises en charge, et suite à la présentation des travaux de chacune, leur bilan respectif tend à montrer que l'activité d'arts plastiques leur a plu, et a pu favoriser leur épanouissement et leur autonomie, ou désir d'autonomie. De nombreuses stimulations et recadrages ont été nécessaires pour aider S à s'engager, mais elle a finalement montré beaucoup de plaisir et une grande détermination dans la pratique. Quant à J, même si les plaisirs ressentis pendant les séances ne sont pas systématiquement visibles, l'activité lui plaît, elle en fait part à la psychiatre lors d'un rendez-vous, et à l'éducatrice avec laquelle elle réalise une pochette à dessins, ainsi que les cartons d'invitations pour faire part de l'exposition. De plus, elle fait elle-même la demande de participer, un jour inhabituel, à une séance de peinture (séance 12). Son intérêt et sa volonté de participer permettent d'affirmer que les arts plastiques, et particulièrement la peinture l'aide à s'épanouir. D'autre part, il est important d'ajouter que ces progressions concernant S et J, ne sont pas du seul et unique fait des séances d'art-thérapie. L'art-thérapie contribue aux améliorations ou soutient, mais il n'est pas seul, c'est une contribution, rappelons qu'il s'agit d'un travail d'équipe. Le travail réalisé par les autres professionnels ainsi que les multiples échanges et transmissions d'informations entre la stagiaire art-thérapeute et les professionnels ont contribué à ces progressions.

2. L'envie de participer aux séances n'est pas nécessairement liée à la pratique des arts plastiques

S'épanouir dans une activité signifie, que l'activité correspond à ses besoins, ses envies, et qu'ainsi elle gratifie nos sens et nous permet de ressentir une saveur existentielle. Mais cela signifie également de pouvoir la pratiquer pleinement, sans limites ni frustrations. Pour la personne en situation de handicap, dont les dysfonctionnements et incapacités limitent les possibilités de vivre pleinement cette activité, l'épanouissement ne peut être que partiel, ou ne pas être du tout. Dans certaines situations, il est difficile d'affirmer que les arts plastiques sont véritablement à l'origine d'un épanouissement. Malgré la détermination qui peut se manifester dans les séances d'art-thérapie, concernant S, cette volonté de participer est peut être l'occasion d'avoir une relation individuelle et privilégiée avec la personne qui l'accompagne, ce qui peut remettre en cause la nature de sa volonté de participer. De plus, aux vues de sa situation, S n'est pas en mesure de « faire » - les aides-soignantes, les éducatrices font à sa place - la détermination dont fait preuve S à la fin de la prise en charge, est-elle pour elle la possibilité de montrer qu'elle aussi est capable de « faire » quelque chose, d'être active et actrice dans une activité (quel quelle soit), ou cette détermination est-elle véritablement liée à un éventuel goût pour les arts plastiques ? Ou les deux à la fois ? Participe-t-elle parce que cette activité est nouvelle et lui permet d'échapper aux impératifs de l'institution ? Comment être certain que l'activité d'arts plastiques soit à l'origine d'un éventuel épanouissement ?

3. L'épanouissement a besoin de temps

La participation et l'envie de participer ont des effets thérapeutiques, parce qu'elles placent la personne dans une situation participative, qui l'implique physiquement, mentalement et socialement. Mais cette participation ne correspond pas nécessairement à un épanouissement. S'il est primordial de savoir ce qui peut épanouir un patient, il semble que le temps soit parfois utile. Le temps d'observation, de connaître, de ressentir sur plusieurs séances, pour identifier s'il s'agit d'un véritable goût pour l'activité artistique. Dans ce cas, l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut l'aider à s'épanouir, ou s'il s'agit d'une volonté de participer pour se valoriser vis-à-vis d'une situation de dépendance, ou encore s'il s'agit de participer dans un but relationnel. Dans ce dernier cas, il est vrai que le lien social participe à l'épanouissement des êtres sociaux que nous sommes, mais même s'il est adapté, il ne suffit pas ; si les besoins individuels de la personne, les aspirations profondément personnelles (faire de la peinture, du sport, la cuisine, du piano..), ne sont pas satisfaits, il ne peut véritablement s'épanouir. Cependant l'épanouissement peut demander du temps ; l'art-thérapeute peut rencontrer des difficultés à identifier si le patient aime l'activité, et doit songer à proposer d'autres dominantes artistiques, si nécessaire. Du point de vue du patient, s'il manque de confiance, il peut aussi ne pas être certain que l'activité lui plaise, il faut parfois lui laisser le temps de découvrir l'activité avec tout ce qu'elle offre de connaissances et de pratiques, (concernant les arts plastiques : dessin, peinture, collage, modelage, photographies,...) pour qu'il sache si elle lui permet de s'épanouir.

II. L'art-thérapie conjugue la subjectivité de l'artiste et l'objectivité du scientifique

A. Le caractère scientifique de l'évaluation en art-thérapie peut parfois être discuté

1. L'évaluation permet de rendre compte de façon objective de l'évolution des personnes

Pendant les séances, l'art-thérapeute observe la personne afin d'en évaluer la progression sur différents items (l'autonomie, le comportement, le mode relationnel, le plaisir artistique, l'engagement, etc...). L'évaluation permet de mesurer la progression de la personne, tout au long de la prise en charge. Ce qui est observé objectivement, est à même d'être observé par tous de façon rigoureusement identique, et donne à l'évaluation son caractère scientifique. Attentif à ce qu'il voit ou entend, l'art-thérapeute porte son attention sur des items précis. Certaines observations amènent des doutes et nécessitent d'être vérifiées sur d'autres séances dans les mêmes circonstances, mais aussi par d'autres personnes, en échangeant avec les équipes afin d'obtenir une évaluation la plus objective possible.

2. La subjectivité de l'art-thérapeute est impliquée dans l'évaluation

Une évaluation nécessite une démarche objective ; quand il s'agit d'évaluer une quantité (nombre de sourires, par exemple) la tâche reste relativement simple et vérifiable par tous dans l'absolu, mais lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité (d'un sourire) l'évaluation est plus complexe et elle est dépendante de l'individu qui observe. Elle passe donc également par les ressentis, la subjectivité de celui qui évalue. La subjectivité de l'art-thérapeute a sa place dans l'évaluation ; elle prend alors une valeur d'appréciation. Elle peut sembler contradictoire avec la recherche d'objectivité, mais elle existe. Les ressentis s'imposent, comme pour manifester leur importance et il semble intéressant de les utiliser, de s'en inspirer, plutôt que d'en faire abstraction. Non pas de les recevoir comme des vérités absolues - car s'ils ne font pas l'objet d'une réflexion, en tant qu'information brute, ils peuvent conduire à des interprétations plus ou moins proches de la vérité - mais plutôt de les accueillir comme éléments dont il faut tenir compte, sur lesquels on peut s'interroger, et en échanger avec les autres professionnels afin d'en mesurer le caractère objectif. De plus, de par son intérêt pour l'esthétique (domaine des sensations), et ses capacités artistiques, (praxie et savoir-faire) l'art-thérapeute, n'est il pas plus à même de ressentir son environnement avec plus de subtilité et d'exactitude ? Il ne peut avoir une confiance absolue en ses ressentis (les sens sont limités et trompeurs), ils ne peuvent en effet avoir d'emblée un caractère d'objectivité. Toutefois, quand ces impressions apparaissent, il semble pertinent de les accueillir, de les analyser, d'en échanger, et de les indiquer dans les fiches d'évaluations afin de compléter ses observations. Même s'il ne s'agit pas d'évaluations à caractère scientifique, il semble - en tout cas en art-thérapie - qu'elles aient autant d'importance que les observations objectives.

D'autre part, la subjectivité du soignant apporte une dimension humaine à l'évaluation. Ces observations personnelles ne sont donc pas des informations, des chiffres à placer dans des grilles ou de histogrammes, mais des suppositions, qui tendent en effet à considérer la personne autrement, en respectant sa part de mystère et d'inconnu propre à chacun de nous.

B. Etre art-thérapeute signifie avoir des pratiques artistiques et des connaissances générales sur les fonctionnements physiologiques et psychologiques des êtres humains

1. Un art-thérapeute est un artiste

Si cela semble évident au premier abord, en tout cas dans l'enseignement dispensé par l'école d'art-thérapie de Tours, il est important de le notifier dans la mesure où certaines formations enseignant l'art-thérapie, ne demandent ni connaissances, ni pratiques artistiques. Le soin est envisagé non pas grâce aux vertus de l'Art, mais par l'analyse du thérapeute, qui l'utilise non comme processeur, mais comme médiateur.

Dans notre propos, les connaissances et pratiques artistiques sont indispensables car elles permettent à l'art-thérapeute d'orienter le soin. Etant artiste, il est plus à même de percevoir ce qui peut contribuer aux gratifications sensoriels du patient. (Telle œuvre d'artiste, ou telle pratique, plutôt qu'un(e) autre peut l'inspirer, lui donner envie de pratiquer). Et de ce point de vue, il est important que l'art-thérapeute ait plusieurs compétences artistiques, afin de proposer un soin personnalisé au patient pris en charge. Chaque individu a des aspirations qui lui sont propres, et c'est ce qui fait sa personnalité, et chaque technique artistique à ses particularités.

2. La connaissance des particularités de certaines techniques artistiques permet à l'art-thérapeute d'orienter le soin

Comme il a été abordé dans ce travail, d'une manière générale dans la première partie, et d'une façon plus personnalisée dans les études de cas de la deuxième partie, les arts plastiques ont cette particularité avantageuse de laisser une trace. Concernant J, il a été observé une amélioration globale de son autonomie et épanouissement (du plaisir à pratiquer, des efforts du point de vue relationnel, de la gestion de ses angoisses, et de son engagement,...). Cependant, les progrès constatés amènent des questionnements. L'autonomie de l'œuvre a-t-elle réellement contribué à améliorer l'autonomie de la personne ? La distance et la distinction entre J et ses productions ont-elles contribué à son effort relationnel ? Il est en effet difficile d'affirmer que cette évolution positive soit le fait de cette particularité mentionnée ci-dessus.

Il est intéressant de constater que les arts plastiques ont aussi la particularité de solliciter les capteurs visuels. Parce que l'œuvre a une matérialité, elle peut être vue, mais également touchée, tel un être humain, elle remplit un vide dans l'espace. Ces éléments, du point de vue du handicap de J, sont peut être également à considérer vis-à-vis de la difficulté qu'elle rencontre à l'égard de ses angoisses.angoisses, de l'inconnu, du vide ? « Voir » est en effet un lien direct avec la réalité (même si celle-ci est altérée). Ne pas voir peut impliquer l'imagination, des suppositions, pouvant générer de l'angoisse. Pouvoir visualiser et toucher, a quelque chose de rassurant. Cette remarque nous amène à nous questionner sur la pertinence d'utiliser la musique avec J. Cette activité lui aurait-elle convenue ? Il n'y a pour l'instant pas de réponse à cette question. La musique n'a pas été expérimentée, puisque les arts plastiques lui convenaient. Les sons et les rythmes sont invisibles, ils ne produisent pas d'objet matériel dans l'espace. Ce manque de repères matériels et visuels n'est sans doute pas rassurant pour J, angoissée et troublée dans son mode relationnel ; il semblerait plus difficile, en effet, qu'elle prenne conscience de sa réalité dans le cas d'une production musicale, dans laquelle l'action et la production se confondent. Cependant, les sons proviennent d'un instrument de musique, qui lui est matériel, visible, et qui à nouveau peut rassurer. Au cours de ce stage, il a d'ailleurs été constaté, avec le groupe de « communication sonore », auquel participaient trois jeunes en situation de handicap mental, (concernés par des « Troubles du Spectre Autistique »), à quel point les instruments de musique ont été manipulés, et pas spécifiquement pour obtenir un son, mais plutôt pour le plaisir de les toucher, de les ressentir et les serrer fortement dans ses mains, ou contre soi, comme pour être rassuré par leur réalité, leur matérialité.

De la même manière, la question peut se poser pour la prise en charge de S. A plusieurs reprises, le changement de dominante a été envisagé, mais l'équipe semblait persuadée qu'il fallait poursuivre avec les arts plastiques. A aucun moment, pratiquer la musique n'a été abordé directement avec S, peut être aurait elle refusé. Il est vrai que son bilan a montré de véritables progrès, et un plaisir probable lié à la pratique des arts plastiques, mais aujourd'hui, avec cette petite expérience, des connaissances, une analyse et une réflexion, il est intéressant de se poser la question de la musique. S n'ayant pas accès au langage verbale, comme la grande majorité des jeunes accueillis dans cet IME, elle aurait pu produire des sons avec les instruments. Elle a peu l'occasion de s'exprimer avec les sons, à part quelques petits cris, elle aurait pu avec les instruments de musiques, d'une part ressentir des gratifications sensorielles, et d'autre part s'exprimer en produisant des sons, et pourquoi pas, en recherchant l'esthétique, d'autant que de nombreux instruments produisent des sons sans nécessiter une préhension importante ou une dextérité fine.

La musique produit donc des sons, qui contrairement aux arts plastiques sont invisibles. Cette particularité, ne serait-elle pas à l'origine de ce que la musique peut souvent induire : les mouvements du corps ? Ce phénomène correspond aux effets dynamogéniques de la musique⁴⁰. En effet, à l'écoute d'une musique, il n'est pas rare de constater des mouvements involontaires de la tête, des pieds battant la mesure. Il s'agit d'une réaction physiologique, impliquant un mouvement. Comme si la sensation auditive ne suffisait pas, elle en impliquerait une nouvelle, celle de ressentir son corps bougeant dans l'espace.

Avec les arts plastiques, s'il y a l'image, en revanche, il n'y a pas le son, ce qui peut donner envie de communiquer, donc non seulement de rechercher la relation, mais en plus, d'émettre des sons. Avec la musique, la production n'est pas visuelle, mais auditive, et peut entraîner une mobilité corporelle. Il semblerait donc qu'au cours d'une activité artistique, toute sensation en appelle une autre, comme si il était nécessaire qu'un maximum de capteurs sensoriels soient impliqués dans l'activité. Ces réactions physiologiques seraient peut être le moyen de trouver un équilibre sensoriel, afin de satisfaire autant les sensations visuels, auditifs que proprioceptives (*« sensations permettant de déterminer la position et les mouvements du corps, sans le contrôle de la vue », Manuel d'anatomie et physiologie humaines⁴¹*).

Les arts plastiques pourraient donc entraîner une expression verbale, pouvant impliquer la relation. La musique pourrait entraîner une expression corporelle, et du point de vue de la relation, ajoutons qu'elle a cette tendance très naturelle à « unir les hommes ». (Il s'agit du principe de sympathie mit en évidence par la musique⁴²). Puisque les sons sont invisibles, les personnes ne sont elles pas amener à orienter leur regard vers quelque chose de visible, fait de matière, en l'occurrence, d'autres hommes, et impliquerait donc une relation.

On comprendra l'importance de connaître ces particularités, d'un point de vue art-thérapeutique, afin de les exploiter, selon les personnalités et les capacités des personnes prises en charge.

3. Un art-thérapeute a des connaissances scientifiques

Parmi les connaissances médicales générales enseignées pendant la formation en art-thérapie, la physiologie, et la neurophysiologie apportent des connaissances sur la structure des cellules, leur fonction et leurs échanges. Non pas que le l'art-thérapeute ait pour fonction d'analyser les cellules des patients, mais tout ce qui se produit à échelle cellulaire peut être transposé à échelle humaine. Ces connaissances sont donc pertinentes de ce point de vue car elles permettent d'établir des comparaisons et de s'interroger, notamment sur le rôle de chaque être humain. Dans le « Manuel d'anatomie et physiologie humaines », il est noté que *« Chaque cellule est une unité structurale et fonctionnelle vivante...Dans le corps, chaque type de cellule joue un rôle unique et contribue aux nombreuses activités fonctionnelles reliées à l'homéostasie de l'organisme humain. »*⁴³ Ces quelques mots, transposés à échelle humaine, permettent d'envisager chaque individu comme étant unique et ayant un rôle dans la société, à laquelle il participe afin de trouver un équilibre (en lui, et au sein de la société). C'est ce qui caractérise l'être humain à la fois dans sa nature individuelle, et sa nature sociale. Les fonctions des cellules et les échanges intracellulaires ont pour but de maintenir le corps

40. Concernant les effets dynamogéniques de la musique : www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1953_num_53_1_8685, « Mémoires originaux »

42. Forestier Richard, « Tout savoir sur l'art-thérapie », chapitre sur la relation, p35

41.43. « Manuel d'anatomie et physiologie humaines », Tortora et Derrickson, éd. de boeck sur les sensations proprioceptives, p292, 293 et sur « Les cellules », chap.3, p42.

humain en bonne santé ; par extension, un individu qui répond à ses « fonctions » (bon rapport savoir/saveur) et échanges avec d'autres individus s'oriente vers un bien-être. Il ne peut véritablement « fonctionner », ou plutôt s'épanouir qu'en échangeant avec les autres.

Il s'agit là de connaissances générales de bases, qui permettent à l'art-thérapeute d'avoir une première approche sur les êtres humains, mais ces connaissances doivent être complétées et mises à jour, selon les avancées scientifiques et selon les publics avec lesquels il est amené à travailler.

III. L'« Amour de soi » est un sentiment à considérer en art-thérapie

A. L' « estime de soi » est une appréciation globale concernant l'affirmation, la confiance et l'amour de soi

« L'amour » de soi, serait un terme plus approprié que « L'estime » de soi. Cette proposition, évoquée par Fabrice Chardon, participant entant qu'enseignant à la formation d'Intervenant Spécialisé en Art-thérapie (ISA) et Diplôme Universitaire (DU) d'art-thérapie, en qualité d'art-thérapeute, psychologue clinicien et musicien, amène à s'interroger sur le sujet. Il propose donc de considérer « l'estime de soi » comme étant le sentiment qui englobe la « confiance en soi », l'« affirmation de soi » et l'« amour de soi » ; sans donner plus de précisions, si ce n'est que les mots « estime » et « amour » sont d'une origine commune.

S'agit-il simplement de changer les mots par souci de terminologie, ou s'agit-il d'apporter une réflexion utile à l'art-thérapie ? Cette remarque permet de se questionner sur le sujet, sur le sens des mots et leur valeur au cœur d'une discipline.

Il semble en effet que « l'estime de soi » soit un sentiment plus de l'ordre d'une appréciation globale que l'on porte sur l'ensemble de sa personnalité ; et ce sentiment semble porter en lui l'idée d'évaluation, ce qui demande de porter un regard objectif sur soi.

« L'amour de soi » ne semble pas relever d'une appréciation globale, mais plutôt d'un sentiment à la fois profond et dynamique. Profond, parce que plus difficile à définir, ou à évaluer et dynamique parce qu'il peut se penser en terme de mouvement et d'action. En effet, l'amour est un sentiment reçu par les autres, ressenti pour soi et pour les autres et transmet aux autres, il implique donc une impression, et une expression, ce qui lui confère des propriétés dynamiques, et rende difficile son évaluation. Évaluer la confiance en soi et l'affirmation de soi est plus évident, parce que ces sentiments sont vérifiables dans les expressions (avoir confiance en soi pour passer à l'action, et s'affirmer en verbalisant ses opinions), mais évaluer l'amour qu'on a de soi semble complexe, parce qu'il s'agit d'une impression, et parce que le sentiment amoureux est plus naturellement réservé aux autres (« je m'aime » n'est certainement pas une expression très employée). Il est un sentiment qui s'extériorise, il pousse à l'action, à la vie, et à l'échange. Toutefois, si l'amour intérieur, celui que l'on ressent pour soi peut être difficile à identifier, il peut se traduire et s'observer dans nos élans corporels, par ce qu'on fait pour son bien-être, par ses actions réalisées dans une recherche de plaisir et de qualité existentielle. Toutefois, ces actions nécessitent de la confiance en soi. L'amour et la confiance sont intimement liés, ils semblent indissociables. Comment se faire confiance si on ne s'aime pas ? L'amour de soi semble être à l'origine des autres sentiments, il semble être la source nécessaire, permettant de ressentir la confiance, l'envie d'agir, l'envie de vivre et d'exister en relation avec d'autres personnes.

B. L'amour est au carrefour de l'Art et du soin

La question de l'amour ainsi abordée, l'amour reçu, l'amour de soi, l'amour ressenti pour les autres, et transmis aux autres, donne à l'art-thérapie toute sa valeur humanitaire. L'Art, qui implique, un savoir faire, une orientation esthétique, n'est il pas directement lié à l'amour ? La réalisation d'une œuvre, demande une attention mentale et physique particulière pour réaliser une production de qualité (bien faite), et un effort pour s'orienter vers la beauté ; une activité artistique ne peut s'accomplir véritablement sans amour (intérêt pour l'activité, pour soi et pour les autres, puisque l'expression artistique s'oriente vers le monde). La recherche d'esthétique est une recherche d'amour. L'artiste qui partage ses productions recherche la reconnaissance de la part d'autrui. Il s'agit, inconsciemment de recevoir l'amour des autres, pour s'aimer soi et aimer les autres en retour.

Concernant le soin, en art-thérapie, (comme dans d'autres disciplines de soin), il demande lui aussi une attention particulière, et un effort à l'égard du patient, parce qu'un soignant, est avant tout un être humain, avec ses qualités certes, mais aussi ses failles ; soigner quelqu'un ne va pas de soi. Le soignant fait appel à ses qualités humaines, mais aussi à ses compétences de soignant pour l'orienter vers un mieux-être, ce qui implique des connaissances et des efforts. Si la bienveillance, la patience ou la douceur peuvent être naturelles chez le soignant, communiquer avec certains patients peut demander un effort. Il est nécessaire dans certains cas d'adapter sa communication, son mode relationnel, dans l'intérêt sanitaire et existentiel de la personne soignée. Cependant, il s'agit là d'efforts restants à la portée du soignant, dans la mesure où celui-ci porte un intérêt naturel aux êtres humains, il vise naturellement le bien-être du patient, et est alors en mesure de mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'orientation de ce mieux-être.

Ainsi l'art-thérapie, impliquant l'Art dans le soin, est la discipline qui, orientant vers l'idéal de beauté, oriente vers l'idéal de santé. Si l'idéal ne s'atteint pas, il est un objectif à atteindre, par les chemins de l'effort. L'intérêt de s'interroger sur l'amour, l'amour reçu, l'amour de soi, et l'amour ressenti et transmit, c'est qu'il donne encore plus de sens à l'humanité que vise l'art-thérapie. L'art-thérapeute vise le soin (le bon état sanitaire), mais il vise également l'humanitaire (être humain qui s'intéresse aux autres êtres humains), et considérant le mot « amour », il considère le patient comme un être à « aimer », c'est-à-dire à aider dans la quête de l'amour de soi, quand celui-ci n'est pas suffisant, afin qu'il s'oriente dans une démarche de soin. L'amour est donc au cœur du soin, car il en est l'élément déclencheur ; si la personne n'a pas un minimum d'amour pour elle-même, pourquoi aurait-elle envie d'aller mieux ? C'est bien l'amour qui contribue aux mieux-être. L'Amour est vecteur de bonne santé, comme l'Art est vecteur de beauté. L'amour reçu par les autres et qu'on ressent pour soi, est une source d'énergie qui favorise l'action, la vie, la santé.

Du point de vue du thérapeute, soigner des personnes demande un minimum d'amour pour l'humanité, sinon pourquoi faire le choix de soigner des personnes qu'on ne connaît pas ? L'amour est un terme et surtout un sentiment approprié à l'art-thérapie, discipline qui pousse à l'action, et à la relation. C'est bien l'amour qui donne l'envie, qui implique le mouvement et permet la vie ; lié à l'Art et au soin, il trouve ainsi sa place dans les objectifs à atteindre pour les patients, mais il ne peut être considéré seul, il n'est véritablement perçu que dans les actions du patient, dans ses expressions verbales, corporelles, et dans ses comportements sociaux. S'il est difficile de savoir comment il perçoit son corps et se le représente (ressenti et structure corporel), son élan corporel, lui, est plus facilement observable ; est ce qu'il agit ? Et ses actions se font-elles sans conviction, ou au contraire, sont-elles teintées d'envie et d'amour ?

Si le sujet de l'Amour est très largement abordé en Art, il est également l'objet de recherche scientifique. Au-delà de l'activité mentale suscitée par le sentiment amoureux,

celui-ci est à la base un phénomène physiologique. « À l'image des flèches décochées par Cupidon, des stimuli sensoriels sont envoyés et perçus par chacun des protagonistes, traversent leur cerveau, ravivent des images et déclenchent ici et là une cascade de réactions hormonales et neuronales. Les biologistes tentent de nous en convaincre aujourd'hui : l'amour ne se résume pas à un acte mental. Derrière le comportement amoureux, les chercheurs traquent le fonctionnement de certains états biologiques comme l'émotion, le désir, le plaisir et l'attachement. Des processus qui, associés à la cognition et aux messages sensoriels, dessinent les contours du sentiment amoureux. »⁴⁴ Le sujet de ce mémoire ne concerne pas le sentiment amoureux, mais on peut comprendre que l'intérêt de la science pour ce phénomène permet de mieux l'appréhender dans les relations humaines, du point de vue des échanges des cellulaires.

IV. L'esthétique et l'éthique* ont des orientations communes

A. Le beau n'est pas qu'une question de sensation

L'esthétique concerne la sensation du beau. Le beau est un idéal, qui se conçoit principalement par rapport à la vue (en art plastique) à l'ouïe (en art musical) et à l'équilibre (en art corporel), les autres sens ne concernent pas le beau (on ne dit pas d'une sensation gustative ou olfactive qu'elle est belle, mais bonne). Outre certaines sensations, la beauté concerne aussi les actes des individus. Demander ou accepter le pardon, par exemple, peut être un *beau* geste entre deux êtres humains. Cette beauté ne concerne pas une chose à regarder ou à écouter, elle ne se conçoit pas sous son aspect sensoriel, elle est une beauté morale. La beauté n'est donc pas seulement affaire de sensation, elle concerne également le respect et l'amour (ou amitié) de l'autre, et de ce point de vue, elle rejoint la question de l'éthique. L'éthique consiste à faire « le bien », à être « bon », pour accomplir de « beaux » gestes.

B. L'esthétique et l'éthique demandent un effort

L'Art, visant l'esthétique (sensation agréable générée par la beauté), la thérapie (le soin) visant l'éthique (respect, dignité et intégrité du patient), l'art-thérapie a bien une visée thérapeutique et humanitaire, mais ces orientations requièrent un effort.

En effet, puisque le beau ne peut s'atteindre - il est un idéal - c'est l'orientation vers cet idéal, le chemin parcouru qui demande un effort. En faisant appel à ses sensations, l'artiste, faisant abstractions d'autres paramètres (quantitatifs par exemple), recherche à produire du beau. Par cet effort d'abstraction, sa recherche du beau est donc fondée sur un effort. (*Cette question est abordée par Richard Forestier, dans le chapitre III L'esthétique, dans « Regard sur l'Art »*). Nous avons abordé dans le chapitre précédent le soin, quand à l'effort qu'il peut parfois impliquer. Au-delà des efforts d'adaptation dont doit faire preuve le soignant, le soin

44. Article de Fabrice Impériali, « La Biologie à la conquête de l'Amour », <http://www2.cnrs.fr/journal/1232.htm>

demande un effort encore plus important d'un point de vue éthique. Non pas que le soignant ne souhaite pas respecter le patient, au contraire, mais le respect n'est pas chose si simple à considérer. Il consiste à tenir compte de la personne, dans ses choix, et à les respecter. Ce qui pourrait paraître évident, mais qui en réalité ne l'est pas, car tout être humain a naturellement tendance à imposer ses limites, là où il n'y en a pas. Donc « tenir compte », face aux limites imposées par le handicap, n'est pas chose systématique, cela ne va pas de soi. La personne en situation de handicap, malgré ses incapacités, aussi lourdes soient-elles, peut avoir un avis sur sa situation, sur sa vie. A ce sujet, Simone Korff-Sausse, qui a participé à l'écriture de « *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques* » aborde ce que pense la personne handicapée elle-même sur les questions d'éthique. « *La position subjective de la personne handicapée est généralement occultée dans ces réflexions* »⁴⁵. Elle est la première concernée, et son avis n'est que rarement consulté. Il est facile de présupposer qu'elle ne sait pas ou ne peut pas donner son avis, puisqu'elle n'est pas en mesure de savoir ou de faire un certain nombre de chose ; voilà les limites des gens « normaux » qui tendent à s'imposer. L'effort concerné par l'éthique consiste à aller dans le sens de la morale, c'est-à-dire à s'orienter vers le bien, le plus adapté à la personne, visant son bien-être, en tenant compte de son avis. C'est un effort d'objectivité de la part du soignant : il doit s'interroger non pas sur ce qu'il peut supposer être bien pour le patient (en se « mettant à sa place », ce qui suppose de l'empathie), mais plutôt sur ce qui est bien pour le patient, son bien à lui, en tenant compte de sa personnalité, de ses aspirations,... et dans le meilleur des cas, de lui demander. La personne réduite à son handicap, est aussi souvent réduite au silence, on ne tient pas compte de ce qu'elle dit ou pense. Quelque soit les déficiences du patient, il est important de toujours privilégier cette attitude qui consiste à le considérer comme une personne, avant de considérer son handicap. Voir la personne au premier plan, avant ses déficiences, pousser ces limites qui s'imposent, demande de se questionner d'un point de vue éthique sur les pratiques du soin et peut demander un effort.

45. « Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques », p78, sous la direction de Régine Scelles, avec la participation d'Albert Ciccone, Simone Korff-Sausse, Sylvain Missonier et Roger Salbreux, Ed. eres 2012, ISBN : 978-2-7492-0955-5

CONCLUSION

Les personnes en situation de handicap mental ou en situation de polyhandicap souffrent d'un manque d'autonomie et ont une qualité existentielle altérée. Les différentes équipes de l'Institut Médico-Educatif, dans lequel elles sont accueillies, mettent en place des projets individuels afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques de chaque personne. Cependant les objectifs principaux et communs aux personnes accueillies sont de les orienter vers plus d'autonomie et d'améliorer leur bien-être.

L'art-thérapie à dominante arts plastiques a pu contribuer à ces améliorations, en aidant les personnes à ressentir des gratifications sensorielles, à s'orienter vers l'esthétique, en les encourageant, en les stimulant, en valorisant l'expression de leur personnalité à travers leur goût, en les orientant vers des connaissances, un apprentissage et des expérimentations artistiques, et en cherchant à adapter leur mode relationnel. Elles sont parvenues progressivement à s'engager physiquement et mentalement dans la pratique des arts plastiques, et à s'orienter vers un mode relationnel plus adapté. Les échanges avec les différents professionnels (éducateurs, Aide-Médico-Psychologique, équipe paramédicale) et leurs conseils ont contribué à ces progrès.

Lors des premières rencontres au cours des séances d'art-thérapie, il est vrai que le manque d'expérience, et de connaissance du public, ont soulevé des appréhensions et des interrogations sur ce qui pourrait être réalisé en atelier d'arts plastiques. D'une part, les incapacités des personnes étaient perçues avant leurs potentiels, et d'autre part, l'expérience d'artiste s'imposait, c'est-à-dire que l'activité d'arts plastiques n'était pas envisagée de la même manière. « *L'objectif en art-thérapie n'est pas d'en faire des artistes, mais de leur apporter un soin* » ; si au premier abord, cela semble évident, le sens de cette phrase, souvent énoncée par Richard Forestier, a été véritablement compris, lorsqu'à débuté l'expérimentation. La pratique était en effet nécessaire pour ressentir, puis comprendre réellement de quoi il s'agissait. Dès lors, les incapacités perçues rapidement, ont nécessité d'envisager l'activité autrement, en adaptant la manière de présenter globalement l'activité, mais aussi en adaptant sa communication. Progressivement, au cours des prises en charge, les personnes ont montré qu'elles étaient capables et volontaires pour participer aux séances et réaliser des productions artistiques. Cet engagement et ces efforts qui se sont petit à petit manifestés, sont pour les gens « ordinaires » une leçon d'humanité. En effet, la surprise ou l'étonnement ont souvent été ressentis devant certaines situations ou certains comportements qui tendaient vers l'autonomie, ou en tout cas, un désir d'autonomie.

Ces séances d'art-thérapie permettent donc de réaliser ce mémoire, mais surtout, sont des rencontres humaines, riche d'enseignements, mis en forme dans ce travail écrit, mais qui ne remplace pas la réalité ressentie et vécue au moment de ces rencontres. Si ces séances ont apportés des bénéfices à S et à J, parce que l'Art a ce pouvoir d'éduquer, d'entraîner et de mettre en relation, ces rencontres, du point de vue du soignant ont enseigné peut être plus encore... la richesse d'un être humain, ses potentialités parfois enfouies qui s'expriment petit à petit.

Il semble intéressant d'ajouter quelques lignes concernant les nombreux intérêts et questionnements que cette formation et ce stage pratique ont pu susciter. Au delà des questionnements sur l'amour, ou l'éthique qui ont été abordés dans la discussion, il est intéressant d'aborder également les connaissances et compétences de l'art-thérapeute.

L'objectif en art-thérapie étant le bien-être du patient, mais l'art-thérapeute doit également avoir des objectifs personnels quand à ces connaissances médicales, il doit les approfondir, doit évaluer ses interventions, en ayant un œil critique afin d'être le plus objectif possible. Il doit donc trouver un équilibre entre la confiance et la remise en question. Avoir confiance en soi, en ce qui est proposé au patient, tout en sachant remettre en cause ce qui lui est proposé. Si une prise en charge ne « fonctionne » pas, il peut être difficile de savoir d'où vient ce dysfonctionnement. Les limites du patient ? Celles de l'art-thérapeute ?

D'autre part, du point de vue de l'Art, il doit élargir ces compétences d'artiste. Pour son plaisir, certes, mais surtout pour proposer un soin le plus personnalisé et le plus adapté aux personnes. Au cours de cette formation, l'occasion s'est présentée de découvrir d'autres techniques artistiques, telles que le théâtre, la danse, la musique. L'intérêt porté aux arts plastiques depuis de nombreuses années, et à l'Art en général, s'est en effet accru avec cette formation et ces journées de découvertes. Si ces techniques ont toutes des particularités qui les distinguent entre elles, elles ont toutes en commun d'être pratiquées par des artistes. Qu'il soit plasticien, comédien, poète, danseur, ou musicien, l'artiste « ressent ». Chaque capteur sensoriel à son rôle propre, mais l'être humain capte, et ressent son environnement avec tous ses sens en même temps. Si un artiste a des prédispositions pour une technique, les autres techniques ne lui seraient-elles pas relativement accessibles ?

Ce travail s'achève, et il abordera en dernier lieu, l'objectivité et la subjectivité des êtres humains. Cette expérience -comprenant l'enseignement théorique et les stages – a permis en effet, d'avoir à ce jour, un autre regard sur la façon d'aborder l'être humain et la relation d'aide. Il s'agit de considérer autant la subjectivité de l'individu pour respecter sa personnalité, ses ressentis que de considérer son objectivité, c'est-à-dire, l'aider à l'orienter vers sa faculté critique, qu'il puisse avoir un regard sur lui et ses relations avec son environnement. ; parce qu'aider une personne, consiste à avoir une attitude pédagogique envers elle, à l'orienter vers une plus grande conscience de ses aspirations, afin qu'elle soit le plus autonome possible tout en étant en accord avec sa personnalité.

LISTE DES SCHEMAS, ILLUSTRATIONS ET GRAPHIQUES

- **Schéma N°1** : représentation et description de l'opération artistique, utilisée en art-thérapie-
- **Schéma N°2** : cibles thérapeutiques dans l'opération artistique de S.
- **Illustration N°1** : production de S, (gouache et collage) réalisée au cours d'une séance.
- **Graphique N°1** : illustre la nature des interpellations, le mode relationnel et la volonté de S au cours des séances d'art-thérapie
- **Graphique N°2** : illustre les initiatives, le plaisir et la fierté de S au cours des séances
- **Schéma N°2** : cibles thérapeutiques dans l'opération artistique de J
- **Illustration N° 2** : production de J (gouache), réalisée au cours d'une séance d'art-thérapie
- **Graphique N°3** : illustre la gestion des angoisses, l'autonomie et la participation de J au cours des séances
- **Graphique N° 4** : illustre l'envie d'apprendre, d'expérimenter, la manifestation d'angoisse et le mode relationnel de J

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- . **Aristote** - « Poétique », Edition des Belles Lettres, 1990, ISBN : 2-253-05241-8
- . **Balestrière Lina** - « Au plus près de l'expérience psychotique », édition Eres 2009
- . **Baumgarten A.G.** - « Esthétique », Ed. L'Herne Paris 1988, ISBN : 2-85197-606-0
- . **Belzung Catherine** - « Biologie des émotions » - Editions De Boeck Université, 2007, ISBN 978-2-8041-5375-5
- . **Bergson Henri** - « La pensée et le mouvant », édition Puf, 2009
- . **Brunet, Blanc et Margot**, « Polyhandicap - Handicap sévère, Activités motrices et sensorielles » édition Actio 2009
- . **Dictionnaire Médical Garnier Delamare**, 31^{ème} édition Maloine 2012
- . **Dictionnaire Le Petit Robert**, édition 2012
- . **Forestier Richard**, « Tout savoir sur l'Art occidental », éd. Favre 2004, ISBN : 2-8289-0762-7
- . **Forestier Richard**, « Tout savoir sur l'art-thérapie », 6^{ème} éd. Paris, Favre 2009, ISBN : 2-8289-0635-3
- . **Forestier Richard**, « Regard sur l'art, approche épistémologique de l'activité artistique », édition See you soon, ISBN : 2-9525543-0-7
- . **Gaetner Rose**, « De l'imitation à la création- Les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme », édition PUF

- . **Gérard Zibri, Dominique Poupée-Fontaine**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} éd., presses de l'EHESP
- . « **Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques** », sous la direction de Régine Scelles, avec la participation d'Albert Ciccone, Simone Korff-Sausse, Sylvain Missonier et Roger Salbreux, Editions eres 2012, ISBN : 978-2-7492-0955-5
- . **Hanus M. et Louis O**, « Psychiatrie pour l'étudiant », 11^{ème} édition Maloine
- . **Kandinsky Vassily** « Du spirituel dans l'art, et dans la peinture en particulier », Edition Denoël, 1989
- . **Organisation Mondiale de la Santé, OMS**, « CIF-EA Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé » 2012 ISBN (OMS) 978-92-4-254732-0
- . **Pankow Gisela** « L'homme et sa psychose », édition Aubier-Montaigne 1979
- . **Platon**, « Phèdre », Edition Garnier Flammarion, 1999
- . **Tortora et Derrickson**, « Manuel d'anatomie et physiologie humaines », édition de boeck

SITES INTERNET CONSULTES :

- . « La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », Chapireau François *Gerontologie et société*, 2001/4 n° 99, (consulté le 2 janvier 2014), <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2001-4-page-37.htm>
- . Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique Et de Réadaptation, (consulté le 2 janvier 2014), http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=643
- . « OMS » consulté sur www.euro.who.int
- . « Une société pour tous les âges » Fiche pédagogique 5ème risque (consulté le 2 janvier 2014) <http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/autonomie.pdf>
- . www.droitausavoir.asso.fr , « Fiche handicap » Toubhan Marie-Pierre
- . www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1953_num_53_1_8685, « Mémoires originaux » concernant les effets dynamogéniques de la musique
- . www2.cnrs.fr/journal/1232.htm, Article de Fabrice Impériali, « La Biologie à la conquête de l'Amour »
- . college-genetique.igh.cnrs.fr
- . www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1953_num_53_1_8685
- . Article de Fabrice Impériali, « La Biologie à la conquête de l'Amour », <http://www2.cnrs.fr/journal/1232.htm>

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

&

AFRATAPEM

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

Soutenu le : 26 février 2014

Par : Andreyitch Ingrid

L'art-thérapie à dominante arts plastiques expérimentée auprès de personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap accueillies au sein d'un IME

Les personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap, désavantagées sur le plan social, mental et/ou moteur, sont limitées dans leur possibilité de s'épanouir ; en effet, pouvoir développer ses potentiels nécessite apprentissages, expérimentations, et échanges sociaux, or leurs déficiences, et incapacités représentent des obstacles face à la découverte de l'environnement (lieux, activités, personnes,..). Accueillies au sein d'un IME, elles sont aidées et accompagnées au quotidien, dans différents aspects de la vie (soin, éducatif,..), afin d'améliorer leur qualité existentielle, et maintenir leur autonomie. L'art-thérapie à dominante arts plastiques est expérimentée dans cette Institution et peut contribuer, comme d'autres activités proposées par l'ensemble des équipes, à favoriser leur épanouissement et leur autonomie. L'expression artistique les aide à s'engager dans un projet artistique, permet d'améliorer la confiance en leurs potentiels, et valorise leur personnalité en affirmant leurs goûts esthétiques. Bien que les améliorations constatées soient relatives, aux vues de l'importance des déficiences et du contexte institutionnel, elles existent et nécessitent notamment, confiance, dynamisme, espoir et humanité de la part de tout soignant.

Mots clefs : Art-thérapie/ handicap/ autonomie/ épanouissement/ expression artistique.

Art-therapy with mainly visual arts experimented with mentally handicapped people or polyhandicapped people welcomed in a Medical and Educational Institute

Mentally handicapped people or polyhandicapped people, being disadvantaged on a social, mental and/ or physical ground, are limited in their possibilities to bloom. Indeed, being able to develop one's potential requires learning, experimenting and social exchanges, whereas polyhandicapped people's deficiencies and unabilities represent difficulties concerning the discovery of a new environment (places, activities, people...). When they are in a « IME », they are helped and accompanied every day in the different aspects of life (care, learning...), in order to improve their life comfort and maintain their autonomy. Art-therapy with mainly visual arts is experimented in this Institute and can contribute, like other activities suggested by the whole team, to favour their blooming and their being autonomous. Artistic expression helps them to commit themselves to an artistic project, enables them to have a better confidence in themselves and increases the standing of their personalities through affirming their aesthetic tastes. Though the stated improvements are relative, considering the importance of the deficiencies and of the institutional context, they do exist and demand, in other things, confidence, dynamism, hope and humanity from every nursing person.

Key words : Art-therapy/Handicap/Autonomy/Blooming/Artistic expression