

N°
Note :

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE - TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherches & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTES ARTS VISUELS BIDIMENSIONNELS,
POÉSIE ET ÉCOUTE MUSICALE
AUPRÈS DE PERSONNES VICTIMES
D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL RÉCENT**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'art-thérapie**

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présentée par Emily ROCHARD

Année 2014

Sous la direction de
ZAVANONE Chiara
Médecin neurologue
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Pavie, Italie.

Stage pratique d'art-thérapie réalisé au sein du
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière - Charles Foix
Service de Soins de Suite et Réadaptation
du professeur Sophie Dupont
Pôle des Maladies du Système Nerveux
47-83 boulevard de l'Hôpital 75013 Paris

N°
Note :

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE - TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherches & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTES ARTS VISUELS BIDIMENSIONNELS,
POÉSIE ET ÉCOUTE MUSICALE
AUPRÈS DE PERSONNES VICTIMES
D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL RÉCENT**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'art-thérapie**

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présentée par Emily ROCHARD

Année 2014

Sous la direction de
ZAVANONE Chiara
Médecin neurologue
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Pavie, Italie.

Stage pratique d'art-thérapie réalisé au sein du
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière - Charles Foix
Service de Soins de Suite et Réadaptation
du professeur Sophie Dupont
Pôle des Maladies du Système Nerveux
47-83 boulevard de l'Hôpital 75013 Paris

Remerciements

Mes premiers remerciements vont aux patients du service de Soins de Suite et Réadaptation Neurologie du groupe Pitié-Salpêtrière ainsi qu'à leur famille et amis pour avoir accueilli l'art-thérapie avec beaucoup de sincérité.

Ensuite, j'adresse un grand merci à l'ensemble de l'équipe du service hospitalier et plus particulièrement au Docteur Kosta Vassilev qui m'a accompagné durant ce stage pratique. Mon intégration est due à la bienveillance, à la curiosité et à l'absence de préjugés de chacun.

Je remercie tout spécialement Marisa Denos, neuropsychologue, qui a su aiguïser mon esprit critique.

Je tiens également à remercier l'ensemble des intervenants de l'AFRATAPEM et de l'UFR de Médecine de Tours qui, durant deux années, m'ont enseigné l'art-thérapie, devenue une véritable vocation pour moi aujourd'hui. Je tiens à citer Valérie Landrault, Fabrice Chardon et Richard Forestier.

J'exprime toute ma reconnaissance au Docteur Chiara Zavanone qui a accepté de suivre la rédaction de ce mémoire. Je la remercie pour sa confiance, sa disponibilité et sa pédagogie.

Enfin, un immense merci à Thomas, mon ange gardien qui croit toujours en moi.

Merci à ma famille, mes amis et mon employeur pour leur soutien.

Je tiens à remercier plus particulièrement Tiphaine, Juliette, Sylvie, Philippe, Cyrille, Marieke, Elsa et Florine pour leurs conseils avisés et leurs encouragements.

**Une expérience d'art-thérapie à dominantes arts visuels bidimensionnels,
poésie et écoute musicale auprès de personnes victimes
d'un Accident Vasculaire Cérébral récent**

Remerciements	1
Plan	2
Glossaire	6
Introduction	8

I - L'art-thérapie à dominantes arts visuels bidimensionnels, poésie et écoute musicale peut aider les personnes ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral récent à améliorer leur qualité de vie au service de leur autonomie.	10
---	-----------

A - L'Accident Vasculaire Cérébral peut provoquer une perte d'autonomie chez sa victime.	10
1 - La bonne santé inclut l'autonomie.....	10
2 - L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une pathologie fréquente et un problème de santé publique.....	10
3 - L'AVC est dû à la réduction brutale du débit sanguin en aval de l'occlusion ou de la rupture d'une artère cérébrale.....	11
a - Une lésion cérébrale peut provoquer des déficits moteurs, sensitifs et des troubles du langage.....	12
b - Une lésion cérébrale peut provoquer des troubles cognitifs et comportementaux.....	12
4 - Les troubles dus à un AVC peuvent entraîner une perte d'autonomie.....	13
5 - Le manque d'autonomie influe sur la qualité de vie de la personne devenue objet et non plus sujet de son existence.....	14

B - La pratique des arts visuels bidimensionnels et de la poésie nécessite d'être autonome ; l'écoute musicale pose la question de l'autonomie mentale.	14
1 - L'Art est une expression humaine volontaire orientée vers l'esthétique.....	14
2 - L'Art est composé de différentes techniques dénommées «arts».....	15
a - Les arts visuels bidimensionnels s'apparentent aux arts plastiques et graphiques.....	15
b - La poésie est un art littéraire.....	15
c - L'écoute musicale appartient à la musique.....	16
3 - L'opération artistique aide à déterminer les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique.....	16
4 - Les mécanismes de l'impression invoqués par l'activité artistique imprègnent l'être humain.....	17
5 - L'activité artistique fait émerger chez l'être humain une pratique, une expression.....	18
6 - L'Art implique la communication ou la relation.....	19

C - Des séances d'art-thérapie à dominantes arts visuels bidimensionnels, poésie ou écoute musicale peuvent aider une personne ayant subi un AVC récent à rééduquer sa qualité existentielle et par là, recouvrer une partie de son autonomie.	19
1 - L'être humain cherche naturellement à être heureux.....	19
2 - Les séances d'art-thérapie se déroulent dans un cadre bienveillant et sécurisant.....	20
3- Les séances d'art-thérapie permettent au patient de ressentir des gratifications sensorielles et de s'exprimer.....	21
4 - La pratique des arts visuels bidimensionnels et de la poésie laisse une trace de la personnalité du patient.....	22
5 - L'investissement dans un projet artistique permet d'agir sur les troubles moteurs, sensoriels et cognitifs du patient.....	23
a - Les troubles sont visés directement.....	23
b - Les troubles sont détournés.....	23

II - Des séances d'art-thérapie à dominantes arts visuels/poésie et écoute musicale sont mises en place auprès de personnes hospitalisées dans un service de Soins de Suite et Réadaptation à la suite d'un AVC.....24

A - Le service de Soins de Suite et Réadaptation du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière accueille des séances d'art-thérapie.....24

- 1 - Le patient victime d'un AVC intègre un parcours de soin spécialisé et coordonné.....24
- 2 - Le service de Soins de Suite et Réadaptation de la Pitié-Salpêtrière est organisé.....25
 - a - Le service de SSR Neurologie est un service de court séjour.....25
 - b - La structure SSR a pour objectifs la réadaptation et la rééducation des personnes qu'elle accueille.....25
 - c - L'équipe de soins multidisciplinaires est au service des patients.....26
 - d - L'état clinique des personnes ayant subi un AVC est systématiquement évalué à intervalles réguliers.....27
- 3 - Des séances d'art-thérapie sont mises en place au sein du service SSR de la Pitié-Salpêtrière.....27
 - a - Le cadre thérapeutique est anticipé.....27
 - b - Les indications et objectifs thérapeutiques majeurs peuvent être mis en regard.....28

B - Le cas de Madame M. permet d'expérimenter et de valider un protocole art-thérapeutique.29

- 1 - Madame M. a été victime d'une lésion dans l'hémisphère droit du cerveau.....29
- 2 - Madame M. a des troubles cognitifs et comportementaux.....29
- 3 - Madame M. est prise en charge en art-thérapie pendant 6 semaines.....30
- 4 - La poésie et les arts visuels bidimensionnels sont les dominantes artistiques de la prise en charge de Madame M.....30
- 5 - L'art-thérapie est indiquée pour améliorer la qualité de vie de Madame M.....30
- 6 - La stratégie thérapeutique permet à Madame M. de ressentir une gratification existentielle.....31
- 7 - L'évaluation de Madame M. se veut objective.....31
- 8 - Madame M. tend vers une restauration de sa confiance et de son affirmation de soi au service d'un mieux-être.....33

C - La prise en charge de Monsieur C. illustre la difficulté d'être objectif lors de l'évaluation art-thérapeutique.....33

- 1 - Monsieur C. a été victime de plusieurs AVC et par ailleurs, il est atteint d'une sclérose en plaques.....33
- 2 - Monsieur C. souffre de troubles comportementaux.....34
- 3 - Monsieur C. est pris en charge en art-thérapie deux fois par semaine.....34
- 4 - L'écoute musicale est la dominante artistique de la prise en charge de Monsieur C.....34
- 5 - L'objectif thérapeutique principal en art-thérapie est l'apaisement des tensions de Monsieur C.....35
- 6 - La stratégie thérapeutique met en oeuvre la restauration de l'estime de soi de Monsieur C.....35
- 7 - L'évaluation art-thérapeutique est rendue compliquée par la nature même de l'activité artistique.....36
- 8 - La prise en charge de Monsieur C. est interrompue par le départ de la stagiaire art-thérapeute.....38

III - La pertinence de la mise en place de séances d'art-thérapie en service de SSR auprès de personnes victimes d'un AVC récent pourrait être remise en cause.....	39
A - Les séances d'art-thérapie peuvent être mises en place dans d'autres structures sanitaires et sociales ainsi qu'au domicile des personnes ayant subi un AVC.....	39
1 - Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) oscille entre un lieu de vie et un lieu de soins.....	39
a - Les FAM accueillent des adultes gravement handicapés et dépendants ayant besoin d'un suivi médical régulier.....	39
b - Les indications art-thérapeutiques majeures sont le maintien de l'autonomie et l'acceptation du handicap.....	39
2 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) n'est pas spécialisé dans la prise en charge des patients post AVC.....	39
a - L'EHPAD est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées.....	39
b - Les indications art-thérapeutiques majeures tendent vers le maintien des capacités, l'accompagnement vers la fin de vie et se confondent parfois avec des activités occupationnelles.....	40
3 - Au domicile, les soins encouragent la réinsertion sociale et professionnelle.....	40
a - Les services de soins à domicile permettent de recevoir chez soi des soins infirmiers et d'hygiène ainsi que le concours nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.....	40
b - Les indications art-thérapeutiques se concentrent sur la réinsertion du patient et l'acceptation des séquelles dues à l'AVC.....	40
B - En service de SSR, l'art-thérapeute s'adapte aux patients accueillis mais il peut se trouver limité par certaines situations induites par le fonctionnement du service hospitalier.....	41
1 - L'art-thérapie s'adapterait au cadre hospitalier.....	41
a - L'hospitalisation impacte émotionnellement et socialement les patients et leurs proches.....	41
b - Le service de SSR sollicite de manière intensive le patient en rééducation et réadaptation à la suite d'un AVC récent.....	42
c - Les prises en charge en art-thérapie sont modulées par le fonctionnement du service de SSR.....	43
2 - L'art-thérapie interviendrait dans des conditions de récupération cérébrale optimales.....	44
a - La plasticité cérébrale intervient afin de compenser les effets de lésions cérébrales en utilisant d'autres réseaux neuronaux.....	44
b - Les séances d'art-thérapie peuvent avoir une application spécifique dans le cadre de la rééducation cérébrale.....	46
c - La recherche concernant la plasticité neuronale est jeune.....	47
3 - L'art-thérapie serait complémentaire aux professions paramédicales présentes dans le service SSR.....	48
a - La majorité des prescriptions paramédicales, réalisées par le médecin référent, consiste à encadrer la rééducation et la réadaptation du patient.....	48
b - L'ergothérapie a des objectifs, stratégies et moyens différents de l'art-thérapie.....	49
c - Art-thérapeutes et neuropsychologues peuvent coopérer afin d'accompagner les patients vers un bien-être complémentaire à leur santé.....	50
4 - L'art-thérapie apporterait une nouvelle conception de l'évaluation thérapeutique.....	52
a - Les échelles de qualité de vie couramment utilisées au sein de l'hôpital se veulent généralisables.....	52

b - L'évaluation art-thérapeutique est spécifique et tend vers l'objectivité.....	54
c - L'évaluation art-thérapeutique ouvre sur une optimisation de la prise en charge des patients aphasiques.....	56
5 - Un tableau récapitule les arguments cités plus haut.....	57
<u>Conclusion</u>	59
<u>Bibliographie - Webographie</u>	60
<u>Annexes</u>	64

Glossaire

PARTIE ARTISTIQUE ET ART-THÉRAPEUTIQUE

- **Art I** : phase caractéristique de l'activité artistique, elle est le passage de l'instinct, des sensations archaïques à l'action volontaire orientée vers l'esthétique. Elle se présente de façon globale et anarchique et trouve le corps comme médiateur privilégié. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **Art II** : phase caractéristique de l'activité artistique, elle est relative aux techniques de l'art universel et implique l'intentionnalité. Elle se présente de façon spécifique et ordonnée et trouve le corps comme médiateur privilégié. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **artiste** : personne qui pratique un des beaux-arts, un de leurs prolongements contemporains ou un des arts appliqués. (*Le Grand Larousse*, 2014) L'artiste implique son corps moteur afin de produire une expression esthétique qui, validée par la communauté humaine, se nomme oeuvre d'Art. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **dominante artistique** : caractéristique de la nature de l'activité artistique. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **esthétique** (*nom féminin*) : théorie du beau, de la beauté en général et du sentiment qu'elle fait naître ; ensemble des principes à la base d'une expression artistique visant à la rendre conforme à un idéal de beauté. (*Le Grand Larousse*, 2014)

- **état de base** (art-thérapie) : état de la personne lors de la première rencontre avec l'art-thérapeute. Elle permet d'établir le bilan initial art-thérapeutique. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **faisceau d'items** : ensemble d'items révélant une situation (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **hors verbal** : qualification des expressions esthétiques et des relations humaines qui échappent à la signification et qui entrent dans le champ de la relation. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **item** : plus petite unité appréciable de façon objective, interprétée ou ressentie d'un niveau d'organisation. L'item est un élément sensible caractéristique de la difficulté. Il est le fondement de l'évaluation en art-thérapie. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **poussée corporelle** : énergie nécessaire à l'expression. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **plaisir** : état de contentement que crée chez quelqu'un la satisfaction d'un besoin, d'un désir ; ce qui procure à quelqu'un un sentiment de contentement. (*Le Grand Larousse*, 2014)

- **ressenti corporel** : capacité de l'être humain à ressentir l'engagement de son corps physique inscrit dans le temps, l'espace et l'atmosphère. (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

- **structure corporelle** : organisation des segments corporels (bras, avant-bras, main, doigt, etc) en vue d'une activité (*Tout savoir sur l'art-thérapie*, Richard Forestier, 6ème édition, éd. Favre, 2009)

PARTIE MÉDICALE

- **anosognosie** : incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint. (*Le Grand Larousse*, 2014)
- **antiagrégant** : qui s'oppose à la formation en amas des éléments figurés du sang. Désigne essentiellement les antiagrégants plaquettaires dont l'aspirine est le type. (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)
- **anticoagulant** : substance qui empêche ou retarde la coagulation du sang (transformation du sang liquide en une masse solide). (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)
- **comorbidité** : association de deux maladies, psychiques ou physiques, fréquemment observée dans la population (sans causalité établie, contrairement aux complications). Par exemple, l'obésité et l'arthrose de la hanche présentent une comorbidité. (*Le Grand Larousse*, 2014)
- **étiologie** : étude des causes des maladies. Par abus de langage, ce terme est parfois utilisé pour désigner les causes mêmes des maladies. (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)
- **incidence** : nombre de nouveaux cas de maladie survenus pour une population déterminée pendant une période donnée. (*Dictionnaire médical*, direction : A. Domart et J. Bourneuf, éd. Petit Larousse de la médecine, 1976)
- **prévalence** : rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnés. (*Le Grand Larousse*, 2014)
- **résilience** (terme emprunté à la psychologie) : aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques. (*Le Grand Larousse*, 2014)
- **sclérose en plaques** : affection du système nerveux central, d'étiologie* inconnue, caractérisée par la formation de plaques de démyélinisation suivies de sclérose, localisées dans la substance blanche de l'encéphale et de la moelle épinière. Maladie incurable et chronique, évoluant par poussées, avec des épisodes de rémission parfois de longue durée. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont : un tremblement intentionnel, un nystagmus (mouvements oculaires involontaires), une ataxie, une dysarthrie, des vertiges, une diplopie (troubles de la vision), une névrite optique rétrobulbaire, des troubles psychiques. (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)
- **sémiologie** : partie de la médecine étudiant les symptômes et signes qui traduisent la lésion d'un organe ou le trouble d'une fonction. (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)
- **signe** : toute manifestation d'une maladie que le médecin peut constater objectivement et, plus particulièrement, tout phénomène que le médecin peut provoquer intentionnellement à des fins diagnostiques. (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)
- **symptôme** : toute manifestation d'un état pathologique, perçue subjectivement par le patient lui-même. (*Dictionnaire médical*, direction : J. Quevauvilliers, 6ème édition, éd. Elsevier Masson, 2009)

Introduction

Etudes scientifiques ou cursus artistique? Je fus confrontée à ce dilemme à la sortie du lycée. Huit années plus tard, je me trouve à la veille d'exercer un métier qui associe les deux disciplines : thérapie et Art.

Après l'obtention de mon baccalauréat scientifique, j'oscille entre arts plastiques et arts appliqués. L'expression graphique et picturale, les installations et les performances retiennent particulièrement mon attention. Je développe alors un univers très personnel tout en ayant désormais un objectif professionnel.

Pratiquant la danse depuis toujours et le théâtre à cette époque, mon parcours est jalonné de jolies rencontres. L'une d'entre elles m'a permis d'intégrer une équipe de bénévoles extraordinaires animant des ateliers d'arts plastiques pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des adultes polyhandicapés. Soucieuse d'adapter les ateliers à leur maladie et de provoquer du plaisir, j'ai eu l'intime conviction de me trouver à ma place. Les cours d'art-thérapie enseignés par Mireille Weinland à l'Université Paris 1 prennent alors tout leur sens et je me projette dans ce métier qui associe le soin aux relations humaines, par l'Art.

Inscrite en première année d'Intervenant Spécialisé en Art-thérapie à l'AFRATAPEM, mon stage d'observation auprès d'adultes handicapés dans un Centre Occupationnel de Jour se déroule dans de bonnes conditions et conforte mon orientation professionnelle. L'équipe pluridisciplinaire se montre accueillante et me témoigne sa confiance. Son professionnalisme me stimule et m'encourage à poursuivre avec rigueur et dynamisme ma formation.

Le Diplôme Universitaire d'art-thérapie (UFR de Médecine de la faculté de Tours) est validé par la rédaction et la soutenance d'un mémoire de recherche. J'ambitionne alors un stage pratique qui mettra mon esprit d'analyse scientifique en exergue.

Ayant rencontré plusieurs personnes, victimes d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et vivant depuis avec de grandes difficultés au sein de notre société, j'ai souhaité intégrer une équipe pluridisciplinaire de rééducation intensive impliquée dans la prise en charge individualisée de ces patients.

L'objectif thérapeutique global des prises en charge art-thérapeutiques vise l'amélioration de la qualité de vie des patients post AVC peu de temps après la rupture avec leur vie d'avant. Les patients intègrent le service de rééducation et réadaptation entre deux et trois semaines après leur accident. Ils sont confrontés à des troubles moteurs, cognitifs et sensoriels provoquant une perte de repères, d'autonomie et de qualité de vie importante et réduisant fortement et subitement leur quotidien et leur qualité existentielle.

L'art-thérapie, en complément de la rééducation standard, est un outil pour préparer ces personnes à l'acceptation d'éventuelles séquelles en vue d'une réinsertion sociale en douceur.

J'intègre en mars 2013 le service de Soins de Suite et Réadaptation du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Avec les équipes in situ, nous constatons qu'il existe peu d'études qui analysent objectivement les impacts de l'art-thérapie sur des patients post AVC. De surcroît, ces études renvoient principalement à la psychothérapie à support artistique ou à l'atelier d'art dans un milieu de soins.

Forts de ce constat, nous souhaitons immédiatement mettre en place un protocole de recherche autour des prises en charge en art-thérapie afin d'en évaluer l'intérêt, tester leur originalité et marquer leur complémentarité avec les autres prises en charge thérapeutiques instaurées au sein du service. C'était un peu prématuré car le stage pratique ne durait que quatre mois et nous ne maîtrisions pas alors tout le questionnement autour de l'évaluation objective/subjective de la qualité de vie des patients qui est présenté dans ce mémoire.

Cette présentation a donc pour double objectif de valider mon cursus et de servir de support à une étude préparatoire officielle dans le cadre de la mise en place d'un protocole de recherche abouti et exploitable qui permettra d'intégrer l'art-thérapie à l'équipe pluridisciplinaire dans un Service de Soins de Suite et Réadaptation Neurologie.

Ce mémoire expose une expérience d'art-thérapie à dominantes arts visuels bidimensionnels, poésie et écoute musicale auprès de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral récent.

Dans la première partie, nous nous attacherons à théoriser les apports de l'art-thérapie pour des personnes en rééducation intensive.

La deuxième partie illustrera l'aspect pratique du stage en présentant la structure d'accueil et prendra appui sur deux prises en charge individuelles.

Enfin, la dernière partie nous permettra de discuter la pertinence de la mise en place de séances d'art-thérapie au sein d'un service de Soins de Suite et Réadaptation Neurologie avec le souci d'établir un bilan objectif et non plus subjectif.

I - L'art-thérapie à dominantes* arts visuels bidimensionnels, poésie et écoute musicale peut aider les personnes ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral à améliorer leur qualité de vie au service de leur autonomie.

A - L'Accident Vasculaire Cérébral peut provoquer une perte d'autonomie chez sa victime.

1 - La bonne santé inclut l'autonomie.

La santé est définie positivement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1946. Elle est «un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»¹. En 1992, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (M.S.S.S) du Québec associe clairement la santé à l'autonomie : «la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie»². Pierre Gagnon définit la santé comme l'influence de l'environnement sur le corps et l'esprit, comme indissociable de l'autonomie et de la question des rapports entre l'individu et la société³.

Pour parvenir à un état de bonne santé, l'individu doit donc pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins fondamentaux et évoluer avec son milieu ou s'y adapter et cela, du stade de l'embryon à celui de la personne âgée. Les besoins fondamentaux sont répertoriés par Abraham Maslow en 1943 dans *A Theory of Human Motivation*. Il s'agit des besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi.

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Elle est une dimension importante de la qualité de vie. Différents facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte.

L'être humain possède un esprit tourné vers l'intérieur et un corps interface avec le monde extérieur. Tous deux visent à maintenir l'homéostasie. C'est un processus physiologique qui maintient constant l'équilibre de son milieu intérieur, malgré les variations du milieu extérieur, permettant ainsi le bon fonctionnement de l'organisme⁴. La rupture de l'homéostasie entraîne une altération des capacités de la personne.

Cet équilibre permet la bonne santé mais également l'autonomie et l'indépendance quotidienne de l'individu au regard de ses propres besoins et de son inclusion dans un environnement (tout ce qui est en dehors de l'être humain). L'**autonomie** est la possibilité pour une personne de réaliser seule une activité personnelle ou sociale, de subvenir aux trois critères de la bonne santé humaine et de le décider librement. L'**indépendance** est la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. L'association des deux relie la bonne santé au bien-être (qui est convoqué dans la définition même de la santé par l'OMS) et est une condition favorable afin de s'adapter à la vie et de se donner les moyens d'être heureux.

2 - L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une pathologie fréquente et un problème de santé publique.

Est souvent employée la notion d'«événement de santé» pour définir la survenue d'un AVC car cette dernière est déterminée par une rupture dans la continuité du temps et par un avenir caractérisé par l'incertitude. Elle inclut l'émotion et la gestion sociale de la maladie⁵.

En 2010, l'incidence* en France des accidents neuro-vasculaires est de 130 000 cas parmi lesquels 110 000 hospitalisations pour AVC et 20 500 pour Accident Ischémique Transitoire (AIT).

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946

² M.S.S.S., *La politique de la santé et du bien être*, p 11

³ E. Gagnon, *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*, p 49-74

⁴ www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-ifs-biologie-fondamentale-homeostasie.html

⁵ Comité de rédaction de la revue Mondes Contemporains, *L'événement dans le domaine de la santé et de la maladie*

L'AVC représente la troisième cause de mortalité chez l'adulte. Il est la première cause de handicap acquis. En 2010 et en France, les maladies cérébro-vasculaires sont responsables de 32 500 décès et sont à l'origine de handicaps lourds pour 30 000 patients. L'AVC est la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 73 ans. Le quart des AVC concernent des personnes de moins de 65 ans et, pourcentage plus préoccupant, 10% concernent les personnes de moins de 45 ans. Le nombre de personnes hospitalisées pour un AVC a augmenté de 16,5% entre 2002 et 2010 mais ceci est essentiellement lié à l'augmentation et au vieillissement de la population⁶.

Pour toutes ces raisons, l'AVC s'insère dans une démarche de santé publique qui concerne toutes les dimensions de soins : préventive, curative, éducative et de réhabilitation. Le plan national d'actions AVC 2010-2014 repose sur quatre priorités : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC ; mettre en oeuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'informations adaptés ; assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels impliqués ; promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques. Il vise à «*décloisonner les secteurs de la prévention, du soin et de l'action médico-sociale pour déployer une véritable politique de santé publique, allant de la prévention et de la promotion de la santé à la réhabilitation et à la réinsertion sociale*»⁷.

3 - L'AVC est dû à la réduction brutale du débit sanguin en aval de l'occlusion ou de la rupture d'une artère cérébrale⁸.

Dans le cas d'une occlusion d'une artère cérébrale, on parle d'Accident Ischémique Cérébral. Il représente 75% des AVC. On distingue schématiquement deux types. Les Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) provoquent une perturbation réversible du métabolisme des neurones et un déficit neurologique transitoire et régressif en moins d'une heure. Les Accidents Ischémiques Constitués (AIC) correspondent à la constitution d'un infarctus cérébral responsable de la destruction irréversible du tissu cérébral. Les AIC provoquent la mort dans 12,5% des cas et une dépendance dans 50% des cas.

Les principales causes des AIT et des AIC sont :

- l'athérosclérose (durcissement des artères et dégénérescence de l'intérieur des artères) qui est la cause la plus fréquente chez les sujets âgés (20%). On l'observe également chez les sujets avant 40 ans associée à d'autres facteurs : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, prédisposition héréditaire.
- les embolies (oblitération d'un vaisseau sanguin par un caillot, des bulles gazeuses, un conglomérat de cellules) d'origine cardiaque dans 20% des cas.
- les lacunes des petites artères, dans 20% des cas, favorisées par les facteurs de risques (hypertension, diabète, dyslipidémie).
- les causes rares : les dissections des artères cérébrales, la dysplasie fibromusculaire, les angéites cérébrales, la maladie de Takayasu-Onishi, Moya-Moya, le syndrome de Susac, les affections hématologiques, les affections génétiques, l'angiopathie cérébrale du post-partum, etc.

Lorsqu'il s'agit de la rupture d'une artère cérébrale, on parle d'hémorragies cérébrales. Elles représentent 15% des AVC. La cause majeure de l'hémorragie cérébrale intra parenchymateuse reste l'hypertension artérielle (75%). Chez le sujet jeune, les malformations vasculaires occupent une place importante. Enfin, chez le sujet âgé, on trouve l'angiopathie amyloïde et les accidents des anticoagulants*.

L'hémorragie méningée, définie par une irruption de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens, provoque des céphalées brutales. Elle est causée par la rupture d'un anévrisme

⁶ <http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html>

⁷ <http://www.sante.gouv.fr/l-action-des-pouvoirs-publics-le-plan-national-d-actions-avc-2010-14.html>

⁸ J. Cambier, *Neurologie*, p 136 à 172 puis p 328 à 390

artériel d'origine malformative. Elle représente moins de 10% des AVC après 45 ans, alors qu'avant 35 ans elle correspond à près de 50% des cas.

Enfin, les thromboses veineuses cérébrales correspondent à un AVC d'origine veineuse. Rares, elles surviennent plus fréquemment chez la femme jeune.

a - Une lésion cérébrale peut provoquer des déficits moteurs, sensitifs et des troubles du langage.

L'AVC peut être à l'origine de multiples séquelles en fonction de la localisation de la lésion, de sa taille et de l'âge du patient. Les lésions cérébrales provoquent des déficiences (toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique)).

Les déficiences dues à une lésion cérébrale peuvent être (en fonction de sa localisation) :

- l'**hémiplégie** : la paralysie de la moitié du corps ;
- l'**hémiparésie** : la perte de force, sans paralysie totale, d'une moitié du corps, accompagnée de déficits sensitifs ;
- les **troubles fonctionnels** :
 - fonction vésico-sphinctérienne,
 - fonction locomotrice (**marche, équilibre**),
 - fonction de la préhension : **motricité fine** (mouvements fins des doigts et des pieds) et **apraxie**. L'apraxie est un trouble acquis de l'exécution intentionnelle d'un geste finalisé consécutif à une lésion cérébrale focale, en l'absence d'un déficit moteur. Il en existe différents types en fonction de la localisation de la lésion cérébrale : l'apraxie idéomotrice (geste sans objet réel impossible (salut)) - l'apraxie idéatoire (geste avec objet réel impossible (se peigner)) - l'apraxie constructive (organisation dans l'espace impossible (dessiner en 2D ou 3D)) - l'apraxie de l'habillage (impossibilité de s'habiller mais d'autres gestes sont conservés) - apraxie bucco-faciale (gestes avec la face impossible) - etc,
 - fonction bucco-faciale (**déglutition, succion, mastication**, etc) ;
- l'**hypertonie spastique** : exagération de la réponse réflexe que fait un muscle à son étirement pendant un certain temps ;
- l'**ataxie** : incoordination des mouvements volontaires avec conservation de la force musculaire.

Les déficiences sensitives peuvent provoquer une **hypoesthésie** (diminution de la sensibilité) ou une **hyperesthésie** (exagération de réponses sensitives). Parmi les troubles neuro-visuels, on trouve l'**hémianopsie latérale homonyme** (HLH) définie comme un déficit de la moitié du champ visuel situé du côté opposé à la lésion l'ayant entraînée. Le champ visuel perdu est du même côté pour les deux yeux.

Concernant la parole et le langage, l'**aphasie** se définit comme un trouble acquis du langage affectant l'expression ou la compréhension du langage parlé ou écrit survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire. Elle peut se caractériser par des perturbations phonétiques (troubles arthriques), phonémiques (paraphasie, jargon) et sémantiques. Il existe différentes aphasies selon la localisation de la lésion cérébrale : l'aphasie de Broca - l'aphasie de Wernicke - l'aphasie de conduction - etc.

b - Une lésion cérébrale peut provoquer des troubles cognitifs et comportementaux.

Les déficiences cognitives, comportementales et de la personnalité chez la personne cérébro-lésée sont reconnues comme les plus invalidantes en terme de qualité de vie pour le patient et son entourage. Les troubles du comportement sont un des principaux obstacles à l'insertion sociale ou professionnelle. Il s'agit essentiellement de :

- l'**agnosie** : un trouble de la reconnaissance non expliqué par un déficit moteur, sensoriel ou cognitif : l'anosognosie* (incapacité de reconnaître la maladie) - l'hémi asomatognosie

- (incapacité de reconnaître comme sien l'hémicorps paralysé) - prosopagnosie (incapacité de reconnaître des personnes à leur visage) - etc ;
- la **négligence spatiale unilatérale** : la difficulté à répondre à, s'orienter vers ou faire attention aux stimuli présentés du côté opposé à la lésion cérébrale, sans que ce déficit puisse être attribué à un trouble moteur ou sensitif ; elle concerne à la fois la perception (hémiméconnaissance), l'action (négligence motrice) et la représentation ;
 - les **troubles de la mémoire** : les déficits de la mémoire de fixation et d'apprentissage ;
 - les **troubles intellectuels** tels que le trouble de l'attention (déficit de l'attention volontaire et de la concentration ou distractibilité extrême), du raisonnement et du jugement (crédulité, perte de l'auto-critique) ;
 - la **dépression** et l'**anxiété** : la dépression post AVC touche entre 30% et 50% des patients au cours de la première année qui suit l'accident et augmente le risque de mortalité et de comorbidité*. Deux grands facteurs sont avancés : la lésion cérébrale même et la difficulté à accepter le handicap provoquant une perte d'espoir et d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne ;
 - le **syndrome de fatigue** post AVC : un état d'épuisement sans relation avec un précédent niveau d'activité et non amélioré par le repos. C'est un phénomène handicapant qui influence la diminution de la qualité de vie. La fatigue centrale est une sensation d'épuisement permanent, une endurance limitée pour soutenir une activité physique ou mentale.

Différents syndromes (ensemble de signes* et symptômes* qui caractérisent une maladie) associant troubles moteurs, sensitifs, cognitifs et comportementaux peuvent être diagnostiqués suite à un AVC :

- le **syndrome dysexécutif** atteint les fonctions exécutives qui permettent la stratégie, la planification, le maintien de l'attention, la flexibilité mentale, l'inhibition ;
- le **syndrome frontal** est traduit par des troubles exécutifs et du comportement. Ces derniers manifestent la fonction unique du lobe frontal, qui est de permettre à l'Homme d'échapper à l'asservissement des conduites instinctives et des schèmes sensori-moteurs pour accéder à un comportement prévisionnel ;
- le **syndrome pyramidal** (la voie pyramidale est le support de la motricité volontaire) correspond à la perte de mouvements volontaires, anomalie des réflexes ostéo-tendineux, hypertonie spastique, anomalie des réflexes cutanés, syncinésies globale ou d'imitation ;
- le **syndrome cérébelleux** est composé d'un ensemble de signes* cliniques caractéristiques d'une atteinte du cervelet : hypotonie, ataxie cérébelleuse, trouble de l'exécution du mouvement, tremblement, dysarthrie ;
- le **syndrome d'Anton-Babinski** (ou lésions de l'hémisphère mineur) est caractérisé par la présence d'une hémiparésie gauche, d'une anosognosie* et d'une hémiasomatognosie gauche, par atteinte du lobe pariétal droit.

4 - Les troubles dûs à un AVC peuvent entraîner une perte d'autonomie.

Selon l'article 114 de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁹, «*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*».

L'AVC provoque un handicap dit «acquis» puisqu'il survient après la naissance chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte.

Toute personne à la suite d'un AVC se trouve confrontée de façon inattendue et brutale au handicap, à la nécessité de reconstruire une vie relationnelle et un avenir radicalement différent de sa situation antérieure. Elle doit concevoir un nouvel équilibre entre bonne santé/bien-être,

⁹ www.mdph.fr

indépendance/autonomie en fonction de ce qu'implique sa situation de handicap. On parle de rupture, de scission.

Les déficiences motrices, sensitives, cognitives et comportementales limitent les activités (exécution d'une tâche par une personne), engendrent des incapacités et réduisent la participation des patients, leur implication dans une situation de vie réelle. En cela, la situation de handicap instaurée réduit l'autonomie et l'indépendance de la personne.

Selon les données recueillies par le registre de Dijon¹⁰, il est à noter que près de 60% des personnes ayant survécu à un AVC présentent des séquelles un mois après l'AVC, parmi lesquelles, 25% présentent un handicap « léger ou modéré » et 34% ne peuvent marcher sans assistance.

5 - Le manque d'autonomie influe sur la qualité de vie de la personne devenue objet et non plus sujet de son existence.

Pour l'OMS, la qualité de vie est *«la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement»*.

La personne en situation de handicap à la suite d'un AVC, en proie à une santé déficiente et confrontée à une perte d'autonomie, vit des changements fondamentaux en terme de perte de statut, de restriction d'identité, de rupture dans sa vie sociale, familiale, sentimentale et professionnelle alors que l'être humain est, par nature, un être social.

À peine éloignée de l'angoisse de mort, la personne en situation de handicap à la suite d'un AVC se retrouve face au ressenti de l'anormal. Elle n'appartient plus à une norme qui s'appuie sur les facultés d'autonomie et d'indépendance et interroge le rapport société/individu.

Au regard de cette exclusion sociale et culturelle, la personne perd confiance en elle et en son corps, elle perd espoir et ne parvient plus à se projeter dans l'avenir. Son estime de soi est également atteinte : la personne n'a plus conscience d'être digne d'intérêt, a le sentiment de n'avoir plus de raison d'être fière d'elle et d'oser s'engager. Enfin, comment un individu peut s'affirmer face à la société lorsque son ressenti et sa structure corporels sont profondément et brutalement modifiés par la survenue du handicap? Un repli sur soi-même s'opère.

La personne devient objet et non plus sujet de son existence puisque *«s'affirmer comme sujet, ce sera avant tout pouvoir s'exprimer, dire ce que l'on ressent et ce que l'on désire, dire ce que l'on est»*. La pénalité est existentielle. *«L'individu tend à se considérer comme objet dont il confie entièrement la guérison à un autre»*, écrit Eric Gagnon¹¹.

B - La pratique des arts visuels bidimensionnels et de la poésie nécessite d'être autonome ; l'écoute musicale pose la question de l'autonomie mentale.

1 - L'Art est une expression humaine volontaire orientée vers l'esthétique*.

Cette définition de l'Art, issue de l'enseignement universitaire de Tours, renvoie à plusieurs concepts humains fondamentaux.

Tout d'abord, l'Art est une activité privilégiée de l'être humain. L'Art existe depuis que l'Homme existe. L'être humain se place au coeur du processus artistique.

Il est expression humaine et en cela sert l'interaction sociale entre les êtres humains. Pour être plus précis, l'Art est une *«modalité particulière de l'expression humaine»* dans ce sens où tout Art est expression mais toute expression n'est pas Art¹².

C'est un acte volontaire initié donc par une intention orientée vers une expression en passant par une impression et des actions. L'être humain doit s'engager dans l'activité artistique.

¹⁰ <http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html>

¹¹ E. Gagnon, *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*, p 58-59

¹² R. Forestier, *Regard sur l'Art*, p 2

Enfin, le but de l'Art est l'esthétique*, c'est-à-dire, ce qui a trait aux sens, aux sensations, aux émotions et à l'intellect, qui tend vers le Beau et vers un idéal artistique propres à chaque personnalité. Le Beau sera défini par ce qui plaît simplement.

L'oeuvre d'Art permet à l'être humain de côtoyer le Beau, elle «*permet de déterminer le champ de l'Art*»¹³ mais elle n'est qu'une partie de l'Art. L'oeuvre existe en elle, pour elle et par elle-même. Elle se dégage de tout intérêt personnel. Elle rayonne et «attend» d'être captée afin de produire un impact émotionnel chez l'esthète ou l'artiste*. Elle a un pouvoir expressif. Elle est une production artistique, une expression sensible de l'idéal esthétique* de l'artiste et en même temps, est dissociée de l'artiste. «*Elle se présente comme une chose du monde (...), un «en soi», sorte d'accident spatio-temporel*»¹⁴.

Pour toutes ces raisons, l'Art (de la Beauté) est à différencier de l'artisanat (qui crée des objets utiles et fonctionnels), des arts appliqués (qui utilisent la Beauté comme support de lecture signifiante d'une production) ou encore des arts d'agrément ou de confort (qui n'exploitent pas l'esthétique* pour elle-même).

2 - L'Art est composé de différentes techniques dénommées «arts».

L'art est l'ensemble des règles et techniques d'une activité artistique. L'art est inclus dans l'Art. Les définitions des techniques artistiques expérimentées lors du stage pratique d'art-thérapie sont nécessaires pour comprendre les mécanismes impliqués dans les différentes pratiques artistiques utilisées.

a - Les arts visuels bidimensionnels s'apparentent aux arts plastiques et graphiques.

Les techniques plastiques expérimentées lors des séances d'art-thérapie présentées dans la deuxième partie de ce mémoire seront retenues sous le terme «art visuel bidimensionnel» car ont été abordés la peinture, le dessin et le collage.

La pratique bidimensionnelle se définit comme l'organisation et la mise en oeuvre par l'être humain de traces dans l'espace plan et le temps avec une finalité esthétique* sous l'égide de la volonté. «*Son but est la recherche esthétique dans l'activité humaine sans autre but que l'expression de cette recherche*»¹⁵. La volonté est la faculté de déterminer librement ses actes et de les accomplir. La pratique bidimensionnelle comprend les arts plastiques dans leurs applications en deux dimensions et les arts graphiques (le dessin, la gravure, l'écriture et la calligraphie).

Les productions issues de ces techniques artistiques sont principalement perçues par l'oeil d'où le qualificatif «visuel». Plus largement, elles font appel à d'autres sens comme le toucher, l'odorat et l'ouïe sans oublier les sensations associées à la proprioception (perception propre de son corps), à la température, au tonus, au rythme cardiaque, etc.

b- La poésie est un art littéraire.

La poésie est l'art d'utiliser les mots, les sons, les rythmes d'une langue pour exprimer une émotion, une sensation avec une intention esthétique*. Elle appartient à l'art littéraire. Selon Alain Borer¹⁶, la poésie est la «*capacité de faire parler la langue comme personne pour tout le monde*». «*On retient le plus souvent au prime abord qu'avec la poésie, on aborde une dimension plus libre de l'usage de la langue dans laquelle la syntaxe peut être bousculée et les règles enfreintes, le lexique recréé, la matérialité sonore et visuelle des mots très largement mobilisée. C'est solliciter le langage autrement que dans ses dimensions utilitaires, fonctionnelles, pour sortir de la conversation ordinaire, de l'expression convenue, de l'écriture d'un texte selon les normes d'un genre.*».

¹³ R. Forestier, *Regard sur l'Art*, p 6

¹⁴ R. Forestier, *Regard sur l'Art*, p 36

¹⁵ R. Forestier, *Regard sur l'Art*, p 30

¹⁶ http://media.eduscol.education.fr/file/ecole/86/1/dossier-poesie_113861.pdf

c - L'écoute musicale appartient à la musique.

La musique est l'organisation de sons dans le temps et l'espace dans une visée esthétique*. Le son est intentionnel, le bruit ne l'est pas. L'écoute musicale consiste en la captation de sons organisés. Elle a la particularité de renvoyer au champ des émotions instantanément. Elle peut amener à la production d'une expression corporelle musicale ou non par le contemplateur.

3 - L'opération artistique aide à déterminer les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique.

L'opération artistique est un outil spécifique à l'art-thérapeute. Elle est un séquençage de l'activité artistique sous l'égide des sciences médicales et psychologiques. Cela signifie que chaque phase qui la constitue implique des sciences ou techniques associées à l'homme ; il peut s'agir de la médecine, la psychologie, l'orthophonie, la psychomotricité, la neuropsychologie, la pharmacie, la physique, la sociologie, l'esthétique*, la philosophie, les techniques artistiques, etc. L'opération artistique «(...) est une organisation d'éléments de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art»¹⁷. Ainsi, elle permet de repérer les mécanismes humains impliqués directement dans l'activité artistique : les mécanismes d'impression, d'expression et de communication/relation. Le mécanisme est un mode de fonctionnement d'un élément du corps humain. Chaque mécanisme de l'opération artistique est donc potentiellement un mécanisme défaillant (site d'action) chez un patient pris en charge en art-thérapie.

«Organiser la sensation en forme de connaissance, soumettre l'action à un plan nécessitent la capacité d'intégrer les divers apports sensoriels, de conserver la trace des expériences successives, de fondre les schèmes sensori-moteurs en une synthèse toujours renouvelée. Cette capacité est dévolue aux réseaux de neurones qui constituent le cortex cérébral.»¹⁸

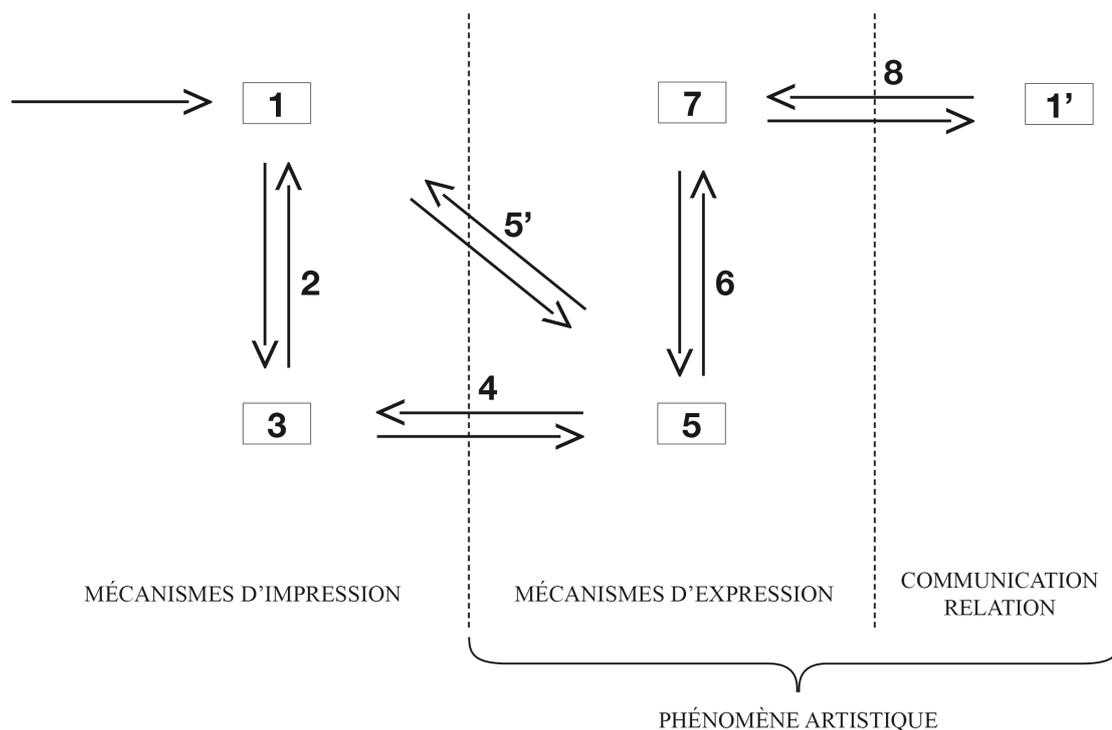


Schéma de l'opération artistique

- **L'avant** correspond au contexte socio-culturel dans lequel se trouve la personne.
- La **phase 1** est l'oeuvre d'Art, la «chose artistique» du monde, l'accident spatio-temporel qui est considérée en elle-même, par elle-même et pour elle-même.
- La **phase 2** signifie que l'oeuvre d'Art rayonne et est captée par les sens de l'être humain.

¹⁷ R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 172

¹⁸ J. Cambier, *Neurologie*, p 136

- La **phase 3** représente le traitement archaïque de l'information. Une fois incorporée, cette dernière est traitée par tous les mécanismes neurovégétatifs et neurologiques sur un fond de sécurité. Elle est engrammée tant par le corps physique que par l'activité mentale : l'entrée dans la phase 3 est l'impact sensoriel, la sortie est l'incitation à des activités spirituelles structurées.
- La **phase 4** est le traitement sophistiqué de l'information. C'est à cette phase que se détermine l'intention et que le passage des impressions à l'expression se réalise.
- La **phase 5** est la poussée corporelle* ou motrice. L'entraînement corporel produit une poussée de nature à mouvoir le corps physique. C'est à cette phase que l'on quitte la tension esthétique pour produire une activité artistique.
- La **phase 5'** (dérivé) est la contemplation. La personne implique son corps et son esprit dans l'acte de contemplation de l'oeuvre d'Art.
- La **phase 6** correspond aux savoir-faire, à la technique artistique. Il s'agit des agencements moteurs qui impliquent le corps dans la motricité, la psychomotricité et l'organisation des mouvements sous l'égide de la volonté.
- La **phase 7** est la production artistique en elle-même. Emergée du monde intérieur de la personne, une forme artistique s'inscrit dans le temps et dans l'espace.
- La **phase 8** est le traitement mondain : une fois la production terminée et lorsque son auteur s'en est détaché, elle devient «une chose» du monde artistique prête à être validée par la collectivité humaine.
- La **phase 1'** : l'oeuvre devient un nouvel accident spatio-temporel artistique de nature à perpétuer l'opération artistique.

Les doubles flèches animent l'opération artistique en caractérisant l'échange permanent entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain.

Les phases 1, 2, 3 et 4 correspondent aux **mécanismes d'impression**. Les phases 4, 5, 6 et 7 renvoient aux **mécanismes d'expression**. Ces dernières constituent la partie observable par l'art-thérapeute de l'opération artistique nommée **phénomène artistique**. La phase 8 constitue les **mécanismes de communication et relation**.

4 - Les mécanismes de l'impression invoqués par l'activité artistique imprègnent l'être humain.

L'impression se définit comme la mise en oeuvre des traitements archaïques et sophistiqués de l'activité mentale (physiologie, sensorialité, etc) impactée par l'environnement. Dans le champ artistique, les mécanismes d'impression naissent de la captation d'une oeuvre d'Art et renvoient principalement à l'activité mentale de la personne.

Ces mécanismes sont issus de ce que l'on peut nommer un contexte et croisent le concept de phénomène associé (*«ce qui accompagne, ce qui est nécessaire, provoqué ou qui influe sur la dominante* artistique»*¹⁹) :

- extérieur à la personne, le phénomène associé favorise (ou non) la qualité de la situation de captation : pièce silencieuse, reproduction de bonne qualité, matériel de son approprié, beau temps, etc.
- intérieur à la personne, que ce soit pour les arts visuels, la poésie ou l'écoute musicale, le phénomène est le mécanisme qui permet à la personne d'être (ou non) disponible et attentive au rayonnement de l'oeuvre.

Les mécanismes d'impression sont fondés sur le ressenti (issu de la captation sensorielle). Ils sont par exemple : le fait d'avoir de la volonté, une capacité de concentration et d'attention, de l'imagination, des capacités d'adaptation, une sensorialité optimale (le bon fonctionnement des organes sensoriels) et une proprioception exacerbée (vibration, tactilité, etc). Parfois, on ira jusqu'à commencer à puiser dans ses connaissances et sa mémoire comme par réflexe. Il s'agit de passer d'entendre à écouter et de voir à regarder. Avant tout, il s'agit d'avoir une capacité d'abstraction afin de préserver le plus possible le ressenti naïf, archaïque : *«principe d'extraction, de préservation et d'unification de la forme rayonnante de l'oeuvre d'Art, de la captation sensorielle et de l'effort esthétique»*²⁰.

Cette capacité d'abstraction est un réel défi en art visuel bidimensionnel et en poésie où souvent le représenté (issu des mécanismes cognitifs) prime sur le ressenti et où l'effort à fournir pour se recentrer sur le ressenti est grand : *«car il ne s'agit pas, en poésie, de tout expliquer mais de laisser la langue agir, y compris dans ses points d'obscurité, et de faire confiance au poème qui travaille la langue autant qu'à celui qui le reçoit, "en sourdine"»*²¹. On pourrait reprendre cette

¹⁹ R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 192

²⁰ R. Forestier, *Regard sur l'Art*, p 25

²¹ http://media.eduscol.education.fr/file/ecole/86/1/dossier-poesie_113861.pdf

phrase pour la peinture : la puissance d'une touche, d'une couleur n'a pas d'autre signification que la matière et l'émotion qu'elle provoque.

Pour ce qui est de l'écoute musicale, elle traverse quasiment uniquement le champ du ressenti. C'est une des particularités de la musique. Elle n'engage donc pas nécessairement l'autonomie motrice (sauf en cas de déficiences sensorielles) mais s'attache plutôt à la mise en oeuvre de l'autonomie mentale plus difficilement repérable.

La captation esthétique* implique d'être saisi/saisissable par le pouvoir d'entraînement de l'Art et d'avoir une sensibilité artistique. Par ailleurs, elle signifie une certaine autorégulation psychomotrice qui permet de maintenir la personne dans le réel et le sensible au moment où elle est stimulée sensoriellement. Elle nécessite une attitude sereine et un esprit libéré de toute anxiété et de tout préjugé. Elle provoque des émotions et ouvre sur une intention. À cette étape, le champ du ressenti rencontre celui du représenté.

5 - L'activité artistique fait émerger chez l'être humain une pratique, une expression.

L'expression est un acte volontaire orienté. Les mécanismes de l'expression esthétique* trouvent le corps comme médiateur privilégié. Ils se révèlent dès la poussée corporelle*, phénomène qui témoigne de l'engagement et de l'intention de la personne dans l'activité artistique. Cette implication est issue d'un élan supérieur à la poussée corporelle, elle est possible grâce à une tension existentielle préservée, recherchée, convoitée.

Dans la pratique des arts visuels bidimensionnels et de la poésie, au moment où elle passe à l'acte artistique, la personne doit maîtriser sa motricité fine, ses sens, la position de son corps (structure et ressenti corporels*), le contrôle de son énergie, son implication, sa motivation pour :

- expérimenter des outils (crayon, peinture, plume, calame, etc) sur des matières diverses (feuille, toile, objet, etc) disposées verticalement ou horizontalement ;
- acquérir des techniques et savoir-faire spécifiques (mélange des couleurs, proportion, perspective, valeurs (qualité d'un ton plus ou moins foncé ou plus ou moins clair, blanc étant la valeur la plus élevée et noir, la plus basse), ombres et lumières, composition (arrangement des formes et des espaces dans le format) // vocabulaire, syntaxe, orthographe, rime, lecture, acte même d'écrire, etc) ;
- planifier, anticiper son action ;
- être capable d'observer, de convoquer des références culturelles, des connaissances et sa mémoire, de distinguer le représenté du ressenti, d'apprécier parfois même, etc,

dans le but de proposer une expression personnelle.

Le geste est, pour l'organisme, le moyen d'agir sur le monde extérieur de façon à l'explorer et à le modifier. Il est à la fois un moyen d'action et de représentation. Il est expression. Le geste élémentaire prend sa place dans une chaîne ordonnée et coordonnée qui compose et décompose l'action. *«Le déroulement satisfaisant de l'action fait intervenir tout l'encéphale. Les dispositifs corticaux du lobe pariétal sous-tendent à chaque instant l'intégration des données perceptives somesthésiques et visuelles, et conservent les schèmes perceptivo-moteurs issus de l'assimilation des expériences sensori-motrices antérieures. Le lobe frontal maintient la primauté de l'intention»*²². Le cervelet joue un rôle fondamental dans le contrôle moteur, la précision, la coordination et la synchronisation du geste.

La contemplation, l'écoute musicale, semble renvoyer uniquement au corps «récepteur» et non au corps dit «moteur». On parle de l'activité mentale qui inclut l'expression des ressentis. Hors, même dans l'écoute, la personne est impliquée activement par son attention, sa posture corporelle, son intentionnalité. *«Ainsi l'inaction est une implication physique qui repose sur l'intensité de l'intérêt porté à l'oeuvre contemplée»*²³. Rimbaud nous dit dans une *Saison en enfer* (1873) : *«Je sais aujourd'hui saluer la Beauté, c'est apprendre à se tenir face à son mystère sans vouloir le réduire, ni l'expliquer, apprendre à l'accueillir. Et l'accueillir, c'est plus que contempler : c'est y participer»*²⁴. La contemplation, dans le cadre d'une stratégie thérapeutique par exemple, peut être

²² J. Cambier, *Neurologie*, p 153

²³ R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 178

²⁴ In : C. Pépin, *Quand la beauté nous sauve*, p 206

de permettre au patient de passer du champ de l'impression à celui de l'expression. La contemplation peut être un tremplin de l'expression (taper du pied, chantonner, pleurer, rire, échanger verbalement, marquer le tempo avec la tête, etc).

Dans la pratique, le corps ne se sépare que rarement de l'activité mentale. Sont indispensables la confiance en soi (pour mettre en oeuvre un projet, être assuré de ses capacités, affirmer son style, se projeter), l'affirmation de soi (pour assumer son goût, manifester sa personnalité), l'estime de soi (pour se considérer comme digne d'intérêt et s'engager). Ces éléments doivent s'équilibrer et ne pas négliger de respecter la confiance en l'Autre, l'affirmation de l'Autre et l'estime que l'Autre a pour lui-même. Ces derniers éléments ouvrent sur l'aspect social présent parfois au moment de l'activité artistique ou une fois la production terminée.

6 - L'Art implique la communication ou la relation.

Communiquer correspond simplement au fait d'échanger des informations l'un après l'autre. Être en relation signifie ressentir ensemble, au même moment. Communiquer et être en relation appartiennent donc à la fois aux mécanismes d'expression et d'impression. Ils renvoient à l'acceptation de l'Autre.

Une fois sa production artistique achevée (décision qui nécessite confiance, estime et affirmation de soi), son auteur peut choisir de la soumettre à la communauté des êtres humains. Cette étape est permise par une scission entre l'artiste* et sa production. Dans notre cas, il peut s'agir d'une production graphique, plastique parmi lesquelles se trouve le poème. Ce dernier peut être lu à haute voix par exemple ou affiché à la vue de tous. L'auteur doit alors être capable de l'assumer, de recevoir et de respecter l'avis de l'Autre. Il peut ensuite rebondir à partir des commentaires, émotions des Autres pour enrichir son travail, se servir des remarques afin de nourrir son esprit critique. Il doit être capable d'accepter le fonctionnement de la société et du marché de l'Art.

Dans l'écoute musicale, l'aspect social est restreint. Il s'agit plus de pouvoir laisser le champ des impressions agir en soi au contact d'autres personnes (par exemple dans une salle de spectacle). Ce pouvoir est lié à des notions de concentration et de lâcher prise associées à une affirmation de soi et au ressenti corporel*. Il s'apparente à la relation plutôt qu'à la communication.

C - Des séances d'art-thérapie à dominantes* arts visuels bidimensionnels, poésie ou écoute musicale peuvent aider une personne victime d'un AVC récent à rééduquer sa qualité existentielle et par là, recouvrer une partie son autonomie

1 - L'être humain cherche naturellement à être heureux.

Pour être heureux, l'être humain a besoin d'une qualité de vie, d'un bien-être qui complète la vie comme simple mécanisme biologique. La bonne santé est relative tandis que le bien-être est accessible à tous. L'être humain tend naturellement vers une qualité existentielle. La maladie et le handicap peuvent l'en détourner.

La qualité existentielle de l'être humain se définit par la satisfaction des besoins primaires mais également par une vie émotionnelle épanouie. L'émotion esthétique* peut en faire partie.

L'Art, support de contemplation, d'expression, de communication et de relation, provoque des émotions, des sensations qui ajoutent ce bien-être au fonctionnement général de l'être humain (mécanismes physiologiques, neurologiques, sensoriels, psychologiques, etc). La saveur («*autorégulation pour la bonne réalisation d'un savoir*») s'additionne au savoir («*programme et stratégie naturels de développement de l'être humain*»)²⁵.

La vie prend du sens²⁶ (qui diffère de la «signification» et s'apparente plus à l'«orientation»), le plaisir* est convoité, le goût de vivre entretenu : l'Art est par nature à même de venir solliciter les éléments fondamentaux pour réanimer la tension existentielle et aspirer à un avenir. Pour rappel, «exister» tend vers l'infini tandis que «vivre» induit une finalité. L'existence

²⁵ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 82

²⁶ R. Forestier, *Regard sur l'Art*, p 12 et 13

implique donc l'inscription humaine dans l'histoire de l'humanité. Au delà du handicap, le patient victime d'un AVC peut s'engager et préserver sa place dans le monde.

Cette tendance progressiste qui consiste à maintenir et développer la qualité de vie alors que la santé s'affaiblit est une préoccupation qui se généralise : le patient retrouve son statut d'être humain.

2 - Les séances d'art-thérapie se déroulent dans un cadre bienveillant et sécurisant.

L'art-thérapie, selon le modèle de l'université de Tours, est «*l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique*». L'art-thérapie permet d'exploiter (à l'aide d'outils spécifiques et de stratégies thérapeutiques illustrés dans la deuxième partie de ce mémoire) le pouvoir expressif et les effets relationnels inhérents à l'activité artistique. Le «*potentiel artistique*» signifie le pouvoir de l'Art, c'est-à-dire sa capacité à entraîner une activité humaine (ex : lorsque l'on tape du pied en entendant une chanson, lorsque l'on a une envie irrésistible de toucher une sculpture en passant près d'elle, lorsque l'on souhaite échanger à propos d'un tableau de Picasso, etc) qu'elle soit physique, psychique ou sociale. Ce pouvoir n'est pas valable pour tous et peut même ne pas être bénéfique selon la personnalité, la santé, l'éducation (certaines personnes ne sont jamais satisfaites de leur production, d'autres ne parviennent pas à mettre une distance entre eux et leur oeuvre, etc). L'art-thérapeute saura alors déceler une éventuelle contre-indication à l'aide de l'équipe pluridisciplinaire. L'indication de l'art-thérapie n'est pas conseillée pour des personnes qui n'ont aucune sensibilité artistique et qui ne pourront donc pas être disponibles au pouvoir de l'Art. Le terme «*humanitaire*» permet de donner une orientation à l'action de l'art-thérapeute : le bien-être de l'être humain qui a des pénalités. Le terme «*thérapeutique*» renvoie au soin de ces pénalités.

L'indication majeure de l'art-thérapie est l'altération de la qualité de vie par des troubles de l'expression, de la communication ou de la relation.

L'activité artistique est le processeur thérapeutique, le moteur d'une transformation vers un mieux-être, vers une expression. Elle sollicite des réponses sensorielles qui encouragent la recherche d'un désir ou d'un plaisir* stimulant les facultés de comportement et de création.

L'originalité de l'art-thérapie réside dans l'intégration de l'Art dans un processus de soin. L'Art est «*une incitation à l'activation des fondements humains, des plus archaïques aux plus sophistiqués (...) L'Art canalise l'esthétique. L'esthétique sollicite les profondeurs humaines*»²⁷. Ainsi, **l'art-thérapeute s'engage à voir l'être humain derrière le malade**. Le patient, au cours de la séance d'art-thérapie, «*n'est plus un malade (objet de la maladie) mais une personne (sujet avec une maladie)*»²⁸. Lorsqu'il reçoit un patient, l'art-thérapeute le perçoit tel qu'il se présente à lui : «*ainsi, les introspections mentales, les pénétrations médicales (une piqûre par exemple) ou les manipulations physiques ne relèvent pas des compétences de l'art-thérapeute*»²⁹. Ce dernier respecte la personne à soigner au delà de toutes considérations sociales, morales ou économiques et se réfère au code déontologique de la profession.

Ensuite, l'art-thérapie peut se greffer au modèle de résilience* qui, selon Marie Anaut³⁰, permet aux patients, aux proches et aux soignants, de ne pas s'arrêter uniquement aux séquelles négatives mais également d'appréhender les ressources et les potentiels des sujets et de leur environnement aidant face aux difficultés et à les dépasser. Charles Gardou³¹ co-écrit que la création est une manière de regarder positivement le handicap, car «*elle ne se place pas sur le terrain du manque mais sur celui de l'être même, dans son expressivité globale et sur celui de l'affirmation de son existence*». L'art-thérapeute travaille à l'aide des compétences préservées du patient et contourne toute situation d'échec.

²⁷ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 104 à 106

²⁸ R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 41

²⁹ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 120

³⁰ M. Anaut, *Le concept de résilience et ses applications cliniques*

³¹ C. Gardou et E. Saucourt, *La création à fleur de peau - Art, culture, handicap*

Le cadre thérapeutique imposé au sein de la séance d'art-thérapie se veut structuré et transparent. L'art-thérapie, dite «moderne», ne doit pas être confondue avec l'art-thérapie qualifiée de «traditionnelle», à savoir la psychothérapie à support artistique (le psychothérapeute interprète les activités et les oeuvres des patients qu'il considère comme expressions de leur souffrance et il utilise le verbal comme modalité thérapeutique privilégiée) et l'atelier d'art en milieu sanitaire ou social qui n'a pas de visée thérapeutique, ni de nature scientifique. Mais surtout, la prise en charge s'appuie sur une indication précise délivrée par l'équipe médicale ou paramédicale. L'art-thérapeute appartient à une équipe pluridisciplinaire en tant que professionnel du paramédical, il a l'obligation des moyens pour répondre aux objectifs thérapeutiques fixés et validés par l'équipe.

Enfin, l'objectif général d'une prise en charge en art-thérapie est le bien être du patient et la quête d'une qualité existentielle malgré les pénalités sanitaires et sociales vécues. Si l'art-thérapie ne guérit pas, elle donne l'envie d'être heureux et donc l'envie d'être soigné. La mise en valeur des capacités résiduelles du patient lui redonne confiance en lui afin de pouvoir se projeter positivement dans l'avenir. Voilà pourquoi et comment le bien-être peut interagir sur la bonne santé.

3 - Les séances d'art-thérapie permettent au patient de ressentir des gratifications sensorielles et de s'exprimer.

La séance d'art-thérapie, peu importe sa dominante*, est un espace-temps où le patient victime d'un AVC ressent des gratifications sensorielles autant lors des phases d'impression que lors des phases d'expression. Ces gratifications captées par les sens permettent d'éprouver des plaisirs* esthétiques* et de passer un bon moment chargé en émotions. Ce bon moment s'inscrit dans une recherche volontaire de gratification existentielle. La qualité de vie du patient est renforcée, réanimée par le pouvoir d'entraînement de l'Art. *«C'est du rapport entre la gratification sensorielle (c'est-à-dire vers soi) et la fonction idéalisante (c'est-à-dire la recherche d'un idéal qui se manifeste en dehors de soi), que vont pointer chez l'homme l'idée et les mécanismes relatifs à l'esthétique. L'orientation de la recherche du plaisir esthétique ne s'imposera distinctement que plus tard dans le principe général d'une recherche du bien-vivre.»*³².

L'écoute musicale, affiliée au champ exclusif des ressentis à travers l'ouïe et les capacités extéro-intéroceptives, renvoie de façon directe à une émotion. Elle facilite l'entrée en relation sympathique (qui s'oppose à l'empathie) avec d'autres êtres humains. On parle du hors verbal* : *«Nous avons besoin de la Beauté pour arrêter de penser, pour oser «penser autrement»»*³³. La sympathie est un principe qui permet «d'éprouver avec» tandis que l'empathie permet «d'éprouver dans». La jouissance, le bonheur, le plaisir* que chacun peut ressentir au gré de sa personnalité en écoutant de la musique impliquent l'animation des profondeurs affectives et émotionnelles humaines. Cet envahissement est total et échappe aux mécanismes sophistiqués (phase 4 de l'opération artistique) dans un premier temps ; ils interviennent ensuite, sont confondus dans l'énergie, la volonté et les ressentis et permettent la tension existentielle grâce à la recherche de l'idéal esthétique*. Il s'agit du «savoir-ressentir» qui sous-tend l'esthétique.

Les arts visuels bidimensionnels et la poésie permettent d'atteindre des plaisirs esthétiques à partir des cinq sens et de la proprioception afin d'agir sur le bien-être du patient. Il s'agit par exemple du plaisir éprouvé lors de l'étalement de la couleur sur le support, lors de l'écriture même d'un mot ou encore lors de la recherche, l'expérimentation d'un outil, d'une matière, d'une tournure de phrase, etc. Le représenté et le ressenti se côtoient, se dominant simultanément.

La poésie «fait écart»³⁴ : écart entre usage utilitaire du langage et usage esthétique, écart entre la rigueur de la forme et l'émotion transmise, écart entre l'écrit fixé (mis à distance) et l'oral éphémère. La poésie renvoie à une liberté d'agir et de penser.

L'émotion esthétique se lie parfois à l'imagination.

³² R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 48

³³ C. Pépin, *Quand la beauté nous sauve*, p 106

³⁴ http://media.eduscol.education.fr/file/ecole/86/1/dossier-poesie_113861.pdf

La séance d'art-thérapie s'adapte à la personnalité de chacun et permet au patient de s'exprimer. L'Homme est par nature un être social, par conséquent, l'expression est un besoin. Pour cela, les différentes pratiques artistiques possèdent un large champ de possibilités expressives : en poésie, on peut lire le poème d'un auteur, écrire/lire le sien, l'illustrer, le chanter, le danser, le mettre en scène, etc. Dans les arts visuels bidimensionnels, on peut utiliser différents outils, matériaux et matières, s'investir dans l'abstraction, l'imitation ou l'heuristique (qui a trait à l'invention, à la découverte, à la création³⁵). Ces pratiques contiennent potentiellement une évolution/déclinaison infinie. De plus, l'Art peut être le support d'une expression communicante : échange verbal ou non verbal. Par exemple, le patient peut choisir d'écouter l'oeuvre musicale d'un artiste* et de donner son avis ensuite.

Lors de séances d'art-thérapie à dominante* écoute musicale, il est primordial de proposer une variété d'oeuvres afin de s'éloigner de tout processus obsessionnel et d'exploiter les mécanismes du goût car *«le but de l'art-thérapie n'est pas de faire plaisir aux patients mais de les soigner.»*³⁶.

À partir de ses ressentis et de son expression esthétiques*, le patient parvient à être autonome dans son jugement, dans son appréciation : il affirme son goût, ce qui lui plaît (le Beau) ; il a confiance en lui pour élaborer son style (le Bien) ; il entretient ces bons moments et souhaite les retrouver (le Bon). Il exprime sa personnalité et son individualité au regard de ce qu'il est. Cette autonomie passe par le fait de faire des choix et d'assumer son être. L'Art sollicite l'être humain et l'incite à s'inscrire dans la communauté des Hommes. Ceci peut passer par la notion de trace, d'empreinte.

4 - La pratique des arts visuels bidimensionnels et de la poésie laisse une trace de la personnalité du patient.

Laisser une trace grâce aux différents outils artistiques permet :

- de s'inscrire dans le temps et l'espace : *«L'être humain est inscrit conjointement dans le temps et l'espace, c'est l'idée qui détermine l'existence»*³⁷. La trace est l'inscription au monde. Ainsi la personne assume d'être humain et vivant, donne une orientation à sa vie, jouit de son existence au regard de la communauté humaine et recherche perpétuellement une qualité existentielle. La séance d'art-thérapie peut amener à la restauration et au travail autour de la qualité existentielle, la qualité de vie et donc le bien-être et l'autonomie qui influenceront la bonne santé.

On retrouve un mécanisme semblable lors de l'écoute musicale : la contemplation de l'oeuvre musicale d'un artiste* permet au patient de prendre conscience de l'existence de l'Autre. Cette dernière résonne au coeur de sa propre conscience d'être humain et vivant.

- d'imaginer (l'imagination permet de transformer la réalité dans le monde sensible ou dans le monde des idées) un espace possible, de voir apparaître des formes, des «touches», des mots, etc. La trace permet de se voir progresser objectivement et d'augmenter son exigence, vers un aiguisement de l'esprit critique et une amélioration de la confiance en soi. *«Même si le but n'est pas de savoir dessiner, la valorisation passe par une progression visible, observable, réaliste et objective»*³⁸. La trace induit en art-thérapie le droit à l'erreur, à l'expérimentation, au tâtonnement. L'art-thérapie permet ainsi au patient de prendre conscience de ses capacités et/ou de s'améliorer sereinement (en suivant les conseils avisés de l'art-thérapeute par exemple). Ce recul lui permet d'être autonome, de décider, par exemple qu'une production est terminée ou ne l'est pas.

³⁵ créer : faire exister ce qui n'existait pas, faire sortir du néant. Donner une existence, une forme, réaliser à partir d'éléments existants. (Petit Larousse)

³⁶ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 89

³⁷ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 80

³⁸ B. Edwards, *Dessiner grâce au cerveau droit*, p 9

«L'individu se constitue comme sujet en faisant des choix»³⁹. Les séances d'art-thérapie lui en donnent la possibilité.

Si la trace est un outil de travail, de recherche au service de la pérennité, elle ne s'oppose pas nécessairement à la spontanéité de la touche, à l'instant d'inspiration ou à la présence éphémère d'un mot qui vient juste d'être gommé.

- d'expérimenter le principe de distanciation : il s'agit de «*la coupure entre le temps du travail de la technique artistique et le temps de présentation de la production*»⁴⁰. Par ce principe, l'auteur se détache de son oeuvre qui existe alors pour elle, en elle et par elle-même. Artiste* et oeuvre s'autonomisent. La faculté critique est plus opérante à distance. En effet, laisser une trace implique de l'accepter et d'accepter qu'elle soit vue par d'autres. La personne n'est pas ce qu'elle produit. Elle peut assumer la critique positive et négative et s'en servir dans son activité artistique.

5 - L'investissement dans un projet artistique permet d'agir sur les troubles moteurs, sensoriels et cognitifs du patient.

a - Les troubles sont visés directement.

L'art-thérapie peut s'avérer être un soutien direct à la rééducation. Par exemple, une séance peut progressivement solliciter le bras d'un patient pour écrire, utiliser sa vue pour observer, stimuler son ouïe pour écouter, etc, alors que toutes ces parties du corps sont reliées à des fonctions altérées par une lésion cérébrale.

Lors des séances d'art-thérapie, les parties du corps du patient atteintes par les séquelles de l'AVC peuvent être sollicitées. Le contexte ne sera alors plus la rééducation standard mais une activité plaisante. Ainsi, par le biais de l'Art, un travail sur la motricité (dextérité, précision du geste, mouvement volontaire, etc) peut être engagé en lien avec les professionnels de la rééducation. La stimulation du patient par l'Art lui permet également d'éveiller/réveiller les fonctions sensorielles, proprio-intéro-extéroceptives et cognitives. Ainsi, la restauration de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi est favorisée par le corps comme médiateur privilégié.

b - Les troubles sont détournés

L'un des objectifs de l'art-thérapeute auprès des patients victimes d'un AVC est de travailler avec leurs capacités préservées, appelées également «parties saines» afin de compenser les déficiences motrices, sensibles ou cognitives. Ainsi, l'art-thérapeute potentialise ce qui fonctionne, valorise les mécanismes opérants et le patient peut devenir acteur de son soin et prendre conscience qu'il est humain et vivant. Par exemple, lors d'une séance de contemplation musicale, les troubles moteurs et cognitifs d'un patient peuvent être écartés en favorisant la captation sensorielle et le plaisir de l'instant (Art I*).

L'art-thérapie peut avoir pour objectif la restauration de l'estime de soi, une redécouverte et réappropriation du corps, des sensations, la diminution des tendances dépressives ou agressives, la rééducation de la confiance en soi, le plaisir* sensoriel, la prise d'initiatives, etc.

L'autonomie, dans sa facette décisionnelle, se met au service de l'autonomie de l'action. L'Art ne guérit pas un patient, il augmente son bien être ce qui lui donne l'envie de guérir. Les mécanismes engagés lors de l'activité artistique induisent une meilleure disponibilité de la personne afin d'améliorer son autonomie lors des séances de rééducation fonctionnelle.

L'intelligence est, dans la plupart des cas, préservée suite à une lésion cérébrale parce qu'elle est une qualité de l'activité intellectuelle dont le développement dépend du patrimoine génétique, de la maturation de la personnalité et de l'éducation. Engageant le cerveau dans son ensemble, cette activité nécessite l'intégrité du néocortex et des structures profondes ; sa

³⁹ E. Gagnon, *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*, p 62

⁴⁰ R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 182

détérioration relève plus souvent d'une altération diffuse du système nerveux que d'une lésion localisée de l'encéphale⁴¹.

II - Des séances d'art-thérapie à dominantes* arts visuels/poésie et écoute musicale sont mises en place auprès de personnes hospitalisées dans un service de Soins de Suite et Réadaptation à la suite d'un AVC.

A - Le service de Soins de Suite et Réadaptation du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière accueille des séances d'art-thérapie.

1 - Le patient victime d'un AVC intègre un parcours de soin spécialisé et coordonné.⁴²

L'AVC représente 2% des séjours en hospitalisation de courte durée et 4,5 % des journées de Soins de Suite et de Réadaptation.

En termes de journées d'hospitalisation en court séjour, les séjours de plus de 30 jours sont peu nombreux (6,2 %) mais représentent plus du quart de l'ensemble des journées d'hospitalisation pour cause d'AVC (26,6 %) : cela traduit notamment les difficultés de prise en charge d'aval (en réadaptation et rééducation fonctionnelles, en soins de longue durée ou dans le secteur médico-social) des cas les plus graves.

Le pronostic clinique des patients victimes d'un AVC est fortement dépendant de l'efficacité de leur prise en charge. La réduction du handicap est liée à la rapidité de mise en oeuvre de la surveillance intensive et des thérapeutiques utilisées.

De nouvelles formes d'organisation de soins en milieu hospitalier ont donc été mises en place afin de réduire la mortalité des personnes ayant subi un AVC. Ces unités spécifiques, encore trop peu nombreuses à l'échelle nationale, permettent une prise en charge précoce et spécialisée. Ces structures hospitalières recouvrent deux unités différentes : l'Unité de Soins Intensifs-Neuro-Vasculaires (USINV) et l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV), structure aiguë d'aval immédiat. L'organisation au niveau national de ces structures devient un enjeu capital compte tenu de la fréquence de ces pathologies, de l'importance démontrée d'intervenir au plus tôt en milieu spécialisé, et du recours à des thérapeutiques conventionnelles (antiagrégants*, anticoagulants* par exemple) et à un traitement par thrombolyse non dénué de risque (traitement ayant pour but la résorption du caillot sanguin responsable de l'infarctus cérébral).

Les USINV sont des structures aptes à prendre en charge 24 heures sur 24 les victimes d'AVC récents pour confirmer en urgence le diagnostic (établi sur la base d'un scanner cérébral ou d'une Imagerie en Résonance Magnétique (IRM)) et apporter une stratégie efficace et validée. Un accès prioritaire au plateau technique est nécessaire pour assurer la surveillance de l'état neurologique, des paramètres vitaux et hémodynamiques, pour débiter le bilan étiologique en s'aidant de l'avis des cardiologues, des réanimateurs, des neurochirurgiens, des neuro-radiologues ou des chirurgiens vasculaires. L'USINV sert de base pour organiser le transfert des patients en urgence, si des traitements ne peuvent pas y être effectués : transfert en réanimation, neurochirurgie, neuro-radiologie, chirurgie vasculaire, cardiologie et pour assurer la rééducation dès la phase aiguë et programmer le passage en UNV dès que l'état du patient le permet.

Une personne victime d'un AVC doit être amenée par le SAMU (le 15) de préférence ou les pompiers (le 18) dans l'USINV la plus proche dans les plus brefs délais (entre 4 heures 30 minutes

⁴¹ J. Cambier, *Neurologie*, p 171

⁴² - M. Le Barbier et al., *Des indicateurs de qualité et de gestion des risques pour suivre la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux*

- Y. Bejot et al., *Intérêt des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral : une avancée thérapeutique majeure*

- <http://www.sante.gouv.fr/l-action-des-pouvoirs-publics-le-plan-national-d-actions-avc-2010-14.html>

- ARH Ile de France, *Soins de suite et réadaptation fonctionnelle, cahiers des charges SSR adultes, socle commun général*

- C. de Peretti et al., *Etude des patients hospitalisés en SSR à la suite d'un AVC en France à partir des données PMSI*

- ANAES, *Place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'AVC*

et 6 heures en fonction du cas) après la survenue des premiers signes (asymétrie faciale, asymétrie des membres situés du même côté du corps, trouble de la parole). Un dossier patient y est créé dans une logique de pratique clinique. La mise en place d'indicateurs d'amélioration et d'aggravation de l'état clinique permet de suivre l'évolution des patients à la phase aiguë en terme de mortalité et de handicap. Il s'agit du NIHSS, de l'échelle de Rankin modifiée et de l'index de Barthel. Ces échelles seront développées plus loin. Elles sont également utilisées dans le suivi du patient en phase de réadaptation et de rééducation.

Les UNV sont des structures aptes à accueillir des victimes d'AVC à la sortie de l'USINV. Elles accueillent également les victimes d'AVC non récents pour un bilan étiologique, pour adapter les traitements médicaux et prévoir une stratégie préventive des récidives et des complications, pour poursuivre la rééducation et organiser le retour au domicile ou le transfert vers une unité de soins de suite.

Les UNV fonctionnent en coordination avec les USINV. Ces deux unités sont composées d'une équipe multidisciplinaire spécialisée et stable comprenant un personnel médical et paramédical.

À leur sortie des USINV et/ou des UNV, les patients ayant un handicap résiduel qui nécessite une rééducation et/ou réadaptation sont orientés vers le service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), les services de spécialité organe, d'autres services de neurologie, leur domicile (avec ou sans Hospitalisation À Domicile (HAD)), un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), etc.

2 - Le service de Soins de Suite et Réadaptation de la Pitié Salpêtrière est organisé.

a - Le service de SSR Neurologie est un service de court séjour.

Environ 30 % des patients victimes d'un AVC sont hospitalisés en Soins de Suite et de Réadaptation au décours de leur prise en charge en soins de courte durée. 73% d'entre eux retournent ensuite au domicile⁴³.

Le service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) Neurologie de la Pitié Salpêtrière fait partie de l'entité réadaptation polyvalente et Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Il comporte 60 lits de Soins de Suite et Réadaptation et 37 lits de Soins Longue Durée. La moyenne d'âges des résidents est de 50 ans. Il fonctionne en réseau avec les urgences cérébro-vasculaires, le service de neuro-chirurgie ainsi que le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital.

Les patients victimes d'un AVC y séjournent en moyenne un mois avant un transfert ou un retour au domicile.

Les pathologies majoritairement rencontrées sont : des accidents vasculaires cérébraux (ischémiques et hémorragiques), des scléroses en plaques*, des épilepsies et toutes les pathologies relevant de la neurologie, de la neurooncologie et de l'orthopédie.

Les patients victimes d'AVC sont des malades dits «lourds» : en service SSR, la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis en SSR. De plus, la proportion des personnes très dépendantes est particulièrement élevée dans les suites d'un AVC : 54,5 % en début de séjour SSR post AVC, contre 22,9 % pour l'ensemble du secteur SSR, l'écart étant sensible dans toutes les classes d'âge⁴⁴.

b - La structure SSR a pour objectifs la réadaptation et la rééducation des personnes qu'elle accueille.

Dans l'aide apportée aux personnes atteintes de maladies invalidantes, celle-ci contribue souvent, d'une part, à accroître leur autonomie, tant au plan de leur capacité à se traiter que dans la

⁴³ <http://www.sante.gouv.fr/l-action-des-pouvoirs-publics-le-plan-national-d-actions-avc-2010-14.html>

⁴⁴ Ibid.

définition de leurs besoins, et recherchant, d'autre part, la normalisation de la situation du malade et son intégration à la vie sociale.

L'objectif de la structure SSR Neurologie est de permettre aux patients victimes d'un AVC de retrouver une place dans leur environnement initial ou le plus proche possible de ce qu'ils étaient avant, voire de les aider à s'adapter à une nouvelle vie. Selon la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation, les SSR ont pour mission de *«coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités»*.

L'activité de SSR est à visée diagnostique et thérapeutique. Elle comprend des actes de rééducation et de réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion globale du patient.

La mission centrale des structures SSR est la réadaptation, définie par l'OMS comme *«l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place»*.

La rééducation est définie par l'OMS comme *«les techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient»*. La réinsertion est selon l'OMS *«l'ensemble des mesures médicosociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion»*.

Les objectifs principaux de la rééducation post-AVC sont la stimulation de la plasticité cérébrale, la prévention des complications secondaires et une meilleure autonomie possible restituée aux patients. Parmi les autres objectifs, on trouve l'éducation du patient (prévention des facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, diabète, tabac, mauvaise alimentation, dyslipidémie, surpoids, etc) et la poursuite du bilan étiologique.

La rééducation active s'appuie sur un principe essentiel : la forte interaction sensibilité/motricité et cognition/motricité. Elle prend en compte l'individu par rapport à lui-même et à son environnement. Elle est centrée sur les fonctions à améliorer à travers des exercices ciblés. Elle vise à améliorer l'équilibre, la marche, la préhension et les troubles visuo-spatiaux.

Les services SSR spécialisés dans les affections neurologiques, comme la prise en charge post AVC, permettent une rééducation intensive et complexe c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour pour un adulte. Ce service nécessite une surveillance médicale et infirmière en raison d'un risque élevé d'aggravation, de décompensation ou de complications de l'affection neurologique et de facteurs de comorbidité*. Au sein de ce service sont réalisés des soins techniques et de nursing importants (soins d'hygiène, aide à la toilette, la préparation des médicaments, etc).

c - L'équipe de soins multidisciplinaires est au service des patients.

La démarche de réadaptation repose sur des équipes pluridisciplinaires et des plateaux techniques spécifiques et comporte les étapes suivantes :

- le diagnostic relatif aux conséquences et à l'évolution de l'affection causale, des complications spécifiques, des comorbidités* et de l'immobilisation prolongée ;
- l'évaluation clinique et para-clinique, pluri-professionnelle, des déficiences, incapacités, handicaps en vue de l'élaboration d'un programme individualisé ;
- l'élaboration d'un projet d'orientation vers le retour au domicile, une structure de soins adaptée ou une structure d'hébergement collectif. Elle s'inscrit dans le projet thérapeutique et le projet de vie spécifique à chaque patient ;
- la réinsertion sociale permettant l'accès aux droits administratifs, à l'aménagement du domicile, aux aides techniques, aux dispositifs d'aide humaine, au logement ;
- la réinsertion professionnelle.

Le personnel soignant est constitué de personnes ayant des compétences médicales (médecins coordonnateurs, professeurs, chefs de service, praticiens hospitaliers, internes et externes, etc), des compétences paramédicales (infirmiers, aide-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) et des compétences psychologiques (psychologues, psychiatres et neuropsychologues). Les assistants sociaux sont également très présents. Des évaluations multidisciplinaires permettent de préciser les besoins médicaux et de rééducation et l'orientation du patient.

De plus, des prestations sont proposées sur le bâtiment qui abrite le service SSR de la Pitié Salpêtrière pour le confort et la qualité de vie des résidents : restaurant thérapeutique, animations socio-culturelles, coiffure et pédicurie.

d - L'état clinique des personnes ayant subi un AVC est systématiquement évalué à intervalles réguliers.

Durant une hospitalisation dans le service de SSR, des échelles validées internationalement sont systématiquement utilisées pour évaluer l'évolution de l'état clinique du patient et de son autonomie. Ces échelles fonctionnelles et génériques sont validées, reproductibles, sensibles et pertinentes :

- La NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) sert à évaluer la gravité du déficit neurologique chez un patient à la suite d'un AVC. Elle permet un examen neurologique rapide notamment au cours de la phase aiguë. Elle est composée de 11 items* (niveau de conscience, examen du regard, champ visuel, paralysie faciale, motricité des bras, motricité des jambes, ataxie des membres, sensibilité, aphasie, dysarthrie, extinction/négligence/hémi-inattention) et 13 étapes. L'outil permet de situer le patient sur une échelle de 0 à 42 : 0-5 : accident mineur ; 6-10 : accident modéré ; 11-15 : accident sévère ; 16-20 : accident très sévère ; >20 accident gravissime.
- L'échelle de Rankin modifiée (mRankin) est une échelle d'évaluation globale de handicap. Elle a 7 niveaux : à 0, le patient n'a aucun symptôme* ; à 1, il n'a pas de handicap significatif en dehors d'éventuels symptômes ; à 2, il a un handicap léger ; à 3, le handicap est modéré ; à 4, le handicap est modérément sévère (le patient est incapable de marcher et de s'occuper de ses propres besoins sans assistance) ; à 5, le handicap est sévère (le patient est alité, incontinent et sous surveillance permanente) ; à 6, le patient est décédé.
- L'index de Barthel (depuis 1965) : il s'agit d'une échelle d'autonomie. Elle mesure les performances d'un patient dans 10 activités de la vie quotidienne. Elle est composée de 10 items (alimentation, toilette, habillage, vessie, selles, utilisation des WC, ambulation, transfert lit-chaïse, escaliers). La valeur 0 indique une dépendance totale du patient. La valeur 100 correspond à une complète autonomie.
- L'Aphasie Rapide Test est constituée de 6 items et dépiste précocément les troubles aphasiques, à l'aide d'un score quantitatif de 0 (non aphasique) à 26 (aphasique mutique).

3 - Des séances d'art-thérapie sont mises en place au sein du service SSR de la Pitié Salpêtrière.

a - Le cadre thérapeutique est anticipé.

La stagiaire art-thérapeute a passé 4 mois à raison de deux demi-journées par semaine dans le service de SSR Neurologie de la Pitié Salpêtrière. Des séances d'art-thérapie individuelles et en groupe (avec deux patients au maximum) ont été mises en place.

Les patients pris en charge en art-thérapie étaient principalement hospitalisés pour un AVC récent ischémique constitué (4 femmes et 4 hommes) ou hémorragique (3 femmes et 2 hommes). Certains étaient atteints de sclérose en plaques* (1 femme et 2 hommes), car il s'agit d'une nouvelle filière en développement dans le service.

Ces patients ont bénéficié de 1 à 12 séances d'art-thérapie. La plupart du temps, elles étaient hebdomadaires et quelques fois, elles avaient lieu 2 fois par semaine. Les séances ont duré au minimum 10 minutes et au maximum 1 heure.

La stagiaire art-thérapeute a présenté, dès la première semaine, l'art-thérapie et la finalité du stage pratique aux équipes médicale puis paramédicale. Elle a participé aux synthèses médicales et paramédicales hebdomadaires et a pu s'entretenir de manière informelle avec de nombreux professionnels de santé au sein du service afin de mener au mieux ses prises en charge.

Ne disposant d'aucune salle spécifique, les séances d'art-thérapie ont pris place au bout de la salle d'hospitalisation des patients post-AVC. Un cadre plus intime a été permis à l'aide d'un paravent prêté par l'animateur du bâtiment. Ce lieu s'est révélé calme, ouvert sur l'extérieur grâce à de grandes fenêtres et baigné de lumière. Parfois, les séances ont eu lieu dans la chambre des patients. La stagiaire art-thérapeute porte une blouse blanche et est ainsi identifiée comme membre du personnel soignant. Une partie du matériel a été amenée par la stagiaire (pinceaux, crayons, stylos, palettes, encres, calames, enceintes, musique, livres, etc), et une autre a été prêtée par l'animateur (feuilles, gouaches, feutres, pastels, etc). Aucun matériel n'a pu être acheté par l'établissement d'accueil.

Les dominantes* artistiques abordées au cours des prises en charge sont les arts visuels bidimensionnels (pour 13 patients), la poésie (pour 3 patients), l'écoute musicale (pour 3 patients) et le mouvement dansé (pour une patiente). Certains patients ont parfois abordé deux dominantes au cours de leur prise en charge en art-thérapie.

b - Les indications et objectifs thérapeutiques majeurs peuvent être mis en regard.

Les indications et objectifs thérapeutiques majeurs pour les patients pris en charge en art-thérapie au sein du service de SSR Neurologie sont :

- **l'amélioration de la qualité de vie au service d'une meilleure autonomie** en travaillant sur et/ou avec :

- l'affirmation de soi (faire des choix, exprimer ses goûts),
- la confiance en soi (se sentir capable de, être fier de soi, se projeter dans l'avenir avec ses capacités et ses incapacités, se sentir revalorisé),
- l'estime de soi (être digne d'intérêt, s'engager, prendre des initiatives),
- l'apprentissage de techniques artistiques (Art II*),
- les gratifications sensorielles (à travers le champ des émotions et le ressenti, la structure et la poussée corporels) qui engagent la vie dans une direction, une orientation,
- la concentration, la mémoire, l'imagination et les capacités intellectuelles (favorisation et stimulation)

afin de déterminer ou de renforcer l'identité, la personnalité et l'individualité (savoir-être vivant (capable de s'engager, de s'épanouir, de se transformer) et humain (une espèce animée qui répond à une nature et des capacités particulières)⁴⁵) et donc de contribuer à la restauration de l'être social qu'est l'être humain au travers des mécanismes de communication et de relation.

- **l'amélioration du bien-être au service de la bonne santé** en :

- apaisant les tensions anxieuses,
- réduisant l'agressivité,
- agissant sur les tendances dépressives,

afin de permettre une meilleure disponibilité du patient lors de ses séances de rééducation et de favoriser sa prise en charge globale.

Durant le stage pratique, un patient âgé de 66 ans a été pris en charge en art-thérapie durant 3 semaines. L'indication définie par les équipes médicale et paramédicale était d'obtenir une évolution positive de ses pénalités (notamment sensorielles et cognitives), de susciter des réactions, de mobiliser des émotions au cours des séances d'art-thérapie. En effet, les séances de rééducation standard étaient inexploitable par ce dernier, aphasique et lourdement pénalisé aux niveaux moteur et cognitif. Les professionnels de la rééducation n'observaient aucun progrès chez ce patient.

⁴⁵ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 91

- **l'utilisation des membres supérieurs ou inférieurs dans un autre contexte que celui de la rééducation pure** mais bien à des fins esthétiques*, expressives et gratifiantes. La sollicitation corporelle dynamise globalement le corps et l'esprit pour vaincre la fatigue pathologique par exemple.

À cette étape de la prise en charge dans ce service hospitalier, il ne s'agit pas nécessairement d'encourager le patient à accepter son handicap mais bien de tenter encore de le dépasser et de réduire de manière optimale, au cours des séances de rééducation standard, les déficiences acquises.

Les indications médicales donnent un sens sanitaire et une pertinence à une prise en charge en art-thérapie. Couplées à l'anamnèse, elles permettent d'échapper à la mise en échec du patient et de tendre vers une revalorisation de celui-ci.

B - Le cas de Madame M. permet d'expérimenter et de valider un protocole art-thérapeutique.

1 - Madame M. a été victime d'une lésion dans l'hémisphère droit du cerveau.

L'anamnèse est réalisée à partir du dossier médical de Madame M., des réunions d'équipes médicale et paramédicale et de l'état de base* en art-thérapie.

Madame M. est une femme de 79 ans, retraitée avec une fille. Elle était professeur de pathologie dentaire. Elle est hospitalisée dans le service de Soins de Suite et Réadaptation de la Pitié Salpêtrière entre février et mi mai 2013 suite à un accident ischémique pontique et temporal interne droit survenu en janvier 2013. Ce dernier est responsable de déficits neurologiques (hémiplégie gauche, hémianopsie latérale homonyme gauche, paralysie faciale périphérique gauche, hypoesthésie, dysarthrie et troubles de la déglutition) et de troubles cognitifs et comportementaux incluant une héminégligence gauche.

Jusqu'à présent, elle vivait seule dans un appartement situé au deuxième étage et accessible avec un ascenseur.

À son entrée dans le service, Madame M. a un score NIHSS de 18 sur 42 révélant un accident très sévère. Sur l'échelle de mRankin, elle est à 4 sur 6 ce qui signifie un haut niveau de dépendance avec l'incapacité de marcher. Enfin, sur l'index de Barthel, son autonomie est évaluée à 25 sur 100 (100 correspondant à l'autonomie complète).

Au fil de sa rééducation globale en kinésithérapie, ergothérapie et neuropsychologie, les équipes médicale et paramédicale diagnostiquent une anosognosie* chez Madame M. provoquant une mise en danger de sa personne notamment lors d'exercices autour de la marche en séance de kinésithérapie. Madame M. ne perçoit pas ses limites.

Elle se déplace seule en fauteuil roulant dans le service.

Elle reçoit régulièrement de la visite pendant son hospitalisation.

Lors de la première rencontre avec la stagiaire art-thérapeute, Madame M. est assise dans un fauteuil roulant et a son bras gauche en écharpe. La stagiaire se présente et propose de faire une première séance d'art-thérapie. Madame M. hésite quelques minutes puis accepte. Elle dit pratiquer l'écriture et être intéressée par les arts visuels bidimensionnels et la dominante* corporelle (mouvements dansés) proposés par la stagiaire art-thérapeute. Elle se rétracte finalement quelques jours plus tard de peur de ne pas avoir le temps de gérer toutes ses activités au sein du service. La stagiaire lui propose une seconde fois en présence d'une de ses proches. Elle accepte alors et un rendez-vous est fixé.

2 - Madame M. a des troubles cognitifs et comportementaux.

Les troubles comportementaux (humeur labile, précipitation, persévération, insatisfaction, plainte, mise en danger) et cognitifs (anosognosie*, difficultés attentionnelles, héminégligence) ont motivé la prise en charge individuelle de Madame M. en art-thérapie en complément de la rééducation standard. Le résultat attendu par les équipes médicale et paramédicale est l'amélioration de la disponibilité de Madame M. durant ses séances de rééducation.

3 - Madame M. est prise en charge en art-thérapie pendant 6 semaines.

Les séances d'art-thérapie ont lieu une fois par semaine chaque lundi pendant 6 semaines (5 séances). Une séance est annulée car Madame M. doit faire des examens dans un autre service hospitalier. La prise en charge en art-thérapie s'est terminée suite au départ de Madame M., transférée dans une maison de retraite.

Les séances d'art-thérapie se déroulent dans l'espace aménagé pour cela, situé tout près de la chambre individuelle de Madame M.. Cette dernière vient seule aux séances, assise dans son fauteuil roulant.

Il est nécessaire d'expliquer simplement le métier d'art-thérapeute aux patients lorsqu'ils sont aptes, sur le plan sanitaire, à le comprendre. Ceci permet d'optimiser la prise en charge et notamment la mise en place de la stratégie thérapeutique. Pour Madame M., le fait de savoir que la stagiaire art-thérapeute n'interprète pas ses productions artistiques lui a sans doute permis d'être plus spontanée et à l'écoute de ses seules envies. Le savoir entraîne la saveur. Le ressenti s'exprime au delà du représenté.

4 - La poésie et les arts visuels bidimensionnels sont les dominantes* artistiques de la prise en charge de Madame M..

La poésie est tout d'abord proposée à Madame M. car elle aime écrire et elle pratiquait l'écriture avant son AIC.

En art-thérapie, il est parfois contre-indiqué pour une personne victime d'un AVC de se référer à sa vie et à ses pratiques artistiques antérieures à l'accident de manière à éloigner le risque d'une mise en échec de la personne. Or, la poésie nécessite l'usage de la motricité fine (les gestes et les postures liés au corollaire de la poésie : l'acte d'écrire) de la main qui écrit. Madame M. est droitrière et est capable d'écrire. Par ailleurs, elle ne souffre pas d'aphasie mais d'une légère dysarthrie. Enfin, la poésie renvoie à des capacités cognitives préservées chez Madame M. : le vocabulaire, la syntaxe, l'imagination, la mémoire, la concentration, la culture générale, etc.

Les arts visuels bidimensionnels sont découverts par Madame M. qui accepte d'essayer certains outils et certains matériaux. Capable de prendre facilement des initiatives, la pratique des arts visuels bidimensionnels sont l'occasion pour Madame M. d'appréhender sereinement de nouveaux apprentissages à travers le corps.

La poésie et les arts visuels bidimensionnels ont la particularité de laisser une trace qui permet à Madame M. de s'inscrire dans le temps et l'espace, qui est un tremplin à l'imagination et enfin qui entraîne un regard critique. Ces éléments se coordonnent dans la stratégie thérapeutique présentée ci-dessous.

Enfin, l'association de la poésie et des arts visuels bidimensionnels sollicite les deux hémisphères du cerveau.

L'écriture libre et la pratique des arts visuels bidimensionnels s'imposent donc comme les dominantes* artistiques de la prise en charge en art-thérapie de Madame M.. Parfois, la production graphique/plastique sera illustrée par la poésie et deviendra dominante ; d'autres fois, c'est la poésie qui sera illustrée par la production graphique/artistique et qui dominera. Les deux techniques artistiques s'équilibreront aussi à certains moments dans leur rapport fond/forme. Le fond se rapporte à ce que présente et contient la production artistique tandis que la forme renvoie principalement à la partie objective de celle-ci, à son inscription matérielle dans l'espace et le temps.

5 - L'art-thérapie est indiquée pour améliorer la qualité de vie de Madame M..

> L'objectif général de Madame M. au sein du service SSR est la rééducation en vue d'intégrer une maison de retraite avec une autonomie optimisée.

- > L'objectif principal de Madame M. en art-thérapie est l'amélioration de sa qualité de vie de Madame M. afin de la rendre plus disponible lors des séances de rééducation standard.
- > Les objectifs intermédiaires en art-thérapie sont :
 - la restauration de l'affirmation de soi et du ressenti corporel*
 - la restauration de la confiance en soi et de la structure corporelle*

6 - La stratégie thérapeutique permet à Madame M. de ressentir une gratification existentielle.

La stratégie thérapeutique en art-thérapie est un processus dynamique qui s'effectue au regard de l'opération artistique et s'organise autour des mécanismes humains d'impression et d'expression. La stratégie évolue au fil de la prise en charge au service du bien-être du patient à l'aide des fiches d'observation qui se veulent un outil objectif, une mémoire des séances et le moyen d'avoir du recul sur les situations art-thérapeutiques.

Du fait de sa lésion cérébrale, Madame M. contrôle involontairement son comportement au point de se mettre en danger en séance de rééducation notamment.

Il s'agit de permettre à Madame M. d'être à l'origine de plaisirs esthétiques* (phase 3) au cours de l'activité artistique adaptée au service d'une gratification existentielle et d'une meilleure qualité de vie. Cette dernière induira une meilleure disponibilité lors des séances de rééducation qui amélioreront alors son autonomie. Ce recouvrement partiel de son autonomie permettra à Madame M. de devenir sujet de sa vie et non objet.

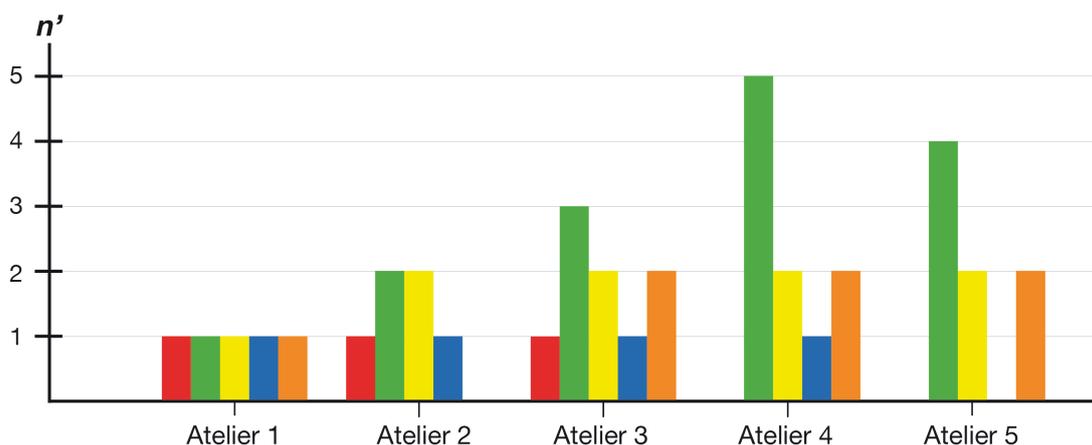
- Pour cela, la prise en charge en art-thérapie a donc pour objectifs intermédiaires :
- de solliciter les parties saines de Madame M. : celles relatives aux techniques de la poésie (imagination, improvisation, construction de phrases de manière esthétique, jeu autour du sens des mots, humour) qui entraînent les capacités cognitivo-sensorielles. Ainsi, Madame M. pourra affirmer son goût, se sentir valoriser et recevoir des gratifications sensorielles à travers des ressentis corporels. Les phases 4, 5 et 6 permettront d'atteindre la phase 3.
 - d'appréhender sereinement l'apprentissage de nouvelles techniques : à l'aide de la découverte de la pratique des arts visuels bidimensionnels, Madame M. se laissera surprendre par des gratifications sensorielles archaïques au moment d'utiliser de nouveaux outils (peinture/pinceau, encre de Chine/calame, pastels) qui entraînent les capacités sensori-motrices. Ainsi, elle acquerra une meilleure confiance en elle, un nouveau regard sur ses capacités et sa structure corporelle* et parviendra à se projeter positivement dans l'avenir. L'Art I* est au service de gratifications en phase 3 et permet d'échapper à la phase 4 qui organise et régule le traitement brut de l'émotion esthétique*.

Les séances d'art-thérapie permettent à Madame M. d'alterner le contrôle et la spontanéité de ses actions/réactions afin de provoquer des émotions esthétiques révélant la saveur existentielle.

7 - L'évaluation de Madame M. se veut objective.

Les faisceaux* d'items et les items* spécifiques à la pénalité sanitaire sont appréciés dans leur évolution et considérés au regard des objectifs. Leur comparaison permet d'évaluer les progrès obtenus et de valider la stratégie thérapeutique. Les améliorations doivent être reconnues par l'ensemble de l'équipe, le patient lui-même et l'entourage proche si possible.

Les items relatifs à l'affirmation de soi et à la confiance en soi sont donc le support de l'évaluation objective de Madame M..



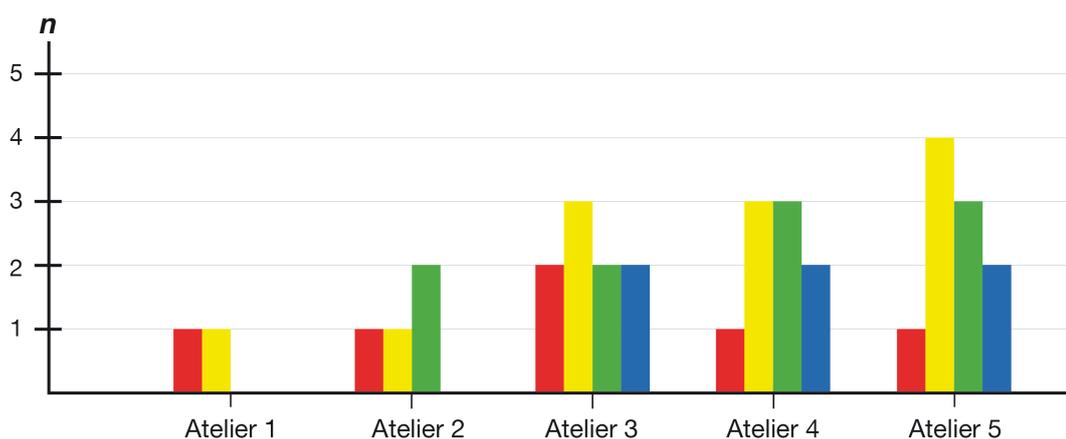
ÉVALUATION DE LA CONFIANCE EN SOI CHEZ MADAME M.

LÉGENDE

- Moment d'hésitation
- Initiatives et prises de risque
- Curiosité artistique
- Contrôle de ses heures d'arrivée et de départ
- Utilisation du bras plégique

n' quantifie les comportements de Madame M. comme étant représentatifs de la confiance en soi par exemple pour le faisceau d'items «curiosité artistique» : à l'atelier 1, Mme M. essaye spontanément l'encre de Chine ; à l'atelier 2, elle découvre le calame puis le pinceau à poils durs ; à l'atelier 3, elle s'essaye à la peinture et tente de peindre de manière figurative puis abstraite ; à l'atelier 4, elle écrit un poème puis l'illustre à partir du mot «escargot» donné par la stagiaire art-thérapeute (à la demande de Mme M.) et elle essaye de nouveaux traitements picturaux ; à l'atelier 5, elle essaye les pastels gras et tente l'imitation d'un dessin.

L'art-thérapie enseignée à Tours s'adresse aux parties saines des patients (idée développée dès 1975 par J.-P. Chevrollier). Logiquement, l'évaluation qui en découle s'intéresse à ce qui «*va chez le patient*»⁴⁶. Ne serait-ce pas scientifique de signaler également les items* non observés au cours de la prise en charge? En effet, on analyse les items au regard de leur évolution (croissante, décroissante ou stable) mais on ne tient pas en compte des items qui ne sont apparus au cours des séances d'art-thérapie. Par exemple, dans le cas de Madame M., la stagiaire art-thérapeute ne constate aucune projection dans l'avenir lors des séances. Cet item appartient pourtant au faisceau* «confiance en soi». Cette méthode exhaustive permet de nuancer l'atteinte des objectifs thérapeutiques en parlant de «tension vers».



ÉVALUATION DE L'AFFIRMATION DE SOI CHEZ MADAME M.

LÉGENDE

- Dévalorisations/Plaintes
- Commentaires de plaisir
- Expressions de sa volonté (verbales et non verbales)
- Expressions de fierté (compétences motrices et artistiques)

n quantifie les expressions verbales et non verbales de Madame M. comme étant représentatives de l'affirmation de soi

⁴⁶ R. Forestier, *L'évaluation en art-thérapie - Pratiques internationales*, p 20

Madame M. se montre insatisfaite lors des séances de kinésithérapie et veut aller toujours plus loin dans sa rééducation insistant auprès des professionnels pour continuer à marcher avec ou sans leur aide. L'item* relatif à l'acceptation de l'aide a donc été important lors de l'évaluation art-thérapeutique. Il n'a cependant pas été représenté sous forme de tableau car ses «graduations» n'ont pas de sens progressif, croissant. Il s'agit plutôt de qualifier l'évolution du comportement de Madame M. vis-à-vis de l'aide au cours des séances d'art-thérapie. En séance 1, elle est réticente à toute forme d'aide, en séance 2 et 3, elle la réclame et enfin en séance 4 et 5, elle l'accepte. On peut donc dire qu'elle a progressé au regard de son anosognosie*.

Enfin, lors de la dernière séance d'art-thérapie, Madame M. arrive maquillée et ravie que la stagiaire l'ai remarqué. Tout juste installée, elle sort son bras gauche paralysé de son écharpe à l'aide de son bras sain et s'en sert pour maintenir son support. En fin de séance elle est très reconnaissante d'avoir pu «jouer» avec les outils de la stagiaire».

Madame M. répond aux questions du cube harmonique (autoévaluation spécifique à l'art-thérapie issue de l'Université de Médecine de Tours (2000) qui consiste à coter de 1 à 5 les quatre questions suivantes : vos productions vous plaisent-elles (Beau)? Les trouvez-vous bien faites (Bien)? Souhaitez-vous poursuivre (Bon)? Passez-vous un bon moment?) et attribue un 4 sur 5 à chacune d'entre elles. L'équilibre se fait entre le plaisir* ressenti, le jugement du bien fait, la volonté de poursuivre l'activité et enfin, la qualité du moment.

8 - Madame M. tend vers une restauration de sa confiance et de son affirmation de soi au service d'un mieux-être.

Au cours de la prise en charge en art-thérapie de Madame M. durant 5 séances en complément de la rééducation standard, les capacités motrices de la patiente se sont légèrement améliorées.

Bien qu'elle se sanctionne encore quelques fois, on remarque qu'elle est capable d'exprimer sa fierté vis-à-vis de ses progrès autant sur le plan artistique que moteur. Elle a su accepter l'aide de la stagiaire art-thérapeute au cours des séances. Elle extériorise le plaisir qu'elle ressent et décide consciemment ou non de rester plus longtemps aux séances d'art-thérapie.

Ensuite, l'expression de son goût esthétique (par l'affirmation de soi et le ressenti corporel*) à l'aide d'outils nouveaux ou déjà connus lui a permis d'acquérir des gratifications sensorielles et existentielles afin de rétablir sa confiance en soi et d'améliorer sa qualité de vie.

Enfin les équipes paramédicales ont constaté une diminution de la nervosité et de l'exigence de Madame M. envers elle-même au cours des séances de rééducation.

Mme M. quitte le service hospitalier peu de temps après la fin de la prise en charge en art-thérapie et intègre un EHPAD.

C - La prise en charge de Monsieur C. illustre la difficulté d'être objectif lors de l'évaluation art-thérapeutique.

1 - Monsieur C. a été victime de plusieurs AVC et par ailleurs, il est atteint de sclérose en plaques*.

Monsieur C. est un homme de 66 ans, célibataire et sans enfant. Il est hospitalisé dans le service de Soins de Suite et Réadaptation de la Pitié Salpêtrière entre juin et juillet 2013 suite à des accidents ischémiques constitués sylvien droit et sylvien gauche responsables d'une hémiparésie droite prédominante au niveau du membre inférieur, d'une paralysie faciale droite, d'une aphasie par manque de mot et d'une spasticité prédominante au niveau du membre inférieur gauche. Il souffre de troubles comportementaux.

De plus, il est atteint d'une sclérose en plaques* rémittente récurrente diagnostiquée en 1978 secondairement progressive depuis 2004.

Il est ancien médecin interniste. Jusqu'à présent, il vivait seul en appartement et marchait avec un déambulateur. Il a un demi frère en province qui lui rend visite dans le service.

À son entrée dans le service, Monsieur C. a un score NIHSS de 13 sur 42 révélant la sévérité de l'AVC. Sur l'échelle de mRankin, il est à 4 sur 6 ce qui signifie un haut niveau de dépendance. Il ne marche pas.

Il se plaint ardemment de l'ancien service hospitalier qui l'accueillait et de l'actuel ainsi que du personnel hospitalier qu'il qualifie d'«incompétent». Il se montre agressif verbalement et ne coopère pas lors des séances de rééducation en kinésithérapie et ergothérapie. Le reste du temps, il se montre apathique. Il souffre de douleurs dues à sa spasticité. Il est également rapidement fatigable.

À l'état grabataire, il est le plus souvent alité et ne supporte pas d'être longtemps dans le fauteuil roulant. Il demande à manger dans son lit et refuse d'aller dans le réfectoire.

Son demi frère confie à un médecin que Monsieur C. a toujours été désagréable.

Lors de la première rencontre avec la stagiaire art-thérapeute, Monsieur C. est en compagnie de son frère. Il est alité et exprime tout d'abord son mécontentement vis-à-vis du personnel soignant sans que la stagiaire n'ait eu le temps de se présenter. Une fois la présentation officialisée, tous les trois abordent l'Art. Monsieur C. et son frère apprécient la musique classique et le «vieux rock». Monsieur C. aime aussi la photographie.

2 - Monsieur C. souffre de troubles comportementaux.

Des séances d'art-thérapie individuelles sont indiquées à Monsieur C. par son médecin référent et sont approuvées par l'ensemble du personnel paramédical. L'objectif principal de ces séances est la diminution des épisodes agressifs et des plaintes de Monsieur C. avec pour conséquence attendue une prise en charge globale de Monsieur C. facilitée.

3 - Monsieur C. est pris en charge en art-thérapie deux fois par semaine.

Les séances d'art-thérapie ont lieu deux fois par semaine à la demande d'un médecin pendant 4 semaines (7 séances). Une seule séance est annulée au cours de la prise en charge car Monsieur C. est trop fatigué. La prise en charge s'est terminée suite au départ de la stagiaire art-thérapeute.

Monsieur C. et la stagiaire s'accordent pour que la première séance d'art-thérapie se déroule dans la chambre de Monsieur C. qu'il partage avec un patient souvent absent. La stagiaire a pleinement conscience qu'ils seront susceptibles d'être dérangés lors des séances. En effet, son fauteuil roulant n'a pas encore été remplacé par un autre plus adapté aux exigences du patient et Monsieur C. ne supporte pas d'y être. Il est très inconfortable selon Monsieur C.. Toutes les autres séances se déroulent également dans la chambre de Monsieur C. à l'exception d'une séance particulière qui a lieu au cours d'une séance de kinésithérapie. Cette dernière n'est pas prise en compte dans les évaluations trouvées plus bas car il ne s'agissait pas d'une séance d'art-thérapie mais d'une séance de kinésithérapie en présence de musique et de la stagiaire art-thérapeute.

4 - L'écoute musicale est la dominante* artistique de la prise en charge de Monsieur C..

Monsieur C. aime la grande musique qu'il définit par les compositeurs classiques ou les grands noms du rock des années 70. Il dit plus tard qu'il a lui-même composé quelques musiques.

Par ailleurs, l'écoute musicale semble pertinente puisqu'elle n'insiste pas sur les mécanismes défaillants de Monsieur C. à savoir ses incapacités dues à des déficiences motrices, un ralentissement psychomoteur et des troubles comportementaux. Le corps récepteur (Monsieur C. ne présente pas de troubles sensoriels) est sollicité au cours de cette activité dite de «contemplation musicale».

Enfin, Monsieur C. le dit lui-même à travers une maxime célèbre : «*La musique adoucit les moeurs*». Il a sans doute fait l'expérience dans le passé d'une réduction de tensions anxiogènes suite à un moment d'écoute musicale.

En raison de ses troubles comportementaux et du fait que la contemplation musicale touche instantanément au champ des émotions, Monsieur C. peut présenter une contre-indication à cette

dominante et réagir de manière imprévisible à un morceau de musique. La stagiaire art-thérapeute veille à ce que son comportement soit calme lors de la première séance.

Par ailleurs, Monsieur C. se plaint régulièrement de douleurs ressenties lors des séances de kinésithérapie et d'ergothérapie. L'écoute musicale et la concentration invoquée peuvent s'en trouver perturbées.

L'écoute de morceaux musicaux à commenter librement est proposée. Monsieur C. se montre enthousiaste. L'écoute musicale s'impose alors comme la dominante* artistique de la prise en charge en art-thérapie de Monsieur C..

5 - L'objectif thérapeutique principal en art-thérapie est l'apaisement des tensions de Monsieur C..

- > L'objectif général de Monsieur C. au sein du service SSR est la rééducation et la réadaptation en vue d'intégrer une maison de retraite.
- > L'objectif principal de Monsieur C. en art-thérapie est l'apaisement des tensions agressives et la réduction des plaintes afin de faciliter la prise en charge globale.
- > Les objectifs intermédiaires en art-thérapie sont :
 - l'apport de gratifications sensorielles à travers le ressenti corporel*,
 - la restauration de l'estime de soi et de l'engagement corporel,
 - la prise d'initiatives.

6 - La stratégie thérapeutique met en oeuvre la restauration de l'estime de soi de Monsieur C..

Les séances d'art-thérapie à dominante* écoute musicale permettront à Monsieur C. de restaurer son estime de soi et par là il deviendra capable de s'engager dans une activité (artistique, spirituelle, rééducative, sociale, etc). L'élan mental et corporel l'orienteront vers des possibles, sa qualité de vie et surtout sa qualité existentielle seront rééduquées. Il pourra dès lors s'impliquer dans son processus de soin : il acceptera de s'asseoir dans son fauteuil roulant et de s'investir pendant les séances de kinésithérapie et d'ergothérapie. Il se montrera patient, volontaire et acteur de son soin en séance de rééducation. Il aura cette volonté de se préserver, de se respecter, d'être fier de lui et de rechercher les bons moments. L'art-thérapie ravive le regard positif de Monsieur C. sur lui-même. Il s'agit d'atteindre la phase 4 de l'opération artistique caractérisée par l'intention et la phase 5 qui voit naître l'engagement corporel.

Cette restauration de l'estime de soi et de l'élan corporel qui le supplée :

- est soutenue dans un premier temps par des gratifications sensorielles retrouvées/stimulées à travers les organes sensoriels, l'imagination, la mémoire, la culture, etc (phase 3) qui sont préservés chez Monsieur C.. Les émotions esthétiques* valorisent Monsieur C. et lui procurent du plaisir* de manière à réduire ses tendances dépressives et apathiques d'un côté et agressives et plaintives de l'autre. Elle initie la boucle de renforcement⁴⁷ et l'encourage à se montrer concentré et attentif lors de l'écoute musicale l'éloignant de sa fatigue pathologique et de son anxiété (phase 5'). Il choisit les morceaux qu'il souhaite écouter et affirme par là même ses goûts, son goût de vivre. Il tend vers une prise d'initiatives. La phase 5' provoque la phase 3 qui encourage les phases 4 et 5.
- peut être renforcée dans un second temps par une production artistique (phase 7) permettant à Monsieur C. d'être à l'origine de ses gratifications esthétiques et encourageant sa confiance en soi par des savoir-faire (phase 6) comme le chant, le rythme percussif, l'écriture d'une chanson dans la limite également des compétences de la stagiaire art-thérapeute. Ces techniques artistiques seront susceptibles d'aborder la structure corporelle* et la confiance en soi à travers

⁴⁷ La boucle de renforcement en art-thérapie consiste en une stimulation constante du patient vers le soin et le mieux-être. Elle s'oppose à la boucle d'inhibition qui l'empêche de progresser et le maintient dans l'échec.

les postures du corps et la motricité fine par exemple. Il pourra alors passer de la position allongée à la position redressée pour tendre vers le transfert au fauteuil roulant et la sortie volontaire de la chambre.

Le champ du ressenti préalablement exploré lors de l'écoute musicale permet de se dégager des représentations, d'être créatif, imaginatif et de trouver de nouvelles solutions et motivations. Ces émotions générées peuvent être motrices et ré-engager, stimuler le corps du patient en l'orientant vers une expression volontaire.

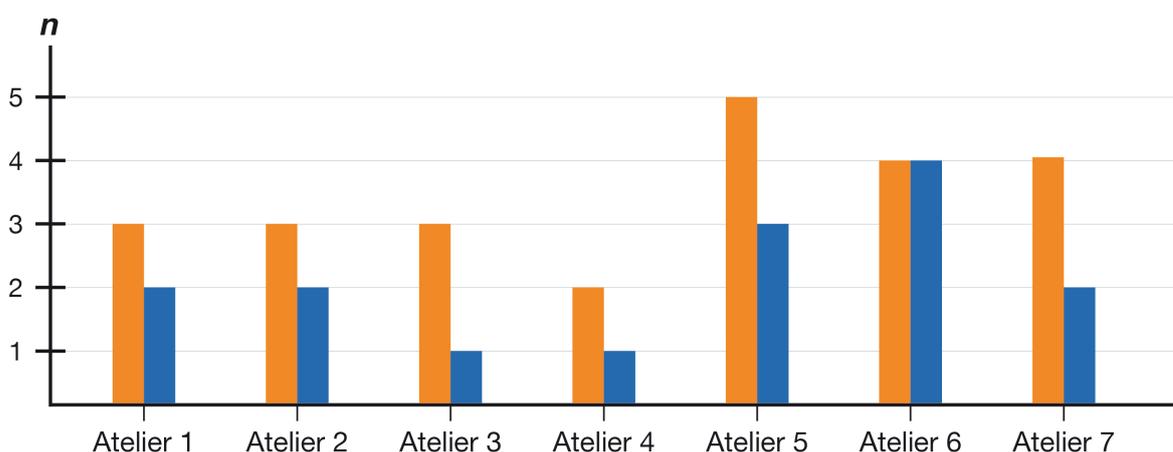
Les séances d'art-thérapie au sein du service hospitalier SSR ont pour vocation générale de permettre le recouvrement de l'autonomie chez les personnes victimes d'un AVC. L'estime de soi restaurée chez Monsieur C. favorisera son implication lors des séances de rééducation au service du maintien de son autonomie.

7 - L'évaluation art-thérapeutique est rendue compliquée par la nature même de l'activité artistique.

Le faisceau* d'items «Concentration» est évalué afin d'objectiver l'attention de Monsieur C. lors des séances d'art-thérapie à dominante* écoute musicale. La concentration témoigne de l'investissement de Monsieur C. dans l'activité et l'éloigne de sa fatigue pathologique et de son anxiété.

C'est justement parce que l'activité artistique est contemplative, que la concentration de Monsieur C. est difficilement évaluable. En effet, lorsque Monsieur C. ferme les yeux en entendant/écoutant une musique, s'agit-il d'un signe d'attention ou au contraire d'un endormissement épisodique? Lorsque son comportement est calme, est-ce parce qu'il est fatigué ou parce qu'il est en condition d'écoute? La concentration est donc appréciée à travers deux items* :

- la durée des séances, considérée comme proportionnelle à la diminution de la fatigue
- le tonus de Monsieur C., apprécié par la stagiaire art-thérapeute à partir de son regard (présent, passif, intéressé), de sa dynamique de parole, de ses manifestations faciales (présentes/absentes) et de ses assouplissements.



ÉVALUATION DE LA CONCENTRATION DE MONSIEUR C.

LÉGENDE

■ Durée des séances d'art-thérapie

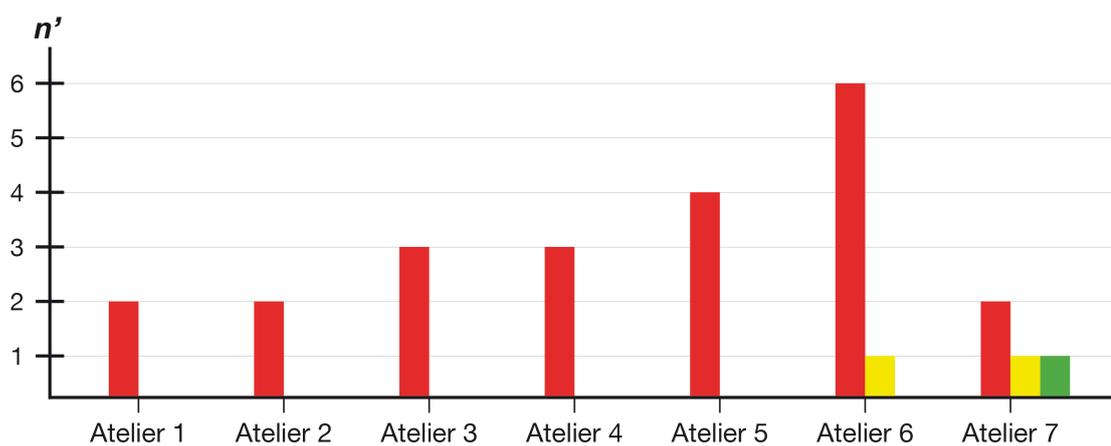
n : 1 = entre 10 et 19min / 2 = entre 20 et 29min / 3 = entre 30 et 39min / 4 = entre 40 et 49min / 5 = entre 50 et 59min

■ Appréciation du tonus de Mr C. par la stagiaire art-thérapeute

n : 1 = très fatigué / 2 = fatigué / 3 = calme / 4 = actif / 5 = dynamique

Le faisceau* d'items «Prise d'initiative» est évalué afin de justifier l'implication de Monsieur C. dans l'activité artistique et d'attester d'une tension vers un élan existentiel retrouvé. Il témoigne du pouvoir d'entraînement de l'Art.

Comme il s'agit essentiellement d'écoute musicale, la gratification sensorielle n'est pas un but en soi puisque l'objectif n'est pas que Monsieur C. apprécie chaque morceau écouté. Il ne s'agit pas seulement de faire plaisir à Monsieur C. mais de le faire réagir en lui permettant d'exprimer ses goûts (en le laissant choisir des morceaux et en le faisant s'exprimer sur certains morceaux imposés par exemple) et de redevenir sujet de son existence. Ce sont donc les formes d'expression spontanées générées par ses gratifications esthétiques* qui seront évaluées.



ÉVALUATION DE LA PRISE D'INITIATIVE CHEZ MONSIEUR C.

LÉGENDE

n' quantifie les expressions verbales spontanées de Mr C. au cours des séances. Il s'agit essentiellement du choix des musiques, de l'ouverture de discussions culturelles, de demandes musicales pour la séance suivante et de notes d'humour avec la stagiaire art-thérapeute, son voisin de chambre et une infirmière.

- Interventions verbales culturelles
- Interventions verbales humoristiques
- Production artistique : il chante

D'autres items* ont été évalués mais ne sont pas présentés sous forme de tableau du fait de leur constance au cours des 7 séances d'art-thérapie. Il semble important au regard des objectifs de la prise en charge de les citer ci-dessous :

- Monsieur C. est poli et respectueux envers la stagiaire art-thérapeute et toutes les personnes amenées à interrompre les séances.
- Monsieur C. ne se plaint jamais ni de ses douleurs, ni de ses déficiences, ni des séances de rééducation, ni du personnel soignant. La stagiaire lui demande une fois comment se passe la kinésithérapie. Il répond : «*C'est dur et très fatigant*» mais ne dit pas qu'il ne peut pas comme c'est souvent le cas lors des séances de kinésithérapie.
- Monsieur C. a toujours autant de spasmes dans les jambes.
- Monsieur C. ne se sanctionne jamais ni ne se dévalorise.

Voici deux items que la stagiaire art-thérapeute aurait pu évaluer de manière plus précise :

- les commentaires/expressions de plaisir* : des sourires sont observés lors des séances 1, 2 et 6 et les expressions suivantes sont entendues : «*Je suis content de pouvoir écouter de la musique*» / «*Oh oui oui oui*» / «*J'aimerais composer une musique comme celle-ci*». L'absence de sourire ne signifie pas nécessairement l'absence de plaisir mais peut être la fatigue ou le manque de concentration.
- le nombre de séances d'ergothérapie et de kinésithérapie manquées au cours des 4 semaines de prise en charge en art-thérapie.

Monsieur C. n'a pas répondu aux questions du cube harmonique, la stagiaire jugeant cette étape non pertinente puisqu'il n'a pas été à l'origine de ses gratifications sensorielles. Or, le cube

harmonique, aurait été très utile pour évaluer/auto-évaluer l'envie de continuer (le Bon qui renvoie à l'estime de soi) et la qualité du moment.

Cette étude de cas révèle la difficulté de repérer finement les items* qui permettent l'objectivation de la subjectivité de Monsieur C. afin d'évaluer objectivement l'impact de l'art-thérapie lorsque l'activité est principalement contemplative.

8 - La prise en charge de Monsieur C. est interrompue par le départ de la stagiaire art-thérapeute.

La prise en charge de Monsieur C. s'achève au bout de 4 semaines suite au départ de la stagiaire art-thérapeute.

Monsieur C. semble tendre vers une atteinte de l'objectif principal au sein même des séances d'art-thérapie. En revanche, les séances de kinésithérapie restent un moment où il s'exprime dans la douleur et où il ne progresse pas. La rééducation en ergothérapie se déroule mieux : il est stimulé au niveau cognitif notamment. L'une des stagiaires ergothérapeutes demande à la stagiaire art-thérapeute si Monsieur C. a des intérêts qui pourraient être le support de la rééducation. La photographie est citée.

Les équipes paramédicales constatent que le comportement global de Monsieur C. est plus acceptable lors des séances de rééducation.

La cible thérapeutique initiale, déterminée préalablement dans l'objectif art-thérapeutique, était un comportement agressif envers les équipes soignantes. Du fait que Monsieur C. ne se comportait absolument pas de cette manière avec la stagiaire art-thérapeute et avec son voisin de chambre, la cible thérapeutique a été redéfinie : le protocole sanitaire est trop lourd et douloureux pour Monsieur C. qui recherche une immobilité physique confortable qu'il trouve en étant alité.

Ainsi, suite à une réunion d'équipe médicale et paramédicale, il est jugé intéressant de faire une séance de kinésithérapie en présence de l'art-thérapeute et de la musique. Monsieur C. est ravi mais malheureusement, son comportement reste inchangé : la séance se déroule comme à son habitude dans la douleur et la plainte. L'opération ne sera pas réitérée.

En dehors des séances d'art-thérapie, Monsieur C. se projette plusieurs fois dans une maison de retraite située dans sa province natale. Il y sera transféré un mois plus tard.

Quelques jours après la fin de la prise en charge en art-thérapie, la stagiaire art-thérapeute, de retour dans le service pour des raisons administratives, rencontre Monsieur C. assis dans son fauteuil, à l'entrée du bâtiment, en extérieur, en train de fumer et de discuter avec d'autres patients.

Si les séances d'art-thérapie s'étaient poursuivies, elles auraient eu lieu en dehors de la chambre de Monsieur C.. Le chant ou l'écriture de chansons auraient été approfondis afin de renforcer la confiance en soi et la structure corporelle* comme indiqué dans la stratégie thérapeutique. En effet, Monsieur C. a une voix peu audible et une fluence réduite lorsqu'il parle ; par contre, elle est puissante lorsqu'il exprime sa douleur et son malaise. La voix est un vecteur de communication et de sociabilité important. L'action artistique aurait été entretenue, auto-entretenu par le patient afin de l'entraîner dans le plaisir* esthétique*, transformant ainsi son humeur, sa disponibilité relationnelle et son comportement face au soin.

L'art-thérapie montre ses limites en dehors des séances alors qu'elle devrait avoir un impact sur la vie quotidienne du patient. La prise en charge en art-thérapie s'est révélée comme un moment de répit pendant lequel Monsieur C. n'est pas mis en échec. Les séances d'art-thérapie marque une rupture avec son état pathologique. Les parties saines sont sollicitées afin de le revaloriser.

III - La pertinence de la mise en place de séances d'art-thérapie en service de SSR auprès de personnes victimes d'un AVC récent pourrait être remise en cause.

A - Les séances d'art-thérapie peuvent être mises en place dans d'autres structures sanitaires et sociales ainsi qu'au domicile des personnes ayant subi un AVC.

Après un AVC, le patient peut retourner à son domicile ou intégrer un nouveau lieu de vie.

1 - Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) oscille entre un lieu de vie et un lieu de soins.

a - Les FAM accueillent des adultes gravement handicapés et dépendants ayant besoin d'un suivi médical régulier.

Le FAM est un établissement médico-social. Il accueille des adultes handicapés physiques, mentaux ou atteints de handicaps associés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante et inaptes à toute activité professionnelle. Il propose également une surveillance et une assistance médicales et paramédicales ainsi qu'une aide éducative. Il s'agit donc d'une structure de soins également occupationnelle. Il peut prendre la forme d'un internat, d'un accueil de jour ou d'un accueil temporaire.

b - Les indications art-thérapeutiques majeures sont le maintien de l'autonomie et l'acceptation du handicap.

En lien avec les équipes pluridisciplinaires, les objectifs de prise en charge en art-thérapie concernent d'abord l'intégration du résident et sa socialisation car le FAM impose une vie en communauté (réduction de l'anxiété, des troubles comportementaux, de la dépression, des troubles de la communication, etc). Ensuite, il s'agit de stimuler intellectuellement et physiquement par le biais de l'activité artistique adaptée, des gratifications sensorielles et des références culturelles en vue de développer de nouveaux intérêts chez le résident, de lui permettre de se projeter positivement dans l'avenir, de maintenir voire améliorer son autonomie. En effet, les personnes accueillies en FAM ont généralement des troubles stabilisés. Enfin, en se concentrant sur l'estime, la confiance et l'affirmation de soi et sur l'élan, la structure et le ressenti corporels*, les prises en charge orientent le résident vers une meilleure qualité de vie et une acceptation du handicap à travers les capacités préservées potentialisées.

Le projet personnalisé est établi par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et prend en compte la personne accueillie, c'est-à-dire, son identité, sa personnalité, son passé et ses attentes, ses pénalités et ses capacités au sein d'un environnement. L'art-thérapeute s'y intègre logiquement.

2 - L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) n'est pas spécialisé dans la prise en charge des patients post AVC.

a - L'EHPAD est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées.

L'EHPAD accueille des personnes âgées (à partir de 60 ans) en perte partielle voire totale d'autonomie. Il propose un hébergement, une surveillance médicale et des soins assurés en continu, une aide à la vie quotidienne et des activités de loisirs.

Sont orientés préférentiellement vers un EHPAD, les patients d'âge avancé (au delà de 80 ans), isolé socialement, dont l'AVC sévère est caractérisé par des déficits moteurs et cognitifs, des troubles de la déglutition et une incontinence.

b - Les indications art-thérapeutiques majeures tendent vers le maintien des capacités, l'accompagnement vers la fin de vie et se confondent parfois avec des activités occupationnelles.

«Le placement en institution se traduit par une rupture, un rétrécissement temporo-spatial et un changement de statut qui rend le patient souvent inactif et dépendant.»⁴⁸. L'objectif art-thérapeutique majeur pour le patient cérébro-lésé qui a intégré un EHPAD va donc être le maintien et la stimulation de l'ensemble des capacités résiduelles (cognitives, motrices, intellectuelles, sociales, émotionnelles, sensorielles, comportementales, etc) afin de limiter l'impact de l'institutionnalisation. La diminution des sentiments anxieux ou dépressifs est aussi prioritaire afin d'installer un bien-être durable et de ralentir la perte d'autonomie. En effet, l'adaptation à l'établissement est à prendre en compte car il est souvent le dernier lieu de vie des patients et génère ainsi des angoisses existentielles. Enfin, la disponibilité relationnelle concourt à une meilleure qualité de vie au quotidien en permettant au résident d'être à l'origine de plaisirs* partagés, de profiter pleinement de l'instant présent et de tendre vers une joie de vivre. En combattant l'isolement, l'acceptation du handicap de l'autre et de son propre handicap est facilitée afin de vivre harmonieusement ensemble.

L'art-thérapeute prend soin d'orienter un patient sensible à l'Art vers un animateur une fois sa prise en charge thérapeutique terminée. Il y sera soutenu à travers une dynamique créative et plaisante opposée au rythme répétitif de la vie en EHPAD.

3 - Au domicile, les soins encouragent la réinsertion sociale et professionnelle.

a - Les services de soins à domicile permettent de recevoir chez soi des soins infirmiers et d'hygiène ainsi que le concours nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Le retour au domicile de personnes cérébro-lésées doit être accompagné de consultations médicales et de soins ambulatoires (suivi en kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychologie, etc) en hôpital de jour ou en cabinet de ville pendant 3 mois environ et à une fréquence de 4 fois par semaine au minimum. L'Hospitalisation À Domicile (HAD) de réadaptation se développe aussi.

Sont orientés préférentiellement au retour à leur domicile, les personnes ayant subi un AVC mineur évoluant spontanément vers la récupération. L'éventuelle persistance d'une incapacité devra être compatible avec la vie au domicile. Une visite et une adaptation de ce dernier par une assistance sociale et un ergothérapeute doivent être réalisées avant que le patient ne quitte le service.

b - Les indications art-thérapeutiques se concentrent sur la réinsertion du patient et l'acceptation des séquelles dues à l'AVC.

La réinsertion sociale et professionnelle est cruciale lorsque la personne est de retour à son domicile avec des séquelles. Le manque de confiance en soi et d'estime de soi réduit la volonté et renforce l'isolement et la fragilité physique créant un terrain propice à la dépression et à la dépendance.

Les objectifs de prise en charge en art-thérapie vont tout d'abord s'appuyer sur la valorisation des capacités préservées chez la personne afin de positiver la réadaptation. La stimulation intellectuelle (imagination, culture générale) et corporelle (savoir-faire, mobilité) permettent de maintenir la personne active et dynamique en renforçant sa tension existentielle. L'acceptation du handicap par la personne et son entourage facilite la réinsertion et la qualité de vie.

Enfin, l'art-thérapie peut s'avérer un soutien important pour les aidants qui peuvent souffrir de dépression, d'anxiété ou encore d'épuisement émotionnel en s'occupant à temps plein de leur proche. Les séances peuvent se dérouler en présence de la personne cérébro-lésée ou non.

L'art-thérapie, autant pour le patient que pour son aidant, se révèle être un moment de répit au service d'une revalorisation et d'un nouvel élan motivationnel et existentiel.

⁴⁸ In. R. Forestier, *L'évaluation en art-thérapie - Pratiques internationales*, p 51

B - En service de soins de suite et réadaptation, l'art-thérapeute s'adapte aux patients accueillis mais il peut se trouver limité par certaines situations induites par le fonctionnement du service hospitalier.

Il est indispensable, pour démontrer que l'art-thérapie peut impulser une dynamique innovante au sein du microcosme qu'est l'hôpital public (où l'expert scientifique domine), d'analyser le contexte. Ici, il s'agit du service de Soins de Suite et Réadaptation Neurologie.

L'innovation réside dans le fait que l'art-thérapeute privilégie la qualité de vie de la personne comme valeur ajoutée à la bonne santé.

1 - L'art-thérapie s'adapterait au cadre hospitalier.

a - L'hospitalisation impacte émotionnellement et socialement les patients et leurs proches.

«Avec le recul, l'hôpital était, pour moi, une sorte de prison : je ne décidais plus de ce que je voulais faire à l'instant où je voulais le faire, une routine s'installait sans que je puisse donner mon avis. Se lever tôt, attendre d'être lavée, habillée, être obligée d'aller « vite » prendre mon petit-déjeuner pour filer en kiné, le bruit, la proximité, l'absence d'intimité....et souvent, la nuit, être réveillée à cause de ma voisine de chambre qui avait besoin d'être changée (...) à cause de son incontinence : néons à trois heures du matin, bruit du déménagement systématique du lit, les infirmières qui parlaient fort, ça me réveillait à chaque fois. J'ai insisté auprès du médecin de rééducation pour en sortir; à un moment où je saturais totalement du service : j'avais hâte de me retrouver au calme!» Ces mots témoignent de l'expérience de Ghislaine Hervier qui a intégré un service de rééducation fonctionnelle à la suite d'un AVC à 43 ans en 1992⁴⁹.

Après un AVC, le patient hospitalisé en service de réadaptation se trouve confronté à différentes obligations et épreuves. Selon Sally Weston⁵⁰, il doit assumer les séquelles dues à la lésion cérébrale et tenter de les réduire tout en ajustant ses ressentis (angoisse, découragement, incertitude, solitude, etc) au regard de la rupture dans sa vie qu'est l'AVC. Dans un même temps il doit faire le deuil de ses fonctions perdues, gérer ses relations familiales, amicales et professionnelles et s'adapter à l'hôpital.

L'hôpital et plus précisément, le service de SSR, est un microcosme inclus dans le monde dit «normal». Le rythme des journées y est standardisé et le choix n'a pas sa place ce qui fragilise l'être humain en tant que sujet. Le patient y côtoie d'autres personnes également handicapées par la survenue d'un AVC. Le patient subit émotionnellement cet effet miroir. La durée du séjour est rarement définie à l'entrée dans le service ce qui complique la projection du patient dans l'avenir. L'intimité et le calme sont extrêmement réduits du fait des soins, du nursing et de la vie en collectivité (les portes des chambres sont souvent ouvertes, la salle de bain pour les personnes non autonomes est dans un lieu de passage, beaucoup de chambres sont doubles et sans séparation, etc). Le manque de liberté induit par la situation de handicap et l'hospitalisation agit sur la diminution de la volonté et de l'engagement du patient et atteint ainsi sa confiance et son estime de soi.

Les professionnels travaillant dans le service prennent peu en compte les difficultés d'adaptation et de sociabilité rencontrées par les patients alors que l'aspect social est inclus dans la définition de la bonne santé. Les assistants de service social sont responsables de la réinsertion matérielle (une structure qui accueillera le patient à sa sortie) qui induira une réinsertion sociale et/ou professionnelle. Ils sont plus en contact avec les proches de la victime de l'AVC. Les psychologues, quant à eux, aident les patients à comprendre leurs déficiences, à accepter leur handicap, à réfléchir sur leur passé et à se construire dans l'avenir (au niveau personnel, affectif et social). Ils utilisent parfois l'Art comme stratégie non verbale visant à repérer des troubles psychologiques à travers une interprétation symbolique (art-thérapie traditionnelle). Mais tous les patients n'y adhèrent pas ou ne sont pas capables de s'exprimer ou de comprendre (troubles intellectuels ou cognitifs, aphasie notamment) les enjeux d'une consultation.

⁴⁹ G. Hervier, <http://apresmonavc.blogvie.com>

⁵⁰ S. Weston, *Arts therapies in the stroke pathway, Report to Brain injury Stakeholders meeting*

L'exclusion sociale et le fait de n'être plus considéré autrement que comme un patient/objet influent sur la qualité existentielle de la personne hospitalisée. Il existe également malheureusement des cas de maltraitance bien que celle-ci soit chaque année la priorité du Ministère de la Santé.

Une étude⁵¹ publiée en 2012 démontre que le taux de déclin des fonctions cognitives chez les personnes âgées s'accélère au point de doubler après un séjour à l'hôpital, affectant, le raisonnement et la mémoire. Les hypothèses sur les causes précises sont les effets iatrogènes des médicaments, le délirium ou le manque de stimulation intellectuelle et affective.

L'hospitalisation de courte durée peut elle aussi avoir un impact négatif sur les capacités fonctionnelles du patient. L'alitement, notamment, provoque une perte de la masse musculaire⁵².

Pour préserver au maximum les capacités cognitives, motrices, sensorielles, en complément d'une rééducation standard, deux études⁵³ montrent qu'il faudrait proposer un environnement stimulant qui aurait un impact sur les capacités d'apprentissage et de mémorisation ; améliorer le statut nutritionnel ; entraîner les capacités motrices et cognitives ; et enfin, stimuler socialement.

L'art-thérapie se présente dans ces conditions comme un moment de répit et de retour à la singularité de l'individu pris en charge. Les séances deviennent une parenthèse au quotidien hospitalier axée sur la culture, l'Art, la revalorisation des capacités résiduelles et le sentiment d'être de nouveau considéré comme une personne. L'art-thérapie s'impose comme un regard différent sur la personne (hospitalisée). Les séances sont un lieu et un temps où l'on parle d'autres choses que de la maladie, où l'on s'exprime autrement, où est renforcée la tension existentielle. L'espoir, la fierté et la sympathie (qui s'oppose à la relation empathique) émergent à nouveau.

D'un point de vue biologique, on connaît l'importance des échanges entre le monde extérieur et le monde intérieur à l'humain. À l'échelle de l'organisme qui entre en relation et en communication, ces échanges favorisent une qualité de vie qui peut résonner sur la santé.

La pratique artistique et l'écoute musicale nous dégagent parfois de la situation présente et provoquent une perte de la notion du temps⁵⁴.

Le service de court et moyen séjour qu'est l'hôpital est un lieu de passage. Les visites sont autorisées chaque jour entre 13h30 et 20h. Les rencontres des patients avec leurs proches sont récurrentes. Le patient y trouve un soutien crucial. Elles sont également l'occasion pour l'art-thérapeute d'échanger avec les amis et familles des patients sur leur prise en charge et sur les éventuelles poursuites en art-thérapie à la sortie du service (en cas de retour à domicile ou de transfert dans une autre institution) à défaut d'apparaître dans le dossier médical.

b - Le service de SSR sollicite de manière intensive le patient en rééducation et réadaptation à la suite d'un AVC récent.

À son entrée dans le service de SSR, le patient subit ou participe à différents tests afin d'établir un état de dépendance et un degré de handicap. Ensuite sont prescrits les traitements médicamenteux et les séances de rééducation adaptées. Un patient peut, chaque jour de la semaine, être reçu à la fois par le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le neuropsychologue et le psychologue en plus de la visite médicale, des soins infirmiers et du nursing. Le reste de son temps quotidien est réservé aux repas, aux visites et au repos.

D'autres patients sont un peu moins sollicités par les prises en charge paramédicales et peuvent trouver le temps long au sein de l'hôpital ce qui peut favoriser l'apparition d'une dépression ou d'une anxiété.

⁵¹ R.S. Wilson et al., *Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons*

⁵² L. Teillet, *Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults*

⁵³ - A. Faralli et al., *Noninvasive Strategies to Promote Functional Recovery after Stroke*

- M.J. Renner, M.R. Rosenzweig, *Effects of environmental complexity and training on brain chemistry and anatomy : A replication and extension*

⁵⁴ B. Edwards, *Dessiner grâce au cerveau droit*, p 4

En plus de ces pathologies qui peuvent s'associer aux séquelles de l'AVC dans une relation comorbide, la lésion cérébrale et/ou le traitement médicamenteux peuvent être à l'origine d'une fatigue pathologique, d'une dépression, de troubles du sommeil et de la sexualité, etc. Ces symptômes* occupent et sollicitent l'esprit des personnes hospitalisées à temps plein et rendent leur prise en charge globale plus compliquée.

La fatigue pathologique ne se distingue pas facilement de la fatigue comme symptôme de la dépression, des conséquences de médicaments ou d'une anémie. Pour y remédier en supplément du traitement médicamenteux, le patient doit bénéficier d'un temps (raisonnable) de repos dans la journée ; maximaliser l'activité et la mobilité ; caractériser et identifier les facteurs déclenchants ; veiller à une bonne hygiène de sommeil ; et réaliser les activités aux meilleurs moments de la journée. L'équipe soignante doit améliorer la compréhension de cette pathologie par le patient et son entourage.

La dépression se caractérise par les symptômes suivants : sentiment de tristesse et de vide la plupart du temps, perte d'intérêt ou de plaisir* dans les activités ordinaires, fatigue ou sentiment de ralentissement, trouble du sommeil, perte d'appétit et de poids, incapacité à se concentrer/à se souvenir/à prendre des décisions, sentiment d'inutilité/d'impuissance/de culpabilité, pleurs, pensées suicidaires. Il est conseillé (en plus d'un traitement médicamenteux et d'un soutien psychologique) aux patients, pour réduire son ampleur, de s'investir en séances de rééducation, de passer du temps avec famille et amis, de maintenir la qualité de vie en restant actif et en faisant des choses qui plaisent. L'anxiété peut s'associer à la dépression après un AVC. Elle peut affecter la progression en rééducation, les activités quotidiennes, les relations sociales et la qualité de vie.

Les séances d'art-thérapie semblent donc pertinentes en supplément d'une approche médicamenteuse de ces troubles complémentaires aux séquelles physiques et cognitives d'un AVC. En effet, le champ d'action de l'art-thérapie est l'être humain et son bien-être. Les séances sollicitent le patient physiquement et cognitivement ; ont lieu à un moment opportun décidé avec le patient lui-même (en donnant la priorité à la rééducation standard) ; proposent des activités plaisantes orientées vers un mieux-être et sont un moment unique de sollicitation du patient dans une visée revalorisante.

Enfin, au coeur de ce microcosme très actif qu'est le service de SSR, les échanges de l'art-thérapeute avec l'ensemble du personnel soignant sont facilités afin de répondre ensemble efficacement au projet individualisé du patient qui tend vers la bonne santé et le bien-être.

c - Les prises en charge en art-thérapie sont modulées par le fonctionnement du service de SSR.

L'art-thérapeute, travaillant spécifiquement au sein d'un service SSR Neurologie, se trouve confronté à différentes difficultés dans l'établissement et la mise en oeuvre du protocole art-thérapeutique : indication, objectif, stratégie et moyens (l'évaluation sera développée dans un prochain paragraphe).

Tout d'abord, l'indication de l'art-thérapie doit être réalisée par un médecin soutenu par les paramédicaux dans le cadre du service SSR. Pour se faire, l'art-thérapie doit préalablement être définie au mieux afin d'être comprise par les équipes soignantes dans un premier temps, les patients (dans la limite de leur capacité) dans un second temps et enfin, par les proches de ces derniers. Le langage de l'art-thérapeute doit être professionnel et accessible à tous.

Ensuite, avant même d'établir des objectifs thérapeutiques, patient et art-thérapeute doivent parvenir à se rencontrer. L'intégration de l'art-thérapie dans les plannings peut être rendue difficile par son caractère non prioritaire et dépendant de la volonté des patients.

L'art-thérapeute doit être vigilant à chaque étape du protocole et doit être capable de se remettre en question au service du patient. Par exemple, l'indication, la cible thérapeutique et

l'objectif art-thérapeutique sont parfois à distinguer. C'était le cas dans la prise en charge de Monsieur C..

Par ailleurs, on remarque que les objectifs art-thérapeutiques «réalistes» déterminés sont majoritairement induits pas les conditions hospitalières elles-mêmes. En effet, puisque «*l'art-thérapie trouve tout son intérêt en «soignant» les mécanismes impliqués dans la recherche d'une bonne qualité existentielle*»⁵⁵, on se rend compte que les sites d'action (ce qui se rapporte aux mécanismes défaillants) en art-thérapie se rapportent aux comportements et troubles qui résultent de l'hospitalisation, à l'indisponibilité des patients lors des séances de rééducation causée par différents facteurs ou encore à l'appréhension qui concerne la sortie du service, l'intégration d'une autre structure ou le retour au domicile.

Ces objectifs dépendent de la stratégie art-thérapeutique qui présente deux limites majeures au sein du service de SSR :

- la date de sortie du patient est souvent révélée quelques jours seulement avant son départ même si les grandes lignes du projet personnalisé l'estiment plus en amont. Ainsi, la prise en charge en art-thérapie peut se trouver interrompue brutalement et les objectifs de préparation à la sortie (à la fois pour le patient et pour son entourage) ne peuvent être anticipés ;
- les prises en charge, en moyenne de courte durée (un mois), amènent à se concentrer et à interroger les conditions d'hospitalisation comme source d'une mauvaise qualité de vie et comme objectif raisonnable, réaliste et pertinent au regard des équipes de rééducation standard.

De surcroît, la rapidité des interventions, des décisions médicales/paramédicales et des indications s'opposent à la lenteur du processus art-thérapeutique qui consiste à raviver, restaurer rééduquer la qualité existentielle du patient. Une solution formelle consisterait à mettre en place plusieurs séances d'art-thérapie par semaine et par patient au même titre que les autres séances paramédicales tout en conservant une distance entre deux séances pour permettre une sorte de période d'incubation. Il s'agirait également de poursuivre les prises en charge en dehors du service SSR.

La méthode utilisée dans le protocole art-thérapeutique définit la justification de l'activité artistique pour chaque patient. Elle comprend également le cadre dans lequel l'activité s'exerce. Au regard des nombreux phénomènes associés qui peuvent interférer sur une prise en charge, une salle dédiée à l'art-thérapie permettrait de meilleures conditions de travail. Cet espace devra être spacieux afin de laisser place à une observation n'annulant pas la concentration du patient. Enfin, le financement du matériel d'arts visuels bidimensionnels ou encore le wifi afin de pouvoir écouter spontanément une musique (grâce aux plateformes d'écoute gratuite) éviteraient un engagement personnel de l'art-thérapeute.

Pour clore cette partie, on constate qu'à la fin de la prise en charge, les répercussions des progrès du patient sont difficilement appréciables au quotidien par l'art-thérapeute lui-même ou par les équipes soignantes (médecins, paramédicaux dont les infirmiers et aide-soignants) qu'il faudrait prendre le temps d'interroger. En ce qui concerne le transfert ou le départ du patient, le bilan art-thérapeutique pourrait être intégré dans son dossier médical afin d'informer les futures équipes soignantes et les proches. Une prise en charge au domicile ou en hôpital de jour serait également envisageable pour dépasser le progrès ponctuel, l'installer durablement et pour poursuivre l'évaluation.

2 - L'art-thérapie interviendrait dans des conditions de récupération cérébrale optimales.

a - La plasticité cérébrale intervient afin de compenser les effets de lésions cérébrales en utilisant d'autres réseaux neuronaux.

La plasticité cérébrale (ou neuroplasticité) tire son origine du grec «*plassein*» qui signifie «*façonner, modeler, plastir*» et au sens figuré «*former, éduquer, imaginer, feindre, mentir*».

⁵⁵ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 45

La neuroplasticité est donc la possibilité qu'a l'encéphale de modifier/réorganiser sa propre structure et ses fonctions à travers la pensée et l'activité. Le système nerveux et donc l'être humain sont une instance plastique et donc non élastique (ils ne peuvent retrouver leur forme initiale exacte) ni immuable (fixe et solide). Catherine Malabou⁵⁶ dit que «*toute individualité est toujours à la fois réceptrice et donatrice de sa propre forme. (...) La plasticité caractérise le rapport que le sujet entretient avec l'accident, c'est-à-dire avec ce qui lui arrive. Elle caractérise dès lors le lieu le plus sensible, le plus vif de la subjectivité, son rapport à l'avenir*». Ceci est mis en exergue dans l'opération artistique et se met en place au moment de la captation et du rayonnement de l'oeuvre d'Art et de son résonnement archaïque puis sophistiqué au sein du corps et de l'esprit humain.

Montaigne, dans son *Apologie de Raimond Sebond*, parlait de la plasticité de l'être vivant au XVI^{ème} siècle : «*ce qui commence à naître ne parvient jamais jusques à perfection d'estre, pour autant que ce naître n'achève jamais, et jamais n'arrête, comme étant à bout, ains, depuis la semence, va toujours se changeant et muant d'un à autre*».

La neuroplasticité permet de mettre en oeuvre de nouvelles trajectoires de transmission neuronales dans le système nerveux. Il en existe quatre types⁵⁷ :

- l'expansion territoriale qui a lieu à la marge des aires fonctionnelles, selon l'activité ;
- la réaffectation sensorielle qui a lieu quand un sens est inopérant. Par exemple, lorsque le cortex visuel est privé de ses données habituelles, il peut se réorganiser de manière à recevoir d'autres données en provenance d'autres sens. La plus grande partie du cerveau est polysensitive, c'est-à-dire qu'elle est capable de traiter des signaux émis par plusieurs sens ;
- la mascarade compensatoire (appelée aussi compensation, stratégie alternative ou levée d'inhibition) qui permet de «démasker» des voies nerveuses de transmission secondaires ;
- la prise de relais territoriale bilatérale qui intervient lorsqu'une fonction cérébrale est invalidée, la région qui lui correspond symétriquement dans l'hémisphère opposé la relaie.

La plasticité cérébrale est à son plus haut niveau dans les premières années de la vie. Puis il y a une spécialisation ou au contraire une inhibition des hémisphères progressives en fonction des besoins vitaux.

La récupération fonctionnelle après un AVC est décrite comme imprévisible, rapide et considérablement variable d'un individu à l'autre sur les deux ou trois premiers mois qui suivent l'accident. Elle dépend principalement de la taille de l'AVC, de sa localisation et de l'âge du patient. À partir du troisième mois et jusqu'au dix-huitième environ, les progrès sont plus lents et il n'est pas rare que les exercices de rééducation se terminent lorsque le patient n'en fait plus. Hors pendant cette phase, des changements biologiques ont lieu à l'intérieur du cerveau tandis que les nouvelles facultés se perfectionnent et deviennent automatiques (phase de consolidation) à force d'entraînement⁵⁸.

Les outils d'imagerie fonctionnelle du cerveau comme la Tomographie par Emission de Positions (TEP), l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) fonctionnelle, la Tomographie d'Emission MonoPhotonique (TEMP) ou encore la MagnétoEncéphaloGraphie (MEG), ont prouvé la réorganisation fonctionnelle intracérébrale chez l'être humain. Ils permettent de visualiser les réseaux impliqués dans une activité et après un AVC, d'identifier les processus de réaménagement intracérébraux qui suivent la lésion⁵⁹.

La rééducation fonctionnelle, les traitements médicamenteux, la stimulation non invasive et la robotique sont des techniques qui agissent sur la plasticité cérébrale et facilitent la récupération après un AVC.

⁵⁶ C. Malabou, *Plasticité*, p 9 et 10

⁵⁷ J. Grafman et I. Litvan, *Evidence for four forms of neuroplasticity*, In : *Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau*, Norman Doidge, p 455 à 458

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ F. Chollet, *La contre-attaque du cerveau*, p 32

b - Les séances d'art-thérapie peuvent avoir une application spécifique dans le cadre de la rééducation cérébrale.

Les patients intègrent le service intensif de SSR deux à trois semaines après leur accident vasculaire cérébral. En théorie, la plasticité cérébrale est dans sa phase la plus prolifique. En quoi les séances d'art-thérapie peuvent-elles contribuer à l'optimisation de cette récupération?

Pour schématiser, le mode de traitement des informations dans l'hémisphère droit du cerveau est rapide, complexe, total, spatial, perceptif, intuitif, subjectif, relationnel, global, intemporel et non verbal. L'hémisphère gauche se présente séquentiel, analytique, déductif, symbolique, objectif, linéaire et verbal. Autrement dit, le cerveau droit renvoie à l'Art I* et le gauche à l'Art II*. «*L'hémisphère gauche analyse le temps, le droit synthétise l'espace.*»⁶⁰. Pour toutes ses opérations, le cerveau utilise ses deux hémisphères, l'un d'eux prédomine à certains moments, les deux se partagent équitablement les tâches à d'autres moments. Selon Betty Edwards⁶¹, les activités artistiques nécessitent une majorité de fonctions dont l'origine est localisée dans les lobes temporal et pariétal droits. L'idée serait donc de se servir des mécanismes impliqués dans les activités artistiques (en dehors du langage, de la signification au sens large et des fonctions qui sont régies par l'hémisphère gauche en général) afin de réhabiliter et de stimuler les zones cérébrales qui ne fonctionnent pas. L'Art devient un outil de détournement.

Selon, C. Thomas-Antérion⁶², les fonctions exécutives les plus sollicitées dans l'idée créative sont la capacité à penser de façon divergente, c'est-à-dire à explorer un grand nombre de combinaisons, et la flexibilité cognitive qui permet de changer de point de vue sur un problème et de prendre la décision parmi plusieurs stratégies à long terme. L'ensemble de ces fonctions implique le lobe frontal et fait écho à ce qui se passe à l'échelle neuronale.

V. B. Lusebrink⁶³ affirme que l'art-thérapie, à travers la variété de ses techniques artistiques, peut activer différents réseaux neuronaux impliqués notamment dans les processus visuels et moteurs et dans la mémoire.

Peu d'études s'intéressent aux effets de la pratique artistique chez des personnes en phase de rééducation post AVC. De plus, celles qui existent, expérimentent les impacts de l'Art sur des échantillons trop restreints de personnes.

En 2013, une étude⁶⁴ démontre que les structures inhérentes à l'écoute de la musique (cortex temporal supérieur et lobe frontal inférieur) «*interagissent avec un ensemble de structures cérébrales sous-tendant les émotions induites par l'écoute musicale (l'amygdale, le lobe temporal antéro-medial, l'insula, le striatum, le cingulum antérieur, les cortex orbitofrontal, préfrontal et somatosensoriel).* Ce qui pourrait rendre la musique unique, c'est qu'elle coactive de manière synchronisée cet ensemble de structures largement distribuées au niveau cérébral». De plus, cette étude rappelle les effets de la musique sur l'humeur (relaxants et anxiolytiques) et ajoute que la musique pourrait également calmer la douleur ou avoir un effet sur le fonctionnement cognitif. En effet, le stimulus musical capterait l'attention et stimulerait la sécrétion de dopamine afin d'activer l'engagement émotionnel et la motivation.

D'autres chercheurs⁶⁵ développent le fait que la musique active le «réseau de récompense» du cerveau émotionnel et par conséquent, le système dopaminergique qui modifie les sécrétions hormonales et promeut la plasticité cérébrale.

⁶⁰ J. Levy, *Psychological Implication of Bilateral Asymmetry*, In : *Dessiner grâce au cerveau droit*, B. Edwards, p 30

⁶¹ B. Edwards, *Dessiner grâce au cerveau droit*, p 57

⁶² H. Platel, C. Thomas-Antérion, *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*, p 29 et 30

⁶³ V.B. Lusebrink, *Art Therapy and the Brain : An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy*

⁶⁴ S. Samson et D. Dellacherie, *Le cerveau au coeur de l'alchimie des émotions musicales*, In : *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*, H. Platel, C. Thomas-Antérion, p 38

⁶⁵ H. Fukui et K. Toyoshima, *Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons*

⁶⁶ P. Janata, *The neural architecture of music-evoked autobiographical memories*

Selon P. Janata⁶⁶, l'une des caractéristiques de l'activation cérébrale par la musique est d'engager un réseau neuronal dédié à la gestion des actions orientées à la fois vers le monde extérieur et la vie intérieure du sujet impliquant pensées, émotions ou relations sociales.

E. Bigand⁶⁷ ajoute qu'en plus d'une stimulation cognitive, la musique offre le moyen naturel de lier perception et action (vecteur de la plasticité cérébrale), de renforcer les intégrations sensori-motrices et d'impacter émotionnellement le patient.

La pratique artistique et l'écoute musicale auraient donc un impact sur l'ensemble du fonctionnement cérébral.

En 2014, l'équipe de Séverine Samson⁶⁸ tente de mesurer l'impact de la musique sur des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences, de modérées à sévères. Elle constate un état émotionnel plus positif, une réduction des troubles comportementaux mais aucune amélioration des troubles cognitifs chez les patients. De plus, elle observe une diminution de l'anxiété et de la détresse des aidants. Le musicothérapeute, Fabrice Chardon⁶⁹, arrivait aux mêmes conclusions en 2009 chez des personnes démentes séniles. Il constatait que l'implication dans l'activité provoquait une stimulation sensorielle, une meilleure humeur et une disponibilité relationnelle du patient.

Selon l'ouvrage *Dessiner grâce au cerveau droit*, dans la pratique du dessin, les deux hémisphères cérébraux travaillent en coopération en un nombre infini de combinaisons possibles vers une exploitation du potentiel de chacune des moitiés du cerveau. Il est rappelé que la créativité est «*l'aptitude à trouver de nouvelles solutions à un problème ou des modes originaux d'expression*»⁷⁰. Voilà pourquoi l'art-thérapeute doit se former aux différents types de lésions cérébrales afin d'identifier, avec l'aide des équipes soignantes, les fonctions cognitives, motrices et sensorielles atteintes et d'adapter sa stratégie en évitant la mise en échec du patient. Par exemple, si la lésion est localisée dans l'hémisphère droit, au cours de l'activité artistique, le fond dominera sur la forme dans un premier temps. Puis, l'hémisphère lésé pourra être sollicité/activé par le biais du plaisir esthétique* (dépassement de la pénalité) ou bien, on décidera de renforcer les acquis de l'hémisphère sain (compensation de la pénalité).

c - La recherche concernant la plasticité neuronale est jeune.

Le fonctionnement du système nerveux (stimuli sensoriels > intégration > réponse motrice) n'est pas sans rappeler les mécanismes impliqués dans l'activité artistique (impression > intention > action/production). Chacune de nos pensées et actions aurait un impact sur notre vie. Cette hypothèse est admise dans le domaine du développement personnel. Mais ont-elles des influences spécifiques et localisées sur notre système nerveux?

En 2010, R. Mukamel⁷¹ prouve l'existence des neurones miroirs chez l'être humain. Il s'agit de neurones qui s'activent lorsqu'un individu exécute une action, mais également lorsqu'il observe un autre individu exécuter la même action ou même, lorsqu'il imagine cette action. Ces neurones seraient impliqués dans l'apprentissage et dans les processus affectifs tels que l'empathie. Ces neurones sont-ils impliqués dans la rééducation post AVC? Peuvent-ils agir sur les troubles cognitifs, moteurs, comportementaux et émotionnels de l'être humain? Ces neurones seraient sélectifs, la pratique artistique dans le cadre de l'art-thérapie pourrait-elle les activer spécifiquement? Il est trop tôt pour en parler.

⁶⁷ E. Bigand, *Stimulation cognitive et musique In : Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*

⁶⁸ S. Samson et al., *Efficacy of musical interventions in dementia : evidence from a randomized controlled trial*

⁶⁹ F. Chardon, *L'art-thérapie auprès de personnes démentes séniles : comment apporter une qualité de vie meilleure en modifiant la nature de l'état pathologique*

⁷⁰ B. Edwards, *Dessiner grâce au cerveau droit*, p 200

⁷¹ R. Mukamel et al., *Single-neuron responses in humans during execution and observation of actions*

Bien qu'il soit aujourd'hui prouvé que le réapprentissage d'une fonction déficitaire à la suite d'un AVC provoque une réorganisation intracérébrale, des questions subsistent quant à la durée et les modalités de la rééducation.

L'utilisation de médicaments pour encourager la neuroplasticité est une autre piste qui fait son apparition dans les années 2000. Les antidépresseurs de type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine⁷² pourraient en complément de la kinésithérapie, améliorer la récupération des fonctions motrices et accélérer la plasticité.

Enfin, l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne pourrait s'avérer être un outil thérapeutique pour stimuler la récupération post AVC. «*Cette technologie renouvelle notre approche de la plasticité cérébrale lésionnelle car elle rend potentiellement accessible par voie transcorticale non invasive la reconfiguration de réseaux fonctionnels de neurones lésés (...) afin de moduler la plasticité cérébrale après une lésion*»⁷³. Une étude récente⁷⁴ a constaté les effets positifs de la Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) sur les performances du langage chez des sujets sains. Cela a aussi été confirmé⁷⁵ chez des patients ayant une aphasie chronique après un AVC. Une étude espagnole⁷⁶ démontre à l'aide de la stimulation magnétique transcrânienne que l'apprentissage intensif d'un instrument de musique après un AVC peut améliorer les capacités motrices du membre parétique et l'excitabilité du cortex cérébral moteur.

Une étude⁷⁷ a démontré en 2007 que l'observation de sculptures de la Renaissance par des novices active différentes zones du cerveau participant à la conscience intéroceptive (insula droite), et proprioceptive (précuneus) ainsi qu'aux fonctions cognitives supérieures (cortex préfrontal). De plus, qualifier la beauté et le caractère esthétique* de ces mêmes sculptures stimule l'amygdale cérébrale droite liée aux expériences et aux élans émotionnels. La physiologie neuronale de la beauté artistique différerait-elle de celle d'objets utilitaires, quotidiens? Si tel était le cas, la contemplation artistique permettrait une stimulation spécifique de certaines zones cérébrales dans un contexte de rééducation.

3 - L'art-thérapie serait complémentaire aux professions paramédicales présentes dans le service de SSR.

a - La majorité des prescriptions paramédicales, réalisées par le médecin référent, consiste à encadrer la rééducation et la réadaptation du patient.

Les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes guident les patients dans leur rééducation et réadaptation fonctionnelles. Les personnes hospitalisées à la suite d'un AVC sont donc en grande partie actrices de leur soin. Cela signifie qu'elles sont actives lors de ces différentes prises en charge thérapeutiques. Elles participent avec la volonté de faire au mieux dans le but de progresser. La progression insinue un point de départ et la mise en oeuvre d'actions afin d'atteindre un niveau supérieur. Sans les efforts répétés des patients, leur récupération serait faible. Les différents thérapeutes paramédicaux sont dans un suivi mais ils ne font rien à la place du patient.

En art-thérapie, le patient est également acteur de son soin. L'art-thérapeute intervient essentiellement dans le but d'améliorer les troubles de la relation, de la communication et de l'expression afin d'orienter la personne vers un mieux être au service de sa santé.

Les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes accompagnent le patient pour qu'il se rapproche de la norme : l'être humain en bonne santé et donc autonome. L'état antérieur à l'accident étant souvent difficile à atteindre, des solutions palliatives à visées compensatoires sont proposées. Ces professionnels sont parfois amenés à mettre en échec le patient afin d'établir un

⁷² F. Chollet et al., Etude FLAME

⁷³ F. Chollet, *La contre attaque du cerveau*, p 32

⁷⁴ C. Rosso et al., *Connectivity between right inferior frontal gyrus and supplementary motor area predicts after-effects of right frontal cathodal tDCS on picture naming speed*

⁷⁵ Seung Yeol Lee et al., *Effects of Dual Transcranial Direct Current Stimulation for Aphasia in Chronic Stroke Patients*

⁷⁶ J. Grau-Sanchez et al., *Plasticity in the sensorimotor cortex induced by Music-supported therapy in stroke patients : a TMS study*

⁷⁷ C. Di Dio et al., *The golden beauty : brain response to classical and renaissance sculpture*

bilan puis pour, ensuite, lui permettre d'évoluer. Mais le plus souvent, ils proposent des activités qui correspondent aux aptitudes du patient et les font évoluer au fur et à mesure de ses progrès. Le travail sera principalement centré sur les fonctions lésées.

En art-thérapie, la mise en échec est proscrite : l'important pour le patient est de se reconstruire après la rupture qu'est l'AVC et ainsi de se créer une nouvelle «norme» personnalisée, de valoriser et optimiser ce qui fonctionne et surtout de ne pas chercher à faire ce qu'il pouvait faire avant l'accident. L'art-thérapeute pourra même s'appuyer sur les connaissances et compétences artistiques du patient tout en cadrant la séance. L'art-thérapie permet de ne pas considérer le patient uniquement à travers ses pénalités.

La célébration et la reconnaissance des progrès sont cependant indispensables dans toutes les prises en charge de patients post AVC. Il en va de même pour le renforcement des aptitudes.

L'indication de l'art-thérapie permet au patient d'exercer son pouvoir décisionnaire dans la limite de son autonomie. En effet, son libre arbitre est sollicité : les séances art-thérapeutiques sont indiquées mais pas imposées. La prise en charge a lieu si le patient l'accepte et s'y engage. Le début d'une prise en charge en art-thérapie est donc marqué par une affirmation de soi et un ressenti corporel* du sujet. Les séances deviennent un moment et un espace qui sollicitent l'expression du patient avec pour seules conséquences attendues une amélioration de sa qualité de vie. Selon Eric Gagnon⁷⁸, *«prendre en compte le point de vue du patient, c'est prendre en compte un élément important dans la recherche du mieux être du patient, condition pour qu'il recouvre la santé»*. Si le patient n'est pas capable d'exprimer sa volonté (troubles cognitifs ou du langage par exemple), un entretien avec ses proches peut être envisagé afin de savoir si il est susceptible au regard de son histoire, d'accepter d'être pris en charge en art-thérapie.

Les prescriptions en kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie sont plus systématiques néanmoins, le patient doit également s'engager lors de ses séances de rééducation standard afin de progresser et de maintenir les progrès réalisés.

Tout patient peut refuser d'être soigné selon le Code de la Santé Publique (articles L.1111-4 et R.4127-36) mais ce refus peut parfois nuire gravement à sa santé et le professionnel de santé mettra tout en oeuvre pour convaincre le patient de consentir aux soins.

Eric Gagnon toujours, publie ce paragraphe mettant en regard la bonne santé et le bien-être sur le modèle de l'art-thérapie moderne : *«Il est des dimensions de l'expérience de la maladie qui échappent forcément au médecin et pour lesquels le patient demeure la personne la mieux «informée» : douleur physique et morale, confort, valeurs, aspirations et désirs du malade, estime de soi, etc. Ces dimensions, que l'on veut voir prises en compte pour garantir le maintien de ce qu'on appelle une «qualité de vie», tendent à supplanter la restauration ou le maintien des fonctions biologiques comme finalité des soins. Le bonheur, la sérénité, la croissance personnelle ou l'exercice de l'autonomie ne peuvent être sacrifiés à la guérison»⁷⁹*.

b - L'ergothérapie a des objectifs, stratégies et moyens différents de l'art-thérapie.

La stagiaire art-thérapeute décide de concentrer son argumentaire autour de la pertinence de l'art-thérapie au sein du service SSR Neurologie en analysant plus spécifiquement les objectifs thérapeutiques de l'ergothérapeute et dans le paragraphe suivant, ceux du neuropsychologue. En effet, naturellement, la stagiaire a pu avoir de nombreux échanges avec ces professionnels et a donc choisi d'interroger leur complémentarité et les possibilités de coopération interdisciplinaire.

L'ergothérapie vient du grec «ergon» qui signifie «action» et «therapeia» qui renvoie au soin et à la cure. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes définit ainsi la profession d'ergothérapeute : *«L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de*

⁷⁸ E. Gagnon, *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*, p 62

⁷⁹ E. Gagnon, *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*, p 57

permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société». L'ergothérapie est officiellement reconnue par l'OMS.

L'ergothérapeute, en pratique, évalue l'état de base* du patient, diagnostique les fonctions lésées et les rééduque. Il conçoit également le réaménagement et l'accessibilité de ses lieux de vie et de travail afin de les rendre sécurisants et confortables. Il est chargé de concevoir des accessoires personnalisés (une attelle, une cale par exemple) pour compenser une déficience et d'adapter le fauteuil roulant si besoin est. Sa mission globale est la récupération optimale des capacités motrices et cognitives d'un patient (coordination, dextérité, reconnaissance des objets, etc) dans le but de le réintégrer dans la société. Dans sa pratique thérapeutique, il s'appuie sur la répétition d'actions dans le cadre de jeux et exercices qui font écho au quotidien. L'ergothérapie inclut ainsi le patient dans des activités significatives et significantes.

Le travail réalisé en ergothérapie par les patients en situation de handicap offre de bonnes conditions pour l'expression artistique mise en exergue lors de séances d'art-thérapie. Le patient peut y valider ses ré-acquisitions. Art-thérapeute et ergothérapeute peuvent alors échanger sur les difficultés et capacités du patient. Réciproquement, la revalorisation du patient en art-thérapie peut avoir un impact sur les séances d'ergothérapie en terme d'énergie, de gratifications, de confiance et d'investissement. En art-thérapie, *«la capacité à résoudre des problèmes somatiques est sollicitée chez les patients, en exploitant à nouveau les parties saines»*⁸⁰. Pris en charge à la fois en ergothérapie et en art-thérapie, le patient peut tendre vers la bonne santé.

En effet, l'objectif de l'ergothérapeute est principalement axé sur l'acquisition d'une liberté motrice qui influera seule sur l'autonomie du patient. Mais c'est, par exemple, au cours de l'activité artistique en art-thérapie que s'exercera concrètement l'autonomie du patient en stimulant son affirmation, sa confiance et son estime de soi au regard de sa poussée, sa structure et son ressenti* corporels et de ses capacités de communication et de relation.

D'un autre côté, le dessein de l'art-thérapie n'est pas de transformer le patient en un artiste* mais bien de lui permettre de concrétiser son intention esthétique* à travers une activité gratifiante dans l'ultime but de tendre vers un mieux-être.

L'objectif de l'ergothérapie est la rééducation/réadaptation et donc l'autonomie du patient. Pour cela, l'ergothérapeute favorise des savoir-faire et donc la mise en oeuvre du Bien. Ses moyens sont les activités significantes. En art-thérapie, l'objectif est le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie du patient. Pour cela, l'art-thérapeute équilibre le Bien, le Beau et le Bon. Ses moyens sont des activités volontaires orientées vers le plaisir esthétique* qui existe en lui-même, par lui-même et pour lui-même.

Les deux professions se révèlent complémentaires mais ont l'intentionnalité en commun puisque celle-ci est à l'origine du geste volontaire et de l'engagement physique, mental et social.

c - Art-thérapeutes et neuropsychologues peuvent coopérer afin d'accompagner les patients vers un bien-être complémentaire à leur santé.

Il ne s'agit pas ici de comparer les deux professions mais de comprendre concrètement comment elles peuvent coopérer avec pour objectif commun le bien-être de la personne prise en charge.

«La neuropsychologie traite des fonctions cognitives dans leurs rapports avec les structures cérébrales. À la psychologie, elle emprunte son langage, car la sémiologie s'évalue en termes de comportement. De la neurologie, elle garde la référence constante à la lésion ou à la désorganisation physiologique qui est responsable des troubles.»*⁸¹.

⁸⁰ R. Forestier, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p 70

⁸¹ J. Cambier, *Neurologie*, p 136

Le neuropsychologue évalue les perturbations cognitives, émotionnelles, psycho-comportementales, ainsi que les désordres de la personnalité qui apparaissent suite à des dysfonctionnements encéphaliques comme les lésions cérébrales.

Dans un premier temps, son approche clinique consiste à faire passer des tests aux patients afin d'établir un bilan neuropsychologique. Ce rapport identifie et analyse les fonctions lésées et celles préservées pour optimiser la prise en charge globale. Sa mission est à la fois diagnostique et pronostique. Ces tests permettent de repérer les aphasies, les apraxies, les agnosies, les troubles de la mémoire, les troubles intellectuels et attentionnels, les troubles des fonctions exécutives, des émotions et du comportement.

Dans un autre temps, il est chargé de faire connaître et reconnaître ces handicaps dits «invisibles» ou encore «trompeurs» auprès des patients, de leurs proches, des équipes soignantes et de l'ensemble des acteurs de la prise en charge de ces personnes. En effet, ces troubles peuvent passer inaperçus ou être mal interprétés et donc mal pris en charge. Le neuropsychologue a un rôle d'information et d'éducation.

Enfin, dans une perspective thérapeutique, il peut également participer à la réhabilitation du fonctionnement cognitif d'un patient devenu déficitaire suite à une atteinte cérébrale afin d'améliorer ses conditions générales de vie. Cette revalidation n'est pas centrée sur le déficit mais sur les conséquences de ce dernier dans la vie quotidienne des patients. Ceux-ci se plaignent rarement de troubles cognitifs d'ailleurs. Voilà pourquoi, la stimulation cognitive peut prendre la forme d'entretiens, d'exercices ciblés de confrontations ou de compensations aux difficultés. Lorsque les déficits sont sévères et multiples, le neuropsychologue met en place des stratégies palliatives et d'aménagement de l'environnement.

Non seulement, il n'y a pas toujours de neuropsychologue dans les services de SSR français ; mais lorsqu'il y en a, il n'effectue un bilan neuropsychologique qu'en cas de suspicion (par les autres équipes soignantes) de troubles cognitifs ou comportementaux chez un patient.

L'art-thérapeute pourrait alors travailler avec le neuropsychologue au service des patients victimes d'un AVC récent au moment :

- du dépistage de la négligence spatiale unilatérale, de l'apraxie, des agnosies, de l'anxiété, des troubles intellectuels, de la mémoire, de la sensorialité ou encore des fonctions exécutives. Toutes ces manifestations sont susceptibles d'être mises en évidence lors d'une pratique artistique.

- de la réhabilitation de ces fonctions avec une formation complémentaire et spécifique de l'art-thérapeute. Par exemple, le syndrome pseudo-bulbaire (trouble neurologique) est une atteinte des neurones moteurs centraux qui se manifeste par des rires et pleurs spasmodiques, des troubles de la déglutition, des troubles de la phonation, une diminution de la mobilité de la langue, une abolition du réflexe du voile du palais et une incapacité à contrôler ses émotions. Les antidépresseurs peuvent aider mais il est également conseillé de poursuivre des activités sociales et de rester aussi actif et impliqué dans des activités plaisantes et revalorisantes dans le but de maintenir une qualité de vie. Autre exemple, un comportement agressif et une perte de repères spatiaux peuvent être causés par une lésion de l'hémisphère droit. Les neuropsychologues préconisent de répéter sans cesse au patient où il se trouve et pourquoi il s'y trouve afin de restaurer la perception de son corps dans l'espace et le temps. La pratique artistique peut l'aider à se repérer temporellement et spatialement à travers différentes activités artistiques. Enfin, la réduction d'une anosognosie* peut être un des objectifs en art-thérapie comme ce fut le cas chez Madame M. dans la deuxième partie de ce mémoire. En effet, l'art-thérapie lui a permis d'appréhender sereinement de nouveaux apprentissages (arts visuels bidimensionnels) et de se montrer ensuite moins exigeante envers elle-même au cours des séances de rééducation standard.

- de bilans intermédiaires ou de fin de prise en charge d'un patient afin d'observer et analyser l'évolution de ses troubles dans un contexte neuropsychologique et art-thérapeutique. Il s'agira ensuite d'en déduire éventuellement de nouveaux objectifs dans ces deux disciplines ou bien des méthodes thérapeutiques spécifiques.

- de l'observation et de l'évaluation à la fois objectives et subjectives du patient en neuropsychologie et en art-thérapie dans un échange de bonnes pratiques. En effet, le

neuropsychologue tout comme l'art-thérapeute sont amenés à s'appuyer sur des faits quantifiables et appréciables (en terme de comportement, d'humeur et d'émotion notamment).

La neuropsychologue du service de SSR Neurologie de la Pitié Salpêtrière en charge de Madame M. et la stagiaire art-thérapeute ont d'ailleurs croisé leur regard dans une analyse concise des productions artistiques de Madame M. réalisées pendant les séances d'art-thérapie :

• **Observations de la neuropsychologue :**

Évolution et augmentation de l'utilisation de l'espace au cours des séances. Disparition progressive de l'héminégligence avec une meilleure occupation spatiale. Amélioration du geste moteur et du geste graphique. Meilleure structuration et programmation. Exploration de différents outils.

La neuropsychologue commente également le fond des poèmes de Madame M. et y voit possiblement des références à son défunt mari par exemple.

• **Observations de la stagiaire art-thérapeute :**

Agrandissement des formes et formats en conservant la précision du trait. Organisation des figures dans l'espace jusqu'à l'apparition de la perspective. Passage d'essais techniques erratiques à des compositions réfléchies et enrichies par des touches graphiques et plastiques plus assurées (geste appuyé, augmentation de la quantité de matière, figures sophistiquées, superposition de matière signifiant une exploration technique et une recherche esthétique*) et une homogénéité de l'écrit le mettant en valeur.

Cette comparaison tend à souligner la complémentarité des compétences artistiques propres à l'art-thérapeute et du regard de la neuropsychologue. En revanche, en art-thérapie comme en neuropsychologie, la production (résultat) ne correspond pas à une finalité évaluative puisque l'évaluation s'effectue principalement au cours de l'activité (processus).

4 - L'art-thérapie apporterait une nouvelle conception de l'évaluation thérapeutique.

a - Les échelles de qualité de vie couramment utilisées au sein de l'hôpital se veulent généralisables.

Sur le plan médical, il y a une exigence formelle afin d'universaliser l'évaluation du soin. Dans la filière post AVC, les besoins du patient s'observent à trois niveaux et chaque fois au regard d'une norme :

- les déficiences sont évaluées en terme de séquelles physiologiques,
- puis les limitations d'activités sont mesurées à l'aide d'échelles telles que : NIHSS, mRankin et Barthel.
- enfin les restrictions de participation sont déterminées par leur influence sur la qualité de vie.

Afin d'évaluer la qualité de vie des patients, il existe des échelles validées et majoritairement employées dans le système de soin international. Parmi les échelles génériques :

- l'échelle SF-36 (Short Form - 36 items* - Health Survey) est la plus utilisée. Elle explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Le score varie entre 0 et 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie. Elle a pour objectifs la mesure quantitative de la qualité de vie en rapport avec la santé ; la mesure des risques relatifs de dégradation de la qualité de vie en rapport avec la santé selon la santé perçue ; l'évaluation de résultats des actions de promotion de la santé. 36 items sont regroupés en 8 domaines : fonctionnalité physique, limites physiques, douleur corporelle, santé générale, vitalité, sociabilité, limites émotionnelles et bien-être émotionnel.
- l'échelle EQ-5D (European Quality of Life - 5 Dimensions) aborde la mobilité, l'autonomie, les activités quotidiennes, la douleur/inconfort, l'anxiété/dépression ainsi que la perception de la santé globale par le patient.
- l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) réunit 7 items en 2 domaines (anxiété et dépression). Plus le score est élevé plus l'anxiété et la dépression sont marquées.

Parmi les échelles spécifiques au patient après un AVC :

- l'échelle SIS 3.0 (Stroke Impact Scale 3.0) réunit 59 items en 8 domaines : force, dextérité, mobilité, activités du quotidien, mémoire, communication, émotion et participation sociale. L'item 50 est une question concernant la récupération globale perçue par le patient.
- l'échelle SS-QoL (Stroke Specific - Quality of Life) regroupe 35 items en 7 domaines: fonctions physiques, langage, vision, mémoire/concentration, énergie, humeur et sociabilité.

L'ensemble de ces échelles a la forme d'un auto-questionnaire fermé, parfois gradué, engageant une autoévaluation de la qualité de vie du patient par lui-même. Ceci semble cohérent puisque l'OMS qualifie la qualité de vie comme une «*perception*». De plus, l'appréciation que fait le patient de sa propre qualité de vie semble la plus pertinente. Ces échelles sont un outil de l'équipe des soins pour évaluer le patient au cours du temps afin d'objectiver les résultats des solutions thérapeutiques et/ou médicamenteuses qui lui sont proposées et de savoir si sa situation lui paraît acceptable. Les patients sont rarement comparables entre eux (au regard des résultats de ces échelles) mais ils sont évaluables dans leur propre référentiel.

Malgré tout, ces échelles présentent toutes une limite : elles posent la question du patient aphasique ou de celui ayant des troubles cognitifs ou intellectuels alors incapables de répondre aux questionnaires. Selon, une étude espagnole⁸², l'autoévaluation de la qualité de vie à l'aide de ces échelles, pour un patient après son AVC, est rendue difficile par les difficultés cognitives, la fatigue, l'anxiété et les difficultés de langage. 25% des patients sont exclus de ces évaluations de leur qualité de vie.

De plus, ces échelles, individuellement, ne paraissent pas exhaustives quant aux items mesurant la qualité de vie définie par l'OMS. Celle-ci indique une perception dans un contexte subjectif qui inclut la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales et plus largement les relations aux éléments essentiels de l'environnement du patient.

Enfin, ces échelles ne sont pas assez nuancées dans les réponses proposées et sont parfois trop longues dans leur exécution (jusqu'à 30 minutes pour certaines).

Des études⁸³ tentent de mesurer les effets de l'art-thérapie chez les patients après un AVC en utilisant ces échelles validées et uniquement subjectives comme outil d'évaluation en les associant à des interprétations et déductions psychologiques qualitatives. Il est important de préciser que ces études concernent en majorité l'art-thérapie traditionnelle (la psychothérapie à support artistique) ou des ateliers d'art en milieu sanitaire ou social. Les carences en terme d'analyse et d'évaluation objectives sont grandes et limitent les échanges avec la communauté scientifique et médicale qui pourtant encadre et accompagne les patients et le corps soignant au sens large. La quête d'une évaluation tournée vers une objectivité entreprise par l'AFRATAPEM et les universités de médecine de Tours, Grenoble et Lille impliquées dans la recherche en art-thérapie prend alors tout son sens.

Uniquement dans la subjectivité, dans une étude anglaise⁸⁴, l'évaluation art-thérapeutique s'effectue uniquement à partir de témoignages des patients et des membres des équipes soignantes à l'aide de questionnaires non validés.

D'un point de vue objectif maintenant, la médecine est capable d'évaluer scientifiquement le plaisir éprouvé par un individu à partir du modèle du cerveau récompense⁸⁵ (une sécrétion dopaminergique favorise l'élan motivationnel, l'apprentissage et le plaisir). Hors, l'objectif de l'art-thérapie n'est pas de faire plaisir au patient mais de l'orienter vers un mieux-être par le biais d'activités artistiques et de plaisirs esthétiques*. Donc l'impact neurobiologique du cerveau

⁸² F.J. Carod-Artal, J.A. Egido, *Quality of life after stroke : the importance of a good recovery*

⁸³ - J. Gonen, N. Soroker, *Art therapy in stroke rehabilitation : a model of short-term group treatment*

- K. Beesley et al., *Art after stroke : the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme*

- M.Pachalska et al., *Rehabilitation of an artist after right-hemisphere stroke*

- M.K. Kim, S.D. Kang, *Effect of Art Therapy Using Color on Purpose in Life in Patients with Stroke and their Caregivers*

⁸⁴ M. Higgins, *Reading to stroke unit patients : perceived impact and potential of an innovative arts based therapy*

⁸⁵ H. Platel, C. Thomas-Antérion, *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*, Introduction p 8 et 9

récompense n'est pas directement impliqué et ne peut être exploité dans l'évaluation en art-thérapie moderne.

Enfin, une étude israélienne⁸⁶ propose une évaluation basée sur une observation rigoureuse pendant la séance d'art-thérapie, puis utilise une observation rétrospective réalisée à l'aide d'enregistrement vidéo et de photographies de la séance. Enfin, un questionnaire fermé (non validé), limité à oui ou non, interroge les patients à la fin de chaque séance. Il est intéressant de noter que cette étude, qui met en exergue une évaluation mi-objective/mi-subjective, prend également en compte les phénomènes associés lors de l'évaluation. Une équipe française⁸⁷ a procédé d'une manière assez similaire avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle filmait les patients et leurs aidants afin d'analyser les contenus de leurs discours, les expressions de leur visage et leur humeur. Les résultats ont révélé que les bénéfices des interventions musicales sur la qualité de vie des patients étaient plus durables que les ateliers de cuisine mis en comparaison dans le cadre de l'étude.

b - L'évaluation art-thérapeutique est spécifique et tend vers l'objectivité.

L'art-thérapie est indiquée à des patients dans le but précis d'améliorer leur qualité de vie. Il est donc indispensable qu'elle propose des modalités évaluatives spécifiques. Dans un même temps, l'art-thérapie doit répondre aux exigences que l'on attend de toute thérapie. Pour cela, elle doit notamment faire référence aux modèles sanitaires validés et mettre en oeuvre des méthodes d'évaluation fines et pertinentes. Ces modalités évaluatives spécifiques sont :

- subjectives puisque l'amélioration de la qualité de vie d'un patient passe par ses ressentis et son autoévaluation (cube harmonique) et
- objectives puisqu'un tiers (l'art-thérapeute et éventuellement des co-thérapeutes) rapporte l'évolution du patient (vers un mieux-être) à l'aide d'items observables qui se corrént.

Cependant, l'évaluation art-thérapeutique, qui se veut donc objective complétée par une part subjective, intègre au coeur du processus de soin la spécificité de la discipline : l'Art et le Beau. Charles Pépin⁸⁸ dit que la beauté est subjective, qu'elle est une expérience relative à chaque individu et qu'en cela, elle n'est pas généralisable. Une **1^{ère} limite** de l'évaluation objective en art-thérapie est donc révélée.

Par ailleurs, il est établi qu'en art-thérapie est évalué uniquement ce qui va bien puisque l'on s'adresse aux parties saines des patients. Une **2^{ème} limite** à l'évaluation scientifique est dénoncée.

Ensuite, les effets de l'art-thérapie moderne sont évalués à partir des observations du phénomène artistique (partie visible de l'activité artistique) lors des séances d'art-thérapie examinées au regard de l'ensemble de l'opération artistique, des objectifs et de la stratégie thérapeutiques. Ces observations sont réparties dans le temps de la séance (rencontre, activité artistique, échange, temps de pause, séparation, etc) et dans l'espace à travers les phénomènes associés (le temps qu'il fait, l'intrusion d'un tiers au cours de la séance, l'humeur et la santé du patient et de l'art-thérapeute, le matériel artistique, etc). Les observations appelées aussi «items*» sont ensuite regroupées en faisceaux* d'items. Ces derniers se rapportent généralement à l'intention/action/production, aux capacités relationnelles et aux capacités esthétiques*⁸⁹. Les items renvoient à des signes physiques quantitatifs, des appréciations et aux compétences artistiques de l'art-thérapeute (dans les domaines liés aux capacités esthétiques notamment). La difficulté réside alors dans l'objectivation de la subjectivité que représente parfois le repérage d'items pertinents pour évaluer la tension vers la réalisation d'un objectif thérapeutique préétabli : c'est l'évolution de plusieurs items corrélant un même faisceau d'items lui-même estimé représentatif de la réalisation de l'objectif thérapeutique du patient qui constituera l'évaluation objective en art-thérapie. À cela, peut s'ajouter l'appréciation des ressentis du patient à travers des expressions ou grâce à

⁸⁶ A. Yaretzky, *Clay as a therapeutic tool in group processing with the elderly*

⁸⁷ S. Clément et al., *Short and Longer Term Effects of Musical Intervention*

⁸⁸ C. Pépin, *Quand la Beauté nous sauve*, p 199

⁸⁹ C. Plaisant, *L'évaluation en art-thérapie - Pratiques internationales*, p 35

l'autoévaluation art-thérapeutique. L'évaluation se fait après chaque séance puis un bilan est établi en fin de prise en charge. La part subjective de l'art-thérapeute lors des observations/évaluations (au moment du repérage des items notamment) doit être réduite et corrélée par une part objective plus importante. Voilà pourquoi l'art-thérapeute doit conserver une grande capacité de remise en question. Afin de mieux comprendre les modalités évaluatives en art-thérapie, voici quelques exemples :

- Exemple 1 : l'engagement dans l'activité artistique peut être objectivé par la motivation du patient, elle-même corrélée par le nombre d'initiatives prises, la posture corporelle, le temps entre l'impression et l'expression, la recherche esthétique, etc.
- Exemple 2 : les gratifications sensorielles peuvent être démontrées par la satisfaction d'un patient, elle-même corrélée par des expressions verbales liées au plaisir* esthétique, la volonté de terminer et d'exposer sa production, un comportement serein, etc.

Par ailleurs, l'évaluation art-thérapeutique se veut non transposable d'un patient à l'autre ce qui constitue sa **3^{ème} limite** dans un cadre hospitalier. En effet, une attitude calme peut être inquiétante et régressive chez un patient tandis que chez un autre, elle sera le signe d'une évolution positive au regard d'objectifs thérapeutiques personnalisés.

Le cube harmonique (autoévaluation en art-thérapie) peut confirmer ou infirmer les observations et conclusions de l'art-thérapeute au cours de la prise en charge d'un patient particulièrement autour des mécanismes altérés (Bien, Beau et Bon). Mais, il n'est pas valable comme seul outil d'évaluation car il est uniquement basé sur la subjectivité du patient et sur le niveau de conscience de ses difficultés. Par ailleurs, tout comme les auto-questionnaires de mesure de la qualité de vie des patients, l'autoévaluation spécifique à l'art-thérapie renforce la faculté critique à condition «*d'avoir une capacité de distanciation et d'attribution d'une valeur à sa production (troubles cognitifs et comportementaux) ; d'avoir une compréhension suffisante de la langue française (aphasie) ; des capacités intellectuelles suffisantes pour comprendre le système de notation mis en place*»⁹⁰. Ceci représente une **4^{ème} limite** de l'évaluation art-thérapeutique. Cependant, du fait que le cube harmonique se présente sous la forme de quatre questions à réponses fermées et graduées, il est possible de l'utiliser sous des formes détournées (graphiquement, à l'aide des doigts ou d'objets sensibles par exemple).

Enfin, la validation de l'évaluation du patient suite à une prise en charge en art-thérapie doit être réalisée par les autres membres de l'équipe soignante et les proches. Cette confirmation n'est pas toujours réalisable en fonction des conditions et lieux de soin et devient la **5^{ème} limite** de l'évaluation art-thérapeutique.

Le service de SSR Neurologie se montre contraignant en ce qui concerne la validation des modalités évaluatives en art-thérapie si on se réfère aux 5 limites précédentes. Les séjours sont de courte durée et limitent ainsi les impacts des séances en art-thérapie sur le patient dans son quotidien et leur validation par les équipes soignantes et l'entourage du patient.

Afin de valider les effets de l'art-thérapie chez les patients victimes d'un AVC et de pallier au fait que les stratégies et les évaluations ne sont pas généralisables, des protocoles de recherche en complément d'une rééducation standard doivent être mis en place. Ils consistent à randomiser chaque étude : diviser le nombre de patients participants en deux groupes homogènes (âge, sexe, origine ethnique, niveau d'étude, type d'AVC, moment de la prise en charge, localisation de la lésion, NIHSS, Barthel, mRankin), le premier bénéficiant d'une prise en charge en art-thérapie (groupe expérimental), le second n'en bénéficiant pas (groupe contrôle) ou bénéficiant d'une autre médiation (regarder un film, participer à un jeu ou à une animation sans visée thérapeutique..). Ce fut le cas pour l'étude française récente⁹¹ qui comparait la musicothérapie aux ateliers de cuisine. Ensuite, la présence d'évaluateurs en aveugle en supplément de l'art-thérapeute et éventuellement des co-thérapeutes serait scientifique. On peut imaginer filmer les séances et les diffuser à des évaluateurs en aveugle. On peut utiliser les questionnaires de mesure de la qualité de vie des

⁹⁰ R. Forestier, *L'évaluation en art-thérapie - Pratiques internationales*, p 79

⁹¹ S. Samson et al., *Efficacy of musical interventions in dementia : evidence from a randomized controlled trial*

patients avant la prise en charge, à la fin de prise en charge et 3 mois après la fin de la prise en charge afin d'évaluer la pérennité des impacts de l'art-thérapie. Le patient y répondra si il en est capable sinon un membre fixe de son entourage proche s'en chargera. Enfin, idéalement, des études d'IRM fonctionnelle pourraient corroborer les résultats.

Par comparaison, ces protocoles permettront de cibler plus précisément les mécanismes en jeu lors des prises en charge en art-thérapie, de déterminer les impacts de l'art-thérapie, de collationner ce que les fiches d'observation et d'évaluation concluent afin de valider la pertinence globale de l'art-thérapie moderne à dominantes* arts visuels bidimensionnels et écoute musicale au sein d'un service de SSR et de patients après un AVC récent.

c - L'évaluation art-thérapeutique ouvre sur une optimisation de la prise en charge des patients aphasiques.

Une lésion cérébrale (principalement localisée dans l'hémisphère gauche) à la suite d'un AVC peut provoquer des troubles du langage comme l'aphasie (trouble de la compréhension et de l'expression orales), la dysarthrie (trouble de l'articulation) jusqu'à l'anarthrie (incapacité totale d'articuler). Ces troubles peuvent être accompagnés d'une agraphie (trouble de l'expression écrite) ou d'une alexie (trouble d'accès à la lecture). L'ensemble de ces manifestations entraîne des difficultés de communication et d'expression chez les patients qui en sont victimes.

La pratique des arts visuels bidimensionnels ainsi que l'écoute musicale dans un cadre thérapeutique permettraient en théorie (au regard de la première partie de ce mémoire) à ces patients de ressentir des plaisirs esthétiques* et d'améliorer leur qualité de vie. En effet, l'art-thérapie est la seule discipline paramédicale qui exploite le hors verbal* permettant aux patients aphasiques de trouver des formes d'expression (qui n'entrent pas dans le champ de la communication).

Trois patients souffrant d'aphasies sévères ont été pris en charge par la stagiaire art-thérapeute dans le service de SSR Neurologie de la Pitié Salpêtrière. Le premier a bénéficié de séances à dominante* corporelle, le deuxième s'est essayé à la peinture et le troisième a écouté de la musique sur les conseils de son épouse. Pour ce dernier seulement, par ailleurs gravement handicapé à son entrée dans le service (NIHSS : 28, mRankin : 4 et Barthel : 10), l'indication de l'art-thérapie était précise. Il s'agit de Monsieur M..

Au regard des spécificités de l'évaluation art-thérapeutique (excepté le cube harmonique a priori), Monsieur M. a pu bénéficier d'une prise en charge non et hors verbale* basée sur ses capacités résiduelles. Les grilles d'observation et les bilans art-thérapeutiques l'ont inclus au même titre que les patients non aphasiques. Les faisceaux* d'items ont ciblé l'expression corporelle (rythme battu, tentative de fredonnement, posture d'écoute, etc), l'humeur (agitation/calme, sourire, etc) ou encore la concentration (regard, durée des séances, etc). L'évaluation met en oeuvre une dynamique entre l'objectivité et subjectivité. L'épouse de Monsieur M. a pu confirmer que les séances *«lui faisaient du bien»*. La prise en charge a duré trois séances.

Pour aller plus loin, une équipe finlandaise⁹² propose d'étudier les impacts d'un environnement enrichi au niveau sonore sur la récupération post AVC. Chez l'être humain, l'écoute musicale active les régions cérébrales relatives à l'attention, aux processus sémantique et émotionnel, à la mémoire et aux fonctions motrices. Les résultats de cette étude ont montré que l'écoute de musique, en phase de récupération intensive post AVC, pouvait améliorer de manière significative la mémoire verbale et les capacités d'attention des patients. Elle provoque également une baisse des tendances dépressives, des désorientations et des humeurs négatives. L'équipe suggère également, dans un premier temps, une écoute musicale quotidienne (pour les personnes sensibles à la musique) aux patients qui ne peuvent pas encore participer aux séances de rééducation traditionnelle. Ce fut précisément le cas de Monsieur M.. L'article poursuit en précisant que la musique peut aussi améliorer la qualité de vie des patients hospitalisés qui restent pendant plusieurs semaines inactifs. Le fait que la plupart des musiques (63%) contiennent une combinaison de chant

⁹² T. Särkämö and al., *Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke*

(cerveau gauche) et musique (cerveau droit), pourrait jouer un rôle important. L'évaluation a été réalisée grâce aux outils neuropsychologiques et à un questionnaire de qualité de vie (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale - 39).

Une équipe coréenne⁹³ démontre en 2013 que le binôme orthophonie/musicothérapie (chant et fredonnement) améliore de manière significative les capacités liées au langage chez les patients post AVC. L'étude ne différencie pas les effets de l'une ou de l'autre des thérapies.

L'évaluation art-thérapeutique apparaît spécifique et capable de relever la finesse de l'évolution du patient aphasique vers un mieux être. Les tests cognitifs neuropsychologiques et les évaluations orthophoniques pourraient s'avérer un complément de mesure des impacts de l'art-thérapie.

La prise en charge en art-thérapie de patients aphasiques entretiendrait également le lien patient/entourage/thérapeute de manière à favoriser la communication et la relation au service de la prise en charge globale du patient.

La prise en charge en art-thérapie de patients aphasiques semble globalement pertinente et mériterait à elle-seule d'être développée dans un second mémoire de recherche.

5 - Un tableau récapitule les arguments cités plus haut.

Les éléments favorables et défavorables à la mise en place de prises en charge art-thérapeutiques dans un service hospitalier de rééducation intensive pour les victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral récent ont été synthétisés dans le tableau suivant. L'art-thérapie y est désignée par l'abréviation AT.

ÉLÉMENTS FAVORABLES	ÉLÉMENTS DÉFAVORABLES
<p>1 - Le cadre hospitalier</p> <p>> Les patients sont souvent visités par leurs proches qui échangent avec l'art-thérapeute.</p> <p>> Un espace et un temps sont dédiés à la prise en charge en AT (moment de répit et de revalorisation des capacités préservées).</p> <p>> Certains patients ne sont pas assez sollicités par l'équipe soignante.</p> <p>> Les échanges fusent autour du projet personnalisé du patient et une équipe de soin est présente en permanence dans le service.</p> <p>> L'anxiété, la dépression et l'exclusion sociale peuvent être prises en charge en AT.</p> <p>> L'AT redonne sa place au sujet qu'est la personne hospitalisée.</p> <p>> Les objectifs thérapeutiques peuvent s'orienter spécifiquement vers les conséquences de l'hospitalisation, l'indisponibilité lors de la rééducation et l'appréhension de la sortie du service.</p> <p>> Il est possible de mettre en place plusieurs séances d'AT par semaine et par patient.</p>	<p>1 - Le cadre hospitalier</p> <p>> Le service hospitalier est défini par un rythme normé, un manque de liberté, d'intimité et de calme.</p> <p>> Les patients sont contraints de côtoyer d'autres personnes en situation de handicap.</p> <p>> Certains patients sont fortement sollicités.</p> <p>> Les patients, leur entourage et les professionnels de santé doivent prendre le temps de comprendre l'AT.</p> <p>> L'AT n'est ni obligatoire ni prioritaire.</p> <p>> La date de sortie des patients est rarement anticipée.</p> <p>> Les prises en charge en AT sont en moyenne de courte durée.</p> <p>> La rapidité des décisions sanitaires s'oppose à la lenteur du processus art-thérapeutique.</p> <p>> Aucune salle et aucun budget ne sont dédiés à l'AT.</p> <p>> Il est difficile de constater les répercussions pérennes de la prise en charge en AT sur le quotidien du patient.</p>

⁹³ Kil-Byung Lim et al., *The Therapeutic Effect of Neurologic Music Therapy and Speech Language Therapy in Post-Stroke Aphasic Patients*

ÉLÉMENTS FAVORABLES	ÉLÉMENTS DÉFAVORABLES
<p>2 - L'exploitation de la plasticité cérébrale</p> <ul style="list-style-type: none"> > La plasticité cérébrale est prolifique les trois premiers mois après l'AVC. > L'activité artistique stimule la flexibilité cognitive. > L'activité artistique stimule et coactive des zones cérébrales spécifiques. > La musique agit positivement sur l'humeur. 	<p>2 - L'exploitation de la plasticité cérébrale</p> <ul style="list-style-type: none"> > La plasticité est imprévisible et variable selon chaque patient après l'AVC. > La recherche en matière de neuroplasticité est encore jeune et inexploitable en AT. > Les impacts de l'AT ne sont pas démontrés par des imageries fonctionnelles.
<p>3 - La complémentarité avec les autres professions paramédicales</p> <ul style="list-style-type: none"> > L'AT ne met pas en échec le patient et se concentre sur ses fonctions résiduelles afin d'améliorer sa qualité de vie. > Le patient exerce son pouvoir décisionnaire en AT sans se mettre en danger (santé). > L'AT et l'ergothérapie sont complémentaires dans les approches cognitive et motrice. > L'AT et la neuropsychologie peuvent coopérer au service du patient. > Les séances d'AT sont un moment de validation des progrès effectués par le patient en séances de rééducation standard. 	<p>3 - La complémentarité avec les autres professions paramédicales</p> <p><u>Il n'y pas de points défavorables ici, simplement, l'art-thérapie ne présente pas toujours des spécificités :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Les patients sont acteurs de leur soin dans toutes les disciplines paramédicales post AVC. > La reconnaissance des progrès du patient est célébrée par tous. > L'AT et la neuropsychologie considèrent le processus plus que le résultat. > Tous les paramédicaux s'attachent à améliorer la qualité de vie des patients.
<p>4 - Les modalités d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> > Les échelles de qualité de vie validées internationalement excluent les patients aphasiques, ayant des troubles intellectuels ou cognitifs tandis que l'évaluation en AT les inclut. > Ces échelles ne sont pas exhaustives quant à la mesure de la qualité de vie et ne sont pas assez nuancées dans les réponses proposées. > L'évaluation en AT se base sur une dynamique entre objectivité et subjectivité. > L'évaluation art-thérapeutique est validée par le personnel soignant et les proches du patient et s'appuie sur le hors verbal*. > L'évaluation en AT apparaît spécifique et adaptée au projet personnalisé de chaque patient. > L'évaluation en AT peut être complétée par les modèles d'évaluations neuropsychologiques, orthophoniques et les échelles de qualité de vie validées. 	<p>4 - Les modalités d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> > L'évaluation art-thérapeutique ne s'appuie pas sur des échelles validées et reproductibles. > L'évaluation en AT s'appuie en partie sur la subjectivité de l'art-thérapeute. > Les items d'évaluation en AT ne sont pas transposables d'un patient à un autre. > Le cube harmonique exclut les patients aphasiques, ayant des troubles intellectuels ou cognitifs. > Les prises en charge sont en moyenne de courte durée limitant l'observation de ses impacts dans le quotidien des patients. > L'évaluation art-thérapeutique n'est pas transmise dans le dossier médical.

Conclusion

L'art-thérapie, déclinée à partir des goûts et des intérêts spécifiques des patients victimes d'un AVC récent suivis et pris en charge en service de Soins de Suite et Réadaptation, semble être globalement efficace du point de vue de :

- l'amélioration de la confiance en soi,
- la valorisation des capacités résiduelles,
- la disponibilité au cours des séances de rééducation standard,
- l'amélioration de l'humeur,
- la réduction de l'anxiété et de l'agressivité.

Après ces premiers constats, nous observons un effet immédiat sur l'état psychique et le comportement du patient. Toutefois, on ne pourra en déduire des bénéfices sur la récupération post-AVC que lorsqu'une étude randomisée (groupe expérimental/groupe contrôle) sera mise en place couplée à l'imagerie fonctionnelle cérébrale permettant de vérifier ses effets sur la plasticité cérébrale.

Ensuite, d'autres études prospectives seront nécessaires pour évaluer l'effet persistant de ces bénéfices acquis en phase aigüe post AVC et en particulier ceux touchant directement à la qualité de vie du patient à sa sortie d'hôpital.

Enfin, on devra vérifier la nécessité :

- de poursuivre à distance l'art-thérapie en complément de la rééducation traditionnelle (prise en charge au domicile par exemple) ;
- d'intégrer les résultats de la prise en charge en art-thérapie dans le dossier médical du patient au même titre que les autres interventions médicalisées.

Une problématique n'a pas été soulevée au cours de ce mémoire mais l'a été au cours du stage pratique. L'évolution de la qualité de vie du patient pris en charge conjointement en rééducation standard et en art-thérapie n'est-elle due qu'à ces thérapies? Quelle est la part de l'influence de la subjectivité de l'art-thérapeute et de la relation sympathique parfois induite entre le patient et l'art-thérapeute?

À titre d'ouverture sur des pistes de réflexion initiées par le mémoire, je dirai tout d'abord que l'art-thérapie enseignée à Tours devra s'interroger sur quelques modifications protocolaires afin de s'adapter au milieu hospitalier et d'être entérinée par un service de soins. Par exemple, se sont posés les problèmes du cadre hospitalier, de la coopération entre les professionnels paramédicaux, de l'approfondissement scientifique des mécanismes impliqués dans l'activité artistique et de l'évaluation art-thérapeutique.

Pour ouvrir les portes à l'art thérapie en milieu hospitalier, on devra jouer sur ses dispositions intrinsèques à améliorer le bien-être des patients. Bien que conscientes de leurs lacunes à relancer les interactions sociales et à considérer positivement l'avenir proche ou lointain du patient, les équipes soignantes notent un manque de disponibilité évident et au delà, un manque de compétences en la matière. Ceci a sans doute eu pour conséquence que l'art-thérapie a été globalement bien accueillie au sein du service de neurologie autant par l'équipe soignante que par les patients.

Enfin, je suis intimement convaincue que l'art-thérapie devra se spécialiser par pathologie afin de se rendre efficace voire indispensable au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ainsi, parmi les séquelles qui font suite à un accident vasculaire cérébral, les troubles du langage sont courants et l'art-thérapie peut se montrer efficace en terme de qualité de vie du patient et d'expression hors verbale.

Bibliographie et webographie

Ressources médicales et paramédicales

- CAMBIER, Jean, MASSON, Maurice, DEHEN, Henri, MASSON, Catherine. *Neurologie*. Paris : Elsevier Masson, 13^{ème} édition, 2012.
- PLATEL, Hervé, THOMAS-ANTÉRION, Catherine. *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*. Paris : De Boeck-Solal, 2013.
- DOIDGE, Norman. *Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau - Guérir grâce à la neuroplasticité*. Paris : Pocket, 2007.
- GRAFMAN, J., LITVAN, I. *Evidence for four forms of neuroplasticity*, 1999. In DOIDGE, Norman. *Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau - Guérir grâce à la neuroplasticité*. Paris : Pocket, 2007. p 455-458.
- MUKAMEL, R., EKSTROM, A.D., KAPLAN, J., IACOBONI, M., FRIED, I. *Single-neuron responses in humans during execution and observation of actions*. *Current Biology*, Vol 20, p 750-756, 2010. Etats-Unis.
- CHOLLET, François. *La contre-attaque du cerveau*. Dossier dans le mensuel La Recherche, l'actualité des sciences n°410, p 32, 2007. France.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Canada : Gouvernement du Québec, 2006. (http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf).
- ZAVANONE, Chiara. Cours de médecine autour de l'Accident Vasculaire Cérébral.
- QUEVAUVILLIERS, J.. *Dictionnaire médical*. Paris : Elsevier Masson, 6^{ème} édition, 2009.
- DOMART, A., BOURNEUF, J.. *Dictionnaire médical*. Paris : Petit Larousse de la médecine, 1976.
- Site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr>) et notamment le plan national d'actions AVC 2010-2014 (<http://www.sante.gouv.fr/l-action-des-pouvoirs-publics-le-plan-national-d-actions-avc-2010-14.html>).
- Site de l'Organisation Mondiale de la Santé (<http://www.who.int/fr/>) et des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (www.mdph.fr).
- THINES, L., LEMARCHAND, F., FRANCKE, J.P.. *Atlas interactif de neuroanatomie clinique*. Paris : Masson, 2008.

Ressources art-thérapeutiques

- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Lausanne : Favre, 6^{ème} édition, 1999-2009.
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Lausanne : Favre, 2011.
- FORESTIER, Richard. *L'évaluation en art-thérapie - Pratiques internationales*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007.
- FORESTIER, Richard. *Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique*. Texte de la conférence - Sorbonne, 2005. Paris : Editions See You Soon, 2006.
- WEINLAND, Mireille. Fiches techniques collectées et conservées à la bibliothèque de l'UFR 04 Saint Charles Arts Plastiques et Cinéma, Université Paris 1.

Ressources artistiques

- Site du Ministère de l'éducation nationale (<http://www.education.gouv.fr>) et Portail national des professionnels de l'éducation (<http://eduscol.education.fr>).
- EDWARDS, Betty. *Dessiner grâce au cerveau droit*. Liège : Mardaga, 8^{ème} édition, 1979.
- PÉPIN, Charles. *Quand la Beauté nous sauve*. Paris : Robert Laffont - Les mardis de la philo, 2013.
- GARDOU, C., SAUCOURT, E.. *La création à fleur de peau - Art, culture, handicap*, Toulouse : Erès, 2005.
- MALABOU, Catherine. *Plasticité*. Paris : Léo Scheer, 2000.
- ODIER, Evelyne. *Se construire par les arts plastiques - On devient comme on dessine*. Lyon : Chronique Sociale, 2007.

Articles issus de revues scientifiques, trouvés principalement grâce au moteur de recherche PubMed :

• Articles sur l'application de l'art-thérapie chez des patients post AVC

- > WESTON, Sally. *Arts therapies in the stroke pathway, Report to Brain injury Stakeholders meeting*. Etats-Unis, 2005. (<http://www.baat.org/ARTSTHERAPIESANDSTROKE07.pdf>)
- > SÄRKÄMÖ, Teppo, TERVANIEMI, Mari, LAITINEN, Sari, FORSBLOM, Anita, SOINILA, Seppo, MIKKONEN, Mikko, AUTTI, Taina, SILVENNOINEN, Heli M., ERKKILÄ, Jaakko, LAINE, Matti, PERETZ, Isabelle, HIETANEN, Marja. *Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke*. *Brain a journal of Neurology*, Vol 131, Issue 3, p 866-876, 2008. Finlande.
- > LUSEBRINK, V.B.. *Art Therapy and the Brain : An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy*. *Journal of the American Art Therapy Association*, Vol 21, p 125-135, 2004. Etats-Unis.
- > SAMSON, S., DELLACHERIE, D.. *Le cerveau au coeur de l'alchimie des émotions musicales*. In PLATEL, Hervé, THOMAS-ANTÉRION, Catherine. *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*. Paris : De Boeck-Solal, 2013. p 38.
- > FUKUI, H., TOYOSHIMA, K.. *Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons*. *Medical Hypotheses*, Vol 71, p 765-769, 2008. Japon.
- > JANATA, P.. *The neural architecture of music-evoked autobiographical memories*. In BIGAND, E.. *Stimulation cognitive et musique*. In PLATEL, Hervé, THOMAS-ANTÉRION, Catherine. *Neuropsychologie et art, théories et applications cliniques*. Paris : De Boeck-Solal, 2013.
- > GRAU-SANCHEZ, J., AMENGUAL, J.L., ROJO, N., VECIANA DE LAS HERAS, M., MONTERO, J., RUBIO, F., ALTENMÜLLER, E., MÜNTE, T.F., RODRIGUEZ-FORNELLS, A.. *Plasticity in the sensorimotor cortex induced by Music-supported therapy in stroke patients : a TMS study*. *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol 7, article 494, 2013. Espagne.
- > DI DIO, C., MACALUSO, E., RIZZOLATI, G.. *The golden beauty : brain response to classical and renaissance sculpture*. *Plos One*, Vol 11, 2007. Italie.
- > HIGGINS, Maria, MCKEVITT, Christopher, WOLFE, Charles. *Reading to stroke unit patients : Perceived impact and potential of an innovative arts based therapy*. *Disability and Rehabilitation*, Vol 27, p 1391-1398, 2005. Royaume-Uni.
- > YARETZKY, A., LEVINSON, M., KIMCHI, O.L.. *Clay as a therapeutic tool in group processing with the elderly*. *American Journal of Art Therapy*, Vol 34, p 75-82, 1996. Israël.
- > KIL-BYUNG, Lim, YONG-KYUN, Kim, HONG-JAE, Lee, JEEHYUN, Yoo, JI YOUN, Hwang, JEONG-AH, Kim, SUNG-KYUN, Kim. *The Therapeutic Effect of Neurologic Music Therapy and Speech Language Therapy in Post-Stroke Aphasic Patients*. *Annals of Rehabilitation Medicine*, Vol 37, p 556-562, 2013. Corée.
- > GONEN, Judith, SOROKER, Nachum. *Art therapy in stroke rehabilitation : a model of short-term group treatment*. *The Arts in Psychotherapy*, Vol 27, n°1, p 41-50, 2000. Israël.
- > BEESLEY, K., WHITE, J.H., ALSTON, M.K., SWEETAPPLE, A.L., POLLACK, M.. *Art after stroke : the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme*. *Disability and Rehabilitation*, Vol 33, p 2346-2355, 2011. Australie.
- > PACHALSKA, M., GROCHMAL-BACH, B., WILK, M., BULINSKI, L.. *Rehabilitation of an artist after right-hemisphere stroke*. *Medical Science Monitor*, Vol 14, p 110-124, 2008. Pologne.
- > KIM, M.K., KANG, S.D.. *Effect of Art Therapy Using Color on Purpose in Life in Patients with Stroke and their Caregivers*. *Journal of Yonsei Medicine*, Vol 54, p 15-20, 2013. Corée.
- > REYNOLDS, Frances. *Art therapy after stroke : Evidence and a need for further research*. *The Arts in Psychotherapy*, Vol 39, p 239-244, 2012. Royaume-Uni.

• Articles sur la musicothérapie chez les personnes démentes

- > SAMSON, S., NARME, P., CLEMENT, S., EHRLE, N., SCHIARATURA, L., VACHEZ, S., COURTAIGNE, B., MUNSCH, F.. *Efficacy of musical interventions in dementia : evidence from a randomized controlled trial*. *Journal of Alzheimer's Disease*, Vol 38, p 359-369, 2014. France.

- > CHARDON, Fabrice. *L'art-thérapie auprès de personnes démentes séniles : comment apporter une qualité de vie meilleure en modifiant la nature de l'état pathologique*. Conférence Fourth Statistical Days, 2009. Luxembourg.
- > CLEMENT, S., TONINI, A., KHATIR, F., SCHIARATURA, L., SAMSON, S.. *Short and Longer Term Effects of Musical Intervention in severe Alzheimer Disease*. Music Perception, Vol 29, issue 5, p 533-541, 2011. France.

• Articles sur l'Accident Vasculaire Cérébral

- > FARALLI, A., BIGONI, M., MAURO, A., ROSSI, F., CARULLI, D.. *Noninvasive Strategies to Promote Functional Recovery after Stroke*. Hindawi Publishing Corporation Neural Plasticity, Vol 2013, 16 p, 2013. Italie.
- > RENNER, M.J., ROSENZWEIG, M.R.. *Effects of environmental complexity and training on brain chemistry and anatomy : A replication and extension*. Journal of Comparative and Physiological Psychology, Vol 55, 1987. Etats-Unis. In DOIDGE, Norman. *Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau - Guérir grâce à la neuroplasticité*. Paris : Pocket, 2007. p 102.
- > CHOLLET, F., TARDY, J., ALBUCHER, J.F., THALAMAS, C., BERARD, E., LAMY, C., BEJOT, Y., DELTOUR, S., JAILLARD, A., NICLOT, P., GUILLON, B., MOULIN, T., MARQUE, P., PARIENTE, J., ARNAUD, C., LOUBINOUX, I.. *Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME) : a randomised placebo-controlled trial*. Lancet neurology, Vol 10, p 123-130, 2011. France.
- > ROSSO, C., VALABREGUE, R., ARBIZU, C., FERRIEUX, S., VARGAS, P., HUMBERT, F., ATTAL, Y., MESSE, A., ZAVANONE, C., MEUNIER, S., COHEN, L., DELMAIRE, C., THIELSCHER, A., HERZ, D.M., SIEBNER, H.R., SAMSON, Y., LEHERICY, S.. *Connectivity between right inferior frontal gyrus and supplementary motor area predicts after-effects of right frontal cathodal tDCS on picture naming speed*. Brain Stimulation, Vol 7, p 122-129, 2014. France.
- > SEUNG YEOL LEE, HEE-JUNG CHEON, KYOUNG JAE YOON, WON HYUK CHANG, YUN-HEE KIM, *Effects of Dual Transcranial Direct Current Stimulation for Aphasia in Chronic Stroke Patients*. Annals of Rehabilitation Medicine, Vol 37, p 603-610, 2013. Corée.
- > CAROD-ARTAL, F.J., EGIDO, J.A.. *Quality of Life after Stroke : The importance of a Good Recovery*. Cerebrovascular Diseases, Vol 27, p 201-204, 2009. Brésil et Espagne.

• Articles sur l'hospitalisation

- > GAGNON, Eric. *L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé*. Sciences sociales et santé, Vol 16, n°1, p 49-74, 1998. France.
- > COMITÉ DE RÉDACTION DE LA REVUE MONDES CONTEMPORAINS, *L'événement dans le domaine de la santé et de la maladie*. Mondes contemporains, Revue d'anthropologie culturelle et sociale, n°2, 2012. (<http://calenda.org/208954>).
- > WILSON, R.S., HEBERT, L.E., SCHERR, P.A., DONG, X., LEURGENS, S.E., EVANS, D.A.. *Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons*. Neurology, Vol 78, p 950-956, 2012. Etats-Unis.
- > TEILLET, L.. *Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults*. Journal of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, Vol 63, p 1076-1081, 2008. France.

• Articles sur le service de SSR

- > LE BARBIER, M., DELTOUR, S., CROZIER, S., LEGER, A., PIRES, C., RUFAT, P., SAMSON, Y., BOURDILLON, F.. *Des indicateurs de qualité et de gestion des risques pour suivre la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux*. Santé publique, vol 20, n°3, p 225-237, 2008. France.
- > BEJOT, Y., OSSEBY, G.V., YEGUIAYAN, J.M., CHANTEGRET, A., FREYSZ, N., GIROUD, M.. *Intérêt des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral : une avancée thérapeutique majeure*. Urgences 2008, Vol 12, p 105-113, 2008. France.

- > AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION ÎLE-DE-FRANCE, *Soins de suite et réadaptation fonctionnelle, cahiers des charges SSR adultes, socle commun général*. 2009. France.
- > DE PERETTI, C., NICOLAU, J., HOLSTEIN, J., REMY-NERIS, O., WOIMANT, F.. *Etude des patients hospitalisés en SSR à la suite d'un AVC en France à partir des données PMSI*. Institut de veille sanitaire, 2007. France.
- > ANAES - Service des recommandations professionnelles et service évaluation économique. *Place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'AVC*. 2002. France. (http://www.sfm.org/documents/consensus/eval_avc-una.pdf).

Mémoires de fin d'étude dans le cadre du Diplôme Universitaire d'art-thérapie - AFRATAPEM

- GILLAZEAU, Annaëlle. *Expérience en art-thérapie à dominante musique et arts plastiques, auprès de personnes cérébro-lésées souffrant d'un syndrome de dépression réactionnelle, dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle*. Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 76 p, Mémoire : Art-thérapie, 2011.
- PERRUISSEAU-CARRIER, Françoise. *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes infirmes moteurs cérébraux*. Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 84 p, Mémoire : Art-thérapie, 2011.
- ROVELLI, Aurélia. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques dans un centre de réadaptation spécialisée*. Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 85 p, Mémoire : Art-thérapie, 2011.
- BASTARD, Maëlle. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès de personnes cérébro-lésées présentant des troubles du langage et de la relation*. Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 63 p, Mémoire : Art-thérapie, 2012.
- COLLIN GUILLAUME, Julie. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes atteintes d'hémopathies malignes*. Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 87 p, Mémoire : Art-thérapie, 2012.
- PETROWSKY, Sébastien. *Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques réalisée auprès de personnes âgées dépendantes vivant en institution*. Tours : Université François Rabelais, AFRATAPEM, 85 p, Mémoire : Art-thérapie, 2011.

Autre mémoire d'art-thérapie

- CRAPART, Fanny. *Bilan et analyse des objectifs thérapeutiques spécifiques à la prise en charge en art-thérapie de patients cérébro-lésés. Au regard des mémoires du D.U. d'art-thérapie de Tours 2000-2006*. Poitiers : Université de Poitiers, AFRATAPEM, 132 p, 2007. (<http://fr.calameo.com/read/0000269002882df392395>)

Autres ressources

- 18^{èmes} journées de la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV). Du 20 au 22 novembre 2013, Cité Universitaire, Paris.
- ASSOCIATION MEDECINS DE L'IMAGINAIRE. 1^{ère} Journée Internationale d'Échanges «Art-Thérapie & Cancer». 27 septembre 2013, Sèvres.
- LEMOINE, Jean-François. Emission *Pourquoi docteur?*. Diffusée sur Europe 1. 27 octobre 2013. Thème : L'Accident Vasculaire Cérébral - Invité : Professeur Pierre Amarenco, neurologue et directeur du centre d'accueil et de traitement de l'attaque cérébrale à l'hôpital Bichat, Paris.
- RELAIS CULTURE EUROPE. *Formation «Votre projet et l'Europe 2014-2020»*. Du 16 au 20 décembre, Paris.
- HERVIER, Ghislaine. <http://apresmonavc.blogvie.com>. Blog personnel : G. Hervier raconte sa vie à partir de son AVC.
- *Le Grand Larousse*. 2014.

Annexes

Annexe 1 : L'organisation schématisée des zones du cerveau⁹⁴

Le lobe pariétal remplit des fonctions principalement sensitives. Les différentes aires qui le composent concernent la sensibilité cutanée, musculaire et arthrokinétique (tendons, ligaments), l'appréciation des mouvements, la somesthésie, l'équilibration et la coordination visuomotrice. L'activité élaborée de ce cortex aboutit à la connaissance de la position du corps dans l'espace, l'analyse fine des stimuli (nature, intensité) et la reconnaissance des formes, textures et consistances.

Le lobe temporal intervient dans l'audition : perception auditive, reconnaissance des sons, latéralité des sons, localisation spatiale. Il contient aussi l'aire de Wernicke impliquée dans la compréhension du langage ainsi qu'une aire olfactive.

Le lobe occipital est impliqué dans la perception visuelle : reconnaissance visuelle (couleur, forme, mouvement, etc), intégration et synthèse des signaux visuels. Il participe également à la coordination des mouvements de la tête liés à la vision et à l'accommodation visuelle à la distance et à la lumière. Enfin, deux voies sensorielles émergent du cortex occipital : la voie du «où» associée au mouvement et à la localisation des objets, et la voie du «quoi» associée à la reconnaissance des formes, à la représentation des objets et à la mémoire à long terme.

Le lobe frontal comprend, sur le plan fonctionnel, trois régions : frontale motrice, préfrontale, orbitaire. La région frontale motrice est impliquée dans le développement d'une activité de plus en plus élaborée : réalisation, initiation, élaboration, coordination et programmation du mouvement. On y trouve l'aire de Broca qui contrôle l'expression du langage. La région préfrontale intervient dans les activités psychomotrices et intellectuelles : habileté et efficacité motrice, langage et expression, prévision, idéation, jugement et mémoire. La région orbitaire est impliquée dans l'humeur et les émotions.

Le cervelet est un centre nerveux régulateur de la fonction motrice (mouvement, posture et équilibre). Il joue un rôle important dans l'apprentissage moteur. Il est également impliqué dans certaines fonctions cognitives telles que l'attention, le langage et la régulation des réactions de peur et de plaisir.

Le tronc cérébral appartient au système nerveux central. Il est responsable de la régulation de la respiration et du rythme cardiaque ainsi que de la localisation des sons. C'est également un lieu de passage des voies motrices et sensitives ainsi qu'un centre de contrôle de la douleur.

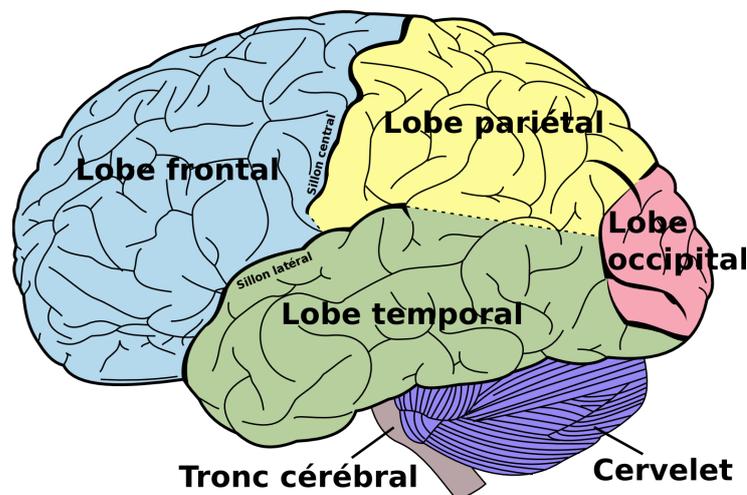


Schéma des lobes du cerveau, du cervelet et du tronc cérébral chez l'humain

⁹⁴ L. Thines, *Atlas interactif de neuroanatomie clinique*

Annexe 2 : Le poster réalisé et présenté à l'occasion des 18^{èmes} journées de la Société Française NeuroVasculaire (SFNV) - Session paramédicale, Paris, Cité Universitaire - Novembre 2013.



EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE POÉSIE ET ARTS PLASTIQUES AUPRÈS D'UNE PATIENTE APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL RÉCENT



Emily ROCHARD (1), Marisa DENOS (2), Chiara ZAVANONE (3), Kosta VASSILEV (4), Sophie DUPONT (5)
 (1) Stagiaire art-thérapeute, faculté de médecine de Tours, service SSR-Neurologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - France
 (2) Neuropsychologue, service SSR-Neurologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - France
 (3) Neurologue, service SSR-Neurologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - France
 (4) Rééducateur, service SSR-Neurologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - France
 (5) Neurologue, faculté Pierre et Marie Curie, Paris VI - service SSR-Neurologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - France

INTRODUCTION

L'art-thérapie est une discipline du paramédical qui intègre l'art dans un processus de soin, dans un but d'amélioration de la qualité de vie.
 L'indication médicale majeure de l'art-thérapie est l'altération de la qualité de vie d'une personne par des troubles de l'expression, de la communication ou de la relation.

L'art-thérapeute stimule les capacités préservées physiques/mentales/sociales par une activité artistique adaptée afin de restaurer estime, confiance et affirmation de soi.
 L'art-thérapeute intègre obligatoirement une équipe pluridisciplinaire.

L'étude de cas suivante a pour objectif de présenter une prise en charge en art-thérapie et de mettre en évidence ses bénéfices et limites chez une patiente ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) récent.

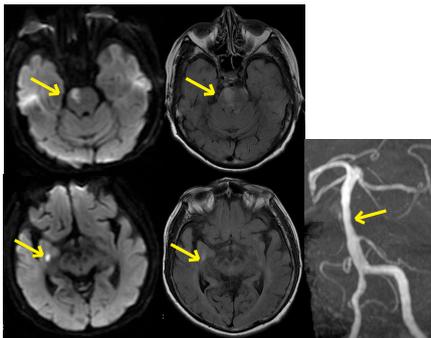
ART = EXPRESSION HUMAINE VOLONTAIRE ORIENTÉE VERS L'ESTHÉTIQUE

ÉTUDE DE CAS

Mme M., 79 ans, est hospitalisée dans le service de Soins de Suite et Réadaptation-Neurologie de février à mai 2013 à la suite d'un accident ischémique pontique et temporel interne droit survenu en janvier 2013.

ÉTAT DE BASE :

Déficits neurologiques de Mme M. : hémiplegie gauche, hémianopsie latérale homonyme gauche, hypoesthésie, dysarthrie, troubles de la déglutition, troubles cognitifs et comportementaux incluant une hémignégligence gauche.
 Index de Barthel : 45
 Echelle mRankin : 4



A B C

IRM INITIALE

A : séquence de Diffusion
 B : séquence FLAIR
 C : angio-PM 3D-TOF

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE Mme M. EN ART-THÉRAPIE

INDICATION DE L'ART-THÉRAPIE :

Les troubles comportementaux (humeur labile, précipitation, mise en danger) et cognitifs (anosognosie, difficultés attentionnelles, hémignégligence) de Mme M. ont motivé la prise en charge individuelle en art-thérapie, en complément de la rééducation standard (kinésithérapie, ergothérapie et neuropsychologie), durant 5 semaines.

Mme M. a choisi deux techniques artistiques : la poésie et les arts plastiques.

OBJECTIF GÉNÉRAL :

L'amélioration de l'autonomie en lien avec l'équipe pluridisciplinaire

OBJECTIF PRINCIPAL EN ART-THÉRAPIE :

L'amélioration de la qualité de vie

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES INTERMÉDIAIRES :

La restauration de l'affirmation et de la confiance en soi à travers l'apport de gratifications sensorielles

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE :

Il s'agit de permettre à Mme M. d'être à l'origine de plaisirs esthétiques au cours de l'activité artistique adaptée au service d'une gratification existentielle et d'une meilleure qualité de vie. Cette dernière induirait une meilleure disponibilité lors des séances de rééducation pour améliorer son autonomie. Ce recouvrement partiel d'autonomie permettrait à Mme M. de devenir sujet de sa vie et non objet.

- La prise en charge en art-thérapie a donc pour objectifs :
 - de solliciter les parties saines de Mme M. : celles relatives aux techniques de la poésie (imagination, improvisation, construction de phrases de manière esthétique, jeu autour du sens des mots, humour > capacités cognitivo-sensorielles). Ainsi, elle pourra affirmer son goût et recevoir des gratifications sensorielles,
 - d'appréhender sereinement l'apprentissage de nouvelles techniques : à l'aide de la découverte des arts plastiques, Mme M. se laissera surprendre par des gratifications sensorielles archaïques au moment d'utiliser de nouveaux outils (peinture/pinceau, encre de Chine/calame, pastels > capacités sensori-motrices). Ainsi, elle acquerra une meilleure confiance en elle et parviendra à se projeter positivement dans l'avenir.

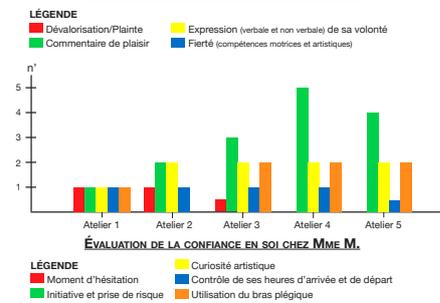
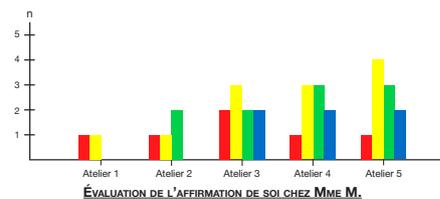
MODALITÉS ÉVALUATIVES :

Les items relatifs à l'affirmation et à la confiance en soi seront le support de l'évaluation objective.

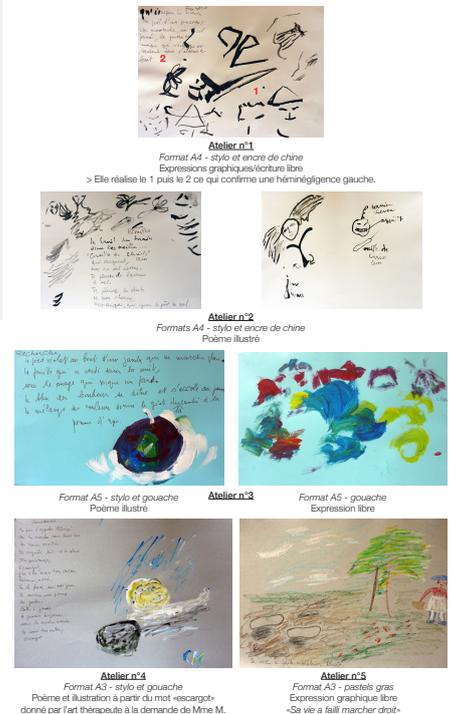
Lors de chaque atelier, l'art-thérapeute relève et inscrit dans une grille d'observation propre à chaque patient des données quantifiables et appréciables. L'évolution de Mme M. au cours de sa prise en charge en art-thérapie est synthétisée dans les graphiques ci-dessous :

- l'axe *n* quantifie les expressions verbales ou non verbales de la patiente (cf. légende ci-dessous) comme étant représentatives de l'affirmation de soi, - l'axe *n'* quantifie les comportements de la patiente (cf. légende ci-dessous) comme étant représentatifs de la confiance en soi.

L'ensemble de l'équipe, le patient lui-même et l'entourage proche si possible seront questionnés a posteriori sur ces mêmes éléments.



PRODUCTIONS DE Mme M. :



À l'aide de l'autoévaluation (issue de l'Université de Médecine de Tours, 2000), spécifique à son métier, l'art-thérapeute complète les informations que ses grilles d'observation collationnent.
 Il s'agit pour Mme M. de coter de 1 à 5 les quatre questions suivantes : Vos productions vous plaisent-elles ? Les trouvez-vous bien faites ? Souhaitez-vous poursuivre ? Passez-vous un bon moment ? En fin de prise en charge en art-thérapie, Mme M. répond '4' à toutes les questions.

OUTILS DE MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE :

The Stroke Specific Quality of Life Scale (Williams, Weinberger, Harris, Clark, Biller, 1999) :
 > Début de prise en charge de Mme M. en art-thérapie : 147 / 245
 > Fin de prise en charge de Mme M. en art-thérapie : 174 / 245
 Autoévaluation sur l'échelle de récupération post AVC issue de The Stroke Impact Scale Version 3.0 (Duncan, Bode, Lai, Perera, 2003) :
 > Début de prise en charge de Mme M. en art-thérapie : 40%
 > Fin de prise en charge de Mme M. en art-thérapie : 50%
 L'évolution de la qualité de vie de Mme M. au regard de ces échelles n'est pas évidente et souligne la pertinence des outils objectifs, précis et spécifiques propres à l'art-thérapeute : les grilles d'observation et l'autoévaluation.

CONCLUSION

D'après les outils de l'art-thérapeute et les observations de l'équipe pluridisciplinaire lors de séance de rééducation standard, la prise en charge en art-thérapie a permis à Mme M. de tendre vers une restauration de sa confiance en elle et une affirmation de soi, la guidant vers une amélioration de sa qualité de vie.

D'autres études seront indispensables pour démontrer l'efficacité de l'art-thérapie auprès de patients victimes d'un AVC récent et documenter les modalités optimales d'application. L'évaluation objective et l'observation des progrès au quotidien et sur le long terme sont les témoins d'une prise en charge réussie.

L'art-thérapeute rédige actuellement un mémoire de recherche dans le cadre du Diplôme Universitaire de la faculté de médecine de Tours. Elle discutera les bienfaits et les limites de l'art-thérapie dans un service hospitalier de court et moyen séjour de rééducation intensive qui accueille des personnes ayant subi un AVC récent.

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS - UFR DE MÉDECINE - TOURS
&
AFRATAPEM

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

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'art-thérapie
Soutenu en 2014 par **Emily ROCHARD**

**Une expérience d'art-thérapie à dominantes
arts visuels bidimensionnels, poésie et écoute musicale
auprès de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral récent**

Résumé : L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) peut provoquer une perte brutale d'autonomie chez le patient. Immédiatement hospitalisé en soins intensifs, il intègre très tôt un service de rééducation et de réadaptation afin d'optimiser sa récupération. Les séquelles de l'AVC couplées à l'hospitalisation créent une rupture ayant des répercussions sur la santé et le bien-être de la personne. La spécificité de l'art-thérapie est d'intégrer l'Art dans un processus de soin afin d'améliorer la qualité de vie de personnes souffrant de troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Les effets de l'Art sont mis en oeuvre et évalués de manière objective afin d'accompagner la personne dans un processus de revalorisation, de restauration de sa confiance en elle et de son statut de sujet. L'idéal esthétique, moteur de l'activité artistique, permet à la personne d'être actrice de son soin et de raviver sa qualité existentielle. Dans la première partie de ce mémoire, nous nous attachons à théoriser les apports de l'art-thérapie pour des personnes en rééducation intensive. La deuxième partie illustre l'aspect pratique du stage en présentant la structure d'accueil et en prenant appui sur deux prises en charge individuelles. Enfin, la dernière partie nous permet de discuter la pertinence de la mise en place de séances d'art-thérapie au sein d'un service de Soins de Suite et Réadaptation Neurologie avec le souci d'établir un bilan objectif et non plus subjectif. Nous abordons le cadre hospitalier, la neuroplasticité, la complémentarité avec l'équipe de soin pluridisciplinaire et l'évaluation art-thérapeutique.

Mots clés : accident vasculaire cérébral, art-thérapie, hospitalisation, rééducation, réadaptation, qualité existentielle, bien-être, arts visuels, poésie, écoute musicale.

Abstract : Stroke can provoke a rough loss of autonomy at its victim. Immediately hospitalized in intensive care, the patient integrates very early a reeducation and rehabilitation department to optimize his recovery. Aftereffects of stroke associated with the hospitalization create a break having repercussions on health and well-being of the person. The specificity of art-therapy is to integrate Art into a process of care to improve the quality of life of people suffering from disorders of expression, communication and relation. The effects of Art are implemented and assessed in an objective way in order to help the person in a process of appreciation, of restoration of her self-confidence and her status of subject. The esthetic ideal, processor of the artistic activity, allows the person to be an actress of her care and to revive her existential quality. In the first part of this report, we attempt to theorize about contributions of art-therapy for people in intensive reeducation post stroke. The second part illustrates the practical aspect of the internship by presenting the structure and two individual case reports. Finally, the last part allows us to discuss the relevance of the implementation of sessions of art-therapy within a rehabilitation department to establish an objective and no more subjective assessment. We approach hospital frame, neuroplasticity, complementarity with the multidisciplinary care team and art-therapeutic assessment.

Key words : stroke, art-therapy, hospitalization, reeducation, rehabilitation, existential quality, well-being, visual arts, poetry, musical listening.