

Faculté de Médecine de Tours
UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABLAIS

**IMPACT DE L'ART-THERAPIE
A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
AUPRÈS D'ADULTES DEFICIENTS INTELLECTUELS
PEU OU PAS AUTONOMES AYANT UN ACCES MODERE A NUL A LA
VERBALISATION
AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT MAS ET FAM.**

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire
En Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours**

**Présenté par
Muriel BOUVIER**

Année 2018

Sous la direction de :
Madame Nicole Guérault
Psychologue, Art-thérapeute

Structure d'accueil :
Maison Rochas
31 Rue Nationale
49410 Le Mesnil en Vallée

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABLAIS
Faculté de Médecine de Tours

**IMPACT DE L'ART-THERAPIE
A DOMINANTE ARTS PLASTIQUES
AUPRÈS D'ADULTES DEFICIENTS INTELLECTUELS
PEU OU PAS AUTONOMES AYANT UN ACCES MODERE A NUL A LA
VERBALISATION
AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT MAS ET FAM.**

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire
En Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours**

**Présenté par
Muriel BOUVIER**

Année 2018

Sous la direction de :
Madame Nicole Guérault
Psychologue, Art-thérapeute

Structure d'accueil :
Maison Rochas
31 Rue Nationale
49410 Le Mesnil en Vallée

Remerciements

Je remercie Philippe, Nicolas, Catherine, Pierre Antoine, Pascal B, Pascal G., Fabien, Laurent et Serge, qui ont participé à mes ateliers et tous ceux avec qui j'ai eu l'occasion de partager des moments du quotidien. J'ai découvert leur personnalité, leur singularité avec beaucoup de plaisir. Nous avons vécu des moments de joie, de tensions, d'émotion et d'émerveillement.

Je remercie, Jérôme LUSSON, directeur de l'établissement pour sa confiance, son empathie et sa disponibilité.

Je remercie également Céline COCHELIN, psychomotricienne, qui m'a aidée à monter ces ateliers d'art-thérapie*, partageant avec moi sa connaissance des résidents, son professionnalisme et son énergie.

Je remercie tous les professionnels qui m'ont accueilli avec la même bienveillance que celle dont ils font preuve avec les résidents.

Je remercie spécifiquement Hervé LEVEQUE sans qui je n'aurais pas eu la possibilité de faire ce stage.

Je remercie Nicole GUERAULT, psychologue art-thérapeute, directrice de cet article, qui a su me faire partager sa curiosité, son ouverture d'esprit, son énergie et sa passion pour ce qui relève du domaine de l'art et de l'humain.

Je remercie mon époux Vincent ainsi que mes enfants, pour leur soutien tout au long de cette formation.

Je remercie les intervenants de ce DU et tout particulièrement Fabrice CHARDON, pour son dynamisme, son humour, la qualité de son enseignement et sa foi dans la profession qu'il a su nous faire partager.

Je remercie toutes celles et ceux que j'ai eu le plaisir de côtoyer durant la formation, pour la richesse de nos échanges.

Plan

Glossaire

Liste des abréviations

INTRODUCTION 1

1. Contexte de la recherche : Maison Rochas, un établissement qui accueille des adultes déficients intellectuels peu ou pas autonomes. 1

- 1.1 L'établissement « Maison Rochas » est composé(e) de trois structures : un FAM, un MAS et un SAJ. 1
- 1.2 Les personnes accueillies souffrent de handicaps multiples : déficience intellectuelle, handicap moteur, handicap sensoriel, maladies invalidantes. 2
- 1.3 La déficience intellectuelle est commune à tous les résidents. 2
- 1.4 Ces handicaps entraînent des pénalités en cascade et des souffrances associées. 3
- 1.5 L'Art-thérapie peut permettre de montrer, au travers de la pratique artistique, l'importance d'être sujet pour un public très dépendant. 3
- 1.6 L'Art a trois pouvoirs : entraînement, éducatif et relationnel. 4
- 1.7 L'art-thérapie s'appuie sur le non-verbal. L'Art est source de sensations. 4
- 1.8 L'Art-thérapie moderne peut permettre d'évaluer certains apports de la pratique artistique auprès des personnes handicapées. 5
 - 1.8.1 L'opération artistique est le support principal du protocole thérapeutique. 5
 - 1.8.2 La fiche d'observation permet l'évaluation des apports de l'art-thérapie au regard des objectifs fixés. 5

2. Quatre sous-hypothèses permettent d'atteindre l'hypothèse de recherche. 5

- 2.1 Sous hypothèse 1 : La pratique artistique fait appel à différents sens (la vue, l'odorat, l'ouïe et le toucher), elle permet un accès à des personnes en situation de déficience intellectuelle et de handicap sensoriel. 5
- 2.2 Sous-hypothèse 2 : Les difficultés d'accès à la verbalisation dues ou non à un handicap auditif, ne sont pas un obstacle à la relation thérapeutique et à l'art-thérapie. 5
- 2.3 Sous-hypothèse 3 : Le développement du savoir ressentir et de la capacité de choix permet de développer les opportunités d'être sujet. 6
- 2.4 Sous-hypothèse 4 : La dynamique relationnelle est nécessaire à la création de l'espace thérapeutique entre le patient, l'art-thérapeute et le médium utilisé. 6

3. Les méthodes et le matériel de travail utilisés dans cette recherche sont définis au regard des spécificités de l'établissement. 7

- 3.1 Le protocole de la recherche est défini de manière à permettre la validation des hypothèses et sous-hypothèses. 7
- 3.2 La diversité des spécificités de chacun induit des critères d'inclusion généraux. 7
- 3.3 L'indication au regard des spécificités induit une stratégie thérapeutique individualisée synthétisée. 7
- 3.4 Les outils d'évaluation sont choisis de manière à décrypter les résultats de chacun au regard des sous-hypothèses et hypothèse principale. 8
 - 3.4.1 L'évaluation de la satisfaction est tentée en mode binaire grâce à l'utilisation de smileys. 8
 - 3.4.2 La fiche d'observation est l'élément principal d'évaluation. 8
 - 3.4.3 L'équipe est invitée à apporter des éléments d'évaluation en fin de prise en charge. 8

4. Les expériences cliniques ont été réalisées dans des ateliers d'art-thérapie individuels. 8

- 4.1 Un tableau récapitulatif permet la synthèse des six prises en charge retenues sur neuf pour cette recherche. 8

4.2 La description détaillée des prises en charge évaluées permet d'interroger l'hypothèse et les sous-hypothèses.	10
5. Les résultats de la clinique sont présentés aux vues des sous hypothèses et des principaux faisceaux d'items observés.	10
5.1 La déclinaison des résultats dans les graphiques de 1 à 6 se fait au regard des principaux faisceaux d'items observés.....	10
5.2 Les résultats sont mis en lien afin d'évaluer l'impact de l'art-thérapie sur les personnes déficientes intellectuelles verbalisant peu ou pas.....	12
6. L'analyse des résultats permet de questionner l'hypothèse.	12
6.1 L'analyse des résultats au regard de la clinique permet de valider l'hypothèse.....	12
6.2 D'autres études menées par des art-thérapeutes relatent des expériences auprès d'un public déficient intellectuel.	13
7. La discussion est menée autour de l'impact des ateliers d'art-thérapie auprès de personnes handicapées souffrant de déficience intellectuelle.	14
7.1 Les biais peuvent être pluriels au regard de la diversité des handicaps du public accueilli à Maison Rochas ainsi que de la période à laquelle s'est déroulée la clinique.	14
7.2 La déficience intellectuelle associée à la surdité et/ou la non-verbalisation rend difficile l'utilisation du cube harmonique.....	14
7.3 Pour un public n'ayant peu ou pas accès à la verbalisation, les ateliers d'art-thérapie peuvent mettre en évidence l'intérêt d'une approche déductive de par l'importance de la diversité des mises en situation de choix.	14
CONCLUSION	15
Liste des schémas, tableaux et graphiques	
Références bibliographiques	
Annexes	

Glossaire

Les termes et sigles mentionnés ci-après sont repérés lors de leur première apparition dans le corps du texte du mémoire par le symbole suivant : *

Sources des définitions relatives à l'Art thérapie :

¹ FORESTIER, Richard, *Dictionnaire raisonné de l'art en médecine*

²POUPEE-FONTAINE, D. et ZRIBI, G., *dictionnaire du handicap*

³OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

⁴CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales), en ligne

⁵Larousse, en ligne

⁶Universalis, en ligne

Anamnèse⁴ : Reconstitution de l'histoire pathologique d'un malade, au moyen de ses souvenirs et de ceux de son entourage, en vue d'orienter le diagnostic ; les données de cette reconstitution.

Art-thérapie¹ : Exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique.

Art⁴ : Activité désintéressée qui a son but et sa fin en elle-même, selon un idéal esthétique.

Art diachronique¹ : Pratique artistique pour laquelle la production existe en dehors de l'action. La production existe indépendamment de l'action (trace).

Arts plastiques⁴ : Forme d'art qui est apte à donner ou qui donne des formes et des volumes une représentation esthétique.

(Dessin, peinture, collage, modelage, etc.)

Autonomie⁴ : Faculté de se déterminer par soi-même, de choisir et d'agir librement.

Cible thérapeutique¹ : Élément de l'opération artistique sur lequel l'art-thérapeute va s'appuyer dans sa stratégie.

Concentration⁴ : Action de rassembler les forces de son esprit et de les porter sur un objet unique.

Confiance en soi¹ : Se reconnaître une capacité à agir et à se projeter dans l'avenir.

Communication¹ : Échange entre deux personnes l'une après l'autre.

Dominante artistique¹ : Ce qui domine. Technique artistique qui permet d'identifier la séquence artistique.

Dépendance² : Incapacité d'effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne.

Élan corporel¹ : Mouvement intérieur suscité par un vif sentiment envers quelqu'un ou quelque chose qui donne l'impulsion nécessaire pour accomplir quelque chose.

Émotion¹ : Réflexe involontaire vécu simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.

Environnement⁵ : Ensemble des éléments (biotiques ou abiotiques) qui entourent un individu ou une espèce et dont certains contribuent directement à subvenir à ses besoins.

Esthétique¹ : Science du beau dans la nature et dans l'art.

Expression⁵ : Ce par quoi quelque chose se manifeste (parole, geste, physionomie, etc.).

Goût⁵ : État agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit

Gratification sensorielle¹ : Actes qui nourrissent le plaisir des sens et la saveur existentielle.

Handicap³ : Désadaptation d'un individu par rapport à son milieu.

Intention⁵ : Disposition d'esprit par laquelle on se propose délibérément un but.

Item⁴ : Élément d'appréciation dans un test, un questionnaire.

Santé (bonne)³ : État de complet bien-être physique, mental et social.

Saveur⁵ : Ce qui constitue l'agrément, le charme de quelque chose.

Sensation⁵ : Phénomène qui traduit, de façon interne chez un individu, une stimulation d'un de ses organes récepteurs.

Site d'action¹ : Localisation d'une ou plusieurs difficultés sanitaires sur lesquelles il est possible d'intervenir.

Souffrance² : Évolution psychologique de la douleur.

Stratégie thérapeutique² : Organisation et adaptation des moyens en vue d'atteindre un objectif thérapeutique.

Liste des abréviations :

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

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FO : Fiche d'Observation

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

OA : Opération Artistique

OTG : Objectif Thérapeutique Général

OTI : Objectif Thérapeutique Intermédiaire

SAJ : Service d'Accueil de Jour

Introduction

Les spécificités de l'Art* et de la dominante* arts plastiques* utilisée principalement pour ces séances d'art-thérapie peuvent permettre à des personnes en perte d'autonomie* de prendre du plaisir, de faire des choix et d'être sujet à part entière.

La clinique sur laquelle s'appuie ma recherche s'est faite dans un établissement qui comporte trois types de structures, SAJ*, FAM* et MAS*. Le public accueilli est adulte déficient intellectuel peu ou pas autonome.

Les handicaps* sont pluriels et les souffrances* associées également.

Dans cet écrit, est décrit le contexte de la clinique de cette recherche, puis sont présentés l'hypothèse principale et les sous hypothèses proposées, les méthodes et le matériel de travail utilisés, les expériences cliniques réalisées et les résultats des évaluations au regard de l'hypothèse principale.

La recherche est éclairée par la littérature art-thérapeutique et scientifique.

Enfin, dans la discussion, l'impact des ateliers d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes handicapées souffrant de déficience intellectuelle et de difficulté à la verbalisation est abordé au regard des méthodes choisies.

1. Contexte de la recherche : Maison Rochas, un établissement qui accueille des adultes déficients intellectuels peu ou pas autonomes.

1.1 L'établissement « Maison Rochas » est composé(e) de trois structures : un FAM, une MAS et un SAJ.

Le SAJ fonctionne en semi-internat et est sur deux lieux distincts.

C'est une offre d'accompagnement en journée, d'adultes en situation de handicap. Cette offre d'accompagnement peut se faire à titre temporaire ou permanent, à temps partiel ou complet.

Les SAJ ont pour but de développer ou de maintenir les acquis et l'autonomie des personnes accueillies et de faciliter ou de préserver leur intégration sociale.

Ils contribuent à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées.

Ils accueillent tout type de handicap (moteur, sensoriel, mental, physique) ayant une autonomie suffisante pour participer à des activités en groupe.

Le SAJ est financé par l'aide sociale départementale (Conseil départemental)

Les MAS sont des établissements médico-sociaux, dont la vocation est d'assurer aux personnes accueillies un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, des aides à la vie courante, et des soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance* de la personne.

Les personnes accueillies sont des adultes atteints d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapé(e)s, qui ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, et dont l'état impose le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants.

Ils sont plus dépendants que ne le sont ceux accueillis en FAM.

Les MAS sont financées par l'ARS (Agence régionale de Santé*).

Le public accueilli dans les FAM est composé d'adultes gravement handicapés, mentalement et parfois physiquement, inaptes à toute activité à caractère professionnel et qui ont besoin au quotidien de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, d'une surveillance médicale et de soins constants, ou du moins, d'un soutien et d'une stimulation constante ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Les FAM ont un financement double : l'aide sociale départementale (Conseil départemental) et celui de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

1.2 Les personnes accueillies souffrent de handicaps multiples : déficience intellectuelle, handicap moteur, handicap sensoriel, maladies invalidantes.

- Le handicap mental

Il s'agit d'une déficience des fonctions mentales et intellectuelles qui entraîne des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation, conduisant automatiquement à des problèmes d'expression* et de communication*.

Exemple : trisomie 21, autisme, polyhandicap, etc

- Le handicap moteur

Il se caractérise par une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres. L'atteinte à la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine.

Exemples : paralysie, amputations, infirmité motrice cérébrale, spina bifida, myopathie.

- Le handicap sensoriel

Il fait référence aux difficultés liées aux organes sensoriels.

Nous distinguons deux types de handicap sensoriel :

Le handicap visuel : qui sous-entend une déficience de la fonction visuelle. Exemple : cécité, malvoyance, amblyopie...

Le handicap auditif : qui désigne une perte partielle (mal entendant) ou totale de l'audition. Il peut souvent également entraîner des troubles de la parole. Exemple : surdité.

- Les maladies invalidantes

Ce sont des maladies qui, de par leurs effets sur l'organisme, peuvent générer un handicap et évoluer avec le temps, notamment les maladies respiratoires, digestives ou infectieuses. Exemple : épilepsie, sclérose en plaque, etc.

1.3 La déficience intellectuelle est commune à tous les résidents.

La déficience intellectuelle est commune à tous les résidents, bien que pouvant être causée par différentes choses. Les causes multiples sont récapitulées dans le tableau n°1 suivant.

Tableau n°1 : Récapitulatif des causes du handicap mental¹.

Organiques	Génétiques	Trisomie 21	32%
		Autres aberrations	8%
	Acquises	Intra-utérines	2%
		Périnatales	7%
		Post-natales	2%
	Inconnues		34%
Non organiques	Facteurs environnementaux*		15%

Selon Pagès, dans le tableau n°2 qui suit, l'OMS a établi une classification du degré de situation de handicap mental dû à la déficience intellectuelle.

Tableau n°2 : Récapitulatif de la déficience intellectuelle, classification OMS²

Classification OMS		Niveau de développement
Déficience mentale profonde	QI < 25	2-3 ans d'âge mental
Déficience mentale sévère	QI < 40	4-5 ans d'âge mental
Déficience mentale modérée	QI < 55	6-7 ans d'âge mental
Déficience mentale légère	QI < 70	Limite : échec scolaire

¹ ² PAGES, Vincent, *Handicaps et psychopathologies*. Paris : Dunod, 2017, p134.

1.4 Ces handicaps entraînent des pénalités en cascade et des souffrances associées.

La perte d'autonomie est la souffrance principale prise en compte dans l'étude.

Le public accueilli à Maison Rochas a une perte d'autonomie avérée. En fonction de son importance, la personne se voit proposer une place en FAM ou en MAS. Les personnes dépendantes de la MAS étant dans l'absolu celles les plus invalidées. Ce n'est pas obligatoirement le cas dans la réalité des faits. La mixité en âge et en forme de handicap caractérise les différents groupes de l'établissement.

Les pénalités et les souffrances associées constatées à Maison Rochas sont synthétisées en *annexe n°1*. Seul le choix de vie n'est à ma connaissance pas représenté.

Les souffrances liées aux pénalités sont différentes pour chacune des personnes de l'établissement.

En effet, la spécificité de la structure est bien d'accueillir un public très diversifié, les handicaps y sont pluriels et souvent multiples.

Il est difficile de faire ressortir un type de pathologie spécifique pour une personne donnée, tout comme les souffrances de celle-ci, au regard du public accueilli.

Néanmoins, pour tous, les conséquences de ces souffrances sont repérables sur les mécanismes corporels, (ressenti, structure, élan, poussée) et sur les composantes de l'estime de soi, (amour, confiance en soi* et affirmation de soi).

Nous pouvons apprécier l'impact des souffrances sur les mécanismes corporels, cependant il est plus difficile d'évaluer celui qui agit sur les composantes de l'estime de soi. Car, pour cette dernière, le caractère subjectif de l'estimation est indéniable compte tenu de la déficience intellectuelle majeure de ces personnes.

Il s'agit donc grâce aux séances d'art-thérapie de guider l'élan* et la poussée corporelle des résidents vers des activités artistiques au cours desquelles ils puissent prendre du plaisir et développer leurs ressentis, les amenant ainsi à faire des choix qui leur donnent confiance en eux. L'alliance thérapeutique semble être l'élément moteur dans le processus thérapeutique et la relation thérapeute/patient peut évoluer au gré des séances, instaurant alors un climat de confiance.

1.5 L'Art-thérapie peut permettre de montrer, au travers de la pratique artistique, l'importance d'être sujet pour un public très dépendant.

L'art-thérapie, au travers des techniques artistiques utilisées, permet d'inscrire l'individu au cœur de la pratique en multipliant les mises en situation de choix.

Toutes sortes de choix font références.

Médiation : techniques, formats, matériaux, outils, couleurs, etc.

Relation : temporalités, paroles, contacts, regards, échanges, etc.

Ces choix offrent la possibilité d'être sujet à maintes reprises, sous différentes formes et à différents degrés.

C'est ce que tentent de démontrer Rodriguez et Troll dans leur recherche à ce sujet : « Ce n'est pas le handicap qui est une indication de l'art-thérapie, c'est la nécessité d'un développement personnel qui est le plus souvent perturbé par le handicap ; cela en tant qu'individu et non en tant qu'handicapé. »³

³ Dir. KORFF-SAUSSÉ, Simone, *Art et handicap*. Toulouse : Eres, 2012, p116

1.6 L'Art a trois pouvoirs : entraînement, éducatif et relationnel.

L'art a le pouvoir d'inciter à l'action et l'intention* existe que cela soit dans notre volonté de regarder ou de faire.

L'intention esthétique*, elle, n'est pas toujours présente. Nous parlons alors d'art I et dès qu'il y a intention esthétique, nous sommes dans l'art II. Nous pouvons noter que la contemplation peut se faire également dans une intention esthétique.

Une des définitions du Beau peut être celle-ci : « Qui cause une vive impression capable de susciter l'admiration en raison de ses qualités supérieures dépassant la norme ou la moyenne ».⁴

L'impression s'exerce par l'intermédiaire des sens : la vue, l'ouïe, l'odorat principalement.

L'appréciation du Beau est à dominante esthétique. Les émotions* peuvent être positives et provoquer : de la joie, de la surprise. Cela fait partie du pouvoir éducatif de l'art.

Charles Pépin nous dit que la beauté nous apprend à développer notre intuition. Faire preuve d'un jugement réfléchissant, c'est être capable d'intuition.

« ...Ces moments de plaisir esthétique capables de nous rappeler à notre pouvoir, à notre présence au monde, à notre capacité d'intuition ».

Savoir regarder s'apprend, se cultive, se nourrit. Plus on regarde quelque chose et plus il nous est facile de le saisir dans sa totalité, avec ses variations, ses nuances et ses contrastes.

La relation est le corollaire de l'activité artistique en art-thérapie.

Pouvoir dire « C'est beau » et avoir envie de le partager. « L'émotion esthétique est la plus intense lorsque l'harmonie en nous crée le désir d'une harmonie avec les autres »⁵

1.7 L'art-thérapie s'appuie sur le non-verbal. L'Art est source de sensations.

Nous pouvons penser que plus nous pratiquons une activité, plus nous développons nos compétences et plus les sensations* que nous percevons et les émotions que nous ressentons sont vives et rapides à nous parvenir. Que celles-ci soient de l'ordre du plaisir ou du déplaisir. Nos références dans le domaine concerné sont en effet alors plus nombreuses et notre bibliothèque d'émotions s'étoffe, de façon consciente ou non.

Le non-verbal est un échange dénué de verbalisation pouvant permettre d'exprimer ses émotions, ses sentiments.

Jouer de la musique, peindre une aquarelle vont nous donner la possibilité d'exprimer notre tristesse ou notre joie parfois avec plus d'immédiateté et d'intensité que ne le ferait la parole.

La pratique artistique permet alors d'avoir accès à un champ d'expression non-verbal élargi tout en multipliant les moments de partage hors-verbal.

La communication non-verbale elle, englobe les éléments suivants : le ton, le débit et le volume de la voix, l'articulation des mots, l'expression du visage, l'intensité du contact visuel établi, la gestuelle et le toucher, le langage corporel, les positions du corps.

« Notre message est transmis dans une proportion de 55 % par notre langage corporel (plus particulièrement par les mouvements des petits muscles entourant les yeux, qui communiquent l'étonnement, l'incrédulité, le doute ou le dégoût).

Le message est transmis dans une proportion de 38 % par le ton de notre voix.

Seulement 7 % de notre message est transmis par les mots que nous utilisons. »⁶

Quand les capacités de verbalisations sont restreintes, le hors verbal, qu'il soit de l'ordre de la communication, de l'expression devient l'élément prépondérant de la relation.

⁴ CNRTL

⁵ PEPIN, C., *Quand la beauté nous sauve*, Paris : R. Lafond, 2013, p53.

⁶ MEHRABIAN, Albert, *Nonverbal communication*. New York : Routledge, 2017

1.8 L'Art-thérapie moderne peut permettre d'évaluer certains apports de la pratique artistique auprès des personnes handicapées.

1.8.1 L'opération artistique est le support principal du protocole thérapeutique.

L'opération artistique est un des outils majeurs de l'art-thérapeute. Elle est à l'articulation de l'ensemble des étapes de la stratégie* de l'art-thérapeute. Cf. annexe 2.

Elle permet de positionner les processus humains sollicités au regard de la pratique artistique. Elle aide à la fois à la synthèse de l'état de base du patient mais également à la définition des objectifs artistiques et thérapeutiques envisagés.

Dans un second temps, elle sera le support d'évaluation qui nous permettra d'adapter notre stratégie à la clinique préalable tout au long de notre prise en charge.

1.8.2 La fiche d'observation permet l'évaluation des apports de l'art-thérapie au regard des objectifs fixés.

La fiche d'observation est l'élément d'évaluation principal de l'art-thérapeute. Elle fait suite à la fiche d'ouverture qui est en relation avec le protocole thérapeutique. Cf. annexe 3.

Elle se construit au regard de l'anamnèse* et de l'état de base de la personne prise en charge. Elle décrit ses pénalités et ses souffrances, ses goûts*, ses capacités, ses facultés et ses compétences.

Elle comporte les faisceaux d'items* d'évaluation supports de la stratégie art-thérapeutique. Ceux-ci sont les éléments qui permettent d'évaluer les objectifs intermédiaires qui mènent à l'objectif principal, et donc de valider ou d'invalidier les sous-hypothèses et l'hypothèse de recherche.

C'est un élément qui est modifié par l'art-thérapeute au gré des séances, permettant ainsi de rendre compte de la prise en charge globale de la personne suivie.

2. Quatre sous-hypothèses permettent d'atteindre l'hypothèse de recherche.

Hypothèse : L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut permettre à des adultes ayant une déficience intellectuelle et un accès modéré ou nul à la verbalisation, d'être sujet en développant leur savoir ressentir et leur capacité de choix dans une dynamique relationnelle.

Cette hypothèse découle de l'expérience clinique et de la constatation de la diversité et de la multiplicité des handicaps des résidents qui ont participé à nos ateliers.

2.1 Sous hypothèse 1 : La pratique artistique fait appel à différents sens (la vue, l'odorat, l'ouïe et le toucher), elle permet un accès à des personnes en situation de déficience intellectuelle et de handicap sensoriel.

L'utilisation de pratiques artistiques qui sollicitent les sens peut permettre aux personnes prises en charge de développer leur savoir ressentir en leur offrant la possibilité d'une approche multi-sensorielle. Seul, le handicap auditif pouvait contraindre les résidents dans cette approche. Le choix de la dominante utilisée a été fait au regard des sens et des capacités préservées de chacun. Les arts plastiques permettent de mobiliser à la fois la vue, le toucher et l'odorat et les techniques sont suffisamment diverses pour s'adapter à chacun.

2.2 Sous-hypothèse 2 : Les difficultés d'accès à la verbalisation dues ou non à un handicap auditif, ne sont pas un obstacle à la relation thérapeutique et à l'art-thérapie.

Dans la relation thérapeutique qui s'est instaurée, le hors-verbal et le non-verbal ont pris une place prépondérante. Les consignes ont été verbalisées mais toujours doublées d'une approche visuelle et décomposées de manière à être intelligibles par tous.

Une vigilance a été nécessaire dans la perception des moments de partage hors-verbaux. C'est ce qui nous a permis de moduler l'espace thérapeutique tout au long des ateliers.

La relation s'est faite essentiellement par le regard, les mimiques et le positionnement du corps.

2.3 Sous-hypothèse 3 : Le développement du savoir ressentir et de la capacité de choix permet de développer les opportunités d'être sujet.

La pratique artistique au sein des ateliers d'art-thérapie s'est faite de manière à multiplier les expériences sensorielles et les choix associés. Ces derniers se sont faits essentiellement en mode binaire dans un premier temps.

Une attention particulière s'est portée sur cette notion de choix et l'importance qu'elle pouvait avoir pour un tel public. Les personnes prises en charge dans cette étude ont une importante dépendance. Elles sont peu sollicitées à développer leur autonomie. Or l'autonomie est la capacité à faire des choix, alors que l'indépendance est la capacité à les réaliser seul. L'indépendance ne leur est accessible qu'à de rares moments, l'autonomie, elle, peut perdurer. Choisir c'est affirmer ses goûts, se faire confiance et peut être s'aimer soi-même aussi, aller vers l'estime de soi.

Dans cette recherche, les modèles de l'estime de soi qui font référence sont ceux proposés par Bernhanrd et Millot où la personne ressent plus ou moins d'amour de soi, de confiance en soi, d'affirmation de soi et celui d'André et Lelord⁷ relaté en schéma 2 plus-après.

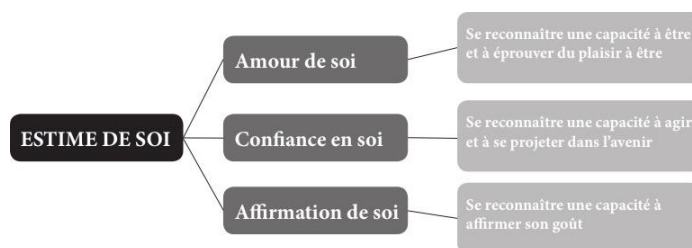


Schéma n°2 : Estime de soi selon ANDRE, C. et LELORD, F., 2002.

L'autonomie permet à la personne d'être sujet désirant et d'en avoir la sensation parfois et l'art-thérapie produit une multiplicité d'occasions de faire preuve d'autonomie.

2.4 Sous-hypothèse 4 : La dynamique relationnelle est nécessaire à la création de l'espace thérapeutique entre le patient, l'art-thérapeute et le médium utilisé.

La dynamique relationnelle prend en compte le désir, la disponibilité, l'implication, l'engagement et l'investissement de la personne mais aussi du thérapeute.

L'espace thérapeutique est la résultante de la dynamique thérapeutique au regard de l'activité artistique pratiquée. Cet espace doit être suffisant et suppose une attention toute particulière du thérapeute. Il est flexible, malléable et doit être adapté sans cesse au patient, à ses souffrances et aux objectifs de la prise en charge.

La dynamique relationnelle est en lien avec les mécanismes humains et l'opération artistique conformément au tableau n°3 ci-après.

⁷ ANDRE, C., LELORD, F., *L'estime de soi*. Paris : Jacob, 2002

Tableau n°3 : Opération artistique, mécanismes humains, dynamique relationnelle. *Afratapem**- CHARDON, F. 2018

OPÉRATION ARTISTIQUE		MÉCANISMES HUMAINS	DYNAMIQUE RELATIONNELLE
Histoire, culture	Avant	Existence	Envie
Accident spatio temporel	1		
Rayonnement	2	Impression	
Ressenti, Structure Savoir*/Savoir	3-4	Facultés	Disponibilité
	3-4	Capacités	
		Potentialité	
	4	Compétences	
Intention, Élan	4-5	Motivation	
Poussée	5	Volonté	Implication
Savoir -faire, Technique	5-6-5'	Expression	Engagement
Style	5'-6-7		Investissement
Production	7	Fond/Forme	
Traitement mondain	8-1	Communication/Relation	

3. Les méthodes et le matériel de travail utilisés dans cette recherche sont définis au regard des spécificités de l'établissement.

3.1 Le protocole de la recherche est défini de manière à permettre la validation des hypothèses et sous-hypothèses.

Tableau n°4 : Protocole de la recherche

Nombre de personnes prises en charge	Nombre de séances	Durée des séances	Fréquence des séances par semaine
6	7 individuelles +1 groupe	30 mn	1 à 2

Au vu des critères d'inclusion, sur les neuf personnes prises en charge lors de la clinique, seules six participent à l'étude décrite dans cet article, selon le tableau n°4 ci-dessus.

Pour chacune, les séances sont individuelles et d'une durée d'une demi-heure, temps de concentration* jugé maximum pour les personnes souffrant d'épilepsie. Les temps de déplacement et de mise en place des ateliers s'ajoutent à cette demi-heure de séance.

Une séance de groupe est programmée en fin de prise en charge de manière à faire une exposition de certaines productions et de partager une collation. *Cf. Annexe 5.*

3.2 La diversité des spécificités de chacun induit des critères d'inclusion généraux. Ces critères sont au nombre de cinq.

Les cinq critères d'inclusion :

Déficiência intellectuelle, handicap moteur, verbalisation modérée à nulle, 7 séances d'art-thérapie au moins, dominante arts plastiques.

3.3 L'indication au regard des spécificités induit une stratégie thérapeutique individualisée.

L'indication est synthétisée pour chaque résident dans le tableau n°3 ci-après.

Tableau n°5 : Indication générale et objectifs thérapeutiques individuels.

Indication générale : Favoriser l'expression et la relation	
Nom	Objectifs artistiques et thérapeutique
Résident F	Trouver des techniques artistiques lui procurant du plaisir et de la fierté. L'amener à exprimer ses émotions au travers de l'activité.
Résident E.	Diversifier les techniques artistiques de manière à lui permettre de trouver des modes d'expression qui lui faciliteront l'extériorisation par l'art de ses émotions.
Résident D	Soutenir son besoin d'expression et de communication au travers d'activités artistiques au cours desquelles elle puisse prendre du plaisir, exprimer sa singularité et être fière.

Résident A	Diversifier ses modes d'expression de manière à éviter qu'il ne s'enferme. L'amener à partager ses compétences et à les valoriser auprès des autres.
Résident C	Diversifier ses modes d'expression en favorisant des techniques artistiques qui lui permettent de se poser. L'amener à faire des choses qui lui plaisent et qu'il puisse valoriser.
Résident B.	Prolonger son plaisir de déchirer du papier en lui donnant du sens artistiquement. Mettre un cadre sécurisant autour de l'activité. L'amener par le biais de l'activité à avoir de meilleures relations avec les autres.

3.4 Les outils d'évaluation sont choisis de manière à décrypter les résultats de chacun au regard des sous-hypothèses et hypothèse principale.

3.4.1 L'évaluation de la satisfaction est tentée en mode binaire grâce à l'utilisation de smileys.

Nous avons mis en place des smileys afin de tenter d'évaluer la satisfaction des personnes à être en atelier d'art-thérapie. Les smileys étaient présentés en début et en fin de séances.

A la vue des difficultés de compréhension de certains, nous avons là aussi utiliser un mode binaire : un smiley content, un autre mécontent.

3.4.2 La fiche d'observation est l'élément principal d'évaluation.

La fiche d'observation a été l'élément principal d'évaluation utilisé dans cette clinique.

Les items ont été choisis au regard de l'hypothèse, des sous-hypothèses et des spécificités du public. Ainsi, dans cette recherche nous aborderons uniquement ceux qui relèvent de la dynamique relationnelle.

3.4.3 L'équipe est invitée à apporter des éléments d'évaluation en fin de prise en charge.

Elle n'a pas pu être beaucoup investie. La période de réalisation de la clinique étant estivale, les professionnels permanents ont pris des congés. Les remplaçants étaient nombreux et de deux ordres : ceux qui connaissaient un peu la structure et ses résidents, ceux qui étaient nouveaux. Un seul professionnel par groupe sur trois était un permanent.

L'évaluation du COVI* a été présentée mais seule une équipe sur les cinq a pu la mettre en place. Cf. annexe 6.

Nous avons donc décidé de réaliser, a posteriori et plus simplement l'évaluation qui est proposée plus après. Cf. Annexe 7.

Elle se résume aux deux questions suivantes :

1- Pour chacune des personnes de votre unité qui a suivi les séances d'art-thérapie cet été, vous avez noté qu'elle est allée aux ateliers :

- 1 - Avec plaisir
- 2 - Sans avoir besoin d'y être incitée
- 3 - En ayant besoin d'y être incitée
- 4 - En y étant poussée
- 5 - N'a pas voulu y aller

2- Avez-vous en quelques mots un commentaire à faire sur ces ateliers ?

La participation aux réunions d'équipe a posteriori et la présentation d'un bilan individuel nous a permis d'étoffer les retours à la question 2.

4. Les expériences cliniques ont été réalisées dans des ateliers d'art-thérapie individuels.

4.1 Un tableau récapitulatif permet la synthèse des six prises en charge retenues sur neuf pour cette recherche.

Seules six personnes répondent aux critères d'inclusion de l'étude et seront le support clinique de cette recherche. Elles se distinguent dans le tableau 6 suivant par un grisé en fond de texte.

Tableau n° 6 : Synthèse des neuf prises en charge.

Résident F , 46 ans, déficience intellectuelle, handicap moteur, troubles du comportement, verbalisation modérée. Avenant, blagueur, curieux, culture générale développée. Cherche à susciter l'intérêt. Sociable, attentif aux autres. Motricité fine difficile.	Résident C , 56 ans, handicap mental, moteur, troubles du comportement, verbalisation modérée, vision moyenne. Avenant, curieux, recherche le lien social. Cherche à susciter l'intérêt. Aime participer aux animations. Comprend consignes. Concentration forte.	Résident D , 57 ans, handicap mental, moteur, sensoriel (surdité). Émotionnel envahissant, pas de projection, Pas de verbalisation, utilise signes et langage hors verbal, Visage expressif. Peut se mettre en colère. Comprend vite, exprime ses goûts.
Dominante art plastique	Dominante art plastique	Dominante art plastique
8 séances ind. + 1 groupe	8 séances ind.+ 1 groupe	8 séances ind.+ 1 groupe
Bilan : Est beaucoup dans la relation. Demande de l'aide souvent. Se fatigue vite. Fait des blagues. A une culture générale développée. Modelage : autonomie, fait des choix, prend des initiatives, affirme ses goûts.	Bilan : Est dans la relation. Va vite, souvent trop vite. Est concentré. Est curieux. Fait preuve d'implication et aime expérimenter. Diversifie les techniques. Fait des choix.	Bilan : S'exprime par cri ou grâce à des mimiques. Ne semble pas aimer venir aux premières séances. Est appliqué, comprend vite les consignes, fait des choix et exprime ses goûts. Est content de venir aux 3 dernières séances.
Résident H , 47 ans, déficience intellectuelle, retard constaté à la naissance, troubles du comportement, logorrhée et soliloques. S'isole, angoisse de mort, instabilité psychique, sait compter et écrire son nom	Résident B. , 56 ans, déficience intellectuelle, troubles neurologiques sévères, handicap moteur, sensoriel (surdité), pas d'accès langage articulé, communication hors verbale (visage expressif). Sociable, très sensible, très observateur	Résident I , 32 ans, troubles de type autistique(s). Pas d'accès au langage articulé. Communication non-verbal (toucher et regard). Stéréotypie gestuelle, balancements. Relation duelle uniquement. Troubles du comportement. Curieux.
Dominante art plastique	Dominante art plastique	Dominante musique
7 séances ind.+ 1 groupe	7 séances ind.+ 1 groupe	6 séances ind.+ 1 Groupe
Bilan : A souvent l'air ailleurs. A du mal à se concentrer. Comprend les consignes. A besoin d'être encouragé.	Bilan : A un visage expressif et sait montrer son désaccord. Ne semble pas toujours comprendre ce qu'on attend de lui. Ne souhaite pas expérimenter. Est beaucoup en retrait mais observe.	Bilan : Exprime son goût pour la musique. Comprend certaines choses et réagit alors de façon adéquate. Est souvent dans sa bulle. Interagit par le toucher et parfois par le regard.
Résident E. , 56 ans, né grand prématuré, déficience intellectuelle, handicap moteur, débordement de la pensée, angoisse dépressive, manifestations hystériques, somatiques, comportementales. S'endort, lenteur. Colères, cris. Curieux, expression verbale modérée, difficultés à articuler Difficulté à gérer la frustration.	Résident A , 42 ans, troubles de type autistique, déficience intellectuelle, grand épileptique, handicap moteur, verbalisation modérée. S'isole dans le dessin au feutre. Difficulté à communiquer ses émotions, comprend les consignes simples. Utilisation des codes sociaux inadaptée. Passe de l'hyperactivité à l'hypoactivité. Agressivité, supporte difficilement le bruit.	Résident G , 56 ans, déficience intellectuelle, handicap psychique. Symptômes phobiques, idées morbides. Trouble du langage. Avenant et aidant dans les phases stabilisées. Besoin d'être félicité. Tendance à s'isoler.
Dominante art plastique	Dominante art plastique	Dominante art plastique
7 séances ind.	8 séances ind.+ 1 groupe	1 séance ind. + 1 groupe
Bilan : Est obnubilé par le futur. A du mal à se concentrer. Fait preuve de lenteur. Fait des choix. Répète mes fins de phrases. Essaie volontiers des techniques nouvelles. Peut faire preuve d'emportement.	Bilan : S'enferme dans ses dessins. S'ouvre grâce aux crayons de couleur. Accepte la relation puis diversifie sa production. Exprime son contentement.	Bilan : Est angoissé et a du mal à se poser. Ne souhaitera pas venir aux autres séances et sera présent uniquement à la dernière séance en groupe.

4.2 La description détaillée des prises en charge évaluées permet d'interroger l'hypothèse et les sous-hypothèses.

Cette description est représentée dans le tableau n°7 ci-après.

Tableau n°7 : Synthèse du déroulé des séances.

Résident F S1-2-3-4 Collage, peinture, variation des thèmes, des supports et des outils. Ateliers semi dirigés. Est beaucoup dans la relation. Recherche le contact physique. Demande de l'aide et se plaint de douleurs fréquemment. Fait de l'humour. Accepte facilement de venir à l'atelier. S5-6-7-8 Modelage argile, choix du sujet. Ateliers libres Aime malaxer la terre. Montre de la force. Fait preuve d'autonomie, d'initiative, s'affirme dans l'activité. Est content et fier de lui. Veut montrer ses productions. Se projette dans la séance suivante.	Résident C S1-2-3 Collage, peinture. Ateliers semi dirigés. Est dans la relation autour de l'activité. Va vite, est concentré, accepte toutes les propositions. A une motricité fine peu développée. Comprend les consignes mais a parfois des difficultés à les exécuter. S 4-5-6-7 Peinture, photographie. Diversification des matériaux et des supports. Multiplication des situations d'usage de la photographie. Fait des choix. Exprime ses goûts. Apprend à cadrer ses photos, se positionne en fonction du sujet à photographier. S8 Peinture, photographie. Veut aller vite. Prend beaucoup de photos. Veut jouer aux petits chevaux avec moi après l'atelier.	Résident D S1-2 Collage, peinture. Ateliers semi dirigés. Fait des choix, comprend vite, s'applique. Fait la tête fréquemment. Crie beaucoup pour se faire entendre. S3 Peinture, pastel. Choix de support et de format. Fait la tête, crie, ne s'applique pas. S4-5 Collage. Choix de papiers, d'images, de format, de textures. Fait la tête en arrivant puis sourit. Crie moins. Semble contente. S6-7 Peintures, emprunts végétales. Choix des couleurs, des supports, des textures, des formats. Sourit, manifeste sa joie d'être là, fait des choix, utilise de nouvelles techniques même salissantes. Ne crie plus. S8 Peintures. Diversification des outils. A mal à sa cheville. A du mal à se concentrer, se fatigue vite, soupire. Ne crie pas.
Résident E. S1-2-3-4 Collage, pastel, peinture. Atelier semi dirigé. Est en boucle. Lenteur, gestes contraints. Inquiet temporalité S5-7 Peinture gros outils, choix dans thèmes proposés. (S6 absent) Fait des choix facilement. Fait des gestes plus amples mais toujours lents. Est moins en boucle mais questionne toujours sur des événements à venir. S'énervé lorsque je ne le comprends pas. S8 Peinture gros outils. Atelier libre. Est calme et content. Fait des choix. Moins en boucle sur des activités à venir. Se projette sans angoisse.	Résident A S1 Collage, pastel. Refuse le collage. Prend les pastels et s'enferme dans ses dessins. N'est pas dans la relation. S2 Crayons de couleur, variation de support (format, textures, thèmes) Fait des choix, est dans l'interaction. S'enferme à nouveau quand il utilise le feutre. S3-4-5 Crayon de couleur. Je dessine à côté de lui. Est calme, interagit, échange. S6 Crayon de couleur. A mal dormi, est fatigué et nerveux. N'interagit pas S7-8 Crayon de couleur. Vient seul. Je dessine à côté de lui. Il m'aide quand je lui demande. Interaction verbale et dans le dessin. Écrit mon prénom. Autonome. Content	Résident B. S1 Collage. N'est pas intéressé par les matériaux naturels, va vers les revues. Visage expressif. Observateur. Se repousse de la table pour mettre fin. S2-3 Peinture, crayon. Refus Déchire les revues me regarde faire les collages. Est attentif. Cherche à partir avant la fin. S4-5 Modelage, Déchirage collage. Refuse le modelage. Accepte un court instant la peinture. Fait des choix de papier (texture, format). Reste jusqu'à la fin de la séance. S6 absent S7-8 Déchirage. Vient seul à l'atelier. Cherche à venir à d'autres moments. Reste le temps de l'atelier. Semble content.

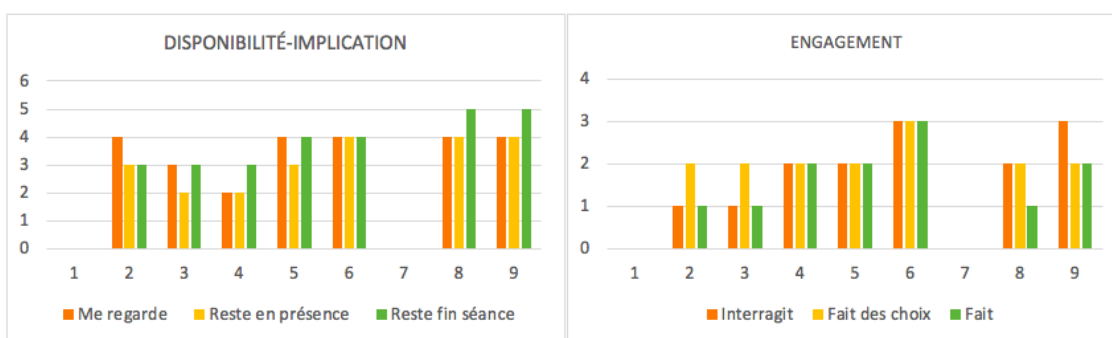
5. Les résultats de la clinique sont présentés aux vues des sous hypothèses et des principaux faisceaux d'items observés.

5.1 La déclinaison des résultats dans les graphiques numérotés de 1 à 6 se fait au regard des principaux faisceaux d'items observés.

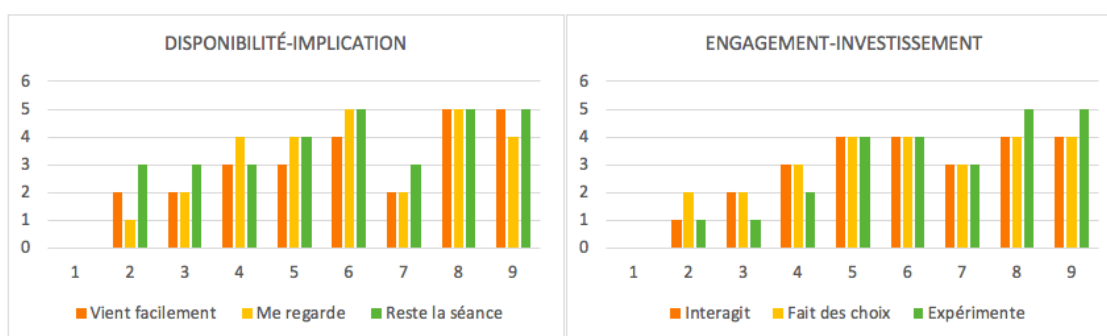
Les résultats permettent d'aborder la dynamique relationnelle au regard de l'activité artistique. Les principaux faisceaux d'items observés s'inscrivent dans deux grandes catégories : ce qui est de l'ordre de la disponibilité et de l'implication et ce qui se réfère à l'engagement et l'investissement et rendent ainsi compte de la dynamique relationnelle. Cf. Annexe 8.



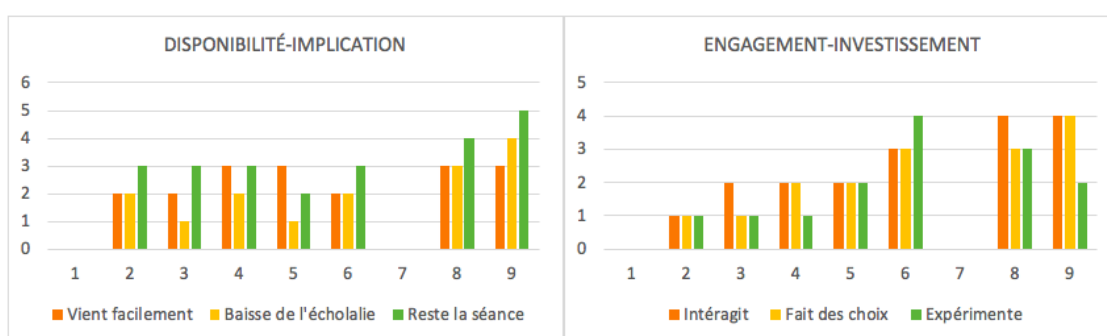
Graphiques n°1 : Évaluations des ateliers du résident D



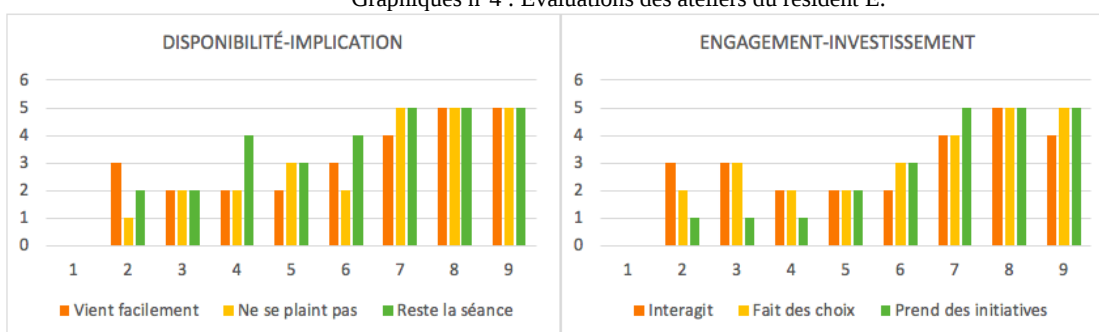
Graphiques n°2 : Évaluations des ateliers du résident B.



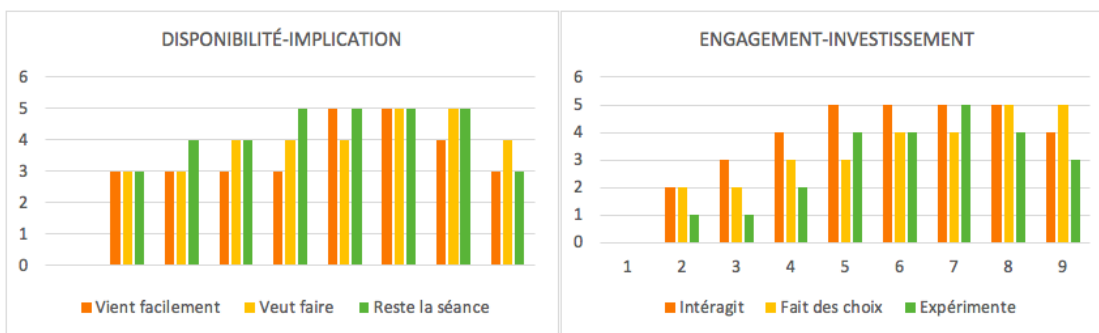
Graphiques n°3 : Évaluations des ateliers du résident A



Graphiques n°4 : Évaluations des ateliers du résident E.



Graphiques n°5 : Évaluations des ateliers du résident F



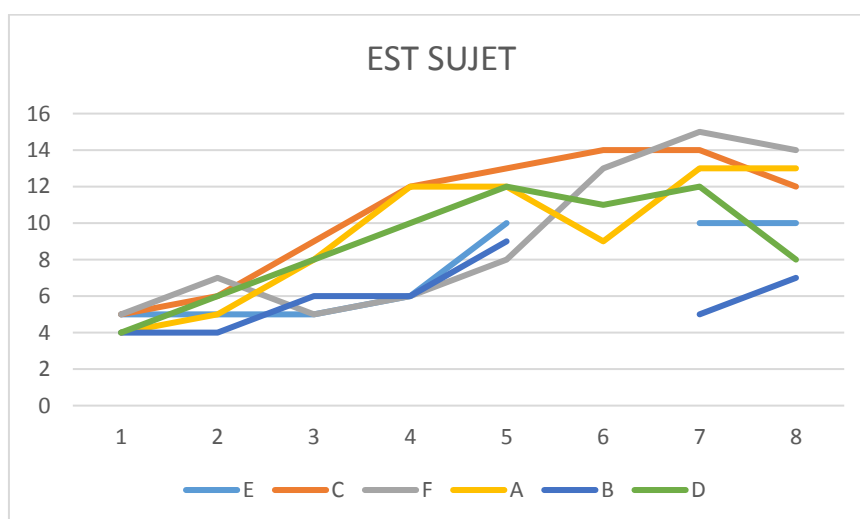
Graphiques n°6 : Évaluations des ateliers du résident C

Selon les personnes, les items retenus pour une même catégorie diffèrent en raison de leur déficience et handicap.

5.2 Les résultats sont mis en lien afin d'évaluer l'impact de l'art-thérapie sur les personnes déficientes intellectuelles verbalisant peu ou pas.

Cette recherche part du préalable que pour ces personnes, l'engagement et l'investissement dans l'activité artistique lors des ateliers d'art-thérapie leur permettent d'être sujet.

Le graphique 7 ci-après met en parallèle les résultats des évaluations de l'engagement et de l'investissement des six personnes participant à cette recherche. La coupure des tracés à la séance 6 pour le résident B et le résident G est due à leur absence.



Graphique n°7 : Synthèse par séance et par personne de la tendance à être sujet

6. L'analyse des résultats permet de questionner l'hypothèse.

6.1 L'analyse des résultats au regard de la clinique permet de valider l'hypothèse.

Les résultats des évaluations mettent en évidence que les ateliers d'art-thérapie ont bien permis aux six personnes de s'engager et de s'impliquer.

Elles ont pu, grâce aux techniques artistiques choisies pour chacune, être sujet dans leur choix et leur pratique.

Le résident D et le résident B. sont les deux personnes ayant un handicap auditif. Au regard du graphique ci-dessus nous pouvons noter que cela n'a pas été un facteur discriminant. Néanmoins, les difficultés d'expression non-verbale du résident B rendent l'évaluation plus subjective. Le retour des équipes suite au questionnaire permet de valider l'envie et la disponibilité de chacun.

6.2 D'autres études menées par des art-thérapeutes relatent des expériences auprès d'un public déficient intellectuel.

Des mémoires et des articles scientifiques en art-thérapie relatent dans le tableau 8 des expériences auprès d'un public présentant des similitudes.

Tableau n°8 : Références d'articles D.U. d art-thérapie.

Nom - Titre Travaux	Hypothèse	Bilans
Cécile Donche-Gay, 2018 « L'impact de l'art-thérapie sur les capacités relationnelles des personnes en situation de handicap mental en établissement et service d'aide par le travail. »	Le renforcement de la confiance en soi des personnes arrivant en ESAT au travers de la pratique artistique en séance d'art-thérapie individuelle permet une amélioration des capacités de communication et facilite un meilleur positionnement dans la relation en séance avec l'art-thérapeute et dans les relations au travail.	Gain de confiance en soi : 4/4 Gain d'estime de soi : 4/4 Amélioration de la qualité relationnelle en séance : 4/4 Amélioration de la qualité relationnelle au travail : ¾ Bon de gré de savoir être, positionnement dans la relation adapté : 4/4
Marylène Costa, 2013 « L'art-thérapie à dominante arts plastiques proposée au domicile d'adultes pénalisés par une déficience intellectuelle contribue à l'amélioration de leur qualité de vie. »	L'art-thérapie auprès de personnes adultes souffrant de déficience intellectuelle peut être bénéfique et améliorer leur qualité de vie bien qu'elle présente également des limites.	Globalement positif pour les deux personnes étudiées. Bilan plus mitigé pour l'une d'entre elle néanmoins.
Ingrid Andreyitch, 2013 « L'art-thérapie à dominante arts plastiques expérimentée auprès de personnes en situation de handicap mental ou de polyhandicap accueillies au sein d'un institut médico éducatif.	L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut aider des personnes en situation de handicap mental et polyhandicap, accueillies au sein d'un IME, à améliorer leur qualité existentielle, et à soutenir leur autonomie.	Bilan positif pour les deux personnes participant à l'étude.
Marie-Hélène Metezeau, 2014 « Contribution à la prise en charge en art-thérapie de personnes avec autisme dans l'atelier thérapeutique osier de FAM des Maisonnées à Azay-le Rideau	L'art-thérapie à dominante vannerie peut aider des personnes avec autisme à améliorer leur qualité existentielle	Bilan globalement positif pour les trois personnes prises en charge par l'art-thérapeute. Prise en charge collective non favorable pour l'une d'entre elles.

Il s'avère donc que dans ces quatre exemples de recherche, l'art-thérapie est un outil d'amélioration de la communication, de la relation et de la qualité existentielle, pour un public déficient intellectuel. Néanmoins, à ma connaissance, aucun ne s'appuie sur une expérience clinique dans un établissement accueillant un public aussi diversifié que celui mobilisé ici. C'est cette diversité qui a fait à la fois la richesse de cette clinique et la difficulté de cette recherche.

En effet, mener une étude comparative des prises en charges art-thérapeutiques de personnes en situation de handicaps lourds et multiples, est un exercice qui requiert du temps et une multiplicité de mises en situation.

Les six personnes sur lesquelles s'appuient cette recherche ont toutes des difficultés de compréhension, de verbalisation, de communication. Ceci entraîne forcément une grande part d'interprétation de la part du thérapeute et également, un choix limité dans les possibilités d'évaluation.

7. La discussion est menée autour de l'impact des ateliers d'art-thérapie auprès de personnes handicapées souffrant de déficience intellectuelle.

7.1 Les biais peuvent être pluriels au regard de la diversité des handicaps du public accueilli à Maison Rochas ainsi que de la période à laquelle s'est déroulée la clinique.

Les critères d'inclusion choisis dans cette étude sont suffisamment larges pour permettre une cohorte minimale. Ils sont au nombre de cinq : la déficience intellectuelle, le handicap moteur, un accès à la verbalisation modéré ou nul, la participation à au moins sept séances d'art-thérapie qui soient à dominante arts plastiques.

Sur les six personnes répondant à ces critères, une a des troubles autistiques, trois autres ont des troubles psychiques avérés, deux sont atteints de surdité. Ces éléments pourraient être considérés comme des biais. De même, une seule femme participe à ces ateliers.

La grande diversité du public accueilli à Maison Rochas tant en âge, qu'en pathologie et degré de handicap ainsi que la part de subjectivité des évaluations nous invitent à relativiser ces premiers résultats tout en les estimant valides.

De plus, nous considérons que pour ce public aussi fortement handicapé, la dépendance est un facteur déterminant.

Les six personnes qui sont concernées dans cette étude ont néanmoins pu participer aux séances d'art-thérapie en franchissant, chacune à sa manière, toutes les étapes de la dynamique relationnelle. L'étude rend donc bien compte de façon factuelle que l'art-thérapie a permis à ces six personnes d'être sujet. Au-delà des observations menées, la production renforce cette considération.

7.2 La déficience intellectuelle associée à la surdité et/ou la non-verbalisation rend difficile l'utilisation du cube harmonique.

La déficience intellectuelle induit une difficulté réflexive qui autorise des considérations souvent binaires de type « j'aime » ou « j'aime pas ». En effet, le handicap mental entraîne des difficultés à comprendre les concepts généraux et abstraits.

Les nuances de sens sont donc souvent problématiques et les notions de bon, de beau et de bien sont difficilement abordables pour certains.

Seuls le « bon » et le « beau » ont pu être approchés avec les personnes les moins atteintes par le handicap mental.

La difficulté de verbalisation, commune à chacune d'entre elles, engendre bien souvent une plus grande part de subjectivité de la part de l'art-thérapeute dans l'analyse des réponses. Il semble qu'une connaissance approfondie de la personne permette une réactivité et une adaptabilité utiles à la stratégie thérapeutique.

La relation triangulaire patient, art-thérapeute, médium est fondamentale. C'est elle qui sera à la source de la dynamique relationnelle, suscitant chez la personne l'envie, la disponibilité et l'implication dans un premier temps, puis l'engagement et l'investissement dans un second.

7.3 Pour un public n'ayant peu ou pas accès à la verbalisation, les ateliers d'art-thérapie peuvent mettre en évidence l'intérêt d'une approche déductive de par l'importance de la diversité des mises en situation de choix.

Lors de ces ateliers, une approche déductive s'est avérée nécessaire. Les déficiences intellectuelles et sensorielles (surdité pour deux des personnes choisies dans cette recherche) nous ont amené à des modes de communications très visuels.

L'usage des smileys semble avoir participé davantage à la dynamique relationnelle qu'à l'évaluation de la satisfaction.

Très vite, la multiplication des situations de choix a été au cœur de la prise en charge art-thérapeutique.

La première raison en a été la recherche d'une compréhension des souhaits et des goûts des personnes.

La seconde en est que le choix mène à l'autonomie et que l'autonomie permet à la personne d'être sujet, élément principal de l'hypothèse de cette recherche.

Cette dernière est l'élément majeur sur lequel s'est appuyée la clinique relatée dans cette recherche.

Nous remarquons que les résidents ayant participé à ce protocole sont très dépendants des soignants dans leur quotidien. Leurs permettre une multiplicité de petits choix leur offre l'opportunité de se sentir moteur du moment. Ils sont alors des personnes à part entière et ne sont plus réduits à leur handicap.

Le rôle du choix de l'utilisation d'une dominante artistique diachronique* prend alors tout son sens.

La diversité des techniques amène à une production qui leur plaise et qui pourra ensuite être montrée aux autres résidents, aux soignants et à leur famille. Simone Korff-Sausse dit ceci à ce propos : « (...) Il permet de renarcissiser le patient en construisant avec lui des expériences et esthétiquement satisfaisantes. L'art-thérapie par la production d'objets socialement valorisés, aide à restaurer le sentiment de compétence, de valeur et de contrôle de la personne qui a été fragilisée par la situation de handicap »⁸

Conclusion

Cette recherche avait pour objectif de montrer que l'art-thérapie à dominante arts plastiques peut permettre à des adultes ayant une déficience intellectuelle et un accès modéré à nul à la verbalisation d'être sujet. Pour ce faire, nous les avons mis en situation de développer leur savoir ressentir et leur capacité de choix dans une dynamique relationnelle. Le bilan des ateliers d'art-thérapie est positif.

La dynamique relationnelle et l'espace thérapeutique se sont avérés cruciaux dans la stratégie art-thérapeutique individualisée.

Pour les personnes les plus atteintes dans leur mode de communication, l'acceptation ou le refus est le choix ultime qui leur permet de continuer à être sujet.

La sensorialité est semble-t-il ce qui permet de toucher la personne quels que soient ses handicaps. Des études scientifiques montrent l'importance des connections entre le cerveau et les organes sensoriels. Nous faisons référence à la notion de plasticité du cerveau qui permet de projeter un développement des capacités de la personne au regard de ses handicaps. Ces études scientifiques offrent espoir et optimisme.⁹

D'autre part, l'art-thérapie permet de questionner la dimension narcissique de la personne. On peut se demander la place qu'a tenu l'environnement dans le développement de leurs capacités. Quant aux arts plastiques, ils font beaucoup appel à la vue mais aussi au toucher et à l'odorat. Le recours au Land art, *in situ*, pour ses spécificités liées aux cinq sens permettrait de poursuivre cette recherche. Le contexte ne l'a pas permis car trois variables aléatoires ne pouvaient être maîtrisées : la lenteur des déplacements, la gestion des autres résidents lors des séances individuelles, la gestion des aléas météorologiques.

⁸ KORFF-SAUSSE, S., *Art et handicap*. Toulouse : Eres, 2012, p182

⁹ PLATEL, H. THOMAS-ANTERION, C (Sous la direction) *Neuropsychologie et art*, De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, 2014 ; CYRULNIK, B., *Votre cerveau n'a pas fini de vous étonner*, Ed.10, Librairie générale française, Paris, 2016

Listes des schémas, tableaux et graphiques

Liste des Schémas

n°1 : Estime de soi selon ANDRE, C. et LELORD, F., 2000.....	p.6
--	-----

Liste des tableaux

n°1 : Récapitulatif des causes du handicap mental selon PAGES, Vincent, 2017,.....	p.2
n°2 : Récapitulatif de la déficience intellectuelle, classification OMS selon PAGES, Vincent, 2017	p.2
n°3 : Opération artistique, mécanismes humains, dynamique relationnelle selon Afratapem - CHARDON, Fabrice, 2018.....	p.7
n°4 : Protocole de la recherche.....	p.7
n°5 : Indication générale et objectifs thérapeutiques individuels.....	p.7
n°6 : Synthèse des neuf prises en charge.....	p.9
n°7 : Synthèse du déroulé des séances.....	p.10
n°8 : Références d'articles D.U. d'art-thérapie.....	p.13

Listes des graphiques

n°1 : Évaluations des ateliers du résident D.....	p.11
n°1 : Évaluations des ateliers du résident B.....	p.11
n°1 : Évaluations des ateliers du résident A.....	p.11
n°1 : Évaluations des ateliers de du résident E.....	p.11
n°1 : Évaluations des ateliers du résident F.....	p.11
n°1 : Évaluations des ateliers du résident C.....	p.12
n°7 : Synthèse par séance et par personne de la tendance à être sujet.....	p.12

Bibliographie

Monographie

- ANDRE, Christophe, LELORD, François, *L'estime de soi*. Paris : Odile Jacob, 2002
- ARCHAMBEAU, Sylvie, *L'atelier d'expression en psychiatrie, L'expérience de Libourne*. Toulouse : Érès, Trame, 2010
- AUBERT, Philippe et JACOLIN Sophie, *Rage d'exister*. Paris : HD ateliers Henry Dougier, 2018
- CHARDON, Fabrice, *Art-thérapie. Pratiques cliniques, évaluations et recherches*. Tours : Presses Universitaires de François Rablais, 2018
- CYRULNIK, Boris, *Votre cerveau n'a pas fini de vous étonner*. Paris : Ed.10, Librairie générale française, 2016
- DELION, Pierre, COUPECHOUX Patrick, *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Paris : Albin Michel, 2016
- DELEUZE, Gilles, *Francis Bacon logique de la sensation*. Paris : Seuil, 2002
- DE SIVRY, Sophie, MEYER, Philippe, *L'art et la folie*. Paris : Sextant bleu, 1998
- EVARD, Sylvie, VIENNOT, Françoise, *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le polyhandicap sans jamais oser le demander*. Charles Corlet, 2013
- FORESTIER, Richard, *Dictionnaire raisonné de l'art en médecine*. Paris : Favre, 2017
- FORESTIER, Richard, *Le métier d'art-thérapeute*. Paris : Favre, 2014
- FORESTIER, Richard, *Regard sur l'art*. See You Soon, 2005
- HINSHELWOOD, Robert D., *Dictionnaire de la pensée Kleinienne*. Paris : PUF, 2000

JULLIEN, François, *Cette étrange idée du beau*. Paris : Grasset, 2010.
 JUZEAU, Dominique, *Vivre et grandir polyhandicapé*. Paris : Dunod, 2010
 KLEIN, Jean-Pierre, *L'art-thérapie*. Paris : PUF, 1997
 KORFF-SAUSSE, Simone, *Art et handicap. Enjeux cliniques*. Toulouse : Ères, 2012
 KORFF-SAUSSE, Simone, *Figures du handicap. Mythes, arts, littérature*. Paris : Payot et Rivages, 2010
 MEHRABIAN, Albert, *Nonverbal communication*. New York : Routledge, 2017
 MERLEAU-PONTY, Maurice, *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard, 1964
 MOSER, Gabrielle, *Psychologie environnementale. Les relations homme-environnement*. Bruxelles : De Boeck, 2009
 NASIO, J.D., *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*. Paris : Payot et Rivages, 2001
 PAJES, Vincent, *Handicaps et psychopathologies*. Malakoff : Dunod, 2017
 PEPIN, Charles, *Quand la beauté nous sauve*. Paris : R. Lafond, 2013
 PEPIN, Charles, *Les vertus de l'échec*. Paris : Pocket, 2018
 PLATEL, Hervé, THOMAS-ANTÉRION, Catherine, (sous la direction) *Neuropsychologie et art*. Paris : De Boeck Solal, 2014
 ROGERS, Carl, *Le développement de la personne*. Paris : Dunod, 2005
 STERN, Arno, *L'expression ou l'homo vulganus*. Paris : Delachaux et Niestlé, 1976
 VAGINAY, Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse : Ères, 2014
 WINNICOTT, Donald, *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975

Webographie

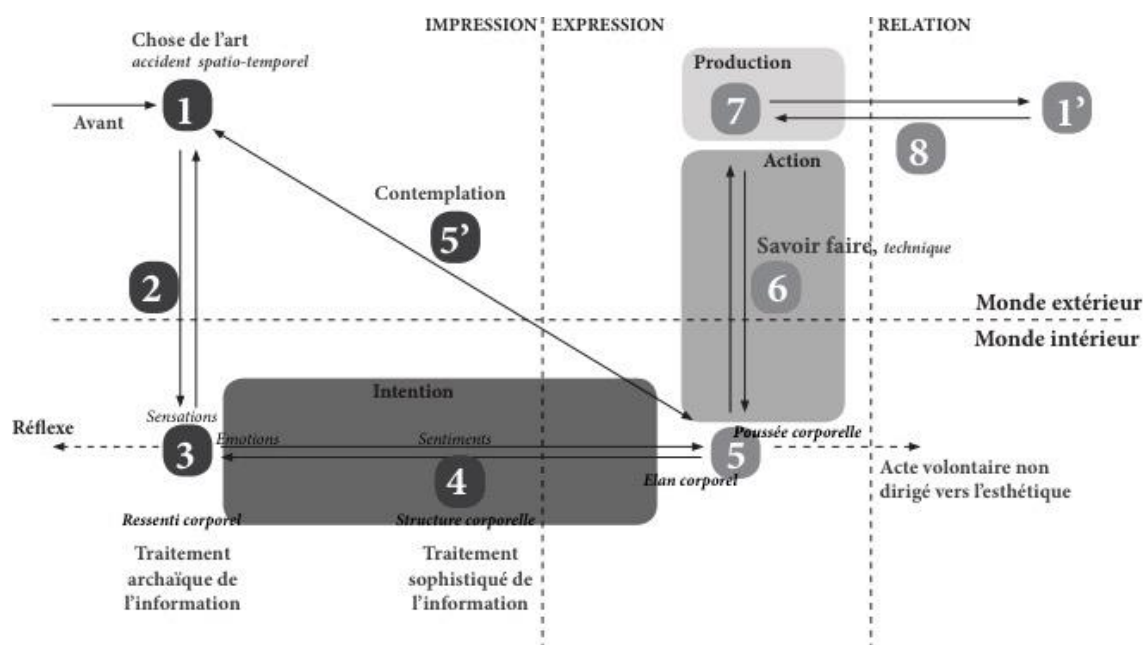
www.cnrtl.fr
<http://www.larousse.fr>
<http://www.cairn.info>
<https://information.handicap.fr>
<http://www.mdph.fr>
<https://www.universalis.fr>
<http://www.who.int/fr>

Annexes

Annexe 1 : Les quatre pénalités selon FORESTIER, R.

MALADIE aïgue ou chronique	Angoisse de mort Difficulté à se projeter
HANDICAP physique, mental ou social	Sentiment d'être hors norme Perte du sentiment d'être sujet
BLESSURE DE VIE accident, maltraitance	Perte de la saveur existentielle Perte du sens de la vie
CHOIX DE VIE conduite à risque	Culpabilité Doute sur ses capacités

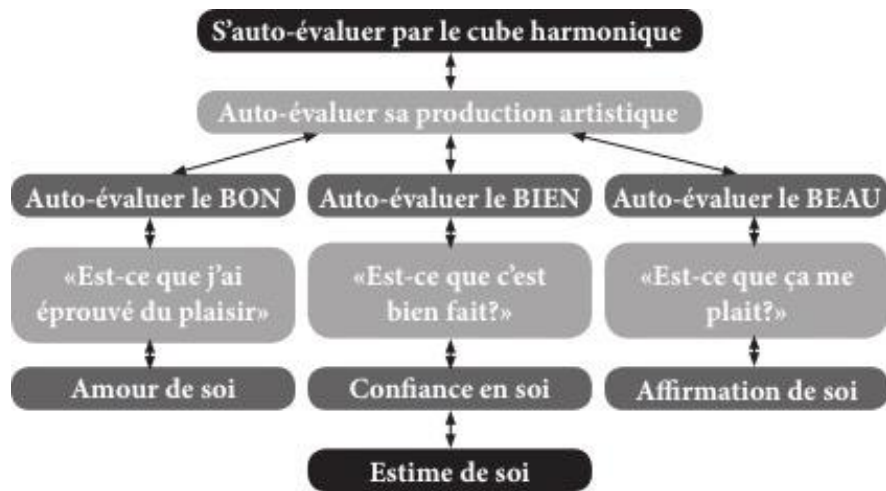
Annexe 2 : Schéma de l'Opération Artistique, AFRATAPEM , 2017



Annexe 3 : Protocole en art-thérapie

Indication faite par le médecin ou le chef de service
Etat de base : anamnèse complétée par les observations des premières séances (fiche d'ouverture)
Définition des objectifs thérapeutiques : OTG* : Objectif thérapeutique général OTI* : Objectifs thérapeutiques intermédiaires
Stratégie thérapeutique : mise en place sur OA*
Définition des sites d'actions et des cibles thérapeutiques*
Définition de séances : nombre, durée, fréquence, individuelles ou collectives
Évaluation : mise en place des fiches d'observation après définition des items, auto évaluation (cube harmonique)
Bilan général
Limites de la prise en charge

Annexe 4 : Auto évaluation, cube harmonique, AFRATAPEM, 2017



Annexe 5 : Exposition de production, dernière séance (en groupe)



Annexe 6 : Échelle d'anxiété, Grille d'évaluation COVI

COVI Résident « F »	Discours du sujet : nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendus, noué, difficulté à se concentré.	
	Avant 0 Inexistant 1 Faible 2 Moyen 3 Beaucoup 4 Énorme	Après 0 Inexistant 1 Faible 2 Moyen 3 Beaucoup 4 Énorme
	Comportement : semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité.	
	Avant 0 Inexistant 1 Faible 2 Moyen 3 Beaucoup 4 Énorme	Après 0 Inexistant 1 Faible 2 Moyen 3 Beaucoup 4 Énorme
	Plaintes somatiques : sudation, tremblement, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression, chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.	
	Avant 0 Inexistant 1 Faible 2 Moyen 3 Beaucoup 4 Énorme	Après 0 Inexistant 1 Faible 2 Moyen 3 Beaucoup 4 Énorme

Annexe 7 : Questionnaire adressé aux équipes

Question 1 : Pour chacune des personnes de votre unité qui a suivi les séances d'art-thérapie cet été, vous avez noté qu'elle est allée aux ateliers	Question 2 : Avez-vous, en quelques mots, un commentaire à faire sur ces ateliers d'art-thérapie ?
Unité Arc en Ciel Résident A 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller Résident G 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller	Unité Arc en ciel : Le résident A était très heureux de montrer l'exposition à laquelle il a participé (souriant). Dommage que l'exposition soit dans un lieu où l'on ne passe pas souvent.
Unité Comète Résident I 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussé 5 N'a pas voulu y aller Résident B 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller	Unité Comète : Il serait intéressant pour le résident B d'essayer des séances collectives avec un ou plusieurs résidents de l'unité arc en ciel afin de changer l'image qu'ils se font du résident B.
Unité Oasis Résident C 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller	Unité Oasis : Le résident C a été ravi d'aller aux séances et il était fier de ramener son travail sur l'unité. Cet atelier a été bénéfique pour C.
Unité Bas Jardin Résident D 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller Résident E 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller Résident H 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller	Unité Bas jardin : Les ateliers proposés étaient très adaptés, les questionnements, les propositions faites ont permis d'apporter à chacun des réponses avec un support apprécié. La sérénité qui entourait ces ateliers a été également très appréciée et apaisante. L'exposition des œuvres dans le parc a été un beau moment de partage et d'échange, bravo.
Unité Galaxie : Résident F 1 Avec plaisir 2 Sans avoir besoin d'y être incité 3 En ayant besoin d'y être incité 4 En y étant poussée 5 N'a pas voulu y aller	Unité Galaxie : Le résident F avait besoin de savoir ce qu'il allait faire aux ateliers avant d'y aller. Il a aimé certaines choses plus que d'autres

Annexe 8: Liste des items principaux appuyant la recherche

Faisceaux d'items : Disponibilité-Implication

Vient à l'atelier :

- 1 Ne vient pas
- 2 Vient en étant poussé
- 3 Vient après motivation extérieure
- 4 Vient après rappel
- 5 Vient seul

Regard :

- 1 Ne me regarde pas du tout
- 2 Me regarde rarement
- 3 Me regarde de temps en temps
- 4 Me regarde
- 5 Me regarde fréquemment

Temps en séance :

- 1 Reste < 10 mn
- 2 Reste < 15 mn
- 3 Reste < 20 mn
- 4 Reste 30 mn
- 5 Peu rester plus de 30mn

Fréquence des cris :

- 1 Crie énormément
- 2 Crie fréquemment
- 3 Crie de temps en temps
- 4 Crie rarement
- 5 Ne crie pas

Expression de la mauvaise humeur :

- 1 Toute la séance
- 2 Par moment
- 3 Au début de la séance
- 4 Légèrement au début de la séance
- 5 N'est pas de mauvaise humeur

Besoin de motivation extérieur pour rester en présence mentalement :

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Plusieurs fois
- 4 Parfois
- 5 Jamais

Fréquence des plaintes somatiques :

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 De temps en temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

Expression de la volonté de faire :

- 1 Nulle
- 2 Faible
- 3 Moyenne
- 4 Fréquente
- 5 Très fréquente

Baisse de l'écholalie :

- 1 Systématique
- 2 Très fréquente
- 3 Fréquente
- 4 Occasionnelle
- 5 Absente

Faisceaux d'items : Engagement-Investissement

Interagit avec l'art-thérapeute :

- 1 Jamais
- 2 Très peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Très souvent

Fait des choix :

- 1 Jamais
- 2 Très peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Très souvent

Expérimente :

- 1 Jamais
- 2 Très peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Très souvent

Prend des initiatives :

- 1 Jamais
- 2 Très peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Très souvent

Fait des choses liées à l'activité artistique :

- 1 Jamais
- 2 Très peu
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Très souvent

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABLAIS
Faculté de Médecine de Tours

**Article de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de
Tours**

Soutenu le : Décembre 2018

Par Bouvier Muriel

**Titre : Impact de l'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes
déficients intellectuels peu ou pas autonomes ayant un accès modéré à nul à la
verbalisation au sein d'un établissement FAM et MAS.**

Les personnes accueillies en FAM et en MAS sont atteintes de handicaps multiples : déficience intellectuelle, handicap moteur, handicap psychique et handicap sensoriel ; elles sont peu ou pas autonomes. Les troubles associés à ces handicaps engendrent pour toutes des difficultés d'expression et de communication induisant des relations à l'autre souvent inadaptées.

Cette dépendance leur donne peu l'occasion d'être sujet dans leur quotidien.

Cette recherche a pour objectif de montrer que l'art-thérapie peut permettre à des adultes ayant une déficience intellectuelle et un accès modéré ou nul à la verbalisation d'être sujets. Les ateliers d'art-thérapie à dominante arts plastiques favorisent le développement de leur savoir ressentir et de leur capacité de choix dans une dynamique relationnelle au regard de leur singularité.

Les premiers résultats obtenus valident en partie cette hypothèse et viennent confirmer ceux issus d'autres recherches scientifiques relatives à un public comparable.

Mots clefs : Art-thérapie, Handicap, Déficience intellectuelle, Relation thérapeutique, Être sujet.

**Title : Impact of art therapy mainly based on plastic art applied to intellectually deficient
adults just a little autonomous or not at all so, having from a moderate to a complete
inability to accede to verbalization, in a FAM (Medical Home) and in MAS (Specialty
Home) establishment .**

The people admitted in FAM and in MAS suffer from multiple handicaps such as : intellectual deficiency, lack of mobility, psychic and sensorial handicap. They have just a little autonomy or sometimes no autonomy at all. The problems associated with those handicaps are, for all of them, at the root all of the difficulties of expression and of communication which are often causing inadapted relationships with others.

This dependency gives them little opportunity of being subject in their daily life.

This research aims at showing that art therapy can enable adults suffering from an intellectual deficiency and from a moderate or complete inability to accede verbalization as subjects.

Art therapy workshops mainly based on plastic art favour the development of feelings and of their capacity of choice in a relational dynamic in view of their specificity.

The first results obtained validate in part this hypothesis and confirm those obtained by other scientific research applied to a comparable public.

Key word : Art therapy, Handicap, Intellectual disability, Therapeutic relation, To be subject.