

AFRATAPEM
Association Française de
Recherches et Application des Techniques Artistiques
en Pédagogie et Médecine.

«Expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique, auprès de personnes atteintes de troubles neurologiques au sein d'une structure de rééducation , soin de suite et gériatrie.»

Mémoire professionnel
réalisé pour l'obtention du titre
d'art-thérapeute répertorié par l'État au
niveau II

Présenté par
Laurine Munoz

Année 2015

Directeur de mémoire :
Docteur Denis LAGAUCHE
Médecin rééducateur
Chef de service

Structure d'Accueil : Clinique
Iris de Saint Priest

25 rue Lwoff 69800 SAINT
PRIEST

Maître de stage :
Sandrine ADAMIAK
Cadre de rééducation

AFRATAPEM
Association Française de
Recherches et Application des Techniques Artistiques
en Pédagogie et Médecine.

«Expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique, auprès de personnes atteintes de troubles neurologiques au sein d'une structure de rééducation , soin de suite et gériatrie.»

Mémoire professionnel
réalisé pour l'obtention du titre
d'art-thérapeute répertorié par l'État au
niveau II

Présenté par

Laurine Munoz

Année 2015

Directeur de mémoire :
Docteur Denis LAGAUCHE
Médecin rééducateur
Chef de service

Structure d'Accueil : Clinique
Iris de Saint Priest

25 rue Lwoff 69800 SAINT
PRIEST

Maître de stage :
Sandrine ADAMIAK
Cadre de rééducation

Merci :

A toute l'équipe soignante de la clinique Iris qui a offert de son temps pour mes multiples questions, à leur patience pour m'avoir guidé dans leur structure, à leur ouverture d'esprit pour accueillir un métier qu'ils ne connaissaient pas, et à leur conscience professionnelle qui fait que chaque jour le maximum est donné aux patients, dans la bonne humeur.

Aux Patients de la clinique, à chacune de leur personnalité, à leur humour, leurs rires et leurs pleurs ; à leurs efforts pour se battre chaque jour pour eux-même et leurs proches.

A mon directeur de mémoire Docteur Denis Lagauche pour sa disponibilité, son écoute et son aide technique.

A ma directrice de stage Sandrine Adamiak pour m'avoir accompagné au plus loin durant sa maternité, et Sandrine Arnaud pour avoir consciencieusement pris le relais. Merci à toutes deux pour votre gentillesse.

A l'AFRATAPEM pour les années de recherches qui nous ont mené ici, et à la confiance qu'elle nous accorde pour nos recherches futures dans le développement de cette profession.

A Fabrice Chardon, notre directeur de formation, pour ses performances d'orateur, son enthousiasme et surtout pour la passion de ce métier qu'il nous transmet avec justesse et adresse.

Aux professionnels, qui viennent partager généreusement leurs expériences et nous offrir cette richesse qu'est leur savoir.

Aux collègues et amis avec lesquels j'ai partagé cette formation, nous sommes là les uns pour les autres dans les moments de doutes ou de remises en questions, parce que c'est ensemble et en partageant que nous apprenons à être des art-thérapeutes.

A Aurélia et Mathieu qui me soutiennent toujours quoi qu'il arrive.

A Caroline et Bernard pour leur secourable aide orthographique et linguistique.

A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

A la famille qui croit en moi.

Sommaire

«Expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique, auprès de personnes souffrants de troubles neurologiques au sein d'une clinique de rééducation , soin de suite et gériatrie.»

Remerciement.....	p 8
Sommaire.....	p 9
Glossaire.....	p17
Introduction.....	p21

Partie 1 :

Dans un centre de rééducation fonctionnel, auprès de personnes ayant des troubles neurologiques, l'art-thérapie peut revaloriser l'estime de soi nécessaire pour retrouver une certaine qualité de vie.

I/ La rééducation en service neurologique, après un accident ou des suites de l'évolution d'une maladie, est une phase transitoire où la personne balance entre espoir et deuil. Dans son combat pour retrouver ses capacités ou se réadapter ; la qualité de vie peut nettement se dégrader.....p24

A/ En neurologie à chaque fois que le corps subit un traumatisme ou qu'un dysfonctionnement vient perturber son équilibre, les dommages occasionnés peuvent engendrer des déficiences, transitoires ou permanentes, menant à de multiples incapacités, pouvant entraîner des handicaps et de nombreuses souffrances pour la personne.....p 24

A / 1 . L'être humain en bonne santé aspire à une certaine qualité de vie.....p24

A / 1 . 1 L'être humain cherche à être heureux.....p24

A / 1 . 2 L'être humain, comme toute entité biologique, fonctionne sur une base de besoins et d'échange, entraînés par le mouvement constant créé par la recherche d'équilibre.....p24

A / 1 . 3 L'être humain qui entre dans la «norme» répond favorablement aux critères tels que ; la bonne santé et la qualité de vie qui regroupent notamment les notions d'estime de soi, d'indépendance et d'autonomie.....p25

A / 2 . Différentes causes physiques de troubles neurologiques peuvent amoindrir les capacités physiques, psychiques.....p25

A / 2 . 1. Environ 150000 AVC et AIT surviennent chaque années en France avec des répercussions souvent lourdes sur l'état de santé de la personne.....p26

A / 2 . 2. Les tumeurs cérébrales selon leur agressivité, peuvent causer des lésions et des troubles transitoires ou permanents.....p27

A / 3 . Ces troubles neurologiques vont avoir des conséquences physiques, psychiques et/ou sociales pour la personne.....p28

A / 3 . 1 . Les troubles neurologiques peuvent provoquer des déficiences moteurs, des troubles du langage, des troubles sensitifs et/ou fonctionnels.....p28

A / 3 . 2 . Les troubles neurologiques peuvent entraîner des troubles cognitifs et/ou du comportement.....p29

B/ En période de rééducation, la personne ayant une atteinte neurologique

peut subir une cascade de pénalités dégradant sa qualité de vie et entraînant de multiples souffrances.....	p29
B / 1 . La rééducation est une période transitoire entre une rupture dans la qualité de vie habituelle d'une personne jusqu'à l'adaptation à sa nouvelle condition.....	p29
B / 1 . 1 . <i>L'annonce des diagnostics et des pronostiques restent souvent fluctuant selon les capacités de récupération de la personne et la mise en évidence durant la rééducation des troubles acquis ou non.</i>	p30
B / 1 . 2 . <i>La personne, partagée dans la poursuite des soins et l'adaptation à sa nouvelle situation, a du mal à construire son avenir et à se projeter sur des bases physiques et psychiques encore incertaines.....</i>	p31
B / 2 . Une maladie ou un accident peut entraîner une blessure de vie, un handicap et des choix de vie qui bouleverse la qualité de vie.....	p32
B / 2 . 1 . <i>La perte d'indépendance et/ou d'autonomie peut entamer l'estime de soi.....</i>	p32
B / 2 . 1 . 1 . <i>Devant l'importance de la douleur physique et psychique, le plaisir ressenti à être, que définit l'amour de soi, est affecté.....</i>	p32
B / 2 . 1 . 2 . <i>Le nouveau niveau d'indépendance auquel la personne doit faire face peut amener un sentiment d'infantilisation, une baisse de la confiance en soi et donc de sa capacité à se projeter dans l'avenir.....</i>	p32
B / 2 . 1 . 3 . <i>La personne doit se redécouvrir et accepter ses nouvelles capacités pour pouvoir affirmer à nouveau qui elle est et ne pas perdre la de notion de sujet.....</i>	p33
B / 2 . 2 . <i>La situation de handicap et /ou le passage en institution peut favoriser la perte du lien social.....</i>	p33
B / 2 . 2 . 1 . <i>La perte du travail et/ou du statut social peut entraîner des souffrances multiples</i>	p33
B / 2 . 2 . 2 . <i>Face à l'incompréhension, à la honte, à la peur du rejet et d'être à la charge des autres ; l'isolement est parfois une conséquence et/ou un choix de vie.....</i>	p34
B / 2 . 2 . 3 . <i>Le déracinement de la personne dû au placement en institution et aux soins peut être vécu comme une rupture, et engage souvent des questions financières dans une phase où la personne est des plus vulnérable.....</i>	p34
B / 2 . 2 . 4 . <i>L'accumulation de ces pénalités peut mener à des formes de précarité et de fragilité.....</i>	p35

II / L' Art touche les fondements humains et participe à son épanouissement.....p36

A/ L' Art bien qu'apparaissant inutile semble nécessaire à l'homme.....	p36
A / 1 . L' Art est une expression volontaire humaine orienté vers l'esthétique.....	p36
A / 1 . 1 . <i>Depuis la naissance des premiers hommes, l' Art et l'artisanat retracent l'Histoire : leurs environnements, leurs modes de vie, leurs préoccupations, leurs croyances, leurs rêves et leurs styles.....</i>	p36
A / 1 . 2 . <i>Si tout Art est expression, toute expression n'est pas Art.....</i>	p37
A / 2 . L' Art a un impact physique, psychique et social, sollicitant l'impression, l'expression, la communication et la relation.....	p37
A / 2 . 1 . <i>Le rayonnement d'une œuvre et plus largement, «le beau» dans l'Art et la nature, provoquent des expériences de gratifications sensorielles et de représentations(représentés) propres à chacun.....</i>	p37
A / 2 . 2 . <i>L'impression et l'expression sont la base de la communication permettant d'entrer en relation les uns avec les autres.</i>	p38
A / 3 . L' Art peut intervenir dans les besoins physiologiques, de sécurité, d'estime, d'appartenance et de réalisation de l'être humain, exposés par Abraham Maslow ou	

dans l'interdépendance des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Handerson.....	p39
B/ Les Arts plastiques et la musique ont des spécificités qui se dégagent des autres formes d'arts.....	p40
B / 1 . Des dominantes qui stimulent tout les sens, en multipliant les formes et les matières.....	p40
B / 2 . Des dominantes qui touchent le ressenti, le représenté, la saveur et le savoir.....	p40
<i>B / 2 . 1 . Des dominantes qui valorisent les émotions et les sentiments, sollicitent les expériences et la mémoire de la personne.....</i>	<i>p40</i>
<i>B / 2 . 2 . Les arts plastiques valorisent non seulement la réflexion, la logique et la mémoire procédurale mais développent l'imaginaire et l'imagination.....</i>	<i>p41</i>
<i>B / 2 . 3 . La musique a le pouvoir d'unifier émotion, cognition et action dans une même expérience</i>	<i>p41</i>
B / 3 . Les arts plastiques et la musique demandent un engagement corporel et l'apprentissage de techniques.....	p42
<i>B / 3 . 1 . Le pouvoir d'entraînement de l'Art provoque une intention, une structuration, et une poussée corporelle vers l'action.....</i>	<i>42</i>
<i>B / 3 . 2 . Une expression volontaire orientée vers l'esthétique fait appel à des techniques et à des apprentissages de formes engageant le corps, pour répondre à un fond, une intention.....</i>	<i>p42</i>
B / 4 . Les arts plastiques qui ont la particularité d'être diachroniques sont complémentaires avec la musique, qui elle, est synchronique.....	p43

III / Les personnes atteintes de troubles neurologiques prises en charge en rééducation peuvent trouver dans l'art-thérapie des moyens d'améliorer leur qualité de vie.....p44

A/ L'art -thérapie à une place au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soin en clinique de rééducation.....	p44
A / 1 . L'art- thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.	p44
A / 2 . L'Art-thérapie exploite les parties saines de la personne dans un protocole de soin.....	p44
B/ L'art-Thérapie a des méthodes et des outils propres à sa discipline.....	p44
B / 1 . L'observation du phénomène artistique et la connaissance de l'opération artistique va permettre d'identifier les objectifs thérapeutiques et proposer des stratégies.	p44
B / 2 . L'observation et l'évaluation vont permettre, de la manière la plus objective possible, de contrôler et quantifier les évolutions, réguler et adapter les interventions.....	p47
C/ L'art-thérapie fait le lien entre l'idéal esthétique et la qualité de vie, qui tentent tous les deux d'allier fond et forme.....	p47
C / 1 . L'être humain veut vivre sous une certaine qualité de vie dont l'amour de soi est un des fondements, l'art-thérapie peut apporter des moyens pour l'améliorer.....	p47
<i>C / 1 . 1 . Face à la douleur et la souffrance physique et psychique de l'être humain, le plaisir ressenti à être, peut s'amoindrir.....</i>	<i>p48</i>
<i>C / 1 . 2 . En exploitant les potentiels de la personne dans l'activité artistique, l'art-thérapie peut raviver l'amour de soi par des gratifications sensorielles positives.....</i>	<i>p48</i>
C / 2 . L'être humain est toujours dans un devenir, l'art-thérapie peut améliorer la confiance en soi et en les autres pour pouvoir se projeter dans l'avenir.....	p48
<i>C / 2 . 1 . Ne plus avoir confiance en soi, en ses capacités, en les autres et en l'avenir ne permet plus de donner du sens à la vie, la personne ne fait plus qu'exister.....</i>	<i>p48</i>
<i>C / 2 . 2 . L'art-thérapie s'appuie sur des boucles de renforcements pour que la</i>	

<i>personne acquière des expériences gratifiantes, qui l'aide à se projeter et se sentir capable.</i>	<i>p49</i>
<i>C / 3 . L'individu se distingue du groupe par son identité et c'est par elle que les autres le reconnaissent.....</i>	<i>p49</i>
<i>C / 3 . 1 . L'être humain, pour se réaliser à besoin d'être «sujet» dans sa vie, en perdant une part de son identité physique, psychique et/ou social elle peut perdre cette notion du «je»</i>	<i>p49</i>
<i>C / 3 . 2 . L'art-thérapie par la multiplicité de ses moyens et ses méthodes, met en avant les goûts de la personne, son style, ses envies, son esprit critique et lui permet de s'affirmer.....</i>	<i>p50</i>

IV/ L'art-thérapie peut améliorer l'estime de soi et favoriser l'expression, la communication et la relation auprès de personnes ayant des troubles neurologiques, afin de préserver une certaine qualité de vie pendant mais aussi après la période de rééducation.....p50

A/ Des études antérieures ont montré que l'Art pouvait avoir des effets positifs dans la récupération cognitive et l'humeur de patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux.....	p50
B/ Des expérience relatent les bénéfices et les limites d'accompagnement en art-thérapie auprès de public ayant des troubles neurologiques.....	p51
C/ Accompagner ne signifie pas réparer mais aider la personne à «se reconstruire, se créer» à devenir acteur-créateur de sa vie et appréhender ses différences pour qu'elles ne soient pas que handicap.....	p52

Partie 2 : Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique est mis en place auprès de patients atteints de troubles neurologiques accueillis à la clinique de rééducation, soins de suites et gériatrie Iris de Saint Priest.

I/ La clinique de rééducation, soin de suite et gériatrie Iris de Saint Priest spécialisée dans la rééducation et la réadaptation de troubles fonctionnels, orthopédiques ou neurologiques accueille un atelier d'art-thérapie.....p54

A/ La clinique offre un cadre spécifique à la rééducation, la réadaptation et la réinsertion.....	p54
<i>A / 1 . La prise en charge se fait au regard des réseaux en amont et en aval de la phase de rééducation.....</i>	<i>p54</i>
<i>A / 2 . Le service d'hospitalisation a pour objectif un retour progressif de l'autonomie.....</i>	<i>p54</i>
<i>A / 3 . L'hospitalisation de jour permet un retour progressif au domicile ou l'orientation vers un établissement adapté.....</i>	<i>p55</i>
<i>A / 4 . La prise en charge des patients par l'équipe pluridisciplinaire est globale.....</i>	<i>p55</i>
<i>A / 5 . Un projet thérapeutique individuel est déterminé afin de répondre au mieux aux objectifs de chaque patient.....</i>	<i>p56</i>
B/ Un atelier d'art-thérapie est temporairement mis en place auprès de patients ayant des troubles neurologiques.....	p57

B / 1 . Le cadre médical et thérapeutique définit la place et la mise en place des prises en charge art-thérapeutiques.....	p57
B / 2 . Le protocole de prise en charge est défini et adapté à chaque patient et au projet de soins de l'équipe pluridisciplinaire, au regard des indications et des objectifs thérapeutiques majeurs.....	p59

II/ L'étude clinique de trois patients présentant des troubles neurologiques, accueillis à la clinique de rééducation soin de suite et gériatrie Iris de Saint Priest, permet de mesurer l'impact de l'atelier d'art-thérapie sur l'estime de soi et la qualité de vie ainsi que la complexité de ces prises en charge.....

A/ Le cas d'Amir permet d'illustrer la prise en charge en art-thérapie d'un patient dont la rééducation et l'état de santé s'améliore, mais illustre aussi les difficultés de mettre en place un protocole dans un délai bref.....

A / 1 . L'indication de prise en soin et la rencontre avec Amir au sein du plateau technique de rééducation m'amène à consulter son dossier médical.....

A / 2 . Durant deux séances d'ouverture, les capacités , les souffrances, les désirs et les inquiétudes d'Amir vont constituer un état de base permettant d'élaborer une stratégie thérapeutique revalorisant l'estime de soi dans ses trois composantes et favorisant la communication.....

A / 3 . Un cycle de six séances est décrit ainsi que le bilan qui en découle montrant une revalorisation de l'estime de soi et notamment de la confiance permettant à Amir de se projeter vers l'avenir avec moins d'anxiété.....

A / 4 . Le cube harmonique aura un rôle dans l'affirmation et l'autocritique d' Amir face à sa production.....

B/ L'analyse du cas de Léa permet d'illustrer une prise en charge où la rééducation, la réadaptation et l'état de santé du patient s'améliorent, mais dans la perspective d'une rechute inévitable.....

B / 1 . La rencontre avec la patiente, les indications de l'équipe soignante et le dossier médical valident un protocole de prise en charge en art-thérapie. Léa montre un syndrome dépressif et anxieux ainsi qu'une perte de la notion de sujet ; après la sixième ablation d'un méningiome et l'acquisition des troubles neurologiques et moteurs qui font suite.....

B / 2 . Les capacités, les difficultés, les intentions et les objectifs de Léa vont dans un premier temps déterminer un état de base au cours d'une séance d'ouverture, il met en avant l'importance pour Léa de redevenir «sujet» dans sa vie.....

B / 3 . Un premier cycle de sept séances est décrit ainsi qu'un premier bilan montrant une évolution dans le plaisir à être et l'affirmation de soi, la confiance restant un point à améliorer notamment par la communication de Léa et sa reconnaissance par son entourage.....

B / 4 . Un nouvel état de base est redéfini le 05/ 09 mettant en lumière une amélioration générale de l'état de santé de Léa et de son autonomie.....

B / 5 . Un deuxième cycle de huit séances est décrit ainsi que le bilan final témoignant d'un renforcement de la confiance en soi, de l'autonomie et de l'indépendance de Léa.....

B / 6 . L'outil du cube harmonique a eu pour objectif l'affirmation et la reconnaissance des productions de Léa par elle-même.....

C/ L'analyse du cas de Camille illustre une prise en charge en Atelier d'art-thérapie d'une personne se retrouvant au bout des possibilités médicales, et dont le pronostic vital est défavorable.....

C / 1 . Une première rencontre brève a lieu avec Camille à sa demande en hôpital

de jour, m'amenant à consulter son dossier médical et l'équipe pluridisciplinaire. La patiente est face à une perte d'estime de soi, notamment de confiance et à une difficulté à s'exprimer.	p71
C / 2 . Un état de base est défini au cours de deux séances d'ouverture permettant d'élaborer une stratégie thérapeutique provisoire orientée vers la revalorisation de la confiance en soi.....	p72
C / 3 . Un premier cycle d'art-thérapie est interrompu par le départ de Camille.....	p72
C / 4 . L'état de santé général de Camille se dégrade, elle entre à la clinique en internat et un nouvel état de base est établi montrant une nouvelle baisse de la confiance en soi mais aussi de l'amour de soi en lien direct avec l'évolution de son état physique.....	p74
C / 5 . Un second cycle de cinq séances est interrompu par mon départ, un bilan est fait en cours de prise en charge mettant en évidence un regain d'amour de soi et d'expression chez Camille.....	p75
C / 6 . Un nouvel état de base permet d'ajuster la stratégie thérapeutique à l'évolution de l'état de santé de Camille et aux intentions sanitaires et esthétiques pouvant lui permettre ainsi d'assimiler ses nouvelles capacités et d'appréhender un nouveau rapport fond/forme.....	p76
C / 7 . Un cycle de quatre séances en art-thérapie est décrit montrant une assimilation progressive de son nouveau niveau d'indépendance en conservant un plaisir à être et une affirmation de soi convenable.....	p77
C / 8 . Au vu de l'avancée rapide des symptômes, l'ordre de priorité des objectifs change, se tournant d'avantage vers l'amour de soi et l'affirmation de soi pour ne pas perdre la notion de «sujet» et avancer vers une certaine autonomie et indépendance.....	p78
C / 9 . Un dernier cycle de deux séances d'art-thérapie est décrit, et un bilan clôture la prise en charge, il met en évidence une amélioration de l'expression et de la communication de Camille et de son estime de soi en général malgré une confiance en soi et en l'avenir amoindrie.....	p79
C/10 . L'outil du cube harmonique n'était pas approprié dans le cas de Camille, car trop d'outils d'évaluations la renvoient déjà à la diminution de ses capacités et à sa difficulté à accepter son état.....	p81

Partie 3 : L'art-thérapie peut améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de troubles neurologiques accueillies en service de rééducation, soins de suites et réadaptation ; elle y trouve une place spécifique et complémentaire dans la prise en charge globale des patients.

I/ L'analyse de ces études de cas et des expériences cliniques antérieures appuie l'hypothèse selon laquelle l'Art-thérapie peut revaloriser l'estime de soi, favoriser l'autonomie et l'indépendance et améliorer la qualité de vie de patients atteints de troubles neurologiques en phase de rééducation et réadaptation.....

A/ L'art-thérapie en améliorant l'estime de soi, favorise l'autonomie et l'indépendance, qui sont les finalités principales de la réadaptation physique, psychique et sociale de la personne en vue d'une meilleure qualité de vie.....

A / 1 . Les bilans de ces études de cas appuient notre hypothèse.....

A / 2 . L'estime de soi a une place centrale vers le retour à une autonomie et/ou une indépendance en phase de rééducation et réadaptation, l'art-thérapie est un moyen de la

revaloriser.....	p86
B/ On observe cependant à travers ces bilans : des points sur lesquels apporter des améliorations et des points à exploiter d'avantage.....	p87
B / 1 . La prise en charge groupale est parfois difficile de par le cadre de la structure, l'observation plus complexe et la situation de chaque patient ; elle peut s'avérer pourtant judicieuse.....	p87
B / 2 . La musique, par la contemplation, amène rapidement un ressenti et une poussée corporelle, la technique cependant est souvent un frein à l'action.....	p88
C/ La diversité des moyens a une grande importance pour pouvoir s'adapter au maximum aux multiples pathologies et symptômes et à leurs évolutions en service de rééducation.....	p88
C / 1 . Des exemples d'autres prises en charges montrent l'importance de l'adaptation des médiums aux goûts et capacités de chaque personne.....	p88
C / 2 . La diversité des moyens permet de s'adapter aux situations physiques, psychiques, sociales et au cadre.....	p89
D/ Si l'art-thérapie est fondée sur l'adaptation spécifique à la singularité du patient, les conduites cliniques ne sont pas reproductibles en totalité perturbant les évaluations scientifiques.....	p90

II/ Des recherches en neuroscience et spécifiquement en neuro-psychologie amènent un point de vue nouveau sur l'impact de l'art sur l'être humain et sa qualité de vie.....p91

A / Si l'Art en lui même ne guérit pas , la pratique artistique accompagnée par un thérapeute professionnel peut soigner et apaiser.	p91
A / 1 . Le soin passe par l'échange, dans un langage commun et l'Art est un langage de mise en forme de vibrations colorées, sonores et gestuelles, permettant d'entrer dans le mouvement, de changer.	p91
A / 2 . L'art-thérapie peut donner envie de se soigner.....	p92
B/ La créativité met en mouvement car le «faire» extirpe de la léthargie.....	p93
C/ L'utilisation de pratiques artistiques peuvent contribuer au maintien ou au renforcement de l'identité personnelle chez certains patients.	p94
C / 1 . La thématique de l'identité personnelle en neuropsychologie est un exemple d'orientation de cette discipline vers la prise en charge globale des patients.....	p94
C / 2 . La créativité est favorable au bien être et à la saveur existentielle, en valorisant l'imagination, la confiance, l'affirmation du style, la fierté.....	p96
D/ L'art-thérapie peut avoir un impact sur la rééducation de certains mécanismes neurologiques ciblés.	p97
D / 1 . Le traitement de la perception métrique et de l'attention temporelle de la musique est partiellement le même que celui du langage, ils peuvent donc avoir un impact l'un sur l'autre.....	p97
D / 2 . La musique peut stimuler l'apprentissage et la mémoire.....	p98

III/ Face à l'évolution permanente de l'état de base de la personne en phase de rééducation et réadaptation, l'écoute est une notion primordiale.....p99

A/ Les pénalités et handicaps vécus par la personne atteinte de troubles neurologiques et son entourage peuvent mener à différentes formes de précarités et de souffrances auprès des quelles l'art-thérapie peut intervenir.....	p99
A / 1 . Suite à une cascade de pénalités le patient et son entourage peut faire face à la trajectoire de l'exclusion sociale telle que l'évoque Jean Furtos.....	p99

A / 2 .	Quand parfois la peur de mourir est trop importante la personne arrête de vivre.....	p100
A / 3 .	L'atelier d'art-thérapie, en mobilisant les compétences des personnes, peut revaloriser l'estime de soi afin de retrouver du sens à la vie.....	p101
B /	L'art-thérapie n'est pas seulement un accompagnement mais aussi une prise en charge.	p102
B / 1 .	Accompagner quelqu'un c'est le rejoindre pour aller où il va en même temps que lui sans l'influencer.	p102
B / 2 .	Accompagner ne signifie pas réparer mais prendre soin de la personne pour l'aider à se reconstruire, et selon Jean Furtos, se compose de l'écoute et du coaching.....	p103
C /	Il faut tout d'abord avoir une réelle écoute de la personne, de ses difficultés et de ses souffrances pour pouvoir l'aider.....	p104
C / 1 .	Etre à l'écoute c'est mieux comprendre les ressentis, les souffrances et les attentes de la personne.....	p104
C / 2 .	Etre à l'écoute c'est savoir que «l'autre c'est moi», c'est faire preuve d'empathie.....	p105
C / 3 .	Etre à l'écoute est un engagement, un risque, et une responsabilité ; c'est prendre en soi le bon et le mauvais en gardant cette distance qui n'est utile que pour être proche.....	p105
Conclusion.....		p107
Liste des tableaux et graphiques.....		p109
Bibliographie.....		p110
Annexes.....		p113
Résumé.....		p121

Glossaire

- **AIC** : Accident ischémique constitué ou infarctus cérébral.
- **AIT** : Accident Ischémique transitoire : Manifestations neurologiques déficitaires régressant très rapidement en rapport avec une occlusion artérielle de très brève durée. La souffrance ischémique est trop courte pour entraîner un infarctus. De manière conventionnelle, l'ensemble doit durer moins de 24 heures et l'imagerie cérébrale doit être normale.
- **AVC** : Accident vasculaire cérébral : Terme regroupant les pathologies ischémiques et hémorragiques cérébrales.
- **Affirmation de soi** : Désigne la capacité à affirmer son goût.
- **Amour de soi** : Aptitude à s'aimer, indépendamment de nos performances et réussites, de façon inconditionnelle. Désigne la capacité à avoir du plaisir à être dans nos ressentis.
- **Agnosie** : Incapacité du patient de dénommer un objet, un son ou une couleur alors que le canal sensoriel emprunté est sain, que l'épreuve est bien comprise et que l'expression orale est possible (absence d'aphasie).
- **Anamnèse** : du grec «mnêsis» retour à la mémoire du passé vécu, plus couramment utilisé pour désigner l'histoire de vie du patient au vu de sa pénalité ou de sa maladie.
- **Art** : Activité d'expression volontaire humaine orientée vers l'esthétique (l'art : serait relatif à la technique, au savoir-faire / l'Art : relatif à l'esthétique).
- **Art I** : Phase de l'activité artistique dont l'objectif est la sensation et la qualité sensorielle, impliquant les mécanismes archaïques.
- **Art II** : Phase de l'activité artistique dont l'objectif est la qualité esthétique, la mise en avant de la technique, impliquant le passage de l'art I à l'Art II grâce à une intention.
- **Art-thérapie** : Exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.
- **Arts plastiques** : désignent traditionnellement les Arts qui concernent le modelage, qui peuvent être façonnés : sculpture, peinture, gravure, dessin etc.
- **Autonomie** : du grec « la loi que l'on se donne à soi-même », désigne la capacité et/ou le droit qu'un individu a de choisir librement sa conduite.
- **Beau** : est l'un des fondements humains de l'esthétique se rapportant au plaisir ressenti au contact de l'Art et la nature.
- **Besoin** : exigence d'une chose nécessaire (une sensation interne qui correspond à un défaut un manque).
- **Bien** : est l'un des fondements humains de l'esthétique se rapportant à l'appréciation de la qualité de l'élaboration de l'œuvre d'art.
- **Bon** : est l'un des fondements humains de l'esthétique se rapportant à l'implication et à la qualité existentielle de l'être humain.
- **Cible thérapeutique** : Désigne l'élément précis sur lequel va porter l'action thérapeutique.
- **Communication** : Une expression dirigée vers autrui. L'émetteur émet un message et un code, que le récepteur connaît, permettant l'échange d'informations.
- **Confiance en soi** : Désigne le sentiment de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi et faire face aux aléas de la vie. Désigne la capacité à agir et à se projeter dans l'avenir. La confiance en soi est associée au Bien.
- **Cube harmonique** : Outil d'auto-évaluation spécifique à l'art-thérapie, à considérer comme un principe de mise à jour d'une corrélation entre les paramètres caractéristiques de l'activité artistique.

- **Déficienc**e : Désigne une atteinte physique ou psychique de l'organisme, pouvant être provisoire ou définitive.
- **Démence** : Ensemble de signes et de symptômes comportant une altération constante de la mémoire, associé à au moins l'un des troubles suivants :
 - syndrome aphaso-apraxo-agnosique.
 - trouble du jugement perturbant l'estimation des situations de la vie courante.
 - trouble de la personnalité et de l'équilibre psychique.
 Ce syndrome de démence doit retentir sur la vie quotidienne et les relations sociales du patient. Il doit survenir en l'absence de troubles mentaux (psychiatriques) qui pourraient à eux seuls l'expliquer.
- **Deuil** : Etat d'une personne qui a perdu un être ou une chose qui lui est cher, s'accompagnant de détresse et de douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive.
- **Déficienc**e : Anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique mais est souvent symptomatique donc peut être équivalent à une maladie.
- **Désavantage** : Selon l'OMS, « Le désavantage est la conséquence des déficiences et incapacités. Il regroupe l'ensemble des difficultés vécues par la personne handicapée dans la vie quotidienne et dans son environnement social : manque d'autonomie dans les gestes quotidiens, difficulté de se mouvoir, de s'orienter, de participer ou de maintenir des relations sociales habituelles.»
- **Émotion** : Du latin émove, emotum "enlever, secouer" et de movere "se mouvoir", l'émotion est étymologiquement un mouvement "hors". C'est la première manifestation objective, physiologique de l'expression d'un état affectif. Les 6 émotions de base sont : la joie, la tristesse, le dégoût, la peur, la surprise et la colère.
- **Empathie** : D'un point de vue psychologique, l'empathie désigne la capacité à ressentir les émotions d'autrui sans en être affecté. D'un point de vue philosophique, du grec pathos, "maladie" et em, "dans", l'empathie est étymologiquement un état d'être «dans la maladie» .
- **Esthésie** : Désigne l'aptitude à percevoir des sensations, dans le champ des émotions.
- **Esthétique** : Désigne la science du beau (Baumgarten).
- **Estime de soi** : Désigne la valeur et la considération que la personne s'accorde. Elle requiert l'équilibre en hausse de ses trois composantes : l'amour de soi (capacité à ressentir du plaisir à être), la confiance en soi (capacité à se projeter dans l'avenir par l'action) et l'affirmation de soi (capacité à affirmer ses goûts, ses choix), respectivement associées au bon, au bien et au beau.
- **Etat de base** : Ensemble des informations qui caractérisent l'état du patient en début de prise en soin : anamnèse, pénalités, souffrances, capacités et difficultés, qui permettront l'élaboration d'une stratégie thérapeutique adaptée.
- **Évaluation** : Désigne l'impact de la prise en soin sur la qualité de vie du patient au regard des objectifs posés.
- **Expression** : Désigne la manifestation extériorisée d'un état et/ou de sensation (mouvement de l'intérieur vers l'extérieur).
- **Goût** : Désigne la faculté humaine à se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent.
- **Gratification sensorielle** : Plaisir apporté par une sensation agréable.
- **Handicap** : Selon l'OMS est la désadaptation de l'individu par rapport à son milieu. Il est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et/ou intellectuel de la personne et les normes habituelles de la qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité.
- **Hémiplégie** : Déficit moteur complet (ou incomplet) touchant un hémicorps (gauche ou droite). Elle peut être soit spasmodique (les muscles raides), soit flasque.
- **Heuristique** : Du grec heuriskein, "trouver". Qui tend à trouver ; inventivité. Opposé à mimétisme.
- **Hyperesthésie/Hypoesthésie** : l'hyperesthésie est une exagération de la sensation tactile. L'hypoesthésie est une diminution de cette sensibilité. Elle peut être dissociée, c'est à dire ne concerner qu'une modalité sensitive : thermo-algique et/ou épicritique.
- **Incapacité** : Selon l'OMS l'incapacité représente la conséquence de la déficienc

pression en terme de fonction ou de performance.

- **Identité** : Du latin idem, “le même“. Désigne le caractère immuable (biologique) et fondamental de l’être humain dans l’épanouissement de son individualité. De chaque être humain, elle fait conjointement une personne identique aux autres (de par sa physiologie), et une personne différente des autres (par ces caractéristiques physiques, mentales et comportementales), qui lui donne une place originale dans la communauté des hommes.
- **Imagination** : Faculté que possède l’être humain à créer des images sensorielles mentales à partir de ses connaissances de la réalité, captées par ses sens et enregistrées dans l’imaginaire .
- **Impression** : Désigne la manifestation intériorisée d’état d’âme et/ou de sensation (mouvement de l’extérieur vers l’intérieur). Implique les capacités sensorielles de l’être humain.
- **Indépendance** : Désigne le fait de ne pas avoir besoin d’aide humaine ou matérielle pour subvenir à ses besoins.
- **Maladie** : Altération de l’état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels dus à des causes internes ou externes et surtout comportant une évolution. La maladie peut être chronique ou aiguë. Synonyme ; affection : modification pathologique de l’organisme.
- **Méningiome** : Tumeur, la plupart du temps bénigne, dérivée des cellules méningées.
- **Motricité** : Ensemble des fonctions nerveuses et musculaires permettant les mouvements volontaires ou automatiques du corps.
- **Opération artistique** : Détermine une organisation d’éléments mis en interface entre les mécanismes humains (internes et externes) et l’activité artistique.
- **Paraplégie** : Paralysie des deux membres inférieurs.
- **Pénalités existentielles** : Désigne la maladie, le handicap, la blessure de vie et/ou le choix de vie lorsque celles-ci affectent la qualité de vie.
- **Perception** : Du latin perceptio, “recueillir“. Action, fait de percevoir par les sens. Processus de recueil et de traitement de l’information sensorielle.
- **Personnalité** : Désigne le caractère muable (psychologique et social) et fondamental de l’être humain dans l’épanouissement de son individualité.
- **Phénomène artistique** : Détermine la partie observable de l’opération artistique : l’intention, l’action et la production.
- **Pyramidal (syndrome)** : Tableau neurologique dû à l’atteinte du faisceau pyramidal(ou premier neurone moteur), dans les hémisphères cérébraux, le tronc cérébral ou la moelle. Il constitue une atteinte centrale (réflexes vifs, signe de Babinski, hypertonie pyramidale ou spastique).
- **Qualité de vie** : Selon l’OMS, elle désigne « la perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s’agit d’un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».
- **Qualité existentielle** : Désigne pour l’être humain, le fait d’être accordé à sa nature humaine afin d’assumer sa nature en tant que sujet.
- **Réadaptation** : Ensemble d’action et de techniques médicales, sociales et éducatives pouvant permettre à un malade de retrouver, après rémission ou stabilisation de ses troubles, une meilleure intégration à son milieu.
- **Rééducation** : Ensemble des moyens mis en œuvre pour rétablir chez un individu l’usage d’un membre ou d’une fonction.
- **Ressenti** : Manifestation spirituelle du traitement archaïque corporel, du fait de la captation extérieure par les organes des sens.
- **Santé «Bonne»** : Selon l’OMS, est un “état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité.
- **Saveur** : Désigne les sensations liées au savoir.
- **Saveur existentielle** : Désigne le plaisir ressenti à exister, dépassant les nécessités des fonc-

tions mécaniques primaires.

- **Savoir** : Détermine le programme (génétique) et la stratégie naturelle de développement de l'être humain, ce que le corps biologique sait naturellement pour vivre, entretenir la vie et son expansion.
- **Sensation** : Désigne la perception par la conscience d'informations provenant d'un des organes des sens.
- **Somesthésie** : capacité du corps à percevoir les sensations. (Allant d'un extrême, hypoes-thésie, à l'autre, hyperesthésie)
- **Stratégie thérapeutique** : Ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre afin de répondre à l'objectif thérapeutique.
- **Style** : Désigne l'expression de la personnalité de l'auteur, par et dans l'œuvre artistique.
- **Tétraplégie** : Paralysie s'étendant simultanément aux quatre membres. On parlera de tétraparésie si la paralysie est partielle.
- **Thérapie** : mise en œuvre, méthode ou protocole qui engage à la fois le soignant et le patient, qu'il soit en difficulté physique et/ou psychique dans un objectif de soin.
- **Traitement archaïque** : Désigne le mécanisme physiologique brut basé sur les capteurs sensoriels. Concerne la réaction du corps physique avant que l'activité mentale n'intervienne.

Abréviations :

- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes.
- HDJ : Hôpital de jour.
- OG : Objectif général
- OI : Objectif intermédiaire
- P.A.S : Programme d'accompagnement de soin

Ressources :

ANDRE C. & LELORD A., L'estime de soi, Odile Jacob, 2002

FORESTIER R., Tout savoir sur l'art-thérapie, Favre, 7ème édition, 2012.

Larousse médical, 2006

VERNY Marc, MERCIER Bertrand, SANSON Marc, DOBIGNY-ROMAN Nathalie, sous la direction de PERLEMUTER Léon, QUEVAUVILLIERS Jaques, PERLEMUTER Gabriel, AMAR Béatrice, AUBERT Lucien et PITARD Laurence, *NOUVEAUX CAHIER DE L'INFIRMIERE 18 Neurologie soin infirmiers*, ed. Masson, Paris, 1996-2000-2002-2005.

Introduction

L'Art et les sciences ont pour moi un lien étroit, ils sont inspirés par la curiosité pour la matière et son fonctionnement. Ils étudient et exploitent la structure, les mécanismes, ils demandent de l'observation, de l'ingéniosité, de l'imagination, invoquent des questions éthiques et philosophiques. Comme la géologie ou l'astronomie étudient notre environnement, les sciences biologiques dissèquent le vivant, notamment l'être humain par nécessité, dans un but utilitaire pour l'Homme et sa santé physique. L'être humain au centre, les sciences et le savoir ont toujours été nécessaires à la survie. Cependant l'Art que l'on constate être une activité humaine depuis plus de 30.000 ans avant J-C, reste bien mystérieuse. Qu'il soit contemplé ou produit, l'Art dans sa production et/ou son intention, est une expression qui s'adresse aux sens et à l'intellect. Il est un point culminant de notre développement entre émotion et raison. Si les sciences tentent de comprendre et d'exploiter la matière de la nature à des fins utiles ; l'Art l'étudie pour la plier et la façonner à son idée créative à des fins purement esthétiques. De nombreuses études en neuropsychologie se penchent actuellement sur l'impact et l'engagement neurologique de l'Art, par exemple sur la stimulation cognitive, la plasticité neuronale et l'engagement du corps. Les Arts et les sciences sont liés par l'imagination, la créativité et l'innovation. L'être humain a toujours cherché à trouver des réponses aux phénomènes qui lui échappaient. Les sciences ont finalement éclairci la plupart des faits qu'autrefois l'on attribuait au divin ; repoussant parfois l'aspect magique causé par l'ignorance. Le fait de comprendre les phénomènes complexes qui nous entourent les rendent-ils pour autant moins étonnants et remarquables ? Connaître en optique la diffraction de la lumière rend-il l'arc-en-ciel moins beau ? Ou cela nous rend-il plus sensible encore à toutes les conditions nécessaires et réunies, toutes ces causes / conséquences et les mécanismes en œuvre pour arriver à ce phénomène ? Un musicien est-il plus apte à reconnaître le sublime et le génie d'une œuvre que le non-connaisseur ? L'artiste lorsqu'il produit, donne à voir un objet nouveau qui est capté par les sens, il peut provoquer une émotion, produire des sentiments, faire appel à la mémoire, à l'imagination, induire une intention, une poussée corporelle et une action. Autant de mécanismes dont on a plus ou moins conscience et sur lesquels la science se penche aujourd'hui, car si le «beau» est un fondement humain esthétique basé sur le plaisir ressenti au contact de l'Art et la nature, on sait désormais que ces gratifications sensorielles positives, d'un point de vue neurologique, activent de nombreuses aires cérébrales et notamment les centres de récompenses.

Pouvoir s'émerveiller du mouvement des blés sous les bourrasques du vent, ou des rides de malice de votre voisine, qui retrace sur son visage des milliers de sourires ; le «beau» est là où on le voit, faut-il encore être dans la capacité de pouvoir le ressentir. Les yeux d'un enfant, à qui tout besoin est assuré, sont écarquillés en permanence ; étonnés de tout et avides de s'imprégner toujours plus. Bien entendu, en grandissant il semble que les réalités matérielles du quotidien nous rattrapent et nous nous contentons parfois de parfaire nos devoirs, de subvenir à nos besoins et de faire face à nos responsabilités. De plus, en présence de handicaps, de pénalités de vie... ou lorsque le besoin ou la survie est en jeu, il y a rarement de la place pour l'émerveillement ou l'expression de la personnalité. Il faut parfois se rappeler que nous ne sommes pas des objets, ou que nous ne sommes pas seulement une entité biologique ou juste une identité. Après sa naissance l'être humain cherche à s'épanouir au regard de sa nature humaine, il va essayer de donner *un* sens à sa vie. Néanmoins c'est en accordant l'identité de cet être à sa personnalité, à son existence, qu'il va donner *du* sens à sa vie. C'est donc un rapport essentiel que l'on observe entre vivre et exister, il est une base de la qualité de vie.

Ayant passé des années dans le milieu de l'Art, et donc des artistes, je me suis souvent demandée quel impact il avait sur nous. J'ai vu des personnes s'enfermer jours et nuits,

insatisfaites, afin d'atteindre leur idéal esthétique. Des émotions si fortes aux premières notes d'une musique qu'elles déclenchaient des sourires ou des sanglots. Des peintures si profondes et sincères que l'auteur a du mal à s'en détacher et à la donner à voir. Une salle entière vibrer ou rire en partageant un même instant, de mêmes sensations. Comme beaucoup, l'Art est pour moi essentiel, car il y a toujours des choses à exprimer qui dépassent les mots, parfois trop réducteurs ; mon point de vue n'est donc sûrement pas objectif. Tout ce que j'ai pu constater c'est qu'il serait imprudent de manipuler le pouvoir de l'Art sans de véritables qualifications et qu'en utilisant ce potentiel intelligemment et de manière appropriée on pouvait avoir un véritable impact sur l'être humain, sur son bien être et sa qualité de vie.

J'ai eu la chance de pouvoir animer des ateliers d'arts plastiques, théâtre et musique auprès de publics divers, parfois en difficultés physiques et/ou psychiques et de voir comment l'art pouvait faire évoluer de manière bénéfique l'estime de soi, ou encore l'expression, la communication ou la relation. Voir que cette passion pour l'Art, en la partageant de manière appropriée, pouvait un tant soit peu améliorer la qualité de vie d'une personne, m'a amené vers l'art-thérapie. Apprendre un métier complexe dont l'originalité est l'exploitation du potentiel de l'Art dans une visée thérapeutique et humanitaire. De toutes les formations que l'on dénombre aujourd'hui en France, celle de l'AFRATAPEM m'apparaissait la plus fidèle à mes convictions et expériences de par son approche scientifique et comportementale. Elle propose des concepts et des méthodes qui distinguent cette discipline de la psychothérapie à médiation artistique, de la psychomotricité, de l'ergothérapie, de l'animation ou de l'activité culturelle telle que l'on peut la rencontrer dans les institutions sanitaires ou sociales.

L'expérience acquise auprès de public jeune et notamment auprès d'enfants en difficultés sociales m'avait déjà énormément appris. J'avais surtout conscience de la difficulté à faire la part des choses pour ne pas me laisser submerger par l'empathie qui nous pousse d'ordinaire à nous impliquer de manière personnelle dans notre travail et entrer dans la sympathie. La peur de ne pas pouvoir tenir moralement face à la souffrance de l'autre était une réelle appréhension. L'intégration d'un milieu médical, d'une équipe pluridisciplinaire et plus largement d'un centre hospitalier me paraissait très enrichissant. La plupart des gens a déjà été confrontée aux services médicaux de par sa propre nécessité ou celle d'un proche. Nous ne faisons cependant qu'entrevoir les coulisses ; je voulais comprendre et connaître les rouages et protocoles de ce spectacle si bien orchestré qu'est un service de soins. Là où tout est mis en œuvre le plus efficacement possible pour la bonne santé de l'être humain. Y découvrir quelle place en tant que stagiaire art-thérapeute je pouvais prendre.

Plusieurs structures reconnaissent la nécessité d'un art-thérapeute au sein de leur équipe sans pour autant avoir de budget et/ou de place dans leurs projets thérapeutiques. J'entrais alors en contact avec Corinne Klein, l'animatrice culturelle de la clinique à but non lucratif Iris, qui se compose de trois sites, celui de Marcy L'étoile, de Lyon et de Saint Priest. Elle me proposait d'intervenir sur leur site de Saint Priest. En effet cette dernière structure, de rééducation, soins de suite et gériatrie bénéfice de peu de moyens mis en œuvres pour le bien-être psychique et social de ses patients. Le domaine de la rééducation m'étant plus ou moins familier je vois d'ores et déjà l'importance de la place que peut prendre l'art-thérapie dans ce milieu. Le public accueilli est dans une optique de rééducation, donc d'aller vers un mieux, ou du moins le mieux possible, suffisamment pour réintégrer leur vie sociale et/ou professionnelle, simplement retrouver leur domicile, ou se diriger vers une structure plus adaptée à leur nouvelle condition, souvent un EHPAD. Leur séjour au sein de l'établissement peut donc aller d'environ trois mois à plus d'un an suivant les pathologies, leurs évolutions, les progrès parcourus et à venir...

Il aurait été sûrement plus facile de vous décrire les démarches art-thérapeutiques réalisées auprès d'une seule pathologie ciblée, mais il me semble important de tenter de retranscrire ce qu'est réellement la phase de rééducation, avec toute sa complexité, ses étapes, ses acteurs, ses patients qui essaient de se reconstruire.

Dans ce mémoire nous parlerons tout d'abord de l'être humain et plus particulièrement de personnes présentant des troubles neurologiques. Nous tenterons de comprendre les souffrances que peuvent engendrer la maladie et/ou le handicap, les conséquences et les différentes pénalités qui en résultent, puis la difficulté de ces prises en charge en rééducation, réadaptation et réinsertion. Nous nous arrêterons un instant sur les spécificités de l'Art et notamment celles du domaine des arts plastiques et de la musique. S'en suivra une discussion sur l'art-thérapie qui, en tant que profession paramédicale spécifique, va pouvoir exploiter le potentiel de l'Art dans une visé thérapeutique et humanitaire. Cette discipline, en s'appuyant sur les potentiels et capacités de l'être humain va tenter d'améliorer la qualité de vie de la personne en souffrance, et notamment agir sur l'estime de soi, essentielle à son autonomie et son indépendance. Nous avancerons alors l'hypothèse selon laquelle l' art-thérapie peut améliorer l'estime de soi et favoriser l'expression, la communication et la relation auprès de personnes ayant des troubles neurologiques, afin de préserver une certaine qualité de vie pendant mais aussi après la période de rééducation.

La seconde partie de ce mémoire tente de retranscrire l'expérience de la mise en place d'un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique au sein d'une clinique de rééducation et réadaptation. Il sera brièvement décrit la rencontre et la prise en charge de trois patients présentant des troubles neurologiques, qu'ils soient dus à un accident ou des suites d'une maladie. Nous observerons la mise en place de protocoles, de stratégies et de cheminements thérapeutiques qui orientent le potentiel de l'Art vers la bonne santé du patient en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de soin.

La troisième partie de ce mémoire tentera d'exposer une analyse des bilans observés lors de ces études de cas. Nous pourrons alors mettre en évidence les axes de travail qui demandent à être améliorés dans cette démarche art-thérapeutique. En regroupant ces éléments nous tenterons, modestement, de répondre à notre hypothèse, engageant naturellement d'autres questionnements. Les avancées scientifiques tentent d'approfondir les expériences qui montrent l'impact de l'Art sur l'être humain et notamment sur sa qualité de vie, plaçant l'art-thérapie au centre de la prise en charge globale des patients. Nous discuterons ensuite de la posture de l'art-thérapeute face à l'évolution constante de l'état de santé de la personne en rééducation et réadaptation, afin de répondre au mieux à ses besoins. En démontrant les effets positifs que l'art-thérapie peut avoir sur l'estime de soi, sur l'expression, la communication, la relation et plus largement sur la qualité de vie des patients, nous souligneront la place importante qu'elle peut avoir au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soin, en centre de rééducation, réadaptation et réinsertion.

Partie 1 :

Dans un centre de rééducation fonctionnelle, auprès de personnes ayant des troubles neurologiques, l'art-thérapie peut revaloriser l'estime de soi nécessaire pour retrouver une certaine qualité de vie.

I/ La rééducation en service neurologique, après un accident ou des suites de l'évolution d'une maladie, est une phase transitoire où la personne balance entre espoir et deuil. Dans son combat pour retrouver ses capacités ou se réadapter ; la qualité de vie peut nettement se dégrader.

A/ En neurologie à chaque fois que le corps subit un traumatisme ou qu'un dysfonctionnement vient perturber son équilibre, les dommages occasionnés peuvent engendrer des déficiences, transitoires ou permanentes, menant à de multiples incapacités, pouvant entraîner des handicaps et de nombreuses souffrances pour la personne.

A/ 1 . L'être humain en bonne santé aspire à une certaine qualité de vie

A / 1 . 1 L'être humain cherche à être heureux.

Si l'on considère que chaque être vivant a pour fondement physique le développement et le maintien de la vie grâce à un «savoir» corporel, son comportement est orienté vers la satisfaction de ses besoins fondamentaux guidés par ses ressentis archaïques. Ses sensations corporelles telles que la soif, la faim, le froid qui une fois satisfaits procurent sensations de confort, bien être et sécurité, sont la «saveur» que l'on donne aux choses. Nous considérerons la qualité de vie telle que la définit l'OMS : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » . Atteindre une forme de qualité existentielle qui est «l'accord avec sa nature afin d'assumer sa nature de «sujet»» est nécessaire à cette qualité de vie. Non seulement l'être humain tente d'atteindre un équilibre entre ses fondements physiques et psychiques, mais aussi entre son identité et sa personnalité. C'est à la fois les caractères fondamentaux immuables et mutables de chacun qui font notre individualité et nous donne une place originale dans la communauté des hommes. En tendant vers la gratification sensorielle positive, le plaisir à exister, vers son épanouissement, l'être humain est animé par une tension existentielle. Elle va permettre de donner non seulement un sens à la vie dans le maintien de la bonne santé mais aussi du sens dans sa recherche de bien-être.

N'oublions pas cependant que vouloir être heureux ne signifie pas le bonheur, en effet l'homme recherche aussi avant tout l'absence de douleur, alors même que dans ces actes il peut se faire du mal ce sera dans le but d'une sécurité, d'un confort parfois au détriment de son propre bien. Dans quel mesure il nous appartient d'intervenir, nous, thérapeutes, autre que lors d'une demande ou lorsqu'une personne se met en danger ?

A / 1 . 2 L'être humain, comme toute entité biologique, fonctionne sur une base de besoins et d'échange, entraînés par le mouvement constant créé par la recherche d'équilibre.

Comme toutes entités biologiques jusqu'à la plus petite cellule, l'être humain fonctionne sur une base d'échange entre intérieur et extérieur. Selon les besoins de l'organisme le manque (ou le besoin) produit le mouvement, l'échange, pour retrouver l'homéostasie qui maintient l'état d'équilibre d'un milieu intérieur. La mise en mouvement est donc essentielle à la vie. L'être humain, pour subvenir à ses besoins est doté de capteurs sensoriels qui lui permettent

d'appréhender le monde qui l'entoure. Ces capteurs transmettent les informations par un système nerveux complexe afin qu'elles soient traitées. Certaines de ces informations, dans un souci de sécurité, donne lieu à des réflexes, qui sont des réponses physiques instinctives, à un stimulus extérieur. Les émotions, de l'ordre de ce traitement archaïque, la peur, la joie, la surprise, la colère, le dégoût et la tristesse sont des réflexes affectifs. Les informations traitées de manière sophistiquée seront analysées, représentées et stockées dans la mémoire sous formes de connaissances. (L'intelligence est la manière d'utiliser ses connaissances pour faire face à une situation donnée, l'adaptation. Le nombre de connaissances ne détermine donc pas l'intelligence mais donne seulement des outils supplémentaires.) C'est alors que le ressenti laisse place au représenté et que les expériences accumulées par l'être humain lui permettent de reconnaître et d'appréhender le monde. Une fois imprégné de ces informations il pourra agir, répondre à ses besoins en ordonnant à son corps, en entrant en communication, et en relation avec son environnement. Si ce fonctionnement et cette vie repose sur l'échange, cet échange repose sur l'autonomie mentale et l'indépendance du corps. Ces deux notions sont nécessaires à l'homéostasie, elles sont les moyens de subvenir à nos besoins et d'être en bonne santé ; cet état de bien être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, définie par l'OMS.

A / 1 . 3 L'être humain qui entre dans la «norme» répond favorablement aux critères tels que ; la bonne santé et la qualité de vie qui regroupent notamment les notions d'estime de soi, d'indépendance et d'autonomie

Du début à la fin de sa vie l'être humain doit identifier et satisfaire ses besoins, réaliser ses ambitions, évoluer et s'adapter à son milieu. Satisfaire aux besoins fondamentaux tel que les présente Abraham Maslow¹ ou Virginia Anderson n'est pas seulement nécessaire à la bonne santé mais aussi à une certaine qualité de vie. Si l'être humain est constitué de deux bras, deux jambes, des sens, un système nerveux, etc. ; c'est pour lui conférer suffisamment d'autonomie et d'indépendance pour répondre à ses besoins et garantir sa survie. On parle donc de «norme» pour désigner les caractéristiques partagées par le plus grand nombre. On comprend qu'une personne ne partageant pas les critères communs puisse subir des déficiences et par la même des incapacités mettant à mal son autonomie ou son indépendance. Néanmoins un fonctionnement peut différer d'un autre (selon l'individu) et en l'adaptant il peut être tout aussi fonctionnel. Une personne sourde parlant le langage des signes avec une personne qui partage son mode de communication fait face à une déficience et une incapacité sans en subir de handicap. Cette personne bien que ne rentrant pas dans la «norme» peut être en bonne santé et avoir une bonne qualité de vie. C'est lorsque un dysfonctionnement (ou qu'une anomalie donnant lieu à une déficience) ne parvient pas à trouver d'adaptation pour répondre aux besoins de l'être humain qu'elle peut créer des difficultés et requérir de l'aide.

A / 2 . Différentes causes physiques de troubles neurologiques peuvent amoindrir les capacités physiques, psychiques.

La clinique de rééducation, soins de suite et gériatrie Iris de Saint Priest accueille des personnes ayant subi des traumatismes musculaires, osseux, articulaires, ou des opérations lourdes comme l'ablation de tumeur parfois cérébrale, des AVC*, de même que des maladies dégénératives comme la polyarthrite rhumatoïde ou encore la maladie de Parkinson ou des maladies auto-immunes comme le Lupus... Je ne suis pas issue d'un milieu médical, alors je me suis efforcée d'apprendre au cas par cas chacune de ces pathologies par les dossiers médicaux, mes propres recherches, l'indication orale de mes collègues, et surtout, les échanges directs avec le patient concerné, les observations. Les personnes atteintes de lésions cérébrales représentent la majorité des prises en charge de la clinique. Les patients que j'ai rencontrés au cours de ces derniers mois ont présenté des pathologies diverses, ils ont bien voulu partager leurs

1 A Theory of Human Motivation de 1943 par Abraham Maslow.

expériences, leurs histoires, leurs sensations et leurs souffrances mais aussi leurs espoirs et leurs rires.

Si je ne peux pas décrire la totalité des rencontres et des expériences vécues en plusieurs semaines. Il me semble néanmoins nécessaire de vous faire part des différents chemins que peuvent prendre les prises en charge au cours d'une rééducation.

Je tenterai de décrire leurs souffrances, leurs espoirs, l'accompagnement qui leur est proposé, l'évolution de leur santé au cours des quelques mois où je les ai côtoyés et les perspectives pour leur avenir.

A / 2 . 1. Environ 150000 AVC et AIT surviennent chaque années en France avec des répercussions souvent lourdes sur l'état de santé de la personne.

Chaque perturbation neurologique, selon leur localisation et l'importance du trouble, peut avoir des conséquences différentes d'ordre psychomoteur ainsi que sur l'état général de la santé du patient. La prise en charge est très spécifique pour chacun car les perspectives de rééducation et de réadaptation varient pour chaque accident, chaque maladie, chaque trouble et suivant les ressources dont disposent la personne. Je vais détailler ici rapidement les cas de tumeurs cérébrales et les accidents vasculaires cérébraux qui sont les principaux troubles que j'ai pu rencontrer au cours de ces derniers mois.

Un AVC est la conséquence d'une diminution ou privation totale de débit sanguin en aval d'une occlusion ou d'une rupture d'artère cérébrale.

L'AVC est la troisième cause de mortalité après les cancers et les cardiopathies, il est la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte en France et la deuxième cause de démence après les maladies de type Alzheimer. On en dénombre plus de 150000 chaque année, 75% des patients ont plus de 65 ans mais ils peuvent néanmoins survenir à tout âge. Une personne sur cinq après un AVC décède dans le mois qui suit, sur les quatre patients qui survivent à l'accident, trois garderont des séquelles définitives et une personnes sur ces trois sera dépendante dans la vie de tous les jours. IL faut savoir que 25% des personnes ayant subi un AVC, du fait de leur handicap, ne retrouveront jamais d'activité professionnelle et que 25% des patients après leur accident subit une dépression.

Un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique, ou souvent nommé infarctus cérébral est un symptôme neurologique focal et d'irruption brutale. Il est lié à l'atteinte d'une région cérébrale dû à la baisse ou l'interruption par occlusion du flux sanguin des artères cérébrales, carotides ou artères vertébrales.

L'AVC hémorragique est une lésion cérébrale liée à un saignement d'un vaisseau cérébral, il représente 20% des cas d'AVC .

L'accident ischémique transitoire (AIT) a comme son nom l'indique des symptômes cliniques transitoires et régressifs en moins de 24 heures, sans lésion aux imageries cérébrales. Malgré la récupération rapide il doit être pris comme une urgence, car il est un signe alarmant d'un fort risque d'AVC ischémique constitué dans les jours qui suivent.

Un AVC peut être provoqué par un athérome (accumulation constitué de graisse, sang, tissus fibreux, ou calcaire sur la paroi interne d'une artère), une embolie due à une cardiopathie emboligène (fibrillation auriculaire ou valvulopathie provoquant un caillot de sang qui va occlure une artère), une dissection artérielle (thrombose), ou par une malformation artérioveineuse (anévrisme).

On constate plusieurs facteurs de risques comme l'hypertension artérielle (HTA), l'hypercholestérolémie, le diabète, le tabagisme, une surcharge pondérale, l'âge, le sexe masculin, la cardiopathie emboligène, les troubles de l'hémostase, l'alcoolisme, la contraception orale.

L'échelle du National Institute of health évalue la phase aiguë des patients ayant eu un AVC ischémique dont le score initial est corrélé au volume de l'infarctus et au handicap résiduel dans le temps après l'accident.

Dans le cas d'une lésion de l'hémisphère cérébral gauche on peut voir apparaître une

aphasie, une hémiparésie droite, hypoesthésie droite, une hémianopsie latérale homonyme droite, une déviation spontanée des yeux vers la gauche, une paralysie faciale droite, des troubles de l'écriture, de la lecture ou du calcul. Lors d'une atteinte de l'hémisphère droit, on peut observer une anosognosie, une hémiasomatognosie, une négligence spatiale gauche, une hémiparésie gauche, une hypoesthésie gauche, une hémianopsie latérale homonyme gauche, une déviation spontanée des yeux vers la droite, une paralysie faciale gauche. Lorsque c'est le tronc cérébral et/ou le cervelet qui est touché, on peut avoir une tétraparésie, une hypoesthésie des quatre membres, des syndromes cérébelleux, une dysarthrie, un nystagmus, une atteinte croisée des nerfs crâniens, une diplopie, des vertiges, jusqu'au locked-in syndrome.²

A / 2 . 2. Les tumeurs cérébrales, selon leur agressivité, peuvent causer des lésions et des troubles transitoires ou permanents.

Les tumeurs cérébrales quant à elles, résultent de la prolifération non contrôlée de certaines cellules, elles sont souvent classées en deux catégories : les tumeurs secondaires dues à des métastases et les tumeurs primitives.

Dans le premier cas le cancer à l'origine des métastases cérébrales est souvent déjà connu lors du diagnostic. Il s'agit la plupart du temps de cancer du rein, de mélanome, de la thyroïde... et surtout de cancer du sein et de cancers bronchopulmonaires.

Les tumeurs primitives, elles, peuvent être classées en deux sous parties. Dans la première se regroupent les tumeurs intra-parenchymateuses. Ce sont souvent des tumeurs malignes qui se forment dans le parenchyme cérébral, sans créer de métastases le pronostic est principalement lié à leur évolution locale. Il existe des niveaux d'agressivités différentes chez ces tumeurs. L'astrocytome peut être de bas grade avec une évolution lente, cependant est elle également mal limitée et infiltre les tissus environnant ce qui donne une rechute quasi constante malgré les excrécats d'apparences complètes. A comparaison le glioblastome à l'évolution très rapide est l'un des plus agressif. Les tumeurs de bas grade reviennent souvent sous forme de tumeurs plus agressives et plus elles seront agressives plus le délai sera court entre la chirurgie et la rechute.

Le deuxième groupe est constitué des tumeurs extra-parenchymateuses. Elles sont pour la plus part bénignes, et se forment hors du parenchyme, à son contact. Par exemple le méningiome siège sur les méninges et on le trouve principalement chez la femme, le neurinome se trouve généralement sur le nerf auditif à la huitième paire crânienne et l'adénome hypophysaire est une tumeur de l'antéhypophyse.

Ces tumeurs qu'elles soient dites bénignes ou non peuvent avoir de lourdes conséquences. On peut voir survenir chez l'adulte sans antécédent d'épilepsie, des crises convulsives partielles ou générales, elles seront d'ailleurs un des facteurs révélateurs de la tumeur. On peut voir apparaître des déficits neurologiques locaux qui au contraire de l'AVC pour lequel les symptômes apparaissent brutalement, ceux-ci s'installeront et s'aggraveront de manière progressives sur plusieurs semaines : aphasie, apraxie, confusion, trouble du champ visuel ou hémiparésie... on observera aussi une détérioration intellectuelle, des troubles de la mémoire, du comportement associé souvent à une dépression dans l'atteinte du lobe frontal. Dans le cas de tumeurs extra-parenchymateuse on a parfois une atteinte des nerfs crâniens provoquant une paralysie faciale, des vertiges, une diplopie ou une surdité unilatérale. Les tumeurs cérébrales et l'œdème qui l'entourent, créent des hypertension intracrâniennes par compression des différentes structures cérébrales dans la boîte crânienne qui n'est pas extensible. Elles créent ainsi d'intenses céphalées, des nausées et vomissements, et des diplopies. Si le tronc cérébral vient

2 *Neurologie, mémo stage infirmier*, par K.Kinugawa et E. Roze, ed ELSEVIER MASSON
2eme édition, juillet 2011. p118 à 125

à être comprimé, ce sont une hypertonie des membres et des troubles de la vigilance qui apparaissent, engageant rapidement le pronostic vital.

Chaque traitement qui sera indiqué en fonction de la tumeur aura potentiellement des complications à prendre en compte. Par exemple la prise de corticoïdes pour diminuer l'œdème cérébral peut entraîner un syndrome de Cushing, un diabète cortico-induit, une fragilité cutanée, etc. La chirurgie peut amener à un déficit postopératoire, à des abcès, ou une méningite infectieuse etc. Une leucoencéphalopathie ou une radionécrose peut apparaître après une radiothérapie et une neutropénie ou une thrombopénie etc, après une chimiothérapie.³

A / 3 . Ces troubles neurologiques vont avoir des conséquences physiques, psychiques et/ou sociales pour la personne.

Suivant la localisation et l'importance de la lésion, différents troubles surviennent sur lesquels l'équipe pluridisciplinaire va essayer de travailler, afin de récupérer au maximum des capacités perdues lors de l'accident ou au cours de la maladie.

A / 3 . 1 . Les troubles neurologiques peuvent provoquer des déficiences moteurs, des troubles du langage, des troubles sensitifs et/ou fonctionnels.

Lors d'une prise en charge en kinésithérapie le patient va travailler l'équilibre, la coordination, la plasticité de ses membres, la force musculaire, on stimulera les réflexes, la sensation tactile, la réintégration d'un membre dans le schéma corporel, ou même le réappropriation du schéma de marche... La paralysie ou la parésie sont donc des troubles associés couramment traités.

L'hémiplégie :

Lors d'une lésion au niveau du faisceau pyramidal, les fibres nerveuses qui partent du cortex cérébral et s'étendent aux différents niveaux de la moelle épinière sont atteintes et perturbent le bon fonctionnement musculaire. Ce déficit moteur va toucher l'hémicorps* opposé à la zone lésée. Ainsi, suite à un accident ischémique constitué* ou transitoire* (AIC /AIT), à un accident vasculaire cérébral*, une infection, un traumatisme ou encore une tumeur, un être humain peut voir une partie ou la moitié de son corps éteint, ou «s'endormir» plus ou moins profondément.

Ainsi la paralysie ou parésie sera brutale lors d'un AVC, AIC ou AIT mais pourra de façon variable régresser suivant la localisation et l'ampleur des dommages occasionnés. A l'inverse certaines affections progressent, s'étendent et détériorent peu à peu l'état de santé du patient. Une prise en charge globale peut permettre de recouvrer les facultés lésées ou de ralentir la progression d'une affection.

La paraplégie :

Elle est due à une lésion dorsolombaire de la moelle épinière, elle touche les cellules motrices du système nerveux central ou périphérique. Lors d'un traumatisme (ou par exemple d'une compression de la moelle) on observera un syndrome pyramidal* survenu de manière progressive ou brutale, qui sera spécifique d'une localisation centrale, alors qu'une localisation périphérique atteindra la corne antérieure de la moelle épinière. Cette lésion dorsolombaire provoque une paralysie motrice et sensitive qui touche les membres inférieurs ainsi que la sangle abdominale, provoque donc souvent des troubles sphinctériens.

La tétraplégie :

Elle provient d'une lésion au niveau de la moelle épinière cervicale, selon sa localisation, plus ou moins centrale ou périphérique, les répercussions seront différentes. On observera un syndrome pyramidal lors de la rupture ou de la compression de la moelle épinière d'une atteinte centrale, caractérisée par la raideur musculaire. Dans une lésion périphérique, comme pour la paraplégie, on trouve souvent une atteinte des racines des nerfs, caractérisée par un re-

3 *Processus tumoraux, mémo infirmier*, sous la direction de Laurent de Sabbah, édition ELSEVIER MASSON, Paris, décembre 2012. p159 à 168

lâchement des muscles.

Ces troubles sont souvent associés à de l'hypertonie spastique qui est une réponse réflexe exagérée du muscle dans son étirement et à une ataxie caractérisée par des mouvements volontaires incoordonnés avec maintien de la force musculaire.

Des troubles fonctionnels sont liés à ces troubles neuromusculaires comme :

- la fonction vésico-sphinctérienne
- les fonctions bucco-faciales comme la mastication, la déglutition etc.
- la fonction locomotrice et la préhension qui demande une motricité fine. L'apraxie se caractérise par un trouble de l'exécution intentionnelle de gestes finalisés sans déficits moteur. Selon la localisation de la lésion le type d'apraxie est différent, on peut observer une apraxie idéomotrice, constructive, idéatoire, bucco-faciale, ou de l'habillement.

Des troubles sensitifs sont également parfois présents comme l'hyperesthésie, l'hypoesthésie ou l'hémianopsie latérale homonyme.

En orthophonie l'aphasie est l'un des troubles les plus traités dans le service de rééducation. Il en existe différents types selon la localisation de la lésion comme l'aphasie de Wernicke, l'aphasie de Broca etc. L'aphasie est un trouble acquis du langage perturbant l'expression et/ou la compréhension du langage écrit et/ou parlé en l'absence de déficit ou de dysfonctionnement sensoriel. On peut distinguer des troubles phonémiques, phonétiques ou sémantiques.

A/ 3 . 2 . Les troubles neurologiques peuvent entraîner des troubles cognitifs et/ou du comportement.

Des troubles cognitifs et comportementaux peuvent également découler d'une lésion cérébrale comme l'agnosie, l'hémiasomatognosie, l'anosognosie... la négligence spatiale unilatérale, les troubles intellectuels comme les troubles de l'attention (moins de concentration, distractibilité), du raisonnement et/ou du jugement, des troubles de la mémoire(d'apprentissage et de fixation), un syndrome de fatigue se caractérisant par un état d'épuisement sans amélioration par le repos, avec une forte limite d'endurance dans les activités physiques ou intellectuelles. Après un AVC entre 30 et 40% des personnes entre en dépression au cours de la première année à cause de la lésion elle même et/ou de la difficulté à accepter et surmonter les incapacités et les handicaps qu'elle peut engendrer.

Des syndromes alliant des troubles moteurs, sensitifs, cognitifs et comportementaux peuvent également apparaître: le syndrome dysexécutif (perturbation des fonctions exécutives impliquées dans la stratégie), le syndrome pyramidal (trouble de la motricité volontaire)ou encore le syndrome frontal (caractérisé par des troubles exécutifs et du comportement sans contrôle de la conduite instinctive) etc.

Ces symptômes pénalisent énormément le patient et amoindrissent considérablement sa qualité de vie.

C'est alors en parallèle avec les services de neurologie, radiothérapie, neurochirurgie, de cancérologie et de neuroradiologie que la clinique de rééducation prend le relais avec les soins infirmiers, la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychomotricité, la psychologie. Au terme de cette rééducation le patient sera soit à même de rentrer chez lui, sollicitant peut-être des soins à domicile, de passer en hôpital de jour, ou en hospitalisation à domicile, de se diriger vers un établissement adapté comme une EHPAD ou un établissement plus médicalisé, ou vers des soins palliatifs.

B/ En période de rééducation, la personne ayant une atteinte neurologique peut subir une cascade de pénalités dégradant sa qualité de vie et entraînant de multiples souffrances.

B / 1 . La rééducation est une période transitoire entre une rupture dans la qualité de vie habituelle d'une personne jusqu'à l'adaptation à sa nouvelle condition.

Que ce passe t'il alors concrètement pour le patient ?

Si l'on considère la déficience comme l'anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système, l'incapacité est la conséquence directe de cette déficience en terme de fonction ou de performance. Cette incapacité, le patient va la ressentir dès le début de sa période de réadaptation et de rééducation, c'est dans ces instants qu'il prend brutalement, ou peu à peu conscience des modifications de son corps et réalise à quel degré il se trouve dans une situation de dépendance pour subvenir à ses besoins. On voit souvent une rupture de l'image corporelle lors de ces premiers exercices physiques.

« C'est pas comme une amputation, c'est quand même là mais comme un poids mort. » Mme R.

Plusieurs notions apparaissent comme : perdre le contrôle, demander de l'aide, ne plus être en capacité de...

Etre obligé de laisser quelqu'un entrer dans son intimité, infantilisation, avoir honte, ne pas oser, avoir peur de gêner, peur du regard des autres, de la critique, de susciter de la pitié, de l'incompréhension, peur de perdre son image, son statut professionnel, familial, perdre son identité, sa personnalité, avoir peur de son regard sur soi-même.

D'après Kübler-Ross le deuil passe par cinq phases ; le déni, la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Après l'annonce d'un diagnostic, souvent vécu très brutalement, le patient doit se redécouvrir ainsi que son nouvel environnement. Comme toutes les personnes qui ont subi une lourde perte, le cheminement est long jusqu'à ce qu'elles apprennent à vivre en l'absence de ce qu'elles ont perdu, d'autant plus quand cette perte est notre propre chair. Le deuil est l'adaptation psychologique de la personne face à sa perte, il est normal et universel. En phase de rééducation, malgré toutes les précautions prises par le corps médical, l'annonce des pertes possibles et des à cotés liés aux pénalités engendrés, est un réel traumatisme. Le deuil est un cheminement par lequel une personne doit passer lorsqu'elle est confrontée à une perte jusqu'à ce qu'elle apprenne à nouveau à vivre en l'absence de ce qu'elle a perdu. Face à ce traumatisme l'individu met en place des stratégies qui lui permettent de se protéger, survivre et d'intégrer peu à peu ce qu'elle peut tolérer.

B / 1 . 1 . L'annonce des diagnostics et des pronostiques restent souvent fluctuant selon les capacités de récupération de la personne et la mise en évidence durant la rééducation des troubles acquis ou non.

En réadaptation et rééducation l'équipe de soin fait face à la reconnaissance du patient de la perte qu'il a subie et à la sollicitation de l'effort incommensurable qu'on lui demande pour repousser ses nouvelles limites au plus loin, avant de reconstruire son identité. On navigue entre l'espoir et la réalité car l'équipe va s'efforcer de rééduquer les fonctions perdues vers une récupération maximum du potentiel corporel et réadapter ces capacités à l'environnement de la personne.

Les troubles observés des suites d'une lésion cérébrale sont dit « acquis » puisqu'ils apparaissent après la naissance. La personne ayant subi une de ces lésions peut se retrouver face à une déficience provoquant une incapacité et pouvant mener au handicap, comme l'exprime l'OMS : le handicap est « une désadaptation de l'individu par rapport à son milieu, il est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et/ou intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité. »

Après une lésion cérébrale la personne peut se retrouver en situation de handicap. Que cela soit de manière brutale et inattendue (une rupture) ou des suites prévisibles d'une maladie, la personne doit réapprendre à se connaître (se reconnaître), retrouver ces liens relationnels, se réapproprier son environnement et se projeter à nouveau dans l'avenir. Elle doit retrouver un équilibre entre son bien-être et sa bonne santé notamment en prenant en compte ses envies et son actuel niveau d'indépendance. Elle doit découvrir les limites de ses nouvelles capacités mais aussi envisager l'ensemble de celles qui lui restent, auxquelles elle ne pensait pas car les

considérerait comme acquises. Parfois, savoir qu'on ne peut pas, nous pousse à avoir envie de faire et c'est en adaptant comme il faut les choses et les situations que l'on redonne envie, et avoir envie c'est avoir envie de vivre. (C'est en perdant l'usage de sa main gauche que madame D se rend compte qu'elle aurait aimé peindre, en adaptant ces gestes, elle fait à présent quelque chose pour elle, qu'elle ne s'était pas accordé auparavant.)

B / 1 . 2 . La personne, partagée dans la poursuite des soins et l'adaptation à sa nouvelle situation, a du mal à construire son avenir et à se projeter sur des bases physiques et psychiques encore incertaines.

Les déficiences motrices, sensitives, cognitives et comportementales induites par les lésions cérébrales provoquent des incapacités dans les activités de la vie de tous les jours, elles engendrent des handicaps dans la vie quotidienne, sociale et/ou professionnelle. Les patients face à la perte d'autonomie et d'indépendance peuvent alors être confrontés à des situations de rejet, s'exclure, réduire leur implication ou s'isoler, pouvant les mener à des situations de précarité émotionnelle, sociale, matérielle et/ou sanitaire. Rappelons-nous que l'être humain est un être social qui doit devenir sociable. Après s'être écarté, un temps soit peu de la peur imminente de la mort, la personne peut se retrouver privée d'une partie plus ou moins importante de son indépendance et/ou de son autonomie produisant des changements radicaux sur les fondements de sa vie, notamment dans les aspects les plus intimes. Il peut subir de véritable rupture dans sa vie sociale, familiale, professionnelle ou sentimentale, bouleverser ce qui était pour lui son identité ou son statut. La notion de norme, établie par la société qui met en avant les paramètres que possède la majorité, fait ressentir à la personne en situation de handicap la notion d'«anormalité», de ne plus faire partie du «tout». La personne peut perdre confiance en elle, en son corps, en ses capacités mais également ne plus se sentir digne d'intérêt ou d'amour, se sentir inutile, ne plus arriver à s'affirmer, ne plus savoir qui elle est, se qu'elle aime se qui la définit, ne plus arriver à ressentir de plaisir dans les choses, de plaisir à être. Tous les aspects de l'estime de soi peuvent être atteints, ne laissant plus la possibilité d'être fier ou de s'engager, ne pas arriver à surmonter le présent et avoir peur de demain.

Ainsi, après un AIT, est posé comme diagnostic que Mr F devrait retrouver partiellement la mobilité de sa main gauche, après des mois de rééducation, Mr F est déçu du résultat car il espérait d'avantage de progrès. Il commence à réaliser que son membre ne retrouvera jamais ses pleines fonctions mais doit continuer tous ses efforts pour poursuivre ses minces progrès. Cela jusqu'à l'arrêt de l'évolution, où il devra accepter son état tel qu'il est, les changements occasionnés, la réorganisation de sa vie, la réadaptation à son environnement.

Le manque d'indépendance et d'autonomie influe la qualité de vie, le patient doit continuer à être «sujet» de son existence et non devenir «objet». En confiant sa vie, sa santé, et son avenir dans les mains des soignants et de son entourage et en ne parvenant plus à s'exprimer ou en ne sachant plus se que l'on ressent, ce que l'on est ou ce que l'on désire, on perd la notion de «sujet».

Si l'harmonie entre l'identité et la personnalité permet à l'être humain l'épanouissement de son individualité, celle-là même qui lui donne une place originale dans la communauté des hommes et permet d'accéder à une certaine qualité de vie*. Si le vecteur d'expansion de la vie passe par la bonne santé, la tension existentielle qu'impose le plaisir à être et à exister donne une orientation à ce vecteur, il donne *du* sens, celui de la saveur existentielle et de la qualité de vie.

Selon Andre et Lelord, l'Amour de soi : c'est s'aimer de manière inconditionnelle, malgré tout ses défauts, ses limites, ses erreurs, simplement parce que l'on est, en tant qu'être vivant, digne d'amour et de respect.

On comprend alors que c'est au cours de la rééducation et de la réadaptation que le patient va pouvoir faire le deuil de cette partie de «soi» et reconstituer son identité. C'est prin-

ciement au cours des phases de rééducations et réadaptations que le deuil et la reconstruction identitaire va pouvoir se faire car ces processus sont étroitement liés. La personne va découvrir et s'approprier ses nouveaux ressentis corporels, l'étendue de ses capacités, le contrôle de son corps au service de ses gestes et de ses besoins. Au fur et à mesure que la personne trouve des solutions techniques pour s'adapter elle prend peu à peu conscience de ce qu'est son état nouveau. Le deuil de ce que la personne était «avant» ce fait souvent au regard de la manière dont elle se représente maintenant. Il est donc indissociable du processus de réadaptation et réinsertion. La phase de rééducation et réadaptation est donc une phase de reconstruction où, par le travail du corps et de l'esprit, la personne repasse de l'état provisoire d'«objet» à «sujet».

B / 2 . Une maladie ou un accident peut entraîner une blessure de vie, un handicap et des choix de vie qui bouleversent la qualité de vie.

B / 2 . 1 . La perte d'indépendance et/ou d'autonomie peut entamer l'estime de soi.

L'estime de soi qui est la capacité à s'attribuer une valeur, est composée de l'amour de soi, de la confiance en soi et de l'affirmation de soi selon Fabrice Chardon, elle est une composante essentielle à la qualité de vie. Un équilibre de ses trois notions est important. Les déficiences occasionnées par des troubles neurologiques et la perte d'indépendance et d'autonomie qu'elles peuvent provoquer, amoindrissent cette estime.

B / 2 . 1 . 1 . Devant l'importance de la douleur physique et psychique, le plaisir ressenti à être, qui définit l'amour de soi, est affecté.

La personne qui subit brutalement ou peu à peu la perte de ses capacités voit sa capacité à vivre diminuer en même temps que sa qualité de vie. Dans le choc d'un accident la brutalité d'une nouvelle réalité et le deuil de l'ancienne est une phase très complexe. Bien qu'éloigné de la menace de mort, la peur d'un nouvel accident évolue en parallèle de la peur d'affronter une nouvelle condition de vie. Lors d'une maladie, la peur et l'angoisse sont souvent constantes et rythmées par l'évolution qu'elle prend. La douleur physique bien qu'accompagnée au maximum devient parfois un lot quotidien auquel on cherche des solutions, et souvent auquel on doit s'adapter. Elle est là et nous rappelle sans cesse le dysfonctionnement et ses conséquences, elle nous alerte, alors que l'on tend à continuer à vivre même quand on ne peut guérir. Dans de rares cas elle rassure, car la douleur on peut «la pointer du doigt, c'est ça qui me fait mourir !» elle rend la maladie réelle et palpable. S'ajoute à la douleur physique, les douleurs psychiques. La personne subit des changements fondamentaux en terme de restriction d'identité, de statut social, professionnel etc. Souvent quand la souffrance est vécue de manière trop vive ou prolongée la personne peut de manière consciente ou non, anesthésier ses sens pour ne plus ressentir, ni bon, ni mauvais. Pour ne plus ressentir de souffrance morale la personne peut aussi «s'exclure de soi-même» pour ne plus ressentir et utiliser des mécanismes de subjectivation. Que la personne soit submergée par la souffrance ou qu'elle s'en extrait en s'éloignant de tout ressenti, elle n'a plus de place pour le plaisir ressenti à être car «être» représente la douleur. Si la personne n'est plus en capacité de ressentir du plaisir et plus largement du plaisir à être, perd-elle toute notion de «bon» ? Lors de la phase de rééducation la rupture de «l'image du corps» est une étape difficile. Se redécouvrir soi-même dans un état amoindri met à mal l'amour de soi. Le corps comme un objet cassé, il faut parfois du temps à la personne pour s'aimer à nouveau sans condition, malgré ses défauts, ses échecs et ses limites, retrouver de la bienveillance envers elle-même, parce que comme tout être vivant elle est digne d'amour et de respect.

B / 2 . 1 . 2 . Le nouveau niveau d'indépendance auquel la personne doit faire face peut amener un sentiment d'infantilisation, une baisse de la confiance en soi et donc de sa capacité à se projeter dans l'avenir.

Dans cette phase de rééducation la personne prend conscience de ses incapacités et des

handicaps qui en découlent. La personne découvre l'étendue de sa dépendance jusque dans les aspects les plus élémentaires et intimes de sa vie. Au cours des auscultations, des manipulations et des soins, la personne est atteinte dans sa pudeur, voir son orgueil. Durant notamment la phase de «nursing» un sentiment d'infantilisation peut survenir de part la fragilité de la personne, sa situation précaire, la prise en charge de tous les aspects de son quotidien, la mise à nue de son intimité, sa dépendance pour subvenir à tous ses besoins, et sa dé-responsabilisation. A la crainte de ne plus tenir sa vie entre ses mains s'ajoute souvent de la culpabilité, de la peur ; du regard de l'autre, du jugement, de la pitié. A chaque handicap que les déficiences créent, il faut s'adapter, dans l'espoir de se réinsérer, et retrouver une qualité de vie. Les phases de deuil par lesquels la personne passe et le va-et-vient entre le combat et l'acceptation dans la réduction, mettent à mal cette confiance. Il est difficile de se reconstruire sur des bases encore incertaines, et en évolution (positive ou négatives). Il faut envisager la vie et le quotidien sous un nouvel angle avec de nouvelles capacités et limites. La confiance est pourtant un élément clef dans la rééducation qui demande à la personne de se surpasser et pousser au maximum ses limites, pour retrouver ses capacités. Le pronostic est donc toujours prudent sur la récupération, car mettre la barre trop haut et mettre la personne en échec, peut faire chuter d'avantage cette confiance. La rééducation, la réadaptation et la réinsertion sont des rouages imbriqués pour que la personne se projette au mieux dans son avenir, pour lui montrer qu'elle est encore capable et que la vie, bien que différente, va continuer.

B / 2 . 1 . 3 . La personne doit se redécouvrir et accepter ses nouvelles capacités pour pouvoir affirmer à nouveau qui elle est et ne pas perdre la de notion de sujet.

La personne bien que physiologiquement en vie peut perdre le ressenti corporel, ses plaines fonctions d'être humain, ne lui permettant plus de se sentir existé, elle peut se vivre comme un «objet».

Il est difficile pour une personne de s'affirmer lorsque son ressenti et sa structure corporelle est, brutalement ou peu à peu modifié. Confronté à des nouvelles limites dans ces capacités, l'individu doit se réadapter au fur et à mesure à ce qu'il peut faire, dans quelles conditions, et au regard de cela, redéfinir ses envies. Un exemple simple : une personne nouvellement atteinte d'une paraplégie aimait aller à la piscine ; son plaisir à nager sera t-il amoindri par les nouveaux paramètres qui lui incombe (sa dépendance matérielle et humaine, une nouvelle technicité à apprendre, le regard des autres, les difficultés et souffrances physiques, etc.) . Si ce qui nous détermine est avant tout nos choix et nos actes, qu'ils soient passés, présents et futurs ; il est normal que dans ce climat d'incertitude, de rééducation et réadaptation, l'affirmation de soi, soit déstabilisé et fragilisé. Nous aborderons plus tard la relation étroite entre le travail de reconstruction identitaire et la phase de rééducation et réadaptation.

B / 2 . 2 . La situation de handicap et /ou le passage en institution peut favoriser la perte du lien social.

B / 2 . 2 . 1 . La perte du travail et/ou du statut social peut entraîner des souffrances multiples .

Notre place dans la communauté des Hommes est aujourd'hui principalement définie par nos liens sociaux et notre activité professionnelle. Ces deux notions d'ailleurs souvent liées suivant l'importance de nos relations (et de notre relation) au travail. Lorsque la santé et nos capacités physiques ou psychiques ne nous permettent plus de poursuivre dans notre milieu professionnel ou dans un autre, c'est un pan important de la vie qui se modifie. Beaucoup d'individus ont l'impression de ne plus être «utiles» à la société et de vivre en décalé par rapport à ceux qui ont la possibilité d'être dans ce contexte ou dans «la vie active» comme on dit couramment. La différence avec une personne qui se retrouve simplement au chômage est la notion de handicap induite par les incapacités de la personne. Beaucoup d'emplois peuvent être attribuées dans des entreprises, à des personnes souffrant de handicaps, par le biais de cotât, ou

en adaptant l'environnement, par exemple. Cependant certaines incapacités ne permettent pas un retour à l'emploi. Cette perte engage des conséquences à la fois sociales et financières, mais aussi la perte des «objets sociaux». Ils sont les choses concrètes tel que le travail, la formation, le logement, les possessions, le salaire, etc. Un objet social c'est donc «(...)quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, et ce en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise les relations.»⁴ Lorsque la perte d'objets sociaux est effective, une aide peut être apportée par des modalités de l'aide sociale. La personne peut entrer dans une phase bien connue des travailleurs sociaux, appelée par Jean Furtos «zone de l'assistance et de l'insertion».⁵ Les souffrances psychiques comme la honte, la perte d'espoir, etc. sont réversibles car le «contrat narcissique» tient toujours, cependant la personne peut devenir de plus en plus vulnérable si elle subit une rupture dans ces liens sociaux.

B / 2 . 2 . 2 . Face à l'incompréhension, à la honte, à la peur du rejet et d'être à la charge des autres ; l'isolement est parfois une conséquence et/ou un choix de vie.

En passant par les multiples phases de deuil, il est courant que les personnes fassent du vide dans leurs relations. Les proches doivent redoubler d'attention durant cette période. Face à la reconnaissance de la perte, en rééducation et réadaptation, la personne prend conscience de son nouvel état et peut adopter différentes réactions notamment en rejetant l'aide humaine ou matérielle des proches et des soignants. Devant la honte, la culpabilité, le repli sur soi, la colère, le désespoir, la dépression, etc. pouvant durer de quelques mois à quelques années, il faut garder à l'esprit, que ce sont des maux nécessaires dans ce processus de deuil auquel il faut faire attention. Il confronte la personne à sa nouvelle situation et l'amène à l'accepter telle qu'elle est. Comme nous avons pu en discuter plus haut dans cet écrit, ce qu'une personne fait pour se protéger et éviter la souffrance n'est pas toujours le meilleur pour elle-même et ne signifie pas que cela la rende heureuse. Chacun fait au mieux avec ses capacités ; et, pour exemple, la personne qui ne supporte pas le regard des autres et qui s'isole parce qu'elle n'a pas les moyens de surmonter cette appréhension, fait un choix. Un choix de vie. Demande-t-elle de l'aide, et dans quelle mesure peut-on l'aider ? Etre dépendant des autres est souvent un fait difficile à gérer pour des personnes qui acquièrent des incapacités. Certaines personnes tentent de retrouver de l'indépendance en repoussant systématiquement l'aide, cela peut porter préjudice à la personne et même la mettre en danger. Les choix de vie qui découlent d'une maladie ou d'un handicap peuvent imposer eux-mêmes des conséquences.

B / 2 . 2 . 3 . Le déracinement de la personne dû au placement en institution et aux soins peut être vécu comme une rupture, et engage souvent des questions financières dans une phase où la personne est des plus vulnérable.

Entrer en institution est vécu comme un déracinement par la plupart des personnes, arrachées à leur milieu, leurs habitudes, leurs proches, leurs activités dans un corps physique et psychique qu'il réapprenne à utiliser. Devant ce traumatisme la personne est privée d'éléments qui la sécurisent d'ordinaire. Des questions administratives et financières doivent être gérées par la personne dans la mesure de ses capacités, ou par ses proches quand cela est possible, ce sont des sources d'angoisses supplémentaires. L'hôpital qui, à l'origine, donnait hospitalité à aujourd'hui belle et bien un coût qui malgré les aides et assurances, met également en perspective la perte éventuelle de l'emploi du patient et des difficultés matérielles à venir. La personne doit se réadapter à un environnement qui pour l'instant n'est pas vraiment le sien mais celui de l'institution. L'anticipation de la réinsertion du patient dans son futur milieu est d'autant plus importante dans l'incertitude de son avenir que pour l'aider à se projeter. La prise en charge

4 Profession Art-thérapeute, chapitre sur la trajectoire de l'exclusion sociale de C.Raimbault, d'après les travaux de R. Castel et Jean Furtos, p54.

5 Profession Art-thérapeute, chapitre sur la trajectoire de l'exclusion sociale de C.Raimbault, d'après les travaux de R. Castel et Jean Furtos, p52.

de pratiquement tous les aspects de la vie de la personne, à la fois la rapproche d'une sécurité et l'éloigne de l'autonomie et l'indépendance qu'elle devra avoir pour affronter sa sortie de l'établissement. Des associations bénévoles commencent à adopter des stratégies pour accompagner et faire le lien entre l'hôpital et le retour à domicile en parallèle des services d'accueil en hospitalisation de jour tel que l'association ASTREE.

B / 2 . 2 . 4 . L'accumulation de ces pénalités peut mener à des formes de précarité et de fragilité.

La trajectoire de l'exclusion sociale décrite par Jean Furtos est empruntée lorsque la précarité dite «normale» de tout à chacun devient exacerbée par la perte «d'objets sociaux» et de lien social, jusqu'à entraîner de nombreuses souffrances et problématiques parfois difficilement réversibles. Néanmoins cet état de précarité extrême, d'exclusion, est toutefois peu atteint et reste heureusement exceptionnel malgré des statistiques alarmantes. N'oublions pas que les personnes souffrants de troubles neurologiques sont tout d'abord blessées dans leur chair et beaucoup d'entre eux, même considérés comme soignés voir «guéris» restent extrêmement fragiles. Cet état de fragilité est lui aussi un état précaire, qui ne cherche qu'à être consolidé pour ne pas tomber dans la pathologie. Prendre soin c'est faire attention, faire attention aussi à la personne dont l'état de santé est proche du basculement, du syndrome de fragilité. Environ 15 à 20% de la population âgée française est considéré en fragilité et 5% en grande dépendance.⁶ Il s'agit d'un état instable, de forte vulnérabilité aux événements nécessitant une adaptabilité, aux stress physiques, psychiques, sociaux et/ou environnementaux. C'est donc le résultat de la réduction des réserves adaptatives des systèmes biologiques, physiologique et psychologique sous l'action de l'âge, de la maladie et/ou du contexte de vie. Cet état peut entraîner un déséquilibre à la moindre agression et un risque élevé de dépendance, d'entrée en institution, d'hospitalisation ou de mortalité. Ce syndrome de fragilité peut se manifester par l'apparition de troubles cognitifs, sensoriels et/ou comportementaux, de polypathologies et d'accroissement des besoins d'aides matérielles et humaines dans la vie quotidienne. Le déclin des fonctions physiologiques et des réserves produisent différents symptômes, (comme la perte de poids, de la fatigue, de la faiblesse, de l'anorexie, de l'inactivité etc.) et des signes (comme l'ostéopénie, les troubles de l'équilibre et de la marche, de la mémoire, etc.) entraînant des conséquences lourdes (dépendance, chûtes, blessures, pathologies, hospitalisation, institutionnalisation, décès.) Les causes de cette fragilité peuvent être multifactorielles (génétiques, pathologiques, environnementales, dues à des causes socio-économiques, à un mode de vie ou la prise de médicaments, etc.) Les quatre domaines majeurs touchés sont : neuro-musculaire, cognitif, nutritionnel et sensoriel, ils représentent des critères d'évaluations de diagnostic clinique établis par Strawbridge et ses collaborateurs. Cinq critères selon Fried et ses collaborateurs, sont repérables et déterminent grossièrement si la personne se trouve en fragilité : faiblesse, faible endurance, activité physique réduite, vitesse de marche lente et perte de poids involontaire au cours de la dernière année élaborée. Si la personne regroupe au moins trois de ces critères elle est considérée en fragilité, et en état intermédiaire si elle en regroupe un à trois.

Souvent, les cliniciens rapportent : «Je peux reconnaître la fragilité lorsque je la vois, mais je suis incapable de la définir». Malgré des connaissances de plus en plus vastes dans le domaine, il n'y a pas encore de définition universellement reconnue de la fragilité. Il en existe un large éventail de modèles, de critères et de définitions (Hogan et coll., 2003). Les chercheurs qui étudient la fragilité s'accordent de plus en plus pour dire que la fragilité constitue un syndrome qui peut être dépisté et évalué à la fois en milieu clinique et dans la communauté. Elle consiste en une diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress qui augmente la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tel que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités et la mort prématurée.⁷ Une prise en charge rapide, adaptée et globale permettrait

6 Ecrit sur la fragilité : <http://www.sgoc.fr/DES%20MG/Pr%20Jouanny%20-%20DES%20MG%20Fragilit%C3%A9%20%5BMode%20de%20compatibilit%C3%A9%5D.pdf> écrit sur la fragilité

7 Article sur la fragilité : http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=GS_109_0015.

de prévenir, traiter et accompagner aux mieux ces personnes afin de maintenir un état de santé, une autonomie et une qualité de vie optimale.

II / L' Art touche les fondements humains et participe à son épanouissement.

A / L' Art bien qu'apparaissant inutile semble nécessaire à l'homme.

A / 1 . L' Art est une expression volontaire humaine orientée vers l'esthétique.

A / 1 . 1 . Depuis la naissance des premiers hommes, l'Art et l'artisanat retracent l'Histoire : leurs environnements, leurs modes de vie, leurs préoccupations, leurs croyances, leurs rêves et leurs styles.

L'art est une modalité particulière de l'expression humaine, elle nous concerne donc tous. Si l'on remarque souvent une assimilation entre l'œuvre d'art et l'Art lui-même on ne peut oublier qu'il y a d'abord des êtres humains qui dans un acte volontaire d'expression orienté vers l'esthétique produisent des œuvres. Elles accompagnent et témoignent de l'histoire de l'Homme, pas seulement dans ses actes, son évolution ou celui de son environnement mais aussi dans son rapport à l'esthétique, son rapport au monde qu'il perçoit et qu'il ressent, et à sa manière de l'exprimer. L'esthétique selon Baumgarten au XVIII^e siècle, est la science du Beau, c'est à dire du laid au sublime, la notion s'étend dans notre subjectivité.

Chaque être humain sensible à la beauté mobilise plus ou moins son attention sur l'esthétique de ce qui l'entoure. Si les personnes sont plus ou moins réceptives à l'Art, elles ont pourtant toutes une notion de l'esthétique. Dans la vie de tous les jours, nos choix et nos actes ne sont pas guidés que par l'utile mais aussi par l'agréable. Les gratifications sensorielles sont constantes, que ce soit dans l'accord d'un vêtement avec un autre, le choix d'une musique à la radio, la dégustation d'un vin ou la caresse d'un chat, nos sens sont sollicités et nous nous entourons de ce que l'on aime. Le goût de la personne serait «la faculté de juger un objet du quotidien ou un mode de représentation par une satisfaction dégagée de tout intérêt»⁸, affirmer son goût et avoir la capacité à l'exprimer et à se déterminer, donne naissance au style de la personne. Ainsi en passant par le goût de la personne, ce qui lui plaît simplement ou non, on arrive à l'action où elle donne son empreinte à ce qu'elle produit, on la reconnaît, on parle de son style. Son engagement dans l'activité qu'il entreprend, montre sa volonté, sa volonté de tendre vers une esthétique que l'Art permet d'atteindre.

L'Art présente trois notions qui s'enchevêtrent. Le fond, est la partie subjective de l'œuvre, que l'on soit dans la mimésis ou l'heuristique, c'est ce que présente et contient la production. Tout fond doit avoir une forme pour apparaître. La forme, plus objective, relève de la matière et de la technique mise en place pour donner à voir l'objet dans un contexte. L'adaptation du fond et de la forme va donner un rayonnement à l'œuvre, il est l'impact de la captation sensorielle, des connaissances et de la mémoire de la personne qui contemple. Le rayonnement va induire un impact émotionnel, les notions de qualité, de quantité et de pertinence qui mettent l'Art en tant que tel face à l'Art au regard de l'être humain. L'histoire de l'Art, la philosophie et la psychologie de l'Art, se questionnent sur la nature du rayonnement, la présentation de l'œuvre d'Art et sur les caractéristiques des émotions qu'elle peut produire. L'œuvre d'Art est donc à distinguer de l'effet qu'il produit sur le contemplateur alors qu'ils sont inséparables. Ce mode particulier d'expression orienté vers l'esthétique est donné à tous sans clivage. Produire du beau, des gratifications sensorielles doit rester primordial. Cependant aujourd'hui certains courants s'appuient d'avantage sur le fond en oubliant la forme, donnant d'avantage de la philosophie et du concept, poussant l'Art vers l'unique expression, excluant l'esthétique et parfois la production même. La beauté d'une œuvre repose avant tout sur l'accord entre le fond et la forme, autrement dit le but et les moyens. La beauté exige-t-elle en elle-même, ou bien est-ce l'être humain qui génère la beauté ? Nous considérerons ici le Beau au regard de l'être humain et aux émotions qu'il provoque.

qu'est ce que la dignité ? C'est assumer sa nature d'être humain, par le respect de soit-même et des autres en considérant l'autre dans son intégrité.

A/1 . 2 . Si tout Art est expression, toute expression n'est pas Art.

Il existe de nombreux débats sur la limite de ce qui est considéré comme Art et ce qui ne l'est pas. L'être humain qui prend plaisir à contempler des œuvres, à recevoir, à ressentir, qui mobilise son attention vers l'esthétique sans produire est un esthète. A l'opposé l'artisan produit des objets pour leur utilité, mettant leur technique et leur savoir-faire au service de la fonction de l'objet. Plus la notion d'esthétique prendra le dessus sur la notion d'utilité, plus l'artisan se rapprochera de l'Art. L'artisanat d'art revendique d'ailleurs la grande part de créativité et d'esthétique dans les productions de certains artisans mais fait passer toujours d'avantage l'utilité de l'objet avant son orientation esthétique. L'artiste utilise une technicité pour donner forme à un fond au service d'une esthétique. Prenons exemple du meilleur chocolatier qui donne à sa production la seule fin de produire une gratification sensorielle positive au même titre qu'un violoniste. Bien sur le chocolat est une nourriture, et a donc une utilité dans sa consommation mais le mange t-on pour se nourrir, avec à la clef le plaisir d'un besoin naturel satisfait ou pour le plaisir simple des saveurs et du ressenti qu'elle nous procure ? Le bijoutier produit des objets esthétiques avant tout, mais qui deviennent utiles car ils sont aussi ornement, à quel moment l'objet cesse d'être utile pour n'être qu'esthétique ? Si l'on portait une peinture autour du cou deviendrait-elle utile car sa présentation change ? Ces questions restent pour beaucoup en suspend, et fond débat. Nous nous accordons au moins sur le fait que l'expression doit être volontaire, car l'intention qui engage le geste n'est pas déterminée par le hasard, à moins que cela fasse partie de l'intention elle-même. Ainsi faire tomber un pinceau sur une toile peut être Art si c'est de l'ordre de l'intention mais pas de l'accident. L'orientation vers l'esthétique est également une notion déterminante elle différenciera par exemple le bruit du son, ou encore le cri de surprise et la note tenue d'un chant.

L'être humain dispose normalement de cinq sens pour percevoir le monde extérieur et répondre à ses besoins. Les stimulus parviennent à différents capteurs sensoriels, qui transmettent les informations par le réseau complexe du système nerveux. Le ressenti est alors traité de manière sophistiquée, passant par différentes phases de la cognition, analysant, triant et regroupant les données utiles, formant une image complexe, un représenté, soumis à la mémoire, aux expériences passées et stockées. Tout ce processus d'impressions va permettre d'amorcer une intention qui sera une réponse à un stimulus extérieur et se manifestera dans la plupart des cas par une structuration corporelle, un élan et une action. L'information donnant l'ordre neuro-musculaire nécessaire à l'action est retransmise par le système nerveux. Le ressenti corporel et l'auto-régulation motrice sont à la base de l'accord entre notre intention et notre action.

A/2 . L'Art a un impact physique, psychique et social, sollicitant l'impression, l'expression, la communication et la relation.

A/2 . 1 . Le rayonnement d'une œuvre et plus largement, «le beau» dans l'Art et la nature, provoquent des expériences de gratifications sensorielles et de représentations (représentés) propres à chacun.

Chaque gratification sensorielle qu'elle soit positive ou négative, laisse une trace parmi d'autres, comme un palimpseste. Le rayonnement d'une œuvre, si elle entre dans notre champs de captation, va toucher nos sens et selon notre sensibilité va demander un effort de concentration ou focalisation, une certaine appétence sensorielle afin d'écarter les phénomènes associés perturbateurs. On capte le son d'une musique et orientons notre attention pour la reconnaître ou l'apprécier. Dans un sens plus large, lorsque l'on regarde le monde, nos yeux ne se posent pas au hasard sur les choses. Si l'on remarque une tache d'huile au sol, un foulard ocre qui s'envole, c'est parce que ces choses nous attirent d'une certaine manière, elles nous parlent, elles font

écho. Pourquoi ne vous êtes-vous pas arrêtés sur l'intonation d'un passant plutôt que sur ses mains noueuses ? Cesare Pavese, dans ses textes, décrit une chose qui donne matière à réflexion : « On ne voit jamais une chose pour la première fois, mais toujours une seconde fois : quand elle se lie à une autre. »

Ce sont les images antérieures, notre expérience du monde, nos représentés, qui nous donnent une certaine sensibilité, nous font signe, nous rendent attentifs aux images présentes. Un peu comme si dans chaque image on percevait à la fois un fait immédiat et une ombre d'expérience antérieure. Cette impression que tout ce qui parvient à nos sens est jaugé, effleurant les souvenirs. C'est dans cette abondance perpétuelle de sensations que les strates antérieures influent à chaque instant et dirigent notre attention et nos intentions. Ces échos, qu'ils proviennent de souvenirs réels, d'images construites et reconstruites ou même de souvenirs d'images, sont là présents et ils nous constituent en tant qu'individu.

« [...] Quand je me promène à travers la ville, je ne conduis pas consciemment mes yeux de ceci à cela ou à cela [...] Mais la plupart du temps les choses ne cessent de se présenter d'elles-mêmes et elles sont triées dans ma tête. Quelques-unes des choses qui se présentent d'elles-mêmes font vibrer quelques cordes, par exemple par leur couleur, par ce qu'elles représentent, et je commence à les regarder, je commence à réagir à tel ou tel détail. [...] »

Il y a toujours quelque chose qui vient de la chose vue, un rayonnement et quelque chose qui vient de celui qui regarde, et l'idée qu'une dominante comme la photographie serait le résultat d'une volonté de capturer un morceau de réalité, une image unique qui renferme son propre sens, sa propre émotion. Mais ce serait oublier que l'oeil qui cadre a son propre passé qui l'influence et qu'il met en évidence des images absentes que lui seul peut connaître.

En peinture, on retrouve ces mêmes questionnements, il semble. Beaucoup de peintres, même ceux dits « réalistes », subissent, consciemment ou non, l'imprégnation d'images sur-imprimées quelque part en eux, que ce soient le cadrage de scènes de films, d'une atmosphère ou d'oeuvres diverses. Lorsque qu'on construit une image, elle en dissimule de multiples. On peut apercevoir comment les images issues de notre mémoire surgissent dans notre perception présente, de la même manière que si l'on n'appréhendait la réalité qu'à travers le filtre de nos expériences.

L'organisation spécifique du cerveau de chacun influence également la façon dont on perçoit ce que l'on regarde et la façon dont on produit. Ces particularités proviennent de différences personnelles du traitement de l'information et des émotions liées à la physiologie et à l'anatomie de cérébral.

A/2.2. L'impression et l'expression sont la base de la communication permettant d'entrer en relation les uns avec les autres.

«Chaque mot, chaque trait, nous est insufflé par notre époque et par les circonstances. Les liens les aspirations relèvent du passé et du présent. Il est donc impossible d'agir, de penser arbitrairement et indépendamment d'eux. D'une certaine manière ceci est réconfortant puisque chaque individu est en quelque sorte entouré, lié par la contemporanéité.» (

Gerhard Richter, Texte, écrits d'artiste/ relecture, les presse du réel, collection relecture, 1999.) (Art contemporain et lien social, de Claire Moulène, ed. imaginaire : mode d'emploi, prendre le monde tel qu'il est et voir ce que les artistes en font, 2006)

Nous avons vu auparavant que le mouvement et l'échange était la base de la vie, l'impression et l'expression en font partie. Dès la naissance, les ressentis produits par nos besoins sont exprimés pour qu'il soient satisfaits par un tiers au vu de notre dépendance. Cette expression devient communication lorsque l'échange se fait l'un après l'autre dans un langage commun. Au delà de la communication, ressentir ensemble et au même moment les choses et les partager, nous fait entrer en relation avec l'autre. L'être humain est un être sociable qui doit devenir social. Personne ne vit totalement hors d'une société ou même d'une culture, on se positionne par rapport à elles. L'individu a une place ou la cherche, dans la communauté des Hommes. Pour l'artiste donner à voir une production, la présenter en tant qu'œuvre d'Art et la faire reconnaître

par le traitement mondain en tant que tel est une étape importante. Elle permet d'entrer en communication, proposer son œuvre en tant qu'objet rayonnant au contemplateur, de s'exposer à la critique, puis d'entrer en relation avec ses contemporains. L'œuvre, ou sa trace, entre dans la culture à son tour et nous pouvons noter qu'une fois reconnue comme œuvre d'Art, il peut s'installer une sorte de postérité qui importe à beaucoup de personnes d'un point de vue spirituel. Nommé une chose, la représenter, c'est lui donner une existence hors de sa présence, pour certains c'est la mort de la chose elle-même puisqu'elle existe au delà de sa matérialité. C'est ainsi qu'une personne, ou une chose, peut continuer d'exister dans les souvenirs et les traces de son existence, même après qu'elle ne soit plus. Le langage et la culture sont donc des produits d'un collectif d'esprits conscients, accumulés au fil des générations et façonnés par les expériences précédentes. Ils sont intégrés dans un réseau de significations, d'intérêts et de réciprocity et d'échanges. La physiologie de l'empathie et le désir de partager des émotions font de la culture une notion essentielle pour l'être humain.

A / 3 . L' Art peut intervenir dans les besoins physiologiques, de sécurité, d'estime, d'appartenance et de réalisation de l'être humain, exposés par Abraham Maslow ou dans l'interdépendance des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Handerson.

Abraham Maslow a représenté l'organisation des besoins fondamentaux de l'être humain sous la forme d'une pyramide afin de construire efficacement les liens d'importance et d'interdépendance. Les premiers besoins sont physiologiques. Si l'Art n'a pas d'impacts directs sur la soif, la faim, le sommeil, etc. il peut avoir un impact physiologique indirect. L'Art peut apporter des gratifications sensorielles positive par le plaisir perceptivo-cognitif qui, après plusieurs études par les neuro-sciences, ont déterminé l'activation des centres de plaisir et la production de neurotransmetteurs pouvant avoir des répercussions physiologiques positives. Dans la pratique artistique, le contrôle de la matière y compris temporo-spaciale et la maîtrise de techniques ont une place importante dans la confiance en soi et en l'avenir. C'est un des points qui soutiennent le deuxième besoin fondamental, le besoin de sécurité, qui comprend la stabilité de l'environnement, la protection face aux dangers, et la maîtrise des éléments extérieurs, etc. Spécifiquement, les arts-plastiques, (qui sont les Arts façonnables et modelables), donnent la possibilité de transformer la matière, de modifier, ajouter soustraire à l'œuvre sensible ; ils favorisent le sentiment de sécurité, de contrôle, de maîtrise des choses extérieurs, d'intégrité et ils favorisent l'autonomie. Le troisième besoin, celui d'appartenance, est fortement lié à l'Art puisque comme cité auparavant l'Art place l'être humain dans un contexte et une culture. La pratique de l'Art est un moyen de s'exprimer, de partager, d'entrer en relation, de faire partie d'un groupe, de s'encre dans la culture, et de déterminer son statut. Le besoin fondamental d'estime de soi peut être abordé en Art par l'accord entre l'identité et la personnalité de l'individu. Mais il s'appuie aussi sur l'affirmation de soi, par l'affirmation d'un style par exemple, l'amour de soi, par le plaisir ressenti à être dans (et par) les gratifications sensorielles, et la confiance en soi, par l'acquisition et la maîtrise de techniques. Le besoins se réaliser et de s'accomplir dénote un désir de développement personnel. L'Art, dans sa créativité, est un processus qui demande de multiple compétences, comme de la curiosité, de l'imagination, de l'apprentissage, un esprit critique, etc. Autant de potentiels a développer qui engagent le développement personnel.

Virginia Handerson a développé les besoins fondamentaux d'une manière différente et en quatorze points, autrefois infirmière elle les aborde au regard d'une démarche de soin et tout thérapeute devrait les garder à l'esprit. Néanmoins cette organisation plus précise, garde une même dynamique. L'Art peut avoir un impact dès le quatrième besoin répertorié, qui est se mouvoir car la pratique artistique engage le corps et l'esprit, l'autonomie et l'indépendance. Il aborde aussi la communication, la spiritualité, l'estime de soi, le divertissement, le développement personnel, etc.

B / Les arts plastiques et la musique ont des spécificités qui se dégagent des autres formes d'arts.

B / 1 . Des dominantes qui stimulent tous les sens, en multipliant les formes et les matières.

Le domaine des sensations est complexe, l'esthésie est l'association des mécanismes sensoriels. Si l'anesthésie endort les sens l'esthésie est à l'origine des gratifications sensorielles, notamment les positives qui procurent un certain plaisir. Dans l'étude de ces gratifications sensorielles positives nous trouvons l'esthétique, qui, rappelons le, est la science du beau. S'il est possible de distinguer les dominante artistiques par leur mode de captation on dénote que la plupart jouent avec la relation entre les différents sens. Outre les sens privilégiés sollicités par la dominante comme la musique, l'écoute, la sculpture, le toucher, la peinture, la vue, etc. Il existe des techniques dites «mixtes» comme le cinéma qui sollicite vue et ouïe au même titre, qu'en est-il de la poésie, doit-on la lire ou la dire ? Au-delà de ces techniques dites mixtes on constate qu'en plus d'une captation principale dans toute dominante on a une captation globale. Si je joue de la flûte traversière le son sera bien évidemment un élément principale mais avant même de jouer, cet objet a une matière, une densité, et une couleur, une brillance, j'ai d'abord une vision puis un touché avant d'apporter un son. Autant de phénomènes associés, positifs ou négatifs selon l'individu, qui font partie intégrante de la dominante, et qu'il faut prendre en compte. La peinture peut être pour certains, uniquement un objet tactile riche ; et la poésie, comme la poésie concrète, uniquement sonore. Il ne s'agit en aucun cas de se submerger de dominante ou de matière sonore, visuel, tactile, proprioceptive, etc. Mais de comprendre pour chaque dominante tous les paramètres sensibles associés, pour les contrôler ou les mettre à profit. Parfois il s'agit simplement de parvenir à adapter cette dominante à la situation rencontrée. On comprend bien qu'apporter l'Art dans une chambre stérile par exemple demande une grande adaptabilité.

B / 2 . Des dominantes qui touchent le ressenti, le représenté, la saveur et le savoir.

B / 2 . 1 . Des dominantes qui valorisent les émotions et les sentiments, sollicitent les expériences et la mémoire de la personne.

En sollicitant les sens de manière diverse on va produire différents ressentis qui peuvent faire appel à certaines émotions selon les expériences de chacun. Notre perception individuelle du monde est un théâtre d'illusions formé par notre ressenti du réel et traduit par notre imagination. C'est à travers l'interprétation de tous nos sens, et nos connaissances acquises influencées par le contexte, nos capacités cérébrales, l'observation des éléments extérieurs comme la distance ou la lumière, que nous voyons le monde, et le monde de l'Art. C'est l'entièreté de la personnalité et de la mémoire de la personne qui regarde, qui intervient. Au cœur de notre cognition les représentés, la mémoire, notre imaginaire, tout est donc lié dans des processus complexes et reliés de manière personnelle suivant nos prédispositions génétiques et les particularités de nos expériences. Ainsi lorsque l'on évoque par exemple «une chèvre», selon notre affinité, nous nous représenterons tout d'abord l'image d'une chèvre, ou peut-être le touché dru de son poile, son odeur de poussière et de foin, le son qu'elle produit, etc. Sans parler forcément de synesthésie, ce phénomène par lequel plusieurs sens peuvent être associés, la complexité des expériences qui nous constituent et font que nous sommes «qui» nous sommes ; est un composé d'éléments sensoriel, raccroché souvent à une valeur affective, aux émotions et aux sentiments. C'est ainsi qu'un parfum peut rappeler, celui d'une grand-mère et le toucher de ses cheveux fins. On a aujourd'hui de nombreux exemples : un enfant atteint de trouble autistique peint en rouge car ce qu'il aime dans les tomates c'est leur couleur ou encore une personne atteinte de démence dont l'expression est en baisse, chantera les paroles d'une chanson sans se souvenir de la manière dont elle l'a apprise. L'Art permet également d'exprimer et représenter des notions abstraites comme la douceur ou le calme, etc. Des notions qui demandent des éléments référents auxquels on attribut la qualité que l'on essaye d'exprimer. Ainsi on évoquera une plume ou du

coton pour décrire la douceur ou l'on pourra reconnaître qu'une musique à mélodie entraînante et joyeuse sans pouvoir décrire directement cette notion abstraite.

B / 2 . 2 . Les Arts plastiques valorisent non seulement la réflexion, la logique et la mémoire procédurale mais développent l'imaginaire et l'imagination.

En face d'une tâche, l'enfant invente une sorte de no man's land, aire intermédiaire et infinie d'expériences, aire de repos, dans laquelle la nature des objets n'est pas contestée. Si l'artiste se trouve dans cette aire intermédiaire, elle n'apparaît plus comme un lieu de repos, mais comme un lieu d'intenses mouvements psychiques où s'élaborent les objets au statut encore incertain. Là se tend et se forme le compromis dans cette tâche sans fin de séparation et de liaison entre le subjectif et l'objectif perçu.

Plus la faculté à se représenter mentalement les choses est développée plus il y a de matière pour l'imagination. Prenons un exemple simple pour illustrer notre propos. Tout le monde peut se représenter un crocodile et un lion, ce sont des images stockées dans notre imaginaire. L'imagination elle nous permet de nous représenter ce que pourrait être un «crocolion» il sera différent pour chacun. En partant d'une idée et d'une intention l'individu va devoir élaborer une stratégie et une suite d'actions pour mettre en forme un fond. Il va devoir réguler ses mouvements, et s'adapter pour parvenir à un idéal esthétique. C'est à dire qu'il va devoir exploiter ce qu'il sait et les éléments dont il dispose pour imaginer des solutions et évaluer leurs pertinences et leurs efficacités. Il a été défini auparavant l'intelligence, nous avons ici également une notion de logique et de réflexion. Pouvoir enchaîner des actions dans un processus et un but, signifie aussi connaître ou imaginer les causes et les conséquences de nos actes, et apprendre au fur et à mesure les expériences qui en découlent pour s'adapter. Autant d'éléments qui enrichissent les représentations de notre imaginaire et stimulent nos capacités à composer des formes, imaginer, produire des liens, développer notre créativité.

B / 2 . 3 . La musique a le pouvoir d'unifier émotion, cognition et action dans une même expérience .

La musique parvient à activer deux larges réseaux neuronaux intimement liés, qui assurent des fonctions psychologique et physiologiques complémentaires pour l'adaptation. Elle engage à la fois un réseau neuronal dédié à la gestion des actions orienter vers le monde extérieur et un autre orienté vers les processus psychique tournés vers l'intérieur. Le premier organise le comportement de l'individu dans le temps et dans l'espace, sollicitant constamment le couplage perception et action, l'attention, etc. Il s'enchevêtre avec un réseau qui implique les pensées, les émotions les relations sociales, etc. Le terme d'émotion renvoie à une expérience à la fois intime et psychologique vécue par tous : il n'y a pas une journée sans que nous ressentions des émotions plus ou moins fortes qui font parties de notre existence et de nos comportements. Parmi ces émotions certaines sont induites par les activités artistiques notamment par la musique qui est capable de susciter des émotions riches et variées par la simple écoute. Elle a une place privilégiée dans sa capacité à véhiculer et faire partager les émotions. Elle occupe une place unique de par les mécanismes qu'elle implique simultanément, des ressentis archaïques aux processus cognitifs élaborés comme la mémoire et l'anticipation. L'analyse auditive de la musique, localisée au niveau cérébral dans le cortex temporal supérieur (l'aire auditive), et dans le lobe frontal inférieur (traitant des notions abstraites comme la tonalité ou la valence) interagissent avec un ensemble de structures cérébrales qui sous-tendent les émotions induites par l'écoute musicale. La sensation de plaisir face à la musique, ses conséquences et la question de ses effets thérapeutiques seront évoquées plus loin dans cet écrit.

B / 3 . Les Arts plastiques et la musique demandent un engagement corporel et l'apprentissage de techniques.

B / 3 . 1 . Le pouvoir d'entraînement de l'Art provoque une intention, une structuration, et une poussée corporelle vers l'action.

La musique par l'engagement simultané de multiples mécanismes, dénote un impact fort vers la poussée corporelle, une tension naturelle vers le mouvement. On a tous un jour tapé la mesure du bout du pied sans même y avoir porté attention. On peut même observer l'amorce d'un mouvement à la vue d'une personne qui danse, ne serait-ce que par la tension provoquée par les neurones miroirs. Les arts plastiques quant à eux, ont la particularité de s'adresser directement, par le ressenti visuel, à nos représentations du monde, nos représentés et l'impact mnésique qui s'en suit. Les arts plastiques créent des espaces de couleurs et de formes où l'on projette notre vision du monde. La musique aussi crée un espace, un espace sonore, mais si l'esprit pense avant tout par images, les Arts visuels ont un rapport privilégié entre l'œil et la main, le représenté et le geste. La persistance d'un point sur une feuille permet une mise en espace dès la production d'un deuxième, alors que sans la présence de différentes sources sonores, les notes, les unes après les autres, s'inscrivent avant tout dans le temps. Tout les éléments sensitifs et cognitifs d'une dominante font partie intégrante de celle-ci. Devant une sculpture, on a d'abord un rapport visuel dans la contemplation de la lumière qui dévoile la perspective des volumes, mais c'est le rapport tactile qui est privilégié dans sa production. A sa vue on voudrait la toucher... La matière et le geste opérés par l'auteur sont ressentis dans la contemplation, le représenté n'est donc pas une simple image, on capte une intention, un geste, un fond et une forme, un idéal esthétique, une expression qui nous communique quelque chose, ou non. Si elle provoque une intention chez le contemplateur et une action à son tour, peut-on dire qu'il entre en relation alors qu'il s'agit d'une œuvre et non de l'auteur ? La notion est-elle différente lors d'un concert ? L'Art diachronique met l'œuvre et l'expression qu'elle véhicule dans un autre espace-temps, mais l'auteur et son style est toujours derrière l'œuvre. Toutefois nous pouvons constater que l'individu qui cherche une gratification sensorielle positive a deux voies qui s'offrent à lui. En savourant une œuvre d'Art existante, ou en produisant lui-même ces gratifications. C'est ainsi qu'en écoutant la radio, la beauté, ou le plaisir ressenti dans la contemplation, peut nous entraîner dans le renforcement de cette saveur et nous surprendre à chantonner nous-mêmes ou à marquer le rythme. Un ressenti peut produire une intention qui amène vers une structuration du corps, et une poussée vers une action.

B / 3 . 2 . Une expression volontaire orientée vers l'esthétique fait appel à des techniques et à des apprentissages de formes engageant le corps, pour répondre à un fond, une intention.

En Art, l'intention (qui signifie étymologiquement : en tension vers) est l'association d'une volonté et d'une orientation esthétique. Dans un premier temps plus ou moins déterminé elle doit se préciser pour entrer dans le champs du réalisable. S'élabore en parallèle une stratégie pour la matérialiser, accordant fond et forme dans une adaptation constante pour répondre à un idéal esthétique. La mise en œuvre requiert des savoir-faire, une technicité, une auto-régulation au regard des contraintes physiques, psychiques et matérielles. Autant que dans l'intention initiale, les techniques et adaptations mises en œuvre pour réaliser une production reposent sur la créativité et l'imagination de l'auteur. Le ressenti corporel est important dans l'activité artistique, il permet l'auto-régulation motrice et produit des sensations propres à déterminer l'esthétique. La structure corporelle organise les différents segments du corps au vu de l'activité et produit une représentation schématique du corps qui donnera la notion de «schéma corporel». Cette structure corporelle est la résultante du ressenti corporelle et du traitement sophistiqué qui lie l'intention d'action et les ressentis physiques adaptés pour réaliser cette motricité. La poussée corporelle est l'énergie nécessaire à l'expression de l'intention, c'est le pouvoir d'entraînement de la masse corporelle. La psychomotricité est le passage étendu entre le traitement archaïque, le traitement sophistiqué et la poussée corporelle.

B / 4 . Les Arts plastiques qui ont la particularité d'être diachroniques sont complémentaires avec la musique, qui elle, est synchronique.

Ressentir nos gestes dans leur traces visuelles, tactiles ou auditives, permet de les réguler, de s'adapter, de s'auto-évaluer, et favorise l'indépendance et l'autonomie. Les arts plastiques impliquent une distance entre la production, l'œuvre d'art objet et l'artiste en temps que sujet. Cette distance amène naturellement une conscience d'être puisqu'il y a le sujet (l'auteur), le geste, la trace et donc l'objet qui n'est pas «lui» mais qui provient de lui. En musique l'action et la production sont simultanés. On ne revient pas sur ce qui est joué mais, en adaptant notre action aux ressentis que l'on en a, on corrige et produit à nouveau. Bien sûr l'enregistrement permet une mise à distance de la production, et l'œuvre finale se dissocie de l'entraînement dont l'auteur a besoin pour y parvenir. Disposer de la trace d'une action permet de la comprendre dans son intensité, sa précision, sa qualité. La trace de notre action rayonne, elle est captée de nouveau par nos sens et soumise à notre capacité critique, le geste qui l'a produite sera adapté et rajusté à l'intention initiale. Il s'exécute un va et vient entre ce que l'on veut faire et nos capacités de réalisation. On apprend à chaque geste. L'adaptation de la technique en fonction des contraintes et des besoins amène à une indépendance des gestes et c'est en faisant ses propres choix, et en choisissant sa conduite dans l'activité artistique, que l'artiste peut développer son autonomie. Au même titre que nous percevons le monde de manière personnelle, nos intentions et nos actions sont imprégnées de notre personnalité. L'auteur en tant qu'être humain répondant à sa nature par ses capacités propres, se distingue dans son individualité et se donne une appartenance à la communauté des Hommes. C'est par ses particularités, sa personnalité, qu'il se distingue et c'est par elles qu'on le reconnaît. L'expression de la personnalité de l'auteur dans et par son œuvre marque non seulement le style de celui-ci mais également son engagement. Au contraire de la musique qui par sa nature sonore est difficile à dissimuler aux autres, les arts-plastiques peuvent se pratiquer de manière isolée. Cette nuance permet à l'auteur de montrer ce dont il a envie quand il en a envie, sans porter au jugement ses phases préparatoires, tant que son idéal esthétique n'est pas satisfait. Cela lui garantit également de disposer de sa production, de l'offrir, la vendre, la détruire, l'exposer, etc. selon la valeur qu'il lui donne, la manière dont il l'assume, ou simplement son désir de communiquer. Donner un titre, dater et /ou signer une production est parfois la manière de lui donner une reconnaissance, une reconnaissance en tant qu'œuvre. Cela peut également lui donner une précision, un ancrage dans le temps et l'histoire, ou l'assumer comme production achevée. Ce geste peut aussi la confirmer en tant que chose matérielle et indépendante, comme la naissance d'un être fait de matière non animée.

On peut donc dire que mettre à distance sa production permet d'en disposer, de faire les choix de la donner à voir, de la jeter, de l'offrir, d'en parler, de rentrer en communication et en relation, ou non.

Il est possible que laissée à elle-même, l'évolution effacerait notre culture et notre histoire, ce sont les traces stables de notre parcours humain qui les conserve et par là même notre dignité. Conscient de sa finitude, l'Homme a toujours cherché à se protéger de la mort et à se projeter au-delà. La religion, l'Art, les narrations, font partie, de manière objective, des stratégies de sa postérité. Que reste-t-il des personnes quand elles ne sont plus, si ce n'est les traces qu'elles ont laissées dans la matière, le temps, l'espace et les esprits. Les œuvres d'arts permettent une communication indirecte et durable qui offre une relation entre l'auteur et le contemplateur, même si la présence de la production induit souvent l'absence de ce premier.

III / Les personnes atteintes de troubles neurologiques prises en charge en rééducation peuvent trouver dans l'art-thérapie des moyens d'améliorer leur qualité de vie.

A/ L'art-thérapie à une place au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soin en clinique de rééducation.

A / 1 . L'art- thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.

Depuis toujours, l'homme est attiré par la beauté, et l'intègre à sa vie. De nombreux philosophes se sont penchés, et ce, depuis Platon, sur l'implication physique et spirituelle de l'homme face à l'Art.

Depuis la fin du XIXème siècle et le début du XXème, l'intérêt porté à l'esprit humain à amené l'activité artistique dans les lieux de soins psychiatriques, donnant naissance à l'art-thérapie. Seuls les arts plastiques en premier lieu étaient considérés, il fallu attendre les années 1960 pour que l'art-thérapie concerne l'ensemble des techniques artistiques. D'abord par la contemplation puis par l'activité artistique, l'art-thérapie entre aujourd'hui dans la voie de la thérapeutique et s'extrait de la seule notion psychologique. En définissant l'esthétique comme sa science du Beau, l'Art s'éloigne de la simple distraction. L'artisanat se distingue de l'Art (et de l'artiste) séparant les disciplines de l'ergothérapeute et de l'art-thérapeute. Travaillant toutes deux pour la bonne santé de l'être humain et sa qualité de vie, elles se distinguent par les objectifs, les moyens et les méthodes mis en place dans leurs projets thérapeutiques. Si l'art-thérapie comporte alors des similitudes avec d'autres professions paramédicales et thérapeutiques, elle s'en dégage par la modalité particulière de l'exploitation du pouvoir et des effets de l'Art dans son processus de soin. Cette discipline s'adresse particulièrement aux personnes pénalisées dans leur qualité existentielle. On peut donc dire que si l'Art n'a pas de pouvoir thérapeutique en lui-même, l'art-thérapeute va exploiter le pouvoir expressif et l'effet relationnel de l'activité artistique dans un but sanitaire. L'art-thérapeute occupe alors une place particulière au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soins par son savoir-faire, les moyens et les méthodes qu'il emploie.

A / 2 . L'art-thérapie exploite les parties saines de la personne dans un protocole de soin.

En travaillant avec des personnes atteintes de troubles neurologiques, l'art-thérapeute va stimuler et orienter les ressources et les acquis restants de la personne, et raviver un regard positif sur elle-même. Devant des pénalités psychomotrices ou motrices, il peut aider la personne à exploiter ses parties saines et/ou à pallier les mécanismes dysfonctionnant. Suivant les pénalités, l'art-thérapeute va allier des moyens et des méthodes dans un objectif thérapeutique. La qualité de vie sera avant tout un élément crucial dans l'orientation de ses prises en charge car elle implique indéniablement la bonne santé. Cependant, comme l'amour de soi, la confiance en soi, l'affirmation de soi, le ressenti, la poussée corporelle, la motricité, l'expression, la communication et la relation sont autant d'éléments qui permettent à l'être humain d'avoir l'expérience de sa propre existence nous parlerons aussi de qualité existentielle.

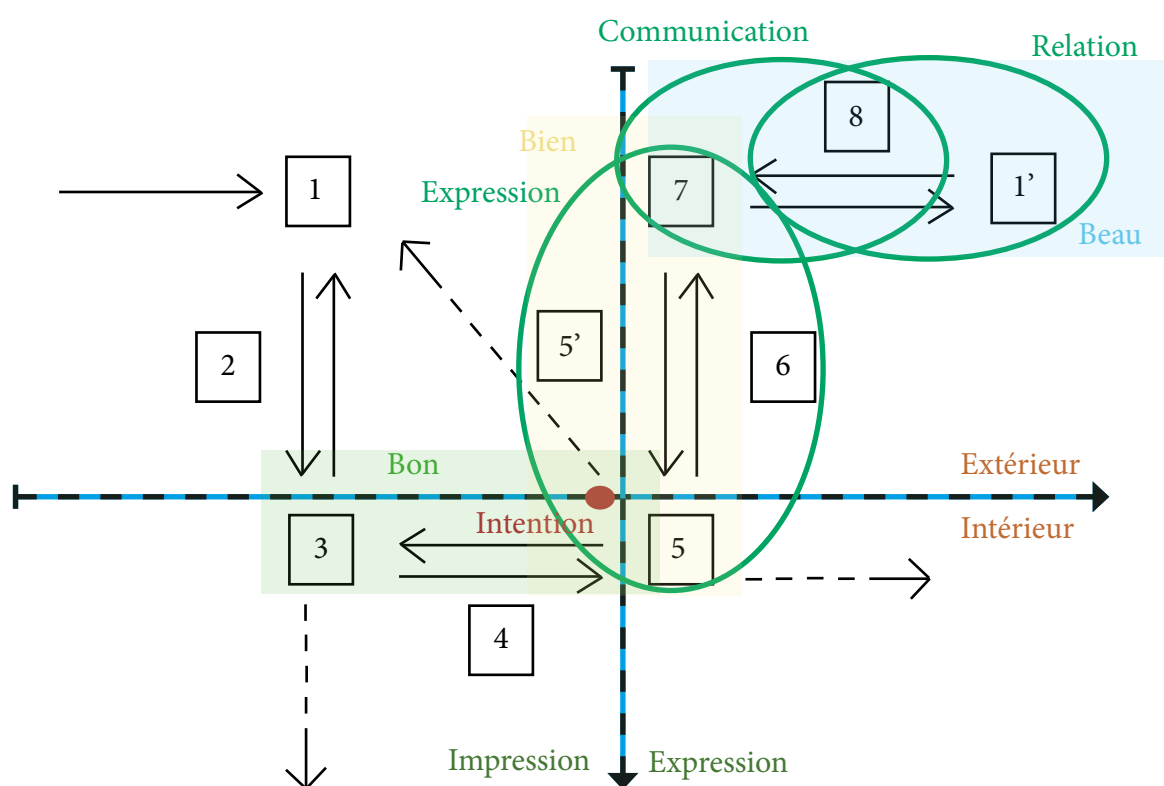
B/ L'art-Thérapie a des méthodes et des outils propres à sa discipline.

B / 1 . L'observation du phénomène artistique et la connaissance de l'opération artistique va permettre d'identifier les objectifs thérapeutiques et proposer des stratégies.

Il est primordial de fonder une démarche thérapeutique sur des critères objectifs. C'est dans cette optique que l'AFRATAPEM et les facultés de médecine affiliées ont mis en place une méthodologie et des outils particuliers visant à apporter de l'objectivité à la discipline d'art-thérapie qui implique de fait une part de subjectivité. L'art-thérapie va pouvoir, grâce à ce travail de recherche, établir des protocoles thérapeutiques spécifiques pour atteindre des objectifs précis.

L'opération artistique est un outil de l'art-thérapeute organisant un ensemble d'éléments mis en interface entre les mécanismes humains et l'activité artistique. Pour chaque stimulation sensorielle d'un individu, un enchaînement de processus se met en place donnant lieu à de nombreuses possibilités. Cet outil étant pensé au regard de l'être humain en bonne santé, il permettra de détecter, de comprendre et de porter attention aux difficultés et perturbations rencontrées dans ses différentes phases par des personnes présentant des pénalités. Les difficultés rencontrées dans les mécanismes de l'opération artistique sont nommées «sites d'action». Ils déterminent et spécifient des objectifs intermédiaires sur lesquels il convient de travailler par niveaux d'organisation et par la résolution de cibles thérapeutiques qui gèrent les progressions, afin d'atteindre notre objectif général.

Schéma 1 : Schéma de l'opération artistique



Au début de toute chose il y a un contexte, c'est à dire un «avant» qui comporte tout élément culturel, social, environnemental, etc. dans lesquels nous baignons dès notre naissance. C'est ce qui permet de dire aujourd'hui qu'il y a peu (ou pas) «d'autodidacte» en tant que tel et que c'est une notion fragile car rien ne sort totalement de nulle part sans éléments d'influence. C'est pour cela d'ailleurs que ne sera pas utilisé le mot «création» dans cet écrit où nous préférons parler de «créativité».

Phase 1 : Dans le décor permanent du monde sensible qui nous entoure, des éléments se posent comme accidents spatio-temporels auxquels on peut attacher une notion esthétique, comme une chose artistique du monde, ou plus concrètement une œuvre d'Art.

Phase 2 : La double flèche représente ici à la fois le rayonnement sensible de l'accident spatio-temporel ou de l'œuvre, disposé à la captation par nos récepteurs sensoriels, et le retour de notre focalisation, de notre appétence sensorielle pour trier et capter davantage d'éléments informatifs.

Phase 3 : Le traitement archaïque de l'information repose sur la captation des informations par les organes sensoriels, les informations sont transmises et traitées par le système neurologique ou neurovégétatif, donnant lieu aux ressentis corporels et aux réflexes dans un souci de sécurité (qu'il soit moteur ou affectif). Il détermine donc l'impact sensoriel des éléments captés.

Phase 4 : Le traitement sophistiqué de l'information prend le relais et aux mécanismes archaïques s'imposent les mécanismes psychologiques. Les informations sont stockées et confrontées à la mémoire, aux connaissances et à l'intelligence. Elles s'inscrivent dans les mécanismes d'abstractions, et assurent un représenté, une représentation à ajouter à l'imaginaire et disponible à l'imagination. Ces processus sont propres à chacun, et font partie intégrante de la personnalité de l'individu. C'est dans cette phase que peut se développer une intention lorsque ce cheminement entraîne une réaction. Le va et vient entre le ressenti émanant du traitement archaïque et la réaction qui en découle confirme l'intention. Elle sera le passage entre l'impression et l'expression. Dans l'intention s'établit une structuration (telle une disponibilité) du corps et de l'esprit.

Phase 5 : La poussée corporelle, la volonté peut de fait entraîner le corps. L'intention impulse une stimulation motrice (même si celle-ci est une volonté d'immobilité, la résistance au mouvement est intentionnelle). C'est la tension vers l'action voulue. Celle qui nous donne l'impulsion de l'action, comme sauter d'un plongeur ou de se lever sur une musique. C'est l'instant où le corps suit la volonté. Dans certains cas la volonté n'est simplement pas orientée vers l'esthétique et la poussée corporelle sort donc de l'opération artistique.

Phase 5' : La contemplation est une volonté à part entière et revient à l'élément spatio-temporel initial. Le contemplateur est impliqué activement dans l'attention portée et l'attitude physique adaptée à la contemplation. A la différence de la phase 2, l'intention repose sur la volonté de capter avec plus d'intensité, et plus l'intérêt est grand plus la contemplation peut être intense empêchant parfois d'autre action, et parfois au contraire propice à l'élaboration d'une nouvelle intention.

Phase 6 : La technicité mise en œuvre dans l'action sous l'égide de la volonté, orientée ici vers un esthétisme et même un idéal esthétique. L'action s'organise au regard de l'intention, s'instaure alors un va et vient entre la poussée corporelle et la réalisation pour réguler le savoir faire et l'organisation motrice et l'accorder à l'intention. On passe du «vouloir» du domaine spirituel, au «pouvoir» dans la matérialité des choses en impliquant de nombreux paramètres comme la psychomotricité, la coordination des gestes la préhension des sens, etc.

Phase 7 : La production en cours ou terminée s'inscrit dans le temps et l'espace. Elle est une résultante des phases antérieures et soumise au même titre que l'accident spatio-temporel initial, à la captation par les sens permettant une auto-régulation visant un idéal esthétique accordant un juste rapport entre le fond et la forme.

Phase 8 : Soumettre la production au traitement mondain est un va et vient entre le fait de donner à voir et d'en recevoir le regard critique. L'auteur qui présente une œuvre d'Art doit la valider par le regard de ses contemporains. Bien entendu au regard de l'art-thérapie cette validation doit être préparée car elle repose sur de nombreux paramètres notamment ceux de l'estime de soi. Durant cette phase, ce qui a été exprimé permet d'entrer en communication et dans le cas d'un ressenti partagé, d'un sujet commun, d'entrer en relation.

Phase 1' : Une nouvelle œuvre, accident spatio-temporel esthétique, entre dans la culture et est sujette à perpétuer les multiples opérations artistiques de tout à chacun.

Le phénomène artistique est la partie observable de l'opération artistique. Elle est essentiellement composée de l'intention, de l'action et de la production, observée dans l'expression, la technicité et la réalisation et qui amène l'expression, la communication et la relation. L'intention dans l'activité artistique va déterminer l'orientation esthétique de l'action (ou au contraire s'en détourner), elle va donner un but ou la volonté de mettre en forme l'idée et/ou le ressenti. Elle va également déterminer le va et vient, ou le passage entre l'Art

qui repose principalement sur le ressenti sans apporter d'importance à la technique et l'ArtII où la qualité esthétique et le savoir faire dominant. L'intention donne naissance à une structuration, un engagement corporel et une action qui entre dans le champ des expressions quelles qu'elles soient.

L'art-thérapeute utilise la boucle de renforcement dans sa stratégie thérapeutique pour entretenir l'intention, l'engagement et donc l'expression auprès des patients. C'est un procédé par lequel le patient pénalisé va se retrouver, par des encouragements et/ou un évitement stratégique de l'échec valorisé et encouragé à recommencer. Au même titre que l'on ne peut se contenter de se parler à soi-même, la production artistique permet à l'individu une expression verbale et notamment non-verbale dirigée vers autrui. La production va permettre d'entrer en communication, sera reconnue comme œuvre, donnera un ressenti commun et/ou simultané et par la même, une entrée en relation les uns avec les autres.

Le cube harmonique est un outil d'auto-évaluation de l'activité artistique pour le patient. C'est une échelle graduant le plaisir ressenti dans l'ensemble de l'activité en dissociant le Bon, le Bien et le Beau. Il met en jeu la faculté critique de la personne, développe son goût, son style, son engagement personnel dans l'activité et provoque une réaction incitative à la transformation d'un état initial. Il donne la possibilité au patient de devenir acteur de son soin.

Le PAS, ou Programme d'Accompagnement de Soins, est l'ensemble des modalités mises en place entre les séances d'art-thérapie pour potentialiser les objectifs thérapeutiques recherchés.

L'art-thérapeute travaille en suivant un code de déontologie particulier qui s'accorde avec celui des professions paramédicales. Il est néanmoins tenu de connaître celui qui est partagé par l'équipe pluridisciplinaire avec lequel il travaille.

B / 2 . L'observation et l'évaluation vont permettre, de la manière la plus objective possible, de contrôler et quantifier les évolutions, réguler et adapter les interventions.

Le protocole thérapeutique est l'ensemble des éléments qui constituent l'intérêt, la faisabilité et la réalisation de l'activité thérapeutique auprès du patient. Une stratégie est mise en place au regard des objectifs établis avec le patient. Les modalités de prise en soin sont définies et les propositions seront adaptées au cours du cheminement thérapeutique. Les fiches d'observations vont ponctuer chaque séance. Elles vont être une mémoire, un élément de synthèse, de contrôle et de vigilance dans notre démarche de soins, elle permettra d'intégrer les informations et de les rendre opérantes. La première d'entre elles est appelée «fiche d'ouverture». Elle stipule l'indication médicale, le nom de l'indicateur, l'identité du patient, ses intentions sanitaires et celles de l'équipe soignante, un bilan sensoriel et moteur, les intentions esthétiques du patient. Il sera alors défini l'objectif général de la prise en charge, les objectifs intermédiaires provisoires, la nature des items d'observation, les stratégies envisagées et les modalités matérielles et temporelles de cette thérapie. Un bref rappel de ces éléments est la base de toute fiche d'observation qui s'en suit. Les méthodes et les moyens mis en œuvre sont décrits, ainsi que le phénomène artistique et les capacités relationnelles. Les éléments nouveaux (notamment concernant l'anamnèse), les modifications d'objectifs ou de stratégies seront également reportés à la fiche d'ouverture. On détaillera rapidement un bilan de la séance et une projection dans celles à venir. La fiche de clôture permet d'établir une synthèse et un bilan général de la prise en charge. Elle permet d'analyser l'ensemble des mesures d'items, de les rapprocher de l'objectif général et d'apprécier l'impact sur la qualité de vie du patient dans son quotidien.

C / L'art-thérapie fait le lien entre l'idéal esthétique et la qualité de vie, qui tentent tous les deux d'allier fond et forme.

C / 1 . L'être humain veut vivre sous une certaine qualité de vie dont l'amour de soi est un des fondements, l'Art-thérapie peut apporter des moyens pour l'améliorer.

C / 1 . 1 . Face à la douleur et la souffrance physique et psychique de l'être humain, le plaisir ressenti à être, peut s'amoinrir.

Il y a un rapport étroit entre les aspects mécaniques du fonctionnement du corps humain et les sensations archaïques qui les régulent. On appelle «savoir» les acquis génétiques des mécanismes fondamentaux et «saveur» les sensations liées à ces mécanismes. Le rapport entre le «savoir» et la «saveur» est un élément qui détermine la conscience d'être, d'être vivant, d'être humain.

Comme nous l'avons abordé auparavant les pénalités et les souffrances subies par une personne peuvent prendre le pas sur l'ensemble de ses ressentis. On comprend donc que l'amour de soi, qui est le plaisir ressenti à être, soit amoindri. Tout d'abord la personne doit pouvoir ressentir l'agréable, ou ce que l'on qualifie de «Bon». Pour moins ressentir la douleur physique et/ou psychique, la personne en souffrance peut malgré elle, «anesthésier» ses ressentis. Enfin le «Bon» sera l'alliance de la saveur et de l'intérêt de la personne pour le plaisir ressenti par cette saveur. Si la personne n'accorde plus assez d'intérêt à sa propre personne, elle ne portera pas d'intérêt aux éléments qui peuvent lui apporter du plaisir. L'art-thérapeute devra donc s'appuyer sur les capacités sensorielles et psychiques du patient afin de raviver et rééduquer sa faculté à prendre du plaisir à être, retrouver de la saveur, de l'amour de soi.

C / 1 . 2 . En exploitant les potentiels de la personne dans l'activité artistique, l'Art-thérapie peut raviver l'amour de soi par des gratifications sensorielles positives.

La résilience selon Marie Anaut, permet au patient, aux proches et aux soignants de voir au-delà des séquelles négatives, de les dépasser et d'appréhender les potentiels et les ressources du patient ainsi que leur environnement aidant face aux difficultés rencontrées. En travaillant avec les capacités préservées du patient et non sur le manque, la créativité va lui permettre de s'exprimer dans sa globalité et d'affirmer son existence. L'art-thérapeute, avant tout face à un être humain et non à un malade, utilise l'Art et son pouvoir d'entraînement pour activer les fondements humains, des plus archaïques aux plus sophistiqués.

Les séances d'art-thérapies s'adaptent à la personnalité de chaque patient ainsi qu'à ses potentiels.

Dans une séance d'art-thérapie, le patient va ressentir des gratifications sensorielles aussi bien lors des phases d'impressions que lors des phases d'expressions. Ces gratifications vont être à la base des plaisirs esthétiques. Elles seront à même de provoquer des émotions au gré des personnalités et induire des sentiments. Le moment agréable va amener à une recherche volontaire de ses gratifications sensorielles positives, vers les mécanismes relatifs à l'esthétique et au bien-être, et par la suite une orientation vers le plaisir esthétique.

Donner à la vie du sens, c'est aussi convoiter le plaisir et le goût de vivre. Si «vivre» induit une finalité, «exister» implique l'inscription de l'être humain dans l'histoire. On pourra parler de «saveur existentielle», le fait d'avoir conscience que la vie a un goût et que ce goût peut être «Bon». L'Art sollicite les éléments fondamentaux de la tension existentielle, le patient s'engage et conserve sa place dans le monde. C'est ainsi que même face à une santé faiblissante, on tente davantage aujourd'hui de maintenir et développer la qualité de vie des patients, pour qu'ils retrouvent leur nature et statut d'être humain.

C / 2 . L'être humain est toujours dans un devenir, l'Art-thérapie peut améliorer la confiance en soi et en les autres pour pouvoir se projeter dans l'avenir.

C / 2 . 1 . Ne plus avoir confiance en soi, en ses capacités, en les autres et en l'avenir ne permet plus de donner du sens à la vie, la personne ne fait plus qu'exister.

Les incapacités qui pénalisent un individu, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, peuvent occasionner un grand trouble dans son rapport au monde et à lui-même. Tout ce qui définissait sa manière de vivre, ses gestes, ses ressentis, ses expressions, sont à ré-envisager

sous un nouveau jour. Il doit ré-évaluer ses capacités et découvrir ses potentiels. La découverte de nouvelles limites et la représentation de son corps peut engendrer de fortes émotions négatives. L'atteinte de l'envergure de son potentiel touche directement le «style» de la personne, sa manière d'évoluer dans l'existence, l'expression de sa personnalité et de son identité qui transpire dans ses actes, ses envies, ses intentions du quotidien. Ne plus «être capable» ou ne plus se «sentir capable de...» peut paralyser toute intention d'entrer en action, car ne plus avoir confiance en ses capacités, c'est ne plus avoir confiance en soi, c'est se sentir démunie face à l'avenir, c'est perdre sa capacité à se projeter. Si l'être humain est continuellement dans un devenir, il est important qu'il ne reste pas dans une boucle d'inhibition, où son échec crée un retour de ressentis négatifs et le perpétue.

C / 2 . 2 . L'art-thérapie s'appuie sur des boucles de renforcements pour que la personne acquière des expériences gratifiantes, qui l'aide à se projeter et se sentir capable.

L'art-thérapie donne la possibilité au patient d'expérimenter, des situations, des gestes et techniques adaptées qui le conforteront dans l'action, devenue possible, de faire quelque chose de «Bien» fait.

L'art-thérapie va stimuler de manière à mesurer les ressentis liés à la qualité de l'action en sécurisant son approche par la maîtrise des moyens et des méthodes employées.

On notera que la beauté et la qualité sont deux choses différentes et toutefois liées. La beauté est une détermination particulière de la sensibilité de l'être humain, alors que la qualité est un complexe mélange de connaissances et de savoir-faire. Une tension esthétique peut aider un patient à dépasser ou oublier certaines pénalités techniques. La personne va alors pouvoir prendre une orientation esthétique dans son activité même si ses capacités techniques sont limitées, le travail principal sera donc tourné vers l'adaptation. L'art-thérapeute saura orienter le pouvoir de l'Art vers les qualités sanitaires du patient. Ainsi la stratégie (son comportement psychomoteur) pensée, adaptée et mise en place par le patient pour répondre à son intention et s'approcher au plus près de son idéal esthétique va engager des moyens et des méthodes, une technicité particulière qu'il devra auto-réguler. Le plaisir ressenti dans l'acquisition de techniques répond à ce besoin de l'être humain de se réaliser, de s'épanouir, de s'accomplir. Au delà de la confiance que le patient restaure, un sentiment de fierté amorce une boucle de renforcement, l'amenant à reproduire l'expérience gratifiante. En accordant la plus juste indépendance et le plus d'autonomie possible dans le dosage de l'aide relative à une transmission de savoir-faire, on pourra retrouver le style de la personne à travers et dans sa production. Se projeter dans l'avenir avec plus de confiance et d'avantage de plaisir ressenti à être, donne à la personne l'envie et la capacité d'envisager un projet de vie. Cela implique d'aller vers un mieux-être et même l'envie de se soigner.

C / 3 . L'individu se distingue du groupe par son identité et c'est par elle que les autres le reconnaissent.

C / 3 . 1 . L'être humain, pour se réaliser a besoin d'être «sujet» dans sa vie, en perdant une part de son identité physique, psychique et/ou sociale elle peut perdre cette notion du «je».

Perdre ses capacités, c'est aussi perdre sa faculté à assumer sa nature d'être humain. Lorsque l'on ne sait plus ce que l'on est capable ou non de faire et dans quelle condition, c'est difficile de savoir ce que l'on désire. Ce ne sont pas seulement nos actes qui nous déterminent mais aussi nos envies, nos intentions et nos goûts. Le goût est l'appréciation sensorielle des choses. En perdant notre appréciation des saveurs on perd une part de notre personnalité. Quand on «ne sait plus», on laisse les décisions aux autres, et c'est souvent le cas dans le cadre médical. Lorsque l'intégralité des éléments de la vie du patient est bouleversé, et que l'intégralité des paramètres de cette vie est prise en charge par l'institution, il est malheureusement courant qu'un patient perde la notion de «sujet» de sa vie. En mettant notre vie et notre devenir dans les mains des soignants dans une situation sanitaire qui nous dépasse, on met en suspens notre identité

physique, psychique et sociale bouleversées. Dans la manipulation du corps blessé, le patient peut se sentir «objet» et perdre l'affirmation de soi.

C / 3 . 2 . L'art-thérapie par la multiplicité de ses moyens et ses méthodes, met en avant les goûts de la personne, son style, ses envies, son esprit critique et lui permet de s'affirmer.

L'être humain doit s'épanouir en accord avec sa nature en alliant son identité et sa personnalité afin de donner du sens à sa vie. L'art-thérapie permet d'expérimenter le ressenti par le «Beau», c'est à dire, ce qui plaît simplement. En stimulant les saveurs et les émotions on peut réengager la faculté critique et redonner une reconnaissance à la singularité de la personne. Proposer des gratifications sensorielles positives ou négatives au patient c'est déjà ; soumettre au jugement de l'autre, et solliciter un partage, entrer en communication. Mettre à profit les moyens que l'art-thérapeute maîtrise, avoir connaissance de l'anamnèse du patient et surtout faire preuve d'une grande observation quant à ses réactions, peut permettre d'orienter les méthodes abordée pour valoriser l'affirmation du goût de la personne. En engageant l'activité artistique les méthodes permettent de cadrer et de laisser peu à peu la place à l'autonomie et la prise d'initiatives. en faisant des choix et notamment des choix esthétiques le patient va laisser l'empreinte de sa personnalité. S'exprimer à travers une production, c'est déposer un peu de soi et se reconnaître en elle. En affirmant sa singularité le patient se distingue du reste de la communauté, mais c'est aussi par cette trace de son style qu'il est reconnu par autrui. L'accord de son identité et de sa personnalité en font un être singulier dont les caractéristiques sont valorisées. Le patient en conservant ou retrouvant son état de «sujet» peut de nouveau être acteur de sa vie. En retrouvant le goût il est plus facile de réadapter sa vie bouleversée à ses besoins et ses envies. (Parfois il peut sembler que dire «non» dans un hôpital semble une entrave à la bonne marche des soins, mais cela peut stipuler aussi que la personne est bel et bien présente dans son intégrité et sa dignité, car l'autonomie est une capacité aussi essentielle que l'indépendance.)

IV/ L'art-thérapie peut améliorer l'estime de soi et favoriser l'expression, la communication et la relation auprès de personnes ayant des troubles neurologiques, afin de préserver une certaine qualité de vie pendant mais aussi après la période de rééducation.

A/ Des études antérieures ont montré que l'Art pouvait avoir des effets positifs dans la récupération cognitive et l'humeur de patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux.

Une étude réalisée par Särkämö et al. en 2008 démontrait l'effet de la musique sur la récupération des fonctions cognitives chez des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Ils ont mené cette étude auprès d'un échantillon de patients répartis de manière aléatoire dans trois conditions expérimentales. Un groupe écoutait régulièrement leurs musiques préférées, un autre se regroupait autour de textes lus et un troisième suivait la réhabilitation habituelle en groupe témoin. Tout ces patients ont réalisé des tests neuropsychologiques cognitifs et des tests d'évaluation de l'humeur avant l'expérimentation, trois mois et six mois après l'expérience. Dans des tests de mémoire verbale, de fluence verbales, de mémoire de travail, de fonctions exécutives, d'attention focalisée et soutenue le groupe «musique» montre de manière significative, une meilleure récupération cognitive que le groupe « langage» et davantage encore que le groupe «témoin». Le groupe «musique» témoigne de meilleurs résultats aux évaluations de l'humeur. Les recherches cliniques fondamentales en psychologie et neurosciences montrent que l'écoute de la musique est un processus complexe qui active de nombreuses régions céré-

brales associées à des composantes cognitives et émotionnelles multiples. La stimulation musicale active cet ensemble de réseaux et donne des effets positifs sur l'ensemble des compétences motrices cognitives et émotionnelles des patients. L'exploitation du potentiel artistique et dans ce cas par l'écoute musicale peut augmenter les ressources neuronales de sujets sains, protéger des effets du vieillissement, et contribuer à restaurer les capacités de personnes atteintes de troubles neurologiques. Outre ses effets sur la stimulation cognitive, les activités musicales sont facilement mises en œuvre auprès de publics variés. Elle a un effet positif sur l'humeur et réduit l'apathie comme ont pu le démontrer les études de Holmes et al en 2006. L'amélioration générale des performances des sujets est également induite par l'augmentation de la motivation observée. La particularité de la musique à se dérouler dans le temps sollicite nettement l'attention soutenue à la fois de la part des contemplateurs auditeurs que des interprètes. C'est également par la sollicitation soutenue du réseau attentionnel qui joue un rôle centrale dans la mémoire et l'apprentissage que la musique peut produire des effets bénéfiques sur les fonctions cognitives. En stimulant les mécanismes au cœur de la cognition, la musique peut améliorer la mémoire de travail, la vitesse de traitement, les processus d'inhibition de manière plus ludique que celles utilisées dans les situations habituelles d'entraînement et de stimulations cognitives. Elle permet aussi de lier perception et action, et de renforcer les intégrations sensorimotrices qui sont d'importants vecteurs de plasticité cérébrale. Fukui et Toyoshima en 2008 ont pu avancer dans leurs études que les activations du réseau émotionnel ont des conséquences sur l'ensemble du fonctionnement cérébral y compris des conséquences sur le plan biochimique. La modification des sécrétions hormonales par l'activation du système dopaminergique pourrait favoriser la neurogénèse et la plasticité cérébrale. Il est donc important de poursuivre les recherches dans ce domaine. Platel considère la musique comme une «remarquable technologie transformative de l'esprit humain» car elle est un outil naturel privilégié de stimulation cognitive.

B / Des expériences relatent les bénéfices et les limites d'accompagnement en Art-thérapie auprès de public ayant des troubles neurologiques.

Dans le *Yonsei Medical Journal* on découvre des articles qui relatent des études diverses sur les bénéfices de l'accompagnement art-thérapeutique auprès de divers publics. Nous parlerons ici de l'article paru en 2012 «Effects of Art Therapy Using Color on Purpose in Life in Patients with Stroke and Their Caregivers». Cette étude a tenté de découvrir l'évolution des «projets de vie» de patients ayant subi un AVC et de leur aidants naturels. Deux groupes de vingt-huit personnes ont été constitués de manière aléatoire. Un groupe participait à des ateliers d'art-thérapie orientés sur la «couleur» et l'autre groupe «témoin» ne suivait que le parcours habituel de rééducation et réadaptation fonctionnelle. L'étude a duré cinq mois (à raison de deux heures par semaine), au cours desquels plusieurs examens ont été pratiqués avant, pendant et après la prise en charge, notamment un questionnaire mesurant le «projet de vie» a été mené séparément par les patients et leurs aidants avant la première séance. Le bilan final montre qu'il y a une différence significative entre le groupe «couleur» et le groupe «témoin». L'évolution des mesures de «projet de vie» est nettement plus significative pour les patients du premier groupe ainsi que pour leurs aidants. La notion de «projet de vie» ou («purpose in life») intimement liée à l'estime de soi et à la qualité de vie est un des éléments sur lequel le milieu médical et paramédical peut intervenir dans une vision plus large de la bonne santé. L'art-thérapie a déjà démontré ses effets bénéfiques auprès de patients souffrants de pathologies diverses sur le plan neuropsychologique, psychologique, social, etc. Cette étude tente de démontrer qu'il y a un réel manque de recherche sur les moyens et les méthodes à développer auprès des personnes victimes d'AVC. En connaissant les pénalités induites par ces troubles l'étude de moyens et de méthodes, de stratégies doit être expérimentée. Devant l'ampleur sanitaire que représente cette pathologie qui est l'une des principales causes à long terme de décès et d'invalidités dans le monde entier, il semble primordial et judicieux de s'attarder sur les résultats encourageants.⁹

H. Platel et M. Groussard se sont interrogés sur le fait que la perception et la mémoire

de la musique puissent fonctionner de manière relativement indépendante d'autre fonction cérébrales. La question de l'indépendance fonctionnelle entre musique et langage est toujours actuellement très débattue, que se soit sur le plan perceptif ou mnésique. Alors que dans la littérature neuropsychologique, les observations de dissociation entre langage et musique sont issues pour la plupart de patients atteints de lésions focales, il est très rare de porter les observations sur les patients atteints de troubles neurodégénératifs. Néanmoins une expérimentation va attirer leur attention. Des observations suggèrent que des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (ou de troubles associés) anciennement musiciens pourraient conserver de grandes aptitudes de reconnaissance et d'apprentissage musical contrastant avec les difficultés mnésiques et langagières dues à cette pathologie. Paradoxalement la littérature scientifique ne considère pas que la mémoire musicale soit d'avantage préservées que les autres contenus de la mémoire. Effectivement, si l'on teste la mémoire musicale de ces patients les performances semblent tout aussi détériorées que d'autres informations.

Cependant, de plus en plus de travaux montrent qu'à un stade sévère de la pathologie, des capacités préservées de reconnaissance de la musique sont observées et également des capacités d'apprentissage. Dans des ateliers d'apprentissage de nouvelles chansons auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées, les patients se sont révélés capables d'apprendre des «chants nouveaux» en quelques semaines mais aussi de les produire spontanément même après un arrêt de plusieurs mois. En revanche si les fragments de texte semblent familiers, seules les mélodies semblent bénéficier d'un encodage à long terme. La vision dominante de ces patients atteints de la maladie d'Alzheimer était qu'ils ne pouvaient rien apprendre de nouveau et que l'encodage de nouvelles informations à long terme devenait strictement impossible dès les premiers signes de la maladie. Cette vision est renversée par ces ateliers d'apprentissage de nouvelles chansons et les expériences sur l'augmentation du sentiment de familiarité. Ce sont spécifiquement les mécanismes volontaires, stratégiques et conscients de la mémoire qui sont perturbés chez ces patients. Le patient ne peut plus récupérer volontairement la source d'une information ou son contexte mais l'encodage de l'information et sa disponibilité ne sont pas forcément perturbés. Les expériences vécues par le patient peuvent laisser une trace durable dans leur cerveau mais la restitution et le sens de l'information restent incertains, car ils ne peuvent en retrouver la source. Ces découvertes offrent, malgré leurs limites, de larges potentiels à étudier en art-thérapie. La poursuite de ces recherches est de notre responsabilité.

C / Accompagner ne signifie pas réparer mais aider la personne à «se reconstruire , se créer» à devenir acteur-créateur de sa vie et appréhender ses différences pour qu'elles ne soient pas que handicap.

L'enjeu de l'accompagnement assuré par l'ADAPT (centre d'accompagnement social et de rééducation neuropsychologique) à Lyon, est d'aider la personne cérébralisée à redevenir acteur-créateur de sa vie et d'appréhender ses différences pour qu'elles ne fassent pas que handicap. Chaque projet de vie et donc chaque accompagnement seront spécifiés. Toutes les personnes accueillies font preuve de créativité pour redevenir «maître d'œuvre» de leur existence et dépasser ces épreuves. Les regards de l'équipe pluridisciplinaire apportent un éclairage nouveau en termes de points forts et non plus uniquement en termes de difficultés. En parallèle de la rééducation neuropsychologique et de l'accompagnement sociale se trouvent des ateliers créatifs. Cette approche centrée sur le sujet comme acteur, a commencé à se développer depuis une vingtaine d'années dans les structures sanitaires et médico-sociales. Les textes de lois donnent la notion de «projet de vie» et posent de nombreux questionnements en matière d'expression, d'écoute, d'observation, d'évaluation, d'enjeu pour la personne et les structures sociales et médico-sociales. D'après le Petit Larousse le «projet» est « ce que l'on a l'intention de faire» et la créativité serait « le fait de donner une existence, une forme, réaliser à partir d'un élément existant». La créativité découle du projet. L'évolution de la créativité préserve un style propre à chaque individu. La résilience est la capacité à résister au traumatisme de l'environnement. Pour parler du lien entre la créativité et la résilience nous devons parler de Charles

Gardou qui coécrit dans *La création à fleur de peau* 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 lui-même, dans son expressivité globale, et sur celui de l'affirmation de son existence et de sa capacité de «faire œuvre». Pour Cyrulnik la résilience est la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative» ; c'est pour lui «l'art de naviguer dans les torrents» . Ne pas s'arrêter uniquement aux séquelles négatives et appréhender les ressources et les potentiels de leur environnement afin de faire face aux difficultés et de les surmonter ; est le modèle plus récent de la résilience selon Anaut. Ainsi face à un événement signifiant, la vulnérabilité pourrait se transformer en résilience. La créativité selon Winnicott c'est : «Conserver tout au long de la vie une chose qui fait parti de la première enfance, la capacité de créer le monde.» Enfin Schneider explique que « Devant la toile, le peintre libère ce qui est en lui mais qui n'a pas de nom. L'expression est une nécessité intérieure.» L'artiste devient ensuite premier spectateur de son œuvre et, lorsqu'il le désire, cette expression devient langage, visible et compris par les autres, et donc un moyen de communication, un pas vers la société. Nous reviendrons par la suite sur la créativité et son implication dans la reconstruction de la personne et l'élaboration du projet de vie.

Partie 2 : Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musicale est mis en place auprès de patients atteints de troubles neurologiques accueillis à la clinique de rééducation, soins de suites et gériatrie Iris de Saint Priest.

I/ La clinique de rééducation, soin de suite et gériatrie Iris de Saint Priest spécialisée dans la rééducation et la réadaptation de troubles fonctionnels, orthopédiques ou neurologiques accueille un atelier d'art-thérapie.

A/ La clinique offre un cadre spécifique à la rééducation, la réadaptation et la réinsertion.

A / 1 . La prise en charge se fait au regard des réseaux en amont et en aval de la phase de rééducation.

La clinique de rééducation soins de suites et gériatrie Iris de Saint Priest accueille et soigne des personnes nécessitant une prise en soins de rééducation et de réadaptation. Elles sont accueillies après un séjour en centre hospitalier, suites à un accident (accident de la voie publique, accident vasculaire cérébrale, etc.), suite à une maladie (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophie, cancer, etc.), ou après une opération chirurgicale programmée. Comme la plupart des centres de rééducation et de réadaptation la clinique Iris est une des dernières étapes du processus de soin que rencontre la personne victime de polytraumatismes, d'affections neurologiques et/ou de l'appareil locomoteur.

Pour exemple, le pronostic clinique des patients victimes d'AVC est fortement lié à l'efficacité de leur prise en charge ; la rapidité de mise en œuvre de la surveillance intensive et les thérapies utilisées sont souvent décisives pour la réduction du handicap. L'organisation des soins en milieu hospitalier prend aujourd'hui de nouvelles formes afin de réduire au maximum la mortalité des personnes ayant subi un AVC mais aussi pour réduire les handicaps que peuvent engendrer ces accidents ; ces unités spécifiques permettent une prise en charge précoce et spécialisée. Ces structures sont la plupart du temps scindées en deux, l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV) et L'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) qui, au vu de la fréquence de ces pathologies et de l'importance d'intervenir au plus tôt en milieu spécialisé, deviennent un enjeu capital. Plus largement, les patients victimes de polytraumatismes, qu'ils soient dus à des affections neurologiques ou de l'appareil locomoteur, sont adressés aux hôpitaux de soins de suites et réadaptations (SSR) ou aux centres de rééducations fonctionnelles (CRF). Ils y sont orientés par des médecins d'organes spécialisés, notamment de centres de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MOC) qui comportent différents services de cancérologie, cardiologie, neurologie ou chirurgie ambulatoire. Les SSR et CRF sont en lien direct avec les centres hospitaliers et les services de neurologie générale, de neurochirurgie, d'orthopédie traumatique et les unités neuro-vasculaires. Car, pour toutes lésions observées chez un patient et pour toutes séquelles engendrées, on peut avoir une perte de fonction, qui amènera la personne vers les services de rééducations fonctionnelles.

Les SSR et les CRF travaillent en aval avec différents organismes extérieurs comme des services médicaux sociaux, des associations de réseaux humanitaires, sociales, ou d'entraide, qui ont pour but de coordonner les soins de proximité, des associations locales et nationales d'accompagnement à la fin de vie, ou encore des services d'hospitalisation à domicile ou des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

A / 2 . Le service d'hospitalisation a pour objectif un retour progressif de l'autonomie.

Une meilleure qualité de vie implique l'alliance de l'indépendance fonctionnelle et de l'autonomie spirituelle

54 Une clinique de rééducation vise à rendre le sujet indépendant fonctionnellement et autonome,

dans l'objectif de rendre possible la direction vers une qualité de vie.

Il y a trois engrenages majeurs pour atteindre ces objectifs. En premier lieu, la rééducation est un processus permettant de rétablir du mieux possible l'usage d'une fonction ou d'un membre d'un patient qui serait lésé par une déficience. La rééducation continue tant que la personne peut récupérer des capacités, lorsque cela n'est pas ou plus possible et que l'incapacité est jugée définitive, la réadaptation, travaillée en parallèle est alors au centre des efforts.

La réadaptation met en œuvre des moyens visant à réduire les incapacités du patient afin de pallier au maximum ses facultés perdues. Il s'agit d'adapter, d'apprendre, des gestes et techniques qui accordent au mieux la personne et ses besoins à son environnement. Les appareillages et leurs utilisations sont souvent utilisés afin d'aider la personne à s'adapter.

Ces précédentes étapes se déroulent au vue de la réinsertion. Elle prépare et planifie le retour à domicile, ou dans un établissement approprié, du patient. Elle prend en compte la personne, ses proches, son contexte sociale, financier et professionnel, ses besoins au regard de son état de santé, les éventuelles possibilités d'aides médicales et sociales dont il aura besoin pour un maximum d'indépendance et d'autonomie dans son projet de vie.

La rééducation et réadaptation fonctionnelle débute lorsque l'état d'urgence médicale de la personne est relativement stabilisé et peut s'échelonner sur plusieurs mois. Elle a pour but l'indépendance fonctionnelle, l'autonomie psychique, cognitive, émotive et comportementale. Elle se termine lorsque le sujet a atteint la meilleure récupération ou adaptation possible de ses capacités antérieures et/ou de ses capacités nouvelles et lorsqu'il est jugé, dans sa singularité et dans la question de son devenir, assez autonome et indépendant. C'est avec en amont, le regard sur l'avenir du sujet, que les rééducateurs l'aident à ne pas souffrir ou ne pas se sentir handicapé par les caractéristiques qui sont les siennes.

A / 3 . L'hospitalisation de jour permet un retour progressif au domicile ou l'orientation vers un établissement adapté.

L'Hôpital De Jour (HDJ) est proposé au patients dont l'état de santé et l'autonomie sont ou sont devenus suffisants pour entrer dans ce mode de fonctionnement. Lorsque le patient est suffisamment autonome et indépendant sur le plan locomoteur, alimentaire et sphinctérien, il est accueilli en demi-journées deux à trois fois par semaine et rentre à son domicile après ses soins par le biais d'un transport adapté (taxi, ambulance, ou véhicule privé). L'HDJ fait partie du projet de soin des patients sortant de l'hospitalisation complète ou venant d'un autre établissement. Il est une adaptation progressive à la sortie d'institution, permettant la continuité des soins, le réajustement et le contrôle de la bonne réadaptation et réinsertion des patients. Dans le cas d'une impossibilité de poursuite de soins en HDJ, par la distance ou la prise en charge, d'autres praticiens médicaux et paramédicaux sont contactés ou recommandés.

A / 4 . La prise en charge des patients par l'équipe pluridisciplinaire est globale.

La clinique des Iris de Saint Priest est ouverte depuis 2008. Elle a la capacité d'accueillir 80 personnes en chambres, réparties sur deux étages. Chaque étage sous l'autorité de deux médecins responsables de la moitié d'un étage, eux-mêmes sous l'autorité du médecin chef de service Pr D. Lagache. L'infirmière cadre gère une équipe d'environ seize infirmières sur deux étages, se relayant au bout de douze heures, travaillant deux jours sur cinq et autant d'aides-soignant(e)s. Les brancardiers se chargent des déplacements des patients, dont l'indépendance n'est pas suffisante, suivant un planning complexe et en mouvement perpétuel. Les différents services accueillent également environ 60 prises en charges en HDJ faisant suite ou non à l'hospitalisation complète. L'établissement comporte 2 salles de kinésithérapie, 1salle d'ergothérapie, 1 salle de balnéothérapie et 2 salles consacrées aux activités physiques adaptées (A.P.A). Chaque salle est équipée de matériel performant, spécifique et adapté à l'activité qu'elles dispensent et proposent dans le projet de soin personnalisé. Les professions médicales et paramédicales (médecins, psychologues, orthophonistes, diététiciens, coachs sportifs etc.)

qui travaillent en parallèle, disposent d'espaces de consultation individuels. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire permet une réelle prise en charge globale du patient.

Tout d'abord, le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation conçoit et supervise les programmes de rééducation et réadaptation des patients. Il conçoit, coordonne, ajuste les mesures mises en place pour améliorer la condition globale de la personne face à ces incapacités. Il collabore avec tous les services et les médecins généralistes, afin de définir et valider les protocoles de soins.

Les cadres de santé dirigent les équipes, les services et les plateaux techniques dont ils ont la charge, ils sont responsables de la mise en œuvre des projets de soins.

La rééducation motrice est assurée par les kinésithérapeutes afin de mobiliser, restaurer et/ou entretenir les mouvements, soulager la douleur, pour rendre au patient un maximum de capacités fonctionnelles.

Les ergothérapeutes ont pour objectifs de supprimer, réduire ou prévenir les situations de handicap que peuvent occasionner les déficiences. Les gestes quotidiens sont ainsi adaptés aux capacités de la personne de la manière la plus sécurisée, autonome et efficace possible dans son environnement actuel et futur. Des visites thérapeutiques sont organisées au domicile du patient afin d'évaluer ses besoins et élaborer son projet de vie. En prenant compte l'environnement et les habitudes de vie de la personne, l'ergothérapeute étudie les possibilités et solutions physiques et matérielles pour qu'elle puisse s'adapter dans sa vie quotidienne et sa vie en société. Le coach sportif ou professeur d'activités physiques adaptés (A.P.A) propose des activités physiques spécifiques afin de favoriser la santé, l'autonomie, l'indépendance et la socialisation des patients dans l'objectif d'une meilleure qualité de vie.

Les orthophonistes sont là pour diagnostiquer et traiter les troubles de l'expression orale et écrite mais également les troubles de la motricité orobuccofaciale (déglutition, mastication, etc.), de l'oralité, et des affections liées aux pathologies neurologiques.

Les psychologues proposent un soutien psychologique afin d'aider le patient à s'exprimer et intégrer sa nouvelle situation. En verbalisant ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses peurs, la personne fait un point sur son état d'esprit et sur sa qualité de vie afin de pouvoir cibler ses possibilités, ses envies et se projeter vers l'avenir.

Les assistants sociaux prennent en charge les dossiers afin de préparer la sortie du patient dans des conditions matérielles, sociales et financières optimales. En sollicitant les établissements adaptés et les organismes sociaux, ils veillent à ce que la personne dispose d'un maximum de ressources matérielles et humaines à sa sortie de l'hôpital afin de préparer au mieux, ensemble, son projet de réinsertion.

Les diététiciens élaborent avec l'équipe de soins et le patient un projet alimentaire adapté. Ils surveillent et organisent aussi bien l'alimentation de la collectivité que les spécificités diététiques que requièrent certaines pathologies ou projets préventifs médicaux, (fausses routes, surpoids, diabète, amaigrissement, allergies, médication, etc.).

Les infirmier(e)s accueillent et accompagnent les patients et leurs proches tout au long du séjour. Ils procurent les soins prescrits par les médecins et collaborent avec les aides soignant(e)s qui exercent les soins d'hygiène et de confort.

La complémentarité de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire et la collaboration de chacune de ces disciplines spécifiques assurent une prise en soins globale des patients et une grande efficacité à mener les projets thérapeutiques individuels, sur mesure.

A / 5 . Un projet thérapeutique individuel est déterminé afin de répondre au mieux aux objectifs de chaque patient.

Lors de l'arrivée d'un patient à la clinique, adressé par un spécialiste, un dossier médical est créé regroupant son parcours de soin, ses antécédents médicaux, le motif de son hospitalisation, quelques points de son anamnèse, l'état de base évalué par l'équipe et le projet thérapeutique formulé par l'équipe pluridisciplinaire. Celui-ci sera conservé informatiquement et une

copie sera jointe au dossier de soins infirmiers de l'étage où il est admis ou au service d'HDJ auquel il est rattaché. Les différents pôles ne sont pour l'instant pas raccordés à ce service informatique, mais ceci est en cours d'évolution. Des dossiers manuscrits sont donc constitués séparément pour chaque discipline. Les bilans sont transmis par le cadre de rééducation et le cadre de chaque service durant le «Tour médical» organisé chaque semaine et qui fait office de réunion de synthèse. Le médecin et l'infirmière en chef ainsi que le cadre de rééducation vont de chambre en chambre munis des dossiers et des fichiers du réseau informatique pour une mise au point individuelle avec chacun des patients. Cela réduit les réunions regroupant tous les corps de métier où la présence de chacun n'est pas toujours nécessaire et permet d'avoir des entretiens et des discussions directs avec le patient pour suivre ses progrès et ses difficultés de manière plus proche et personnelle. Néanmoins le fait de ne pas pouvoir regrouper, consulter, compléter informatiquement à tout moment les dossiers et ne pas pouvoir avoir accès au planning de chaque patient dans les différents services, demande une très forte communication.

L'équipe de soins est en relation permanente avec le patient et sa famille. Elle est d'abord à l'écoute. Elle doit sensibiliser de manière préventive et éducative les changements physiologiques survenus chez le patient. Elle a pour devoir de superviser les paramètres de son quotidien, ses gestes et ses apprentissages afin qu'il acquière peu à peu de l'indépendance et de l'autonomie. Dès son arrivée, le patient est installé en chambre où les ergothérapeutes déterminent les besoins techniques et matériels pour son confort et la bonne marche des soins. Il est d'ailleurs en projet qu'un poste soit dédié à l'accueil des patients afin de présenter convenablement les projets et les ressources mis à leur disposition, et de faciliter les échanges entre équipe, plateaux techniques, patients et familles.

Chaque corps médical établit des évaluations et des bilans propres à son domaine afin de définir les différents paramètres à prendre en compte dans l'individualisation de la prise en charge et l'écriture du projet thérapeutique. Les données sont consignées et apportées au dossier médical. Le médecin coordinateur et l'équipe pluridisciplinaire déterminent les objectifs provisoires à atteindre et les différentes interventions nécessaires. Lors des réunions de synthèses chaque discipline évoque les difficultés rencontrées par le patient et les évolutions effectives ou et/ou attendues. Les «Tour médical», les réunions, et les entretiens avec le patient et ses proches permettent d'évaluer et d'ajuster la mise en œuvre du projet thérapeutique individuel, selon les évolutions, les objectifs et les attentes. Ainsi l'emploi du temps du patient est divisé entre les différents soins qui composent les facettes de son projet thérapeutique qui le mène vers une indépendance et une autonomie. Chaque service communique des comptes rendus réguliers joints au dossier médical et se tient informé de l'état de santé du patient dans son quotidien par «la relève infirmière». Le projet thérapeutique se poursuit généralement en HDJ pour consolider le projet de rééducation, réadaptation et réinsertion.

B / Un atelier d'art-thérapie est temporairement mis en place auprès de patients ayant des troubles neurologiques.

B / 1 . Le cadre médical et thérapeutique définit la place et la mise en place des prises en charge art-thérapeutiques.

Le cadre thérapeutique se définit avant tout comme un espace-temps particulier, où on s'engage éthiquement et déontologiquement à instaurer un espace sécurisé dans lequel on tente de faire évoluer une personne qui souffre. Notre attention sera portée notamment sur la qualité du lien que nous mettons en place, le confort de la personne, l'information sur ce que nous allons établir et faire ensemble. La sécurité de ce cadre est garante du lien thérapeutique et de la confiance accordée dans cette relation.

Différents moyens définissent le cadre comme : le temps ; qui impose un repère et des limites. Discuter de la durée des rencontres avec le patient permet un confort et une anticipation, diminuant les risques d'anxiété liés à l'incertitude. Les séances sont alors généralement limitées à une heure, et écourtées selon la fatigabilité de la personne ou les contraintes de son emploi du

temps. Une horloge est à disposition dans la salle pour rassurer celles et ceux qui en ont besoin dans les premiers temps. Diviser les séances en différentes phases permet de rythmer et décomposer les séances.

La plupart des patients ne disposant pas d'une indépendance et/ou d'une autonomie suffisante pour se déplacer seuls, nous nous rencontrons principalement en chambre ou en fin de leur rendez-vous précédent. Le trajet vers l'atelier est donc un moment privilégié de transition et d'échanges indiquant sa disponibilité, ses émotions, sa fatigabilité, ses intentions et son ressenti quant à sa situation et sa rééducation. Le parcours permet également un léger bilan sur ces dispositions relationnelles, sa motricité et son rapport à l'espace. L'installation de la personne dans l'atelier puis la mise en place du matériel basculent vers un deuxième temps. La personne va rechercher une posture et une structuration physique en s'adaptant à son but. Il est important de rester vigilant et prévenant dans cette démarche qui peut appuyer sur les déficiences de la personne. Il nous revient d'adapter l'environnement et de mettre en avant les possibilités et capacités de la personnes dans une relation de confiance, d'écoute et de compréhension. L'installation dans l'atelier doit lui permettre un ressenti positif et sécurisant afin qu'elle puisse se rendre disponible et engager son corps dans une activité. Dans la phase de l'activité artistique la personne est acteur, aussi bien dans l'expression, la communication et la relation verbale et non-verbale que dans son ressenti, sa réflexion, sa mise en œuvre. Notre présence est un support adapté à ses besoins et à sa demande, afin d'accompagner ou diriger selon les situations. La fin de la séance se définit généralement par un bilan des ressentis, d'auto-évaluation, et une projection vers les séances suivantes. Il est aussi l'anticipation du déroulement du reste de la journée et du temps qui nous sépare de la prochaine rencontre, notamment lors d'un projet d'accompagnement de soin (PAS). En raccompagnant, la personne à son prochain rendez-vous ou à sa chambre on marque une transition et un lien avec l'ensemble des soins de rééducation, réadaptation et réinsertion ainsi qu'avec le quotidien et l'intimité qu'est l'espace privé dans lequel la personne nous invite à entrer.

Dans ces différentes phases on voit que le temps est indissociable à la notion de l'espace. Chaque espace à ses caractéristiques, ses avantages et ses contraintes. Il nous revient d'en tirer avantage et de s'adapter. En fermant la porte de l'atelier par exemple, on prend en compte que l'espace devient privé, c'est un choix. Aménager l'espace pour que la personne en fauteuil roulant puisse le plus souvent possible être indépendante dans ses déplacements, adapter la hauteur de la table, l'assise, la lumière, l'espace d'hygiène et permettre l'accessibilité au matériel est une adaptation nécessaire. L'accueil dans l'espace est également primordial ; un écriteau doit informer de la présence et de l'activité de cet atelier d'art-thérapie ainsi qu'un emploi du temps où chacun peut prendre rendez-vous nous contacter au moment où il prend courage d'en faire la démarche, même en notre absence. L'espace doit apporter dans la mesure du possible des stimulations sensorielles, toutefois assez neutres pour ne pas donner de gratifications sensorielles négatives ou influencer de manière trop importante, on peut alors se donner la possibilité de les rendre amovibles. Sortir les productions artistiques de ce cadre limité pourra alors faire partie intégrante de la stratégie thérapeutique. La notion de protocole définit également notre cadre. Il regroupe de multiple outils comme «l'alliance thérapeutique» garante de l'accord entre le patient et le soignant, des moyens et des méthodes mis en place dans la thérapie et tout au long de celle-ci. Différentes notions et outils composent ce protocole, comme l'observation du phénomène artistique, l'outil de l'opération artistique, les bilans et fiches d'observations, les notions de physiologie, pharmacologie, et psychologie, etc. Le cadre est enfin défini par des codes de déontologie (celui de l'établissement et celui de l'art-thérapeute), et la loi. Nous sommes tenus au secret médical qui couvre tout ce que l'on peut entendre, apprendre ou comprendre dans l'exercice de notre fonction par respect de la personne et du lien de confiance instauré dans l'alliance thérapeutique. Nous transmettons à l'équipe pluridisciplinaire uniquement ce qui est utile à la prise en charge globale du patient. Le code de déontologie nous enjoint à donner le meilleur à la personne qui nous accorde sa confiance afin d'aller mieux.

Nous n'offrons pas seulement nos connaissances de notre discipline mais aussi un savoir-être,

un savoir-faire et un savoir-devenir. Cela engage à la fois une manière d'être dans notre présence, notre écoute et notre compréhension ; une qualité d'accompagnement adaptée ; une bienveillance qui nous permet de penser au bien-être globale de la personne dans son devenir et pas seulement dans l'instant présent malgré les difficultés rencontrées et notre état personnel. Le respect dû à l'autre est primordial, nous ne pouvons obliger une prise en charge, seulement la solliciter, dans le respect de la personne et la mesure du possible. Nous ne pouvons refuser une prise en soin pour des raisons de valeur, de choix ou de culture qui sont propres à la personne. Néanmoins pour respecter l'autre, il faut aussi prendre en compte nos limites et prendre nos responsabilités, quand il nous est impossible de travailler avec une personne et de mener à bien une thérapie. Nous pouvons alors orienter le patient vers un confrère ou discuter avec la personne qui nous l'a indiqué.

B / 2 . Le protocole de prise en charge est défini et adapté à chaque patient et au projet de soins de l'équipe pluridisciplinaire, au regard des indications et des objectifs thérapeutiques majeurs.

A la suite d'une période d'observation où il a été question de rencontrer les équipes et les patients, de comprendre et apprendre le fonctionnement de l'établissement, et de présenter l'art-thérapie, nous avons pu introduire cette activité thérapeutique au sein de la clinique. Une salle de repos est donc mise à disposition à raison de deux jours par semaine. Elle est assez exiguë et encombrée de lourds fauteuils rendant l'accès en fauteuil roulant compliqué. Elle dispose néanmoins d'un évier et d'étagères propices aux activités artistiques. Le cadre de rééducation indique des patients dont les observations cliniques sont souvent cumulées et dont une prise en charge en Art-thérapie peut être bénéfique. Les objectifs de travail seront plus précisément définis et discutés après l'état de base effectué en début de prise en soin. En phase de rééducation il s'agit de pousser le patient à dépasser ses pénalités et à les réduire au maximum, en parallèle la réadaptation permet d'anticiper et encourager la personne à accepter les déficiences acquises. Les indications et l'anamnèse du patient permettent d'éviter la mise en échec et tendent vers sa revalorisation. Les objectifs thérapeutiques se regroupent souvent sous trois principales notions : amélioration de l'expression, la communication et la relation ; l'amélioration de l'estime de soi ainsi que la mise en avant des gratifications sensorielles positives. La valorisation de ces notions favorise l'amélioration du bien être, de la bonne santé et de la qualité de vie au service d'une meilleure indépendance et autonomie.

Un premier contact informel avec le patient permet en premier lieu de définir suite à une indication, un éventuel suivi art-thérapeutique, de discuter de ses besoins et de ses attentes et de proposer un rendez-vous. Ce premier rendez-vous est une séance d'ouverture où nous discutons des objectifs provisoires que nous pouvons nous fixer et de la stratégie à suivre pour les atteindre, c'est à dire les moyens et les méthodes à adopter au regard d'un état de base, des intentions esthétiques et sanitaires de la personne, de ses pénalités et de ses capacités. Le nombre de ces séances d'ouverture est variable de une à trois selon les besoins et les contraintes. Chaque nouveau cycle de séances, commencera toujours par une de ces séances d'ouverture, afin d'ajuster l'état de base et les objectifs. Toutes les observations seront mises à jour et les objectifs intermédiaires ajustés au cours de la prise en charge. Selon la nécessité et la disponibilité du patient, les séances d'art-thérapie sont étalées d'une à deux fois par semaine sur une durée non déterminée à l'avance si ce n'est la durée du séjour du patient à l'hôpital, jusqu'à l'atteinte des objectifs fixés. Une table ronde protégée est disposée au centre de la salle, avec différents sièges s'adaptant au confort des patients. Le matériel est rangé de manière visible et à disposition de manière à susciter de la curiosité, de l'intérêt ou de l'envie en respectant les capacités de chacun, leurs intentions et leurs possibilités. La table reste neutre la plupart du temps pour ne pas diriger plus que nécessaire les envies et laisser la personne faire ses choix selon ses goûts et ses capacités, mais l'installation au préalable de matériel peut parfois faire partie d'une stratégie particulière. Un bilan oral est transmis à la personne indicatrice régulièrement et un bilan écrit,

en fin de prise en charge ou lors de la survenue d'éléments particuliers.

La prise en charge de groupe est limitée à trois personnes car une observation précise ne peut être effectuée seule, lors d'un groupe plus grand. Une prise en charge groupale peut être constituée après les séances d'ouvertures individuelles, elle peut être ou non, en parallèle avec des prises en charges individuelles (par exemple un atelier de musicothérapie en groupe peut compléter des séances individuelles d'art-thérapie à dominante arts plastiques)

II/ L'étude clinique de trois patients présentant des troubles neurologiques, accueillis à la clinique de rééducation soin de suite et gériatrie Iris de Saint Priest, permet de mesurer l'impact de l'atelier d'art-thérapie sur l'estime de soi et la qualité de vie ainsi que la complexité de ces prises en charge.

A/ Le cas d'Amir permet d'illustrer la prise en charge en art-thérapie d'un patient dont la rééducation et l'état de santé s'améliorent, mais illustrent aussi les difficultés de mettre en place un protocole dans un délai bref.

A / 1 . L'indication de prise en soin et la rencontre avec Amir au sein du plateau technique de rééducation m'amène à consulter son dossier médical.

05/09

Amir est entré à la clinique Iris récemment. Il était en hôpital de jour et au regard de ses entretiens avec la psychologue du centre et la mise en avant d'un syndrome anxio-dépressif, le corps médical décide de l'hospitaliser en internat afin qu'il ai le temps de faire le point sur sa nouvelle situation. Victime d'un AVC le huit juin, il est atteint d'une hémiparésie gauche. Nous nous rencontrons en salle de rééducation où il m'est présenté par sa kinésithérapeute. Il est curieux de savoir ce qu'est l'Art-thérapie et pense que cela ne peut que lui faire du bien.

Son dossier médical m'apprend que Amir a 50 ans, marié, qu'il est père de cinq enfants et technicien en revêtement thermique. Sa situation familiale est difficile et ses récentes incapacités vont créer des handicaps qui risquent de lui faire perdre son travail ; cet accident le plonge dans une grande fragilité. La rééducation entame une thérapie des cervicales, un travail proprioceptif des deux épaules et un ré-entraînement à l'effort. La réintégration du membre supérieur gauche dans le schéma corporel est travaillée en ergothérapie. Le suivi psychologique de Amir se poursuit.

A / 2 . Durant deux séances d'ouverture, les capacités , les souffrances, les désirs et les inquiétudes d'Amir vont constituer un état de base permettant d'élaborer une stratégie thérapeutique revalorisant l'estime de soi dans ses trois composantes et favorisant la communication.

18/09

Amir se présente à l'atelier pour notre rendez-vous. Il n'a quasiment plus de problèmes de marche mais s'excuse de son élocution qui reste encore difficile. Son articulation est en progrès et si il bute sur des mots, c'est qu'ils lui échappent régulièrement notamment lorsque des émotions le troublent ou qu'il est pris par la fatigue. Il dit avoir peur du regard des autres au vue de ces difficultés récemment acquises. «Il y a toujours des imbéciles qui se moquent facilement.» Nous parlons de son travail qu'il a peur de perdre car il demande habileté, concentration et réflexion. Trois capacités qu'il pense amoindries de par la perte de motricité fine dans sa main gauche, sa grande fatigabilité, une perte de concentration et de cheminement de la pensée, de logique. Il a peur de se sentir inutile et de perdre ses collègues et amis. Cela fait 32 ans qu'il travaille dans cette boîte, dans un cadre très humain, et pourtant à 18 ans il voulait travailler avec les enfants. C'est son père qui l'a mis à l'usine et cela lui a pris cinq ans à apprécier son travail, à aimer être performant dans ce qu'il faisait. «C'est tout ce que j'ai à part ma famille alors si je perd les deux». En effet, il vit actuellement avec ses quatre plus jeunes enfants et sa femme. Mais celle-ci après avoir renoncé deux fois au divorce, est sur le point d'engager une nouvelle

procédure. Il parle beaucoup de sa fille de huit ans qu'il appelle «la petite vieille» car il la trouve très perspicace, et voudrait être plus présent pour ses enfants, ce qu'il n'a jamais beaucoup pris le temps de faire.

«-Papa est ce que tu as mal ?

-Non.

-Alors pourquoi tu es à l'hôpital ?»

19/09

Nous parlons de son accident, sa femme voulait qu'il aille à l'hôpital, mais convaincu que les symptômes étaient dus à la fatigue ce n'est que le lendemain au travail qu'il perdit connaissance et qu'il fut amené d'urgence en service neurologique. Il se rend compte que c'est son comportement qui apporte des difficultés à sa vie mais ne sait pas comment changer «C'est plus fort que moi.» Des problèmes de jeu d'argent et d'infidélité ont malmené son couple, et son désir d'indépendance et son manque de responsabilité l'ont éloigné du reste de sa famille. Il a énormément de regrets, il se dit trop impulsif et n'a plus confiance en lui et en ses capacités. Il n'a jamais eu de passe-temps particulier à part les magazines de voiture et le foot et semble aujourd'hui se désintéresser de tout. J'évalue rapidement la motricité de ses mains, la réaction de chaque doigt, la force, la souplesse, la mobilité du bras, de la main, puis nous nous emparons tous deux d'un morceau de Plastiline, où en suivant mes instructions, on réalise un visage simple. Il comprend parfois avec difficulté la consigne car il manque d'anticipation dans ses actions et de concentration. Bien que grossière, la motricité est relativement bonne avec néanmoins une certaine fatigabilité. Je lui propose de travailler sur la motricité fine, la concentration et l'élaboration de cheminement de pensées, qui sont des causes d'anxiété pour lui dans le recouvrement d'une profession, dans un projet particulier : l'élaboration d'un jeu de plateau. Ce projet permettrait à Amir de faire quelque chose qui lui semble utile, qui demande de la méthode et l'acquisition de techniques par lesquelles il semble retrouver de la confiance. Il permettrait également à Amir de retrouver du plaisir dans la matière et du «Beau» dans l'esthétique de l'objet qu'il veut soigner pour pouvoir jouer avec sa fille. Il lui permettrait de mettre en avant ses goûts, et ses idées dans la construction d'un objet qu'il partagera, et qui amorce un lien avec sa sortie de l'hôpital.

A / 3 . Un cycle de six séances est décrit ainsi que le bilan qui en découle montrant une revalorisation de l'estime de soi et notamment de la confiance permettant à Amir de se projeter vers l'avenir avec moins d'anxiété.

T1-25/09

Amir est fatigué et se plaint de douleur aux cervicales. Nous avons réfléchi tous deux à la forme que pourrait prendre le jeu de plateau que nous allons construire. Nous regardons des modèles sur internet et il m'avoue ne pas être convaincu par ses qualités de bricoleur. Il veut avant tout savoir dans quelle mesure je vais l'aider car il a peur d'être dépassé. Nous allons avancer ensemble, étape par étape en s'adaptant aux difficultés pour que la construction devienne davantage quelque chose de ludique. Nous retenons un modèle de «Passe-trape» qui semble simple à la réalisation et à l'utilisation. Avant de commencer un plan, je lui demande si il aimerait écouter une musique afin de se détendre et de baisser la concentration qui lui demande beaucoup d'effort. Un morceau de Mehrzin dont la mélodie est à la fois douce et dynamique. Amir est capable d'apprécier le moment et également de me donner son point de vue. Il choisit donc la prochaine musique sous ma sollicitation, une chanson de Gainsbourg. Nous continuons à écouter des musiques qu'il choisit en discutant de temps en temps des plans de constructions. Nous décidons de confectionner la séance prochaine, des perles en Pâte Fimo, pour les placer de chaque côté du jeu, afin de compter les points. «Ça passe vite!» me dit-il à la fin de l'heure. Il a l'impression que les journées s'écoulaient extrêmement doucement depuis son accident et l'ennui fait partie de son quotidien. Il semble difficile pour lui de rester accaparé par une tâche plus d'une dizaine de minutes à cause de la fatigue et de la baisse de son attention.

T2-26/09

Nous commençons la séance par écouter de la musique, tout d'abord, Bob Marley, puis Supertramp. Une fois les plans achevés, Amir choisi des couleurs différentes pour les perles. Je lui montre des techniques pour créer des motifs réguliers en couleurs. Il s'émerveille devant ces techniques simples qui produisent rapidement des formes élaborées, il les qualifie de «très ingénieuses». La motricité fine est particulièrement sollicitée, et il s'étonne d'être capable de produire quelque chose d'aussi joli : «c'est superbe, j'en reviens pas que j'ai fais ça ! ». Au delà du côté utile que vont prendre ces objets, il m'avoue que c'est une des première fois qu'il fait quelque chose de simplement beau. Nous discutons des étapes des prochaines séances, du matériel dont nous aurons besoin et il semble très enthousiaste.

T3-02/10

C'est la deuxième fois que Amir repousse notre séance et il m'avoue avoir de l'appréhension quant aux difficultés qu'il pourrait rencontrer en construisant cet objet. Il se rend compte qu'un manque de confiance en lui le freine et le pousse parfois à éviter toutes actions ou situations qui pourraient le mettre en échec. Je le rassure en lui montrant que l'on peut décomposer l'effort en plusieurs petites tâches simples qui, elles, ne lui posent pas de difficultés. Cette séance est consacrée uniquement au découpage de plaintes qui serviront à délimiter les bords du plateau. Nous discutons de la démarche à suivre, en suivant un cheminement logique et pratique : prendre les mesures, les reporter sur les planches, les fixer avec des serre-joints, et découper. Une fois les actions planifiées, Amir ne ressent plus d'angoisse et prend plaisir dans la technique. Nous finissons par l'écoute de musique et la planification de nos prochaines actions pour la séance suivante. Ne restant plus que trois séances avant son départ de la clinique, j'anticipe le planning des séances afin d'être sûr que le plateau de jeu soit près pour son départ.

T4-03/10

T5-09/10

T6-10/10

Durant ces trois séances, nous continuons à écouté de la musique. Amir me parle de sa femme et des relations complexes de leur couple. Il pense que toute entente est aujourd'hui impossible et que le divorce est inévitable. Il regrette beaucoup la situation et commence petit à petit à envisager sa vie telle qu'elle risque de devenir dans les mois à venir. Il redoute de ne plus voir ses enfants, et de ne pas retrouver de travail mais commence à envisager des solutions et des situations qui lui semblent convenables. Si sa femme garde la maison il pourra peut-être prendre un appartement et si il ne peut reprendre son travail, il en trouvera peut-être un autre. Nous assemblons les éléments du plateau à l'agrafeuse, ainsi que des renforts. Je découpe chez moi des palets de bois, trop difficiles à tailler sur place. Nous dessinons des motifs, où il me sollicite davantage car sa motricité reste grossière «Je ne voudrais pas faire n'importe quoi avec mes grosses mains» dit-il, pour qualifier son manque de dextérité. Il choisit ses couleurs pour lui et pour sa fille et peint. Comme il veut toujours faire les choses immédiatement comme il dit : «Moi c'est toujours tout, tout de suite.», il manque parfois d'application mais reste persévérant. Il me dit être fier de sa production et de finalement être «... encore capable de faire des choses de ses mains et de sa tête.»

Le passe trappe réalisé par Amir montre le soin esthétique dont il a fait preuve au cours de peu de séances, afin qu'il plaise non seulement à lui-même mais aussi à sa fille.



Le bilan de cette prise en charge est plutôt positif, l'état de santé de Amir s'est amélioré au cours de ce mois. Il a eu le temps et la possibilité de faire le point sur sa situation actuelle malgré un délai d'hospitalisation court. En revalorisant les sensations, Amir est aujourd'hui plus attentif au plaisir ressenti à être. En affirmant ses goûts et ses envies, il retrouve un peu de sa personnalité car il avait le sentiment de s'être «perdu». Amir parvient également à reprendre confiance en lui et en ses capacités et est aujourd'hui moins anxieux en envisageant l'avenir. Il parle plus facilement de ses souffrances et de ses inquiétudes, remet en question son comportement qui lui fait souvent défaut, et envisage des solutions. Néanmoins, lors de son retour à domicile, les faits qu'il redoutait se sont produits. Amir n'a pas pu retrouver de situation professionnelle et la procédure de divorce en cours l'éloigne de sa famille. Il est aujourd'hui en grande fragilité psychique et continue sa rééducation en hôpital de jour à la clinique Iris.

A / 4 . Le cube harmonique aura un rôle dans l'affirmation et l'autocritique d'Amir face à sa production.

Utilisé à chaque séance, le cube harmonique a permis à Amir de porter un autre regard sur son environnement. Au delà du fait d'aimer ou non une chose, le cube harmonique a permis de réveiller son esprit critique. Amir ne se pensait pas capable d'apprécier une œuvre, qui ne serait pas bien faite, pourtant il aime les dessins de sa fille qui, à huit ans, ne possède pas de technique poussée. Ou encore, il ne pouvait différencier le «Bon» et le «Beau», alors qu'une musique peut-être belle mais rappeler de mauvais souvenirs ou être d'une telle tristesse qu'on ne ressent pas de «Bon» au moment de l'écoute. Ces nuances ont permis à Amir de porter un regard plus objectif sur sa production, et d'affirmer ses ressentis et ses goûts. Il pensait ne pas être «sensible» aux choses qui ne sont pas purement utiles. «Je suis pas difficile, j'écoute ce qui passe sur la radio et regarde ce qui passe à la télé sans vraiment faire attention.» Aujourd'hui il dit que cela fait du bien de remettre un peu de «Beau» dans sa vie. Il a pu au cours de l'élaboration de son projet définir ce qu'il trouvait agréable à faire, ce qu'il trouvait bien fait, ce qu'il trouvait beau, voir les gratifications de chacune de ces notions et adapter son comportement à cette autocritique.

B/ L'analyse du cas de Léa permet d'illustrer une prise en charge où la rééducation, la réadaptation et l'état de santé du patient s'améliorent, mais dans la perspective d'une rechute inévitable.

B / 1 . La rencontre avec la patiente, les indications de l'équipe soignante et le dossier médical valident un protocole de prise en charge en art -thérapie. Léa montre un syndrome dépressif et anxieux ainsi qu'une perte de la notion de sujet ; après la sixième ablation d'un méningiome et l'acquisition des troubles neurologiques et moteurs qui font suite.

27/06

Léa est assise dans son fauteuil roulant au croisement d'un couloir, immobile, regardant le sol. C'est quand je m'accroupis près d'elle et la salue qu'elle relève la tête et remarque ma présence.

Léa m'a été indiqué par sa kinésithérapeute. A son entrée à la clinique début mai, des suites de l'ablation d'un méningiome, la patiente communiquait difficilement et avait du mal à comprendre les questions en partie du fait de troubles cognitifs. Elle était très désorientée aussi bien dans le temps que dans l'espace. Elle présentait un déficit visuel, des troubles de l'équilibre, un ralentissement psychomoteur important et donc une mobilité réduite. Elle présentait un syndrome dépressif important et une grande anxiété. L'équipe pluridisciplinaire s'inquiète de l'aggravation de ce syndrome anxio-dépressif et de l'apathie de la patiente. En parlant avec sa kinésithérapeute, Léa accepte de me rencontrer. Elle trouve l'idée de faire de l'art-thérapie intéressante.

En consultant son dossier médical je découvre que Léa a 56 ans, d'origine Serbe, elle est divorcée et vit dans un appartement au rez de chaussé mais qui compte tout de même une dizaine de marches. Elle a cessé son métier de gardienne d'immeuble pour invalidité il y a trois ans et n'a pas d'aide à domicile. Elle a deux filles, la plus âgée travaille, a un petit garçon et vit non loin de chez elle ; la plus jeune est encore étudiante et vit avec elle. Léa a subi une première ablation de méningiome en 2004, puis deux exérèses de méningiomes en 2008, puis en 2011 et en 2013. Suite à l'évolution de troubles de l'équilibre, associés à de la fatigabilité et des hallucinations visuelles, une IRM a mis en évidence une récurrence du méningiome de la tente du cervelet s'étendant en supra et infra-tentorial. Il nécessitait une intervention supplémentaire pour une exérèse partielle en avril 2014. Les suites sont marquées par une désunion cutanée avec brèche méningée, la patiente est donc reprise au bloc opératoire pour parage, lavage et drainage du foyer opératoire et mise sous antibiothérapie. On note la survenue d'une thrombose veineuse profonde sur cathéter fémoral droit, la présence d'un fibrome utérin corporel droit assez volumineux, une hémiparésie droite à 4/5 ainsi que la consultation d'un psychologue pour une lourde dépression et des idées suicidaires. La patiente est évaluée à haut risque sur l'échelle de Waterlow évaluant le risque d'escarre. Etant donné l'âge de la patiente un retour au domicile est envisagé par l'équipe pluridisciplinaire avec un plan d'aide. Au vue des troubles séquellaires ; du ralentissement psycho-moteur, du trouble visuo-spacial, du trouble de l'équilibre et du syndrome dépressif un projet thérapeutique est défini. En kinésithérapie le renforcement des quatre membres de la patiente qui vient de passé plus de 45 jours alitée est une priorité, puis le travail de l'équilibre assis, et le travail de remise à la marche. En ergothérapie un suivi de l'autonomie et de l'indépendance est effectué ainsi que le travail des transferts. Un soutien psychologique est mis en place dans le cadre de sa dépression.

Quand je me présente, Léa comprend qui je suis. Elle s'inquiète de savoir si l'on avait rendez-vous et qu'elle l'ait oublié. Je la rassure et après un bref échange nous convenons d'un rendez-vous. Elle m'informe gênée, qu'elle ne s'en souviendra pas, et qu'il faudra évidemment que je vienne la chercher. Il y a très peu d'expression dans sa voix et elle ne cherche pas de contacte visuel, elle reste cependant polie.

B / 2 . Les capacités, les difficultés, les intentions et les objectifs de Léa vont dans un premier temps déterminer un état de base au cours d'une séance d'ouverture, il met en avant l'importance pour Léa de redevenir «sujet» dans sa vie.

03/07

Léa est dans sa chambre et écoute la télévision. Elle se souvient de moi et savait que je viendrait la chercher mais ne se rappelait plus quel jour était écrit sur son emploi du temps ni la date d'aujourd'hui. Elle cherche avec des gestes incertains un récipient sur la table devant elle, qu'elle emporte, car de fortes nausées incessantes l'angoissent. Nous descendons à l'atelier. Elle ne se repère pas du tout dans les couloirs et ne parle que si je l'interroge. Arrivées dans l'atelier j'installe le plus confortablement possible son fauteuil devant la table. Nous parlons

du dernier tour médical qui a eu lieu en début de semaine et de l'entretien avec le médecin et ses filles qui a eu lieu la veille. Léa s'inquiète de ne pas pouvoir remarquer et a peur d'avoir davantage de troubles cognitifs et de ne pas retrouver une vue convenable. En effet cela la gêne énormément au quotidien et ralentit ses progrès en ergothérapie et kinésithérapie. Elle est fatiguée de ses allers-retours en hôpitaux et rééducation. Elle ne veut pas repartir en Serbie en laissant ses filles, mais ne veut pas leur imposer sa dépendance. Léa voudrait voir l'assistante sociale pour savoir si elle pourrait obtenir un logement adapté dans le meilleur des cas. Elle s'exprime peu et ne laisse transparaître aucune émotion. Nous feuilletons de grands posters en parlant. Elle apprécie les couleurs vives. Je lui propose alors de prendre des craies grasses et de jouer avec ces couleurs. Son rapport à l'espace est très perturbé, il semble qu'il y ait une grande différence entre ce qu'elle voit et le traitement de cette information. Elle fait un point violet sur la feuille avec un geste peut assuré et lorsqu'elle lève la craie elle ne peut replacer la craie sur ce point qu'elle perçoit avec difficulté. Elle me demande si c'est bien là qu'elle a dessiné. Elle prend plaisir à choisir la couleur sans parvenir à une continuité dans sa composition. Je dessine avec elle et lui présente les coloris car, rassemblés, elle ne les distingue pas tous et n'arrive pas à les saisir. Je lui propose d'adapter la technique à ses capacités pour notre prochain rendez-vous en travaillant avec de la peinture sur un plus grand format. Elle est d'accord pour que l'on travaille ensemble sur ce qu'elle aime, sur ses goûts, sur son rapport visuo-spacial et sa motricité fine dans un projet. Nous arrêtons cette séance à l'arrivée de sa fille qui la raccompagne.

Dans le dossier médical je trouve par la suite quelques notes de son entretien avec le médecin et ses filles qui m'en apprend d'avantage. Il a été mis en avant la difficulté d'un retour à domicile au vu de son état de dépendance qui demande une aide importante dans les actes de la vie quotidienne 24 heures sur 24. En effet le médecin a la certitude actuelle que Léa ne remarquera pas et que son état de santé d'années en années se dégrade de façon exponentielle. L'entrée en maison de retraite paraît difficile de par son jeune âge et car elle aura besoin de soins médicalisés. Sa fille aînée va essayer d'organiser un rapatriement à Belgrade où sa famille possède un appartement disponible dans lequel ils pourront prendre soin d'elle au quotidien mais cela n'est de toute évidence pas le souhait de Léa qui veut rester auprès de ses filles en France. Toutefois ils ont évoqué l'évolution inexorable de sa maladie à cours et moyen terme puisque cela sera sûrement fatal si une autre intervention est nécessaire. Léa a conscience de la difficulté pour ses filles de prendre en charge tous ses soins.

Je détermine un état de base sur lequel m'appuyer pour établir une stratégie. Mon objectif général est d'aider Léa à retrouver une certaine autonomie et indépendance. Pour cela il nous faudra travailler sur l'estime de soi avec Léa afin qu'elle retrouve la notion de «sujet» ; en sollicitant des gratifications sensorielles positives et en adaptant la technique à ses capacités afin qu'elle retrouve du «Bon», du «Bien» et du «Beau» dans ce qu'elle fait et en tire une notion de fierté. Par la suite il me semble que l'amener à montrer son travail lui permettrait de s'affirmer davantage, d'entrer en communication avec son entourage, et de reprendre un statut autre que celui de parente malade ou de patiente, qu'elle a endossé depuis plusieurs années.

B / 3 . Un premier cycle de sept séances est décrit ainsi qu'un premier bilan montrant une évolution dans le plaisir à être et l'affirmation de soi, la confiance restant un point à améliorer notamment par la communication de Léa et sa reconnaissance par son entourage.

T1-04/07

Léa est en ergothérapie et j'attends la fin de sa séance. Elle travail le maniement du fauteuil roulant qui ne semble pas progresser. Son ergothérapeute semble perdre patience. Quand je la rejoins pour l'emmener à l'atelier je lui demande comment s'est passée la séance. Elle me dit que l'ergothérapeute est dur avec elle et qu'elle n'y arrive pas. Dans l'atelier une grande feuille de format demi-raisin est tendue sur une plaque, posée sur un chevalet. Nous enlevons les repose-pieds du fauteuil pour que Léa se positionne face à celui-ci au plus près afin de soulager les mouvements de son bras en rééducation. Sur la table à sa droite, j'ai disposé de la peinture des pinceaux, de l'eau et des craies grasses. Elle me demande un verre d'eau qui calme

ses nausées. J'explique quelques principes de bases sur l'optique à Léa afin qu'elle comprenne le principe du cercle chromatique que nous allons utiliser pour confectionner nos couleurs. Elle ne se sent pas capable de faire les mélanges elle-même mais finit par choisir une couleur. Nous faisons le tour du support pour qu'elle prenne connaissance de ses limites et elle choisit son pinceau aussi bien au toucher qu'à la vue. Elle n'ose pas se servir en peinture car elle ne voit pas bien ce qu'elle fait, notamment les quantités. Elle commence par quelques traits hésitants au bas de la feuille. Je l'incite, en lui montrant les espaces, à amplifier ces gestes car elle se conforte sur le bord qui lui donne un repère. Nous changeons alors de couleurs et occupons de plus en plus l'espace. Elle aime les couleurs et leur mélange mais se plaint beaucoup de sa vision et me sollicite continuellement pour savoir où elle est dans sa composition, et où intervenir. Elle repère difficilement les couleurs les unes par rapport aux autres mais le résultat vu de loin lui paraît satisfaisant. Au bout de quarante minutes, comme le jour précédant, Léa commence à être fatiguée. Nous discutons de son adaptation au fauteuil et des difficultés qu'elle rencontre notamment du fait qu'elle espère vraiment faire des progrès dans la marche. Sur un petit boulier où cinq billes vertes évaluent le «Bon», cinq jaunes, le «Bien», cinq Bleus, le «Beau» et cinq rouges, la qualité du moment ; elle parvient à coter le «Beau» et la qualité du moment sans parvenir vraiment à comprendre la nuance des deux autres notions.

En la ramenant à sa chambre je lui confie un Kalimba (un piano à doigts) dont je joue un petit morceau et lui montre le maniement simple. Elle apprécie beaucoup les harmonies qui sont produites. Quand elle s'ennuie et qu'elle y pense elle peut s'en saisir et en jouer un instant, l'idée lui plaie.

En discutant avec son ergothérapeute, elle m'explique qu'elle ne voit aucune évolution, qu'il n'y a pas d'apprentissage, qu'il y a une vraie discontinuité dans ses actions et dans la coordination de ses mouvements. Elle pense que sur ce dernier point je peux éventuellement travailler.

T2-10/07

Je la retrouve à la fin de sa séance d'ergothérapie. Elle progresse un peu dans les transferts et a conscience de n'être pas toujours capable d'appréhender la situation dans laquelle elle est et de se mettre parfois en danger. Nous poursuivons la peinture et elle décide de passer de la craie par dessus. Ses mouvements sont encore restreints, elle me sollicite encore énormément pour composer dans l'espace et demande mon avis pour chaque décision. Elle me parle de l'appartement de Belgrade et de ses doutes sur la possibilité qu'elle a de remarcher. Elle a l'impression de ne plus prendre aucune décision et que son sort n'est plus entre ses mains. Elle se bat pour ses filles et son petit fils et perd courage quand elle pense devoir partir et se séparer d'eux. Elle est partagée entre son combat actuel pour pouvoir remarcher et retrouver de l'autonomie, l'angoisse de voir revenir le méningiome et de se voir encore diminuée. Pour l'instant sa sortie de rééducation n'est pas prévue avant un mois ou deux alors elle doit se laisser le temps de rééduquer ses gestes et se réadapter sans se mettre de pression. C'est sur cette notion que nous nous concentrons pour le reste de la séance. Nous regardons souvent la peinture de loin pour avoir une vue d'ensemble et revenir sur les points à modifier. Elle ne sait pas quand s'arrêter et n'arrive pas à savoir si la peinture est finie. Nous en restons là pour aujourd'hui et confirmerons la séance prochaine si la production est achevée.

La couleur s'invite chez vous réalisée par Camille montre son attachement aux couleurs vives.



T3-11/07

Nous descendons à l'atelier, décidons de ne plus retoucher sa dernière production et d'en commencer plutôt une autre. Elle la trouve assez belle, bien qu'elle dise espérer pouvoir faire mieux techniquement. Léa décide de commencer par un dessin à la craie grasse, représentant un clown. C'est une image qu'elle voyait brièvement durant des épisodes de crises visuelles. En l'aidant à se repérer sur la feuille elle trace des lignes et des formes à la limite du figuratif et de l'abstrait. Comme ce n'est pas tout à fait ce qu'elle désire, je lui demande de fermer les yeux qui lui donnent des informations erronées. Ainsi en ne pensant tout d'abord qu'à l'espace et à ses mouvements, elle adopte un geste plus assuré. Elle commence à apprécier l'aspect déstructuré du dessin et voudrait passer de la peinture sur les traits pour en faire ressortir certains, nous travaillons alors sur la profondeur. Léa prend plus de décisions sur les couleurs mais en me demandant encore trop mon opinion, notamment sur la composition. Je voudrais qu'elle se détache davantage de la technique pour se rapprocher de l'Art I. Pour faciliter les mouvements de son bras qui devient douloureux, nous décidons de tourner le support sur le chevalet au fur et à mesure qu'elle dessine. Sur le chemin du retour Léa me confie que malgré ce que pensent les médecins de ses difficultés, elle veut travailler la marche. «Il faut que j'essaie, il faut que je m'entraîne.» me dit-elle. Je lui demande si elle en parle avec son kinésithérapeute qui est là pour entendre ses intentions et tendre vers elles autant que possibles, étapes par étapes.

T4-17/07

T5-18/07

T6-24/07

Durant ces trois séances Léa poursuit sa peinture avec beaucoup d'attention. Elle se fatigue moins vite et c'est la fin de l'heure qui met fin à nos entretiens. Elle prend des décisions sans que je l'incite, commence à prendre des initiatives, et ne cherche plus sans cesse mon approbation. Elle montre ses productions à sa fille cadette et nous discutons d'une possibilité de les exposer dans l'hôpital. Cela est nouveau pour elle : «Et après tout pourquoi pas ? » Lors de notre rencontre en séance quatre Léa s'est coiffée elle-même et porte des vêtements qu'elle a choisis, en séance six Léa a prit soin de mettre un serre-tête jaune qu'elle me montre en souriant : «celui-la je le vois de loin, il est beau et je ne risque pas de le perdre». Elle a montré l'instrument aux aides-soignantes qui étaient curieuses et nous en jouons dans sa chambre. Léa dit que parfois elle en joue car c'est apaisant, qu'elle perd la notion du temps et s'arrête de peur que cela gêne quelqu'un. Dans l'atelier l'espace de la feuille se remplit avec moins d'appréhension, et les gestes sont plus amples. Léa exprime plus facilement ce qu'elle ressent et pense. Elle nomme chacune de ses peintures et nous décidons de les exposer dans de grands cadres dans

le hall pour la dernière séance avant mon départ. Léa fait de réels progrès dans sa rééducation, après avoir travaillé la marche entre les barres parallèles, elle essaie la marche en déambulateur. Ces progrès la rassurent, et diminuent un peu son angoisse.

La couleur des saisons réalisée par Léa montre sa difficulté à appréhender l'espace et sa volonté d'allier abstraction et figuration.



T7-25/07

Léa me reconnaît dès que je franchi sa porte, ses réactions sont plus rapides et ses expressions dans sa voix et sur son visage sont plus marquées. Nous découpons proprement ensemble les peintures et les disposons dans deux cadres. Je lui laisse à disposition des crayons afin qu'elle puisse, si elle le désire continuer à dessiner dans sa chambre durant le mois à venir. Les craies ou la peinture étant bien trop salissantes et nécessitant plus d'indépendance dans leur utilisation. Nous discutons de ce qu'elle espère faire durant ce mois et des questions en suspens sur son retour à domicile ou son retour en Serbie. Sa fille aînée y part pour trois semaines pour étudier les options possibles à long terme. Nous nous disons au revoir chaleureusement, et nous donnons rendez-vous en septembre.

Au vu des observations faites durant ces semaines il semble que Léa reprend du plaisir à être aussi bien dans son activité artistique que dans son quotidien. Elle sourit davantage, rit même parfois, s'occupe, prend la parole et donne son avis. Elle affirme davantage ses désirs et sa personnalité. Ses angoisses ont un peu diminué car la perspective de rester dans un fauteuil roulant s'est un peu éloignée. Elle a toujours de grands troubles dans les stratégies et les repères dans l'espace ce qui compromet son projet de retour à domicile, cependant bien que les troubles de la marches soient protéiformes, les exercices sont en progrès. Léa est toujours dans l'incertitude de retrouver ou pas ses capacités et donc de définir quelle sera l'importance de sa dépendance au sortir de la clinique. Elle n'arrive pas à se projeter et ne veut pas se faire d'illusion. La communication avec son entourage et l'équipe s'améliore un peu mais elle manque encore de confiance en elle pour redevenir «sujet», «actrice» de sa vie.

B / 4 . Un nouvel état de base est redéfini le 05/ 09 mettant en lumière une amélioration générale de l'état de santé de Léa et de son autonomie.

05/09

Léa est assise à table, c'est la fin du repas à la cafétéria. Elle est en grande conversation avec les autres et souriante. Elle me reconnaît à une dizaines de mètres et me salue : «Ça y est vous êtes revenue ! ». Léa me demande si on pourrait prendre un rendez-vous car les peintures qu'elle a exposées ont beaucoup plu et qu'une amie à elle en voudrait une. Comme les deux qu'elle a présentés sont pour ses filles elle aimerait en faire d'autres. Nous nous verrons le dix-

huit et en attendant elle réfléchit à sa prochaine composition pour, cette fois, anticiper la mise en espace. En discutant avec l'équipe pluridisciplinaire j'établis un nouvel état de base au vu des progrès et de l'amélioration de son état de santé. En effet on décide de conserver l'achat d'un fauteuil roulant bien que la marche en déambulateur sur une centaine de mètres soit presque sécurisée. Ces améliorations influent sur le moral de la patiente lui aussi en hausse malgré ses troubles visuels qui gênent encore beaucoup son indépendance. C'est notamment ce manque d'indépendance qui amoindrit encore sa confiance en elle. En travaillant sur ce point en art-thérapie nous espérons voir un regain de cette confiance afin qu'elle puisse se projeter plus facilement dans son projet de retour à domicile.

B / 5 . Un deuxième cycle de huit séances est décrit ainsi que le bilan final témoignant d'un renforcement de la confiance en soi, de l'autonomie et de l'indépendance de Léa.

T1-18/09

T2-19/09

T3-25/09

Durant ces trois séances Léa me parle beaucoup de ses filles, le retour en Serbie n'est plus d'actualité mais envisagé comme une possibilité dans le cas où la tumeur reviendrait et que les soins de suites soient trop importants. Elle a conscience que son état est sûrement provisoire mais est soulagée que la situation s'améliore, lui assurant un sursis pour vivre auprès de ses filles dans les meilleures conditions possibles. Léa se déplace maintenant seule en fauteuil roulant pour les longues distances mais toujours accompagnée car elle peut se fatiguer et est un peu claustrophobe dans les ascenseurs. Elle commence une nouvelle peinture en mélangeant acrylique et craies grasses représentant des hortensias. Elle décide des formes et des couleurs de manière plus autonome. Elle arrive de mieux en mieux à voir les espaces et à coordonner ses gestes même si passer d'une forme à l'autre est encore difficile, elle demande de l'aide quand elle en a besoin. Léa pense de plus en plus à prendre du recul et modifie les éléments qui lui déplaisent. Une fois sa peinture finie nous discutons de la manière dont nous pouvons nous y prendre pour qu'elle puisse continuer à peindre et dessiner de manière autonome et indépendante une fois chez elle.

Les hortensias réalisés par Léa montre son envie de figuration et son évolution dans son rapport à l'espace et sa dextérité.



T4-26/09

Durant cette séance je voulais que Léa teste des techniques et des méthodes pour choisir celles qui lui conviennent le mieux. Tout d'abord le support : le plus simple pour elle, est de rester sur du papier. Comme elle n'aura pas la place pour un chevalet chez elle, elle choisit un format A3 assez petit pour le manipuler sur une table et assez grand pour continuer à avoir de

l'amplitude dans ses gestes. La craie grasse reste un outil qu'elle désire exploiter car il n'est pas trop salissant, assez large pour bien le tenir, comporte des couleurs vives et laisse des traits de matières très présents. Quant à la peinture, Léa aimerait continuer mais son utilisation est plus complexe. Nous effectuons un cercle chromatique ensemble pour qu'elle comprenne les mélanges mais il est difficile pour elle de verser les couleurs et de les manipuler à cause de son rapport à l'espace faussé qui rend ses gestes maladroits. Nous décidons de trouver une autre technique à notre prochain rendez-vous. Elle veut dessiner un chat rose mais une forme de figuration complexe est trop dure pour elle et la frustre. Elle me sollicite beaucoup. Nous discutons alors de ce qu'est la figuration et l'abstraction et de l'absence de frontière entre les deux. On expérimente le fait qu'il suffit parfois de suggérer une forme pour qu'elle existe, comment de grandes tiges vertes et des points colorés deviennent des fleurs. Se dégager des techniques du figuratif trop exigeantes pour ses capacités pour d'autres plus adaptées et retrouver un équilibre dans son idéal esthétique, c'est un des objectifs de notre prochaine séance.

T5-02/10

T6-03/10

T7-09/10

T8-10/10

Une visite du domicile de Léa a été effectuée par son ergothérapeute. Son logement n'étant pas du tout adapté, une demande à été adressée par l'assistante sociale aux HLM de sa ville pour qu'elle puisse bénéficier d'un appartement équipé. Sa fille va partir en vacances et son absence l'inquiète car elle vient lui rendre visite tous les jours. Elle perd encore souvent la notion des jours, des heures et de l'espace. Nous dessinons ensemble un plan de la clinique pour l'aider à se repérer dans les couloirs maintenant qu'elle se déplace un peu plus seule. A l'atelier, elle décide de dessiner une forme simple, un arbre de Noël, et de mettre en avant les couleurs qui l'entourent. Elle prend son temps et nous trouvons des techniques pour se repérer dans l'espace de la feuille sans qu'elle ait besoin d'aide. Elle décide quand sa production est terminée et lui donne un titre sans que je la sollicite. Nous essayons ensuite une nouvelle technique de peinture avec un pinceau qui contient une réserve d'eau que l'on remplit, et une boîte d'aquarelle. Le maniement des couleurs ainsi simplifié, Léa peut peindre de manière indépendante en prenant soin de repérer l'emplacement des couleurs les unes par rapport aux autres sur la palette. «Alors ça c'est vraiment un pinceau magique ! » Elle est très enthousiaste et utilisant ces nouveaux outils toute seule. Elle peint un ciel coloré et des cœurs qu'elle nomme «En manque d'affection» avec humour car sa fille lui manque. Durant la dernière séance, Léa partage du temps avec Camille une autre patiente qui a traversé des expériences assez proches dans sa maladie. Elles discutent ensemble des aménagements que doivent subir leurs domiciles pour s'adapter à leurs besoins. Léa réfléchit et se projette réellement dans son quotidien tel qu'elle va le vivre avec ses déplacements, ses repas, sa toilette, ses entrées et ses sorties de l'appartement. Elle voit qu'elles seront les difficultés et les solutions plus posément.

Au terme de cette prise en charge Léa a considérablement retrouvé son estime de soi, elle est à nouveau «sujet» et malgré une certaine dépendance due à ses incapacités elle retrouve de l'autonomie. Associée à l'amélioration de son état de santé physique sa prise en charge a eu pour conséquence la baisse de son anxiété et de sa dépression. En retrouvant de la saveur existentielle on retrouve l'envie de vivre, et de se soigner. Mais cela sera-t-il suffisant ? Léa a retrouvé suffisamment d'amour, de confiance, et d'affirmation pour poursuivre sa vie avec un minimum d'indépendance et d'autonomie, tout en sachant les possibles évolutions de sa maladie. Ne faudrait-il pas envisager un accompagnement qui éviterait, une fois la rééducation terminée, l'attente angoissante d'un possible retour de la maladie ? Léa est actuellement sortie de la clinique et y revient deux fois par semaine en hôpital de jour. Un accompagnement lui est pour l'instant assuré. Mais le passage en institution est aussi difficile que la sortie car l'encadrement à notre disposition est aussi contraignant pour certains, que rassurant pour d'autres. Alors que tout, la rééducation, la réadaptation et la réinsertion sont tournées vers le retour à une vie

dans de bonnes conditions pour les patients, la transition est souvent délicate, notamment pour ceux dont la maladie progresse toujours.

Le sapin de Noël réalisé par Léa montre l'équilibre qu'elle a trouvé entre le figuratif et l'abstrait, dans la mise en avant des couleurs par rapport à la forme.



B / 6 . L'outil du cube harmonique a eu pour objectif l'affirmation et la reconnaissance des productions de Léa par elle-même.

Léa ne parvenait pas dans un premier temps à distinguer les différentes notions qui composent le cube harmonique. Puis par des exemples elle a pu déterminer du «Bon» dans des essais qu'elle ne trouvait pas forcément «Beau» et du «Beau» dans des peintures pas toujours «Bien» faites. Cela lui a permis de dissocier le «Bien» et le «Beau» dans ses productions, et prendre plaisir à produire du «Beau» même quand la technique lui faisait défaut. Elle a pris du plaisir à exprimer son point de vue qui s'est finalement étendu à son quotidien pour retrouver un esprit critique, et non plus subir les choses sans avis précis. Je pense qu'elle a pu ainsi apprécier et reconnaître la valeur de ses productions de manière plus objective pour elle et ré-affirmer sa personnalité, redevenir «sujet», nécessaire à une certaine qualité de vie.

C / L'analyse du cas de Camille illustre une prise en charge en Atelier d'art-thérapie d'une personne se retrouvant au bout des possibilités médicales, et dont le pronostic vital est défavorable.

C / 1 . Une première rencontre brève a lieu avec Camille à sa demande en hôpital de jour, m'amenant à consulter son dossier médical et l'équipe pluridisciplinaire. La patiente est face à une perte d'estime de soi, notamment de confiance et à une difficulté à s'exprimer.

11/04

La première fois que j'ai rencontré Camille, elle est venue à ma rencontre en salle de kinésithérapie me demander si c'était bien moi la stagiaire en Art-thérapie. Elle voulait prendre rendez-vous par curiosité car elle aime tout ce qui est manuel. Nous discutons quelques instants de ce qu'elle aime, des problèmes que lui pose sont hémiplegie gauche et des exercices qu'elle fait en kinésithérapie. Notre prochain rendez-vous aura lieu fin avril.

Le dossier médical m'indique que Camille a 66 ans. Qu'elle est actuellement patiente en hôpital de jour pour une hémiplegie gauche survenue après chirurgies multiples d'un méningiome frontal droit. Elle est secrétaire à la retraite, mariée et mère d'une fille de 43 ans vivant près de chez elle. Elle souffre de ce méningiome depuis 2001, a bénéficié de chirurgie en 2001, 2004, 2007 et en janvier 2014. Ces chirurgies ont été entrecoupées de cures de radiothérapies en 2007, 2011, 2012 et au début du printemps à la clinique du Tonkin. Sa kinésithérapeute travaille

la mobilité de ses membres gauches, le renforcement musculaire, le schéma de marche pour le sevrage du déambulateur et le passage à la canne et l'équilibre qui est à 13,5/28 à l'épreuve de Tinetti.

C / 2 . Un état de base est défini au cours d'une séance d'ouverture permettant d'élaborer une stratégie thérapeutique provisoire orientée vers la revalorisation de la confiance en soi.

25/04

Camille me reconnaît en sortant de kinésithérapie, elle me dit que nous avons rendez-vous. Elle a apporté des pochettes en tissus qu'elle a fabriquées il y a quelques temps avant ses nouveaux ennuis de santé et notamment sa dernière opération. Il y en a un nombre impressionnant et elle me propose d'en choisir une. Je suis un peu gênée car il m'est difficile d'accepter un cadeau de la part d'un patient. Comme je lui explique que c'est très gentil mais un peu gênant, elle me rassure car elle en a offert à la plupart des soignants et que d'ailleurs elle voudrait m'apprendre à en faire pour que je puisse le proposer à d'autres patients. Elle participait à une association qui montait différents projets de couture et de patchwork. Elle ne sait pas si elle pourra y retourner et si elle pourra coudre ou broder à nouveau. Les liens sociaux qu'elle a créés depuis sa retraite risquent de souffrir du handicap que sa mobilité lui laisse. Cette inquiétude la travaille autant pour le fait de pratiquer sa passion que pour voir ses amies. J'accepte avec plaisir d'apprendre avec elle à confectionner ces pochettes quand nous aurons réuni le matériel nécessaire et commence par lui montrer les tissus dont je dispose pour anticiper les séances suivantes. L'association des couleurs et des motifs dans ces productions me semble très habile. Pour retrouver une notion partielle de patchwork et commencer un bilan sensoriel et moteur, je lui propose de composer un tableau avec des découpages. Elle trouve l'idée intéressante car elle aime chercher et assembler des motifs. Nous découpons ensemble les images et motifs qu'elle aime en les présentant sur une feuille format A3 tendue sur du bois. On colle les arrière-plans à la colle à papier peint et les suivants avec beaucoup de méthode et d'application. Elle est très méticuleuse malgré la mobilité tout de même réduite de son bras gauche. Elle a des projets de tenture ou de couverture pour l'hôpital et m'explique les techniques qu'elle connaît. Elle veut continuer son collage au rendez-vous suivant et me remercie chaleureusement malgré le manque d'expression et de thymie que j'ai pu observer durant ces deux entretiens. La fatigue que j'observe n'affecte pas ses gestes mais ressemble davantage à une lassitude qui s'améliore au bout de quelques minutes dans l'atelier. Elle se relève en s'appuyant sur la table et m'avoue que rester assise longtemps raidit un peu sa jambe.

Toutes les données que j'ai pu observées sont alors notées en fiche d'ouverture où je fais un bilan sensoriel et moteur, note les intentions sanitaires de l'équipe soignante et celle de Camille, ses intentions esthétiques, et ajouté à cet état de base, j'établis un objectif général et des objectifs intermédiaires. Camille affirme qui elle était et qui elle est en faisant ses choix en montrant ses productions... Mais les pénalités acquises récemment affectent ses capacités et blessent nettement l'estime d'elle-même. « Je crois que c'est fini ça pour moi ». Elle a besoin de reprendre confiance en elle en découvrant que malgré une diminution de sa mobilité elle est encore capable de beaucoup de choses. Pour cela elle doit retrouver du plaisir dans le ressenti en mettant peu à peu la technicité de côté, mobiliser l'étendue de ses capacités dans lesquelles elle n'a plus confiance, passer par de nouveaux mouvements, découvrir de nouveaux médiums pour retrouver du « beau », du « bon » et du « bien » dans ses nouvelles productions, et être à nouveau fière d'elle-même.

C / 3 . Un premier cycle d'art-thérapie est interrompu par le départ de Camille.

T1-30/04

Un premier contact a lieu avec Camille lors de son arrivée où elle me montre ses productions de patchwork dans un énorme sac difficile à transporter avec son déambulateur et m'explique qu'elle aimerait retarder sa séance d'une heure car elle a un rendez-vous imprévu.

Je lui propose de déposer son sac qu'elle reprendra plus tard et nous nous retrouvons à 10h30. Le transfert du déambulateur au siège est correct et elle s'affaire d'entrée, à son collage. Elle prend davantage d'initiatives, alors je lui propose des crayons et de la peinture pour compléter la composition. Elle s'approprie ces nouveaux outils et fait preuve d'autonomie et d'imagination. Elle décide d'elle-même lorsque l'œuvre est finie et nous réfléchissons à un titre : «Gourmandise». Elle propose de le garder comme modèle de collage pour les autres et nous décidons de l'accrocher. Elle repasse à l'atelier plus tard dans la matinée pour le montrer à une amie qui prend le même taxi qu'elle pour se rendre à l'hôpital. Elle projette de m'apporter des patrons de pochettes pour le vendredi.

T2-02/05

Elle arrive à l'heure, comme à son habitude il me semble, un petit sac contenant du tissu et des patrons à la main. Elle me fait faire un patron en faisant choisir du tissu parmi les siens et les miens. Elle me montre où découper, où plier et assembler. Elle ne veut pas en faire elle-même car elle en a déjà trop souvent fait me dit-elle mais prend plaisir à enseigner. Elle est très patiente, et calme. Malgré son manque de thymie elle encourage et complimente. Nous discutons de petits motifs que nous pourrions faire en patchwork et commençons quelques croquis. Elle sait que la dextérité de ses mains ne lui permettra pas de réaliser tous les gestes dont elle avait l'habitude mais au lieu de me faire part de ses inquiétudes directement elle sous-entend qu'elle était douée et que ce ne sera plus jamais aussi bien fait. Je lui montre alors que lorsque l'on part avec un handicap pour réaliser une tâche il faut de la patience, accepter que ce sera peut-être différent mais pas forcément moins bien, prendre le temps de s'adapter et se concentrer sur ce que l'on peut faire. Je malaxe rapidement deux boules de Plastiline pour lui montrer qu'avec cette petite boule on pouvait produire des choses amusantes et belles en quelques mouvements. Comme le but est de faire, de défaire et refaire à nouveau, le «bien» ou le «beau» prennent moins d'importance, on trouve le «bon» avant tout dans la manipulation brut de la matière. Notion que l'on peut retrouver dans la sculpture ou le modelage. Elle y prend du plaisir et serait curieuse de manipuler la terre. Voilà un autre projet sur lequel on pourra se pencher. A la fin de la séance je la raccompagne et elle discute avec d'autres patients auxquels elle montre son collage.

Gourmandise réalisé par Camille montre son goût pour les motifs, et son habileté à composer l'espace avec différentes formes, couleurs et matériaux.



La séance suivante n'a pas eu lieu car après un rendez-vous avec le médecin, il est décidé d'une pose dans la rééducation de Camille afin qu'elle se repose pendant les vacances. La rééducation et la réadaptation ayant atteint une limite il était inutile de la fatiguer davantage et lui permet ainsi le retour à un quotidien. Pouvoir poursuivre dans sa volonté de retrouver sa pratique artistique était important pour elle et je ne savais pas si l'ébauche du travail amorcée dans l'atelier lui permettrait de renouer avec ce pan de sa vie. La poussée corporelle semblait à nouveau présente car elle a eu assez confiance en son corps pour répondre à ces intentions et entrer dans l'action. Elle reprend plaisir à faire, mais cela sera-t-il suffisant pour qu'elle ait une autonomie et une indépendance dans sa pratique ?

C / 4 . L'état de santé général de Camille se dégrade, elle entre à la clinique en internat et un nouvel état de base est établi montrant une nouvelle baisse de la confiance en soi mais aussi de l'amour de soi en lien direct avec l'évolution de son état physique.

03/07

L'ergothérapeute de Camille m'apprend qu'elle est entrée à la clinique en internat. Son état de santé s'est nettement dégradé. Son dossier démontre une majoration de la réduction de son autonomie, malgré qu'elle ne présente pas de plaintes douloureuses. Le risque de chute est important, elle est très anxieuse et se surajoute une dépression par phénomène de souffrance mentale réitérée après chaque intervention. Elle a à présent du mal à marcher en déambulateur, le risque de chute est à 15 sur l'échelle de Glasgow, et la station debout quasi impossible. Elle est entrée en internat fin juin et il était prévu qu'elle en ressorte 4 à 6 semaines plus tard. L'équipe de soin avait pour objectifs :

- L'amélioration de l'état fonctionnel dans les transferts, la marche avec le déambulateur rollator, l'équilibre assis puis debout, Une bilan d'autonomie à réaliser avec l'ergothérapeute et une démarche de type réadaptative instaurée.
- L'accompagnement psychologique dans cette dégradation lente et progressive de l'état fonctionnel et thymique.
- La gestion de la fatigue, une surveillance cutanée, une surveillance de l'élimination vésico-sphinctérienne.
- La préparation du retour à domicile.

Néanmoins les performances apparaissent moins bonnes que le testing et Camille passe le matin même une IRM cérébrale qui va remettre quelque peu en question ces objectifs.

Elle montre une augmentation du volume des lésions méningiomateuses le long de la faux depuis la région pariétale. La masse s'étend en frontal inférieur droit au contact de la faux entraînant un effet de masse sur la corne frontale droite avec œdème diffus et infiltration, jusqu'au contact de la partie antérieure du corps calleux. Le neurochirurgien et le radiothérapeute sont consultés, et il est suggéré l'intervention de corticoïdes compte tenu de la composante œdémateuse. Il sera prescrit 60 mg de Méthylprédnisolone par jour pendant une semaine puis à doses dégressives.

Je passe la voir dans sa chambre, elle a accepté l'idée que sa tumeur revienne car elle s'y attendait, mais son moral est très bas. Cependant elle est très hâtive de reprendre l'art-thérapie et sait déjà ce qu'elle veut faire : un pot en terre avec des raisins en relief. Elle a vu ce genre de poteries dans une foire mais les trouvait trop chères et pense pouvoir en réaliser une elle-même. Elle a préparé un calque avec le motif. Le rendez-vous avec les médecins le lendemain matin l'angoisse énormément car c'est eux qui posent le diagnostic de l'avancée de sa maladie et donc la tournure que prendra sa rééducation, elle me dit que : «c'est eux qui posent les briques sur lequel je m'appuie pour sortir la tête de l'eau», « je veux pas qu'il me mentent mais je veux pas non plus entendre ce qu'ils ont à dire», «et puis je veux pas savoir le pourquoi du comment, juste savoir comment je fais moi maintenant, qu'est-ce qui va se passer ? »

La progression du méningiome ne laisse malheureusement ni de possibilités chirurgicales ni radiothérapeutiques. Le projet rééducatif change, ce n'est plus un projet de marche mais une autonomisation au fauteuil roulant. Le travail se tournera vers une adaptation pour qu'elle puisse rentrer chez elle.

04/07

C'est pour moi une nouvelle séance d'ouverture puisque le bilan sensori-moteur a changé ainsi que les intentions sanitaires et esthétiques, je dois revoir les objectifs. Il semble important pour elle et pour l'équipe de soins qu'elle continue sa pratique artistique, car elle lui permet d'éprouver du plaisir, de baisser son anxiété, de lui redonner confiance et de se projeter de projets en projets. Elle lui permet de partager ce qu'elle aime avec sa fille ou ses proches, d'offrir et de montrer ce qu'elle peut faire ; de travailler sa motricité, sa concentration, sa réflexion. Il

sera donc primordial de travailler sur le ressenti pour que la motricité et la fatigabilité ne soient plus un si grand obstacle. Camille a pourtant de grandes ambitions dans ses projets, il me faudra donc peu à peu réduire la notion de technique en passant de temps en temps par l'Art I, pour qu'elle y trouve autant de plaisir.

Nous descendons pour la première fois à l'atelier en fauteuil roulant. Elle n'est pas capable de se déplacer toute seule car cela demande de l'entraînement et de l'énergie de se diriger avec une seule main et une seule jambe valides. Camille transporte ses affaires dans une pochette fixée au dos de son fauteuil, elle en sort un pot en fer et un motif de grappe de raisin sur un calque. C'est la première fois qu'elle fait de la terre et je la préviens qu'il n'y a aucun four ici capable de la cuire et donc que l'objet restera fragile. La mobilité de son bras gauche est à ce jour encore réduite, la réponse nerveuse est lente ce n'est pas vraiment une hémiparésie mais Camille a tendance à l'ignorer. Malgré l'immobilité presque totale de son bras, sa main garde une pince de force convenable, qui serait notamment très utile dans la vie de tous les jours. Il faut pourtant lui rappeler de solliciter ce bras. Comme la dominante est salissante, je m'assure que nous puissions nous laver les mains au sortir de l'exercice. On commence par travailler la terre, ce qui est assez physique, pour la rendre compacte et homogène. Nous mobilisons la main gauche en la faisant maintenir la masse pendant que le droit travaille. Elle trouve agréable et douce la matière mais ne perd pas de vue son objectif et commence à former le pot. Elle me sollicite pour apprendre la technique. Le pot est un peu trop large et pas assez haut. On l'adapte alors en le rendant carré et pour que l'on ait la place d'apposer le motif. Elle est partagée entre ce qu'elle veut faire et ces gestes qui la trahissent. Elle me sollicite de plus en plus car elle veut avant tout que ce soit beau. A la fin de la séance elle est fatiguée mais ne l'avait pas ressenti pendant qu'elle travaillait la terre. On emballe le pot dans un sac plastique et elle laisse l'esquisse du raisin sur l'étagère de l'atelier pour la prochaine fois. Son mari vient tous les jours en fin d'après-midi passer du temps avec elle et sa fille en début d'après-midi. J'ai détaillé au maximum mes items d'observation et les complète au fur et à mesure.

C / 5 . Un second cycle de cinq séances est interrompu par mon départ, un bilan est fait en cours de prise en charge mettant en évidence un regain d'amour de soi et d'expression chez Camille.

T1-11/07

Camille a parlé de l'atelier à deux de ses collègues de table au repas qui ont pris elles aussi rendez-vous. Leur emploi du temps ne permet pas toujours de se retrouver ensemble en art-thérapie mais ce jour-ci Isabelle nous rejoint en cours d'atelier. Le pot de Camille, je le vois bien, ne correspond pas tout à fait à ses attentes alors on décide de le recommencer maintenant qu'elle a compris la méthode. Nous discutons et travaillons chacune notre morceau de terre. Lorsqu'ils seront secs et sculptés on pourra les peindre. Camille est plus détendue, malgré son manque d'expression, elle m'apprend qu'elle a fait quelques mètres en marchant mais que ça reste faible et fatigant. Isabelle aussi s'inquiète de ne pouvoir remarcher et ne se voit pas rester en fauteuil.

T2-17/07

T3-18/07

T4-24/07

T5-25/07

Le traitement au corticoïde améliore un temps son état mais l'arrêt diminutif la laisse peu à peu fatiguée et diminuée. Nous poursuivons le pot en terre parfois accompagnées de deux autres patientes mais la fatigue ne lui donne que peu de temps de concentration. Elle grave la grappe de raisin avec application mais avec des gestes souvent maladroits. Elle me demande de l'aide pour les finitions qu'elle trouve trop précises et prend autant de plaisir sur le moment à regarder qu'à manipuler. Une fois le pot terminé nous improvisons des visages sculptés dans la terre et nous laissons guider enfin par le ressenti. «C'est aussi agréable à faire qu'à regarder

finalement ! » Elle affirme ses goûts et ce qu'elle désire au quotidien. Elle a obtenu des aide-soignantes de pouvoir manger le soir sur son fauteuil plutôt qu'au lit pour ne pas se coucher trop tôt. Son anxiété a diminué, elle parle plus sereinement de son retour à la maison en se concentrant sur les choses matérielles telles que les travaux à faire. Elle continue à avoir la visite de sa fille et de son mari tous les jours et a la permission de rentrer chez elle presque tous les week-ends. J'avais senti une tension entre elle et son mari ces derniers temps et en l'amenant à parler de ses sorties du week-end, elle me confie que c'est difficile de ne plus pouvoir faire les choses à son habitude, mais que c'est plus dur encore de se retenir de faire des reproches à ceux qui les font à sa place et les font mal. Elle me dit qu'elle doit prendre l'habitude et ne plus se mêler de ce qui ne la regarde plus. Camille s'exprime davantage et arrive à prendre un peu de recul sur la situation sans pour autant parler de l'évolution que va prendre sa maladie, elle se concentre sur le présent et espère toujours une amélioration de son état de santé. La date de sa sortie est repoussée le temps qu'elle soit prête, que ses proches s'organisent et que les travaux soient finis, une visite de la maison est effectuée avec les ergothérapeutes pour anticiper l'adaptation. En parlant avec sa fille, il apparaît difficile d'obtenir un soutien pour une aide à domicile. Le mari de Camille ne pourra pas assumer tout seul le quotidien des soins à lui apporter. L'organisation des mois à venir reste incertaine et les enjeux engendrés par le pronostic médical semblent entendus mais pas toujours assimilés.

Le prochain rendez-vous est dans plus d'un mois. Je devrais la revoir à quelques jours de sa sortie de la clinique, et la situation devrait sûrement s'éclaircir d'ici là.

C / 6 . Un nouvel état de base permet d'ajuster la stratégie thérapeutique à l'évolution de l'état de santé de Camille et aux intentions sanitaires et esthétiques pouvant lui permettre ainsi d'assimiler ses nouvelles capacités et d'appréhender un nouveau rapport fond/forme.

18/09

L'ergothérapeute de Camille me dit qu'elle attendait avec impatience de reprendre l'art-thérapie. Elle m'explique également qu'elle a changé de chambre pour une autre, équipée d'une poulie pour aider les transferts. Elle m'annonce que son état s'est détérioré depuis un mois, que l'hémiplégie s'étend au tronc lui faisant perdre de la tenue et ne permettant plus un bon maintien en position assise. Ils ont dû changer le dossier de son fauteuil roulant pour mieux l'adapter. Une spasticité s'est installée sur le MIG que l'on ne peut pas traiter avec du Lioresal du fait du risque d'épilepsie. Les allers-retours chez elle le week-end sont devenus dangereux car les membres inférieurs n'étant plus portant les transferts durant les trajets sont plus complexes. Camille a revu son neurochirurgien qui prescrit du Torental car il semble que l'aggravation récente soit liée à l'irradiation par radiothérapie. Sa sortie est repoussée d'un mois.

Je vais chercher Camille à la fin de sa séance d'ergothérapie et nous discutons toutes les trois de l'adaptation sur le dossier de son fauteuil, d'une nouvelle pochette pour transporter ses affaires à fabriquer sur le modèle de l'ancienne. Plusieurs idées sont évoquées avec Bénédicte son ergothérapeute et avec la participation de Camille puis celle de sa fille. Nous passons ensuite à sa chambre prendre le faire-part de sa petite nièce car elle voudrait confectionner un buste de bébé en terre. C'est une petite fille qui a été opérée d'une cataracte à la naissance. Camille m'explique que les médecins ne l'avaient pas remarqué jusqu'à ce que sa mère s'inquiète de la tache qu'elle avait au fond de l'œil. Le bébé porte donc de toutes petites lunettes roses, ce qui a donné envie à Camille de le modeler et de lui offrir pour qu'elle s'en souvienne quand elle grandira. Une fois avoir travaillé la terre, elle pense d'elle-même à confectionner une armature pour que le cou ne soit pas trop fragile, technique dont elle se souvient des séances précédentes. Je la dirige un peu pour former les masses et lui montre sur les photographies, ce qui fait la particularité des traits d'un bébé. On essaie de mobiliser la main gauche pour qu'il maintienne la terre, réagisse de temps en temps à la poussée corporelle de tout son corps, et pour éviter que le manque de tonus et d'appuis de cet hémicorps ne la fasse pencher de plus en plus en travaillant uniquement du bras droit. J'observe que son visage est enfin expressif lorsqu'elle est absorbée dans sa tâche, mais qu'il se referme tout de suite après. Elle a l'idée de rapporter

une pochette rose semi-rigide pour confectionner les lunettes le lendemain. Elle me parle de la broderie qu'elle faisait pour les coussins et les vêtements aux naissances dans sa famille et aimerait essayer d'en faire. Elle rapportera des patrons et des modèles de point de croix pour que nous puissions faire des essais. Elle me confie que sa voisine de chambre qui parle sans arrêt la nuit, à des gens qui ne sont malheureusement pas présents, l'empêche de dormir malgré les médicaments, et que la pesée à intervalle régulier la stresse et la blesse à chaque fois même si elle en comprend la nécessité. C'est son mari qui vient la chercher à l'atelier. Nous finirons le buste le lendemain.

C / 7 . Un cycle de trois séances en Art-thérapie est décrit montrant une assimilation progressive de son nouveau niveau d'indépendance en conservant un plaisir à être et une affirmation de soi convenable.

T1-19/09

Camille m'attend dans sa chambre, nous emportons le morceau de pochette plastique rose et descendons à l'atelier. On fait des essais pour marquer le plis sur la matière plastique et former les branches des lunettes. On mesure sur le buste l'écart des yeux, des oreilles, l'empattement du nez pour dessiner les lunettes à la bonne échelle. Elle s'aide un peu de sa main gauche pour tracer les lignes avec une règle. On retrace le dessin par transparence sur le plastique en s'aidant du diamètre de pièce de monnaies pour les arrondis. Elle me confie la tâche de couper la forme finale au cutter. On positionne les lunettes sur le buste, travaille encore l'effet des cheveux, les détails puis le laissons sécher. C'est un travail complexe qui lui demande beaucoup d'attention et qui lui laisse peut-être d'indépendance. Elle se rend compte que le projet est ambitieux et que son désir de perfection la pousse à demander de l'aide. Elle est partagée entre ses intentions et ses capacités. Il me semble nécessaire qu'elle se rende compte d'elle-même de ce qu'elle peut faire ou non et que l'expérience l'amène à la réflexion sans brider ses envies. Je ne peux que lui proposer de l'accompagner et d'adapter les techniques et méthodes pour qu'elle auto-régule ses actes et se rapproche de son idéal esthétique.

« sans nom 1 » buste en argile réalisé par Camille qui montre son souci du détail, la créativité, et l'adaptation des matériaux.



T2-25/09

Elle lisse la terre sèche avec des outils et nous faisons des essais d'écriture car elle voudrait inscrire le prénom et la date de naissance sous le buste. Le feutre ne marquant pas bien elle écrit au crayon papier et me demande de graver par dessus. Elle a emporté quelques modèles de broderie que sa fille a retrouvés dans ses cartons et je lui montre le matériel dont je dispose : de la toile adaptée, des aiguilles rondes de 22, des tambours pour tenir la toile tendue en cercle et du fil de toutes les couleurs. La pince de sa main gauche est capable de tenir le tambour mais dans le cas où elle perdrait rapidement le peu de mobilité qui lui reste je lui montre un petit étau dans lequel pincer le cadre pour le maintenir droit et passer l'aiguille d'un côté à l'autre. Cette technique, je l'avais déjà mise en place avec une patiente qui a perdu la mobilité totale de son

bras gauche des suites d'un AVC et qui rééduquait la marche en hôpital de jour. Elle avait ainsi pu continuer à broder. Nous commençons par choisir un modèle et les couleurs. Elle choisit le détail d'une composition pour commencer : une petite fille qui nourrit des poules. On décide de s'entraîner à tendre et détendre de tissu dans son cadre pour qu'elle puisse le faire d'une main seule. Elle ne voyait pas la difficulté au premier abord, comme souvent elle ne mesure pas très bien ses capacités car elles changent progressivement au fur et à mesure du temps, des interventions et des traitements. Le manque d'évaluation de ses capacités la met parfois en danger. Nous décidons d'attendre la prochaine séance pour commencer avec la participation de Bénédicte son ergothérapeute.

T3-26/09

Nous décidons de travailler dans une salle disponible à côté du plateau d'ergothérapie. On commence par redessiner le motif sur le tissu avec un feutre qui s'efface à la chaleur. Nous décidons de tenter de tenir le cadre avec sa main gauche dont la pince a suffisamment de force mais le maintien du corps et du bras ne permet pas une position correcte. Nous sollicitons Bénédicte pour adapter une tablette fixée sur accoudoir du fauteuil, lui donnant un appui et la redressant. Une mousse lui permet de maintenir et d'orienter son bras. Elle est partagée entre le plaisir de retrouver la discipline qu'elle aime et la difficulté de se détacher de ses acquis pour de nouvelles techniques plus souples, moins rigoureuses et plus adaptées. Cependant elle est expressive et confiante. Elle parvient à commencer son point de croix, reste très concentrée, maintenant le cadre de sa main gauche, elle s'inquiète de son manque de précision mais continue avec enthousiasme et des gestes assurés.

C / 8 . Au vu de l'avancée rapide des symptômes, l'ordre de priorité des objectifs change, se tournant d'avantage vers l'amour de soi et l'affirmation de soi pour ne pas perdre la notion de «sujet» et avancer vers une certaine autonomie et indépendance.

T4-02/10

Je trouve Camille en plein milieu du couloir devant les ascenseurs, le regard vide, l'air abattu. C'est la première fois que je la vois ainsi absente. Elle semble très fatiguée. Je vais à sa rencontre et elle me salue chaleureusement comme à son habitude et me dit qu'elle m'attendait. Aucune expression sur son visage ni dans sa voix déjà peu expressifs d'ordinaire. Je lui demande comment elle se sent et me répond qu'elle est fatiguée : «sûrement à cause de ma voisine de chambre qui me réveille la nuit». Elle demande tout de même à descendre à l'atelier. Nous parlons de sa fatigue, de sa jambe qui lui fait toujours mal car elle attend une injection de toxine botulique pour des crampes douloureuses dans la cuisse gauche sur le rideau des adducteurs, et du fait qu'elle n'a pas pu rentrer chez elle ces temps-ci. Elle a continué un peu la broderie pendant la semaine jusqu'à la fin du fil, car elle a du mal à l'enfiler seule et qu'elle n'a pas osé demander de l'aide à quelqu'un. Sa main droite renverse le tambour, elle pique, puis le renverse à nouveau et pique dans l'autre sens. J'en déduis qu'elle a procédé ainsi cette semaine sans s'aider de l'autre main. Je lui prends la main gauche et lui demande de serrer la mienne. Rien ne se passe. Elle me regarde et me dit que c'est trop dur. Ces capacités ont chuté durant la semaine, son moral aussi bas est donc en partie expliqué. Nous discutons le reste de la séance. Je la laisse continuer son travail en l'aidant à manipuler le cadre car elle persévère malgré la tournure fastidieuse de la tâche. En manipulant également son bras droit, je vois qu'il n'a pas suffisamment de force pour que l'on puisse utiliser l'étau car elle ne pourra pas le maintenir levé, sans beaucoup d'appuis. Elle m'apprend qu'elle va faire un bilan car son encombrement pulmonaire est peut être dû à la paralysie qui aurait touché une partie de sa trachée et elle ne voudrait pas manger mixé à présent par peur des fausses-routes. Sa colocataire va sûrement changer de chambre ce qui la rassure. Elle met toutes ses faiblesses récemment acquises sur le compte de la fatigue et je sais qu'elle a peur que ce soit une avancée de plus de la tumeur. J'avais besoin d'en savoir plus pour m'adapter. Nous continuons donc à parler de sujets plus

légers car il me semblait que tout ce que je pouvais faire sur le moment c'était de lui faire passer un instant agréable qui lui change les idées. Nous plaisantons alors sur les bruits de couloir et les frasques de ses collègues patients qui finissent par la faire rire. C'est la première fois que je l'entends rire. Comme si le trop plein d'émotion avait fait baisser la garde de cette femme fière. Nous restons ensemble jusqu'à ce que son mari vienne la chercher.

Je monte directement voir son ergothérapeute qui m'apprend que depuis ce lundi son état c'est nettement dégradé. Il y a peut-être une corrélation entre chaque arrêt progressif des cures de corticoïdes et l'affaiblissement de Camille. Il devient important qu'elle puisse rentrer chez elle tant qu'elle le peut encore. Il semble que l'évolution pénible qui attend Camille et sa famille n'a pas vraiment été assimilée. Son état pouvant empirer rapidement il devient urgent de trouver des solutions pour l'assister une fois rentrée chez elle.

Il m'a été difficile de me confronter de manière si brutale à la progression de ces symptômes, bien que le fait était à prévoir, je pensais avoir plus de temps pour adapter les techniques aux intentions de Camille. Il me semble à présent nécessaire et prioritaire de lui donner une forme, un médium, une technique simple qui lui plaise et qu'elle pourra utiliser le plus longtemps possible pour continuer à produire.

C / 9 . Un dernier cycle de deux séances d'art-thérapie est décrit, et un bilan clôture la prise en charge, il met en évidence une amélioration de l'expression et de la communication de Camille et de son estime de soi en général malgré une confiance en soi et en l'avenir amoindrie.

03/10

Je la retrouve alitée, sa fille à ses côtés qui lui masse les jambes. Elle est très fatiguée et ne se sent pas de faire quoi que ce soit aujourd'hui. Le « Tour des médecins » le matin même a confirmé la fatigue générale et l'avancée des symptômes. Nous restons alors à parler des conclusions des médecins, de l'avancée des travaux, du peu d'aide dont ils disposent pour son retour à domicile. Camille aimerait que sa fille puisse s'occuper d'elle mais elle prend conscience qu'elle ne pourra pas assumer tous les soins et son mari non plus.

T1 09/10

Camille est allongée et discute avec sa fille. Le tambour est sur la table de chevet, elle l'a continué un peu. Elle veut se lever et venir à l'atelier. Sa fille l'aide au transfert avec le tourniquet. La manœuvre est physique. A l'atelier j'explique à Camille que mon but est qu'elle soit le plus possible autonome et indépendante dans ses activités manuelles. Je lui montre des images dont la composition est simple et efficace. Nous discutons de ses goûts et de ses envies. On essaie les craies grasses, les pastels. Je lui montre comment utiliser la palette d'aquarelle et le pinceau à recharge d'eau avec lequel elle peut peindre de manière indépendante. Elle fait quelques essais mais la fatigue l'empêche de continuer. Sa fille prend note du matériel qu'elle aimerait utiliser. Elle repart s'allonger. Les techniques que Camille vient d'expérimenter lui plaisent mais il lui manque des exemples des possibilités d'utilisation de ces outils, qui lui laisseraient entrevoir un idéal esthétique qui s'approche du sien, dont le fond et la forme lui seraient accessibles. Je confectionne alors une image figurative à la craie grasse avec une composition et des formes simples, des contours marqués et des aplats de couleurs franches. Une image qui aurait pu être produite dans une autre matière, en patchwork. En fin d'après midi je passe à sa chambre voir si elle va un peu mieux et lui donne l'image qui, je l'espérais, piquerait sa curiosité. Elle la trouve belle et me demande comment j'ai procédé. Nous en parlons un moment et je lui propose éventuellement de partager sa séance prochaine avec une patiente qu'elle a déjà rencontrée brièvement, vu son travail et qui compose elle aussi avec les pastels gras et la peinture. Étonnamment elle semble ravie.

T2-10/10

C'est mon dernier jour de stage, j'essaie de prendre le maximum de temps avec mes patients pour terminer leurs projets et achever ces prises en charges au plus proche des objectifs

que l'on s'était fixés. En séance avec une patiente, Léa, qui précède celle de Camille, je demande si elle accepte de poursuivre en sa compagnie. Léa ne souffrant plus d'une aussi grande fatigabilité qu'au début de sa prise en charge et étant à présent assez ouverte aux autres elle accepte volontiers.

Léa poursuit son dessin pendant que je vais chercher Camille. Il n'est pas commode d'installer deux personnes en fauteuil roulant dans un si petit espace. Léa n'était auparavant pas à l'aise pour s'exprimer en présence des autres patients mais à présent elle a retrouvé assez d'estime de soi pour s'ouvrir sans gêne. J'avais préparé un dessin très classique pour Camille qui, me semblait-il, l'intéresserait suffisamment pour qu'elle ait envie de le poursuivre. La phase technique qu'elle redoute dans le dessin, qui fait appel à l'imagination et à une précision du geste, une fois écartée, elle peut se faire plaisir en composant avec des couleurs. Mon objectif de séance est basé sur le «bon». Sans qu'elle soit confrontée à ses capacités à bien faire ou s'évertuer à produire quelque chose de «beau». Le principal est qu'elle prenne du plaisir, ce qui la fatigue moins et l'aide à se détendre. Elles partagent alors les outils et Camille entame la conversation sur les productions de Léa puis sur ce qui l'amène à la clinique. Ces deux femmes ont vécu des expériences physiques, morales et sociales en plusieurs points assez similaires.

« sans nom 2 » réalisé par Camille montre son retour vers plaisir simple de compositions de couleurs.



Il me semblait tellement important de faire rencontrer ces deux femmes aux expériences si proches. Qu'elles puissent parler enfin toutes deux plus profondément de ce qu'elles ressentent à quelqu'un qui les comprennent. Quelqu'un qui n'est pas un proche impliqué dans leur histoire, mais qui comprend. Même si l'évolution de la maladie ne franchit pas les paliers tout à fait au même rythme, elles savent par quoi elles sont passées et par quoi elles passeront, et ces notions deviennent enfin palpables et réelles l'une pour l'autre. Pouvoir parler des diagnostics, des chirurgiens en lesquels on place notre confiance, des espoirs limités, des sursis qu'ils nous accordent, de l'incertitude, de ce que l'on perd peu à peu, de la famille, à quel point c'est difficile de dire sa souffrance et de comprendre celle de l'autre. Etre dépendant, la culpabilité du poids indicible que l'on a peur de faire porter à ceux qu'on aime, et pour combien de temps, dans quel état ? On ne devrait pas avoir cette impression de s'excuser d'être en vie. Léa voit les capacités qu'elle a encore même si elle sait que le retour de la tumeur est inévitable, et que l'exercice n'est pas une solution intemporelle. Pour l'instant elle «peut», et profite de son autonomie et de son indépendance relatives pour faire, pour être et exister. Camille voit qu'elle n'est pas seule, elle parle enfin de la fatalité de son état, de son nouveau compagnon de vie qu'est son fauteuil, de sa famille qui est là pour elle. En faisant le bilan de son expérience elle voit les perspectives qui sont devant elle et malgré le temps qui lui reste incertain, elle exprime enfin ses envies et calmement ce qu'elle pourra faire ou non. La séance aura duré presque deux heures, ce qui, pour ces patientes dont la fatigabilité ne leur permet pas de poursuivre longtemps une activité, est une indication sur l'engagement qu'elles ont montré lors de cette rencontre. Pour la première fois Camille parle de ce qu'elle ressent, de ce qui lui fait peur, et de la tumeur. Elle a non seulement compris mais assimilé ce que signifiait cette impasse thérapeutique. Les

médecins parlent, ses proches parlent, puis il y a le non-dit, parce que les proches savent, et que dire les choses fait peur, fait souffrir. Alors on ne parle que de choses matérielles, et surtout pas de «plus tard». Mais Camille avait besoin enfin d'en parler : «il n'y a plus rien à faire pour moi». En disant les choses naturellement pour les expliquer à quelqu'un, elle dit enfin ses mots qu'elle n'osait pas dire, qui lui semblaient évidents. Comme si elle posait ses valises : «j'en suis là». On pourrait croire que c'est de la tristesse qu'on aurait pu observer à ce moment-là mais au contraire elle me dit être soulagée. C'est un moment très complice entre ces deux femmes, elles sourient et plaisantent, il y a beaucoup d'émotions. Le mari de Camille arrive à l'atelier ce qui marque la fin de la séance. Nous nous disons au revoir car je suis amenée à revenir dans l'établissement régulièrement. Pour qu'elle puisse finir à son rythme le dessin, je laisse des craies grasses à Camille que je récupérerai lors de son départ.

Avant de partir le soir même je repasse voir ces deux patientes pour échanger sur cette séance et faire un bilan. Leur dire que je reviendrais les voir pour faire un point avec elles sur leurs difficultés et les questions qu'elles pourraient se poser. Il me semblait important de demander à mes patients leur accord pour parler d'eux dans ce rapport de stage et le mémoire à venir. Ils ont tous été ravis, étonnamment, et nous avons ensemble choisi de manière confidentielle le nom ou prénom que je leur attribuerai.

Il a été mis en avant avec l'équipe pluridisciplinaire que la pratique artistique de Camille est une notion très importante pour conserver une bonne estime d'elle-même notamment de sa confiance, et apaiser ses angoisses. Par l'adaptation constante des techniques, elle prend connaissance de ses capacités physiques et psychiques, car la diminution lente de ses capacités a besoin d'être assimilée pour ne pas la mettre en danger. Une transition progressive vers des techniques simples lui permettent de trouver du plaisir sans la mettre en difficulté. Elle s'exprime actuellement sur ses ressentis, aussi bien en ce qui concerne sa maladie et son évolution, que sur son contexte social et sa dépendance physique.

C/10 . L'outil du cube harmonique n'était pas totalement approprié dans le cas de Camille, car trop d'outils d'évaluations la renvoient déjà à la diminution de ses capacités et à sa difficulté à accepter son état.

Camille a vu, au cours de ces derniers mois, ses capacités diminuer, soulignées par les échelles d'évaluation utilisés par les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Que ce soit la mobilité de ses membres, sa force musculaire, son équilibre, sa fatigabilité ou même son poids, la cotation me semblait une notion trop présente de manière négative. Nous avons décidé de déterminer les notions de «Bon», «Bien» et «Beau» sans valeur associée mais justifiées les unes par rapport aux autres. Ainsi, lorsqu'elle pensait qu'une valeur était un peu plus délaissée dans une production, c'est sur elle qu'elle se penchait, dans le but d'équilibrer les trois. Entretenir la faculté critique de Camille, lui à permis d'affirmer ses goûts, en lien direct avec les jugements de valeur qu'elle accorde à ses choses, faisant appel à ses expériences perceptives personnelles, à sa personnalité.

Partie 3 : L'art-thérapie peut améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de troubles neurologiques accueillies en service de rééducation, soins de suites et réadaptation ; elle y trouve une place spécifique et complémentaire dans la prise en charge globale des patients.

I/ L'analyse de ces études de cas et des expériences cliniques antérieures appuie l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapie peut revaloriser l'estime de soi, favoriser l'autonomie et l'indépendance et améliorer la qualité de vie de patients atteints de troubles neurologiques en phase de rééducation et réadaptation.

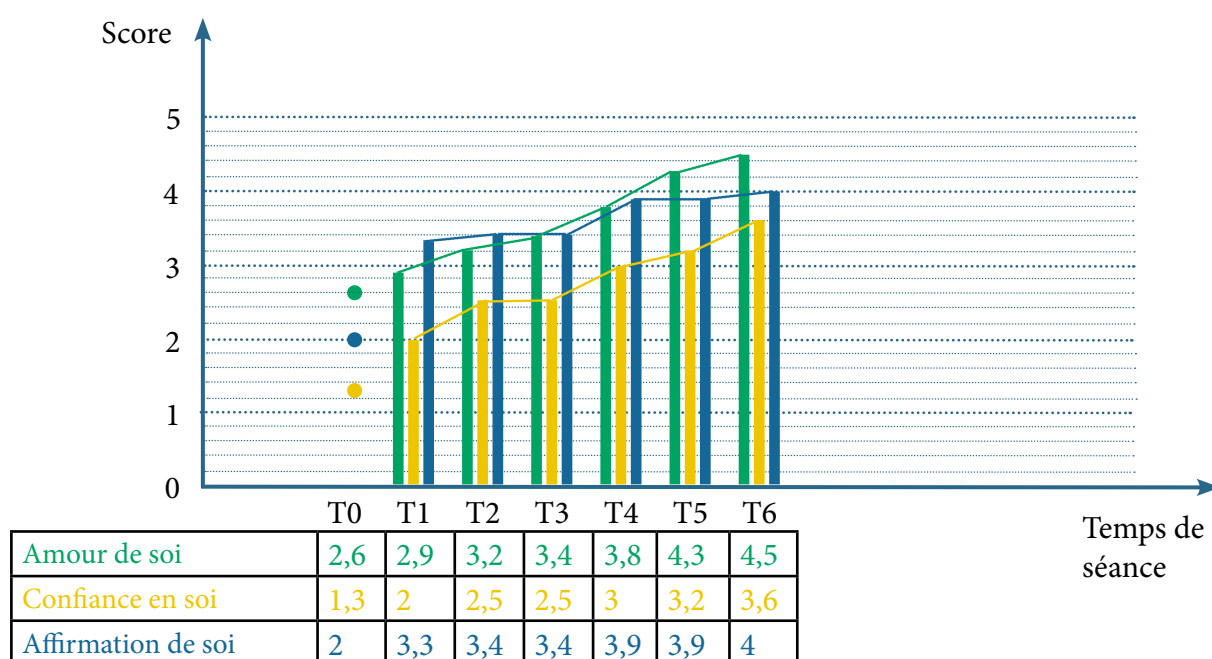
A/ L'art-thérapie en améliorant l'estime de soi, favorise l'autonomie et l'indépendance, qui sont les finalités principales de la réadaptation physique, psychique et sociale de la personne en vue d'une meilleure qualité de vie.

A/ 1 . Les bilans de ces études de cas appuient notre hypothèse.

Amir

L'évaluation des faisceaux d'items et des items de la prise en charge de Amir nous donne quelques résultats objectifs sur l'évolution des trois composantes de l'estime de soi, l'amour de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi, correspondant respectivement aux notions de Bon, Bien et Beau, cf, Graphique 1. Chaque temps de séance faisant l'objet d'observations spécifiques à chaque patient, les moyennes sont calculées par faisceaux d'items particuliers, donnant une appréciation globale sur les variations vécues au cours des séances, cf, ANNEXE : Fiche d'observation type.

Graphique 1 : Bilan de l'évolution des trois composantes de l'estime de soi au cours de la prise en charge de Amir.

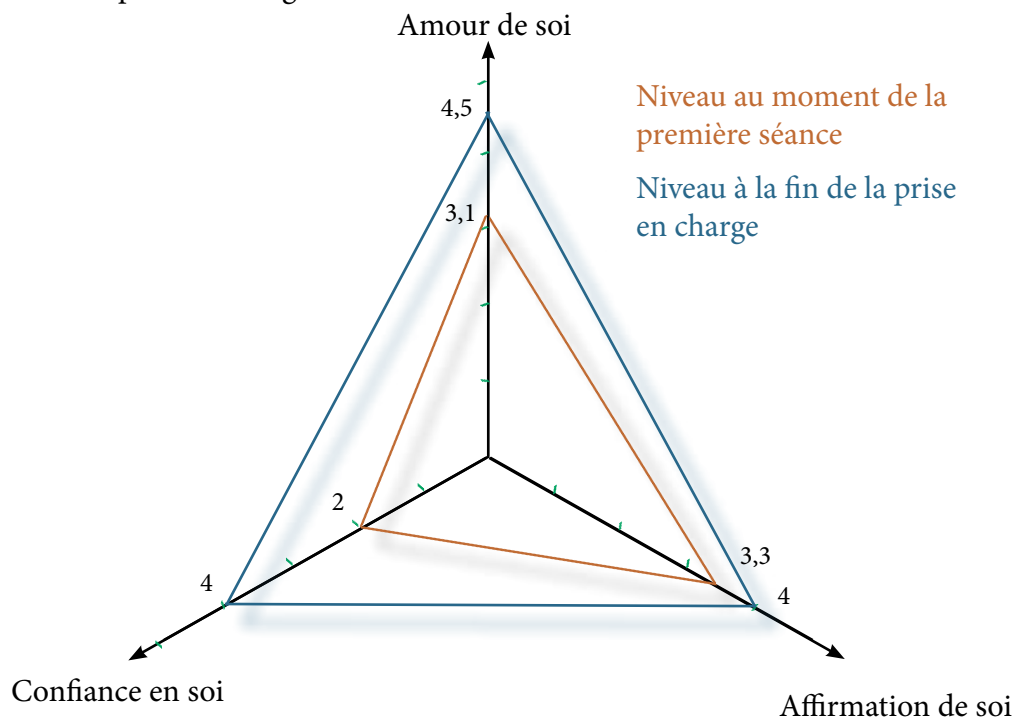


La valeur au temps 0 correspond à l'évaluation temporaire des items de l'estime de soi observés durant les séances d'ouverture en amont des séances d'art-thérapie, cette valeur correspond à la moyenne des items alors observés.

L'art-thérapie enseignée à Tours s'adresse aux parties saines des patients (idée développée dès 1975 par J.-P. Chevrollier), il me semble donc important de regarder non seulement l'évolution des items directement relatifs à la progression vers l'objectif thérapeutique, mais également les paramètres adjacents et interdépendants qui donnent une vue globale de cette évolution.

On remarque que la séance 3 est un moment charnière vers le retour de la confiance en soi pour Amir, mais on constate également les trois notions sont alors en essor. Si Amir a gagné en amour de soi et affirmation de soi au cours des séances, on remarque que la marge d'évolution est plus importante encore pour la notion de confiance en soi.

Graphique 2: Vision globale de l'évolution de l'estime de soi de Amir durant sa prise en charge.



Les observations retransmises par l'équipe de soin montrent qu'au cours des dernières semaines de prise en charge en art-thérapie, Amir s'implique d'avantage dans le soin, et commence à envisager (donner un visage, une forme) l'avenir tel qu'il le souhaiterait au vu des difficultés qui se présentent mais aussi aux possibilités dont il dispose. La reprise de confiance en lui, apporte une plus grande autonomie nécessaire à l'élaboration d'un nouveau projet de vie et un retour à une certaine qualité de vie. Néanmoins une poursuite de la prise en charge aurait été bénéfique pour palier au déséquilibre que provoque la sortie de l'institution. Malgré un regain de confiance et d'affirmation de soi, Amir vit très mal sa situation aujourd'hui et nécessite un suivi important pour le soutenir face à sa dépression.

Il est difficile, dans ce cadre particulier de stage en institution, de déterminer l'implication directe de l'art-thérapie dans cette évolution. En effet la prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire apporte les compétences de multiples disciplines à même de favoriser l'amélioration de l'état de santé globale du patient. Pour entrer dans une étude plus précise nous devrions alterner les prises en charge et les moments de latence afin de déterminer si une action thérapeutique à l'effet escompté avec ou sans le parallèle avec d'autres thérapies.

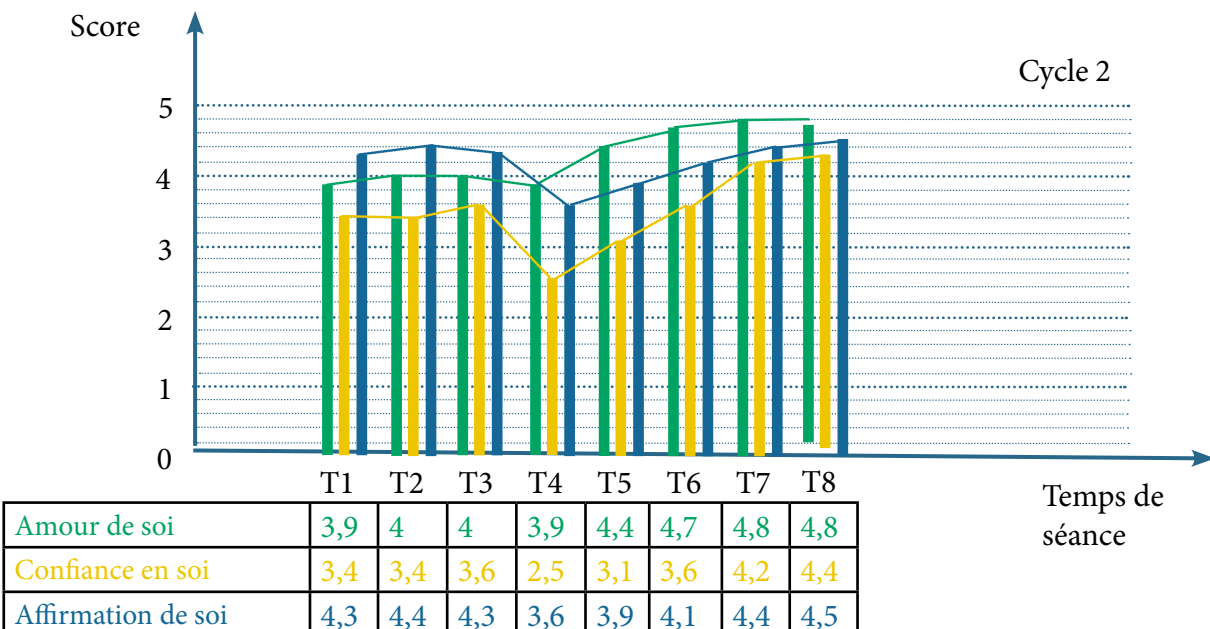
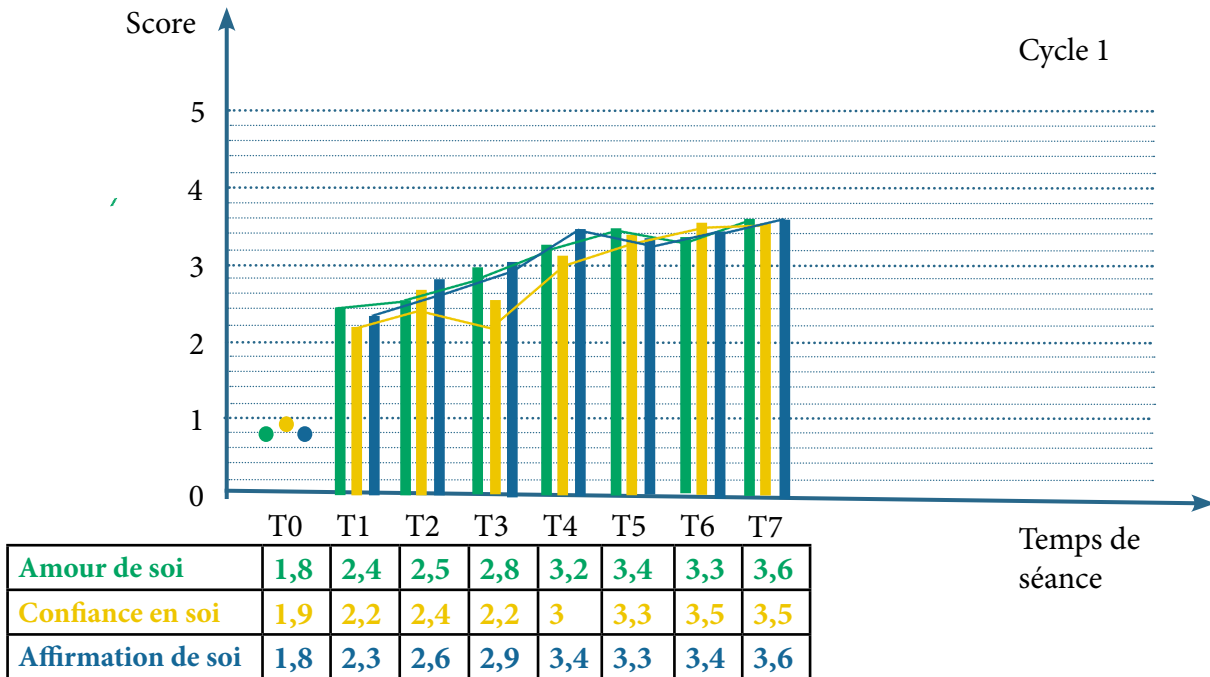
Léa

L'amélioration au cours des mois, de l'état de santé de Léa, aussi bien sur le plan physique que psychique, est remarquable. Il semble que dans ce cas précis, comme il a été décrit dans l'étude de cas, les avancées constatées en rééducation et réadaptation soient encouragées

par les progrès observés en art-thérapie, et vis-versa. En retrouvant peu à peu la notion de «sujet», l'équipe de rééducation voit les efforts et la volonté de Léa à travers son engagement dans les soins. Les progrès de Léa dans son indépendance, favorise la prise d'autonomie et permet dès lors, un travail plus poussé sur la confiance en soi en art-thérapie. Cela permet d'engager une forme d'adaptation et de résilience quant aux pénalités acquises.

Un regain d'estime de soi a permis à la patiente de voir et apprécier les capacités qu'elle récupère, tout en relativisant les pénalités qui persistent. L'art-thérapie, en exploitant les parties saines, a favorisé l'adaptation, en travaillant sur la mise en espace, la coordination des gestes, la préhension, la proprioception, la mémoire procédurale, etc. , avec pour principal moteur, l'idéal esthétique. En redevenant «sujet» de sa vie et même «actrice» Léa parvient à se projeter dans l'avenir de manière plus sereine et à construit un projet de vie. Donner à voir ses productions, a permis à Léa d'entrer en communication et même en relation avec de nombreuses personnes. Le fait d'être sollicitée pour produire de nouvelles œuvres, a produit chez elle, un réel sentiment de fierté. Cette mise en relation particulière avec ses proches, les autres patients et l'équipe soignante, a permis à Léa une reconnaissance par son style. Son style étant une trace de ce qu'elle est, la dégage de la simple image de «malade».

Graphique 3 : Bilan de l'évolution des trois composantes de l'estime de soi au cours des deux cycle de prise en charge de Léa.

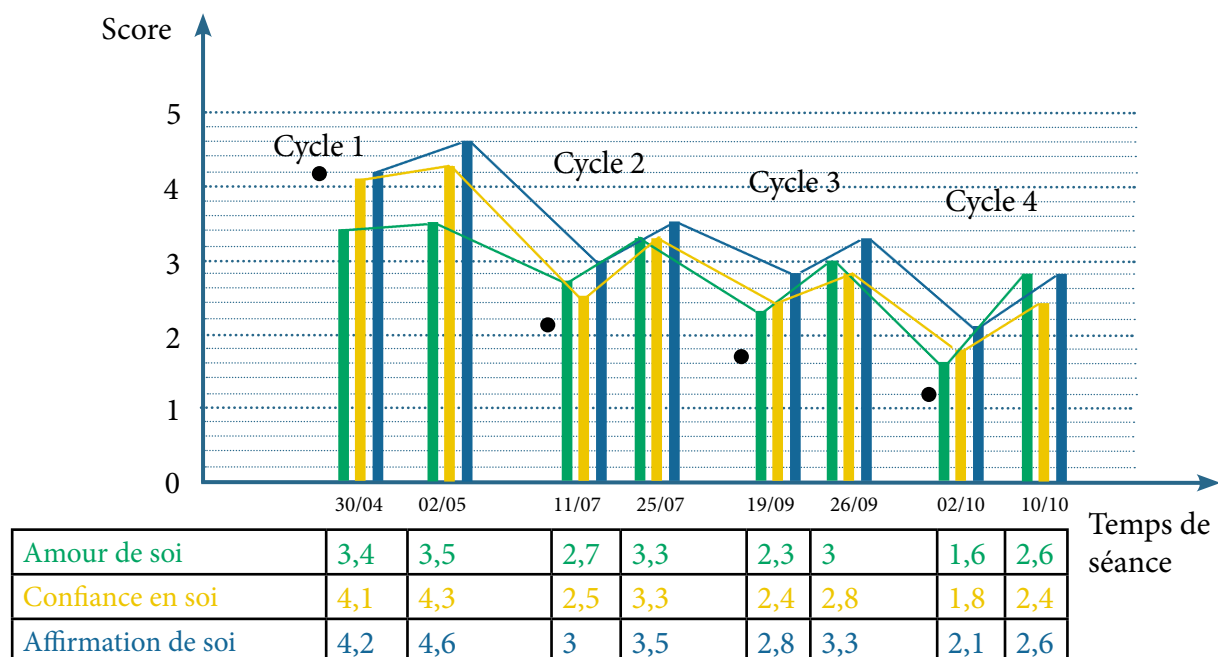


L'espoir est un des moteurs de la rééducation, néanmoins il engage plusieurs aspects. En rééducation fonctionnelle, l'espoir va insuffler une part de confiance au patient en un retour à un équilibre physique. Cependant au début de la prise en charge, cet espoir d'équilibre mise avant tout dans la rééducation des capacités perdues. L'espoir qui peut donner d'abord à la personne une force pour se battre peut se voir rapidement amoindri devant les échecs que le patient peut rencontrer. Un processus de deuil étant en cours, il est important d'entretenir l'espoir dans le deuxième combat qu'est la réadaptation et la réinsertion. Bien sûr dans l'évolution d'une maladie cet espoir est perpétuellement mis à mal par l'avancé de symptômes. L'art-thérapie, par son approche spécifique, peut donner son appui dans la phase de rééducation et réadaptation. Elle peut pallier à cette baisse d'espoir ; en revalorisant l'estime de soi, l'expression, la communication et la relation impliquée dans la recherche d'autonomie et d'indépendance nécessaire à la qualité de vie.

Camille

Nous avons choisi l'étude de la prise en charge de Camille, qui semble bien illustrer l'impact et les limites de l'art-thérapie sur la qualité de vie d'une personne atteinte d'une maladie (dans ce cas : une maladie tumorale du système nerveux). La patiente ne pouvant subir de nouvelles interventions, la médecine se retrouve dans une impasse et le lien avec les soins palliatifs s'avère impératif. Au cours des mois qu'a duré la prise en charge, l'état de santé de Camille s'est fortement dégradé. Au fur en à mesure que sa santé physique s'altérait, son indépendance et son autonomie s'amenuisaient également au même titre que son estime de soi. Il a fallu instaurer un véritable bilan à chaque rencontre, notamment sensorimoteur pour mettre à jour les objectifs et adapter au mieux les stratégies. Le lien permanent avec l'ensemble de l'équipe soignante est primordial, car, comme il a été illustré plus tôt, l'évolution de la maladie peut prendre des tournants radicaux dont il est nécessaire d'être au mieux informé. Si le début de chaque cycle de cette prise en charge est marqué par l'aggravation des symptômes de la maladie, il a pu être constaté que la prise en charge art-thérapeutique a participé à l'amélioration de l'estime de soi de Camille, revalorisant son autonomie et sa notion de «sujet». Chaque cycle ne parvenant pas cependant à ramener la patiente à un niveau d'estime de soi, supérieur ou égale à celui du cycle précédent, l'évolution globale de cette estime baisse sur la totalité de l'accompagnement. Il est donc important de lire les résultats, au regard de l'évolution des pénalités.

Graphique 4 : Bilan de l'évolution des trois composantes de l'estime de soi au cours des différents cycle d'art-thérapie de Camille. Moyenne effectuées en début et fin de chaque cycle pour mettre en évidence l'amélioration de l'estime de soi malgré l'avancée des symptômes et en parallèle de ceux-ci.



Évaluation moyenne de la motricité de Camille ●

En réinvestissant leur corps de manière positive, en produisant quelque chose de Bon, Bien et/ou Beau, les patients ont pu expérimenter de nouveaux ressentis positifs. Dans ces expériences, l'art-thérapie a permis aux patients de se redécouvrir, de découvrir de nouvelles compétences et ressentis, de commencer à se projeter, de modifier le regard des autres et celui qu'ils portent sur eux-même. En s'exprimant à travers leurs productions, et en les partageant, ils se repositionnent en temps qu'être humain. C'est à dire un être appartenant à la communauté des Hommes, un «sujet» accordant une identité et une personnalité, dépassant ainsi le statut de patient, de personne handicapée ou même d'artiste.

Si les prises en charges en art-thérapie, en phase de rééducation et réadaptation, ont apporté des moyens pour renforcer la qualité de vie des patients, il est alors mis en évidence que la poursuite d'un accompagnement dans la sortie de l'institution serait également bénéfique. C'est dans un retour à la vie hors de l'institution, que vont être mises à l'épreuve l'indépendance et l'autonomie, qui y sont travaillées.

A / 2 . L'estime de soi a une place centrale vers le retour à une autonomie et/ou une indépendance en phase de rééducation et réadaptation, l'art-thérapie est un moyen de la revaloriser.

Après le traumatisme subi par une personne en situation nouvelle de handicap ou devant la progression d'une maladie, l'estime de soi est souvent très affaibli. C'est pourtant une des notions primordiales dans le retour à l'autonomie et à l'indépendance qui se joue en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle. La perte des capacités, des objets sociaux, les progrès lent de la rééducation, l'état de régression imposé par la prise en charge complète en institution, etc. entraînent une perte de confiance en soi. Les ressentis corporels négatifs apportés par le corps malmené, affaiblissent l'amour de soi. La personne a du mal à ressentir du plaisir à être, car tout son corps et son esprit sont en souffrance. En perdant des capacités, la personne voit son rapport au monde et à elle-même changer. Comment parvenir à affirmer ses goûts ou ses choix alors que l'on ne sait plus ce que l'on peut ou l'on veut faire ?

Pour faire progresser son indépendance et son autonomie, le personnel soignant doit confronter le patient à des situations de difficultés, en jugeant au préalable, si la personne est assez solide pour supporter le risque d'échec. Cette confrontation à la réalité bien que nécessaire, malmène une estime de soi souvent déjà affaiblie, provoquant soit un déficit et un encouragement vers l'entraînement, soit un découragement et un désengagement. Si les petits succès de tous les jours entretiennent notre estime et notre équilibre psychologique, les activités positives réalisées durant la phase de rééducation et réadaptation amènent la personne à penser un avenir en adéquation avec ses nouvelles capacités. Ces réussites dans la récupération de l'autonomie et l'indépendance donnent une capacité de confiance. Elle amorce un raccord entre l'identité de la personne et sa personnalité, entre qui elle est et qui elle veut devenir, par ses goûts, ses envies, ses choix, ses projets, etc. un être humain en devenir.

Le «savoir» lié au corps est fortement soutenu et rééduqué dans cette phase, mais la «saveur», elle, n'est souvent sollicitée positivement que par le ressenti lié au progrès dans cette rééducation et la bienveillance des soignants. Elle est pourtant le lien qui raccorde le corps et l'esprit. En accordant le plus d'importance possible aux saveurs ressentis, à la capacité de ressentir le Bon goût d'un instant, la personne va pouvoir ressentir du plaisir à être. Cet amour de soi lui permet de prendre conscience de sa nature de «sujet» et de s'affirmer en tant que tel. Ces capacités sont essentielles pour conserver une autonomie. En effet, la capacité à faire ses propres choix et à choisir librement sa conduite, est évaluée au sein de l'institution car à défaut de cette faculté, cela entraîne d'avantage de dépendance et des mesures de mise sous tutelle (et/ou curatelle), doivent être engagées afin de protéger la personne.

Dans *L'estime de soi* d'Andre et Lelord (ed.Odile Jacob, nouvelle édition, 2008.), l'au-

tonomie est présentée comme un travail particulier dans la relation au patient. Elle n'est pas un état acquis une fois pour toute et peut se modifier lorsque les dépendances évoluent. Plus une personne est dépendante des équipes soignantes, plus elles doivent d'être vigilantes à entretenir l'autonomie de la personne. Il en est relativement de même pour l'indépendance. Elle doit être mise en avant au quotidien dans la mesure des capacités physiques et psychiques du patient, de manière à éviter les situations difficiles sans un encadrement particulier, comme nous l'avons évoqué auparavant.

L'équipe de rééducation s'efforce d'incorporer à l'être humain ses nouvelles caractéristiques. Les soins sont tournés avant tout vers une qualité de vie. En parallèle de toutes les actions physiques, les soignants tentent de redonner une saveur à la vie des patients, en accordant une réelle attention à leur personne, leur personnalité, et un réel intérêt pour leur avenir. Cette qualité d'attention contribue à revaloriser l'amour de soi, car la qualité de cette attention qui est donnée à la personne lui redonne le sentiment d'être digne de cette attention. Prendre soin, c'est accorder une attention particulière, une bienveillance envers le corps et l'esprit, le savoir et la saveur. L'équipe pluridisciplinaire de soin permet cette prise en charge globale de l'être humain, composant un projet de soin qui prend en compte l'ensemble de ses besoins.

B/ On observe cependant à travers ces bilans : des points sur lesquels apporter des améliorations et des points à exploiter d'avantage.

B / 1 . La prise en charge groupale est parfois difficile de par le cadre de la structure, l'observation plus complexe et la situation de chaque patient ; pourtant elle peut s'avérer judicieuse.

En clinique de rééducation et réadaptation, il semble important de mesurer les impacts d'une prise en charge groupale. Si certains avantages peuvent paraître évidents, c'est la problématique personnelle du patient qui détermine la stratégie à adopter pour répondre aux objectifs thérapeutiques. En effet le premier point qui demande réflexion est le niveau de l'estime de la personne trop fragile pour s'exposer au groupe. Les différences entre les différents degrés de pénalités peuvent affaiblir d'avantage la confiance de la personne présentant un plus fort handicap dans l'activité. Le groupe peut également renvoyer l'image de ses propres déficiences à une personnes qui ne les avait pas encore assimilées, pouvant dans certains cas créer une prise de conscience brutale. Au delà de ses capacités physiques, le patient peut se sentir dévalorisé par les différences techniques et également être gêné par le regard des autres. Une production artistique est une expression rappelons le, qui est parfois difficile à partager au vu de son contenu et de sa mise en forme personnelle. Beaucoup préfèrent choisir le moment de la donner à voir, une fois achevée ou une fois l'entraînement abouti. Le fait que certaines personnalités soit plus imposantes que d'autres peut inhiber les plus discrètes et atteindre l'estime de soi, notamment dans l'affirmation et la confiance. Cela peut également perturber la qualité du moment. Un élément important vient s'ajouter à la réflexion. Il est important et au combien difficile, de parvenir à dissocier entièrement les traits de la personnalité d'un patient, des observations qui peuvent relever de la pathologie. Une personne qui ne parle jamais par exemple est-elle très silencieuse par nature, ou bien est-ce révélateur d'un trouble ? En apprenant d'avantage sur l'anamnèse du patient et sa personnalité en parlant avec l'équipe soignante et ses proches, on peut arriver d'avantage à déterminer les traits particuliers de la personne. Cependant dans une séance de groupe il est plus difficile de porter attention sur autant d'éléments qu'en séance individuelle, notamment lorsque l'on ne dispose pas de la présence d'un AVS (assistant de vie social). En dernier point il y a naturellement le refus de certaine personne de travailler en groupe, par simple choix.

Au regard de ses différents éléments, il semble évident qu'une prise en charge groupale ne peut s'effectuer qu'après un premier travail individuel. Cela permet de déterminer les capacités de la personne, les motifs qui empêcheraient cette méthode et l'intérêt cette méthode dans la stratégie thérapeutique.

Enfin ces séances collectives d'art-thérapie établissent un contact sociale évident. Les possibilités d'expressions, de communications et de relations sont favorisées par le contexte

ayant un effet non seulement sur l'estime de soi, l'autonomie, l'indépendance et donc sur la qualité de vie. Elles peuvent aussi créer des liens entre les patients et les aider à améliorer leurs quotidiens au sein de l'établissement, voir au-delà. Etre en relation avec quelqu'un qui a un parcours proche du sien peut être riche d'expériences. C'est parfois un moyen de prendre du recul sur sa propre histoire, de la comprendre et de se comprendre par effet de miroir, et parfois de retrouver de la confiance. Notamment quand une personne, dont les troubles sont récemment acquis, rencontre une personne qui en a l'expérience depuis plus longtemps, la personne peut se reconnaître dans l'autre et envisager sa propre reconstruction identitaire. Ce passage de la séance individuelle à la séance collective peut également apporter de nouveaux éléments d'observations, de nouveaux items mais aussi de nouveaux sites d'action et de nouveaux objectifs intermédiaires, permettant de préciser et adapter la démarche thérapeutique.

B / 2 . La musique, par la contemplation, amène rapidement un ressenti et une poussée corporelle, la technique cependant est souvent un frein à l'action.

Comme nous l'avons vu auparavant dans cet écrit la musique a un fort pouvoir d'entraînement de par sa grande et complexe capacité d'impression. Dans la contemplation il n'est pas rare de voir spontanément une personne entrer en action par des mouvements, même simples, ou de se mettre à chanter. La poussée corporelle vers l'action est forte pour répondre à une intention. Cependant, et là nous parlons des patients non musiciens d'ordinaire, nous pouvons remarquer que la technicité que demande certains instruments peut s'avérer un frein dans la production. Alors qu'en arts plastiques il est plus rare de ne pas parvenir à une production même grossière par n'importe quel outil, plume de calligraphie, un ciseau à bois, pinceau, etc. Jouer de la clarinette sans avoir expérimenté d'instruments à anche semble très difficile, tout comme produire un son sans le pincement des lèvres et l'orientation du souffle d'une flûte traversière. Toute fois même sans connaissances particulières, on peut apprécier au premier abord la beauté visuelle de l'instrument et dans les «notes» que l'on parvient à produire sous forme d'Art I, des gratifications sensorielles positives. On peut vivre alors une vraie expérimentation de ressenti dans des productions axées essentiellement sur les sensations, sans intentions réelles autre que le plaisir sans technicité. Faire raisonner quelques notes d'un orgue dans une église sans technique aucune, ne va pas à l'encontre d'une intention esthétique, le Beau et le Bon sont présents. Si l'on ressent dans le geste simple d'appuyer sur une touche, du Bon et du Beau, ce geste n'est-il au final pas Bien fait, puisqu'il répond à notre attention ? Bien sûr, si l'intention de la personne est de jouer un morceau de Jimmy Hendrix à la guitare et si elle ne possède pas les connaissances et la pratique nécessaire, sa technicité ne parviendra pas à satisfaire son idéal esthétique. La production ne sera donc pas Bien réalisée au vu de son intention. Le problème souvent rencontré en art-thérapie à dominante musique, est de parvenir à accorder l'intention de la personne aux capacités qu'elle possède. Si son idéal esthétique (accord entre le fond et la forme), ne peut être atteint car l'acquisition de techniques n'est pas encore suffisante, c'est à l'art-thérapeute de proposer des formes accessibles qui pourront susciter de nouveaux idéaux à sa portée.

C / La diversité des moyens a une grande importance pour pouvoir s'adapter au maximum aux multiples pathologies et symptômes et à leurs évolutions en service de rééducation.

C / 1 . Des exemples d'autres prises en charge montrent l'importance de l'adaptation des médiums aux goûts et capacités de chaque personne.

Un tableau rempli de valeurs ne semblerait pas exprimer ce que représente réellement l'adaptation. Voici donc deux exemples qui tentent d'illustrer l'importance des médiums (ou des dominantes) dans cette notion.

Eva est atteinte d'un lupus, venant de subir une nouvelle avancée dans ses symptômes, elle est accueillie en hôpital de jour à la clinique de rééducation et réadaptation. Son programme

est très chargé et le déplacement vers l'atelier difficile. Elle présente une baisse de confiance en soi, provoquée par la perte de capacités. Malgré ses envies elle reste toujours dans l'inaction et s'arrête devant toute difficulté. La patiente a un goût particulier pour les arts plastiques, qu'elle aimerait partager avec son fils mais la pratique semble au premier abord compromise par l'espace de la salle de rééducation qui est commune et étroite. Couchée et pendant qu'une machine travaille sur la circulation vasculaire de ses membres inférieurs, nous décidons de fabriquer un atelier amovible et adapté à la situation. Une table roulante réglable en hauteur et inclinable nous donne un espace de travail convenable sans gêner les autres patients et la circulation dans la salle. Nous occupons un endroit suffisamment retiré pour limiter les phénomènes associés perturbateurs. Eva choisit un carton entoilé en format A4, adapté à l'espace de travail et facilement transportable. La patiente, au cours des séances, commence à adapter seule, ses gestes aux situations afin que ses incapacités ne soient pas handicapantes.

Philippe a subit récemment un AVC, lui laissant peu de mobilité dans son bras droit. Etant droitier, cette déficience l'handicape énormément car il est écrivain. Tenant absolument à travailler sa motricité fine qui est très peu sollicitée dans les autres disciplines, il vient voir ce que je peut lui proposer. Il tient à me montrer l'état actuel de son écriture, et je remarque dans ses mouvements hachés, une crispation dans son bras et son poignet, réduisant les formes et saccadant ses mouvements. Ne pas retrouver son style dans ses essais maladroits, blesse cette personne au demeurant très fière. En dessinant une mouche sur une feuille, et en lui demandant de dessiner quelque chose qui vienne détruire cette mouche nous débutons un kadavreski, une grenouille vient alors manger la mouche et ainsi de suite. Pris part le jeu, Phillippe utilise sa main droite avec beaucoup d'application, dans des gestes plus amples. Le peu de précision exigé dans l'aspect ludique de cette méthode lui permet de reprendre du plaisir dans le travail de sa main et il s'étonne de la beauté de ses productions. Nous poursuivons dans les séances suivantes en illustrant des poèmes, et écrivant quelques phrases. La motricité de sa main s'améliorant, nous avons glissé vers l'écriture de poèmes, puis vers la calligraphie et enfin l'enluminure marquant la clôture de la prise en charge. En amenant le patient à travailler à partir de ses capacités, on l'amène vers des objectifs thérapeutiques en s'appuyant sur des boucles de renforcement et préservant l'estime de soi.

C / 2 . La diversité des moyens permet de s'adapter aux situations physiques, psychiques, sociales et au cadre.

Connaître la totalité des potentiels et des caractéristiques des domaines artistiques que l'on exploite en art-thérapie permet la meilleur adaptabilité possible dans le déroulement des prises en charge. Non seulement au regard des stratégies à adopter pour répondre aux objectifs thérapeutiques mais aussi pour appréhender les contraintes matérielles et physiques liées au cadre. Le temps des séances et de la prise en charge, doit être anticipé dans la stratégie. Afin de pouvoir travailler sur les objectifs intermédiaires et s'approcher au plus prêt de l'objectif général dans le temps qui nous est imparti. L'aspect salissant d'une technique doit être en adéquation avec le lieu, et les dispositions de la personne accompagnée. Ce paramètre ne doit pas être source de nuisance ou une gêne physique ou psychique pour la personne. Une pratique envisagée à long terme par un patient doit être adaptée aux conditions qu'elle rencontrera dans son environnement à venir, y compris financier, le but d'une prise en charge étant notamment la réadaptation et la réinsertion. La maîtrise de ses éléments et bien d'autres permet de pallier à d'éventuels problèmes empêchant le bon déroulement de la prise en charge. Les anticiper permet une vision globale des paramètres à prendre en compte et détermine le meilleur chemin à suivre pour accompagner la personne en souffrance.

Dans la pratique elle-même, l'envergure des gestes, l'ergonomie de l'espace, l'environnement sensoriel, l'intimité, la position de travail, jusqu'au devenir de la production doivent être pensés, adaptés et choisis par l'art-thérapeute et le patient. Les séances peuvent être ouvertes aux proches de la personne, dans un projet de soin ou de manière ponctuelle. La culture du patient doit être prise en compte. Qu'elle est une influence ou non dans l'activité artistique, les dominantes ont des

influences diverses qu'on ne peut négliger et auxquelles on doit s'adapter.¹⁰

Comme nous l'avons fait remarquer au paravent, la diversité de moyens ne doit en aucun cas être là pour pallier à des faiblesses techniques dans une spécialité particulière. Elle doit élargir le champ des possibles ; répondre de fait aux différentes affirmations de goût des patients, solliciter des ressentis diverses, donner des approches techniques variées pour s'adapter à chaque cas et situations, afin d'exploiter tous les potentiels de l'Art que nous maîtrisons.

D / Si l'art-thérapie est fondée sur l'adaptation spécifique à la singularité du patient, les conduites cliniques ne sont pas reproductibles en totalité perturbant les évaluations scientifiques.

En choisissant de comparer uniquement la notion d'estime de soi dans l'analyse de ces résultats, on écarte de fait les autres faisceaux d'items spécifiques à chaque patient. La qualité du sommeil, l'intensité de la douleur, la mesure de l'anxiété, l'évolution de la proprioception, etc. autant de notions qui peuvent se détacher des caractères communs par la spécificité des prises en charge et qui ne se reflètent pas dans ces chiffres.

L'expertise collective de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies parue en 2004 nous dit que « la démarche scientifique consiste à tester des hypothèses réfutables au moyen d'expériences reproductibles »¹¹. Nous cherchons ici à déterminer l'impact de l'art-thérapie sur la qualité de vie des patients. Cependant cette qualité de vie ne repose pas que sur l'estime de soi, l'autonomie et l'indépendance qui s'en découlent mais également sur d'autres éléments spécifiques à chaque personne. Par exemple, le fait de progresser dans l'expression, la communication et la relation ne suffit pas à améliorer la globalité de la vie sociale d'un patient bien que l'on constate qu'elle y contribue. D'autres paramètres à prendre en compte, interviennent. C'est dans un équilibre de ces paramètres, qui sont propres à chacun, que se construit la qualité de vie. Il est alors difficile de conduire des études cliniques reproductibles en totalité. Doit-on épurer les paramètres de mesure pour les rendre communs, permettant une évaluation type ? Si le résultat des thérapies n'est pas, ou peu, superposable d'un patient à l'autre, la reproductibilité des études cliniques ne peut être que statistique. L'art-thérapie peut-elle prétendre à l'exigence et à la rigueur de la démarche scientifique ? La prise en charge art-thérapeutique s'appuie sur un traitement spécifique, fondée sur la singularité du patient. La reproductibilité totale semble donc impossible. De plus il est difficile de déterminer des items objectifs quant il s'agit de mesurer le subjectif. L'évaluation art-thérapeutique repose sur des items qui sont parfois subjectifs alors que l'évaluation scientifique repose sur le choix d'items objectifs et un système de mesure sensible et constant. Cependant si l'art-thérapeute se tient à une extrême fidélité dans sa méthode de notation, on obtient une objectivité. En effet, dans la constance avec laquelle il va coter de façon identique la même caractéristique, s'il y a évolution, il s'agira de l'évolution du patient et non de celle du thérapeute. On remarque également que plus le nombre d'items et l'ampleur des notations sont importants, plus l'outil d'évaluation sera sensible.

Dans une prise en charge, différents facteurs peuvent avoir des conséquences directes sur les résultats. Ces facteurs relèvent de l'impact de la prise en charge art-thérapeutique dans sa globalité comme : la sensibilité de l'art-thérapeute et celle du patient, le contexte de la prise en charge, l'implication de l'alliance thérapeutique, etc. Tous ses facteurs impliqués dans l'efficacité d'une prise en charge semblent interdépendants et il est difficile de les séparer de l'efficacité de la technique art-thérapeutique même.

Les raisonnements théoriques apportent des nouvelles connaissances aux moyens d'études cliniques, qui pourront être bénéfiques à la pratique des thérapeutes et à la reconnaissance scientifique de leur discipline. Si une pratique nourrit une recherche, qui en retour nourrit une pratique ; ne sommes nous pas dans le cycle d'une science expérimentale appliquée ?

10 *Profession art-thérapeute, chapitre : La culture comme élément déclencheur d'une prise en charge en art-thérapie. p33*

11 INSERM, Psychothérapie. Trois approches évaluées. Expertise collective. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2004.

Le nombre des études publiées portant sur l'art-thérapie reste à ce jour encore très restreint, sûrement de par la jeunesse de la discipline et la difficulté de rendre compte d'une évaluation scientifique. Il semble pourtant nécessaire de valoriser cette discipline en multipliant les outils de recherche et les outils de communication. Alors que nous pouvons être convaincus de l'impact bénéfique de l'art-thérapie auprès de patients présentant des pathologies diverses, nous ne pouvons présenter de preuves scientifiques concluantes, notamment aux vues des éléments associés à la discipline, que nous devons prendre en compte. Nous devons donc développer des méthodologies et des protocoles expérimentaux afin de mener des études de manière contrôlée et randomisée. En développant nos recherches et donc nos connaissances sur les fonctionnements humains, nous pourrions envisager une meilleure prise en charge de la personne en souffrance.

II/ Des recherches en neurosciences et spécifiquement en neuro-psychologie amènent un point de vue nouveau sur l'impact de l'art sur l'être humain et sa qualité de vie.

A / Si l'Art en lui-même ne guérit pas, la pratique artistique accompagnée par un thérapeute professionnel peut soigner et apaiser.

A / 1 . Le soin passe par l'échange, dans un langage commun et l'Art est un langage de mise en forme de vibrations colorées, sonores et gestuelles, permettant d'entrer dans le mouvement, de changer.

L'être humain répond à des besoins fondamentaux basés sur l'échange, et donc sur le mouvement. Dans une situation de souffrance, la personne peut rester dans l'inertie si elle n'entre pas dans un mouvement, si elle n'entame pas un échange. Un échange pour changer, changer cette situation de souffrance. L'expression et la communication font parties des moyens d'assurer certains de ces échanges. L'Art peut aller au-delà des paroles simples, en multipliant ses moyens d'expression. Il est un langage aux modalités particulières qui permet de donner à voir au monde extérieur, ce qui avait besoin d'être exprimé à l'intérieur, par des médiums plus divers et variés que les mots ou les gestes, parfois trop réducteurs. Bon nombre d'artistes se sont penchés sur ces questions, d'un langage universel, de code de couleurs, de formes, de compositions, d'harmonies, véhiculant des émotions. L'orientation esthétique de l'Art implique les notions de saveurs, de styles, de plaisirs, de personnalités, à la fois dans l'impression et l'expression.

Rappelons que avant la parole, nous étions collés aux choses, et que c'est par le langage que nous pouvons désigner, nous séparer, prendre de la distance et une autre vision. La pensée prend alors une autre forme composée de mots. Les mots sont des outils forts, chargés de sens, une forme élaborée, précise de la parole. Mais à côté des mots il y a les formes, les matières, les lumières, les sons, etc. et ces éléments une fois organisés par l'Homme, forment un langage, prennent un sens, et touchent nos sens.

L'art-thérapie met en œuvre de manière ciblée les composantes de l'estime de soi. C'est en guidant vers l'émotion esthétique, en sollicitant la «saveur» dans la capacité humaine fondamentale d'amour de soi, que des empreintes se créent dans le bien-être, en lien avec la bonne santé. Qu'il s'agisse du plaisir dans sa propre production ou par un bon moment passé dans l'activité artistique, l'amour de soi, qui s'exprime à travers des sentiments de bien-être et de satisfaction, permet d'éprouver du plaisir à vivre et de s'estimer. Comme le dit R. Forestier « le rapport saveur-savoir est à même de produire un ressenti personnalisé qui va déterminer la valeur et la considération de la personne à son propre regard : l'estime de soi. »¹²

A / 2 . L'art-thérapie peut donner envie de se soigner.

On peut considérer que guérir c'est devenir capable de vivre, de vivre avec ses cicatrices, en bonne entente avec soi-même.

L'art thérapie est un outil, et reste seulement un outil spécifique parmi d'autres pour le travail d'évolution vers une meilleure qualité de vie.

Si l'Art en lui-même, ne guérit pas, la pratique artistique accompagnée par un thérapeute professionnel peut soigner et apaiser. Comme nous l'avons vu, la guérison passe par l'échange, dans un langage commun et l'Art est un langage particulier, permettant d'entrer dans le mouvement, d'amorcer un changement. C'est en impliquant tout d'abord l'impression que l'on tend ensuite vers l'action. Celle-ci utilise le corps et l'esprit, dans la possibilité d'une expression non-verbale et verbale, c'est ainsi que l'art-thérapie se place comme une activité thérapeutique originale. Elle permet dès lors une approche individuelle différente dans le soin. C'est dans une relation respectueuse et égalitaire, que l'art-thérapie sollicite premièrement l'estime de soi, dans les capacités d'affirmation, de confiance et d'amour de soi de l'être humain. En effet, dans une alliance avec le thérapeute, le patient est placé d'office en position de «sujet». C'est lui qui décide de son approche de fond et de forme, de ses envies, de ce qu'il aime et lui procure une «saveur», en ayant l'assurance que le thérapeute l'accompagne vers cette valorisation. L'attention du thérapeute apportée au patient et son intérêt sincère pour sa personne dans son intégralité et son devenir, lui montre simplement qu'il est digne de cet intérêt et peut amorcer une évolution sur l'estime qu'il a de lui-même. L'art-thérapie, dans sa capacité à appréhender la personne dans sa globalité, en engageant son corps, son esprit et sa relation au monde qui l'entoure ; va permettre à la personne de voir au-delà de ses pénalités, de voir les potentiels qu'elle possède et lui permettre de les ressentir. La personne va pouvoir revaloriser la considération et l'estime qu'elle a à son propre égard.

Nous avons pu observer que l'art-thérapie pouvait aider la personne à se projeter dans l'avenir avec plus de confiance et également d'avantage de plaisir ressenti à être. Elle donne à la personne l'envie et la capacité d'aller vers un mieux-être, d'envisager un projet de vie. Cela implique alors l'envie de se soigner.

Exprimer ses souffrances, c'est tenter de les mettre hors de soi. L'art-thérapie permet à la personne de s'exprimer et stimule sa créativité ; deux éléments essentiels de l'Art.

Nous devrions nous pencher quelques instants sur un élément qui semble souvent trop rapidement abordé et qui a pourtant son importance ; la notion simple de plaisir que suscite l'Art.

Prenons l'exemple le plus parlant, qui est souvent celui de la musique. Des études tendent à démontrer que les structures impliquées dans l'analyse auditive de la musique se localisent au niveau du cortex temporal supérieur et dans le lobe frontal inférieur. Ces zones interagissent avec un ensemble de structures cérébrales qui induisent les émotions lors de l'écoute musicale. L'activation de manière synchronisée de cet ensemble de structures s'étendant largement au niveau cérébrale, rendent peut-être la musique et ses effets uniques.

On écoute de la musique, ordinairement, pour le plaisir. Cette écoute suggère des réponses variées, subjectives et uniques à chacun, influencées par des associations personnelles, et/ou des souvenirs autobiographiques. Elle induit aussi une sensation extrême de plaisir que certains nomment le «frisson» musical. Il correspond à une expérience brève et intense qui s'accompagne d'effets souvent corporels observables, (comme «la chaire de poule»). Ce frisson est relié scientifiquement d'après Goldstein (en 1980) à la libération d'endorphines. Il est généralement associé à une émotion forte et positive. Bien sûr il y a une grande variabilité au sein des réponses physiologiques à la musique, elle n'induit pas forcément les mêmes réponses aux mêmes moments chez les auditeurs. Une étude de tomographie par émission de position appelée «TEP» a identifié les structures cérébrales activées durant le «frisson» musical, tout en enregistrant les réponses psycho-physiologiques des sujets en train d'écouter leurs musiques favorites. Ce travail a montré que la musique éveille non seulement des régions cérébrales

fondamentales d'un point de vue biologique, mais également, anciennes du point de vue de l'évolution ; ce sont des structures activées lors de la consommation de nourriture et intervenant dans la consommation de drogues. Les circuits engagés interviennent dans les systèmes de récompense ou de gratification, la musique aurait donc un impact direct sur eux. Si la musique dans la contemplation ou la production nous donne du plaisir, c'est qu'elle active effectivement les circuits cérébraux liés au plaisir. Cette même équipe découvre dix ans plus tard l'implication de la libération de dopamine dans le striatum dorsal, associé à l'anticipation du plaisir qui devance la libération de dopamine dans sa partie ventrale, impliquée dans le ressenti du pic émotionnel. Cette dimension suggère que l'état émotionnel induit par la musique, s'associe à des modulations du système dopaminergique, illustrant son pouvoir émotionnel. Il existe donc un plaisir intense et semblant désintéressé qui s'accompagne de transformations physiologiques, l'émotion esthétique. Quels effets thérapeutiques pouvons nous en tirer, notamment auprès de personnes présentant des pathologies cérébrales ? On peut se retourner alors sur les études menées par Särkämö en 2008.

Qu'en est-il des autres domaines artistiques ? Le «frisson» ressenti devant une toile de Caravage, peut-il avoir les mêmes effets si le «regardeur» n'active pas exactement les mêmes structures cérébrales ?

B / La créativité met en mouvement car le «faire» extirpe de la léthargie.

Le processus créatif dynamise et sort la personne de la passivité, et même de la léthargie. C'est comme retrouver l'enfant en nous qui s'émerveille, questionne, imagine, construit, invente, etc. laisser vivre le primitif en nous sans se faire déborder. Apprendre à vivre en accord avec notre nature d'être humain. Nous nous accordons sur le terme de créativité et non de création qui signifie «sortir du néant». Car, comme nous l'avons vu auparavant ; nous sommes tous façonnés par nos expériences précédentes et notamment notre culture qui est un phénomène essentiel à la nature humaine dans la physionomie même de l'empathie et le désir de partager des émotions.

Les personnes démunies face à la maladie ou au handicap peuvent retrouver une dignité dans l'activité artistique car elles deviennent capables de créativité. C'est un espace où la parole circule en dehors du champs soignant, parfois par le simple fait que l'art-thérapeute décide de ne pas porter de blouse (après tout, dans cet espace ce sont les patients qui manipulent, et de fait l'hygiène n'est pas soumis aux mêmes conditions que dans le rapport aux autres soignants). Nous savons que la vie est «impermanente», son mouvement est fait de déséquilibres et d'équilibres. Un événement vient parfois modifier de manière considérable cet équilibre, perturbant la saveur des choses, nos choix et l'orientation que l'on donne à sa vie. Un événement neurologique par exemple peut engager un réaménagement à la fois, physique et psychique. Cependant ce qui se manifeste pour une personne ne s'observera peut être pas chez une autre, pour une même lésion, une même maladie. Nous devons prendre en compte la personnalité et l'histoire sous-jacente de chacun.

L'art-thérapie utilise le pouvoir de média artistiques pour mobiliser les aptitudes créatives de l'individu, nous pouvons donc nous interroger sur les fonctions cognitives utiles à cette créativité. Comme pour toutes les aptitudes, nous parlons d'une aptitude dont certains font naturellement plus preuve que d'autres. La créativité peut être déterminée comme : l'association de la capacité à imaginer et la capacité à produire. L'idée créative répond à deux critères, c'est une œuvre de l'esprit qui conduit à une production nouvelle et qui est adaptée au contexte dans lequel elle survient. C'est à dire impliquant des conséquences générées par l'idée sur un contexte. L'idée novatrice, en répondant au contexte artistique du moment lui donne une pertinence. On distingue alors plusieurs facteurs à cette aptitude créative. On note un facteur conatif, impliquant la personnalité et la motivation, l'engagement, puis un facteur cognitif, qui implique l'intelligence et les connaissances et enfin un facteur émotionnel et environnemental, lié à la culture, l'histoire personnelle, l'époque, etc. qui rejoint le premier facteur. On peut donc penser que pour passer de la reproduction à la créativité et la construction, il faut avoir acquis un

certain nombre de savoirs, d'abstractions, de réflexions, etc. Ainsi on peut considérer que cette capacité de créativité ne se limite pas au champs de l'Art mais peut s'étendre à une adaptabilité aux évènements de la vie. On peut considérer que certaines personnes possèdent des prédispositions à cette faculté, une orientation, peut être une sensibilité particulière, de part leur environnement, leur culture, leur personnalité, certaines dispositions ; mais nous devons également prendre en compte les faits de vie fondateurs de chacun d'entre nous. Après cette orientation il y a ce que l'on peut appeler «l'incubation». Hegel nous rappelle dans *L'introduction à l'esthétique* que « C'est dans les inépuisables trésors de la vie et non dans les généralités abstraites que l'artiste doit puiser la matière de ses créations.(...) Car l'homme retient tout ce qui l'intéresse, et un esprit profond étend sa curiosité sur un nombre infini d'objets.»¹³ L'incubation déterminerait alors l'accumulation de matériels, d'images, d'idées, puis leurs assimilations et l'élaboration de stratégies de fabrication. Dans une analogie de faits, de souvenirs de la vie, une intuition peut s'imposer à nous. Plus les concepts sont éloignés, plus la personne peut être considérée comme créative. Quelle ressource permet de libérer l'idée ? Beaucoup la décrit comme semblant venir des profondeurs de l'inconscient en images mentales, d'une manière assez proche du rêve. Si l'imagerie fonctionnelle aujourd'hui nous permet de voir le cerveau en train de penser, on ne peut voir la pensée elle-même. On ne peut qu'imaginer et parfois ressentir, que les informations accumulées doivent être digérées, pour en extraire une solution, l'idée, comme une révélation. La technique de mise en forme survient souvent dans cette révélation mais peut également à son tour demander de nombreux essais, de nombreuses réflexions, en imaginant parfois leurs propres outils.

Pour résumer, la créativité consiste principalement dans la propriété qu'ont les images (de notre imaginaire) à s'assembler en combinaisons nouvelles.

Par exemple, pensons à ce phénomène qui consiste à associer un stimulus visuel informe à un élément identifiable, souvent une forme humaine ou animale, il porte le nom de paréidolie, qui vient du grec «para-» qui signifie «à coté de» et de «d'eidos» qui désigne «l'apparence, la forme». Une nouvelle image stockée, combinée à une autre peut en produire une troisième.

La créativité permet tout simplement de produire une idée, une idée nouvelle et pertinente. La divergence, la combinaison d'idées, et la flexibilité cognitive ont un rôle principale dans la créativité. Au même titre qu'en Art, la résolution de problèmes et l'adaptabilité, sont un besoin de tous les jours. Comme l'Art et la science, l'émergence d'une œuvre et la résolution de problèmes sont étroitement liées, et sont séparées seulement par l'orientation esthétique de l'un. Stimuler la créativité et cette émergence d'idée, c'est déjà entamer un mouvement. Elle peut raviver suffisamment la confiance et l'estime de soi d'une personne pour la mise en forme, entrer dans l'action, et stimuler d'avantage cette créativité dans la production, et les techniques employées.¹⁴

C / L'utilisation de pratiques artistiques peuvent contribuer au maintien ou au renforcement de l'identité personnelle chez certains patients.

C / 1 . La thématique de l'identité personnelle en neuropsychologie est un exemple d'orientation de cette discipline vers la prise en charge globale des patients.

Les neurosciences cognitives et la neuropsychologie ont entraîné une réflexion sur les liens potentiels entre mémoire, conscience et identité personnelle, et leurs modifications observées dans diverses pathologies. Il leur a donc fallu approfondir des concepts afin d'établir un cadre théorique adapté à la recherche et à la prise en charge des patients. De part l'évolution démographique et la prévalence accrue des pathologies neurodégénératives, la thématique de l'identité personnelle a principalement été orientée vers ces patients. L'identité personnelle est devenue un thème important en neuropsychologie et psychopathologie. Elle permet de mieux

13 Hegel, *L'introduction à l'esthétique*, de 1799, Paris, ed. Flammarion, traduit par S.Jankélévitch à partir de l'édition allemande, Berlin, Duncker & Humblot, 1835.

14 PLATEL Hervé et THOMAS-ANTERION Catherine, *Neuropsychologie et Art*, ed. De Boeck-Solal, collection Neuropsychologie, Paris, janvier 2014, Chapitre 2.

comprendre certaines modifications du fonctionnement cognitif et mentale dans des conditions pathologiques diverses et permet d'envisager de nouvelles pratiques aux confins de l'éthique du soin. Le concept de soi, correspond à une entité globale où prévaut la notion d'unité. Il prend alors cette double facette de multiplicités des composantes et unités insécables, comprises dans le paradoxe de «l'identité singulière et plurielle».¹⁵ Il ne s'agira pas ici de décrire précisément les disciplines qui interagissent dans ce concept polymorphe d'identité personnelle. Nous pouvons simplement tenter de comprendre brièvement les mécanismes qui donnent cette impression subjective d'immédiateté et d'unité à la personne en quelques points.

Dans les différents modèles de composition de la mémoire, comme celui de Klein, on peut remarquer que la mémoire conceptuelle personnelle, sous-tendant les connaissances de ses propres traits de personnalité, se constituerait en partie grâce aux liens ascendants de la mémoire perceptive vers la mémoire sémantique, mis en place précocement au cours du développement et relativement résistants dans des cas de pathologies affectant la mémoire sémantique et épisodique (comme la maladie d'Alzheimer par exemple). En étudiant des cas de personnes atteintes d'un syndrome d'amnésie, ou d'autres affections, caractérisées par des troubles de la mémoire épisodique, associées ou non, à des troubles de la mémoire sémantique personnelle, on remarque la relative préservation de la connaissance de leurs propres traits de personnalités. Il y aurait alors une hiérarchie ou du moins, des assemblages privilégiés entre ces différentes composantes de la mémoire. L'immédiateté subjective de l'identité pourrait peut-être le résultat du sentiment de continuité induit par la connaissance de ses propres traits de personnalité. Comme un centre du sentiment d'identité et de continuité qui s'alimenterait des autres connaissances et représentations qui viennent la conforter. Dans les pathologies, notamment dans les fortes atteintes de la mémoire épisodique, le sentiment d'identité est en partie préservé. La personne se reconnaîtra sur des photos anciennes par exemple. Parfois cependant, la mise à jour de l'identité personnelle est préservée. Si certaines formes d'amnésie, appelées «fonctionnelles» peuvent amener la perte de l'identité personnelle, on constate néanmoins que l'absence d'amnésie antérograde permet à la personne d'apprendre de nouvelles connaissances. Les pathologies donnent de nombreux exemples de l'altération de la personnalité en lien avec des troubles de la mémoire.

La conscience de soi est une dimension essentielle de l'identité. Elle pose des questions importantes. «Comment l'identité contraint-elle la mémoire, à chaque étape du fonctionnement mnésique, dès la phase d'encodage, au cours de la phase de consolidation et lors de la récupération du souvenir ou d'autres formes de connaissances ?»¹⁶ La conscience de soi, l'identité, la mémoire, constituent un cadre générale de référence qui englobe les valeurs humaines et le domaine éthique, notamment quant les recherches portent sur des patients. Ces recherches incluent donc un progrès éthique sur la façon d'entrer en relation avec des personnes dont l'identité est altérée ou modifiée, et autant que possible, impliquer ces personnes entièrement dans cette relation. Ces explorations qui prennent leurs sources auprès des patients nous donnent quelques avancées pratiques dans les processus d'évaluation mais surtout dans l'élaboration de méthodes thérapeutiques.

De nombreuses questions éthiques se soulèvent, et notamment dans la reconnaissance de l'autre et du comportement de chacun, de l'équipe soignante, de l'entourage de la personne, ou de ses aidants naturels. C'est dans la réciprocité des relations et la prise en considération des attributs de l'autre en tant que personne que l'on trouve le sentiment d'être soi-même un «sujet» à part entière. La qualité de personne vient du fait de le ressentir soi-même et du fait que les autres êtres humains reconnaissent cette qualité à leurs congénères. Je suis une personne, autant parce que je l'éprouve que parce que les autres me considèrent et me reconnaissent comme telle. C'est un exemple parmi d'autres. Nous devons tenter de ne pas laisser tomber la société dans des tendances de dépersonnalisation de la personne malade ou handicapée, qu'elle ne de-

15 Eustache, F. Le paradoxe de l'identité singulière et plurielle : un paradigme inédit et un défi nouveau pour la neuropsychologie. *revue de neuropsychologie*, 4, 9-23. 2012.

16 PLATEL Hervé et THOMAS-ANTERION Catherine, *Neuropsychologie et Art*, ed. De Boeck-Solal, collection Neuropsychologie, Paris, janvier 2014, Chapitre 22.

vienne pas une non-personne.

C / 2 . L'Art et la créativité sont favorables au bien être et à la saveur existentielle, en valorisant l'imagination, la confiance, l'affirmation du style, la fierté.

Pour reprendre l'exemple du paragraphe précédent ; l'amélioration de la qualité de vie de patients atteints de maladies neurodégénératives (et dans ce cas de la maladie d'Alzheimer), repose sur une meilleure compréhension de leurs particularités cognitives, comportementales, psychologiques mais également de leurs perceptions d'eux-même et leurs interactions avec le monde et les autres. En se concentrant sur leurs diverses capacités longtemps préservées telles que la connaissance de leur passé lointain, on peut rendre possible la réminiscence de souvenirs comme une source de plaisir. On remarque également que les aptitudes artistiques, notamment musicales et picturales, résistent longtemps à l'avancée de la pathologie. De nombreuses expériences ont lieu dans les institutions qui accueillent ces patients. La neuroesthétique étudie les bases cérébrales des divers processus, amenant au sentiment d'esthétique. Ce domaine prend une expansion importante depuis l'utilisation de l'imagerie cérébrale dans ce domaine. Ces études montrent que au-delà de domaines ou contenus artistiques particuliers, les substrats cérébraux permettent le jugement esthétique, que les sujets soient connaisseurs ou non. Les études de Ishizu & Zeki montrent la région cérébrale corrélée avec un jugement esthétique de stimuli musicaux ou picturales chez des patients non musiciens, correspond à une région qui appartient au réseau cérébrale par défaut (cortex cingulaire antérieur ventral). Mais ces études montrent également la récurrente implication d'autres régions comme l'hippocampe et l'amygdale, l'insula, les gyri frontaux inférieurs et parfois même les régions pariétales. On observe la grande proximité des réseaux neuronaux impliqués dans les processus de jugement esthétique et de mémoire autobiographique ou même de tâches considérées comme accédant à l'identité personnelle. La personne qui contemple une œuvre met donc en relation son expérience perceptive immédiate et sa propre histoire. On rapproche alors le jugement esthétique à «notre capacité de porter un jugement sur la valeur personnelle que nous accordons à une œuvre particulière»¹⁷. Si l'Art et l'identité sont intrinsèquement liés, on comprend la pertinence d'utiliser des supports artistiques dans la prise en charge de patients.

Comme nous l'avons démontré, l'Art s'adresse à nos sens et l'art-thérapeute peut amener la personne en souffrance à faire de nouvelles expériences de gratifications sensorielles positives ravivant la saveur existentielle et l'amour de soi. La créativité permet d'élaborer de nouvelles formes et, ajouter au plaisir ressenti à être, elle permet d'entrer en mouvement. Par des boucles de renforcement, elle permet de retrouver confiance en soi, et au-delà, de ressentir de la fierté. Nous constatons maintenant que l'Art et l'identité personnelle sont étroitement liés dans le jugement esthétique, en relation directe avec nos expériences perceptives du monde et notre propre histoire. L'estime de soi qui est la capacité à s'attribuer une valeur est une partie de la conscience de soi, qui est un thème aussi vaste qu'il y a d'auteurs pour en parler. On observe cependant que l'art-thérapie dans sa spécificité et sa vision globale de l'être humain, peut apporter des moyens et des méthodes précises et adaptatives aux patients pour restaurer leur qualité de vie. Gardons à l'esprit que si ces recherches abordent des questions éthiques c'est parce que des travaux sont menés auprès de patients dont l'intégrité de l'identité est parfois discutée.

Faisons un petit rappel sur un débat actuel. Si nous pouvons constater que l'être humain a toujours besoin de l'Art, il est remis en question la nécessité de beauté, l'esthétique de la forme dans l'Art actuel. Les grands artistes ont toujours sentis intuitivement comment augmenter le plaisir perceptivo-cognitif engendré par leurs œuvres. L'invention de la photographie en 1860, a encouragée la subjectivité en art, conduisant à la recherche d'œuvres, à l'originalité purement formelle. On entame une course au développement de nouvelles stratégies picturales, où Art et science sont étroitement liés. Mais toute innovation ne sera pas forcément de l'Art.

17 PLATEL Hervé et THOMAS-ANTERION Catherine, *Neuropsychologie et Art*, ed. De Boeck-Solal, collection Neuropsychologie, Paris, janvier 2014, Chapitre 22.

Ainsi Wassily Kandinsky, adepte de la «synesthésie», élimine toute forme de représentation ou signification pour peindre des mélodies de couleurs et de formes, dans un Art abstrait. Le mouvement Dada soutient l'idée que la beauté peut se retrouver dans n'importe quelle expérience perceptive, même désagréable. Marcel Duchamp annonce la mort à venir de la pratique picturale sans remettre en doute la valeur de l'Art ancien. Il détermine que l'artiste seul peut décider de ce qui devient de l'Art, même si c'est uniquement un concept. Pablo Picasso avait une vision différente «Employez seulement vos yeux, et supprimez le cerveau» Si l'on considère que l'Art conceptuel est l'apogée de la peinture dans l'Art contemporain, où le concept prend plus d'importance que l'esthétique, c'est peut-être parce que le marché n'a jamais autant porté d'artistes. Mais si l'argent et l'Art ont toujours été liés, la réputation de ces artistes conceptuels semble de courte durée. L'émotion passe par les sens, et ce traitement archaïque manque au concept seul, qui s'adresse à la cognition. La «primauté de l'œil» défendue par Picasso et Gerhard Richter est aujourd'hui confirmée par les neurosciences et considérée essentielle par les artistes.

Mais toute perception est ambiguë. Par exemple, la vision déjoue les pièges par un apprentissage adapté. Mais c'est un instrument imparfait. Des illusions naissent quand l'information sensorielle ne correspond pas à nos connaissances acquises. On comprend alors que chaque expérience de l'Art n'est pas limitée à nos apports sensoriels, mais c'est l'entière personnalité de l'individu qui intervient. L'œuvre «est», à nous de comprendre comment elle nous anime.

D/ L' art-thérapie peut avoir un impact sur la rééducation de certains mécanismes neurologiques ciblés.

D / 1 . Le traitement de la perception métrique et de l'attention temporelle de la musique est partiellement le même que celui du langage ; ils peuvent donc avoir un impact l'un sur l'autre.

Les recherches en neuroscience, en sciences cognitives et neuropsychologie, sur la perception et la production de la musique, se sont développées ces vingt dernières années. Leurs travaux contribuent à notre compréhension des corrélats neuronaux, des fonctions cognitives de la perception et de la production musicale, ils montrent aussi des liens et des similarités avec le traitement de langage.

En effet on constate des traitements sensoriels et cognitifs similaires dans ces deux domaines. La parole et la musique, dans leur composante acoustique, contiennent des informations de hauteur, de timbre et une dimension temporelle. Elles présentent des organisations structurales qui ont une «syntaxe» se développant dans le temps. Le traitement des structures musicales, d'un point de vue cognitif, nécessite de la mémoire, de l'attention, et une capacité d'intégration temporelle de ces éléments afin de produire une représentation mentale qui soit cohérente.

Des études ont montré que les sujets qui ont suivi une formation musicale sont plus sensibles à la hauteur dans la musique et la parole. En effet l'expertise musicale augmente la ressemblance spectrale et temporelle entre le son et la réponse neurale associée, d'après les recherches de Nina Kraus. L'effet de la pratique musicale ne se limite pas à la dimension de la hauteur mais joue un rôle sur les aspects plus fins du son comme, les formants vocaliques, les transitoires rapides qui permettent de reconnaître les consonnes ou encore sur la sélection de l'information pertinente. D'autres études telles que celles de Schneider & al de 2005, ont montré une plasticité structurelle et fonctionnelle des zones du cortex auditif, induite par la pratique musicale. Ces différences fonctionnelles suggèrent une explication aux effets positifs des compétences musicales constatées sur le traitement phonologique.

Les événements musicaux sont organisés sur des bases théoriques musicales et définissent des structures organisationnelles se développant dans le temps. Un parallèle est alors proposé avec la structure syntaxique du langage, de part la similarité des méthodologies employées pour étudier le traitement des structures syntaxiques en langage et en musique, et les études neurophysiologiques. Des recherches reposent sur la présentation du début d'une phrase ou d'une mélodie permettant à l'auditeur de développer des attentes perceptives sur les types d'événements qui devraient suivre pour respecter les systèmes structuraux ; puis l'introduction d'une violation

de ses attentes. On observe entre autres, une activation du cortex frontal inférieur plus forte lors d'un accord musical inattendu que pour un accord attendu, et cela d'une manière similaire aux observations d'un mot syntaxiquement inattendu. Le parallèle entre ces deux systèmes neuro-naux peut donc être interprété sur la base de leur similarité structurelle.

La durée est une propriété psychologique influencée par les connaissances de l'individu. L'organisation des durées et des intervalles entre les événements qui se succèdent dans le temps, s'appelle le rythme. Il est souvent associé au concept de périodicité, qui caractérise un patron d'événements qui se répètent dans le temps. De cette régularité naît une pulsion qui permet aux auditeurs de synchroniser leurs mouvements et donne aux musiciens une référence temporelle commune. Les événements sont regroupés dans une structure hiérarchique plus large ; la mesure, qui donne la métrique. Dans la parole, le rythme peut être défini comme l'organisation temporelle des accents. La métrique représenterait l'alternance entre les syllabes accentuées ou non-accentuées. Il existe une régularité dans la parole qui en facilite la perception, la compréhension et la production. Les études tendent à montrer que la perception de la métrique et plus largement l'attention temporelle dépendent de mécanismes similaires pour le traitement de la musique et du langage. Marie, Magne & Besson en 2010, ont démontré que les musiciens traitent la structure métrique des mots mieux que les sujets non musiciens.

En plus de ces trois composantes développées il est fortement étudié aujourd'hui l'implication dans le langage et la musique de l'activation de représentations mentales des concepts. De nouvelles pistes sont à exploiter : les représentations conceptuelles déficitaires pourraient-elles être stimulées par une amorce musicale ?

Ces résultats de recherches suggérant des ressources neuronales partagées, ont permis de poser la question de savoir si, et comment, la musique pourrait être utilisée afin de faciliter le traitement du langage et ainsi développer des programmes de réhabilitation pour différentes pathologies présentant des troubles liés.

D / 2 . La musique peut stimuler l'apprentissage et la mémoire.

Si l'on peut considérer à présent que l'entraînement ou l'exposition musicale stimulent le traitement du langage, il a été également étudié leurs capacités à stimuler d'autres processus cognitifs. Moussard, Rochette & Bigand en 2012 nous montrent des résultats de recherche, sur les effets bénéfiques d'un entraînement musical à long terme, à court terme et dans une simple écoute. Ils étendent leurs recherches à diverses populations et envisagent des perspectives de thérapie et de réhabilitation. Si les résultats n'ont pas été concluants auprès de jeunes adultes, ils ont démontré des bénéfices auprès d'une population de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils montrent les bénéfices du chant pour une consolidation en mémoire de textes. Quelques études ont montré l'influence des régularités rythmiques pour la mémoire verbale. Il semblerait que l'entraînement à un stimulus musical en promouvant la synchronisation neuronale, améliorerait la récupération des mots dans une tâche mnésique chez des sujets atteints de sclérose multiple mais également chez des sujets témoins.

Curieuse de cette hypothèse je me suis permise de donner un texte à vingt personnes de même tranche d'âge et de culture relativement similaire en leur demandant de l'apprendre en une heure. Dix d'entre eux n'ont reçu le texte que sur feuille après l'avoir lu ensemble, et dix autres l'ont reçu sur feuille, après le leur avoir chanté sur un air simple. Pour un même texte quatre personnes sur dix, dans le premier groupe ont pu me restituer le texte dans son intégralité, et neuf sur dix dans le deuxième groupe. Cette expérience ne conclue rien en soi mais aiguise davantage ma curiosité.

Dans l'ensemble de ces résultats nous nous devons de nous demander comment la musique peut aider le langage et la mémoire, et surtout avoir un poids dans leurs rééducations.

Tout d'abord la musique est une activité stimulante qui renforce des processus généraux également impliqués dans le traitement du langage. On appuie ici sur les effets stimulants de la musique, en lien avec la valence et les effets dynamiques ; mais à eux seuls ils sont loin d'expliquer

ces résultats. Une deuxième explication se fonderait sur le partage de ressources neuronales entre le langage et la musique. La musique pourrait alors avoir un impact et pourrait améliorer dans un processus thérapeutique certaines fonctions perceptives et cognitives partagées avec le langage.

Une dernière explication mettrait en avant les bénéfices spécifiques de la musique sur certains processus qui interviennent également dans d'autres traitements et qui pourraient se regrouper sous une même terminologie, «fonctions exécutives».

Les hypothèses et les recherches actuelles montrent qu'un entraînement musical améliore les performances, mais montrent aussi que cela n'est pas suffisant. Il faut comprendre quelles variables sont utiles au traitement du langage, si ces variables sont spécifiques à la musique ou peuvent être impliquées dans d'autres activités. Tout cela, afin d'envisager une perspective de rééducation.

III/ Face à l'évolution permanente de l'état de base de la personne en phase de rééducation et réadaptation, l'écoute est une notion primordiale.

A/ Les pénalités et handicaps vécus par la personne atteinte de troubles neurologiques et son entourage peuvent mener à différentes formes de précarités et de souffrances auprès desquelles l'art-thérapie peut intervenir.

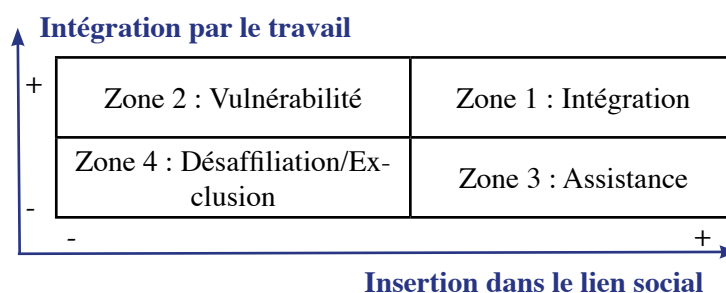
Si la différence est ce qui nous distingue des autres, que ce soit dans notre apparence, notre culture ou notre parcours de vie, elle doit être une richesse. Cependant l'être humain dans sa singularité, se trouve parfois confronté à l'incompréhension ou au rejet. Il n'est pas rare, encore aujourd'hui, qu'une personne handicapée se sente exclue.

A / 1 . Suite à une cascade de pénalités le patient et son entourage peuvent faire face à la trajectoire de l'exclusion sociale telle que l'évoque Jean Furtos.

Une personne souffrant de maladie ou et/ou de handicap peut voir de multiples pans de sa vie se modifier. Les pénalités physiques qu'elle peut rencontrer peuvent créer de véritables handicaps physiques et psychiques ne lui permettant pas ou plus de s'inscrire dans un cadre professionnel, engageant parfois une vulnérabilité, une précarité exacerbée. Cet aspect peut conduire à une perte de certains liens sociaux. Les handicaps subis par la personne peuvent également entraver un certain nombre de ses activités et loisirs, entraînant des conséquences similaires. Le retrait de la vie sociale est parfois accentué par l'état psychologique même de la personne qui voit son estime d'elle-même diminuer. Jean Furtos s'appuie sur les travaux du sociologue Robert Castel pour définir la précarité sous forme de trajectoires.

J.Furtos reprend le schéma de R.Castel qui modélise le processus de précarisation en quatre zones sous-tendues par l'intégration par le travail et l'insertion dans le lien social. Il le reconsidère d'après un processus psychique.

Schéma 2 : Schéma des trajectoires de l'exclusion sociale selon la clinique de Jean Furtos.



Ce schéma est envisagé en terme de processus, de trajectoires descendantes ou ascendantes, passant d'une zone à l'autre de manière progressive.

La zone 1 : Représente la phase d'**intégration** dans laquelle la situation de précarité est dite «normale», la perte des objets sociaux est envisagée mais pas excessivement préoccupante. La précarité normale, c'est seulement : « je ne peux pas vivre sans autrui » c'est une précarité native et essentielle, «on est libre, égaux et précaire tout le temps de notre vie».

La zone 2 : Correspond à une situation de précarité exacerbée, où la perte des liens sociaux fait entrer la personne dans une grande **vulnérabilité** psychique.

La zone 3 : Est une phase où l'on constate la perte des objets sociaux. Maisondieu décrit alors la survenue d'une «triade de l'exclusion» qui comprend : de la honte, du découragement et une inhibition affective. Les personnes entrant dans cette phase d'**assistance**, peuvent garder cependant l'envie et l'ambition de s'en sortir, peuvent former des projets. Leur fragilité va reposer sur les liens sociaux et les aides médico-sociales qui leur sont nécessaires. Sans le soutien de ces aides sociales la «triade de l'exclusion» peut progressivement pousser la personne vers une incapacité à agir et vers la vulnérabilité, amenant peu à peu vers l'exclusion.

La zone 4 : Est l'accumulation d'une précarité exacerbée et d'une **exclusion** sociale. La personne peut subir une rupture familiale, ne plus se sentir incluse dans la chaîne des générations, ne plus se sentir comme un être humain reconnu, se couper de sa peur pour ne plus souffrir et s'exclure de soi-même. Elle peut entrer dans une forme d'aliénation, une auto-exclusion, s'accompagnant souvent de problèmes de santé autant sur le plan somatique, que psychique et comportemental.

Les objets sociaux sont donc relativement conservés dans les zones 1 et 2, contrairement aux zones 3 et 4, où l'on entre dans le champ du travail social.

Il est extrêmement difficile de sortir de cette dernière zone d'exclusion, de désaffiliation, et de retrouver une intégration relativement stable.

Si l'on rapproche cette notion de trajectoire de l'exclusion, à la notion de fragilité décrite un peu, plus tôt dans ce mémoire, on peut entre-apercevoir les différents enjeux qui guettent la personne malade et/ou en situation de handicap. Les maladies, handicaps, blessures de vie, choix de vie, ne sont pas en eux-mêmes des pénalités qui amènent une forme de fragilité et/ou de précarité à l'être humain, mais ce sont des facteurs qui peuvent les déclencher et/ou les favoriser.

A / 2 . Quand parfois la peur de mourir est trop importante la personne arrête de vivre.

La souffrance, et la peur de la souffrance peuvent nous amener à ne plus rien ressentir. Que dire de la maladie et de la peur de mourir, à part, qu'elle peut nous empêcher de vivre ? Il y a souvent un grand choc psychologique à l'annonce du diagnostic d'une maladie pouvant être létale. La personne et son entourage vont peu à peu prendre conscience que la vie peut prendre une autre temporalité. Une angoisse de mort peut être accompagnée par des phases de grandes détresses.

Camille

« Je me réveille le matin avec des sueurs, le cœur qui bat vite et l'impression que je dois faire quelque chose. Je ne sais pas quoi, mais quelque chose d'important, comme si j'étais en danger.(...) Je me débats contre quelque chose que je ne vois pas. »

On observe régulièrement apparaître de la culpabilité. Elle a de multiples sources que ce soit dans une forme d'abandon, de ne pas être assez fort, une peur d'imposer sa souffrance aux proches, etc. Elle s'accompagne souvent d'un désengagement relationnel. Fabrice Chardon, dans l'ouvrage *Profession art-thérapeute*, nous décrit une recherche menée en partenariat avec l'AFRATAPEM l'école d'art-thérapie de Tours et le service d'oncologie médicale du CHU de Grenoble. Cette étude tend à démontrer l'impact que peut avoir des prises en charge en art-thérapie à dominante musicale sur l'anxiété, la douleur, l'angoisse de mort et la relation

entre les patients et leur famille. Les patients sont hospitalisés quelques jours pour une prise en charge palliative de leur pathologie cancéreuse, et souvent une chimiothérapie. Durant la prise en charge en art-thérapie le patient va évaluer l'intensité de sa douleur et la qualité de son sommeil, 24 et 12 heures avant sa séance, puis en début et en fin de la séance d'art-thérapie, et enfin, 24 heures après la prise en charge. En parallèle, la quantité d'anxiolytiques et d'antalgiques est évaluée. Il est également observé le contenu spécifique des séances afin de mesurer leurs impacts sur les objectifs thérapeutiques. Les séances de trente minutes environ se composent : d'une rencontre, d'un rappel des objectifs, d'écoutes instrumentales, d'échanges, de pratiques instrumentales collectives ou individuelles, de pratiques vocales, etc. Le bilan de ces prises en charges art-thérapeutiques met en avant trois notions importantes sur lesquelles axer l'accompagnement des personnes présentant ce type de pathologie.

L'accompagnement de la personne dans l'activité artistique peut lui permettre de ressentir un plaisir esthétique. En redonnant de la saveur à la vie on peut revaloriser le sentiment d'exister de la personne. On peut créer une rupture dans le processus pathologique en engageant la personne dans l'activité afin qu'elle s'inscrive dans une dynamique d'échange. Au regard des résultats positifs de cette étude on peut observer que l'accompagnement de fin de vie de ces patients atteints de maladies cancéreuses peut favoriser «(...) une dynamique de soins qui exerce le meilleur équilibre possible entre le curatif et le palliatif, c'est à dire entre le combat pour la vie et la lutte pour une bonne mort.»¹⁸

En regardant plus largement autour de ces pathologies, on remarque que quelques patients, qui après l'acquisition de troubles, de déficiences et/ou de handicaps ; se retrouvant donc face à la perte de capacités, ont simplement peur de perdre à nouveau. Refusant de s'adapter ou de recommencer à vivre, ils semblent avoir peur à chaque instant de ce que la «vie» pourrait leur prendre. Alors que la présence de la mort ne semble pas occuper leur esprit, la perte de capacités signifie aussi la perte de la capacité à vivre. Cette peur de ne plus arriver à vivre, peut-elle empêcher de vivre ?

A / 3 . L'atelier d'art-thérapie, en mobilisant les compétences des personnes, peut revaloriser l'estime de soi afin de retrouver du sens à la vie.

Les Arts visuels sont considérés comme l'expression fondamentale et non verbale de l'esprit incarné dans le corps, une stratégie reflétant de manière créative notre expérience de la nature. C'est une forme de communication et d'apprentissage perceptif, provoquant des émotions, une attention profonde, du plaisir, et de l'empathie sans exigences supplémentaires. L'Art est perçu comme tel selon qu'il s'inscrit dans le développement historique du genre et dans un contexte culturel. L'expérience de l'Art permet une émotion, un plaisir une expérience perceptivo-cognitive que l'être humain aspire à partager. Quand les stratégies relationnelles sont inefficaces, l'être humain explore un échantillon de nouvelles possibilités d'expression, de communication afin de retrouver leur homéostasie perturbée par des expériences de vie aliénantes. Si l'être humain est rarement motivé par la revalorisation de sa propre estime, il accorde de l'importance à l'estime qu'ont les autres pour lui-même. Les neurosciences ont mis en évidence qu'un épisode d'exclusion avait une valeur de détresse et de douleur, qui se traduit souvent par une faible estime de soi. Cette estime de soi pourrait être considérée comme une alarme destinée à éviter l'exclusion sociale.

L'art-thérapie peut alors travailler sur l'estime de la personne, la valeur qu'elle s'accorde, et sa relation aux autres. L'art-thérapie en s'appuyant sur les parties saines, va permettre de stimuler et orienter les capacités de la personne et raviver le regard positif de la personne sur elle-même. Lorsqu'une personne présente des défaillances motrices, psychomotrices ou neuropsychologiques, l'art-thérapeute va tenter de pallier les mécanismes dysfonctionnant, en exploitant les parties saines pour compenser les déficiences, et adapter des gestes. En basant son approche sur le ressenti, les ressentis positifs, il va essayer de rééduquer la saveur existentielle.

18 Chardon Fabrice, dans, *Profession art-thérapeute*, dirigé par FORESTIER Richard ,ed. Elsevier Masson, Barcelone, 2010.

Le juste rapport entre le savoir et la saveur donne le fondement de la conscience d'être, d'être vivant et d'être humain. L'art-thérapeute va permettre à la personne d'expérimenter, de ressentir, d'affirmer ses goûts, d'aiguiser son esprit critique, d'exprimer des intentions, d'exploiter ses potentiels, etc. pour retrouver de l'amour de soi, de la confiance en soi, et une affirmation de soi. Le patient va pouvoir expérimenter le Bon, le Bien et le Beau. Prendre du plaisir à être, c'est prendre du plaisir à vivre, à être en vie. Reprendre confiance en soi, c'est retrouver la capacité à se projeter et redevenir un être «en devenir». Affirmer qui on est, ce qui nous définit par nos expériences, notre mémoire, notre jugement sur les choses, nos envies, c'est affirmer une personnalité. L'être humain va pouvoir s'épanouir en accord avec sa nature, marquant sa présence par l'alliance de son identité et sa personnalité.

L'art-thérapie va permettre à la personne de s'exprimer, par différents moyens, ceux que le patient choisit. S'exprimer, c'est faire sortir de soi, entrer dans le mouvement, l'action ; s'exprimer dans différents langages, pour entrer en communication et en relation avec nos semblables. Dans cette expression il y a une part de l'auteur, son style, la trace de ses particularités, de sa personnalité, qui font de lui un être unique parmi les hommes. Sa personnalité, c'est par elle que l'individu se distingue et par elle que cette communauté auquel il appartient, le reconnaît. La reconnaissance des autres, en tant qu'être humain, en accord avec son identité et sa personnalité, redonne une dignité à la personne.

L'être humain peut donc s'épanouir en accord avec son identité et sa personnalité, dans cet engagement à se connaître lui-même et à s'affirmer. Richard Forestier nous rappelle que : «La fierté est la gratification teintée de noblesse et de dignité du ressenti existentiel. Elle permet la capacité à oser être ce que l'on souhaite être. La fierté donne du sens à la vie humaine».¹⁹

Si l'art-thérapie donne des moyens à la personne pour revaloriser son estime d'elle-même, c'est dans les ressentis de cette estime que l'humain trouve la saveur de son existence, et lui donne du sens.

B / L' art-thérapie n'est pas seulement un accompagnement mais aussi une prise en charge.

B / 1 . Accompagner quelqu'un c'est le rejoindre pour aller où il va en même temps que lui sans l'influencer.

On peut considérer que accompagner quelqu'un, c'est être le témoin solidaire du cheminement d'un autre. Pour comprendre l'accompagnement, il faut avoir accepté l'altérité : l'autre est radicalement différent de nous, bien que semblable. Si l'on décompose le mot accompagner : «a» donne la notion de mouvement, «com» désigne le fait d'être avec, et «pain» désigne le pain, comme dans le mot copain, c'est la nourriture, ou du moins une chose nécessaire et vitale. Accompagner serait donc se mouvoir avec l'autre vers quelque chose d'essentiel. Plus généralement l'accompagnement est perçu comme une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire et/ou à atteindre ses buts. Cela implique que cette personne accompagnée est un sujet autonome, responsable et projectif. Si accompagner est «aider l'autre à...» ce n'est pas «l'assister à ...», accompagner n'est pas «faire à la place de...» ni «assumer à la place de...». Si l'accompagnant peut aider l'autre à se décider et à agir, notamment en pensant des cadres lui permettant de prendre des décisions et en adoptant des postures aidantes ; c'est à l'accompagné qu'il revient d'opérer des choix, de poser des actes et d'en assumer la responsabilité. Accompagner l'autre en tant que «sujet» revient alors à l'appréhender en tant que personne singulière qui se construit et agit dans un environnement donné, environnement dans lequel, sur lequel et par lequel, ses choix et ses actes prennent sens. Chaque accompagnement est à penser et à agir au regard des singularités contextuelles propres à l'accompagné. Accompagner l'autre, ce pourrait être faire un bout de chemin avec lui, vers «quelque chose», ce bout de chemin se construit en marchant et ce «quelque chose» s'invente en se faisant.

Autonomie vient du grec «autos» qui signifie «lui-même», «en soi» et de «nomos», «la loi» : «Autonomia». C'est l'état de celui qui se gouverne par lui-même. Tout être humain est un

être autopoïétique ; la «poïësis» étant la fabrication, l'activité ; l'être humain s'auto-fabrique. Si être autonome revient à définir soi-même ses propres lois, à «s'auto-organiser», à «s'auto-produire», à «s'auto-réguler», on remarque que l'autonomie ne peut être que relative. On ne peut concevoir l'autonomie en soi et encore moins l'autonomie «totale» car l'être humain ne peut survivre en totale autarcie, de même qu'il ne peut survivre en étant intégralement défini et déterminé par un extérieur. C'est cette émergence d'autonomisation que l'accompagnement sollicite. En prétendant pour l'autre, à sa place, au nom de «bonnes intentions», ne portons-nous pas alors atteinte à son libre arbitre ? Intervenir dans sa capacité à s'auto-définir, à s'auto-produire, à se décider et à s'inventer de nouvelles possibilités, penser et agir dans son environnement, ne revient-t-il pas à nier sa liberté ? Liberté, qui est l'essence même du sujet.

Si l'accompagnement adhère à l'idée selon laquelle tout être humain est autonome par nature, c'est la responsabilité de l'accompagnant qui est en jeu. Il devient responsable même de la responsabilité d'autrui. Qu'en est-il des patients dont l'autonomie, la notion de «sujet», la projection, et donc la responsabilité, fait défaut et lui échappe ? Prendre soin, être attentif dans le soin, est-ce être suffisamment à l'écoute pour savoir ce dont la personne a réellement besoin ? A quel degré doit-on l'appuyer ou au contraire favoriser l'autonomie et l'indépendance, pour trouver à chaque prise en charge, à chaque moment, notre juste place. D'un point de vue éthique : L'accompagnant qui doute est celui qui s'efforce de conscientiser ses propres responsabilités. Le savoir-faire peut s'apprendre, le savoir-être s'acquière avec l'expérience, la personnalité et un peu d'intelligence émotionnelle.

Pendant lorsque l'on parle plus précisément d'accompagnement art-thérapeutique se pose la notion de thérapie. La thérapie est le protocole engageant à la fois le soignant et le patient, qu'il soit en difficulté physique et/ou psychique, dans un objectif de soin. Si nous avons un objectif de soin à atteindre, de fait, nous avons donc une direction, un but et un cheminement qui se dessine. Est-ce vraiment le patient qui conduit et le thérapeute qui accompagne ? Dès lors que l'on établit un protocole, la notion d'accompagnement est biaisée. Notre présence même, en temps que soignant influence l'émergence des choix de l'accompagné. Nous pouvons alors peut-être appuyer la notion d'engagement, car le patient et le soignant s'engagent, tous les deux, voire ensemble, dans un objectif de soin. Cette notion, d'être l'un avec l'autre dans l'action, peut nous amener à penser que le travail peut être commun en fonction des capacités disponibles de chacun, et elles servent dans un même but, celui du recouvrement de la santé du patient. On parle alors bien d'une «alliance», d'une alliance thérapeutique. Il peut alors s'établir une collaboration entre le patient et le thérapeute, idéalement symétrique, unissant des partenaires autour d'un même but ; être soigner et soigner. Il revient au thérapeute de veiller à cette symétrie. L'art-thérapeute pourrait alors travailler avec des personnes souffrant de maladies et/ou de handicaps, pour ensemble, trouver des moyens de «consolider» un état de fragilité, conserver une précarité acceptable, normale, afin que ces personnes ne basculent pas vers la pathologie et/ou l'exclusion.

B / 2 . Accompagner ne signifie pas réparer mais prendre soin de la personne pour l'aider à se reconstruire, et selon Jean Furtos, se compose de l'écoute et du coaching.

Accompagner, c'est surtout de l'écoute, elle nous enseigne la patience, à être réceptif, à ne pas devancer les paroles de l'autre. Attendre que les choses viennent de l'autre. L'écoute peut apporter un apaisement, un soulagement à la personne, elle demande de l'humilité. Parfois ne rien proposer est une richesse, mais difficile à vivre. Dans la rencontre et l'écoute le «tu» est premier et le «je» s'estompe. On est toujours plus présent quand on est dans l'écoute de l'autre, quand on devient un «tu» pour l'autre. Prendre soin... c'est faire attention à...

Il y a deux entités antagonistes complémentaires, il y a le fait que, lorsque l'on écoute on ne sait pas ce que l'autre va nous dire et l'on ne sait pas non plus par avance ce que l'on va lui dire, il y a un non-savoir absolu. «J'écoute l'autre et c'est l'origine d'un monde.»²⁰ Même lors

20 5eme journée national de l'écoute initié par S.O.S amitiés, dirigé par le docteur Jean Furtos, psychiatre et directeur scientifique à l'observatoire de la santé mentale et de la précarité

d'une rencontre habituelle on devrait toujours écouter quelqu'un comme si c'était la première fois qu'on l'entendait.

Selon Jean Furtos, tout accompagnement a un aspect d'écoute et de coaching. Il nous revient de faire attention à être juste dans leur proportion. Le coaching, en bonne intelligence, laisse la place au «non-savoir», où il peut prendre une place assumée, c'est à dire qu'il s'instaure un réel respect de l'autre, et un lien, d'honnêteté et de confiance. Comment marier le vrai non-savoir et le coaching ? Il semble, que c'est cela, l'art de la relation d'aide : une bienveillance et de l'humilité. Le coaching peut être perçu comme une manière d'être accompagnée pour être meilleur, pour rendre l'autre meilleur dans ce qu'il fait, plus performant. «On aide l'écoutant à mieux écouter, le sportif à être de meilleur niveau, aider les ados, les parents, les patients...»

Il y a différentes formes de coaching. Il y a les conseils du dehors avec ce que l'on souhaite nous pour l'autre, un projet qui serait plus notre propre projet que celui de l'autre. Ils ne refléteraient pas vraiment les enjeux psychiques ou physiques qui sont en jeu dans cette rencontre. Puis il y a un «conseil» ou une orientation, qui va dans le sens des dires de l'autre, et de nos observations, qui va dans son sens sans le devancer, prolonger sa pensée, qu'il ne parvient peut-être pas à exprimer ou à faire seul. Le «conseil» sera alors sûrement approprié et en lien avec l'objectif de cette rencontre.

C / Il faut tout d'abord avoir une réelle écoute de la personne, de ses difficultés et de ses souffrances pour pouvoir l'aider.

C / 1 . Etre à l'écoute c'est mieux comprendre les ressentis, les souffrances et les attentes de la personne.

Freud disait que la pire des souffrances vient de celles infligées par les autres hommes. La maladie ou la mortalité est plus souvent perçue de l'ordre du destin alors que la souffrance infligée par les autres hommes prend une autre importance, car nos paires, nos semblables sont supposés nous aider. On compte sur leur bienveillance et tel n'est pas toujours le cas. Ce lien tient depuis la construction de la confiance dès la petite enfance.

Certaines personnes, nous l'avons vu, ont peur d'être trop vivantes, il faut donc prendre le temps. Car quand on a peur de mourir, on a souvent peur de vivre, et quand la personne sera prête elle exprimera, entrera en mouvement, en relation. Vivre c'est prendre un risque le risque de perdre.

Nous parlons donc d'une écoute non directive sans jugement où la personne dit ce qu'elle souhaite à son rythme, dans un espace réel de parole.

Plus on s'attarde sur ce qu'est l'écoute plus on se rend compte que c'est quelque chose d'éminemment complexe, et notons-le, pas forcément naturel. Il y a beaucoup de postures que l'on adopte malgré nous dans une discussion, qui tendent à influencer la personne dans le cheminement qu'elle nous donne par la parole. On peut chercher à interpréter ses mots, ou entrer dans une investigation, ou même donner notre avis personnel. Sommes-nous alors réellement dans l'écoute ? Respecter le rythme de la personne, le temps de sa réflexion, peser le juste poids de ses mots, ce n'est pas être inactif. C'est faire l'effort de comprendre précisément le ressenti, la situation, les émotions de la personne. L'écoute mêle donc de façon intime une part de soi et une part de l'autre. Elle ne peut jamais vraiment être totale même si on peut en avoir l'illusion. Car une écoute se fait dans un environnement auquel nous sommes sensibles et chaque mot, chaque geste fait appel à nos expériences. On approche, on écoute une réalité insaisissable, que l'on essaie d'assimiler et auquel on essaie de donner du sens. C'est une écoute plurielle car on écoute au nom d'une équipe rassemblée autour d'une même cause, un collectif d'individus, une équipe soignante. Cette écoute se ressent dans notre individualité et dans le cadre dans lequel on reçoit la parole.

C / 2 . Etre à l'écoute c'est savoir que «l'autre c'est moi», c'est faire preuve d'empathie.

L'empathie est la capacité de comprendre précisément les sentiments d'autrui tout en conservant une distance affective par rapport à l'autre, tandis que la sympathie suppose un partage de sentiments et l'établissement de liens affectifs.

D'abord s'identifier à l'autre et ressentir sa souffrance au dedans de soi. Dans le système des «neurones miroirs», quand je vois quelqu'un qui fait un geste, dans mon cortex moteur je fais le même geste sans le faire. L'autre est en moi, même si je ne fais pas le même geste. Une même observation est faite avec la souffrance. Par exemple, quand on voit un enfant tomber celui d'à côté se met à pleurer également car, quand l'autre tombe, il tombe aussi. L'enfant est capable de faire appel à ses expériences et ses ressentis sans avoir la différenciation de son individualité. C'est en grandissant que l'on s'individualise et on oublie ces phénomènes. Cependant notre cerveau et notre psyché n'oublie jamais que l'autre c'est moi, sauf cas de maladie (sociopathe). «L'autre c'est moi, alors je perçois quand il me la montre, sa souffrance, et je la ressens. Je vais souffrir sa souffrance.»

On comprend alors que le phénomène des «neurones miroirs» ne donne pas une confusion, mais un reflet narcissique, d'être dans un prolongement de l'autre. Il y a deux mouvements dans l'empathie. En premier : où l'écouter est immergé dans la communication et dans le monde de l'autre, il est aspiré, il ne contrôle pas tout, ne comprend pas tout. Puis on va prendre du recul, faire des allers-retours dans l'écoute, car si l'on est continuellement avec lui on ne voit pas, on ne sait pas, donc il faut reprendre de la distance pour assimiler.

Jacques Ocman fait alors une intéressante distinction. Il se peut qu'il y ai une empathie sèche et une humide. L'empathie sèche serait : «je comprend la souffrance de l'autre intellectuellement. Si je me sens affecté je m'inhibe.» Cela serait une manière de comprendre intellectuellement la chose, sans être touché. Il semble que cette empathie sèche est nécessaire ; mais pour comprendre vraiment la personne on a besoin d'empathie humide, de se laisser affecter par l'autre, être «humidifié» par la souffrance de l'autre, mais ce n'est pas non plus rentrer dans la sympathie.

C / 3 . Etre à l'écoute est un engagement, un risque, et une responsabilité ; c'est prendre en soi le bon et le mauvais en gardant cette distance qui n'est utile que pour être proche.

Dans l'écoute il y a quelque chose de transversal, on parle souvent du risque et du danger de l'écoute. On peut aider par l'écoute, et l'écoute c'est aussi prendre un risque. Il faut être tout d'abord être disponible pour écouter.

Ce n'est pas toujours qu'une question formelle de demander à quelqu'un «comme ça va ? ». Souvent écouter la souffrance de l'autre est pris comme un risque de «contagion» car sa souffrance risque de me rappeler la mienne. Cela nous engage et parfois nous implique dans la difficulté rencontrée, ce n'est pas toujours un rituel social automatique. Il faut rester dans un cadre d'écoute pour ne pas être dépassé car on ne peut pas toujours tout écouter. Pourquoi la souffrance est elle si difficile à écouter ? On porte tous en nous nos souffrances passées et présentes. Et quand quelqu'un ne peut pas ou plus porter sa souffrance, c'est un peu l'écouter qui va la porter, qui va être habité un temps par la souffrance de l'autre. Cela peut aller au-delà de l'empathie, si on porte la souffrance de l'autre en soi et si on ne s'en rend pas compte, on peut en être encombré.²¹

L'écoute c'est parfois prendre en soi le mauvais, et en avoir conscience pour en prendre le recul nécessaire.

Quand quelque chose est trop fort il faut replonger en soi et à la limite moins écouter, pour se

21 5eme journée national de l'écoute initié par S.O.S amitiés, dirigé par le docteur Jean Furtos, psychiatre et directeur scientifique à l'observatoire de la santé mentale et de la précarité et Yohan Young, psychologue clinicien, à Lyon, le 13 novembre 2014.

protéger. Que se passe-t-il ici et maintenant pour que l'on se sente mal ? Qu'est-ce qui fait que l'on ne respire plus ? On doit replonger en soi sensoriellement, réflexivement. Il y a trois stades, on prend l'autre en soi tel quel, on ne le digère pas. Nous sommes au courant d'avoir l'autre tel quel en face. Puis il faut transformer ce qu'il y a en nous, pour en trouver le sens et comprendre ce qui se passe en nous, et qui devient vivant. C'est du «sens» en train de se faire, qui se différencie de nous. L'expérience montre que quand il y a ce travail en nous-même, même si nous n'en parlons pas à l'autre, cela lui permet parfois de changer, par le travail qui se fait en nous. Quand on fait le travail pour l'autre, l'autre change. Parce que un individu isolé ça n'existe pas. C'est toujours des individus en rencontre dans un temps et un espace. Le mouvement réflexif qui permet de revenir à soi dans l'écoute et notre confort dans la posture et dans la disponibilité, va nous permettre d'être plus ouvert à l'autre. Se protéger et faire attention à soi va permettre de faire vraiment attention à l'autre, une présence discrète mais stable. Il faut souvent faire confiance dans le processus intersubjectif. Un engagement et une confiance réciproques dans une relation protègent.

Conclusion

Chaque prise en charge en art-thérapie de patients victimes de troubles neurologiques dans un service de rééducation et réadaptation est un cas particulier où le protocole et les stratégies sont constamment redéfinis. En effet, l'ensemble des moyens et des méthodes constituant l'intérêt, la faisabilité et la réalisation des activités thérapeutiques auprès du patient est liées en permanence à l'évolution de l'état de santé de la personne. Les objectifs sont souvent questionnés, des bilans à l'équipe soignante sont nécessaires. Un rapide état de base doit être effectué en début de chaque séance pour actualiser aussi bien des éléments d'anamnèse, de bilan sensori-moteur, d'évolution de la maladie et de ses symptômes, des progressions en rééducation et réadaptation, des faits remarquables ayant eu lieu depuis la dernière séance, l'état psychique et moral du patient, ses capacités expressives, ses intentions esthétiques et sanitaires ainsi que celles de l'équipe.

La rééducation, réadaptation et réinsertion est une phase complexe qui survient souvent après des enjeux médicaux importants engageant le pronostic vital de la personne et qui va toucher toutes les composantes de sa qualité de vie.

Les patients sont souvent confrontés à une réelle détresse émotionnelle, dont les causes sont multiples. A peine éloignés de la peur de la mort, ils doivent, pour beaucoup faire le deuil de capacités corporelles et/ou psychiques, c'est parfois une réelle remise en question de leur identité et de leur personnalité. Leur statut social et/ou professionnel peut subir des changements radicaux. La perte d'indépendance et/ou d'autonomie modifie leur statut familial, diminue parfois toutes les composantes de l'estime de soi, et plonge certaines personnes dans une précarité et/ou fragilité alarmante.

C'est donc une phase d'entre-deux où l'on fait face subitement à des souffrances physiques, psychiques et sociales importantes. Une phase où l'on s'efforce d'accepter le trouble, où l'on se bat pour rééduquer et retrouver au maximum ses capacités antérieures à l'accident, à son ancienne qualité de vie, où l'on doit se réadapter à son environnement et accepter de réapprendre des gestes, des postures, l'utilisation d'outils, avoir un nouveau regard sur les gestes du quotidien, etc. Cette phase est plus ou moins longue suivant les pathologies et les personnes, jusqu'à ce qu'elles soient à nouveau en accord avec leur corps, et qu'elles soient dans la capacité de reprendre leur existence suivant un certain niveau d'indépendance, d'autonomie et une certaine qualité de vie. C'est une phase d'accompagnement de la personne dans tous ses aspects, pour lui permettre de se reconstruire après un accident ou dans l'évolution d'une maladie. Et c'est parce que la rééducation, malgré les normes et les statistiques ; est propre à chaque patient, que l'on progresse au maximum sans savoir jusqu'où l'on pourra aller dans le recouvrement des capacités. La réadaptation suit ces avancées à chaque étapes de l'évolution, qu'elles soient positives ou non. Elle essaie de pallier aux incapacités de la personne en adaptant son environnement et ses gestes, à ses capacités actuelles.

La phase de rééducation et réadaptation est la transition d'un instant vers un après. En se tournant vers l'avenir elle prépare le patient à retrouver un quotidien selon une qualité de vie préservée du mieux possible. Néanmoins cette sortie de l'institution n'est pas envisagée par tous de la même façon, selon les besoins qu'ils auront et les moyens dont ils disposeront pour pallier aux handicaps que créent leurs incapacités. Les aides matérielles et humaines pour aménager le domicile des patients sont parfois inexistantes et les aides à domiciles insuffisantes. Les places en EHPAD ou établissements médicalisés sont onéreuses et peu nombreuses. La famille doit

souvent beaucoup s'investir pour accueillir et soigner leurs parents ce qui n'est pas à la portée de tous. Beaucoup de paramètres rentrent en compte pour définir si une personne est apte à subvenir à ses besoins et quitter la clinique. Certains patients, faute de place en institutions ou de moyens matériels et sociaux restent dans ce service dans l'attente de solutions.

Les centres de rééducation et réadaptation sont des lieux qui placent l'être humain et la dimension de soin au cœur de leur questionnement. Les équipes pluridisciplinaires de soins offrent un accompagnement attentif. Elles écoutent, comprennent et apprennent avec le patient, ses sensations, sa perception et son ressenti du monde et de lui-même, et ses intentions. Cet accompagnement aide la personne en souffrance à redonner du sens à sa vie et dans un processus de résilience, peut-être, faire que ses pénalités n'en soient plus. En tant que soignant nous ne faisons qu'aider la personne en nous questionnant sur les bases essentielles du fonctionnement humain, considéré dans toute ses dimensions et ses potentiels positifs. Malgré toutes nos approches, l'être humain pénalisé est le seul à vivre sa situation, à en ressentir les effets et les impacts sur sa vie.

C'est dans le partage de ces valeurs et dans l'implication essentielle des ressentis dans la perception de la personne de sa qualité de vie, que l'art-thérapie trouve sa place. L'Art est une forme d'expression particulière orientée vers l'esthétique. Il s'adresse à nos sensations, nos ressentis, nos représentés puis à nos intentions, notre engagement, nos gestes, dans un phénomène d'impression et d'expression. Chacune de ces impressions et expressions sont perçues par notre corps, qu'elle soit positive ou négative, elle laisse une trace, une saveur, qui vient enrichir d'expériences personnelles chacun d'entre nous. L'art-thérapie peut alors offrir de nouvelles expériences sensorielles positives qui font parfois défaut à la personne en souffrance. En renforçant les gratifications sensorielles positives et en s'appuyant sur les parties saines d'un corps souvent mis à mal, la personne peut retrouver du plaisir à être, une saveur existentielle ; l'envie de pérenniser cette sensation, l'envie d'aller mieux et parfois même l'envie de se soigner. Car l'Amour de soi, selon Andre et Lelord , c'est «(...)s'aimer de manière inconditionnelle, malgré tous ses défauts, ses limites, ses erreurs, simplement parce que l'on est, en tant qu'être vivant, digne d'amour et de respect.» On peut y voir une forme de bienveillance envers soi et envers les autres. Cet être humain va pouvoir affirmer sa nature puis son statut de «sujet» en accordant son identité et sa personnalité. En retrouvant de la confiance en soi, par le renforcement dans l'action, de sensations positives, la personne retrouve sa capacité à se projeter dans l'avenir, à construire un projet de vie. C'est notamment dans cette démarche de revalorisation de l'estime de soi que l'art-thérapie tente de rééduquer la qualité de vie de la personne en souffrance.

Ce mémoire tente de retranscrire une intégration de l'art-thérapie au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soins et l'appui que cette discipline offre dans la complémentarité des ressources nécessaires dans l'intérêt commun, d'une meilleure prise en charge possible des patients.

En effet, l'art-thérapie, en plus de mener la personne vers une qualité de vie, semble pouvoir améliorer, maintenir et consolider la santé de patients qui sont sujets à la fragilité et la précarité, afin qu'ils ne sombrent pas dans la pathologie.

Au cœur de cette phase transitoire de rééducation, réadaptation et réinsertion, il semble important de mettre tout en œuvre dans l'épanouissement de l'être humain durant ses instants particuliers de fragilité.

Liste des tableaux, schémas et graphiques

Schémas

- Schéma 1** : Schéma de l'opération artistiquep45
Schéma 2 : Schéma des trajectoires de l'exclusion sociale selon la clinique
de Jean Furtos.....p99

Graphiques

- Graphique 1** : Bilan de l'évolution des trois composantes de l'estime de soi au cours de
la prise en charge de Amir.....p82
Graphique 2 : Vision globale de l'évolution de l'estime de soi de Amir durant sa prise
en charge.....p83
Graphique 3 : Bilan de l'évolution des trois composantes de l'estime de soi au cours des deux
cycle de prise en charge de Léa.....p84
Graphique 4 : Bilan de l'évolution des trois composantes de l'estime de soi au cours des
différents cycle d'art-thérapie de Camille. Moyenne effectuées en début et fin de chaque
cycle pour mettre en évidence l'amélioration de l'estime de soi malgré l'avancée des
symptômes et en parallèle de ceux-ci.p85

Illustrations

- Le passe trappe* réalisé par Amir montre le soin esthétique dont il a fait preuve
au cours de peu de séances, afin qu'il plaise non seulement à lui-même mais
aussi à sa fille.....p63
La couleur s'invite chez vous réalisée par Camille montre son attachement aux
couleurs vives.....p67
La couleur des saisons réalisée par Léa montre sa difficulté à appréhender l'espace et
sa volonté d'allier abstraction et figuration.....p68
Les hortensias réalisés par Léa montre son envie de figuration et son évolution dans son
rapport à l'espace et sa dextérité.....p69
Le sapin de Noël réalisé par Léa montre l'équilibre qu'elle a trouvé entre le figuratif
et l'abstrait, dans la mise en avant des couleurs par rapport à la forme.....p71
Gourmandise réalisé par Camille montre son goût pour les motifs, et son habileté à
composer l'espace avec différentes formes, couleurs et matériaux.....p73
« sans nom 1 » buste en argile réalisé par Camille qui montre son souci du détail, la
créativité, et l'adaptation des matériaux.....p77
« sans nom 2 » réalisé par Camille montre son retour vers plaisir simple de
compositions de couleurs.....p80

«Bibliographie»

Evènement :

5eme journée national de l'écoute initié par S.O.S amitiés, dirigé par le docteur Jean Furtos, psychiatre et directeur scientifique à l'observatoire de la santé mentale et de la précarité et Yohan Young, psychologue clinicien, à Lyon, le 13 novembre 2014.

Sites web consultés (Novembre/décembre2014) :

<http://leadserv.u-bourgogne.fr/ebramus/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521264/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3944420/>

Moteur de recherche développé par le National Center for Biotechnology Information (NCBI), hébergé par la Bibliothèque nationale de médecine américaine :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

J.Piaget Sagesse et illusions de la philosophie?

<http://www.neurochirurgie.fr/spip.php?article201>

http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=GS_109_0015

CHAVARRO U U., Renaître après l'accident, Les soins et la rééducation, gestion morale et psychologique. [en ligne]. Handimarseille. Disponible sur le World Wide Web : « <http://handimarseille.fr> »

Livres consultés :

- ANDRE C. et LELORD F., *L'estime de soi*, Odile Jacob, nouvelle édition 2008.
- ASKEVIS-LEHERPEUX Françoise, BARUCH Clarisse, CARTRON Annick, *La psychologie*, col.Repères Pratiques, ed.Nathan, Paris, 2009.
- BAUMGARTEN A., *Esthétique*, L'herme, 1988
- BRIGANT. E. *L'âge d'or des sciences cognitives de la musique*, 2012.
- CASON.N et al., *Rhythmic priming enhances speech production abilities: evidence from prelingually deaf children*, in *Neuropsychology*, 2014.
- CHARRON Camilo, DUMET Nathalie, Guéguen Nicolas, LIEURY Alain, RUSINEK Stéphane, *La psychologie de A à Z*, ed. Dunod, Paris, 2007.
- CHRISTOPHER Joseph, *Anatomie, Livre illustré avec les dessin originaux du Gray's anatomie*, Guy Trédaniel éditeur, Paris, 2006.
- COLOMBAT P., LARSONNEUR E., BOMER A., L'intérêt de l'art-thérapie en oncologie et hématologie et son évaluation. In FORESTIER R., *L'évaluation en art-thérapie*, actes du congrès international, Elsevier, 2007
- DAMASIO A. R. 1999. *Le sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob.
- DE BROCA Alain, *Deuil et endeuillés*, ed. MASSON, 4eme édition, collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 2010.

- DESCARTES. R., 1990, Méditations métaphysiques, Librairie Générale Française.
- DE VINCI, *Les carnets de Léonard de Vinci*, tome 1 et 2, trad. de Louise Servicen, note d'Edward MacCurdy, préface de Paul Valéry, ed. Gallimard, 1987.
- EUSTACHE, F. *Le paradoxe de l'identité singulière et plurielle : un paradigme inédit et un défi nouveau pour la neuropsychologie*. revue de neuropsychologie, 4, 9-23. 2012.
- FORESTIER R., L'évaluation en art-thérapie, pratiques internationales, actes du congrès international d'art-thérapie, Elsevier, 2007
- FORESTIER Richard, *Profession art-thérapeute*, ed. Elsevier Masson, Barcelone, 2010.
- FORESTIER Richard, *REGARD SUR L'ART, Approche épistémologique de l'activité artistique*, ed See You Soon On The Moon.
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Favre, 2011.
- FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, ed. Fabre, 7e édition, Lausanne, 1999-2012.
- FRANCOIS et al., Music training for the development of speech segmentation, in *Cerebral Cortex*, vol. 9, pp. 2038-2043, 2013.
- HEGEL, *L'introduction à l'esthétique*, de 1979, Paris, ed. Flammarion, traduit par S.Jankélévitch à partir de l'édition allemande, Berlin, Duncker & Humblot, 1835.
- INSERM, *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Expertise collective. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2004.
- KANT E., *Critique de la faculté de juger*, Flammarion, 1981
- KINUGAWA.K et ROZE.E, *Neurologie, mémo stage infirmier*, ed ELSEVIER MASSON 2eme édition, juillet 2011. p118 à 125
- KLEIN Jean-Pierre, *L'art-thérapie*, col. Que sais-je, ed. Presse Universitaire de France, 2010.
- KÜBLER-ROSS E., *Sur le chagrin et le deuil*, Pocket, 2005
- LEFEVRE C., *Evaluation de l'impact de l'Art-thérapie à dominante arts plastiques sur l'estime de soi auprès de personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale*. Mémoire de fin d'études du diplôme Universitaire d'Art-thérapie, Faculté de Médecine de Grenoble, 2011
- LESNIEWSKA Henryka Katia, *ALZHEIMER Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*, ed. L'Harmattan, Paris, 2003.
- MASLOW.A, *A Theory of Human Motivation* de 1943.
- PATEL.A, *Can non linguistic musical training change the way the brain processes speech? The expanded OPERA hypothesis*, in *Hear Res.*, vol. 308, pp. 98-108, 2013.
- PLATEL Hervé et THOMAS-ANTERION Catherine, *Neuropsychologie et Art*, ed. De Boeck-Solal, collection Neuropsychologie, Paris, janvier 2014.
- PHAIDON en collaboration avec BARNES Rachel, COOMER Martin, FREEDMAN Carl, GODFREY Tony, GRANT Simon, LARNER Melissa, MORLEY Simon et WILLIAMS Gilda, *Le Musée de l'art du XXe siècle*, ed Phaidon Press Limited, Paris, 2008.
- PREVERT Jaques, *Paroles*, col. Folio, ed. Gallimard, Saint-Amand (France), 1972.
- REBOUL C., *Une expérience d'art-thérapie en unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs*. Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'art-thérapie, Université de Grenoble, AFRATAPEM, 2011
- SABBAH Laurent, *Mémo infirmier, Défaillances organiques et processus dégénératifs, avec L.Bensoussan, AChaïb, G.Gridel, K.Kinugawa, V.Mink, B.Planquette, M.Rouprêt, M.A.Rousseau, E.Roze, L.Sabbah, D.Simon, A.Soria*, ed. ELSEVIER MASSON , 2eme édition, Paris, 2011.
- SABBAH Laurent, *Mémo infirmier, Défaillances organiques et processus dégénératifs, avec la participation de Bensoussan, Chaïb, Gridel, Kinugawa, Mink, Planquette, Rouprêt, Rousseau, Roze, Simon, Soria*, ed. ELSEVIER MASSON, Paris, 2012.
- SABBAH Laurent, *Mémo infirmier, Processus psychopathologiques*, avec la participation de Lim-Sabbah, ed. ELSEVIER MASSON, Paris, 2014.
- SABBAH Laurent, *Mémo infirmier, Processus tumoraux*, participation de Jérôme Alexandre praticien hospitalier universitaire, ed. ELSEVIER MASSON , 2eme édition,

Paris, 2012.

- SABBAH Laurent, *Mémo stage infirmier, Neurologie*, participation de K.Kinugawa et E.Roze, ed. ELSEVIER MASSON, 11eme édition, Paris, 2011.
- SACKS Olivier, *l'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Edition du Seuil, 1988.
- SARKAMO, T., TERVANIEMI, M., LAITINEN, S., FORSBLOM, SOINILA, MIKKONEN & HIETANEN, 2008, *Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke*. Brain, 131, 866-876.
- SIGMUND Freud, *Deuil et mélancolie*, ed. Petite Bibliothèque Payot, traduit en français par Aline Weill, 2011.
- SUDRES Jean-Luc, LAHARIE Muriel et DE LA FOURNIERE François, *La personne âgée en art-thérapie*, ed. L'Harmattan, Paris, 2004.
- TILLMANN.B et al., *La musique au secours du langage : De l'étude des corrélats neuronaux vers des perspectives de réhabilitation*, in *Neuropsychologie et art*, Eds. H. Platel & C.Thomas-Antérion, Collection Neuropsychologie. De Boeck-Solal, 2013.
- TILLMANN.B, *Music and language perception : Expectations, structural integration and cognitive sequencing*. Topics – Topics, in *Cognitive Sciences*, vol. 4, pp. 568-584, 2012.
- VERNY Marc, MERCIER Bertrand, SANSON Marc, DOBIGNY-ROMAN Nathalie, sous la direction de PERLEMUTER Léon, QUEVAUVILLIERS Jaques, PERLEMUTER Gabriel, AMAR Béatrice, AUBERT Lucien et PITARD Laurence, *NOUVEAUX CAHIER DE L'INFIRMIERE 18 Neurologie soin infirmiers*, ed. Masson, Paris, 1996-2000-2002-2005.
- VIGUE Jordi, *Dictionnaire d'anatomie et pathologie*, Edition Désiris, 2006.
- WINNICOTT D.W. 1971. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard

Annexes

Fiche d'observation

Information générale

Nom / Prénom :

HDJ :	Interne :	Chambre :
Date :	Heure :	

Météo :

Humeur de l'Art-thérapeute :

Personne Indicatrice :

OG	
OI	
Cible (s)	

Quelles sont les ressources du patient aujourd'hui ?

Comment allez-vous ?	
Élément d'anamnèse nouveau	
Élément remarquable	
Visite (s)	

Bilan

Sensorimoteur	Incapacité / Handicap :
Psychique et sociale	
Rapport à l'espace	
Rapport au temps	
Mémoire	

Sommeil	1 - Insomnie avec conséquence sur les phases d'éveils 2 - Réveil avec agitation motrice 3 - Réveil fréquent 4 - Difficulté d'endormissement 5 - Sommeil convenable Remarque :
Plainte par rapport à ses maux	1 - Nombreuses / permanentes 2 - Souvent (plus de 5 fois) 3 - Quelques (3 à 5 fois) 4 - Rares (1ou 2 fois) 5- Aucune Remarque :

Douleur	1 - Insoutenable 2 - Permanente et sourde / empêchant toute activité et/ou concentration 3 - Persistante et gênante au quotidien 4 - Occasionnelle / principalement à l'effort 5 - Absence de douleur Remarque :
---------	---

Relation :

Aux soignants	
Aux patients	
Aux proches	

Intention du patient

Sanitaire	
Esthétique	

P.A.S

Séance

Dominante	
Phénomène associé	

Méthode	Situation Jeu Exercice	Directif Dirigé Semi-dirigé Ouvert	Didactique Occupationnel Révélateur Thérapeutique
---------	------------------------------	---	--

Descriptif de la séance

Bon : Amour de soi

Expression du visage et des yeux	1 - Soucieux / crispé(s) /sourcils froncés 2 - Abattu / absent / figé 3 - Neutre / sans particularité expressive 4 - Apaisé / détendu 5 - Souriant / chaleureux / détendu Remarque :
Expression dans l'intonation de la voix	1 - Acrimonieuse 2 - Neutre / Monotone 3 - Quelques expressions dans l'intonation 4 - l'intonation varie souvent 5 - Intonation dynamique et appropriée Remarque :
Sourire	1 - Aucun 2 - Rare (1 ou 2 non dirigés) 3 - Quelques (3 ou 4 non dirigés) 4 - Souvent (5 et plus, et/ou dirigés) 5 - Nombreux (dirigés) Remarque :
Captation du regard	1 - Ne regarde jamais dans les yeux 2 - Regarde rarement dans les yeux (au moins une fois) 3 - Regarde quelques fois dans les yeux (2 ou 3 fois) 4 - Regarde souvent dans les yeux (4 et plus) 5 - Soutient le regard dans les discussions Remarque :
Engagement relationnel	1 - Repli / retrait / refus 2 - Difficile / las / forcé / réticent 3 - Poli / modéré / courtois 4 - Ouvert / sensible / confiant 5 - Spontané / dynamique / chaleureux Remarque :
Expression corporelle	1 - Stress / douleur / crispation / repli / souffrance physique et/ou psychique 2 - Agitation/ inconfort/ trépignement / respiration rapide /tension 3 - Calme / posé 4 - Détendu / disponible / respiration lente / réactif 5 - Dynamique / ouvert / gestes amples / apaisé Remarque :
Fatigabilité	1 - Exténué 2 - Affaibli / fatigué 3 - Un peu las 4 - En forme 5 - Dynamique Remarque :
Concentration	1 - Aucune perçue 2 - Perturbée / intermittente 3 - Modérée / quelques minutes 4 - Bonne / stable 5 - Intense / constante Remarque :
Durée de la séance	1 - Moins de 15 min 2 - 15 à 30 min 3 - 30 à 45 min 4 - 45 min à 1 heure 5 - Plus d'une heure Remarque :

Bien : Confiance en soi

Projection dans les séances	<p>1 - Absence de projet même sous sollicitation 2 - Un projet de séance sous sollicitation 3 - Sous sollicitation exprime des projets pour les séances à venir 4 - Spontanément, exprime son projet 5 - Spontanément, exprime ses projets à venir (voir extérieur à l'atelier) Remarque :</p>
Expression de confiance en soi	<p>1 - « Je ne vais pas y arriver. » 2 - « C'est trop compliquer / trop dur. » 3 - « C'est difficile, mais je vais essayer. » 4 - « Je vais peut-être y arriver. » 5 - « Je vais le faire ! » Remarque :</p>
Prise d'initiative	<p>1 - Aucune 2 - Rarement (1 ou 2) 3 - Quelques fois (3 ou 4) 4 - Souvent (plus de 5) 5 - Systématiquement Méthode de la séance à prendre en compte Remarque :</p>
Adaptation des gestes et réflexion	<p>1 - S'arrête devant une difficulté / se décourage 2 - Demande de l'aide immédiatement 3 - Essai de trouver une solution, avec sollicitation 4 - Essai de trouver seul une solution 5 - Trouve les solutions pour s'adapter Remarque :</p>
Dextérité	<p>1 - Grossière 2 - Maladroite 3 - Normale 4 - Bonne 5 - Fine Remarque :</p>
Implication et engagement dans la production	<p>1 - Précipitation / production bâclée 2 - Approximation / manque de rigueur ou de conviction 3 - Fait le nécessaire mais ne donne pas de détails 4 - Prend son temps, soigne ses gestes 5 - Meticuleux Remarque :</p>
Créativité et imagination	<p>1 - Recherche de mimésisme 2 - Accepte que la production ne soit pas identique au modèle 3 - S'appuie sur un modèle mais s'en dégage 4 - Imagine et s'éloigne des modèles 5 - Heuristique principalement</p>
Utilisation des temps	<p>1 - Le passé domine 2 - Surtout du passé mais aussi du présent 3 - Principalement du présent 4 - Surtout du présent mais aussi du futur 5 - Beaucoup de futur Remarque :</p>
Auto-évaluation	<p>1 - Dévalorisation 2 - Indifférence 3 - Satisfaction modérée 4 - Auto-satisfaction 5 - Fierté Remarque :</p>

Beau : Affirmation de soi

Format choisi	<p>1 - Inférieur ou égal au 10x15 cm / tient dans la main 2 - Inférieur ou égal au A4 / se pose sur une table 3 - Inférieur ou égal au A3 / forte amplitude de mouvement 4 - Inférieur ou égal au format Raisin / Engage le corps 5 - Personnalisé /adaptation selon les mouvements et l'intention Remarque :</p>
Superficie exploité	<p>1 - 1/4 du support 2 - 1/2 du support 3 - 3/4 du support 4 - Tout le support 5 - Se permet de dépasser le cadre ou de changer de médium Remarque :</p>
Exprime ses goûts	<p>1 - Jamais 2 - Rarement (1 ou 2 fois avec recherche d'approbation) 3 - Quelques fois (avec ou sans recherche d'approbation) 4 - Souvent (supérieur à 6 fois sans recherche d'approbation) 5 - Fréquemment (sans recherche d'approbation) Remarque :</p>
Fait des choix	<p>1 - Aucun 2 - Essaie mais n'y parvient pas (recherche d'approbation) 3 - Hésitant (environ 3 ou 4 avec recherche d'approbation) 4 - Quelques choix (plus de 5) 5 - Autonome Remarque :</p>
Expression des émotions et/ou des souffrances Verbales et /ou Non-Verbales	<p>1 - Non perçue 2 - Très peu d'expressions 3 - Les exprime peu, avec beaucoup de gêne et/ou de retenue 4 - Les exprime mais avec quelques difficultés 5 - S'exprime ouvertement sur son ressenti et ses souffrances Remarque :</p>
Expression de ses intentions	<p>1 - Non perçue 2 - Peu d'intention, avec prédominance Art I 3 - Un peu d'intention avec équilibre Art I et Art II 4 - Intention avec prédominance Art II 5 - Intention forte avec équilibre Art I et Art II Remarque :</p>
Soin apporté à son apparence et/ou son hygiène	<p>1 - Beaucoup de laisser-aller dans la présentation générale 2 - Une hygiène sans effort de présentation 3 - Un minimum de soin dans la tenue ou la coiffure 4 - Un effort de présentation et de soin 5 - Soin particulier sur son apparence, jusqu'à être coquet (e) Remarque :</p>
Esprit critique sur son environnement et /ou sa situation	<p>1 - N'en exprime rien 2 - Exprime un intérêt, questionne 3 - Critiques négatives permanentes 4 - Émet de temps en temps son opinion sans position excessivement manichéenne 5 - Critique de manière autonome son environnement Remarque :</p>
Devenir de la production	<p>1 - Jetée / détruite 2 - Oubliée 3 - Emportée 4 - Confiée à l'art-thérapeute 5 - Exposée et/ou offerte Remarque :</p>

AFRATAPEM
Association Française de
Recherches et Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et
Médecine.

Laurine Munoz
Année 2015

«Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques et musique auprès de personnes atteintes de troubles neurologiques au sein d'une structure de rééducation, soins de suite et gériatrie.»

«Art Therapy experiment mainly the plastic arts and music with people presenting neurological disorders in a rehabilitation, subacute care and geriatrics structure.»

Les personnes atteintes de troubles neurologiques, qu'ils soient conséquences d'un accident ou d'une maladie, peuvent se voir confrontées à de multiples pénalités et souffrances aussi bien physiques, psychiques que sociales. Ces pénalités vont avoir de lourdes conséquences sur leur santé et notamment sur leur qualité de vie. Elles vont entraver leurs rapports au monde et à eux-mêmes en affaiblissant l'estime de soi, et les capacités d'expression, de communication et de relation.

La phase de rééducation, réadaptation et réinsertion représente un passage complexe vers la reconstruction du patient, qui engage un retour progressif vers l'indépendance et l'autonomie nécessaire à sa bonne santé. Des phases durant lesquelles les personnes sont partagées entre un processus de deuil, un combat pour retrouver le maximum de leurs capacités et l'espoir de se réadapter à leur nouvelle condition.

C'est dans ce contexte de soin que l'art-thérapie a été intégrée dans l'équipe pluridisciplinaire de la clinique Iris de Saint Priest. L'art-thérapie exploite le potentiel de l'Art dans une visée thérapeutique et humanitaire. Avec des moyens et des méthodes qui lui sont propres, cette discipline utilise de manière structurée et objective le pouvoir d'entraînement de l'Art pour permettre aux patients de redevenir «acteurs» de leur vie. Elle s'appuie sur les parties saines des patients pour améliorer les points qui les pénalisent. Elle accompagne les personnes dans un processus de revalorisation de l'estime de soi, de renforcement de leur autonomie et de leur indépendance, de restauration de leur statut de «sujet», afin qu'ils puissent redonner du sens à leur existence et retrouver une certaine qualité de vie. Par l'étude de plusieurs cas, nous discuterons de l'impact de l'art-thérapie auprès de patients atteints de troubles neurologiques et de sa place dans une équipe pluridisciplinaire en centre de rééducation et de réadaptation.

Mots clefs : art-thérapie, troubles neurologiques, deuil, pénalités, fragilité, précarité, qualité de vie, estime de soi, rééducation, réadaptation, indépendance, autonomie, Art, expression, communication, arts plastiques, musique.

People with neurological disorders, arising from an accident or illness, can be faced with physical, psychological and social penalties and suffering. These penalties will lead to serious consequences on their health and in particular on their quality of life. They will hinder their relation to the world and to themselves by weakening self-esteem, expressive, communication and social connections.

Reeducation and rehabilitation phases are a complex transition to the patient's reconstruction, which involves a gradual return to the necessary independence and autonomy for good health. During this transition, people are divided between proceed to mourning, fight to recover full capacity and hope to readjust to their new conditions.

In this context of care, art therapy was integrated into the multidisciplinary team of Saint Priest Iris Clinic. Art therapy operates the potential of art in a therapeutic and humanitarian purpose. With its own means and methods, this discipline uses objectively and in a structured manner the Art training to allow patients to become again actor of their own lives. It is based on the healthy parts of the patient to enhance the points that penalize them. It supports people in upgrading self-esteem, in restoring their autonomy, their independence and their status as «subject» in order to give meaning to their existence and to recover quality of life. Through the study of several cases, we will discuss the impact of art therapy in patients with neurological disorders and its place in a multidisciplinary team in re-education and rehabilitation center.

Key Word : Art therapy, neurological disorders, loss, penalties, fragility, precarious, quality of life, self-esteem, reeducation, rehabilitation, independence, autonomy, Art, expression, communication, plastic arts, music.