

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
&
AFRATAPEM

Association Française de **R**echerche et **A**pplications des **T**echniques **A**rtistiques
en **P**édagogie et **M**édecine.

Un atelier d'art-thérapie à dominantes danse, musique et arts plastiques auprès d'une adulte polyhandicapée

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

Présenté par Sophie Caba

Année 2009

Lieu de stage :
Maison d'Accueil Spécialisée, la Devinière
45800 St Jean de Braye

Sous la direction de:
Isabelle Marié-Bailly
Médecin phoniatre au CHR d'Orléans
Directrice de formation Musicothérapie Expressions 45

Référent universitaire :
Richard Forestier
Professeur à l'Université Européenne du Travail
Directeur de formation au D. U d'Art thérapie de Tours et de Poitiers

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
&
AFRATAPEM

Association Française de **R**echerche et **A**pplications des **T**echniques Artistiques
en **P**édagogie et **M**édecine.

Un atelier d'art-thérapie à dominantes danse, musique et arts plastiques auprès d'une adulte polyhandicapée

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

Présenté par Sophie Caba

Année 2009

Lieu de stage :
Maison d'Accueil Spécialisée, la Devinière
45800 St Jean de Braye

Sous la direction de:
Isabelle Marié-Bailly
Médecin phoniatre au CHR d'Orléans
Directrice de formation Musicothérapie Expressions 45

Référent universitaire :
Richard Forestier
Professeur à l'Université Européenne du Travail
Directeur de formation au D. U d'Art thérapie de Tours et de Poitiers

Plan.....	4
Remerciements.....	11
Glossaire.....	12
Introduction.....	13
Conclusion.....	121
Bibliographie.....	122
Table des annexes.....	124

Plan

1^{ère} partie : L'utilisation de plusieurs dominantes artistiques permet de mieux appréhender les effets de l'art-thérapie auprès des personnes polyhandicapées.

A- La personne polyhandicapée est pénalisée dans sa qualité de vie.....	14
<u>1- Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples.....</u>	14
1.1) Le polyhandicap est défini, décrit et certaines causes expliquées par un concept.....	14
1.1.1) Une définition légale est proposée.....	
1.1.2) Une description aborde diverses pathologies et problématiques.....	
1.1.3) Les causes du polyhandicap sont multifactorielles et nécessaires à rechercher.....	
1.1.4) Diagnostiquer le handicap nécessite de connaître les stades de développement normal du nourrisson.....	
1.1.5) Le diagnostic et l'annonce du handicap incluent totalement la prise en charge de la famille.....	
1.1.6) Malgré la complexité de la pathologie, des soins sont proposés.....	
1.2) Les perturbations physiques et psychiques se traduisent et se lisent dans le corps.....	20
1.2.1) Le corps est l'élément visible qui nous permet d'exister.....	
1.2.2) Le corps est déformé par le polyhandicap.....	
1.2.3) Le corps est destitué de ses fonctions et de ses capacités.....	
1.2.4) Sa perception s'en trouve modifiée ou erronée, d'où la nécessité d'une adaptation.....	
1.3) Ces perturbations représentent des obstacles au bien-être des personnes atteintes.....	24
1.3.1) Une atteinte physique et psychique est un obstacle pour aller vers l'autre.....	
1.3.2) La communication et la relation aux autres sont limitées.....	
1.3.1) L'interaction entre le monde intérieur et extérieur de la personne Polyhandicapée est pénalisée.....	
<u>2- La qualité de vie des personnes polyhandicapées est donc atteinte dans son intégrité.....</u>	25
2.1) La bonne santé et le bien-être déterminent la qualité de vie.....	25
2.1.1) La bonne santé est définie par l'OMS.....	
2.1.2) Le bien-être se définit comme harmonieux.....	
2.1.3) La complémentarité de ces deux fondamentaux définit la qualité de vie.....	
2.2) L'équilibre des éléments psychique, physique et social amène à une qualité de vie.....	26
2.2.1) Les fonctions psychiques et physiques sont indissociables.....	
2.2.2) La vie sociale résulte d'un bon fonctionnement psychique et physique.....	
2.2.3) Le polyhandicap engendre un déséquilibre psychique, physique et social.....	

2.3) L'atteinte simultanée de ces trois domaines nuit à la qualité de vie de la personne	27
2.3.1) Le polyhandicap altère l'autonomie psychique.....	
2.3.2) L'autonomie physique est limitée voire absente.....	
2.3.3) Le handicap physique et psychique retentit sur l'autonomie sociale.....	
3- La saveur existentielle perd alors de sa qualité	28
3.1) La confiance en soi est diminuée	28
3.1.1) Etre assuré de ses capacités physiques et intellectuelles.....	
3.1.2) La confiance en soi permet d'aller vers l'autre.....	
3.1.3) Le polyhandicap freine ce processus.....	
3.2) Il en résulte une atteinte de l'estime de soi	29
3.2.1) L'estime de soi est la valeur que nous nous attribuons.....	
3.2.2) L'estime de soi est proche de l'amour de soi.....	
3.2.3) Elle permet de développer ses capacités relationnelles.....	
3.3) L'affirmation de soi est rendue difficile	30
3.3.1) La confiance et l'estime de soi renforcent nos capacités d'affirmation de soi.....	
3.3.2) L'affirmation de soi passe par l'expression de sa personnalité.....	
3.3.3) Cette capacité est freinée par le polyhandicap.....	

B- l'Art et les pratiques artistiques peuvent favoriser l'épanouissement

de la personne atteinte de polyhandicap.....31

1- l'Art est défini de manière littérale et contextuelle.....31

1.1) Les définitions proposées :	31
1.1.1) Le terme Art est défini de manière littérale.....	
1.1.2) La définition de l'Art est aussi contextuelle.....	31
1.2) L'Art existe depuis que l'être humain existe.....	
1.2.1) L'être humain utilise l'Art depuis longtemps.....	
1.2.2) L'attitude humaine face à l'Art est un des reflets de la société.....	
1.2.3) L'Art a ses limites.....	
1.3) L'Art et la médecine sont étroitement liés.....	34
1.3.1) L'Art est associé aux soins.....	
1.3.2) L'Art fait évoluer la médecine.....	
1.4) Les mécanismes humains impliqués par et dans l'Art.....	35
1.4.1) Les mécanismes liés à l'impression.....	
1.4.2) les mécanismes liés à l'expression.....	
1.4.3) L'art implique et exploite ces deux phénomènes.....	

2- L'Art favorise l'expression qui est un besoin humain fondamental......37

2.1) Par sa nature, l'être humain est social.....	37
2.1.1) En tant qu'individu, l'être humain s'inscrit dans un groupe.....	
2.1.2) Cependant, l'individu peut ne pas être sociable.....	
2.1.3) Ces deux modalités n'influent pas sur le caractère fondamental de l'expression humaine.....	
2.2) L'Art est un moyen qui privilégie l'expression tendant vers une communication et vers une relation.....	38
2.2.1) L'expression peut être à visée communicante.....	
2.2.2) L'expression peut être à visée esthétique.....	

2.2.3) L'expression peut tendre vers une relation.....	
2.3) L'être humain peut bénéficier des effets stimulants de l'Art.....	39
2.3.1) L'Art a un pouvoir relationnel.....	
2.3.2) L'Art a un pouvoir d'entraînement.....	
2.3.3) D'autres pouvoirs expressifs sont exploitables.....	

3- L'exploitation de pratiques artistiques peut favoriser le bien-être des personnes polyhandicapées

3.1) tris pratiques choisies constituent une dominante artistique particulière.....	41
3.1.1) La danse est un art d'expression corporelle.....	41
3.1.2) La musique est un art qui privilégie la dominante auditive et vibratoire.....	
3.1.3) La caractéristique des arts plastiques est à dominante visuelle.....	
3.2) La pluridisciplinarité artistique est une réponse pertinente aux limites d'expression posées par le polyhandicap.....	46
3.2.1) La notion de polyhandicap reflète un rapport particulier au corps, à l'espace et au temps.....	
3.2.2) Cependant, chacune de ces pratiques artistiques présentent un intérêt pour les personnes atteintes de polyhandicap.....	
3.2.3) La pluridisciplinarité artistique multiplie les contextes de rayonnement et augmente l'exploitation de mécanismes opérationnels.....	

3.3) Les notions liées à l'esthétique influent sur le sentiment de bien être

 48

3.3.1) l'esthétique devient processeur de gratifications psychiques et corporelles.....	
3.3.2) Les capacités esthétiques deviennent un potentiel.....	
3.3.3) les phénomènes issus de l'utilisation de ces pratiques artistiques engendrent plaisir et bien-être.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

C- L'art- thérapie peut améliorer la qualité de vie des personnes poly handicapées

50

1- Des domaines de compétences définissent l'art- thérapie

50

1.1) L'art- thérapie est un métier à part entière

1.1.1) L'art- thérapie a une finalité thérapeutique et humanitaire

1.1.2) L'art- thérapeute est un professionnel

1.1.3) L'art- thérapeute s'inscrit dans un travail d'équipe

1.2) L'art- thérapie a pour but de revigorer ou de restaurer la qualité existentielle des personnes

52

1.2.1) La qualité existentielle fait partie de la qualité de vie de la personne

1.2.2) Or, l'art- thérapie peut aider les personnes à mieux vivre avec les conditions et les problèmes engendrés par leur polyhandicap

.....
.....
.....
.....
1.2.3) Si la qualité existentielle est restaurée, il faut qu'elle soit entretenue

1.3) Le protocole thérapeutique assure le cadre de la prise en charge

1.3.1) Le protocole thérapeutique définit et organise les modalités de la prise
en charge

54

.....
.....
.....
.....
1.3.2) Le protocole permet l'élaboration d'un projet thérapeutique spécifique et organisé.

.....
.....
.....
.....
1.3.3) Le protocole est garant du suivi et de la cohérence thérapeutique d'une prise en charge

2- L'art-thérapie utilise des modèles théoriques, une méthodologie et des outils spécifiques adaptés à ses domaines de compétences

55

2.1) L'art- thérapie s'appuie sur des modèles théoriques

55

2.1.1) L'art opératoire est un fondement théorique

2.1.2) Le phénomène artistique permet une approche méthodologique de l'opération artistique

2.1.3) L'exploitation thérapeutique de l'activité artistique est l'outil privilégié de l'art-
thérapie

2.2) Une méthodologie adaptée répond aux exigences thérapeutiques

58

2.2.1) La prise en charge nécessite la considération de l'état de la personne

2.2.2) La définition d'objectifs généraux et intermédiaires permettent d'atteindre un but fixé

3.3.1) L'art-thérapie est combinaison articulée et adaptée aux déficiences et pathologies issues du polyhandicap

3.3.2) Des expériences attestent de cette pertinence

3.3.3) L'art-thérapie est une ouverture là où la personne polyhandicapées

est enfermée

2^{ème} partie : Mise en place d'un atelier d'art thérapie à la Maison d'Accueil Spécialisée de la Devinière.

A- La Devinière est une Maison d'Accueil Spécialisée pour les personnes poly handicapées

68

1-La structure dépend de l'association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public du Loiret

68

.....
.....
.....
1.3.1) Les soins apportés
.....
.....

.....
.....
.....
1.3.2) Les activités proposées
.....
.....

.....
.....
.....
1.4) L'association Musicothérapie Expressions 45 intervient sur la M.A.S Devinière
70

.....
1.4.1) les objectifs de l'association
.....
.....

.....
.....
.....
1.4.2) L'atelier de musicothérapie
.....
.....

B- L'atelier d'art- thérapie s'intègre au fonctionnement et objectifs de l'établissement dans lequel il est mis en place
.....

71

1- Une stratégie d'anticipation et d'organisation préalables est nécessaire

71

1.1) Au-delà d'un projet global d'institution, l'équipe pluridisciplinaire suit un projet individualisé pour chaque résident

1.2) Le projet thérapeutique et les objectifs visés sont complémentaires à ceux de la M.A.S

1.3) La stratégie adoptée nécessite une dimension inter et pluridisciplinaire

2- Le protocole thérapeutique est défini

72

2.1) La stratégie de prise en charge et le cadre sont proposés

2.2) Les lieux, fréquence et horaires sont définis.....

2.3) Une stratégie thérapeutique globale est élaborée.....

3- L'atelier d'art- thérapie est mis en place, présentation d'une étude de cas 73

3.1) La fiche d'ouverture permet le premier état de base de Sonia.....

3.2) Les objectifs thérapeutiques globaux et intermédiaires sont retenus.....

3.3) La stratégie permet une pédagogie de mise en place.....

3.4) Les moyens et les méthodes utilisés.....	
3.5) Une application théorique et pratique des trois dominantes artistiques se dégage	
4- Le déroulement de la prise en charge s'articule en 16 séances.....	79
4.1) L'atelier se structure.....	
4.2) Les séances sont décrites.....	

5- L'évaluation des séances est faite.....	86
5. 1) Les faisceaux d'items concernant les capacités psychiques	
5. 2) Les faisceaux d'items concernant les capacités physiques	
5. 3) Les faisceaux d'items concernant l'autonomie	
5. 4) Les faisceaux d'items concernant les capacités esthétiques	
5. 5) Les faisceaux d'items concernant les capacités relationnelles	
5. 6) les faisceaux d'items concernant la dominante artistique	

C- Un bilan de fin de prise en charge met en évidence l'intérêt ainsi que les difficultés rencontrées dans la prise en charge.....	99
1- Un bilan évaluatif et auto évaluatif sont réalisés.....	99

1.1) Les bilans des graphiques sont à considérer avec le contexte de chaque séance.....	
1.2) L'auto évaluation est expérimentée.....	
1.3) Une rencontre est organisée avec la psychologue référente, Sonia et l'art-thérapeute	
2- Un bilan de prise en charge est effectué.....	102
2.1) Un bilan sur l'évolution dans l'atelier.....	
2.2) Un bilan sur les répercussions à l'extérieur de l'atelier.....	
2.3) Un bilan global est réalisé par l'art-thérapeute.....	
3- La prise en charge se termine.....	104
3.1) Une anticipation est préférable.....	
3.2) Il est nécessaire d'aider Sonia à se projeter.....	
3.3) Le comportement de l'art-thérapeute incite à accepter la fin.....	

3^{ème} partie : Commentaires et discussions des éléments théoriques et pratiques appliqués et adaptés à l'expérience d'art-thérapie.

A- Les contextes et l'environnement de la personne influent sur l'efficacité de sa prise en charge.....	105
1) Le patient est au cœur de la prise en charge.....	105
1.1) L'élément familial est à considérer pour la cohérence thérapeutique.....	
1.2) L'environnement social est à inclure dans la prise en charge.....	
1.3) L'alternance de séances collectives et individuelles répond à deux besoins fondamentaux.	
2- Des réajustements ont été nécessaires.....	107
2.1) Des réajustements sont induits par la dominante danse.....	
2.2) Les changements thymiques et sanitaires réguliers entraînent des adaptations.....	
2.3) Le comportement relationnel de Sonia, nécessite de mettre un accent sur la dimension collective.....	
2.4) Le réajustement des objectifs intermédiaires est à intégrer.....	
3) La pluridisciplinarité professionnelle détermine le soin.....	109

- 3.1) L'interaction de domaine de compétence et la fonction de chacun apportent cohérence au travail thérapeutique global.....
- 3.2) Sa mise en place et son suivi sont complexes.....
- 3.3) Le patient est considéré dans son entité et sa personnalité.....
- 3.4) Le projet individuel de Sonia va être reconsidéré et orienté à partir du projet thérapeutique.....

B- Le choix et la nature de la dominante artistique aident la personne à s'affirmer.....111

1) L'efficacité de la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire est attestée..... 111

- 1.1) Les facultés de critique et critique de Sonia ont été développées.....
- 1.2) Sonia s'est impliquée dans sa prise en charge.....
- 1.3) Son comportement psychique et émotionnel s'est modifié.....
- 1.4) Sonia devrait réintégrer les ateliers existant.....

2) La pluridisciplinarité artistique a optimisé l'efficacité de la prise en charge..... 113

- 2.1) La dominante et la technique sont orientées par l'art-thérapeute.....
- 2.2) La dominante et la technique d'expression sont choisies par le patient.....

- 2.3) La dominante danse est devenue pertinente au fur et à mesure de la prise en charge.....

3) La notion de choix aborde les éléments liés à la confiance et à l'estime de soi, traduits dans l'intention et l'action..... 115

- 3.1) L'avis éclairé de la personne est sollicité.....
- 3.2) Prendre une décision nécessite d'avoir confiance.....
- 3.3) L'action qui suit est une affirmation qui induit une certaine estime de soi.....
- 3.4) Sonia est attendue en atelier d'art-thérapie et de musicothérapie.....

C- L'analyse entre la réflexion préalable d'éléments théoriques et le bilan des éléments pratiques est surprenante.....117

1) Le travail d'observation qui se veut être précis est long..... 117

- 1.1) l'observation est longue et complexe.....
- 1.2) l'observation ressentie et interprétée de l'art-thérapeute est à considérer.....
- 1.3) Ce travail est à affiner en permanence.....

2) Une différence est à noter entre les ressentis issus de l'expérience et le bilan de prise en charge..... 118

- 2.1) En début de stage, l'art-thérapeute identifie la dominante arts-plastiques comme la plus accessible en terme de production.....
- 2.2) La dominante musique est un fil conducteur dans la relation aux autres.....
- 2.3) La dominante danse jusqu'ici a plus une dimension d'activité d'expression.....

3) Le bilan a démontré une autre réalité..... 119

- 3.1) Au vue du bilan, la dominante arts-plastique n'est pas autant utilisée que prévu.....
- 3.2) La dominante musique est la discipline la plus présente.....
- 3.3) L'hypothèse qui concerne la dominante danse ne se vérifie pas totalement.....

CONCLUSION..... 122

Remerciements

Il me paraît important de commencer par remercier les personnes que je nommerais Sonia, Daniel et Yoann pour leur participation et leur implication dans le projet d'atelier d'art-thérapie. Ainsi que tous les résidents de la **M.A.S*** Devinière ayant participé de près ou de loin à la découverte, au déroulement et à l'expérience d'art-thérapie.

Je remercie ensuite les personnes impliquées dans le travail de formation (théorique et pratique) et d'élaboration du mémoire de fin d'études.

Isabelle Marié- Bailly pour son accompagnement, les conseils et connaissances apportés tant sur le stage que pour la rédaction du mémoire. Egalement pour la confiance accordée tout au long de notre expérience. Ses questionnements et retours m'ont permis d'enrichir mes réflexions et analyses, en apportant une cohérence dans ma démarche thérapeutique.

Mr Gbaguidi et Mme Gachet pour leur accueil au sein de la **M.A.S***, la confiance et disponibilité qu'ils m'ont accordé. Blandine Rigault et Catherine Legrand pour leur accueil, conseils et disponibilité.

Mr Richard Forestier pour la qualité de son enseignement scientifique, pédagogique et artistique. Ainsi que pour son investissement dans le métier et la formation d'art-thérapie.

Mr Giraud, pour la qualité d'enseignement et la richesse dans la transmission de ses connaissances.

Enfin, les intervenants sollicités en formation théorique pour les spécificités liées aux publics, aux pratiques artistiques, aux méthodes et à des connaissances fondamentales du métier d'art-thérapeute. En ce qui concerne la Biologie, la Psychologie (public incarcéré, adolescent, défavorisé à l'étranger, soins palliatifs, oncologie...) et l'art-thérapie.

Je remercie les collègues avec qui j'ai suivi la formation, pour l'encouragement et la mise en commun de savoirs, particulièrement Christelle et Madou.

Et pour terminer, les membres de ma famille pour leur soutien, et particulièrement Cédric pour sa patience, sa confiance, ses conseils et les concessions effectuées. Merci à magalie.

Glossaire

ACAP : Aide Culturel à la Personne.

A.F.R.A.T.A.P.E.M : Association Française de Recherches et d'Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine.

A.M.P : Aide Médico Psychologique.

CIFHM : Classification Internationale du Fonctionnement des Handicap et Maladie.

CTNERHI : Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations.

M.A.S : Maison d'Accueil Spécialisée.

P.E.P 45: Pupilles de l'Enseignement Public du Loiret.

Introduction

Intervenante en danses et expression corporelle auprès de centres sociaux, de structures spécialisées et d'écoles, je suis salariée d'une association dont le but est de promouvoir et de développer les pratiques culturelles et artistiques au travers de relations humaines (enfants, adolescents et adultes). Au-delà d'un processus artistique, j'ai pu observer que les ateliers avaient une incidence positive sur les personnes (dans leur pratique et à l'extérieur). J'ai constaté que le médium artistique que j'utilisais, résonnait profondément et différemment selon chacun d'entre eux (découverte de soi et de ses capacités, ouverture à l'autre, mieux-être...).

Afin de répondre à mon intérêt d'exploiter la danse de manière spécifique et organisée dans une démarche thérapeutique, j'ai décidé de me former afin d'acquérir une méthodologie et des outils adaptés à cette orientation originale et particulière.

Dans un premier temps, j'ai suivi la formation d'**A.C.A.P*** auprès de l'école CAPERIA.

Dans un second temps, j'ai suivi la formation au Diplôme Universitaire d'art-thérapie, auprès de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. J'ai choisi de m'orienter vers une formation d'art-thérapie qui considère toutes les disciplines artistiques. Dans le cadre de cette formation, j'ai intégré en tant que stagiaire une **MAS*** accueillant des personnes polyhandicapées.

Dans la première partie de ce mémoire, nous décrivons les caractéristiques du polyhandicap. Afin de comprendre et de mieux appréhender les pénalités de vie et les possibilités thérapeutiques, nous aborderons les fondamentaux de l'être humain et de son fonctionnement. Nous considérerons l'Art (dimension esthétique, humaine, sociale et sanitaire) avec la combinaison originale de la thérapie (particularité sanitaire). L'exploitation spécifique de ses effets permettra de présenter l'art-thérapie ainsi que son intérêt auprès de personnes polyhandicapées.

Dans une deuxième partie, nous décrivons les conditions de l'expérience d'un atelier d'art-thérapie au sein de la **MAS*** (projet thérapeutique, méthodologie, étude de cas). Nous développerons le contexte et le protocole de mise en place, le déroulement, l'évaluation et le bilan de prise en charge.

Dans une troisième partie, nous commenterons et discuterons des éléments théoriques et pratiques, appliqués et adaptés à notre expérience d'art-thérapie.

1^{ère} partie : l'utilisation de plusieurs dominantes artistiques permet de mieux appréhender les effets de l'art- thérapie auprès des personnes polyhandicapées.

A- La personne polyhandicapée est pénalisée dans sa qualité de vie.

1- Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples.

Le terme **polyhandicap**¹ se définit d'un point de vue étymologique.

Poly- : Premier élément de mots savants composés, comme terme de sociologie, tiré du grec polys « nombreux ».

Handicap : 1827. Empr. De l'ang. Handicap, altération de hand in cap « main dans le chapeau », primitivement jeu de hasard, appliqué ensuite aux courses de chevaux en 1754.

1.1) Le polyhandicap est défini, décrit et certaines causes sont expliquées par un concept.

Une prise de conscience débute dans le milieu hospitalier pédopsychiatrique des années 1950-1960. Les enfants dits « encéphalopathes » ou « arriérés profonds » n'avaient aucun soin ou structure d'accueil adapté.

En 1975 apparaît une loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et sur les institutions sociales et médico- sociales. Cette loi, n'utilise pas le terme de polyhandicap. Cependant, l'article 46 prévoit des **M.A.S*** pour les adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie ».

En 1984, le **Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps* et Inadaptations** réunit un groupe d'études qui fait le point sur trois grands groupes de handicaps associés :

Polyhandicap : Handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde. Prévalence, 2 pour mille.

Plurihandicap : Association circonstancielle de un ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés. Prévalence, 0,5 pour mille.

Surhandicap : Surcharge de troubles du comportement sur un handicap grave préexistant. Prévalence, 3 pour mille.

1.1.1) Une définition légale est proposée

Pourquoi ne présentes-tu pas ici les notions de « déficience, incapacité, désavantage », définies par la Classification internationale du fonctionnement du Handicap et de la santé 1988 ? Cela te permettrait d'étayer ton propos pour la discussion sur le cas de Sonia en termes d'accroissement de ses capacités et de diminution ou compensation de ses désavantages.

« Le polyhandicap² est un handicap grave à expression multiple avec une déficience mentale sévère ainsi qu'une déficience motrice associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie ».

¹ « Dictionnaire étymologique de la Langue française », 3^{ème} édition Quadrige/PUF, Mars 2008

² Circulaire ministérielle numéro 86 du 06 Mars 1986

« Handicap grave à expression multiple, conséquence de l'intrication d'une déficience mentale sévère ou profonde à d'autres déficiences (motrices, sensorielles, somatiques, comportementales...) entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des modalités spécifiques de perception, d'expression et de relation »³.

1.1.2) Une description aborde diverses pathologies et problématiques.

Le polyhandicap nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori- moteur et intellectuelle concourant au développement personnel et à une qualité de vie optimale.

Le polyhandicap est la conséquence d'une lésion cérébrale précoce et grave, isolée ou associée à l'atteinte d'autres organes. La présentation générale des pathologies et des problèmes qui en sont issus est difficile à établir par la diversité des handicaps dits primaires et secondaires et par la particularité de chaque polyhandicap.

Cependant, nous pouvons retrouver des éléments communs observés chez plusieurs personnes :

Les atteintes d'ordre cérébrales (motrices, sensorielles, cognitives ou associatives), les atteintes d'ordre motrices (parésie, paralysie, hypertonie spastique, luxation des hanches, scoliose, déformations des membres) sont identifiables dès la découverte du polyhandicap, alors que les secondaires qui en sont les conséquences, se manifestent plus tard (problèmes orthopédiques, spasticité des articulations et des membres, stéréotypies motrices).

Les personnes polyhandicapées contractent 10 fois plus facilement les maladies infantiles que les autres, elles présentent souvent des malformations associées, cardiaques et digestives.

Les déficiences primaires, conséquences directes de la lésion cérébrale sont à l'origine d'altérations :

- Des fonctions supérieures : attention, mémoire, intelligence, troubles ou impossibilité de raisonnement, difficulté à se situer dans l'espace et le temps ; les capacités émotionnelles sont le plus souvent conservées ainsi que le contact avec l'environnement.
- De la motricité : tonus, posture, mouvement.
- De la sensorialité : goût, olfaction, audition et vision.
- De la sensibilité : extéroceptive cutanée, proprioceptive profonde, thermoalgésique (la sensibilité à la douleur existe même si les modalités d'expression du ressenti de la douleur sont différentes). Il existe une échelle spécifique d'évaluation de la douleur chez les personnes polyhandicapées, l'échelle de San Salvador.
- Les épilepsies sont très fréquentes et de gravité variable.

Les déficiences secondaires sont la conséquence des déficiences primaires :

Des déficiences somatiques :

³ Définition des guides de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, « mieux connaître les besoins de la personne polyhandicapée »

- Troubles de la déglutition (fausses routes).
- Anomalies du fonctionnement digestif (gastrique, intestinal).

Ces déficiences ont des répercussions nutritionnelles et respiratoires. L'œsophage est irrité suite à des régurgitations répétées, les fausses routes sont fréquentes et retentissent à la longue sur la fonction respiratoire. L'angoisse de l'étouffement est omniprésente et peut engendrer le refus de s'alimenter (dénutrition, déshydratation).

Les problèmes d'hygiène quotidienne sont très importants. La constipation est très fréquente, elle peut se masquer par une fausse diarrhée ou des éliminations fréquentes mais peu importantes. La survenue progressive d'un fécalome (bouchon de matières) entraîne des lavements ou extractions manuelles pénibles. L'élimination urinaire est perturbée, les infections urinaires sont dues à l'évacuation incomplète de la vessie.

Des déficiences orthopédiques :

Elles sont dues à l'existence des troubles moteurs (anomalie du tonus surtout) qui surviennent précocement et agissant sur un squelette en croissance ; elles provoquent des anomalies des amplitudes articulaires :

- Augmentées dans les hyper laxités.
- Plus souvent diminuées dans les contractures, avec des rétractions qui se fixent et aboutissent à des déformations essentiellement au niveau du dos à type de scoliose, du bassin à type de luxation.

Des troubles du comportement :

Ils sont très fréquents, liés d'une part aux difficultés de structuration psychologique ; d'autre part, à l'adaptation juste des réponses de leur environnement matériel et relationnel. Le développement de l'affectivité chez une personne non handicapée s'articule selon deux facteurs interdépendants : la maturation physiologique et fonctionnelle ; le monde extérieur qui offre au développement des expériences physiques (perception), affectives et sociales. Chez la personne polyhandicapée, des causes diverses viennent perturber ces processus de maturation, mettant gravement en danger son développement affectif. Les troubles du comportement peuvent prendre une place importante : stéréotypies, auto agressivité, phénomènes de repli psychotique. Ici se pose la question des limites entre le polyhandicap et certaines psychoses déficitaires très régressives.

L'existence de syndromes particuliers où se groupent ou alternent des manifestations psychotiques et un polyhandicap sévère montre bien la complexité du problème : c'est le cas du syndrome de Rett (qui n'atteint que les filles, se manifeste d'abord par une indifférence et une perte de l'usage des mains, puis par des crises épileptiques évoluant vers une quadraplégie et une spasticité ; c'est une maladie évolutive dont l'étiologie est inconnue. C'est également le cas de certaines encéphalopathies épileptiques, syndrome de West, avec syndrome autistique et troubles du comportement.

1.1.3) Les causes du polyhandicap sont multifactorielles et nécessaires à rechercher.

En ce qui concerne les causes du polyhandicap, la complexité même des phénomènes qui règlent le développement du système nerveux central expliquent la difficulté de rattacher un cas

donné de polyhandicap à une ou plusieurs causes. Il est possible que chez le même enfant plusieurs causes se cumulent.

Dans les années 1970, les étiologies se répartissaient ainsi :

40% de causes inconnues ;

20% de causes périnatales où la souffrance à l'accouchement tenait une part importante ;

10% de causes postnatales (méningites, encéphalites) ;

30% de causes prénatales (embryofoetopathies, malformations, causes génétiques).

Aujourd'hui, les progrès de prises en charge obstétricales d'une part, les méthodes de diagnostic d'autre part, ont modifié ces chiffres :

30% de causes inconnues ;

15% de causes périnatales (dont un nombre très réduit de souffrances obstétricales par rapport aux souffrances fœtales ou grandes prématurités- dysmaturités) ;

5% de causes postnatales (traumatismes, arrêts cardiaques) ;

50% de causes prénatales (malformations, accidents vasculaires cérébraux prénataux, embryopathies dont le Cyto Mégolo Virus et le virus du SIDA.

La prématurité et les naissances multiples peuvent être à l'origine de quelques cas de polyhandicap mais cela reste une rareté. Parmi les enfants polyhandicapés, on remarque une surreprésentation des enfants nés avec un faible poids de naissance, ceci étant, il s'agit plus d'enfants dysmatures ou ayant souffert d'anoxie cérébrale pendant la gestation. Certains embryofoetopathies infectieuses (toxoplasmose, Cyto Mégolo Virus) ou toxiques (tabac, alcool, poly-intoxication) jouent également un rôle.

Même si l'on ignore dans 40% des cas la cause, dans les autres cas, il peut s'agir de maladies du développement liées à des aberrations chromosomiques ou à une anomalie génétique ou de malformations cérébrales qui peuvent avoir une double origine génétique et environnementale, elle aussi mal connue.

Enfin, il existe des enfants polyhandicapés dont le premier développement, la naissance et la gestation ont été normaux et qui sont victimes d'accidents aigus (traumatisme crânien, noyade, encéphalite, état de mal convulsif grave).

Les progrès actuels de la recherche portent sur les causes génétiques, la poursuite de la prévention des embryopathies, les pathologies fœtales. Cependant, les progrès de la réanimation néonatale ont fait baisser la mortalité mais aussi la proportion de séquelles handicapantes chez les survivants.

1.1.4) Diagnostiquer le handicap nécessite de connaître les stades de développement normal du nourrisson.

Il nous paraît intéressant d'introduire ici une brève présentation⁴ des observations d'Henri Wallon (français, 1875-1960) sur les différents stades du [développement](#) de la [personnalité](#) chez l'enfant. Cela permet d'établir un parallèle avec les déficiences qui incombent au polyhandicap et d'en comprendre les répercussions pour l'enfant atteint et son entourage. Certains stades sont marqués par la prédominance de l'[affectivité](#) sur l'[intelligence](#), alors que d'autres sont caractérisés par l'inverse.

⁴ Extrait de « L'évolution psychologique de l'enfant », docteur H. Wallon, édition Armand Colin, 1941 ; 2002(11^{ème} édition), partie2- les activités de l'enfant et son évolution mentale, chapitre 7 : les alternances fonctionnelles, p 103).

1. *Le stade impulsif (de 0 à trois mois). Ce qui domine dans la vie infantile, ce sont les sensations internes et les facteurs affectifs entretenus avec l'entourage. Sur le plan moteur, cette période est caractérisée par la faible maîtrise motrice et donc un désordre gestuel. C'est la qualité des réponses de l'entourage du nourrisson qui vont lui permettre de passer du désordre gestuel à des émotions différenciées.*
2. *Le stade émotionnel (de 3 mois à 1 an). Émergence d'un commencement de reconnaissance de soi au travers du regard des autres. Apparition de quatre émotions : la joie, le chagrin, la colère et la douleur.*
3. *Le stade sensori-moteur et projectif (de 1 à 3 ans). Ce qui prédomine alors pour l'enfant, c'est l'influence du monde extérieur. L'intégration de cette influence externe va favoriser l'éveil de deux types d'intelligence : l'une pratique, par la manipulation des objets et du corps propre, l'autre « discursive », par l'imitation et l'appropriation du langage.*
4. *Le stade du personnalisme (3 à 6 ans) est caractérisé par une prédominance, à nouveau, des fonctions affectives sur l'intelligence. Vers 3 ans l'enfant tend à s'opposer à l'adulte dans une sorte de crise négativiste, mais cette attitude est bientôt suivie d'une période d'imitation motrice et sociale. L'enfant exprime ainsi l'ambivalence qui le lie au modèle prestigieux que représente pour lui l'adulte.*
5. *Le stade catégoriel (6 à 11 ans). Ici, ce sont les facultés intellectuelles qui semblent prendre le pas sur l'affectif. Pendant sa scolarité, l'enfant acquiert des capacités de mémoire volontaire et d'attention. Son intelligence accède à la formation des catégories mentales qui conduisent aux capacités d'abstraction.*
6. *Le stade de l'adolescence commence après 11 ans et se caractérise par une primauté des préoccupations affectives.*

1.1.5) Le diagnostic et l'annonce du handicap incluent totalement la prise en charge de la famille.

Chaque parcours de polyhandicap est différent et personnel, les difficultés de l'enfant peuvent apparaître dès la naissance, ou se révéler peu à peu pour un enfant n'ayant pas donné d'inquiétudes en période périnatale. Mais, habituellement, l'association de déficiences sévères se révèle tôt, dans les premières années de la vie.

Dans la petite enfance, la période de découverte progressive des différentes déficiences est toujours un bouleversement pour la famille. C'est une période qui nécessite des bilans hospitaliers parfois lourds et contraignants, semés de rencontres qui ne se passent pas toujours bien. Il est pourtant indispensable d'établir un diagnostic précis afin d'en dégager un pronostic d'où des examens ou des hospitalisations répétées.

La fragilité de ces enfants est tout aussi difficile à supporter en tant que parents et proches, les troubles alimentaires, les convulsions fréquentes, le retard de croissance, les infections, les troubles du sommeil... Une prise en charge plus conséquente dans des établissements de types pouponnières spécialisées peut s'avérer nécessaire, ce qui n'implique pas une séparation totale de la famille.

La prise de conscience progressive de la limite des possibilités de compréhension et de communication est l'épreuve la plus douloureuse, jalonnée d'illusions et de découragements successifs. Il peut y avoir des situations ou des périodes où le cumul des difficultés et la crainte de l'avenir conduisent à un tel désespoir que les efforts éducatifs paraissent dérisoires et que seule une aide soutenue des familles peut éviter des catastrophes. Tous ces éléments ne facilitent pas la relation entre les soignants et les proches, il n'est pas toujours évident de décoder les éléments préalable à un dialogue nécessaire entre les parents et le médecin ou thérapeute. Il est indispensable

que les soins et l'accueil ne soient pas composés que d'éléments et paramètres techniques. Dans le polyhandicap, il arrive fréquemment que les troubles moteurs soient les premiers repérés. Ils sont parfois masqués sous le terme de « retards psychomoteurs », ce qui peut être dangereux car cela fait obstacle à un bon diagnostic et entretient l'illusion d'une réversibilité totale. Mais la prise en charge de ces troubles moteurs par des techniciens est un premier pas vers une connaissance de l'enfant et une aide pratique à la famille. Les efforts éducatifs et la stimulation globale ne doivent pas être omis, car c'est une dynamique de développement qui sert à l'enfant qui par le fait progressera presque toujours. L'adolescence est une période difficile, le jeune handicapé devient plus lourd, les soins deviennent malaisés, certains handicaps s'aggravent notamment avec les déficiences secondaires (l'épilepsie, les scolioses...). Chaque étape de la vie de l'enfant pose de nouveaux problèmes et réveille la blessure du handicap. Vers trois ans, on pense à une insertion en collectivité. Un accueil en halte garderie spécialisée et un suivi par des Services d'Education de Soins Spécialisés à Domicile peuvent être envisagés, l'école maternelle n'étant qu'exceptionnellement envisageable. Les externats sont en nombre insuffisant, cette quête d'un lieu d'accueil peut durer plusieurs années et aboutit parfois à un internat ou au maintien en famille avec un accueil de jour. Dans tous les cas, les difficultés matérielles et d'accompagnement ont tendance à s'aggraver avec la croissance. Néanmoins, la tolérance et les ressources que la famille mobilise pour l'enfant sont souvent remarquables.

1.1.6) Malgré la complexité de la pathologie, des soins sont proposés.

La grande dépendance habituelle de la personne polyhandicapée nécessite une vigilance particulière à plusieurs niveaux :

- L'hygiène dentaire et cutanée.
- La prévention et soins d'escarres.
- La nutrition, l'élimination, la respiration avec un positionnement adapté à visée d'amélioration et de prévention.
- La détection et le traitement de la douleur et de l'inconfort.
- La sécurité et la prévention d'accidents.
- Les soins spécifiques liés aux pathologies intercurrentes.

La complexité de l'atteinte nécessite une globalisation du soin, une prise en charge physique, psychique dans un contexte relationnel satisfaisant. La personne polyhandicapée a besoin de l'assistance constante d'une tierce personne notamment pour les soins quotidiens. Ces soins journaliers sont d'une grande importance ; ils permettent d'établir une relation entre la personne polyhandicapée et le soignant. Cependant, ces moments de soins peuvent aussi être pénibles face à la résistance ou l'opposition de la personne soignée. Cette résistance est due à la douleur, à la difficulté de se mouvoir et à des appréhensions.

Les traitements concernant les déficiences primaires nécessitent un accompagnement spécifique et adapté par des soins d'assistance, de rééducation et d'éducation. Une bonne observation permet de reconnaître les capacités qui existent chez toutes les personnes handicapées quel que soit le degré de l'atteinte. Il est aussi nécessaire d'adapter les modalités de prise en charge.

- Proposition de participation aux soins d'assistance : alimentation, transfert, contrôle sphinctérien...
- Adaptation des positionnements et installations en fonction des capacités motrices et des besoins de la personne.
- Connaissance des modes de communication de la personne, modes de réception des informations et modalités d'expression, en tenant compte de ses capacités sensorielles, motrices, mentales et émotionnelles.
- L'éducation motrice, la rééducation et l'orthopédie sont nécessaires et profitables. La mobilité et les installations représentent deux axes de soins orientés sur la prévention fonctionnelle et orthopédique afin d'éviter les handicaps secondaires, les déformations corporelles et la restriction progressive des possibilités motrices, ainsi que sur l'exploitation des capacités du sujet. Les informations sur les capacités de la personne sont à recueillir auprès de son entourage familial ou professionnel.
- Les situations d'épilepsies nécessitent une surveillance et des traitements spécifiques. De nombreux médicaments sont disponibles mais les traitements lourds et multiples sont évités notamment pour amoindrir les effets secondaires. Les interventions chirurgicales nécessitent des examens complexes et s'adressent à des lésions focales ou des épilepsies « intractables ».

Les traitements pour les déficiences secondaires somatiques concernent la surveillance de poids, la quantité des apports alimentaires et hydriques, de l'émission des selles et urines. Dans les soins quotidiens, l'alimentation est au premier plan, elle est adaptée dans sa composition, sa texture, elle doit être réfléchiée et individualisée. L'aide à la fermeture de la bouche et à la déglutition est fondamentale. L'usage des boissons gélifiées assure l'hydratation journalière vitale. Certains cas nécessitent une sonde gastrique, il faut organiser la présence régulière de l'adulte et le maintien de quelques tentatives par voix buccales pour préserver le plaisir du goût. Les massages abdominaux sont très utiles ainsi que la diététique et certains médicaments. Pour les problèmes oesophagiens, sont utilisés des pansements gastriques, des antiacides et la verticalisation qui améliore la déglutition et la digestion. Des médicaments digestifs et respiratoires peuvent être utilisés ainsi que la chirurgie éventuelle du reflux gastro-oesophagien. Même si le polyhandicap se révèle assez tôt, il n'est cependant pas exclu qu'un adulte jusque là sans « anomalies », à la suite d'un accident, d'un traumatisme, d'une encéphalite, d'une maladie dégénérative, présente progressivement un tableau de polyhandicap grave. Les situations sont ici très différentes mais les soins nécessaires peuvent être similaires.

1.2) Les perturbations physique et psychique se traduisent et se lisent dans le corps

1.2.1) Le corps est l'élément visible et lisible qui nous permet d'exister

Nous abordons le concept de corps avec une réflexion sur un concept corporel par Michel Bernard⁵ en introduction de son livre :

⁵Extrait de « Le corps » Michel Bernard, essais édition du Seuil, Paris nov. 1995 p.7

« La vie nous impose la réflexion sur le corps. En effet, c'est en lui et par lui que nous nous sentons, désirons, agissons, exprimons et créons. Toutes réalités s'offrent à nous que dans les formes concrètes et singulières d'un corps mobile, attrayant ou non, rassurant ou menaçant. Vivre en ce sens, n'est pour chacun d'entre nous qu'assumer la condition charnelle d'un organisme dont les structures, les fonctions et les pouvoirs nous donnent accès au monde, nous ouvrent à la présence d'autrui. *A fortiori*, celui qui veut « mieux vivre », se doit, semble-t-il, d'éprouver encore davantage sa corporéité pour mieux épouser le monde et la société qui l'entoure ».

Dans le processus de développement de l'enfant, le corps est une fondation dans la construction de son être. Les notions de stimulation, excitation ou sédation, sont les premiers échanges corporel/pulsionnel/affectif qui déterminent les moments de bien- et de mal-être du fœtus et du nourrisson. Ceci constitue les premiers rapports à son environnement, la prise de conscience de son existence et par là, de la constitution du Soi en lien avec son intérieur et son extérieur. Le corps permet tests et expériences sensoriels, émotionnels, affectifs et relationnels qui font partie des composés permettant en grandissant de se faire confiance, de s'aimer et de s'affirmer. Le corps peut apporter une stabilité dans le vécu d'expériences, mais également une mémoire gravée d'impressions désagréables.

Dans le ventre maternel, le fœtus qui se développe devient un corps en mouvement par son rythme cardiaque, les hoquets, les mouvements du corps maternel ainsi que par l'échange que la mère a avec l'extérieur. Il existe déjà un rapport d'intérieur et d'extérieur, ainsi le corps est le contenant et le contenu de la personne qui se construit. Les expériences corporelles sont également établies au travers des premiers contacts physiques, sensoriels et affectifs liés à la naissance. D'une certaine façon, l'expérience de vie est déterminée par le corps dans son fonctionnement interactif entre deux dimensions, ce avant et après la naissance où il devient l'élément majeur de l'interface. Il y traduit ensuite ce qui relève de la personnalité construite au gré des expériences de la vie. La personnalité est caractérisée par le fonctionnement intérieur d'une personne exprimé dans et par cette originalité.

Le corps est ce que l'on donne à voir en premier et ce qui manifestera une réponse due à une stimulation. Ses capacités et son organisation, permettent d'imprimer les éléments qui nous sont extérieurs et d'extérioriser une réponse adaptée à ces éléments imprimés.

Dans ce qui suit, Michel Bernard résume ce qui fait que le corps est l'interface d'un monde intérieur et d'un monde extérieur, et en cela devient un outil d'interaction :

« Toute approche du corps implique un choix philosophique ou théologique, ainsi cette approche oscille de la condamnation ou dénonciation comme écran, obstacle, prison, pesanteur, tombeau, comme occasion d'aliénation et de contrainte, à l'exaltation ou apologie comme organe de jouissance, instrument polyvalent d'action et de création, source et archétype de beauté, catalyseur et miroir des relations sociales, bref comme moyen de libération individuelle et collective »⁶. La société peut transformer le corps en instrument de travail, de performances intellectuelles, physiques, sportives...

C'est notamment sur les éléments d'obstacles, de prison, de contraintes et de miroir des relations sociales que nous abordons la notion de corps déformé par le polyhandicap.

1.2.2) Le corps est déformé par le polyhandicap

Selon M. Bernard, « le corps est ambivalent. Vivre son corps, n'est pas seulement s'assurer une maîtrise ou affirmer sa puissance, mais également découvrir sa servitude et reconnaître sa faiblesse ». Notre corps peut engendrer et donner du plaisir, mais il subit également la douleur.

⁶ Extrait de « Le corps » Michel Bernard, essais édition du Seuil, Paris nov. 1995 p.8

« Le corps peut être pitoyable de sa temporalité, de sa fragilité, de son usure, de sa précarité. Ces deux réflexions sur le corps sont inévitables, l'une est éthique et l'autre serait métaphysique, c'est la réalité de notre condition d'Homme »⁷.

Le corps déformé par le polyhandicap est un corps qui se vit dans la précarité, au travers des conditions physiques, psychiques et sociales induites par ces atteintes non isolées les unes des autres. En effet, nous avons vu dans la partie de la présentation de ce concept les déficiences et handicaps primaires et secondaires induits. Ils sont non seulement d'ordre psychiques et comportementaux mais également et surtout d'ordre physiques (les déficiences somatiques et orthopédiques, amenant à des déformations du corps qui peuvent être douloureuses et impressionnantes). Les positions entraînées par l'immobilité de certaines parties corporelles entraînent des déformations. Celles-ci sont dues à un instinct d'adaptation mécanique et fonctionnel qui engendre des compensations qui ont des répercussions sur le corps et ses formes. Les expressions du corps, du visage sont modifiées dans leur apparence et dans ce qu'elles donnent à lire, non adaptées aux intentions lorsqu'elles sont présentes.

Cette déformation se traduit à l'intérieur et à l'extérieur de la personne qui se vit dedans et par elle. A l'intérieur par tous les rouages qui dysfonctionnent et qui représentent une atteinte à sa corporéité et à ses capacités d'impression. A l'extérieur par les modalités d'expressions, notamment dans un rayonnement social, conditionnées et induites par cette enveloppe confrontée aux regards et jugements des autres. Pour certaines personnes qui ne quittent pas le fauteuil, l'appareillage est un prolongement corporel, ainsi un élément extérieur est considéré comme intérieur. Pour d'autres qui ont une mobilité, interviennent les paramètres somatiques et orthopédiques qui interfèrent d'une autre manière.

1.2.3) Le corps est destitué de ses fonctions et de ses capacités.

La fonction est l'utilité, le rôle d'un élément dans un ensemble, un mécanisme. Or le corps peut être considéré comme une mécanique globale de sous mécanismes qui eux-mêmes sous entendent divers rouages, un potentiel et des capacités. Les fonctions biologiques, notamment les grands principes liés au maintien de la vie (de respiration, de circulation, de nutrition et d'élimination, de régulation, de reproduction) sont des éléments perturbés et douloureux, parasitant le quotidien des personnes polyhandicapées. Le fait d'avoir recours à des éléments extérieurs (personne, traitement, sonde...) pour réguler ou remplacer des fonctions défaillantes a des répercussions sur la construction de la personne en lien avec son corps. Le corps, également médiateur à son insu de mouvements involontaires, ou volontaires non dirigés et en cela, handicapé pour les mouvements volontaires dirigés.

Et l'outil de médiation privilégiée est perturbé dans son fonctionnement et interfère dans l'échange entre les éléments intérieurs et extérieurs. Les fonctions psychologiques et relationnelles par les activités sensorielles et intellectuelles sont faussées, diminuées, rendues inefficaces par le polyhandicap.

Hormis les fonctions citées ci-dessus, l'une des fonctions du corps est qu'il nous véhicule dans la vie, il nous permet d'être. Ces fonctions opérantes apportent une structure complexe qui répond à des codes et à des modalités de fonctionnement biologique dans sa généralité, mais également à d'autres instaurées par la société. Hors, pour les personnes atteintes de polyhandicap, le corps est destitué de sa fonction biomécanique, de sa fonction d'impression, d'expression et de sa fonction sociale.

⁷ Extrait de « Le corps » introduction du livre

Un corps qui fonctionne dans son aspect psychique et physique nous permet de nous inscrire dans l'espace, dans le temps et dans un groupe d'êtres vivants.

Une destitution de ses fonctions et de ses capacités, amène à des dysfonctionnements qui peuvent être vitaux, car la vie de la personne est affectée et rendue très difficile.

En effet, le corps a normalement ce potentiel d'autorégulation, de lecture et d'adaptation à l'environnement, aux situations et aux choses qui se présentent à lui. En parallèle des fonctions fondamentales du corps citées ci-dessus, les mœurs valident ou indiquent les contenants et les contenus qui s'y manifestent et qu'en cela, elles prônent ce que devrait être une norme. Le handicap est aussi une souffrance normative et nécessite une réconciliation de son corps avec la culture de masse.

1.2.4) Sa perception s'en trouve modifiée ou erronée, d'où la nécessité d'une adaptation.

Percevoir, c'est saisir par les sens ou par l'esprit. La perception est donc la faculté de percevoir une chose extérieure qui se présente à nous. Notre réflexion porte sur les personnes ayant des handicaps sensoriels, moteurs et psychologiques. Nous verrons plus loin que malgré ces handicaps qui ne sont pas généralisables, il est possible de parler de perception et de ressenti qui est le fait d'éprouver un sentiment c'est-à-dire une impression ou une sensation, un fait psychique transmis par les sens qui fonctionnent. Suite à des expérimentations menées dans le cadre de la formation d'art-thérapie, nous avons vu que les sens sont trompeurs.

Nous ne pouvons aborder la perception sans parler de la proprioception, qui se rapporte à la sensation corporelle. La proprioception comporte trois types de sensibilités :

- Extéroceptives, c'est-à-dire liées aux sens, la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût.
- Intéroceptives, elles sont liées au monde intérieur (acidité, température,...)
- Proprioceptives, elles concernent la position du corps dans l'espace et les sensations du mouvement.

Avant d'explorer l'aspect psychologique, les expériences et recherches sur le corps ont fait l'objet d'études essentiellement physiologiques. L'aspect psychique ayant été considéré une fois que les aspects physiologique et sociologique furent approfondis.

Selon les différentes recherches liées au concept de perception, différents termes ont été utilisés du « schéma postural » de Henry Head (neurologue anglais, 1861-1940) « schéma corporel » de Paul Schilder (neurologue allemand, 1886-1940) ou encore « image spatiale du corps » de Arnold Pick (neurologue tchécoslovaque, 1851-1924).

Il ne s'agit pas ici d'énumérer toutes les appellations existantes pour nommer le concept de corps et de perception. Il est juste intéressant d'identifier la complexité et l'intérêt porté au corps et à son fonctionnement et l'impossibilité d'une vision unique rassemblant ou résumant l'ensemble. Cette compréhension de la perception d'un être humain constitué d'un corps opérant et adapté est d'autant plus complexe s'agissant ici de corps atteints d'handicaps et de pathologies. Sous une même dénomination existe une multitude de polyhandicap.

La perception regroupe des fondamentaux liés entre eux avec une fonction propre. Les fondamentaux non opérants nécessitent une attention et adaptation particulière ainsi qu'un accompagnement spécifique.

Il est important de renommer l'appréhension des appareils de déplacements qui pour certains sont manipulés avec aisance alors que pour d'autres, cela reste un élément perturbateur au rapport à l'espace et aux autres. Même si l'enfant évolue et devient adulte avec son handicap, l'appréhension et la connaissance de son corps reste complexe et difficile.

Toutes adaptations ou réadaptations s'effectuent plus ou moins bien selon les individus, tout dépend de l'appréhension que l'on a de son propre corps, de comment nous le vivons, le

sentons ou le mouvons. Tout être a besoin d'une tierce personne dans les premières périodes de sa vie. Il se trouve que dans la situation de polyhandicap, l'aide, l'accompagnement et la dépendance d'une tierce personne est nécessaire jusqu'en fin de vie.

1.3) Ces perturbations représentent des obstacles au bien-être des personnes atteintes.

1.3.1) Une atteinte physique et psychique est un obstacle pour aller vers l'autre.

Lorsque nous avons la capacité et le désir de nous projeter et que nos actions réalisent parfaitement les objectifs visés, nous nous sentons entiers, nous ne faisons qu'un en notre corps et notre psyché. Nous pouvons subvenir à nos besoins et répondre à nos envies. Mais lorsqu'intervient le handicap, la maladie ou l'échec (professionnel, social, familial), nous nous sentons vulnérables, divisés, déchirés en un « corps/habitat » qui est ni agréable, ni confortable et parfois non viable.

Ces atteintes peuvent être liées à des troubles de l'expression, de la communication et de la relation. Les déficiences psychiques et physiques engendrent et alimentent ces troubles, qui tour à tour deviennent des causes et conséquences d'une souffrance. Dans ce contexte, le corps est difficile à vivre et à regarder. Comme écrit plus haut, notre corps est ce qui nous permet l'extériorisation et ce que l'on donne à voir en premier. Le regard de l'autre engendre la peur du rejet et d'une autre souffrance. Enrayer tous ces obstacles, c'est accepter de vivre selon sa nature, sa personnalité, ses capacités de fonctionnement en lien avec la réalité du monde qui nous entoure.

1.3.2) La communication et la relation aux autres sont limitées.

Pour qu'il y ait communication, cela sous entend qu'il y ait au moins deux personnes qui échangent chacune leur tour des informations ayant du sens et une cohérence pour chacune. Un langage et des codes communs ainsi qu'un contexte extérieur favorable, rendent efficient cet échange. A ces éléments essentiels s'ajoutent le potentiel psychique et les capacités physiques des personnes qui communiquent. La déficience d'un de ces mécanismes entraîne une perturbation du traitement de l'information, de l'intention et de la possibilité d'y répondre.

La communication des personnes polyhandicapées est difficile ou limitée, elles ne parlent pas ou très peu, cependant, le langage parlé est tout de même utilisé car beaucoup de personnes polyhandicapées comprennent tout ou une partie de ce qui leur ait dit. On prête une attention spécifique à la parole directe, aux intonations, aux gestes d'accompagnement, en sachant que la moindre réponse nécessite un temps plus ou moins long. Ainsi les personnes pressées passeront à coté d'une possible communication ou relation, la personne polyhandicapée s'en retrouve privée. Selon son tempérament, cette dernière reconduira des tentatives avec le risque d'un nouvel échec, qui reconduit plusieurs fois se traduira par un découragement et un repli sur soi. Les codes imagés sont parfois utilisables, lorsque la personne a acquis la manifestation d'un oui ou d'un non. On utilise alors le code de **Groupement de Recherche pour l'Apprentissage de la Communication avec les Handicapés**, le code Valençais, le code pictogramme. D'autres outils existent nécessitant une formation spécifique de l'équipe soignante et de l'entourage. Des méthodes s'appuient sur des niveaux plus archaïques, la « communication basale » par les

canaux du toucher, du mouvement conjoint ainsi que de la respiration pour tenter d'entrer en contact avec les sujets les plus régressés.

Les notions d'hygiène et de dépendance sont très importantes. Il arrive qu'il y ait des désagréments olfactifs qui ne facilitent pas l'appréhension de la personne, et la proximité nécessaire pour établir communication et relation.

La notion de hors norme renvoie la fragilité de nos êtres et la possibilité que cela nous arrive, ainsi, certaines personnes sont plus dérangées par la manifestation extérieure du handicap de la personne que la personne qui le vit.

Pour établir une communication et une relation dans ce contexte perturbé, il est nécessaire de considérer le rapport particulier qu'à la personne, au corps, à l'espace et au temps, paramétrés par la réalité de son polyhandicap.

1.3.3) L'interaction entre le monde intérieur et extérieur de la personne polyhandicapée est pénalisée.

Nous nous inspirons de la Classification Internationale des handicaps, qui établit l'interaction⁸ comme suit :

Déficiences des fonctions et structures psychiques et corporelles== limites et incapacités dans l'activité== participation, implication restreintes (communication, relation). Cette interaction est à considérer avec les facteurs personnels que sont le système organique (intégrité et déficience) et les aptitudes (capacité/incapacité). Elle est à conceptualiser avec les facteurs environnementaux (facilitateurs/obstacles) et les habitudes de vie (situation d'handicap/participation sociale).

Selon les éléments et leur articulation dans chaque étape, les déficiences provoquent des incapacités qui engendrent des préjudices dont le désavantage social.

Si chacun de ses deux éléments (impression/expression) est respectivement identifiable, il est indéniable que l'un ne va pas sans l'autre.

2- La qualité de vie des personnes polyhandicapées est donc atteinte dans son intégrité.

2.1) La bonne santé et le bien-être déterminent la qualité de vie.

2.1.1) La «bonne» santé est définie par l'OMS.

La **bonne** santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Elle se traduit donc par l'autonomie psychique, physique et sociale de la personne, disposant ainsi de ses capacités, elle peut satisfaire ses besoins physiologiques, ses intentions et en adapter ses actions. Elle est capable de faire des choix et d'en assumer les conséquences.

La santé peut être présentée comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être.

2.1.2) Le bien-être se définit comme harmonieux.

Le bien-être est un état d'être personnel, un ressenti d'équilibre et d'harmonie entre l'intérieur et l'extérieur de la personne. Le bien-être ne peut donc être qu'une évaluation personnelle et totalement subjective. Cette subjectivité est caractérisée par des éléments psychiques, corporels et environnementaux.

⁸ « Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé », OMS, 2001

La quête de bien-être conduit à une recherche d'équilibre et de compréhension de ce que nous sommes, un corps et un esprit. Elle donne un sens à la vie, un engagement vers le futur et en cela nous inscrit dans un processus de projection et donc de temps.

Le bien-être est un état qui touche à la santé, à l'épanouissement, à l'harmonie entre soi et ce qui nous entoure.

2.1.3) La complémentarité de ces deux fondamentaux définit la qualité de vie.

En effet, Lorsqu'une personne est en bonne santé et qu'elle ressent un bien-être, sa vie quotidienne devrait alors être de bonne qualité. Ainsi, la qualité de vie se traduirait par la concordance entre la bonne santé et le bien-être.

Ce statut de qualité de vie est en équilibre sur le concept de réalité : l'objectivité apportée par ce qui est extérieur et la subjectivité qui se fonde sur une lecture personnelle (ressenti, interprétation...).

La quête du bonheur est une recherche humaine, qui détermine un désir de vivre. Ainsi, un idéal de vie se dessine à partir d'éléments profondément subjectifs.

Le polyhandicap rend difficile l'appréhension de ces deux notions et de leur équilibre. Cependant, il est tout à fait possible par des moyens et méthodologies spécifiques de tendre vers un entretien sanitaire et une amélioration existentielle.

2.2) L'équilibre des éléments psychique, physique et social amène à une qualité de vie.

2.2.1) Les fonctions psychiques et le physiques sont indissociables.

De nos jours, l'élément d'union paraît évident, le déséquilibre de l'un de ces deux points à une conséquence sur l'autre. Mais pendant longtemps seul le corps matériel présentait un intérêt. Après s'être attardé sur la psyché, le lien de fonctionnement entre les deux est apparu indéniable. La psyché est perturbée si elle se trouve dans un corps douloureux ou mal habité (en terme de ressenti, d'écoute et de respect), de même que le physique est perturbé s'il cohabite avec un psychique altéré et déséquilibré. Les éléments de la psyché et du physique sont assemblés en une personne, leur fonctionnement, interaction et cohésion permettent d'aspirer à une qualité de vie.

Au même titre que le dysfonctionnement de l'une de ces fonctions a des conséquences sur l'autre, le fonctionnement potentialisé de l'un peut aussi amoindrir les répercussions néfastes sur l'autre.

2.2.2) La vie sociale résulte d'un bon fonctionnement psychique et physique.

Il faut disposer de capacités propres aux critères de vie sociale, c'est-à-dire, une concordance entre ce que l'on perçoit et comprend et ce que nous souhaitons exprimer. Faut-il encore en avoir le souhait, l'intérêt, l'intention et bien sûr la capacité à s'exprimer. La vie sociale est donc possible si l'on veut et que l'on peut aller vers l'extérieur avec une appréhension temporelle, spatiale et humaine. C'est avoir la possibilité de disposer de ce qu'il faut pour se projeter, se déplacer, comprendre et se faire comprendre. Il faut également prendre en compte la notion de reconnaissance de et par l'extérieur, tant pour les personnes à qui l'on veut s'adresser que de l'accessibilité aux lieux sur lesquels nous souhaitons nous rendre.

2.2.3) Le polyhandicap engendre un déséquilibre psychique, physique et social.

Les points développés ci-dessus démontrent que les domaines psychiques, physiques et sociaux sont conséquemment altérés. D'une part altéré de façon isolée les uns des autres, et d'autre part avec une interférence les uns sur les autres.

Ainsi, trois domaines fondamentaux sont soit altérés ou déséquilibrés par le polyhandicap. Ceci entraîne des troubles majeurs quant aux questions d'autonomie, de bien-être, de bonne santé et par essence de qualité de vie.

2.3) L'atteinte simultanée de ces trois domaines nuit à la qualité de vie de la personne.

Les trois points qui suivent abordent les pénalités dues à l'autonomie restreinte ou inexistante des personnes polyhandicapées. L'autonomie est le droit pour un individu de se déterminer librement. Une personne autonome peut se suffire à elle-même ce qui n'est pas le cas de la personne polyhandicapée.

2.3.1) Le polyhandicap altère l'autonomie psychique

L'atteinte cérébrale omniprésente chez la personne polyhandicapée altère gravement le développement psychique de celle-ci notamment au niveau affectif et cognitif. Les interactions avec le monde extérieur sont nécessaires pour le développement de la personne. Celles-ci se trouvent altérées dans la situation de polyhandicap. Les possibilités d'expression des émotions, de contact avec l'environnement et les acquisitions d'autonomie se font essentiellement chez les enfants bien pris en charge lorsque l'on s'appuie sur les compétences et capacités et non sur les manques. Cependant, nous avons précédemment vu que le polyhandicap peut survenir plus tard dans la vie. De ce fait, les prises en charges et accompagnements diffèrent car ils interviennent alors que le processus de maturation est terminé. L'intellect est affecté avec des troubles de la conscience et de ressenti du corps, un repli sur soi et l'absence de langage articulé. Le langage est l'organisation « visible » de la pensée. Même s'il n'est pas le seul moyen de communication, il peut faciliter celle-ci et en général, cela reste un moyen privilégié par la société. La notion d'affect abordée en amont atteste de la fragilité de l'équilibre psychique sans oublier la notion de douleur existante. La structuration psychique est fragilisée par la perturbation de la maturation physiologique et fonctionnelle ainsi que par les expériences physiques, affectives et sociales. Les personnes atteintes de polyhandicap ne sont pas autonomes psychiquement.

2.3.2) L'autonomie physique est très limitée voire absente.

Les différentes déficiences citées dans la présentation pathologique mettent en exergue les handicaps physiques de plus ou moins grandes importances mais automatiquement présents. Le polyhandicap affecte d'une part la motricité avec le risque ou la présence de paralysies et d'autre part la sensibilité sensorielle avec l'atténuation ou la perte de un ou plusieurs sens. La déficience motrice n'induit pas forcément l'absence de marche, cela ne relève pas d'une généralité mais dans beaucoup de cas, la personne polyhandicapée se trouve dans un fauteuil roulant et ne le manœuvre pas toujours seule. Les personnes atteintes de polyhandicap peuvent avoir des déformations des membres et du rachis, dues à des paralysies et des amplitudes articulaires diminuées.

L'appareillage peut être très volumineux et restreint la mobilité (fauteuils roulants électriques ou manuels, des cadres de verticalisation, des coquilles, des respirateurs, des sondes).

Par la restriction de l'autonomie physique, l'autonomie liée à l'hygiène est inexistante. De ce fait, la plupart des personnes polyhandicapées est dépendante d'un tiers. Cette incapacité

d'appréhension physique et la nécessité d'être aidé en permanence impose pour certains la nécessité de porter des couches, des bavoirs.

Cette autonomie physique peut cependant plus ou moins exister, lorsque la personne marche ou qu'elle dispose d'un fauteuil électrique qu'elle manipule seule. Dans ce dernier cas se pose tout de même la problématique des besoins et soins hygiéniques.

2.3.3) Le handicap physique et psychique retentit sur l'autonomie sociale.

L'autonomie sociale est difficile lorsque les sphères physique et psychique sont perturbées. La vie sociale de la personne polyhandicapée est conditionnée par son type et degrés de polyhandicap. La mise sous tutelle et le placement en foyer et institution définissent un cadre de vie. Les troubles psychiques et physiques décrits en amont parasitent l'expression et la communication des personnes atteintes. Ils représentent des obstacles à une interaction entre le monde intérieur et le monde extérieur de la personne. Le polyhandicap est composé de déficiences et de maladies qui engendrent des incapacités. Des désavantages notamment sociaux, découlent de ces dernières.

Toutes les souffrances quelles qu'elles soient, pénalisent, nuisent et interfèrent dans l'épanouissement de la personne. Or, une personne freinée dans son épanouissement, avec un monde intérieur perturbé, ne peut s'ouvrir correctement au monde qui l'entoure.

L'autonomie sous entendue « se suffire à soi même », n'est pas palpable. Néanmoins, l'indépendance sous entendue « avoir les moyens de réaliser sa volonté » est appréhendable.

3- La saveur existentielle perd alors de sa qualité.

La saveur est une sensation produite par un élément extérieur, elle est synonyme du goût de vivre. Au travers des éléments qualitatifs d'une existence, elle est la condition et la dynamique d'une vie. La saveur, en lien avec la personnalité (acquis et sensations d'expérience), est à analyser avec le savoir identitaire (acquis génétique, aspect mécanique). Elle naît de la possibilité et du plaisir à goûter, sentir, palper les éléments corollaires à notre existence, avec la possibilité de revivre ce qui est plaisant.

La notion de saveur existentielle est propre à chacun, selon cette quête, nous y apportons ou recherchons une certaine coloration que l'on souhaite percevoir et ressentir dans notre quotidien.

Certaines envies de saveur entraînent des intentions de les satisfaire. Nos capacités facilitent ou non ces intentions. L'intention est une pensée qui engendre une action ou la projection de cette action qui aura une incidence sur l'extérieur. Pour s'inscrire dans une dynamique de vie, cela sous entend aimer la saveur de notre vie. Où d'avoir l'intention d'intervenir sur ce qui nous en empêche.

3.1) La confiance en soi est diminuée

« La confiance en soi est le sentiment résultant de l'intégration positive de nos expériences personnelles et professionnelles. Ce que nous nous sentons capable de faire dépend ainsi de la façon dont nous avons assimilé nos expériences de réussites ou d'échec ». Ralph W. Emerson (américain, 1803-1883)

3.1.1) Etre assuré de ses capacités physique et intellectuelle.

Le sentiment de confiance en soi est celui qui nous permet de penser et de croire : « je suis capable de ». La confiance en soi permet l'action et se nourrit de l'action. On sait que l'on va

faire quelque chose qui aura une incidence dans le temps et l'espace et nous avons les moyens d'en assumer les conséquences.

Les expériences positives développent la confiance en soi puisqu'elles nous révèlent où nous confirment nos capacités et nos possibilités. Cette confiance en nos capacités nous porte à agir et les résultats de notre action renforcent notre estime et notre confiance, c'est-à-dire ce que nous valons et ce que nous pouvons ou savons faire.

Si notre expérience est négative, il faut cette fois avoir les capacités d'en tirer leçon, il faut pouvoir s'appuyer sur ses connaissances, sa capacité de discernement et de recul, afin de nous inciter à réessayer, faire autrement ou passer à autre chose.

Ainsi équipé, nous nous sentons capable de nous fixer et d'atteindre des objectifs, nous avons assez d'éléments nous permettant de nous remettre en cause de façon constructive. Cette notion facilite notre remise en cause dans un souci de rester tourner vers l'avenir et vers le possible. Nous parlons bien là de capacité à se projeter et à agir.

3.1.2) La confiance en soi permet d'aller vers l'autre

« La vraie confiance en soi se teste face à l'inconnu, au singulier et au risque » Lionel Bellenger. L'environnement et le contexte relationnel influent sur le développement de cette capacité.

La confiance en soi permet d'oser, oser agir, oser aller vers l'autre. Elle permet de prendre des initiatives et des risques. Elle apporte du courage et renforce nos capacités d'expression.

La confiance en soi facilite la construction positive de notre affirmation et de notre expression, elle estompe ou apprivoise les inquiétudes liées à un contexte, à une situation.

Ainsi, la confiance en soi est indispensable à notre bien-être. C'est un sentiment qui s'acquiert dans l'expérience de l'action.

3.1.3) Le polyhandicap freine ce processus.

Nous pouvons nous demander ce qu'il en est pour une personne atteinte de polyhandicap. Nous avons vu plus haut les pénalités et désavantages engendrés, ils sont majeurs. La généralisation d'un concept aussi vaste ne permet pas d'intégrer les paramètres nécessaires à la compréhension des personnes atteintes.

La confiance en soi repose sur la croyance que nous possédons toutes les ressources pour évoluer, changer et résoudre des situations difficiles. Cela nous aide à traverser les épreuves de la vie, en nous armant contre les ressentis liés à une situation d'échec. Nous savons que l'autonomie globale est très restreinte, ce qui rend laborieux ou impossible tout discernement, détachement et réflexion. Ces derniers éléments sont nécessaires à la bonne lecture d'une situation, à sa compréhension et à son traitement en tant qu'information afin d'y apporter une réponse adaptée et cohérente.

3.2) Il en résulte une atteinte de l'estime de soi.

3.2.1) L'estime de soi est la valeur que nous nous attribuons.

L'estime de soi est une expression qui désigne le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même. Ceci en rapport avec nos propres valeurs issues d'une éducation, d'un contexte de construction personnelle psychique, sociale et physique.

3.2.2) L'estime de soi est proche de l'amour de soi.

L'estime de soi est le minimum de respect que l'on a envers nous-même, ce qui ne fera pas remettre en question notre savoir. L'estime de soi est le résultat d'un rapport entre nos succès et nos prétentions dans des domaines importants de notre vie.

Lorsque nous accomplissons quelque chose que nous pensons valable, nous ressentons une valorisation et lorsque nous évaluons nos actions comme étant en opposition avec nos valeurs, nous « baissons dans notre estime », notre action ne répond pas à notre intention.

Une bonne estime de soi pousse à se valoriser, elle donne des ailes à nos intentions et nous inscrit dans l'action. C'est un sentiment utile dans la recherche d'une qualité existentielle ainsi que dans la capacité à se respecter, à respecter l'autre et à être respecté.

3.2.3) Elle permet de développer ses capacités relationnelles.

Nous nous appuyons là sur les expériences relationnelles qui, positives nous permettrons d'avoir envie de les réitérer, de les prolonger, de les inscrire à nouveau dans le temps.

L'estime de soi apporte la légitimité de penser et de faire ce dont nous nous sentons capable, comme par exemple aller vers l'autre. Une bonne estime de soi permet d'envisager une situation sous divers contextes, il est alors plus facile et plus confortable d'aller à la rencontre de l'autre, d'accepter ou de rechercher à établir une communication, un échange verbal ou sensoriel.

Les capacités relationnelles s'articulent avec et entre le mode de la relation et la fonction que l'on attribue à cette relation. Être deux ne suffit pas à instaurer une relation ou même une communication, les capacités relationnelles existent dans et par la personnalité et l'implication de l'individu.

3.3) L'affirmation de soi est rendue difficile.

3.3.1) La confiance et l'estime de soi renforcent nos capacités d'affirmation de soi.

Une personne qui ne doute pas ou peu de sa valeur et qui a la connaissance de ses capacités, les mettra plus facilement en exergue et prendra le risque de s'affirmer par une intention, une action, un choix, une décision. Si la confiance en soi et l'estime de soi permettent d'envisager une action, l'affirmation de soi est concrétisée par la production de cette action.

3.3.2) L'affirmation de soi passe par l'expression de sa personnalité.

La personnalité est l'ensemble des éléments qui constituent le comportement et les réactions d'une personne. Elle est définie comme énergie, originalité plus ou moins accusée du caractère d'une personne. Elle est l'expression par le caractère, de ce que l'on est. Laisser vivre et assumer sa personnalité nécessite une connaissance et acceptation de soi (de ses besoins), ce qui constitue une base immuable et constructive de notre personne.

En étant soi-même et en l'assumant, nous assumons l'expression de notre personnalité. Ce qui nous permet de nous engager avec confiance dans une action, une relation et de prévoir en assumer les conséquences.

3.3.3) Cette capacité est freinée par le polyhandicap.

L'affirmation de soi découle d'une certaine confiance en soi ainsi que de l'estime que nous nous portons. Lorsque le polyhandicap atteint ne serait ce que l'un de ces trois éléments, les deux autres en sont affectés.

L'affirmation de soi est rendue difficile par le polyhandicap. Cependant, ce qui freine ou ralentit n'empêche pas d'avancer, tout est une question de moyen et de temps. En cela, la possibilité de s'affirmer est difficile mais pas impossible, elle peut s'apprendre, se développer et être entretenue.

B- l'Art et les pratiques artistiques peuvent favoriser l'épanouissement de la personne atteinte de polyhandicap.

1- l'Art est défini de manière littérale et contextuelle.

1.1) Les définitions proposées :

1.1.1) Le terme Art⁹ est défini de manière littérale.

La première définition proposée est une activité humaine spécifique faisant appel à certaines facultés sensorielles, esthétiques et intellectuelles.

1.1.2) La définition de l'Art est contextuelle.

L'Art est un témoin créé et utilisé par l'Homme vers différents but ou finalité.

Une autre définition de l'art se situe sur l'expression d'un idéal de beauté correspondant à un type de civilisation qui le détermine. L'idéal de beauté est considéré comme absolu.

L'Art peut se définir comme une utilité, un sens qui rende légitime son existence et son expérience. Selon les époques de l'évolution de l'être humain, l'Art se lit et s'interprète de différentes manières. Tantôt moyen d'établir un lien entre l'Homme et les divinités, tantôt outil de soin, ou encore comme traces et témoin de civilisations et de mœurs issus de ces civilisations, et également outil de prévention et de protection. Sa définition artistique est en lien la politique, la religion et les mœurs de l'époque et la société dans laquelle il existe et est reconnu.

Son concept est contextuelle car il évolue, se modifie en fonction de la raison d'être qui lui est attribuée. C'est un mode de pensée indissociable du contexte dans lequel émerge cette pensée. De ce fait, l'Art est illustrateur et garanti d'un modèle accepté et porteur de sens officiellement reconnu ou critiqué par une société.

1.2) L'Art existe depuis que l'être humain existe.

1.2.1) L'être humain utilise l'Art depuis longtemps.

L'Art est une activité spécifiquement humaine orientée vers un idéal esthétique, il ne peut exister sans ce dernier. Les recherches scientifiques amènent à penser que l'Art est apparu lors du Paléolithique avec l'Homo Sapiens.

Les points précédents ont montré que l'Art était et est un moyen, un outil, une méthode, un objet à et pour diverses finalités. A ce jour, nombres d'exemples confirment et attestent d'une utilité, qu'elle soit d'agrément et de confort, comme moyen d'expression humaine et d'un idéal esthétique, ou encore en vue de soin, de soulagement et d'apaisement.

⁹ Définition extraite du dictionnaire le Lexis Larousse 2009, n.m (latin, ars, artis, habileté, activité ; 1080) page 113

Dans un premier temps seuls les éléments non humains du quotidien ont été représentés (des peintures, fresques d'objets et d'éléments de l'environnement). L'illustration humaine est apparue avec la notion de vie illustrée par des scènes et situations humaines peintes, de mort (par des corps blessés, en position horizontale et de situations périlleuses). L'Homme a entre autre utilisé la peinture et la sculpture pour illustrer des éléments essentiels du quotidien. Par exemple, la fécondité (par des statuettes), l'alimentation (par des situations de chasse). Ces œuvres représentent la survie de l'espèce, et la caractérisation d'une civilisation.

Les Chamanes utilisaient le pouvoir de l'art comme médiateur avec les divinités et comme processeurs de soins et de protection pour les êtres vivants.

Il y a une interaction entre l'évolution de l'Homme et l'évolution de l'Art. Tout ce qui se rapporte à l'être humain se retrouve dans l'Art. Ce dernier le rend visible, palpable et dans une certaine mesure, intemporel.

L'homme a utilisé l'Art pour sublimer le corps, afin de véhiculer une belle image, un bien vivre, une bonne santé, un contexte de formalisation (l'illustration d'un exemple et d'un modèle). La danse sanctionnait une noblesse corporelle, la musique retranscrivait un état d'être et d'un esprit « sain » et équilibré, tandis que le corps disparaissait derrière l'œuvre picturale.

Plus tard, le corps a permis de montrer ce que l'on voyait vraiment, selon différentes versions. Sont apparus les expressions des émotions, de souffrances, d'éléments à caractère critique. L'Art est alors devenu outil de libération et d'expression même si sa fragilité et son ambiguïté sont également exprimées.

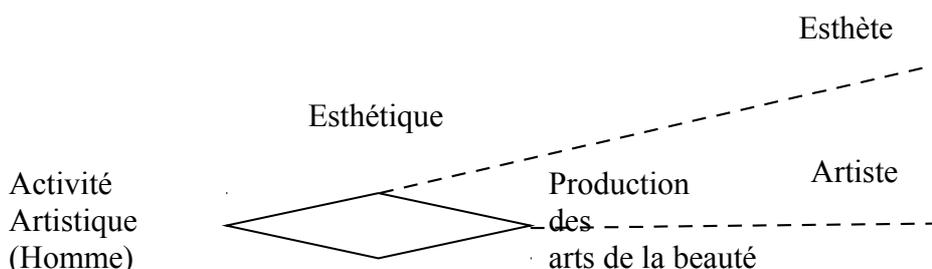
Dans l'activité humaine, l'Art peut s'offrir à l'être par divers sens, connaissances et techniques. Cette dernière est un ensemble de règles permettant de réussir dans les domaines de l'action. La technique appartient à un métier, à une science ou à ses applications. C'est une manière d'agir adaptée à une intention qui ici sera artistique. Cette action se situe entre la praxis (qui relève du mouvement pour le plaisir de ce mouvement et de sa sensation sans y attendre d'autre utilité) et la poësis (qui est la production, le processus de fabrication d'un objet qui a une fonction). Ainsi, l'Art peut être exploité comme artisan afin de réaliser un produit utile, comme artiste qui oriente sa démarche productive vers l'esthétique.

Nous proposons deux définitions de **l'artiste**¹⁰ en 1395, est une personne qui a le sens du beau dont la profession et les statuts sont consacrés aux beaux-arts. Complétée en 1808 il est celui qui interprète une œuvre musicale, théâtrale, corporelle et orale, qui pratique un métier, et connaît une technique.

L'**artisan**¹¹ est défini en 1546 comme une personne qui utilise une technique, un savoir faire afin de réaliser une production qui a une utilité.

1.2.2) L'attitude humaine face à l'Art est un des reflets de la société.

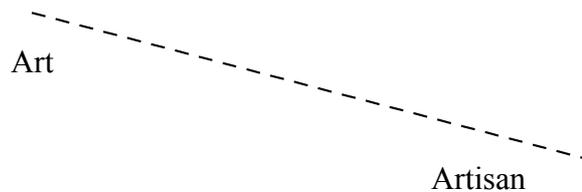
Nous commençons par une illustration synthétique et complète, tiré du modèle de base des composants des arts de la beauté¹²



¹⁰ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 113 n. lat.médiév. artisa, maître ès arts

¹¹ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 115

¹² Tiré de « tout savoir sur l'art-thérapie », édition Favre 2007, Lausanne, p22



Le traitement de l'Art et la signification artistique sont régis par un cadre et des codes humains, qui font qu'il est inscrit et validé par une société. Dans son extériorisation, l'Art est porteur de sens, de message. Il est utilisé comme élément d'équilibre d'une organisation et d'une reconnaissance religieuse, politique. Sous l'Antiquité et plus tard, l'Art fut sacré, moyen d'établir un lien avec le Divin, et d'interagir sur les problématiques humaines. Dans ce contexte, l'inspiration était indépendante de la volonté de l'artiste, considéré comme marionnette du Divin. L'Eglise par sa fonction de rassemblement et de discours commun orienta fortement l'utilisation de l'Art. Ce dernier par la musique était utile aux cérémonies, elle y induisait une ambiance de recueillement, par les arts-picturaux, elle y installait l'esprit du lieu qui n'était autre que celui de Dieu. Dans cet ordre de pensée, la musique par exemple pouvait détourner l'être humain du message divin. De même que pour accentuer le côté pure des messages, les voix d'enfants n'ayant pas encore muées sont utilisées en priorité.

L'Art a pu être utilisé par les pouvoirs politiques et religieux. On recommandait certaines musiques, danses ou un certain type de peinture au détriment d'autres. L'objectif étant d'éduquer le citoyen et d'encadrer la vie en société. Le chant est un moyen d'apprendre le français, de transmettre un contenu historique commun, la peinture de personnage définit une silhouette, un code vestimentaire. Les lieux de vie, les édifices, les monuments, prenaient vie par le travail de l'artisan et vivaient au travers du travail de l'artiste. Cependant, pour être reconnus, l'artiste et l'artisan se devaient de répondre à des codes s'ils souhaitaient que leur production prenne vie à l'extérieur.

Si l'art éduque et civilise, il illustre aussi la croyance, la connaissance, les rêves, les travers et tragédies d'une société. Certaines sociétés ont su s'appuyer sur l'art afin d'assurer un ordre, et le contrôle d'une expression. Les armées ont su utiliser l'entraînement que peut produire des chants, notamment avec les voix d'hommes qui représentent une virilité et une valeur guerrière. L'Homme a également utilisé l'Art comme traducteur et traduction d'idées, de pensées, le plaçant ainsi dans une approche spirituelle. Il donne à réfléchir et enrichit les réflexions en stimulant l'esprit. En traduisant des codes et des normes, il mobilise cet esprit critique. En suscitant une stimulation intellectuelle et personnelle, il laisse intervenir l'esprit de critique. L'Art va devenir outil de contre-pouvoir. Cela entraînera un changement d'intention de l'artiste, un changement du regard de la société, une évolution et une prise de conscience qui peut modifier une situation et un contexte installé. En ce sens, l'Art peut également déranger.

Par des Œuvres portant sur des événements historiques et contextuels (les épidémies, les guerres), l'Art a illustré la misère, l'espoir, la vie, la quête de bonheur nécessaire à la survie.

Le rapport à l'Art qu'il soit individuel ou collectif, par des modèles de pensées, est fondé et détermine différents concepts inspirés et définis par les principes d'objectivité (de représentations et de rapport à une loi extérieure à l'être penseur et initiateur) et de subjectivité (qui place l'être et ses ressentis au cœur de la démarche artistique). Platon pensait qu'on ne pouvait utiliser la musique sans en contrôler les effets. Ceci impose un choix et une définition de ce qui est acceptable ou non.

L'équilibre est un modèle qui prendrait en compte ces deux paramètres et les articulerait de façon à les dissocier et les respecter. Ces trois points de vue sont abordés par Platon¹³ (grec, 427 avant J-C-346 avant J-C), Kant¹⁴ (allemand, 1724-1804).

1.2.3) L'Art a ses limites

Malgré ses effets bénéfiques, l'Art a ses limites. Elles se situent entre les limites de son application et les limites posées par l'homme qui l'utilise. Il regroupe ou il divise les êtres, deux critères définissent ces limites.

La mimésis (imitation) est une de ces limites, à partir de tout ce qui a été fait et pensé. L'imitation occupe une grande place, elle naît de ce que l'on connaît, de ce qui nous entoure. Elle relève de repères, d'habitudes et de légitimité de sa démarche et production artistique.

L'heuristique (invention) est la seconde limite de l'Art. L'invention (sous entendue création) relève de la capacité à s'extraire de la représentation, de ce qui existe, d'oublier ce que l'on sait. L'imagination est un paramètre qui permet la transformation de l'objet, ou d'une réalité. Cependant, on ne peut imaginer sans connaissances, sans représentations, il s'agira alors de capacités liés à l'imaginaire. L'imagination est la distance que l'on s'autorise à prendre entre la représentation (connaissance) et « l'objet » transformé, réinventé.

L'idéal de beauté est une limite de l'Art et de son expression que l'Homme pose.

L'Art peut assouvir momentanément des besoins, peut couper d'une réalité extérieure. Il peut entretenir des pathologies ou activer de nouveaux mécanismes pathologiques.

Dans les Annales du congrès Art et Médecine, Roger Gil¹⁵ nous fait profiter de sa réflexion sur la créativité en tant que raison ou émotion. La perception, la mémoire, l'action relèvent de la raison, alors que la créativité exprime un choix, une intention et un élan qui répondent à une émotion.

1.3) L'Art et la médecine sont étroitement liés.

1.3.1) L'Art est associé aux soins.

Edith Lecourt propose une définition de la catharsis « La catharsis correspond à une décharge des tensions, physiques, émotionnelles, qui soulage et apaise momentanément. On la trouve aussi dans certaines fêtes tribales et quelques méditations religieuses, pour y produire défoulement, exutoire, extase ou transe »¹⁶.

Depuis très longtemps, dans certaines cultures, la notion d'art, par sa dimension (effets/pratique/effets), est considérée comme thérapeutique. Le chamane apportait des soins aux personnes (des soins physiques et des soins spirituels). Une musique est choisie à un certain moment pour un résultat recherché, et favorisé par celle-ci.

Dès l'Antiquité, un premier témoignage atteste que la musique (la lyre, la harpe, la cithare) apaise les troubles de l'angoisse, harmonise le corps et l'esprit avec le monde qui les entoure. Il permet l'oubli momentané d'une douleur, d'une souffrance. Cet apaisement était considéré comme le résultat de l'exorcisme des mauvais esprits.

La peinture et les arts-plastiques permettent une appréhension de la psyché et notamment des pathologies mentales. De nombreuses expériences cliniques et hors institutions démontrent que

¹³ Platon « Les lois I » trad E. des places, les belles lettres, 1968,

¹⁴ Kant « Critique du jugement » trad J.Gibelin, Vrin, 1960

¹⁵ R.Gil « Annales du congrès Art et Médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers » p2 à 6

¹⁶ E. Lecourt Extrait « Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 21

l'Art ne soigne pas mais contribue aisément à ce processus. Il permet d'extérioriser des souffrances et douleurs inexprimables autrement. Le professeur Jean-Jacques Giraud aborde « le regard des artistes sur les malades »¹⁷.

Les effets thérapeutiques de l'Art constatés depuis des siècles, démontrent qu'il est utilisé par l'homme pour rétablir un équilibre, pour stimuler, pour apaiser ou encore pour revitaliser et redonner goût. Ainsi les aspects moral, psychique, psychologique, physique et environnemental sont reconnus, considérés et appliqués. L'Art est un agent actif dans la proposition de soin. Il peut agir comme osmose sur l'organisme et les mécanismes humains impliquant l'esprit et le corps. On dira que la vibration du son se propage au corps et à l'âme, produisant ainsi, l'émotion. Cette considération expliquera l'utilisation de la musique dans les asiles psychiatriques parisiens.

L'apparition de la psychiatrie et donc de la considération de fou à celui de malade, a permis de développer la notion d'art en lien avec des mécanismes et des pathologies. Par exemple, « la musique est alors considérée comme un moyen de calmer les agités, de stimuler les apathiques, ou encore de chasser les idées morbides »¹⁸.

1.3.2 L'Art fait évoluer la médecine.

L'Art a fait avancer la médecine et la médecine a fait évoluer l'Art. Le pouvoir de l'Art peut être mis au service de l'homme.

Prenons l'exemple de la relation entre l'Art et les lois des perspectives adaptées au corps humain. Ceci a permis l'illustration anatomique dans diverses positions, et par là, l'invention des planches anatomiques. Cette exploitation et méthodologie médicale est un élément majeur dans l'évolution de la médecine. Le début de la dissection ajouté à ces lois de perspectives donnera naissance plus tard au Premier grand Traité d'Anatomie, (période de la Renaissance). L'art permet de mieux appréhender le corps humain, et ce dernier nécessite des techniques d'applications qui enrichissent les principes artistiques.

Le caractère universel de l'Art permet de traverser les époques (temps), les différentes cultures (espace).

1.4) Les mécanismes humains impliqués par et dans l'Art.

Un mécanisme est l'aspect technique du fonctionnement d'une chose.

1.4.1) Les mécanismes liés à l'impression.

Les mécanismes d'**impression** servent à imprimer ce qui vient de l'extérieur vers l'intérieur de l'être humain. L'impression place la personne en situation de réception, d'**accueil** d'une chose extérieure dans son intérieur. L'être humain est doté de capacitifs et de mécanismes complexes qui permettent cette impression.

Les capteurs sensoriels ont la fonction de capter par la perception d'informations propres à leur nature de rayonnement et de captation (certains sont à voir dans la lumière, dans la pénombre, à toucher, à sentir, ou à **goûter**). L'impression concerne les domaines de la biologie, de la physiologie, de la psychologie. L'impression entraîne une sensation, qui **traitée** par les sens ou par l'affect, sera un ressenti ou deviendra une émotion.

¹⁷ « Annales du congrès Art et Médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers », p7 à p9

¹⁸ Extrait «Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 27

Différentes sensibilités humaines permettent les sensations corporelles. Les extérocepteurs (les cinq sens), les propriocepteurs (concernent la position spatiale du corps et de son mouvement), et les intérocepteurs (relèvent de la régulation interne).

Dans son livre sur la danse dans le processus thérapeutique, Benoît Lesage définit la proprioception comme « la perception de sa propriété »¹⁹, qui regroupe la kinesthésie (sens du mouvement et sens vestibulaire lié à l'orientation dans l'espace). Il cite Israël Rosenfield pour des exemples cliniques qui portent sur l'importance de la proprioception, où les patients l'ayant perdue cherchent à la retrouver. Les altérations proprioceptives ont des conséquences sur l'identité dont ~~on~~ l'ancrage organique fondamental.

La sensorialité met en exergue une potentialité qui induit un changement d'état intérieur. Cette appréhension de l'extérieur est traitée par les sens, les émotions que cela engendre et la raison établie sur un capacitif psychique. Cette captation peut être connue ou expérimentée et n'est possible que par la sensation, le traitement mental et la connaissance qui permettra une réponse adaptée et une bonne gestion de l'information.

On comprend alors qu'une mauvaise impression ou une impression mal accueillie ne peuvent être ressenties ou traitées de manière appropriée. Cet élément peut être handicapant pour la personne qui le vit.

Chaque sens a un rôle prédéfini, cependant, un sens peut pallier à un autre (non pas au fonctionnement et ressenti d'un autre), en analysant le concept ou en se servant d'une connaissance se rapportant à cette sensation (en comprendre le sens). Le psychisme peut repousser les limites de nos sens afin d'aider à supporter des situations éprouvantes.

1.4.2) les mécanismes liés à l'expression.

Contrairement à l'**impression** dont le phénomène n'est pas sensible, l'**expression** s'inscrit dans le monde sensible. C'est une réponse extérieure à des stimuli intériorisés.

L'expression se définit comme la manifestation extérieure d'une information intériorisée. C'est une action ou une réaction produite par l'impression et ses mécanismes. L'expression commence par un acte intellectuel qui servira à analyser la captation et gérer une information non plus pour la comprendre mais pour y répondre.

Le premier outil de l'être humain permettant cette extériorisation est le corps. Le corps est impliqué dans sa fonction psychique, sensorielle, physique et mécanique.

L'imagination, la représentation sont autant de mécanismes qui enrichissent et facilitent le phénomène d'expression.

L'Art peut être ce processeur qui inscrit l'être humain dans une expression volontaire dirigée. Cette intention peut alors modifier les modalités d'impression par l'attention portée. Par exemple entendre peut devenir écouter, voir, regarder. L'intention rend actif le processus d'impression et d'expression.

Il ne peut y avoir d'expression sans impression alors que l'inverse est possible, ce qui signifie que la personne est dans l'incapacité ou impossibilité de s'exprimer. Le manque ou l'absence d'expression peut devenir une souffrance humaine.

1.4.3) L'Art implique et exploite ces deux phénomènes.

L'Art s'apprécie en situation de réceptivité ou de pratique. Nous verrons plus loin les effets que peut avoir une démarche de production artistique sur l'être humain. Cependant, il est à noter ici

¹⁹ « La danse dans le processus thérapeutique », fondements, outils et clinique en dans-thérapie. Collection, l'ailleurs du corps, édition Eres p16, 17

l'intérêt et l'importance de ces deux phénomènes dans ce contexte. Une activité artistique est stimulateur des facteurs d'impression et outil des modalités d'expression.

Il y a corrélation entre ces deux phénomènes et la confrontation humaine face à l'Art. Si l'Art suscite une intention grâce à la stimulation sensorimotrice et intellectuelle, il permet également d'en manifester l'expression par la réalisation. Nombre de personnes (artistes ou amateurs) ont recours à l'art pour son capacitatif d'expression. C'est une possibilité d'exprimer une joie, une souffrance, une peur, soient trois des six humeurs définies par la théorie freudienne, (en y ajoutant la colère, la tristesse et le dégoût).

L'impact sensoriel que peut produire une œuvre d'art implique une réaction psychologique (par exemple l'émotion), une réaction physiologique, (par exemple épidermique), une réaction physique (comme un geste). L'art stimule les sens, induit une impression, implique une intention. Son expression, nous allons le voir est essentielle à l'être humain.

2- L'Art favorise l'expression qui est un besoin humain fondamental.

L'impact sensoriel que produit l'œuvre d'Art implique une réaction physiologique (par exemple épidermique), ainsi qu'une réaction psychologique, (comme une émotion).

2.1) Par sa nature l'être humain est social.

Social²⁰ vient du Latin socialis, de socius compagnon. A partir de 1352, il est associé à ce qui vit en société.

2.1.1) En tant qu'individu, l'être humain s'inscrit dans un groupe.

L'individu²¹ est un être humain considéré comme une unité isolée qui, **assemblée**, constitue un groupe avec des éléments communs (notamment, biologiques et physiologiques).

L'être humain n'est pas fait pour vivre seul en tant que tel, l'échange avec ce qui l'entoure est une caractéristique d'un besoin d'interaction avec son environnement.

Il vit d'ailleurs grâce et par l'échange entre son extérieur et son intérieur, ne **serait-ce** que par les principes fondamentaux du **maintien** de la vie (respiration, alimentation, élimination...). L'être humain a également besoin de repère pour sa **survie**, ce dernier est identifié et existant par le groupe.

L'environnement humain est primordial pour exister, il caractérise l'existence et influe sur l'épanouissement de l'être. L'être humain est un individu identifiable parce qu'il y a d'autres individus. Il existe parce que d'autres existent, et ainsi, il peut se fondre dans une masse et se différencier dans cette masse.

Au-delà des besoins fondamentaux, la reproduction assure la pérennisation de la race, et en cela ne peut se faire seule. L'organisation et la survie d'un groupe nécessite l'implication de plusieurs individus dans un souci de sécurité et de références. Cette recherche d'identification et de sécurité répond à une volonté de survie.

Dans toutes les sociétés, l'individu appartient à un groupe dans lequel il est identifié, où il se reconnaît, **où** il sent qu'il a sa place et qu'il peut y vivre.

D'ailleurs, une punition est d'exclure ou d'enfermer un individu qui n'a pas respecté les règles du groupe institué. Une des pénalités humaines est de se sentir ou d'être exclu.

Ce caractère de collectivité indique également le besoin de reconnaissance intellectuelle et de régulation affective. Le groupe est un moyen de survie de l'être humain.

²⁰ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1749

²¹ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 950

2.1.2) Cependant, l'individu peut ne pas être sociable.

Autant le premier point se rapportait à l'individu, avec la nécessité de survie. Celui-ci aborde la personne, dont l'inspiration se rapporte au bonheur. Au-delà de la notion de survie, le groupe, la société peuvent caractériser la notion de confort et de bien vivre. La définition de **sociable**²² place la personne dans une recherche de compagnie de ses semblables.

La sociabilité²³ est une capacité et relève également de la volonté et de la possibilité de fonctionner dans une collectivité en y acceptant les codes et les règles. Tout être n'en est pas doté. **L'individualité**²⁴ est tout ce qui existe à l'état d'individu distinct des autres. L'être humain est un organisme (ensemble et organisation d'organes) et une individualité, la personne est un individu caractérisé par une **personnalité**²⁵. Cette dernière peut être définie comme un ensemble d'éléments qui constituent le comportement et les réactions d'une personne ou telle une énergie, une originalité plus ou moins accusée du caractère d'une personne.

La capacité d'adaptation est propre aux êtres vivants mais est plus ou moins développée chez chacun. Ainsi selon l'histoire de vie, la personnalité, les capacités relationnelles et comportementales, la personne sera plus ou moins sociable.

L'individu vit par un groupe mais la personne, **elle**, ne s'y inscrit pas forcément. La compagnie, le bien-vivre ensemble sont très importants mais ce n'est vital que lorsque l'on souhaite vivre heureux. Des personnes peuvent se suffire au minimum vital et se soucier plus de l'individu que de la personne. D'autres ne peuvent pour des raisons de personnalité, de choix et de comportement, fonctionner avec d'autres dans le cadre institué.

2.1.3) Ces deux modalités n'influent pas sur l'aspect fondamental de l'expression humaine.

L'être humain imprime **s'exprime?** en permanence, dans chaque expérience et situation de vie. L'expression peut être une simple manifestation extérieure d'une action volontaire non dirigée, ou, volontairement dirigée vers un but ou une autre personne. Nous avons vu ce qui relève du vital et du confort, l'un comme l'autre s'inscrivent dans le phénomène et mécanismes d'impression/expression, les modalités biologiques et psychologiques sont déterminées au sein de l'individu et déterminantes pour la personne.

L'être humain dans son besoin de s'exprimer, peut se suffire à lui-même, satisfaire le simple besoin d'extériorisation. Cependant depuis que l'individu inspire plus de reconnaissance et de considération par la société dans lequel il vit, l'expression volontaire dirigée répond à un besoin grandissant de cette reconnaissance et considération.

2.2) L'Art est un moyen qui privilégie l'expression tendant vers une communication et vers une relation.

2.2.1) L'expression peut être à visée communicante.

Lorsqu'elle s'inscrit dans un but de communication, l'expression est adressée à quelqu'un dans un intérêt de recevoir une réponse, un retour. La visée communicante est donc l'intention de communiquer quelque chose ayant un sens pour celui à qui l'on s'adresse. Le principe de communication nous place dans une démarche volontaire et dirigée d'un échange avec un tiers.

²² Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1749

²³ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1749

²⁴ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 950

²⁵ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1383

Cette expression et sa fonction dépendent de paramètres qui leur sont extérieurs, tels les conditions et contexte de l'environnement dans lequel elles se déroulent.

L'Art peut amener à la communication en tant que sujet ou objet d'échange, comme un dénominateur commun légitimant, facilitant ou suscitant l'échange. Cependant, la communication peut être parasitée par une personne ou un contexte. Dans ce cas, cette « mauvaise » expérience plusieurs fois réitérée, peut amener la personne à couper la communication. Il en sera de même si elle ne dispose pas des mécanismes et outils appropriés.

2.2.2) L'expression peut être à visée esthétique.

L'esthétique²⁶, *aesthetica* vient de *aisthanesthai*, percevoir par les sens ; 1798. Se dit de ce qui se rapporte au sentiment de la beauté. L'esthétique se définit par un élément harmonieux d'une personne ou d'un objet.

L'expression volontaire peut être dirigée vers l'esthétique, lorsque l'intention et l'action de la réaliser vont dans ce sens.

Cependant, selon l'époque et la société dans lesquels l'expression s'inscrit, la notion de beauté ne sera pas la même et n'aura pas la même résonance. La définition inspirée des interventions de Richard Forestier caractérise le beau comme la gratification sensorielle en elle-même, par elle-même et pour elle-même.

Le jugement esthétique chez Kant par exemple considère les formes des choses de manière à en tirer un sentiment de plaisir. L'esthétique est un ensemble de principes et de règles selon lesquels on juge de la beauté. Cette beauté peut être définie objectivement mais sera ressentie dans la plus grande subjectivité, l'Homme en a besoin pour s'épanouir.

Cette expression répondra à l'intention d'une ligne esthétique qui est le rapport harmonieux entre le fond et la forme d'une production. La notion d'esthétique peut être facteur d'un processus stimulant qui s'inscrit dans la gratification sensorielle, la communication et le plaisir. Cette recherche d'esthétique qui nourrit un intérieur donne une intention précise et déterminée à l'action qui est de réaliser, de produire. Cet élément est abordé plus loin.

2.2.3) L'expression peut tendre vers une relation.

La **relation** se différencie de la communication par son caractère simultané de l'échange. Une sensation vécue par deux personnes ensemble aura une coloration différente, il est possible que cette sensation crée une émotion similaire (non identique) à ces deux personnes. Elles auront vécu une situation en même temps, leur procurant des sensations communes et leur fera ressentir un lien particulier. La relation est un rapport privilégié entre deux personnes.

Ce lien établi va non seulement au-delà de la communication, qui a la fonction d'un après l'autre. Phrase incomplète La relation fera faire et ressentir ensemble notamment au travers d'une expérience artistique. Un élément de connivence peut se manifester. Ainsi la relation aura un caractère intellectuel, affectif et émotionnel qui amplifiera l'échange qui se produit.

L'aspect expressif de l'Art peut placer le caractère relationnel comme conséquent à cette confrontation artistique. Elle le place également comme moteur et **garde-fou** de gestion de sensations difficilement imprimées ou appréhendées.

Faire avec quelqu'un pour accentuer le caractère ludique et plaisant d'une expression volontaire dirigée, pour s'entraîner, s'assurer, amène à considérer amplement le caractère communicatif et relationnel de l'Art.

2.3) L'être humain peut bénéficier des effets stimulants de l'Art.

²⁶ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 677

L'homme agit avec son idéal du beau, qui lui permet de rectifier, d'améliorer sa production et d'en être satisfait. L'être humain a besoin d'esthétique autour de lui pour s'épanouir. L'Art exerce un pouvoir d'entraînement et de gratification sensorielle.

2.3.1) L'Art à un pouvoir relationnel.

En plus d'un pouvoir expressif répondant à la stimulation sensorielle et intellectuelle liées à l'impression, par des modalités et capacités liées à l'expression, l'Art unit et exacerbe les capacités expressives et relationnelles.

Les paramètres de l'expression, de la communication et de la relation nous amènent à les unifier dans le processus inscrit par l'Art : c'est-à-dire, des compétences qui relèveront de l'attention, de la considération, du respect et de la confiance. Ces éléments orientent vers une mutualisation d'expériences vécues, ressenties, de sensations à partager, d'actions communes à venir et à réitérer.

L'art peut pallier à un problème relationnel dû à l'altération de mécanismes ; il peut aider à avoir une autre lecture d'une situation conflictuelle. Il véhicule des valeurs humaines qui nourrissent la relation à soi et aux autres.

2.3.2) L'Art à un pouvoir d'entraînement.

Son utilité le place comme élément d'une dynamique intérieure et extérieure de la personne. Sensorimotrice et intellectuelle, elle se répercute sur l'intérêt et la volonté d'une personne et se traduit dans l'action par le processus de réalisation et de production.

L'Art fédère autour d'une œuvre, d'une époque, d'une personne ou d'une activité ; sa manifestation publique exulte ce pouvoir d'entraînement.

Un théâtre, une salle d'exposition, de spectacle sont autant de lieux qui ont la fonction d'un contenant et d'un contenu qui suscitent curiosité et envie. Cette envie porte autant sur le contenu artistique que sur le fait que l'on peut rencontrer, échanger et partager avec d'autres personnes. Les lieux d'activités artistiques à leur tour impliquent un contenant et un contenu, qui exercent un pouvoir d'entraînement dans le sens où ils peuvent enrayer des phénomènes et éléments pouvant aboutir à l'exclusion, à l'isolement.

Ce pouvoir légitime une démarche, une action, une place dans un lieu à un moment donné. L'Art peut procurer un déclic psychique qui entraîne le corps de la personne dans l'action, comme l'écoute de la musique qui peut donner envie de battre le temps ou de danser.

2.3.3) D'autres pouvoirs expressifs sont exploitables.

La mise en exergue de capacités et compétences issues ou entretenues par l'Art peuvent orienter la personne vers un processus constructif ; constructif car il est source de renforcement et d'équilibre. Par le biais de l'Art, il est possible de trouver ou de retrouver des codes, des repères sur lesquels s'appuyer.

Dans toutes sociétés et cultures, l'Art a ses modèles et systèmes dont leur appropriation peut aider à appréhender le fonctionnement humain de la société dans laquelle il vit.

L'art permet une lecture ou relecture de l'actualité et est un outil qui peut faciliter l'acceptation d'une réalité. Nous retiendrons particulièrement le récit²⁷ de J.J.Giraud sur Frida Khalo (1907-1954) artiste- peintre qui a continué à vivre sûrement grâce à la peinture, elle apporte ainsi un exemple d'auto-thérapie afin de supporter ses souffrances.

²⁷ Extrait « Annales du Congrès d'Art et Médecine, p8

Allant dans le sens d'encourager et de faciliter l'expression humaine, l'Art a également un pouvoir éducatif et pédagogique par la transmission d'une chose, d'un savoir, d'une connaissance.

3- L'exploitation de pratiques artistiques peut favoriser le bien-être des personnes poly handicapées.

3.1) Trois pratiques choisies constituent une dominante artistique particulière.

Nous abordons la présentation des pratiques artistiques que sont la danse, la musique et les arts-plastiques. Une définition précèdera l'intérêt que porte chaque discipline dans la particularité du rayonnement, sur l'épanouissement de l'être, sa fonction corporelle, expressive, sanitaire et sociale.

3.1.1) La danse est un art d'expression corporelle.

La danse²⁸ est définie en 1175 comme une suite de pas et de mouvements exécutés le plus souvent sur un air de musique par une personne seule ou avec des partenaires.

La danse est une activité psychosensorielle et motrice tournée vers l'esthétique, elle caractérise un univers.

La danse et le corps

Le corps est dans la danse par la **kinesthésie**²⁹ qui est l'ensemble des sensations que nous procure notre corps ainsi que le sens du mouvement et des positions relatives des parties du corps.

La danse est issue :

- D'une intention particulière dans l'attitude corporelle.
- De **mouvement**³⁰ qui détermine un changement de position par rapport à un point fixe dans l'espace, à un moment déterminé du temps.
- De **geste**³¹ qui concerne les segments, porteurs ou non d'une intention de signification.
- De déplacements indiquant une direction.

Dans le quotidien, les deux sont une manière habituelle de mouvoir son corps ou une partie de son corps dans l'**espace**³². Ce dernier est considéré par son étendue en surface, sa distance entre deux points et une durée qui sépare deux moments. Le **temps**³³ est une unité mesurable, repérable dans une succession d'éléments qui constitue un avant et un après.

La danse conjugue de manière simultanée un rapport au corps à partir de principes corporels tels des éléments physiologiques et physiques (sensations, poids, gravité, flux, mécanique). La danse se vit par les sensations et repères spatiotemporels. Un rapport à l'espace différencié sous entend une organisation particulière adaptée à l'environnement corporel. La danse s'inscrit dans l'espace du lieu où elle se déroule, de la personne qui danse, des autres personnes et de leur espace de danse. Elle s'inscrit ainsi par des orientations de mouvements et des directions de déplacements. La danse est un art dramatique qui par cela intéresse les œuvres destinées à la

²⁸ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 488

²⁹ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1009

³⁰ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1203

³¹ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 834

³² Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 672

³³ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1855

scène. Ainsi, son rapport à l'espace comprend une dimension supplémentaire liée à la distance d'un espace entre, et avec un public. Lors de cours de danse, l'utilisation d'un miroir est un élément qui change l'appréhension et la perception de l'espace.

Le dernier rapport combiné est le temps qui s'inscrit dans le corps par une dimension rythmique. Et qui par exemple le matérialise par le temps d'exécution d'un mouvement ou d'un déplacement. La danse s'inscrit dans une codification du temps par la notion de tempo, de rythmes et de mélodies, de vitesse d'exécution de gestes, de mouvements ou de déplacements.

La danse entraîne une gratification sensorielle en lien avec le ressenti que procure un mouvement et la sensation que procure son extériorisation.

Rudolph Von Laban (danseur, chorégraphe et pédagogue hongrois, 1879-1958) a inventé la notation de la danse, inscrivant ainsi ses codes dans une universalité. Il apporte une classification en lien avec l'espace/le poids/le temps/ le flux.

La danse dans le soin

La danse a une fonction sanitaire. Dans la rééducation fonctionnelle, la cible d'un travail kinesthésique, d'entretien physique. Elle a une fonction thérapeutique dans des contextes à but d'expression qui peuvent viser à améliorer la qualité relationnelle, mais également dans une finalité exutoire et extériorisante. Elle est un vecteur de sensations, outil et moyen d'expression d'une douleur, d'une souffrance et canalisateur d'émotions par le mouvement et ses phénomènes associés. Sa pratique artistique affine les perceptions spatiotemporelles et proprioceptives. Dans certaines civilisations, lors de cérémonies chamaniques, la danse est utilisée pour entrer en état de transe et de connections spirituelles. La danse de la tarentelle est née de la pique de la tarentule.

Moshe Feldenkrais (israélien, 1904-1984) développe des exercices qui améliorent la conscience du corps pour une meilleure qualité de vie. Il s'est penché sur les bienfaits de mouvements ressentis, conscients et dirigés dans le domaine du soin. Dans ce contexte, la danse est donc mise au service de l'épanouissement, de la sérénité et de la guérison.

(il y a bien d'autres approches psychocorporelles : Alexander, fasciathérapie, Ji gong...)

La danse dans la société

Comme tout art, la danse par sa fonction expressive, communicante et relationnelle a une fonction sociale. C'est une expression corporelle et rythmique orientée vers l'esthétique.

Elle occupe un rôle actif entre et dans l'en dedans et l'en dehors d'une personne qui la pratique ou même qui la regarde. Le corps y est instrument d'une intention, il traduit une action dans son mouvement et son déplacement, et il y apporte une coloration dans le style, l'intention et l'exécution du geste.

Une expression indique son action en direction de personne : « mener la danse » qui est de diriger une action collective.

La fonction sociale de la danse est inhérente au besoin de s'épanouir et d'échanger avec d'autres personnes. Cet échange se justifie par la danse, dans son moyen d'exprimer sa personnalité, de s'engager physiquement dans une intention de ressenti ou d'esthétique individuelle, ou collective. Cette dimension évolue avec les notions de communication et de relation.

Danser³⁴ est un verbe originaire de la France du Nord pour désigner une danse élégante, de la belle société tandis que « ballâre » désignait des formes de danses plus populaires. Les danses nobles sont des styles anciens de danses caractérisées par l'allure et le maintien harmonieux des interprètes, elle était significative d'une appartenance sociale.

Les danses traditionnelles, elles, se construisent et se transmettent dans un contexte d'us et coutumes.

³⁴ Définition extraite du dictionnaire étymologique de la langue française, édition Quadrige/ Puf page 177

La danse regroupe dans sa pratique, dans l'intérêt et l'émotion qu'elle suscite lors de spectacle, performance et autres expériences scéniques.

Encore aujourd'hui, la danse se présente à l'homme comme moyen d'expression, de divertissement, comme élément favorisant le bien-être ou comme outil professionnel non plus seulement scénique mais également thérapeutique.

3.1.2) La musique est un art qui privilégie la dominante auditive et vibratoire.

Étymologiquement, **la musique**³⁵ du latin *musica*, du grec *mousikê*, « art des muses »¹¹³⁰. L'expression invoquer les muses, appelle à l'inspiration. Elle est définie comme l'art de combiner les sons de manière à produire une impression esthétique. On peut distinguer la musique vocale, instrumentale, écrite pour des instruments. En 1864, la définition varie, pour la désigner comme une suite de sons donnant dans une phrase une impression harmonieuse.

La musique et le corps

La musique est vibratoire et est donc privilégiée par les sens auditifs. Cependant, même une personne sourde peut apprécier ce que dégage une musique par les vibrations sonores et ainsi en tant que vibrations, perceptibles par d'autres éléments corporels. Le son (bruit ou musique), a donc des effets psychiques et physiques sur l'être. « Du trauma sonore à la béatitude, le timbre, le volume sonore, le rythme, la mélodie provoquent en nous des réactions physiques (biologiques, motrices, physiologiques) et psychologiques qu'on ne peut négliger »³⁶.

Les mécanismes d'écoute musicale sont de près les mêmes que pour l'attention requise lors de la contemplation. L'intériorisation des éléments musicaux peut instaurer la capacité à s'auto-calmer ou s'auto-stimuler, c'est une intériorisation qui peut être source de réconfort tout au long d'une vie, précieuse contre les pertes, séparations et deuils.

Par la pratique d'un instrument, elle apporte des sensations kinesthésiques, le plus souvent auprès de parties corporelles (segments). Cependant, le volume, le poids et la forme de l'instrument influent sur la mobilité et la sollicitation corporelles. Sans omettre la dimension entraînante de la musique qui parfois se mêle à la pratique même de l'instrument. Une expression traduit cette causalité « faire corps avec son instrument », épouser sa forme afin de mieux l'appréhender et l'apprécier.

La musique est une gratification sensorielle par une technique, le plaisir d'exécuter un geste ou un mouvement précis qui va avoir une incidence sonore et vibratoire dans un souci d'harmonie. Une motricité fine peut être nécessaire notamment pour les instruments à cordes et à vent. La musique est gratifiante dans le plaisir également par le résultat adapté de cette technique, résultat sensoriel spécifié par une technicité.

La musique regroupe plusieurs éléments due à sa diversité d'instruments qui même s'ils se regroupent en familles, ont chacun leur fonction, code et rendu sonore.

Edith Lecourt définit le mouvement musical « comme en apesanteur, il se déploie dans l'espace sonore, sans contrainte physique, pour le plaisir du jeu et de la maîtrise »³⁷.

Tu dois absolument parler de la musicalité de la voix, comme principal instrument vibratoire (murmurée, parlée et chantée) ; les jeux de lallation du bébé, première communication avec la mère.... (référence : la voix et ses sortilèges Marie France Casrtaède)

La musique dans le soin

³⁵ Définition extraite du dictionnaire étymologique de la langue française, édition Quadrige/ Puf page 425

³⁶ Extrait « Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 161

³⁷ Extrait « Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 164

Une métaphore est utilisée par la dimension motrice « l'impression d'être porté, transporté par la musique »³⁸.

Nous avons notamment vu dans la partie Art l'exploitation de la musique dans le domaine du soin. Celle-ci est utilisée dans sa réceptivité et dans son action. Les exemples que ce soit sous l'Antiquité ou des époques plus contemporaines démontrent et le confirment.

Dans les années 70, une musique particulière est utilisée dans les cabinets dentaires, contre l'anxiété, ou dans la préparation à l'accouchement.

En abordant le soin dans sa dimension de bien-être, les berceuses par exemple (qui nous conduisent à bercer ou à se bercer), apportent culturellement par leur caractère doux, apaisant et réconfortant. Ces éléments sont critiques dans la prévention affective et émotionnelle liées à la construction de l'enfant.

Les raisonnements du XIX^e siècle mettent en avant l'utilisation du vecteur musical dans les hôpitaux et lieux de soins. « L'ordre et la mesure que symbolise la musique doivent permettre de rétablir chez le fou, l'ordre moral et un comportement socialement adapté »³⁹.

Edith Lecourt cite Jacques Jost : « c'est par conditionnement et par suggestion que l'on obtiendra par la musique, les effets thérapeutiques souhaités »⁴⁰. Toute musique n'est pas bénéfique dans ses effets. Certaines musiques peuvent être considérées comme dangereuses, mettant en péril l'état psychique et physique de patients. Il s'agit donc de connaître et de maîtriser des connaissances et des savoirs faire allant dans le sens du soin. Le bruit, le son, peuvent mettre l'être dans un état d'excitation qui altèrent les possibilités de maîtrise de soi (corps et psyché) et de contrôle ; ce qui s'avère dangereux pour le patient et l'entourage. La musique peut dépasser le seuil subjectif des facultés et capacités d'impressions vibratoires et sonores, selon l'état sanitaire dans lequel se trouve un patient.

La musique dans la société

La musique regroupe et permet d'identifier une corporation avec ses codes et sa fonction, ce qui est le cas de la musique religieuse avec la musique sacrée, la musique profane, la musique de chambre, certaines musiques d'agrément concernant des personnes ayant des statuts sociaux particuliers. Sa pratique était également déterminée par le statut social. Elle est établie et écrite selon des règles, des lois et des interdictions. Ces dernières ont des limites repoussées par la modernité et notre époque contemporaine. La musique exprime les états d'âme d'une époque, elle a subi des interdictions induites par des lois (voir précédemment), ainsi revient le principe d'objectivité impliquant l'art et le contexte dans lequel il s'inscrit. L'écriture de la musique fut un moyen de sanctionner une pratique par une codification garante d'un idéal et lois communes. Ce qui permet également une transmission, une mémoire et une matérialisation qui peut traverser le temps. La musique est présente par la radio, la télévision, les disques, concerts, manifestations... Elle nous entoure.

Dans son aspect social, la musique rassemble lors d'un concert, d'une répétition, d'une pratique de loisirs. Elle représente des repères communs d'une époque, éléments communs liés à l'émotion. Cette forme esthétique du monde sonore peut constituer un espace de tolérance sociale, culturelle, un espace d'expression, de communication et de relation.

« Le jeu musical offre la possibilité *de retrouver ces moments de sécurité, de détente, d'apaisement dans la relation à l'autre* »⁴¹. *Pourquoi ne pas donner l'exemple des chorales ?*

3.1.3) La caractéristique des arts plastiques est à dominante visuelle.

³⁸ Extrait «Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 164

³⁹ Extrait «Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 27

⁴⁰ Extrait «Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 31

⁴¹ Extrait «Découvrir la musicothérapie » édition Eyrolles, Paris p 165

La caractéristique de cette pratique artistique réside dans sa diversité d'outils et de techniques artistiques. Leur originalité les amène à considérer les matières, les formes, les couleurs, les outils et les supports.

Les beaux-arts⁴² étaient caractérisés par certains arts-plastiques, notamment la peinture et la sculpture.

La peinture⁴³ est définie vers 1300 comme une couche de couleur, matière colorante dont sont peints un objet, une surface. La peinture est un art et une technique dans l'action de découvrir une matière.

Le dessin⁴⁴ vers 1400 est l'action de laisser apparaître son tracé, c'est un ensemble de traits représentant ou non des êtres et des choses.

Le collage⁴⁵ vers 1900 est une composition artistique fait de diverses matières, et principalement de papiers collés.

Les arts-plastiques et le corps

La couleur est un phénomène physique, elle est une perception qui met en relation l'œil et le cerveau. Elle s'offre à nous par des teintes et une caractéristique propre (clarté, saturation...).

Par la captation, les sens permettent d'éprouver de l'émotion, du plaisir, l'esprit les identifie, les compare et les classe. C'est une étape essentielle une majorité de personnes ne prennent pas le temps de sentir, **goûter** et savourer les couleurs.

La motricité fine est très présente dans le geste de dessiner ou le mouvement de peindre, ceux-ci sont précis dans l'intention de laisser une trace particulière. Les positions et sollicitations divergent selon les outils utilisés et les techniques choisies. Cependant, que se soit assis, debout ou allongé, ces pratiques impliquent le corps dans son ensemble et dans sa particularité. Ainsi, le dessin et la peinture engendrent des sensations tactiles et kinesthésiques. Elles existent pour l'être humain dans sa diversité de captations, mettant en avant la vue par la contemplation ou l'action de choisir une couleur et une forme. Le toucher concerne les outils utilisés mais également la production (support, épaisseur...). Enfin, le son est produit par le tracé, l'assemblage et le collage de matières.

Ainsi, cette pratique considérant diverses techniques et supports spatiaux, mobilise l'être dans son espace et ses codes d'application.

Nous avons vu que la peinture a pu sublimer ou illustrer de façon plus réelle le corps dans ses limites. Au même titre que des artistes atteints de handicap ou pathologie ont pu exprimer les difformités et souffrances liées à ce corps. Le dessin ou la peinture permettent de donner une continuité corporelle en intégrant l'espace de la personne.

Les arts-plastiques et le soin

Observons tout d'abord le rapport du soin aux arts-plastiques.

Hans Prinzhorn (psychiatre [allemand 1886- 1933](#)) est connu pour avoir étudié et constitué une importante collection d'art [psychopathologique](#). Dans son livre *Expressions de la Folie* (1922), il modifie le regard des artistes et de la société sur l'« art des fous » au [XXème siècle](#). Ces travaux inspirèrent [Jean Dubuffet](#) (peintre, sculpteur français, 1901-1985) pour commencer sa [collection d'art brut](#) en 1945. Les œuvres de « fous » sont alors exposées aux côtés d'œuvres d'avant-garde ([expressionnisme](#), [surréalisme](#), [cubisme](#), etc.) dans le seul but de ridiculiser ces dernières.

⁴² Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 113

⁴³ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 1364

⁴⁴ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 531

⁴⁵ Définition extraite du dictionnaire Larousse Le Lexis 2009, page 371

Les arts du dessin, de la peinture et de la sculpture sont ceux qui ont permis d'illustrer le corps dans une position anatomique, chirurgicale et rééducative. Il a donc été possible par le dessin et le point de fuite, d'élaborer les planches d'anatomies. Les tracés sont également utilisés dans l'appréhension chirurgicale en ciblant l'espace d'intervention.

Certaines thérapies utilisent l'influence des couleurs pour équilibrer et guérir. Des couleurs nous paraissent fades, franches, pures, leur perception est propre au sens de la vue mais est également conditionnée par l'histoire de la personne et des sensations qu'ont produit une teinte, une couleur. Les mécanismes mnésiques en cela sont primordiaux, car ils interfèrent ou rendent plus efficace la notion de perception. La couleur et la lumière reflètent ou influent sur l'humeur de la personne. La couleur donne une forme, une matière, un rythme dont le geste amène à une trace qui s'inscrit dans un espace.

Nous vous présentons en annexe les teintes au travers du cercle chromatique.

Les art-plastiques dans la société

Les arts-plastiques, par la peinture et le dessin ont illustré une façon de vivre et de penser. Dans le domaine religieux, les fresques peintes illustraient des scènes bibliques, le rapport du Divin et des hommes. Ils apportaient un message dans une dimension qui pouvait être « féérique ».

Ces techniques précises décoraient les manuscrits et reliures, par des techniques d'ornement et d'illustration. Ces productions constituaient une valeur dans la réalisation de l'œuvre ainsi que dans son existence une fois réalisée avec la place qu'on lui confiait au sein de la société.

Il est intéressant de se reporter au chapitre sur l'Art, afin de reconsidérer l'aspect sociétal dans lequel cet art de peindre ou de dessiner s'inscrivait. Le principe d'objectivité et de subjectivité ont entraîné une approche et une expression différenciées en accord avec les principes d'une époque. Ainsi les pouvoirs politique ou religieux en ont orienté son exploitation et ce qu'il devait en ressortir.

Dans son aspect communicatif et relationnel, l'exposition d'œuvres d'art rassemble, elle unit par des éléments ressentis, provoque échanges d'avis et de perception.

Contrairement à la danse ou la musique, les arts-plastiques considèrent déjà les traces des expérimentations, car le support premier est extérieur au corps. La matérialisation est immédiate.

La diversité des éléments qui composent les arts-plastiques présente un panel de possibilité d'expression esthétique sans toute l'exigence technique que requiert la musique par exemple.

Non pas qu'ils ne nécessitent pas de technique mais que les lois de pratique sont plus facilement accessibles et expérimentables.

3.2) La pluridisciplinarité est une réponse pertinente aux limites d'expression posées par le polyhandicap.

3.2.1) la notion de polyhandicap reflète un rapport particulier au corps, à l'espace et au temps.

Nous effectuons le parallèle entre les aspects psychocorporels et spatiotemporels nécessaires aux phénomènes d'impression et d'expression. Le polyhandicap peut présenter des handicaps sensoriels, intellectuels et physiques, ce, dès le début ou en évolution avec les répercussions de celui-ci. Tous ces éléments conjugués altèrent le bien-être et la qualité existentielle.

Le système sensoriel est d'une importance capitale dans le lien que l'on peut avoir avec l'extérieur et dans la réception d'information. Le monde intérieur de la personne est fortement fragilisé.

Dans un contexte environnemental, le corps est l'interface entre la limite du soi et de ce qui est autre. Le corps d'une personne polyhandicapée est touché dans son intégrité et dans ses fonctions. Les atteintes physiques en dehors du système sensoriel, touchent généralement la motricité et la proprioception. La marche est difficile ou inexistante, les problèmes orthopédiques sont très fréquents. Pour certains, la position verticale **sous-entend** l'entière participation d'un tiers. Ainsi, la position spatiale du corps en mouvement ou non, peut être figée dans un plan relativement fixe, et les segments soudés dans une inclinaison.

Dans le cas de fauteuil, le poids de la tête est soulagé ou tenu (en soutien ou en maintien fixe). Les paramètres cités concluent à des déficiences qui rendent **inopérants** des mécanismes capitaux dans l'appréciation globale et spécifique d'éléments extérieurs. Ces paramètres induisent une impossibilité ou une diminution de l'exploration et exploitation spatiale. L'espace d'évolution est réduit (par celui du fauteuil et cheval par exemple), des difficultés spatiales globales s'installent. Une méconnaissance est induite par manque de ces expériences spatiales (positions, orientations, directions, déplacements). L'appréhension de ces éléments caractéristiques de l'espace et de ces repères sont rendus extrêmement difficiles.

Les contextes et caractéristiques de rayonnement sont altérés, le rayonnement des éléments extérieurs n'est pas adapté au contexte de perception. Cependant, il est possible d'adapter le rayonnement ou son contexte. **(ergothérapie)**

L'appréciation des repères d'une durée (d'un moment, ou d'une journée) est relative à chaque personne. On retrouve des caractéristiques similaires induites par une grande fatigabilité, la notion d'effort (dans l'impression, l'intention et l'expression). Une action (ou son intention) met un temps **défini** par le degré d'atteinte, cela rend l'expression différée dans le temps. L'appréciation est également fondée sur la durée par exemple qui définit un espace qui sépare deux éléments, dont l'un est le point de départ de la personne polyhandicapée. Nous verrons par l'étude de cas, présentée plus loin, que le facteur temps est fortement considéré et élément d'ajustement dans la prise en charge.

3.2.2) Cependant, chacune de ces pratiques artistiques présentent un intérêt pour les personnes atteintes de polyhandicap.

Ces trois dominantes impliquent le corps dans son ensemble et de manière différente, ce qui permet un choix judicieux selon la personne mais également le moment. Ainsi, les trois composés d'une implication corporelle sont privilégiés. Les modalités de rayonnement et le traitement sensoriel des impressions amènent à **un ressenti corporel**, qui fait que l'on a conscience que son corps est inscrit dans l'espace et le temps. Ce ressenti traité psychiquement favorisera la connaissance de **la structure corporelle**, qui est l'organisation des segments en vue d'une activité. Ces deux phases permettront **la poussée corporelle**, qui est l'élan du corps que l'on donne en vue de mobiliser la masse corporelle nécessaire à l'expression. Les gratifications sensorielles deviennent un processeur de diverses sensations assimilées conduisant au **bien-être** par le bien ressentir de ses éléments corporels. Cette recherche de sensations répond à un besoin, une envie qui sont manifestés. En cela, nous plaçons la personne dans une projection agréable par l'idée et par le fait.

Dans le cadre du polyhandicap, un rhume, une grippe, une angine, peuvent avoir des conséquences qui rendent inefficace ou impossible une séance (se référer à l'étude de cas, dans la description des séances).

Les paramètres d'expression, de communication, de relation à soi et aux autres dans un but de **bien-être** et d'épanouissement sont facilités tout d'abord par le choix du médium artistique.

Chacune des dominantes présentent un intérêt différent dans la communication (qui peut être non verbale) et dans la relation. Le corps rend lisible l'intention de communication. Cette intention est d'autant plus présente lorsque la personne est considérée dans ses goûts, son style

et ses capacités. Ces dernières, en ce qui concerne l'expression et la relation, sont préservées, dynamisées et développées. L'étude de cas qui suit **le** démontre ~~de cet intérêt~~. La musique fut un bon canalisateur d'émotion et inspiration (imagination), les arts- plastiques ont permis d'orienter le travail sur la technicité et le respect des règles et la danse, pour le ressenti corporel et l'appréhension de sa structure.

3.2.3) La pluridisciplinarité artistique multiplie les contextes de rayonnement et augmente l'exploitation de mécanismes opérationnels.

L'interaction de dominantes artistiques facilite la démarche d'activité amenant à la production artistique.

La pluridisciplinarité artistique s'appuie sur des modalités de propositions élaborées sur l'aspect qualitatif des sensations et ressentis. Il est bon ~~avant~~ **au préalable**, de savoir si une chose est plus adaptée qu'une autre, en vue d'orienter une stratégie pertinente.

Au-delà des observations de l'art-thérapeute, la démarche de choix de la personne intervient. Elle peut avoir besoin d'aide et d'accompagnement pour envisager au moins deux éléments qui induiront un choix, mais également pour définir son choix. Ceci peut orienter des objectifs et faisceaux d'items facilitant ce mécanisme. Les contextes (humeur, évènement de la journée, fatigue, douleur) orientent l'intérêt pluridisciplinaire vers une prise en compte de ces paramètres.

L'interaction d'éléments issus de la danse, de la musique et des arts-plastiques apporte une complémentarité dans une démarche visant à réveiller des mécanismes (endormis et entretenir ceux opérants). Elle est également complémentaire par la diversité du type de rayonnement et de fonctionnalité. Cela laisse le choix de traiter le mouvement par le geste de peindre, de jouer des percussions ou encore de danser. Il en est de même pour l'intérêt, de ce qui se présente comme plus adapté aux capacités psychiques et physiques de la personne, de ce qui constitue un lien étroit avec ses goûts. La pluridisciplinarité artistique permet par exemple à la musique d'être une dominante dans une démarche et phénomène associé entraînant pour une autre.

Nous verrons dans l'étude de cas qui va suivre que cet élément est devenu un point stratégique non négligeable de la prise en charge dans l'atelier.

Les éléments psychiques et physiques qui fonctionnent, réagissent de manière appropriée. Le ressenti de sensations agréables est possible et les gratifications sensorielle et intellectuelle apportent plaisir et envie de refaire ou même de tenter une autre expérience.

La musique, la danse et les arts-plastiques n'offrent pas le même rapport au temps, à l'espace et au corps. De part l'utilisation pratique, chacune s'appuie sur le corps mais inscrivent la personne dans une fonctionnalité différente, au plus près de son **savoir-être** et de son savoir-faire. Ainsi, nous pouvons dire que l'interaction de chaque discipline dans une même prise en charge peut faciliter l'implication humaine.

3.3) les notions liées à l'esthétique influent sur le sentiment de bien-être.

3.3.1) L'esthétique devient processeur de gratifications corporelles et psychiques.

La notion d'esthétique est apportée par l'art et les gratifications sensorielles et intellectuelles qu'il procure. Le caractère esthétique est une définition de la qualité d'une production.

Les ressentis et l'intellectualisation permettent de qualifier le vécu comme démarche esthétique. Nous rappelons que l'esthétique tend vers l'harmonie du fond et de la forme de d'une réalisation ou d'une production, sa recherche **garantit** un rapport cohérent entre la pensée, l'intention, l'action et la production.

La recherche esthétique donne un sens et un cadre à la démarche artistique qui implique l'être dans sa fonction psychique et physique. Les gratifications ressenties telles le plaisir (d'envisager de faire ; de faire puis de voir ou montrer ce que l'on a fait ; de faire avec, ou ensemble), sont des éléments moteurs de l'implication humaine. Ces gratifications intellectuelles et sensorimotrices favorisent une recherche dont les étapes à vivre sont agrémentées d'éléments artistiques facilitateurs et processeurs.

Les notions d'activité artistique (en art-thérapie) et d'esthétique décomposées et structurées permettent non seulement d'aborder ces éléments, mais également d'intervenir dessus d'un point de vue intérieur et extérieur de la personne. Les gratifications amènent **elles-mêmes** à une expérience gratifiante, procurant à son tour des sensations plaisantes. Ces éléments successifs constituent une boucle qui, bien agencée et entretenue dans sa fonction, devient une boucle de renforcement, à l'opposé de la boucle d'inhibition qui s'alimentera de sensations déplaisantes et d'expériences désagréables nuisibles à la personne et retirant tout sens et bénéfices de l'action.

Les gratifications psychocorporelles amènent la stimulation et la valorisation de mécanismes mnésiques, de représentation et d'intégration nécessaires à un savoir-faire. Ces gratifications sont d'autant plus à considérer qu'elles interviennent par et sur des mécanismes sensoriels, psychologiques et physiques.

Les gratifications qui poussent à un mouvement volontaire dirigé vers un but esthétique et dont ce mouvement répond à une intention et une attente redonnent confiance par le ressenti adéquat. Des mécanismes sont désinhibés ce qui aidera à l'affirmation de soi et à l'estime de soi.

3.3.2) Les capacités esthétiques deviennent un potentiel.

Un potentiel est une ressource qui rend une action possible. Dans le potentiel intervient la faculté et la capacité de la personne. La première est la qualité de celui qui est apte à faire quelque chose et la deuxième s'exprime par le pouvoir physique et moral qui rend un être capable d'agir. Les deux se rapportent à l'être et à son action, donc à la nécessité d'une implication psychique et physique.

Le potentiel est une combinaison d'un savoir-être et d'un savoir-faire mis en application dans un domaine précis. Ici, il est exprimé et exploité dans une dimension humaine et artistique.

Le potentiel humain détermine l'existence de principes liés à l'expression, à la communication et à la relation. Les capacités esthétiques peuvent enrichir les facultés humaines en ayant des répercussions favorables sur le caractère de l'expression, sur le fait d'établir une communication ou encore de vivre des relations qui déterminent l'épanouissement de l'être.

La gratification vécue par l'esthétique développe des capacités esthétiques qui organisées deviennent un potentiel à rendre opérant. Son exploitation permettra de cibler des mécanismes afférents à la confiance en soi, à l'affirmation de soi et à l'estime de soi, indispensables à une visée de bien-être avec soi et avec les autres.

L'épanouissement est optimisé par les capacités esthétiques qui aident à faire des choix en lien avec sa personnalité, ses affinités et ses valeurs. La capacité esthétique est une capacité à juger (jugement esthétique), à apprécier un élément. Elle permet d'affiner et d'équilibrer les notions d'objectivité par la capacité critique où le référentiel est extérieur et de subjectivité par la capacité de critique où le référentiel est soi. La notion de choix résulte d'une différenciation et d'une préférence entre (au minimum) deux éléments. Ce va et vient souhaité, établit un rapport entre des critères nous correspondant, tout en permettant la reconnaissance de l'extérieur, réunit dans une démarche, dans une action et son appréciation.

La capacité esthétique implique une faculté de critique qui peut faciliter la prise de décision, d'effectuer et d'assumer un choix, ce qui favorise une certaine autonomie.

Cet élément d'autonomie par un choix ou une prise de décision est à retenir comme très intéressant et pertinent dans le parallèle que nous tentons d'établir avec les notions du polyhandicap.

3.3.3) les phénomènes issus de ces pratiques artistiques engendrent plaisir et bien-être.

Le plaisir et la sensation de bien-être déterminent un état qui atteste d'un bon échange entre le monde intérieur et extérieur de la personne. Les phénomènes engendrés par l'activité d'une pratique artistique opèrent sur les pénalités ou les conséquences qu'elles ont sur la vie d'une personne atteinte de polyhandicap.

La dynamique artistique favorise l'implication humaine et l'exploitation esthétique dans un but de valorisation et de bon fonctionnement des mécanismes sollicités. Ce sont autant de phénomènes à exploiter afin d'impulser, d'entretenir et de développer la sensation de bien-être de la personne ayant des conditions de vie difficiles. Cette sensation est agrémentée par le caractère agréable et structurant du processus de réalisation, tout comme celui des relations humaines qui peuvent en découler ou s'en trouver modifier.

Les capacités d'impression et d'expression sont optimisées, facilitées et reconnues ; organisées elles sont susceptibles de modifier positivement les humeurs, les envies, les manifestations physiques. Nous avons précédemment vu le lien qu'il y a entre la confiance que l'on s'accorde pour envisager une action, l'affirmation que nous assumons dans cette action et l'estime que nous portons au rendu de notre intention et de notre action. Cette action peut être une activité artistique et cependant servir des actions quotidiennes.

Les résultats escomptés relèvent non pas de remèdes par rapport à un soin mais assurément de pansement et de modification de ce qui interfère à un soin optimum. La fonction de canalisateur qui peut être induite, aide à gérer les émotions envahissantes et ceci est annexe au soin. Cette gestion passe par la possibilité de les exprimer, le soulagement procuré est favorable au fait de se sentir mieux. Ce qui est utile dans le cadre artistique l'est dans et pour le fonctionnement humain. Les caractères échappatoire et exutoire sont utiles à mieux accepter des pénalités et conditions d'existence.

Tout comme la recherche esthétique, la recherche de bien-être est une quête d'équilibre et de cohérence entre ce qui est visible de la personne et ce qui ne l'est pas mais qui cependant existe. Les émotions accumulées peuvent passer et être véhiculées par le rythme, une danse, une peinture sans mettre la personne en danger. Cependant, cela nécessite une organisation et une méthodologie de ces applications.

C- L'Art- thérapie peut améliorer la qualité de vie des personnes poly handicapées.

1- Des domaines de compétences définissent l'art- thérapie.

1.1) L'art- thérapie est un métier à part entière.

L'art-thérapie utilise des méthodes et moyens adaptés aux qualités humaines et s'appuie sur les facultés émotionnelles, expressives et communicatives de l'Homme en relation avec son environnement.

L'art-thérapie n'est pas une invention qui réponde à la mode et aux dérivés de médecines douces (voir les exemples apportés lors des chapitres précédents), elle a toujours existé.

1.1.1) L'art- thérapie à une finalité thérapeutique et humanitaire.

Si l'art est une activité humaine spécifique faisant appel à des facultés sensorielles, esthétiques et intellectuelles, la thérapie se rapporte directement au traitement de maladies et à leurs guérisons.

Ainsi l'art est associé au soin afin d'optimiser les effets d'une intention thérapeutique, ici, l'activité artistique est exploitée dans un but de soin.

L'**AFRATAPEM***, définit les principes de l'art-thérapie comme suit :

« L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique », « les indications médicales majeures de l'art-thérapie sont les troubles de l'expression, de la communication et de la relation »⁴⁶. L'art-thérapie s'adresse à des personnes ayant des déficits physiques, psychiques ou socio-relationnels.

Son caractère original s'inscrit dans une démarche d'exploitation sanitaire de l'activité artistique. Aujourd'hui, ce métier est aligné sur les professions paramédicales, son exploitation artistique regroupe toutes les disciplines artistiques.

L'art-thérapie s'adresse à toutes personnes dont la qualité existentielle est malmenée, dont l'épanouissement est freiné ou empêché. Les effets expressifs et stimulants de l'art visent à cet épanouissement en favorisant et en développant le potentiel artistique et humain de la personne dans un but de mieux vivre. Le fait de vivre et de se maintenir en vie engendre une articulation d'éléments qui nécessitent découverte, restauration, entretien ou amélioration. Nous ne parlons pas là de performances d'une machine mais bien de mécanismes et d'ensembles de mécanismes qui permettent la vie et le maintien de la vie dans un contexte optimum.

L'art et ses effets sont utilisés à des fins thérapeutiques par l'homme depuis des siècles, néanmoins, en France, un cadre professionnel et spécifique définissant le métier d'art-thérapie est plutôt récent et date des années 1970. C'est donc un métier en devenir dont la spécificité unit les sciences de l'Homme et de son environnement, les sciences de l'Art et de la médecine. Cette unification est au service d'un équilibre et d'une cohérence entre ce qui caractérise le monde intérieur et le monde extérieur de la personne prise en charge. L'art-thérapie évolue avec l'Homme et les contextes environnementaux, il en aiguise ses fondements et théories, en assure ses modalités d'actions et de transmission, dans le but de maintenir son processus d'existence et de pertinence.

Un cadre professionnel et déontologique définit et régit les domaines de compétences et de responsabilité qui incombent à ce métier.

1.1.2) L'art- thérapeute est un professionnel.

L'art-thérapeute exerce une profession dont les études sont sanctionnées par un Diplôme. Ce diplôme assure le suivi d'une formation théorique, technique et pratique qualifiante et reconnue. Ainsi, l'art-thérapeute assure dans sa recherche et dans sa pratique des codes d'application et de déontologie qui s'imposent dans les métiers médicaux et paramédicaux.

Les contenus d'enseignement structurent et organisent un savoir être et un savoir faire mis en pratique dans le cadre d'une prise en charge d'art-thérapie.

Etre soignant implique la considération d'une personne envers une autre personne, dans le cadre de la santé, une multitude d'axes détermine une progression sanitaire.

L'art-thérapeute exploite les effets produits par, pendant et après l'activité artistique, cela sous entend d'acquérir des connaissances et une méthodologie scientifique, artistique et sanitaire.

Il dispose de compétences artistiques, thérapeutiques et intervient directement sur les effets inhérents à l'art.

⁴⁶ « Art- thérapie, Repère métier, publication AFRATAPEM, Avril 2009 »

Dans la préface du livre « Tout savoir sur l'art-thérapie », le Professeur Emile Aron, Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Tours, introduit « comment l'art qui est porteur en lui-même, d'éléments actifs sur l'Homme, peut, lorsqu'il est exploité par un art-thérapeute, s'intégrer au processus thérapeutique »⁴⁷.

Suite aux paramètres décrits plus haut quant à l'évolution de l'art-thérapie en lien avec l'évolution de son contexte d'application, l'art-thérapeute doit se former en vue d'entretenir ou de perfectionner ses connaissances et son **savoir-faire** afin que les contenus thérapeutiques restent au plus près du patient. Une pratique professionnelle en direction de personnes fragilisées justifie une formation spécifique et continue.

L'art-thérapeute évalue son travail et s'engage dans un travail d'équipe afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique d'une personne accompagnée et soignée par d'autres professionnels. Les contenus de formation permettent un langage et des codes communs compris de tous avec la prise en compte des outils propres à chacun.

1.1.3) L'art- thérapeute s'inscrit dans un travail d'équipe.

Être soignant implique la considération d'un être humain envers un autre être humain. Dans le cadre de la santé, il y a la nécessité d'une méthodologie pour déterminer une progression sanitaire. Cette méthodologie implique un travail d'équipe pluridisciplinaire dans le but de regrouper et recouper tous les éléments concernant un patient afin de les utiliser avec stratégie. L'art-thérapeute exerce donc son métier en étroite collaboration avec les professionnels des secteurs médicaux, sanitaires ou sociaux selon les lieux de ses interventions et les personnes à qui il s'adresse.

Il est primordial de connaître les diagnostics et soins prodigués, les prises en charge effectuées et leurs bilans, les conditions de traitement et leurs effets. Il s'agit de recueillir et d'alimenter des contenus informatifs déterminants dans le soin du patient, d'avoir une lisibilité globale en vue de l'affiner par un soin spécifique. La reconnaissance professionnelle mutuelle et le travail d'équipe permettent tant de travailler sur des causes, des conséquences que sur la possibilité de vivre avec.

Par exemple, selon sa stratégie l'art-thérapeute se rapprochera de l'animateur dans sa fonction d'enclencher ou de réenclencher l'activité, de stimuler et donner du sens à la vie malgré une souffrance. Il se rapproche aussi de l'éducateur dans la restauration de valeurs, de repères.

« L'art-thérapeute en spécialiste doit être capable de proposer, contrôler, adapter, modifier la nature du pouvoir et des effets inhérents à l'art suivant les pathologies et les problèmes posés afin qu'ils intègrent, voire modifient un projet thérapeutique. » « L'art-thérapeute s'impose comme intervenant privilégié dans des domaines humains aussi variés que l'émotion, le plaisir, l'idéalisation, l'expression ou la communication... »⁴⁸.

L'équipe pluridisciplinaire permet un regard objectif des problématiques traitées, il permet un enrichissement mutuel et une mutualisation de compétences.

1.2) L'art- thérapie a pour but de revigorer ou de restaurer la qualité existentielle des personnes.

1.2.1) La qualité existentielle fait partie de la qualité de vie de la personne.

La qualité existentielle est issue d'expériences concrètes de notre existence à partir du moment où l'on est conscient d'être vivant. Ce sont ces expériences de vie et les facultés humaines qui nous amènent à rechercher une certaine qualité existentielle. Celle-ci est en péril au travers de

⁴⁷ R. Forestier « Tout savoir sur l'art-thérapie » p5-6

⁴⁸ R. Forestier « Tout savoir sur l'art-thérapie p30

pénalités existentielles que sont la maladie, le handicap ou des blessures et épreuves de vie. Tous ces paramètres regroupés sous la terminologie de pénalités représentent autant de difficultés que d'obstacles à une recherche de bien ou de mieux être dans sa vie.

Nous savons que les personnes atteintes de polyhandicap multiplient les pénalités. Ces dernières existent et demeurent dans la définition du premier handicap mais s'y ajoutent des pathologies issues ou annexes. L'ensemble de ces éléments fragilise et pénalise les personnes au travers des trois domaines d'autonomie affectés. Ces domaines recouvrent les notions physiques, psychiques et sociales de la personne et en cela aborde les paramètres d'expression, de communication et de relation.

Ainsi, pour certaine personne il s'agira de raviver la qualité existentielle en redonnant un sens à la vie. Où encore de restaurer ou de redonner vie à des mécanismes et ensemble de mécanismes défectueux dans leur fonctionnement isolé et dans leur fonctionnalité commune.

Et enfin, rééduquer la qualité existentielle et apprendre à pallier aux mécanismes défaillants en s'appuyant sur ceux qui fonctionnent.

Par ces trois points, qui chacun oriente une démarche et stratégie thérapeutique dissociée, la notion de polyhandicap amène à travailler sur ces trois domaines.

1.2.2) Or, l'art- thérapie peut aider les personnes à mieux vivre avec les conditions et les problèmes engendrés par le poly handicap.

Autant le handicap a permis de voir l'Art autrement, que l'Art a permis de voir l'handicap autrement.

Les modalités de vie des personnes polyhandicapées, les conduisent majoritairement à être accueillies en institutions spécialisées en hébergement ou pour la journée.

Prenons l'exemple des MAS* créés dans le but d'accueil, d'accompagnement et de soins adaptés aux mesures du polyhandicap. Ce cadre institutionnel légitime et performant, engendre également des paramètres de vie pour les personnes placées ainsi en collectivité et dont le quotidien est rythmé par l'organisation et la succession de soins et de confrontations à d'autres handicaps. Cet élément peut grandement affecter les personnes conscientes d'être vivantes et des réalités de leur vie.

La pertinence de l'art-thérapie notamment à pluridisciplinarité artistique auprès de ce public paraît être également multipliée. Au même titre que le polyhandicap multiplie les pénalités, l'art-thérapie multiplie les possibilités de pallier aux conditions et problématiques engendrées par le polyhandicap. Les éléments sensorimoteurs sont à exploiter, les facultés intellectuelles et esthétiques, les histoires de vie sont à considérer. Tant que nous sommes en vie, une dynamique s'impose et s'offre à chaque être. Le polyhandicap n'est pas hermétique à ce processus de potentialisation et d'exploitation favorable au mieux être malgré le handicap et la pathologie.

Le travail d'équipe et une prise en charge collective interagissent avec la notion de collectivité vécue par la personne, une prise en charge individuelle aura une autre interaction avec et pour la personne vivant en institution.

L'atelier d'art-thérapie est un lieu, un espace déterminé dans le temps et dans l'institution où il s'y passe un événement thérapeutique individuel et personnel. Un cadre qui favorise l'expression, la communication et la relation à soi et aux autres.

L'utilisation des effets de l'art éveillent les mécanismes endormis, oubliés, stimulent les mécanismes fatigués et entretiennent ceux qui sont opérants.

Le polyhandicap est une atteinte à vie, qui au gré de cette dernière, évolue vers le moins, moins d'autonomie, moins de possibilités, moins d'envie... Cependant, la notion d'art-thérapie existe et est structurée en vue de répondre à ce genre de problématique justement et en cela, est

adaptée et justifiée pour un public polyhandicapé. Nous verrons plus loin des exemples de situations et notamment une étude de cas confirmant l'aide apportée par une prise en charge art-thérapeutique.

1.2.3) Si la qualité existentielle est restaurée, il faut qu'elle soit entretenue.

Nous avons précédemment vu que la qualité existentielle peut être :

- Ravivée en stimulant l'énergie motrice et psychologique afin de rendre les personnes « plus vivantes ». Cet objectif est particulièrement adapté *aux personnes plus d'envie, de projet. ???*
- Rééduquée en sollicitant et en utilisant les parties saines et opérantes.
- Restaurée par cette approche appropriée pour les personnes polyhandicapées en exploitant des fonctions et mécanismes, tout en stimulant des potentialités enfouies.

En palliant aux mécanismes qui dysfonctionnent et en stimulant et valorisant ceux opérationnels, nous ravivons le potentiel de la personne et la prise de conscience qu'elle en a. Ainsi au-delà de ce qu'elle peut et se sent capable de faire, cela ravive le regard positif qu'elle porte sur elle-même.

Par leur caractère original les personnes ne présentent pas les mêmes besoins. L'entretien d'une qualité requiert un état des lieux psychique et corporel conscient permettant de ne pas s'enfermer dans un « tout handicap » globalisant et en cela ignorant des mécanismes en interaction les uns avec les autres mais également dissociables dans leur fonctions et capacités. La personne peut ainsi oublier que son existence est un tout, composé d'éléments, qui dissociés ou assemblés, offrent de nouvelles possibilités.

Le contexte du polyhandicap et la personnalité qui compose l'individu orienteront la prise en charge par l'un des angles présentés ci-dessus.

Toute évolution et progrès n'étant pas acquis est à entretenir afin de consolider ce qui a été travaillé.

Un protocole de prise en charge sera établi afin de répondre et de garantir l'intérêt thérapeutique de la personne.

1.3) Le protocole thérapeutique assure le cadre de la prise en charge.

1.3.1) Le protocole thérapeutique définit et organise les modalités de la prise en charge.

Le protocole thérapeutique fait suite à une indication de prise en charge, il représente la faisabilité et tous les éléments nécessaires à sa mise en place.

Le protocole est élaboré avec les professionnels intervenants auprès de la personne qui a une indication médicale pour une prise en charge. Le protocole s'inscrit dans une démarche d'équipe pluridisciplinaire afin de garantir et définir le projet thérapeutique de prise en charge.

Il définit le cadre organisationnel, de déroulement et de suivi thérapeutique ainsi que toutes les modalités contractuelles et administratives (coût de la prise en charge, le cadre de fonctionnement et le matériel nécessaire) relatives à la faisabilité du projet de prise en charge.

Le protocole conventionne la mise en place d'un atelier d'art-thérapie, il y aborde à qui il s'adresse, le projet en terme pratique, les personnes responsables et associées à la prise en charge ainsi que les lieux et horaires de déroulement de façon individuelle ou collective.

1.3.2) Le protocole permet l'élaboration d'un projet thérapeutique spécifique et organisé.

Au-delà d'un cadre global de fonctionnement, le protocole thérapeutique organise de manière spécifique le projet de prise en charge. Plus il sera précis et plus les contenus de déroulement seront précis ainsi que le rôle qui incombe à chacun.

Le projet n'est pas une finalité du protocole mais un moyen d'atteindre des objectifs thérapeutiques validés par une équipe et la personne concernée. Ainsi, grâce à cette « convention collective » d'action thérapeutique, chaque personne concernée peut s'y référer en information ou pour confirmation de questionnements ou de doutes intervenants avant ou en cours de prise en charge.

Le protocole rendra lisible l'observation (état de base) effectuée avant la prise en charge, les objectifs thérapeutiques globaux et intermédiaires définis pour celle-ci, le projet, ainsi que les moyens à disposition qui seront utilisés pour la mise en place effective.

Par le projet, le protocole est **inclu** dans la stratégie thérapeutique.

1.3.3) Le protocole est garant du suivi et de la cohérence thérapeutique d'une prise en charge.

Le protocole établissant le cadre, le contenu et tout ce qui s'y rapporte, devient garant d'éléments prédéfinis et validés dans une finalité thérapeutique.

Chaque prise en charge nécessite la connaissance du patient et de son environnement, l'historique des soins et prise en charge prodigués. Ces éléments réunis apportent une connaissance à partager dans un cadre de réserve.

Une fois en place, le projet thérapeutique répond à des attentes de modification et d'amélioration d'éléments concernant le patient. Ces domaines d'évolution sont répertoriés comme éléments de **travail** de l'art-thérapeute qui les communiquera et fera en sorte qu'ils soient lisibles et compréhensibles afin de garantir un emboîtement **réfléchi**, analysé et ajusté.

Le protocole est une **garantie** car il indique via le projet une méthodologie et des stratégies qui assurent la démarche bienveillante et professionnelle. Il stipule également les temps de travail en face à face avec le patient et en réunion avec les autres professionnels, les outils de liaisons et de communication.

Il permet un retour en arrière sur des points, une avancée dans le présent avec des outils adéquats à un suivi de déroulement et des éléments permettant une perspective.

Nous verrons plus loin les outils permettant la mise en place, le suivi des séances, l'évaluation des actions et d'éléments de la personne en lien avec ces actions ainsi que ce qui relève d'un bilan de prise en charge.

2- L'art thérapie utilise des modèles théoriques, une méthodologie et des outils spécifiques adaptés à ses domaines de compétence.

2.1) L'art- thérapie s'appuie sur des modèles théoriques.

Ceux présentés ici sont tirés des modèles théoriques et applications pratiques de l'A.F.R.A.T.A.P.E.M.

2.1.1) L'art opératoire est un fondement théorique.

La théorie de l'art opératoire (modèle théorique et pratique) met en relief la corrélation des composés de l'être humain avec les éléments de l'activité artistique (phénomènes d'impression et d'expression liés à l'intention, l'action et la production artistique).

Cette théorie matérialise le temps, d'un début d'expérience, d'une expérience vécue et d'une finalité aboutie de cette expérience qui se veut thérapeutique.

Elle considère une notion du Bon, du Bien et du Beau qui relèvent de l'interaction entre le monde intérieur et extérieur de la personne, dénommée le ressenti esthétique.

Le BON établit le rapport entre la réception et la réaction, il traduit l'intention par l'expression. C'est une tension archaïque, volontaire et dirigée vers un but. Il est en lien avec ce que l'on ressent dans l'action. Il exprime les goûts de la personne et en cela, implique la confiance en soi. Le Bon sollicite la faculté de choix et de prise de décision, ainsi que certaines représentations artistiques qui permettent une conscience critique dans la réalisation d'une production. La personnalité induit si la personne sera plus dans l'imitation ou dans la recherche imaginative, dans une situation thérapeutique, ces éléments constituent un faisceau d'item. Dans l'aspect relationnel, le Bon peut être un élément commun à deux ou plusieurs personnes, que ce soit dans un duo de danse ou dans les sensations lors d'un chant polyphonique.

Le BIEN établit le rapport entre la volonté et la possibilité, il traduit l'action par la technicité. Il relève du ressenti juste dans l'action (expériences physique et psychique), qui est possible par l'affirmation de soi et de ses goûts, qui elle-même favorise le sentiment que l'on a bien fait. L'activité et la réalisation d'une production est un passage à l'œuvre, sans la connaissance de l'œuvre elle-même, puisqu'en cours de réalisation. Le Bien y exprime donc les goûts, l'expression de sa personnalité par un style qui répond également à une technicité. Cela équivaut à se demander si l'action est bien faite par une méthode, une technique, des outils choisis et adaptés. Le Bien va de la sensation pure à la sensation traitée intellectuellement. L'action est une expérience qui intégrée, devient une connaissance et un savoir faire, c'est une activité intentionnelle personnalisée. Il se rapporte aux sensations kinesthésiques et intellectuelles, il établit un rapport entre vouloir et pouvoir.

Le BEAU établit le rapport entre l'idée de la production et son résultat, il traduit la production par les capacités esthétiques. Il se rapporte à la sensation esthétique d'un élément, d'un rendu, d'une action concrétisée par une production. Il établit le rapport entre le Bon et le Bien, dans l'œuvre ou sa réadaptation qui confirme que la personne dispose d'un regard critique et une capacité de critique. Il traduit un idéal esthétique entre la représentation d'une chose et la chose elle-même. Le rapport harmonieux entre le fond (pensée) et la forme d'une production est un idéal esthétique. Ce dernier ayant entraîné soit des œuvres d'imitation à partir de critère universel soit des œuvres de création à partir des critères de l'artiste. Le fond concerne les domaines de l'affect et de la sensibilité relative à la subjectivité. La forme relève du domaine de l'intellect, de la connaissance, d'une signification collective et donc objective. La forme a des codes propres à la nature de la discipline artistique.

En pratique, ils sont distingués dans l'expression de l'art I, expression instinctive et anarchique qui fait appel à l'instinct « primitif », comme celui du nourrisson par exemple. Et l'expression en art II qui elle est organisée, sophistiquée, elle fait intervenir l'instinct supérieur, comprenant

la réflexion et l'intentionnalité. Ce principe entre l'art I et l'art II utilise le corps dans sa fonction sensorielle, motrice en corrélation du traitement intellectuel sophistiqué.

2.1.2) Le phénomène artistique permet une approche méthodologique de l'opération artistique

L'opération artistique est un modèle théorique qui organise les éléments de l'activité artistique. Elle permet d'identifier les phases liées aux phénomènes d'impression et d'expression en lien avec les paramètres d'intention, d'action et de production. Elle met également en relief les mécanismes qui fonctionnent et ceux qui dysfonctionnent, et ainsi, identifie des sites d'action thérapeutique et faisceaux d'items sur lesquels nous allons travailler.

L'opération artistique permet non seulement d'organiser, mais également de réajuster et de réorienter des objectifs thérapeutiques intermédiaires. Il nous paraît important d'intégrer ici un récapitulatif des huit phases à penser avec un principe de double flèches qui indique le va et vient d'une activité réfléchie et interactive, (le principe du schéma est en annexe 1):

Il nous faut considérer **l'avant** qui caractérise l'être humain dans une continuité de la vie. Ceci tient compte d'autres accidents spatiotemporels, d'une histoire (vécu, savoirs, culture, des connaissances et représentations).

1 est une chose, une personne qui matérialise un accident spatiotemporel, en attente de captation (une œuvre, une musique...).

2 représente le rayonnement qui permet cette captation (contexte, environnement...).

3 est la personne qui capte selon ses mécanismes biologiques et de traitement intellectuel archaïque des sensations (cela comprend des éléments physiologiques, psychologiques, physiques, neurologiques).

4 est une phase de mécanismes et traitement intellectuel sophistiqués, d'intentionnalité et de volonté. Cette phase est la manifestation du passage de l'impression à l'expression, car ce qui suit est dans l'action.

5 concerne l'élan corporel qui répond à une intention, sa manifestation passera par une tension physique en lien avec l'étape de captation. **5'** caractérise le fait de contempler.

6 représente un savoir faire, une technicité qui répond à l'envie de réaliser une action spécifique.

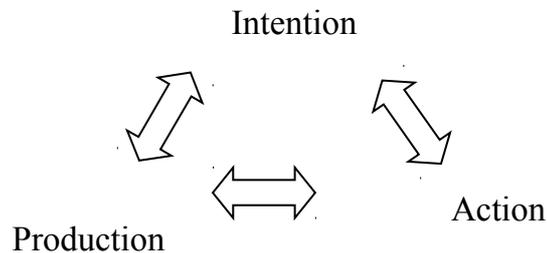
7 concrétise toutes les étapes par une production artistique que l'on a pu ajuster et modifier au cours de la réalisation.

8 est l'aspect mondain de la production, l'après avoir produit. Le rapport entre la personne qui a fait et la production qu'elle a réalisée, y a-t-il une distanciation, est elle partagée, est elle détruite... Il peut être souhaité que cette production rayonne à son tour.

1' est la continuité de l'opération à partir d'un nouvel avant lié à cette expérience.

Le phénomène artistique est l'élément visible et observable de cette organisation, et permet de lire le fonctionnement humain par et dans cette activité, afin de donner des pistes

thérapeutiques. Sa fonction dans l'activité artistique est entre autre établie avec le rapport du **bon** (expression), du **bien** (technicité) et du **beau** (production). Le modèle de son principe d'articulation est repris sur le modèle du principe pratique du phénomène artistique proposé par Richard Forestier⁴⁹.



2.1.3) L'exploitation thérapeutique de l'activité artistique est l'outil privilégié de l'art-thérapie.

L'utilisation des modèles théorique et pratique permet d'observer des points précis, de décomposer une problématique liée à un dysfonctionnement. Il permet surtout de considérer une personne prise en charge dans son intégrité physique et psychique.

En art-thérapie, le Bon correspond à un équilibre psychique et corporel dont l'intention et l'action sont en lien avec la notion de plaisir et de gratifications sensorielles. Cela équivaut à se demander si le vécu de cette intention et action est agréable et en adéquation avec ce que l'on attendait.

Nous considérons le Bien comme la volonté et la possibilité de faire des mouvements ordonnés, contrôlés et affinés, en vue d'une intention et d'une technicité adaptée. Le Beau est considéré comme le résultat adapté à l'idée lors de son élaboration, ceci tient compte de la capacité à réajuster en cours de réalisation afin de s'assurer que l'on est au plus près de son idée, il faut également être capable de prendre du recul par rapport à sa production.

La lecture art-thérapeutique de l'activité artistique met en exergue les phénomènes liés à l'impression. Elle favorise l'organisation psychique et physique en vue de s'exprimer de manière adaptée. Elle valorise l'expression d'un potentiel artistique et de la personnalité. Elle inscrit dans un processus d'intention esthétique et de gratifications sensorielles et intellectuelles. Le phénomène artistique qui est la lecture de cet outil, fait l'interface entre l'être et l'art (I et II).

Le traitement de l'activité artistique permet de renforcer des mécanismes défaillants, perturbés, oubliés. Il suscite l'inscription de la personne dans un plaisir et une émotion esthétique, dans un projet qui donne du sens à une implication de tout son être, ayant des répercussions positives sur sa qualité de vie.

Les phases et mécanismes cités au cours de ce mémoire sont traités de façon spécifique dans un ordre particulier avec des modalités de références qui assurent la justesse et la pertinence des propositions à suivre dans la prise en charge.

2.2) Une méthodologie adaptée répond aux exigences thérapeutiques.

2.2.1) La prise en charge nécessite la considération de l'état de la personne.

⁴⁹ R.Forestier « Tout savoir sur l'art-thérapie », p54

Nous appelons état de base, l'état par lequel se présente la personne lors de la première rencontre avec l'art-thérapeute, avant la prise en charge. Un état physique et psychique lisible et palpable par des éléments d'observation et des questions qui lui sont posées directement.

Ce premier entretien permet un aperçu global de la personne et de la situation qui prédéfinit la proposition thérapeutique. Cet entretien permet l'anamnèse du patient renforcée ou contredite par les informations recueillies dans le dossier médical. Ces informations recueillies auprès de la personne porteront également sur sa façon de se présenter, de se comporter et de venir à la rencontre de l'autre. Ces éléments permettent un aperçu de la personne au vue des caractères concernant l'expression, la communication et la relation et par la même, la confiance, l'affirmation et l'estime qu'elle a d'elle-même. Il est certain que sur un temps particulier comme un entretien, ces éléments ne sont pas analysables de suite mais lancent de sérieuses pistes. Cependant, cela nous oriente vers une considération thérapeutique à affiner par d'autres éléments de recherche et de compréhension.

Une prise en charge sera d'autant plus efficace en connaissant tous les paramètres concernant le patient, car ces derniers, internes ou externes à la personne, rendront juste et adaptée la proposition de l'art-thérapeute. Il est important de connaître le contexte familial s'il existe, de savoir si l'on peut s'appuyer sur des personnes de l'entourage ou au contraire si elles caractérisent un élément perturbateur de la prise en charge.

Toutes ces données relatives à l'état de base apportent des apports fondamentaux quant à la pertinence et au caractère de bienfait de la prise en charge et de ses répercussions sur la personne et son quotidien.

Nous allons voir l'importance capitale des outils d'observation faisant suite à cet état de base.

2.2.2) La définition d'objectifs général et intermédiaires permettront d'atteindre un but fixé.

L'état de base de la personne étant effectué, apparaissent des éléments sur lesquels il nous semble important et pertinent d'intervenir avec l'art-thérapie et ainsi nous allons orienter notre travail.

Différents paliers transparissent ce qui élabore les étapes thérapeutiques nécessaires pour atteindre un but fixé qui est l'objectif thérapeutique global. (oulalalala peux-tu faire plus simple ?)

La mesure de cet objectif global permettra une estimation de la complexité et de la durée de la prise en charge. Cette estimation comme sa définition l'indique, n'est pas immuable car l'atteinte de ce but engendre des étapes qui définissent des ~~sous~~ soins ? objectifs qui eux sont intermédiaires.

L'objectif thérapeutique est une définition qui a pour but de favoriser le bien-être de la personne pénalisée par son polyhandicap. Cet objectif global concerne l'équipe pluridisciplinaire car il reflète un besoin global réel qui interfère sur un ensemble de mécanismes qui concerne plusieurs disciplines professionnelles.

Le protocole insère donc l'objectif thérapeutique global afin d'agir et de mettre en lien des éléments dans un but commun pour la personne. D'autre part cela assure que les différentes propositions répondent à une problématique réelle et que les étapes sont réfléchies, analysées et ajustées au mieux aux besoins du patient et aux critères thérapeutiques prédéfinis.

Il est indispensable que le patient soit associé à la définition d'objectifs afin de l'impliquer dans sa démarche thérapeutique et qu'il l'a comprenne.

La définition d'objectif global et intermédiaire est à la genèse de l'action thérapeutique, elle induira des moyens et une méthodologie pour y répondre.

2.2.3) Des moyens adaptés concrétiseront la mise en place d'actions thérapeutiques.

Nous comprenons ainsi que l'élaboration d'un projet thérapeutique est une articulation complexe d'éléments globaux dissociables de façon spécifique.

La méthodologie qui naît avec l'état de base de la personne, nous conduit vers des objectifs thérapeutiques et évolue, par sa nature, vers la nécessité de moyens et d'outils.

La stratégie thérapeutique, qui est la façon dont nous allons nous y prendre et ce que nous allons utiliser, est un moyen d'atteindre l'objectif global.

Le projet thérapeutique est un cadre, l'atelier d'art-thérapie est un lieu et l'activité artistique qui s'y déroule permet l'exploitation de l'opération et du phénomène artistiques comme moyens d'action sur des éléments à faire émerger, à développer, à entretenir, à atténuer, ou sur lesquels s'appuyer.

La dominante artistique est un moyen de favoriser l'intérêt et l'expression du patient, un support artistique en vue de modifier des phénomènes humains. C'est un moyen d'atteindre un but thérapeutique en véhiculant des éléments psychiques et physiques susceptibles d'améliorer ou d'équilibrer l'échange entre le monde intérieur et extérieur de la personne.

Avoir les moyens et disposer de moyens assurent d'une action ici thérapeutique. La mise en place d'un atelier nécessite un minimum de moyens matériels (lieu, fournitures), et financiers (coût de la prise en charge, budget du projet). Tous ces éléments permettent de rendre possible ou d'optimiser l'exploitation d'une discipline et de son activité artistique.

Si le premier moyen est la dominante artistique, les phénomènes associés sont à prendre en compte. Ces derniers favorisent une captation (ou au contraire la parasitent) et aident le patient à se concentrer (ou au contraire le distraient). Les phénomènes associés peuvent découler de la dominante ou être considérés comme annexe. La dominante et le phénomène associé peuvent parfois être difficiles à distinguer, nous développerons cette problématique dans notre stratégie thérapeutique.

2. 3) Les outils d'observation, d'évaluation orientent et affinent la pertinence de la prise en charge.

2.3.1) Les fiches d'ouverture et d'observation servent de base à notre approche thérapeutique.

La fiche d'ouverture rassemble tous les éléments qui légitiment une prise en charge, c'est le premier outil d'observation de l'art-thérapeute. Elle est établie grâce à l'état de base réalisé qui apporte les informations générales et orientées qui induiront des faisceaux d'item (éléments d'observation sur lesquels l'art-thérapeute axe son travail).

La fiche d'observation représente une mémoire de ce que nous avons observé, mis en place et ce qui en ressort, issu de cette observation. Cette dernière sera objective à partir de critères précis, ressentie, en subjectivité par rapport à un élément qui aura attiré notre attention et enfin interprétée au travers de pistes de réflexion et d'éléments de compréhension assemblés.

La fiche d'observation a pour fonction de noter les faisceaux d'item qui représentent autant de sites d'action et toutes informations relatives à la personne dans son ensemble. Elle élabore l'observation de la personne face à un médium artistique dans l'activité artistique, face à une production et à la dimension esthétique, sociale et relationnelle de celle-ci. Pour ce faire, elle notifie l'objectif thérapeutique global et les intermédiaires. Elle apporte des éléments qui structurent l'atelier avant, pendant et après. Constituée d'observations quant à la personne et son intention dans son environnement et dans l'atelier, elle met en exergue la confirmation de faisceaux d'items et les points ciblés d'une intention thérapeutique sur des sites d'action.

La fiche d'observation donne des indications sur un cadre, un état de la personne, une situation, un contexte, et un changement d'état. Elle indique, définit et organise les éléments observés et pourquoi nous les retenons, le cheminement thérapeutique doit être lisible.

La fiche d'observation est un regard sur la distinction d'éléments et de mécanismes du patient que nous souhaitons rendre plus présents, affinés ou au contraire diminués:

-Sur la personne en tant que telle, qui elle est, les raisons pour lesquelles elle est prise en charge, son comportement général et en lien avec des éléments précis, les capacités et intentions dont elle dispose par rapport à sa prise en charge et en lien avec l'activité artistique. Une présentation des items est retenue et justifiée.

-Sur le phénomène artistique et les capacités impliquées, la nature de la dominante et de son exploitation, les capacités et possibilités liées à l'impression, l'intention et l'expression, ainsi que le produit fini de l'expression en une production. Son implication en art-thérapie et son intention artistique (les objectifs, la dominante et les phénomènes associés, les capacités esthétiques, est elle en art I ou art II...). Il ne s'agit plus de savoir si elle a des capacités mais lesquelles et comment elles s'articulent.

L'expression est-elle volontaire et dirigée ou globale et anarchique ? Comment se place la personne dans la communication, la relation, avec l'implication du patient dans sa dynamique et de l'art-thérapeute dans sa méthode ?

Elle y intègre un bilan et une analyse précise dans une rubrique que nous nommerons la fiche de séance.

2.3.2) La fiche de séance permet un regard évolutif des séances.

La fiche de séance complète la fiche d'observation, cette dernière fait état et la première décrit. Son contenu est en lien avec les champs d'observation cités ci-dessus, à cela s'ajoute bilan, analyse et projection que l'on précise ici.

La fiche de séance développe le déroulement de la séance composé de séquences, de moments et d'instantanés organisés par les critères de la fiche d'observation. Elle est le témoin référent de l'organisation des éléments de la séance et de leur application avec ce qui en résulte pour la personne.

Son suivi permet, d'une part la possibilité de considérer le caractère imprévu des phénomènes humains et artistiques et de les analyser en vue de considérer leur intérêt dans et pour la prise en charge. D'autre part, ce suivi permet d'appréhender le degré et l'orientation de changement d'état de la personne et de son contexte de vie. La description et la mise en relief de points fondamentaux garantissent une mémoire et la réflexion sur un état et un contexte. Ce, avant la prise en charge ou la séance qui la débute, au cours de la prise en charge ou de la séance (6) par exemple et après la prise en charge ou la fin de séance. Ces éléments ont leur distinction dans le temps, sur les effets et leur exploitation.

Les critères d'observations assemblés à l'analyse des contenus observés, sont autant d'éléments pour affiner la stratégie adoptée, réajuster les moyens proposés et dresser un bilan de séance et les perspectives pendant la prise en charge. Nous verrons à quel point les éléments stratégiques de l'étude de cas présentée ensuite sont imbriqués dans les éléments d'observation. La fiche de clôture permet d'envisager un bilan à partir de points précis qui permettront une analyse plus globale de la situation.

2.3.3) La grille d'évaluation et le bilan font le lien avec les critères thérapeutiques.

La grille d'évaluation précise les points que nous allons évaluer dans un aspect qualitatif et quantitatif. Elle met l'accent, non pas sur la personne, mais sur des éléments qui composent cette personne, qui rendent possible et qui déterminent son action, le rapport à elle et aux autres. L'évaluation est l'aspect qualitatif et quantitatif d'un changement d'état lisible dans des performances humaines et artistiques. Nous nous appuyons sur les faisceaux d'items observés, expérimentés et analysés afin de distinguer ce qui relève d'une progression sanitaire ou de boucle d'inhibition de cette progression souhaitée.

Le bilan est dressé par rapport à des objectifs visés, des actions et méthodes mis en place pour les atteindre. Tous les critères d'observation sont repris, les fiches de séances condensées et explicites, des critères d'évaluation sont définis. Ce bilan est établi par l'art-thérapeute, mais également avec le patient et avec l'équipe pluridisciplinaire. Il permettra d'envisager l'après prise en charge, l'évaluation de son efficacité et de ce qui pourrait être proposé. Ainsi, une prise en charge peut être reconduite, réorientée ou arrêtée car n'a pour l'instant plus raison d'être.

3- L'art-thérapie inscrit le patient dans une dynamique ayant des répercussions positives sur sa vie.

3.1) Une stratégie thérapeutique est élaborée.

3.1.1) Le patient est associé à sa prise en charge.

La démarche de soin est entreprise non seulement pour, mais avec, la personne concernée.

Nous partons du postulat qu'un soin est efficace si la personne qui en a le besoin, en a également le désir et l'intention ajustée, s'en suivent alors les capacités et possibilités. L'envie d'aller mieux est elle-même porteuse de soin, cela ne suffit évidemment pas, mais permet d'engager une démarche allant dans ce sens.

Lorsque la personne sait et comprend sur quel élément est orienté le travail et comment nous allons nous y prendre, elle enrichit et exploite des moyens complémentaires de ceux de l'art-thérapeute. La conscience de la personne et son désir de modifier un état et un contexte est un élément prépondérant à l'efficacité d'une prise en charge, cet élément en rendra plus pérenne les répercussions sur sa vie.

Les objectifs thérapeutiques sont établis avec le patient, en distinguant les échanges avec la personne qui relèvent d'un travail répondant à un faisceau d'item et le fait que l'art-thérapeute a tout intérêt à « trier » des éléments liés à ces échanges, dans le respect d'un cadre professionnel et de la méthodologie qui y répond.

Ce fait de ne pas tout dire est pertinent dans la « stratégie de détour » par exemple, en évitant de se référer à quelque chose qui dérange la personne. Il s'agit de respecter les mécanismes de défense. Deux stratégies subsistent, travailler sur ce qui fonctionne pour atteindre ce qui dysfonctionne, ou plus frontale mais tout autant à considérer, travailler sur ce qui dysfonctionne pour mettre en exergue ce qui est opérant et à exploiter. Cette dernière permet l'acceptation d'une réalité et la volonté de pouvoir fonctionner avec.

3.1.2) Le savoir-être et le savoir-faire de l'art-thérapeute sont au service du patient.

Il est indéniable qu'un savoir-faire et des compétences artistiques sont nécessaires pour exercer la profession d'art-thérapeute. Ce savoir-faire est transmis d'une part, au travers d'une formation qui par un diplôme garantit des connaissances, une méthodologie et un niveau de lecture et de compréhension de mécanismes défaillants ainsi que des techniques et outils adaptés à leurs caractères.

D'autre part, le savoir-faire est acquis au travers d'expériences pratiques, l'expérimentation fait que nous sommes dans l'action. Cette action peut se répéter et ainsi être réajustée ce qui engendre une réaction adaptée et contrôlée. La méthodologie et la pratique illustrent le savoir faire d'une personne.

Le savoir-être de l'art-thérapeute est également très important, il donne la couleur à la prise en charge. Même si notre rôle de professionnel nous place en garant de l'objectivité, nous ne sommes cependant pas des machines et en cela fonctionnons avec des particularités qui nous composent et l'originalité de notre personnalité.

Par son savoir-être, l'art-thérapeute favorise la confiance, transmet son énergie et son dynamisme, encourage et motive le patient.

La conjugaison de ce savoir-être et -faire traduisent l'originalité des propositions et supports, les capacités de réaction et d'adaptation de l'art-thérapeute. Ces deux types de savoirs de l'art-thérapeute ont un impact considérable sur le savoir-devenir du patient.

3.1.3) La stratégie thérapeutique est une combinaison déterminante dans le soin.

La stratégie combine divers éléments qui, assemblés, permettent d'atteindre un but fixé. Elle s'apparente aux choix de moyens, de méthodes, de propositions et du caractère pédagogique dans la présentation de ces propositions, suivie de leur mise en place.

La stratégie thérapeutique est l'organisation et l'utilisation d'éléments composés dans l'activité artistique de la personne prise en charge. La stratégie prend en compte et utilise également des éléments extérieurs et corollaires à l'atelier d'art-thérapie.

Cette combinaison bien articulée aura pour but de sensibiliser, de faciliter un intérêt, de permettre à la personne d'atteindre son but thérapeutique.

Etablir une stratégie efficace et cohérente implique analyse d'une situation et une mise en relation directe des composés de nos compétences et de notre dominante artistique avec les critères analytiques du patient. Cela implique également des choix justifiés et adaptés.

Il y a autant de stratégies qu'il y a d'étapes et dans le projet thérapeutique et dans l'activité artistique. Il y a donc une stratégie thérapeutique globale qui sous-tend des sous-étapes stratégiques. Chaque intention nécessite une stratégie puisque c'est la manière d'organiser pour entreprendre quelque chose.

3.2) Le projet thérapeutique donne un but à la personne.

3.2.1) Ce but poursuivi place la personne dans une recherche.

Le projet thérapeutique est l'organisation d'éléments et d'actions en différentes phases, il répond à un objectif de soin.

Le projet comprend une phase d'élaboration et d'anticipation, une phase de réalisation, une phase d'évaluation et d'analyse de l'action, conclut par un bilan. Globalement, le projet place l'être dans une projection d'actions différées dans le temps. Thérapeutique, il est un élément de réponse apporté par l'art-thérapeute dans une équipe pluridisciplinaire. Il s'inscrit dans le projet de vie de la personne. C'est une réponse à un objectif thérapeutique visant le patient et son bien-être. En plus de répondre à des objectifs thérapeutiques, il en définit un global ainsi que des intermédiaires.

Le projet est élaboré avec la personne prise en charge et c'est bien la stratégie qui va induire un intérêt particulier. Cet intérêt se manifestera dans l'intention et l'implication pour le manifester et pour répondre à un besoin de la concrétiser.

L'appréhension et la réalisation de l'action passera entre autre par la recherche de sensations. L'implication artistique engendre une recherche de gratifications et de résultats correspondant à une envie.

Pour la personne polyhandicapée, un projet thérapeutique est un élément extérieur à ses handicaps et pénalités et qui peut interagir dessus. L'art-thérapeute prend en compte les causes, retient les conséquences et par la proposition d'un projet thérapeutique en améliore les répercussions. Il donne le repère d'un espace privilégié d'expression, un repère dans le temps (fréquences et durée de la séance) et définit ce dernier par des actions et événements concrets. Il permet de s'ancrer dans le présent, tout en imaginant certains éléments faisant partie du futur et donc de l'avenir. La recherche est animée par un intérêt qui lui-même se nourrit de recherche et d'expérience. La répétition d'expérience affinent la recherche et la stimule, la notion de recherche est en elle-même stimulante. Rechercher quelque chose c'est avoir une idée, une envie, une intention de trouver ce quelque chose. On peut conforter l'espoir de trouver ce quelque chose et on peut aussi faire en sorte de continuer à vivre peut être sans mais avec autre chose et autrement. L'espoir est significatif de vie et d'envie de vivre en est un moyen stimulant.

3.2.2) La recherche est un engagement dans le temps.

Si le projet donne un repère dans le temps par la fréquence de l'atelier, il donne raison à des actions ayant un échéancier. La personne qui s'inscrit dans un projet, s'inscrit dans le temps en s'y projetant. Nous abordons l'aspect bénéfique d'une recherche et de ce qu'elle engendre, par l'activité artistique, la personne sait que son action aura une répercussion dans le temps puisqu'elle se modifie dans la réalisation et finira dans et par une production.

Les perspectives de vie que peut avoir une personne polyhandicapée sont ponctuées de soins, d'aide d'une tierce personne et d'un espace d'évolution motrice de plus en plus réduit. Il est alors essentiel que des éléments extérieurs viennent stimuler les mécanismes intérieurs de la personne. Les capacités psychiques permettant d'être conscient de ce contexte peuvent rendre plus difficile l'acceptation ou au contraire, accélérer les bienfaits d'un engagement et le processus thérapeutique qui en est issu. Il est défini dans le temps.

Replaçons l'engagement dans le projet thérapeutique par l'exploitation des éléments de l'activité artistique, comme le goût qui relève de l'impression. Le goût est une appréciation qualitative sensorielle de ce qui se présente à nous. Ainsi, la qualité sensorielle d'expérience vécue donnera un repère ancré dans notre mémoire corporelle et psychique. Cette appréciation déterminée est propre à chacun, elle implique une affirmation de soi par le fait de l'assumer.

3.3.3) Un engagement donne du sens à la vie.

Le sens, entendu comme une direction qui va de l'avant, qui envisage une succession d'éléments, d'expériences, qui rendent actif le fait de vivre.

Il est souhaité que les projections soient orientées vers quelque chose d'agréable, qui donne envie d'avancer avec le moins d'appréhensions désagréables possible. Ceci, afin de disposer d'un maximum d'atouts permettant une appréhension globale et spécifique adaptée aux situations non prévisibles rencontrées.

En envisageant un engagement, nous nous accordons la possibilité d'en agencer la ligne directive. C'est-à-dire, que nous nous octroyons la possibilité d'agir et de réagir de sorte à en décider, articuler et mieux contrôler le sens et les répercussions de nos actes.

Nous avons vu les paramètres du goût dont l'expression confirme l'affirmation de soi, ceux afférents au style qui traduisent une confiance en soi.

Enfin, les paramètres liés à l'engagement relèvent de l'estime que l'on a de soi et par là de nos actions, qui vont favoriser leur projection et le fait d'en assumer leur incidence.

L'atelier d'art-thérapie est moteur, par une activité expliquée qui est prévue. La planification de l'organisation de la prise en charge, apporte une régularité dans l'appréhension du temps et des actions anticipées.

Lorsqu'un événement qui nous concerne est mesuré dans le temps, cela procure un point vers lequel se diriger, s'orienter. L'engagement entraîne une suite à l'action présente et en cela confirme une cohérence. On y espère un résultat, un élément de changement qui a un sens dans notre vie, et qui répondra à ce pourquoi et dans quoi on s'est au préalable engagé.

L'engagement fait peur car nous savons ce sur quoi nous commençons à élaborer une action, mais ignorons les retombées exactes qu'aura cette action. Au-delà des retombées, nous ignorons également comment cette action sera comprise par et à l'extérieur, quelles tournures vont prendre les événements « à cause » de notre implication.

3.3) La personne polyhandicapée est à même de bénéficier des effets d'une prise en charge art-thérapeutique

3.3.1) L'art-thérapie est une combinaison articulée adaptée aux déficiences et pathologies issues du polyhandicap.

L'exploitation thérapeutique de l'activité artistique signifie que l'on s'appuie sur des éléments organisés de façon à interagir sur des phénomènes pénalisants. Il s'agit d'une méthodologie de soin afin de veiller au bien-être ou au mieux-être des personnes. Nous avons vu tous les paramètres nécessaires à établir un échange, qu'il soit communicatif ou relationnel. Cela implique de se placer dans un rayonnement favorable à établir un échange. Egalement de se détacher de notre rapport au temps, de considérer la notion d'effort, et d'avoir assez de distance face aux handicaps physiques et déformants. Les capacités à observer et à déduire d'un état sanitaire journalier sont nécessaires. Cela, afin de réajuster ou ajourner une séance, un « simple » rhume chez une personne polyhandicapée peut prendre une ampleur qui perturbe une séance et donc son bienfait.

La lecture de l'art-thérapeute opérante grâce aux outils précédemment cités, permet la mise en lien et l'articulation de l'implication humaine dans ses mécanismes et leur interaction lorsqu'ils sont confrontés à un élément artistique (compris par l'activité et dans l'opération artistique).

Ces outils, permettent de croiser ces mécanismes, et d'en utiliser les fonctions et les effets de façon parallèle, intuitive et organisée. L'art-thérapie propose un accompagnement sur des points précis (faisceaux d'items et site d'action), qui concernent les pénalités vécues par les personnes atteintes de polyhandicap.

Notre boîte à outils dynamise l'implication mutuelle (patient/art-thérapeute), les stratégies favorisent l'intention, l'expression et la valorisation de potentiels. Notre regard et la compréhension de ce que l'on voit en tant que thérapeute est éclairé et légitimé par des codes de référence de notre métier. La professionnalisation de cette démarche thérapeutique permet de regrouper des connaissances et expériences qui constituent une source de réflexion et d'analyse. Même si nous sommes seuls en séance d'art-thérapie, nous ne sommes pas isolés en tant que praticien appliquant l'art-thérapie.

L'évolution du métier, de ces recherches et de ses applications, confirme l'intérêt que présente la combinaison de l'art et de la thérapie. De nombreuses études de cas ont démontré la pertinence de ce choix thérapeutique pour la qualité existentielle des personnes polyhandicapées. Et ce, dans le domaine large du soin, c'est-à-dire dans ses aspects physique, psychique et social de la personne.

3.3.2) Des expériences attestent de cette pertinence.

Le mémoire de Christine Guillard (2007) traite de l'art-thérapie à dominante peinture qui a contribué à améliorer les capacités expressives et sociales de personnes polyhandicapées, dans un foyer d'accueil médicalisé. La conclusion de cette expérience de prise en charge, démontre que le facteur temps est particulier dans la durée de la prise en charge. Mais l'art-thérapeute conclut par l'aspect positif du suivi de l'atelier démontre d'une part la richesse et l'intérêt pour le patient atteint de polyhandicap, mais également pour l'équipe.

Le mémoire de Sabine Devigne (2007) porte sur une expérience à dominante musicale auprès de personnes polyhandicapées accueillies en M.A.S. La conclusion conforte l'hypothèse d'un intérêt art-thérapeutique comme soin proposé pour ce public. Nous retiendrons l'importance de la notion de temps subsiste dans la durée de cette prise en charge.

Par notre propre expérience, nous allons juste ajouter que l'art-thérapie est une réponse adaptée en vue d'améliorer la qualité de vie et l'épanouissement des personnes atteintes de polyhandicap. La présentation d'une prise en charge thérapeutique apporte des précisions explicites sur cet intérêt développé. Cependant, notre bilan et conclusion amènera également à insister sur le fait qu'une prise en charge s'adressant à des personnes polyhandicapées doit être de longue durée afin d'en optimiser les effets sur un court et moyen terme.

Prenons l'exemple de Daniel qui a participé à un atelier thérapeutique en réceptivité musicale. Son comportement à stéréotypies l'empêche de se poser calmement en vue d'effectuer une activité. Le ressenti et les sensations liées à l'écoute l'amènent à des variations de rythmes, de mouvements, de mouvements plus fluides et de recherche interactive avec l'autre (notamment un autre résident et l'art-thérapeute). Ainsi cette personne présentant des difficultés dans une expression à visée communicante, s'est inscrite dans une implication relationnelle qui a permis échange, interaction et intérêt de l'autre.

Lorsque la dominante arts-plastiques lui est proposée, les balancements saccadés, cris et morsures reprennent. Son espace est alors physiquement fermé (se met dos aux personnes) et défendu avec agressivité. Différentes méthodes et stratégies ont été expérimentées. Que ce soit à partir d'autres outils, matières, supports, avec ou sans le phénomène associé musical, (debout, assis,...), en individuel ou collectif, la dominante arts-plastiques ne correspondait pas aux goûts artistiques de cette personne, à ce moment, et peut être avec cette thérapeute. Cela ne veut pas dire que les arts-plastiques ne sont pas pertinents pour cette personne. Mais, il apparaît qu'avec les composés lors de ces séances et les objectifs visés, une pratique adaptée est plus pertinente qu'une autre. Nous constatons que dans ce contexte, la dominante corporelle avec le phénomène associé musique et plus précisément mélodie (flûte, didjiridou) et percussions ont été plus pertinentes.

La personne suivie en étude de cas a des difficultés d'expression orale (dans un but de communication), elle vit cela comme un handicap supplémentaire. Son langage est très difficile à comprendre, elle émet plus souvent des sons avec des intonations audibles pour exprimer un besoin, une envie et une intention simple. Cependant, au travers de la dominante musique et

plus précisément du chant (onomatopées, langue étrangère), cette modalité expressive considérée comme un **sur-handicap** par la personne est exploitée et valorisée dans un cadre mélodique et percussif. Sachant que cette personne s'inscrit dans une démarche esthétique, l'intérêt de l'atelier n'est plus à prouver.

3.3.3) L'art-thérapie est une ouverture là où la personne polyhandicapée est enfermée.

L'originalité de l'art-thérapie est à mettre en lien avec la particularité du polyhandicap. L'art est la forme de la thérapie qui représente l'idée d'une utilisation particulière. Le polyhandicap est souvent la première forme vue lorsque l'on regarde la personne, l'art-thérapie met en exergue le fond de cette personne en sa particularité. Le travail sur le goût, le style et l'engagement par la personnalité, (un potentiel et les capacités), permettent à la personne d'exister et de faire dans un cadre élaboré à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle sait, de ce qu'elle peut et veut. On prend le temps d'initier une certaine autonomie dans des choix, l'application d'une technique appropriée ainsi qu'une concertation régulière quant aux éléments de la prise en charge. Contrairement à son habitude (tutelle, fauteuil...), la personne atteinte de polyhandicap est concertée dans sa prise en charge, elle peut intervenir sur des décisions prises à son égard.

(Sonia est quelqu'un qui peut exprimer ses besoins. Ce n'est pas le cas d'autres personnes polyhandicapées dont il est difficile d'interpréter des réactions)

2^{ème} partie : Mise en place d'un atelier d'art thérapie à la Maison d'Accueil Spécialisée de la Devinière.

A- La Devinière est une Maison d'Accueil Spécialisée pour les personnes poly handicapées.

1-La structure dépend de l'association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public du Loiret.

1.1) Les objectifs de la M.A.S Devinière découlent de ceux de l'association P.E.P 45.

1.1.1) L'association P.E.P45*.

L'association P.E.P* favorise et complète l'action de l'enseignement public. Elle contribue à l'éducation et à la formation des enfants, des adolescents et des adultes.

Pour se faire :

- Elle leur apporte un soutien matériel et moral.
- ←
- Elle prend toute mesure leur permettant l'intégration aux établissements d'enseignement public, aux établissements qui leur offrent de façon permanente ou temporaire un cadre de vie facilitant leur épanouissement et notamment aux établissements et services spécialisés.

1.1.2) La M.A.S* de la Devinière.

La M.A.S accueille des adultes polyhandicapés. Beaucoup d'entre ces personnes sont en fauteuils roulants, certains avec coquilles et quelques uns marchent. Globalement, l'indépendance et l'autonomie de ces personnes sont sérieusement altérées par leur handicap. Rappelons que le polyhandicap regroupe les atteintes de troubles psycho-neuromoteurs, les séquelles néonatales, les handicaps neurologiques très sévères.

L'établissement accueille 48 adultes dont 40 internes et 8 externes. Les résidents pratiquent dans leur lieu de vie des activités de créations et de loisirs. Il est également organisé des activités extérieures à l'établissement. La Devinière est divisée en quatre ailes, indépendantes et équipées de matériels adaptés aux besoins des résidents. Ces ailes comprennent :

- Un espace pour les chambres, les douches et sanitaires.
- Un espace commun pour les repas et les activités.
- Un local extérieur pour les activités thérapeutiques artistiques (arts- plastiques, musique) ;
- Un espace aquatique également ouvert aux structures extérieures.
- Un espace d'accueil et de réunion.
- Un espace pour l'administration et la direction.

La M.A.S est aussi un lieu de soins où les familles sont accueillies à des moments définis avec la direction et le personnel.

La M.A.S Devinière a pour objectifs :

- Accompagner les résidents dans les tâches quotidiennes.
- Aider à une meilleure communication avec l'environnement.
- Encourager un échange de qualité avec les autres.
- Faciliter le développement des potentiels de créativité et de distraction présents en chacun des résidents.

1.2) L'équipe pluridisciplinaire de la M.A.S s'appuie sur un travail transversal.

Chacune de ces ailes de vie comprend une équipe éducative, une équipe para médicale et une équipe médicale. Les réunions et projets qui en découlent sont définis par les membres des équipes citées ci-dessous.

1.2.1) L'équipe de direction et administrative.

- Un directeur, une directrice adjointe, un chef de service.
- Une secrétaire et des comptables.

1.2.2) L'équipe éducative.

L'équipe éducative est composée d'Aide Médico-Psychologique, d'aide-soignants, de moniteurs-éducateurs et d'éducateurs spécialisés.

Ils organisent et participent aux activités quotidiennes des résidents.

1.2.3) L'équipe paramédicale.

L'équipe para médicale comprend une kinésithérapeute, une psychomotricienne, une ergothérapeute, une art-thérapeute. C'est dans ce cadre qu'intervient également l'animatrice en musicothérapie. Une équipe de quatre psychologues est répartie sur chaque aile de vie.

1.2.4) L'équipe médicale.

Elle se compose de quatre infirmiers et d'un médecin généraliste.

1.2.5) L'équipe d'entretien.

L'équipe d'entretien est composée de personnes travaillant à l'E.S.A.T (Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail) qui est annexe à la Maison d'Accueil.

1.2.6) les différentes réunions permettent cette transversalité.

Les réunions de synthèse sont annuelles, et concernent chaque résident, il y est abordé le projet de vie et d'autonomie du résident, ainsi que l'aspect médical, psychologique et familiale. Un référent est désigné pour chaque résident, il assure le suivi de la personne et de son projet.

Se tiennent également des réunions de transmission, des réunions de travail liées à un point précis, des réunions de régulation ainsi que des réunions institutionnelles.

1.3) Les soins et les activités proposées.

1.3.1) Les soins apportés.

Le médecin, les infirmiers et aides soignants dispensent ces premiers soins qui sont ceux de la médication et des traitements liés aux diverses pathologies. Puis les Aides médico-psychologique et aides soignants prennent en charge les soins du quotidien, avec le levé, les

soins d'hygiène qui sont importants, la prise des petits déjeuners et autres repas. A cela s'ajoute des soins dits de confort, de kinésithérapie et autres supports de soin.

La kinésithérapeute passe dans certaines chambres le matin notamment pour effectuer des massages tonifiant, un réveil corporel afin de solliciter les membres et articulations ankylosés par l'immobilisation nocturne. Ses actions avec les résidents consistent à améliorer le quotidien avec le handicap. Par des exercices, elle encourage l'utilisation de toutes les parties du corps, sollicitant différentes postures. Elle observe également l'adaptation des appareillages, ce qui constitue un lien étroit avec le médecin orthopédiste et l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute travaille avec les résidents sur la motricité fine et les outils de communication comme par exemple le contenu et l'agencement de pictogramme. Elle ajuste, revoit, réaménage la pertinence des appareillages (corset, corset moulé, fauteuil manuel, fauteuil électrique, chaussures orthopédiques...).

1.3.2) Les activités proposées.

Les éducateurs sportifs s'attachent à stimuler les résidents par le dynamisme et les activités physiques et corporelles. Ils utilisent ainsi l'espace aquatique, des vélos adaptés de type rosalie pour des sorties, l'espace multisports qui se trouve à proximité de l'établissement.

Les moniteurs-éducateurs et les Aides Médico Psychologique proposent des activités éducatives et de loisirs, des sorties utilitaires pour des courses personnelles, des sorties dites « de consommation » comme le cinéma, des activités culturelles tels des spectacles vivants, des animations dans des structures extérieures...

Il n'est pas rare que sur des temps et des projets précis, les différentes personnes citées dans la présentation pluri disciplinaire s'inscrivent sur un travail commun, comme cela a pu l'être pour l'activité théâtre avec les monitrice-éducatrice, éducatrice spécialisée et l'art-thérapeute ou encore pour l'expression dansée qui associait la psychomotricienne et la kinésithérapeute.

Il arrive fréquemment que l'établissement propose et organise des manifestations et événements à partager avec les familles des résidents. Il en est ainsi pour les anniversaires, Noël, moments musicaux avec des prestataires...

1.4) L'association Musicothérapie Expressions 45 intervient sur la M.A.S Devinière.

L'association Musicothérapie Expressions 45 intervient, depuis la création de la MAS en 1995, comme prestataire de service auprès de la Devinière dans le cadre des ateliers de musicothérapie. Ces ateliers sont depuis 2 ans encadrés par une animatrice musicale, suivie en formation-supervision Technique PsychoMusicale Corporelle et Vocale au sein de l'association.

1.4.1) les objectifs de l'association.

- L'échange entre professionnels des secteurs sociaux-éducatifs, de la santé, du monde artistique et des entreprises.

- Proposer des prestations pour tous publics et institutions :

Information, formation, atelier de développement personnel, atelier thérapeutique, de prévention et de réinsertion ; utilisant la musique et la voix comme médiateur facilitant la communication, la créativité et l'accès à la culture.

1.4.2) L'atelier de musicothérapie.

Ici, la musicothérapie favorise l'épanouissement des potentialités créatives et artistiques de chacun, facteur d'évolution, de communication, d'équilibre de vie personnelle, familiale et socio-professionnel.

Des séances hebdomadaires sont adaptées, la prise en charge se fait jusqu'à quatre personnes par séance.

Deux orientations y sont proposées :

-Une séance de musicothérapie réceptive avec l'écoute musicale de disques amenés soit par l'intervenante, soit par un résident, où interviennent la réceptivité et la réaction corporelle et vocale de l'élément sonore, de son style et de son appréciation.

-Une séance de musicothérapie active (orgue, bongos, congas, claves, accordéon), l'animatrice de l'atelier est accordéoniste et chanteuse. Dans ce cadre, l'utilisation d'instruments de musique est un élément moteur et dynamique pour animer la curiosité et la sensibilité auditive, visuelle, tactile avec la mise en avant de la relation sociale. *Et la voix ??*

B- L'atelier d'art thérapie s'intègre au fonctionnement et objectifs de l'établissement dans lequel il est mis en place.

1- Une stratégie d'anticipation et d'organisation préalables est nécessaire.

1.1) Au-delà d'un projet global d'institution, l'équipe pluridisciplinaire suit un projet individualisé pour chaque résident.

Le projet du résident et les objectifs sont définis par les équipes éducatives, para médicale et médicale lors de réunions de synthèse.

Ce projet individualisé sert d'axe de travail pour l'année, un référent de l'équipe éducative est garant de son suivi.

1.2) Le projet thérapeutique et les objectifs visés sont complémentaires de ceux de la M.A.S.

L'observation effectuée en période de stage a nourri la réflexion du projet thérapeutique. Les objectifs de la structure et le projet individualisé ont orienté une partie de l'observation en représentant un support de réflexion en lien avec les actions menées et leurs stratégies de mise en place.

Trois des quatre objectifs de la M.A.S sont imbriqués dans l'élaboration des objectifs globaux et intermédiaires du projet thérapeutique, à savoir :

- Aider à une meilleure communication avec l'environnement.
- Encourager un échange de qualité avec les autres.

- Faciliter le développement des potentiels de créativité et de distraction présents en chacun des résidents.

Ces trois objectifs ont non seulement nourri les objectifs thérapeutiques du projet mais également sa stratégie et sa mise en place.

1.3) La stratégie adoptée nécessite une dimension inter et pluridisciplinaire.

Dans l'aspect stratégique de la dimension pluri et inter professionnelle, il a été primordial de prendre connaissance du projet individualisé de la personne prise en charge que l'on nommera Sonia. En voici les quatre objectifs :

- Aider Sonia à être autonome et responsable dans les gestes simples de sa vie quotidienne (moments autour du soin, de la toilette et des repas).
- Favoriser son autonomie par la pratique d'activités.
- Utiliser l'expression artistique comme vecteur de ses émotions.
- Proposer des activités au sein de l'établissement dans lesquelles Sonia s'engage sur des temps prédéfinis.

Ainsi se profile la stratégie d'associer les intervenantes thérapeutes musicienne et plasticienne, la psychologue référent ainsi que l'équipe d'Aide Médico- Psychologique sur la réflexion, la mise en place et le suivi de la prise en charge.

Deux dimensions orientent également la stratégie adoptée :

D'une part, le fonctionnement d'une grande institution ainsi que les besoins variés et spécifiques des résidents engendrent un effectif et une diversité de formation conséquents des salariés. Les formations et champs professionnels diffèrent et structurent le travail de chacun ce qui nécessite une appréhension des secteurs, de leurs techniques et vocabulaires. Mais l'élément dominant est que les résidents eux, restent les mêmes. Ainsi, ils verront et devront s'adapter et composer avec différents professionnels qui eux-mêmes devront s'assurer d'une trame conductrice similaire et cohérente.

D'autre part, l'organisation de travail avec les modifications d'horaires et de jours font que les équipes changent et tournent sur les différentes ailes et que les remplacements et vacations sont fréquents. D'un jour sur l'autre, l'aide médico- psychologique et l'aide soignante ne sont pas les mêmes mais également les psychologues et infirmiers. Les méthodes et outils de communication sont primordiaux.

Ces deux paramètres influent sur la stratégie globale d'élaboration, car ils incitent à des réunions régulières et formelles mais également à des rencontres opportunes et informelles.

Un projet peut être pensé avec un professionnel qui ne suivra pas sa mise en place car remplacé par un autre, cependant, le bilan peut être effectué soit par le premier soit sur une période qui sera différée. Les outils d'information, d'observation et d'évaluation doivent donc être communs et compréhensibles de tous. Les bilans doivent être très réguliers et précis afin de permettre un suivi adapté et pertinent.

2- Le protocole thérapeutique est défini.

2.1) La stratégie de prise en charge et le cadre sont proposés.

L'indication de prise en charge s'est effectuée avec la psychologue de Sonia, en accord avec la directrice de Musicothérapie Expressions 45 et la directrice adjointe de la Devinière, il semble logique que le projet thérapeutique soit mis en place sur les temps d'intervention de l'association M.E 45. De ce fait, les jours et horaires sont définis. Le protocole établit que l'art-thérapeute travaillera deux fois par semaine avec Sonia et ce, sur huit semaines.

Le stage effectué à la Devinière avec l'animatrice de musicothérapie, à proximité de l'art-thérapeute a orienté les observations et les réflexions stratégiques. Ainsi, il nous est paru pertinent d'envisager une prise en charge collective et individuelle de Sonia, également différenciée par les lieux, ainsi ces derniers sont envisagés.

Pour le choix des horaires et la durée des séances, il était indispensable d'inclure le temps de trajet du lieu de vie pour se rendre à l'atelier. Avec la prise en compte du temps de déplacement et des rencontres et situations possibles sur le trajet.

Cette proposition a été accueillie avec intérêt par la direction de Musicothérapie Expressions 45 et de la Devinière. Il est alors établi un protocole thérapeutique avec la directrice adjointe, l'équipe médicale et paramédicale de la Devinière, la directrice et l'intervenante musicale de Musicothérapie Expressions 45. Ce protocole assure la faisabilité du projet thérapeutique dans son ensemble c'est-à-dire avant, pendant et après sa mise en place, il énonce les conditions, le cadre, l'organisation et les objectifs de prise en charge.

2.2) Les lieux, fréquence et horaires sont définis.

Les lieux envisagés font partie de l'établissement mais sont extérieurs aux locaux de vie.

Les séances se dérouleront dans la salle d'activité musicale ainsi que dans l'atelier d'arts plastiques lorsque la thérapeute ne l'occupe pas. Les deux salles sont juxtaposées dans un même bâtiment extérieur, à l'écart du bâtiment principal.

Ainsi les séances collectives s'effectueront les lundis et se dérouleront en salle d'activité musicale de 14h à 16h.

Les séances individuelles s'effectueront les jeudis et se dérouleront en salle d'arts plastiques de 14h30 à 16h30.

2.3) Une stratégie thérapeutique globale est élaborée.

La personne prise en charge a participé aux ateliers de l'art-thérapeute plasticienne et de l'animatrice en musicothérapie. Elle a cependant mis un terme à cette participation, qui n'était pas suivie car très irrégulière dans sa fréquentation et variée dans son implication relationnelle et artistique. L'échange entre professionnelles nous a amené à la conclusion que ce n'était pas le désintérêt d'une discipline artistique qui avait motivé ce choix puisqu'elle a pu prendre plaisir à participer à ces ateliers et ceci avec une aisance expressive et technique dans ces deux pratiques. Le projet thérapeutique dans un premier temps pensé avec la dominante danse et expression corporelle a été orienté avec la pratique de trois dominantes utilisant le corps : l'expression corporelle (où la danse sera intégrée), la musique et les arts plastiques. Il a été décidé que seule l'art-thérapeute référent de ce projet assurerait les trois disciplines.

Le protocole thérapeutique est établi avec l'équipe de direction et la psychologue référent. Ces derniers ont reconnu la pertinence de cette proposition et son intérêt en validant ainsi le protocole et sa mise en place.

3- L'atelier d'art- thérapie est mis en place, présentation d'une étude de cas.

Au regard du temps de prise en charge et de la complexité du polyhandicap, nous avons décidé de présenter une seule étude de cas.

3.1) La fiche d'ouverture permet le premier état de base de Sonia.

La raison de la prise en charge a été motivée par une proposition de l'art-thérapeute auprès de l'équipe pluridisciplinaire qui fut accueillie avec intérêt. L'art-thérapeute a participé aux réunions de synthèse, paramédicale, de travail et de réflexion. En parallèle, elle participe à des ateliers de co-animation en musicothérapie, en atelier expression dansée menée par la kinésithérapeute et la psychomotricienne ainsi qu'en atelier d'art-thérapie à dominante art-plastique. Ainsi un travail d'observation collective et individuelle a pu se structurer dans un but de repérer des personnes ne participant pas aux propositions existantes et pouvant être à même de bénéficier d'un atelier d'art-thérapie à dominante danse et expression corporelle. (Nous verrons en troisième partie que cette dominante corporelle initialement prévue a été réajustée, transformée et complétée).

L'anamnèse :

Sonia est une femme de trente cinq ans, elle est résidente interne à la M.A.S de la Devinière sur l'aile A depuis juin 1995. Elle y réside la semaine et rentre au domicile parental pour le week-end et les vacances scolaires. Sonia est célibataire et fille unique. De manière générale, Sonia est une femme pleine d'envie et très fragile, pleine d'émotions qu'elle ne sait maîtriser. Les retours de week-end sont souvent difficiles et se traduisent par des crises de larmes. Elle a un côté ambivalent dans ses humeurs et est peu sûre d'elle.

Quelques informations recueillies dans le dossier médical permettent d'appréhender un **diagnostic médical** :

- Un diagnostic principal est établi, une encéphalopathie congénitale d'origine inconnue, Sonia est née prématurée se présentant en siège.
- Un diagnostic secondaire est établi, Sonia présente une épilepsie avec une bave constante importante, une tétraplégie spastique, avec une rétraction tendineuse et une dysplasie des hanches.
- Un troisième diagnostic est établi, une scoliose dorsale qui a été fixée chirurgicalement, Sonia a subi une opération du genou vécue avec beaucoup de difficultés liées à la douleur et à l'appréhension. Cette dernière intervention chirurgicale a eu de lourdes conséquences psychologiques.

Les traitements médicamenteux utilisent la Dépakine chrono (antiépileptique, peut entraîner des somnolences et une prise de poids), Trinordiol (pilule contraceptive, utilisée également pour atténuer les douleurs) pour l'équilibre hormonal (thymie) et douleur, Antadys (anti inflammatoire, peut engendrer des troubles digestifs, nausées, maux d'estomac) et Rivotril (antiépileptique, les effets indésirables portent sur une augmentation de la salive, des nausées, une faiblesse musculaire, fatigue). Sonia est appareillée d'un fauteuil roulant électrique (avec coquille et têtère) qu'elle manipule seule, elle porte (de plus en plus) des lunettes de vue, elle bave beaucoup. Sonia peut bouger les bras avec plus d'aisance du côté droit que du côté

gauche, elle peut mobiliser son bas de jambe et pied droit mais avec beaucoup de difficultés et d'efforts.

Les derniers écrits liés à des examens kinesthésiques datent de 1995 : Ils indiquent une bonne tenue du tronc, un bassin équilibré. Les membres supérieurs peuvent être mobilisés (coté droit : coude à -10° (supination à 80°) et le poignet à 60°. Le coté gauche : coude à -45° et le poignet à 0° par un retrait des fléchisseurs). Elle suit des séances de kiné notamment pour des drainages lymphatiques.

Un diagnostic comportemental est posé, ce qui oriente l'indication thérapeutique :

Au niveau de la communication et de la relation :

Sonia prononce quelques mots mais la compréhension peut être difficile si l'on ne la connaît pas. Elle se fait comprendre par des sons et intonations, avec un pictogramme ou encore par des mimiques faciales, des mouvements des bras, de tête et clignements d'œil. Elle s'exprime beaucoup par les émotions, elle peut passer d'une exaltation joyeuse à des pleurs, et peut également passer de la douceur à l'agressivité et la colère.

Sonia aime pratiquer des activités, mais elle a du mal à s'inscrire dans la durée, à cela, elle préfère des activités ponctuelles et dites de consommation. Elle apprécie l'arrivée de nouvelles personnes. Tantôt un peu réservée, elle peut aussi être très exigeante avec celles-ci et les mettre à l'épreuve. Sonia a facilement l'intention de communiquer, cela « égaie » son quotidien, le temps de la découverte, des présentations et des premières discussions. Ainsi, elle recherche la relation privilégiée que l'on établit à deux, au risque d'accaparer l'autre et d'instaurer une relation fusionnelle et exclusive. Elle teste et interroge le cadre et les règles régulièrement.

Dans la relation à l'équipe :

Sonia peut être capricieuse, infantile et exclusive, agréable et communicative ou au contraire désagréable dans l'agressivité et le rejet. Elle sait exprimer son refus de faire quelque chose, sait faire les choses pour elle mais la plupart du temps, elle fait pour faire plaisir, pour répondre à une attente ou tout simplement pour entretenir et faire durer un moment relationnel privilégié. Elle est consciente que les personnes nouvellement arrivées sont plus manipulables, elle sait profiter de cette situation (pleurs et caprices, jeux à raconter des situations qu'elle transforme, à refuser des évidences ou des vérités, à simuler des difficultés à faire ou dire les choses...).

Lorsque l'on travaille sur l'autonomie de Sonia, sur sa place au regard de ses capacités et de ses demandes, il peut lui être difficile d'en accepter les conséquences, les débouchés. Sonia se réfugie dans le repli en cherchant à retrouver une place plutôt infantile, ou au contraire s'inscrit dans une opposition et manifestation disproportionnées.

Dans la relation aux résidents :

Il faut préciser qu'à la M.A.S de la Devinière, Sonia partage peu de choses avec les autres résidents du fait de la lourdeur de leur handicap mental. Cependant, elle peut être attentionnée et complice, mais se tournera plus volontiers vers l'équipe paramédicale, éducative ou médicale.

Souvent jalouse de l'intérêt que d'autres peuvent susciter, Sonia peut être dans l'ignorance ou le rejet d'un individu ou d'un groupe, surtout si la personne présente des handicaps beaucoup plus lourds, elle peut en devenir méchante.

Sonia est consciente de ses difficultés et de l'impact que son handicap a sur ses conditions de vie, cela lui est très dur à accepter. Elle a besoin d'être sollicitée car elle peut facilement se

laisser aller, se sous-estimer. En ayant des attitudes de supériorité, elle s'assure de ne pas être comparée, assimilée ou perçue comme les autres résidents. Ces derniers points lui permettent de mettre à distance le handicap et de le minimiser. En effet, ceci permet de lui donner moins d'importance qu'il en a dans sa vie, c'est une stratégie de défense psychologique.

Sonia suivait des activités dans des établissements extérieurs. Le fait d'aller à l'extérieur de la M.A.S lui permettait de nouvelles rencontres et d'établir des liens avec d'autres personnes dont les handicaps étaient plus proches du sien. Cependant, elle y a mis terme, se rendant compte de ses difficultés essentiellement au niveau de la communication verbale ainsi que la nécessité de l'aide d'une tierce personne plus conséquente que les résidents de cet autre établissement.

Nous avons constaté que l'expérimentation l'intéresse et lui fait également peur, l'appréhension de l'essai la motive et la freine, la peur de ne pas réussir est omniprésente. Elle est assez anxieuse quant aux changements, mais préparée et en confiance, elle aime la découverte. Toutes ces oppositions troublent l'équilibre de Sonia, elle passe d'un comportement supérieur et très assuré, à un manque total de confiance en elle et d'estime. L'échec lui est insupportable, c'est une réelle atteinte narcissique. Elle est obsédée par ce qui est normal et pas normal.

Les relations familiales :

Malgré les difficultés à s'affirmer au sein de sa famille, Sonia est souvent en conflit avec sa mère, il n'est pas rare qu'elle lui fasse des colères et qu'elle manifeste une agressivité interrompant tout dialogue et communication. Sonia se situe dans un conflit de loyauté avec elle car celle-ci lui apporte amour, bienveillance et prise en charge physique, d'où la difficulté à affirmer ses idées, ses opinions et ses choix au sein des relations familiales. Sonia a peur de perdre l'objet d'amour ainsi que de devenir mauvais objet. Consciente de son handicap, elle est anxieuse et angoissée par la mort: comment survivre lorsque l'on a toujours besoin de l'autre, et si l'autre vient à disparaître que se passera-t-il ?

Un travail d'équipe a été mené avec sa mère afin de modifier la vision qu'elle a de sa fille qui n'est plus une enfant mais une adulte avec une personnalité et des désirs qui lui sont propres. Un renouvellement de sa garde robe a été fait (sa mère lui donnait ses vêtements en transposant ses propres goûts sur sa fille). Par ses derniers choix vestimentaires, Sonia a pu s'affirmer.

La relation avec son père est plus délicate car Sonia n'ose manifester aucune opposition, elle s'efface et se contente de cette relation d'amour paternel. Le dialogue est tout de même plus facilement établi avec sa mère, lié à une proximité féminine.

Nous constatons que l'état général de Sonia présente une légère régression, tant au niveau physique que psychique. Elle sollicite moins les membres encore opérants, elle fait moins attention à son apparence (coquetterie des vêtements, accessoires et coiffure), elle est souvent contrariée, de plus en plus fatigable et est plus lente et moins à l'aise dans ces mouvements et manipulations de son fauteuil. Sa motricité fine tend à diminuer, ses temps de concentration utilisant le mécanisme oculaire et l'auto-régulation oculomotrice sont de plus en plus difficiles. Par rapport à beaucoup de résidents, Sonia affirme ses idées, besoins et envies sans trop de difficulté. Néanmoins, l'estime et la confiance qu'elle a en elle sont de plus en plus fragilisées.

3.2) Les objectifs thérapeutiques globaux et intermédiaires sont retenus.

L'objectif thérapeutique général :

Revigorer la qualité existentielle de Sonia en restaurant l'estime qu'elle a d'elle-même et en s'appuyant sur les éléments de confiance et d'affirmation de soi.

Ainsi, l'art-thérapeute souhaite en l'aidant à mieux vivre les pénalités liées à son polyhandicap, favoriser son épanouissement.

La participation suivie et structurée à l'atelier doit permettre à Sonia d'accepter un cadre et un engagement prédéfini, auquel elle fait depuis quelque temps automatiquement défaut. Mais également de travailler avec elle sur la notion de collectivité, qui peut l'insupporter et sur les capacités relationnelles de Sonia fragilisées et régies par des éléments comportementaux interférents à un bien-être. Le potentiel d'expression artistique de Sonia actuellement non exploitable par les thérapeutes présentes est en état de veille ainsi que sa réelle intention d'implication dans une activité ou une relation.

Les objectifs intermédiaires :

-Favoriser le bien-être de Sonia en l'aidant à canaliser ses émotions par l'expression de son monde intérieur et l'acceptation du monde extérieur qui l'entoure (reconnaissance, communication et relation).

- Restaurer l'estime de Sonia par la valorisation de ses capacités mentales, corporelles et esthétiques au travers de l'activité artistique.

- Aider Sonia à s'affirmer en travaillant sur la notion de cadre, de confiance et de choix.

- Encourager l'implication de Sonia dans le projet thérapeutique afin de l'inscrire dans une dynamique d'autonomie et de responsabilité.

3.3) La stratégie permet une pédagogie de mise en place.

L'art-thérapeute s'est entretenue avec Sonia afin de la sensibiliser à l'art-thérapie et d'élaborer son projet thérapeutique. Sonia enthousiaste a adhéré à cette proposition.

Cependant, la seule utilisation de la dominante danse est apparue comme limitée et réductrice auprès de personnes polyhandicapées et au vue des capacités de Sonia. Nous ré-abordons ce point en bilan et en troisième partie). L'exploitation corporelle reste une référence thérapeutique mais les phénomènes associés vont s'inscrire non seulement comme tels, mais également comme dominante inversée. Ainsi, le corps restera l'outil privilégié de l'expression artistique, esthétique et de la relation avec l'extérieur.

L'art-thérapeute choisit l'utilisation stratégique de choix, de provocation et de détour par le biais de plusieurs dominantes :

La stratégie thérapeutique utilisée se construit à partir de différents faisceaux d'items qui répondent aux objectifs fixés. Ces derniers impulsent des sous objectifs intermédiaires appuyant la stratégie choisie tels :

- Travailler sur l'expression du style de Sonia en s'engageant dans une réalisation. La dominante est l'art plastique, les phénomènes associés est la musique.

- Travailler sur l'intention et l'affirmation de ses goûts par le choix la dominante artistique.

- Travailler sur le ressenti et la structure corporelle de Sonia en vue de mieux appréhender son corps et ses sensations. La dominante est l'expression corporelle et la danse, le phénomène associé est la musique (pratique, écoute et base de gestuelle).

- S'appuyer sur le vecteur musique afin de modifier une humeur et canaliser ses émotions.

- Valoriser la place de Sonia dans un groupe en exploitant ses capacités physiques et mentales, ainsi que son potentiel artistique.

- Utiliser le plaisir d'expérimenter pour faire découvrir et diversifier les supports musicaux et les techniques d'arts plastiques.

L'observation fine sur un temps long, est une stratégie adaptée à la personne polyhandicapée. Le rapport au temps est différent pour et avec les personnes atteintes de polyhandicap, les journées sont orchestrées par les soins, les conditions de souffrance, de douleur, de fatigue... et surtout, la disponibilité des personnes dont elles dépendent.

Un atelier d'art-thérapie peut donc être long à mettre en place avec des périodes ne pouvant s'inscrire dans la pratique.

Suite au nombre important de résidents demandeurs ou indiqués pour des séances d'art thérapie, la fréquence des séances est assez minime pour des résultats à court terme. Pour la concrétisation et la pertinence des séances, l'art thérapeute organise des temps de réunion avec l'art thérapeute plasticienne, l'animatrice en musicothérapie et la psychologue référent de Sonia.

3.4) Les méthodes et les moyens utilisés.

L'adaptabilité des propositions (cadre et contenu) est inévitable et nécessaire, Sonia est associée à l'orientation et au déroulement des séances. Il est arrivé que l'art-thérapeute « impose » un choix de dominante afin de répondre à un objectif portant sur l'affrontement et l'opposition de Sonia liés à sa mauvaise humeur ainsi qu'à ses caprices du moment. Ainsi les méthodes s'articulent entre un apport de consignes claires à respecter par une méthode directive et des consignes favorisant la prise d'initiative et l'expérimentation libre ou l'improvisation.

Il semble pertinent que certaines séances soient individuelles afin de répondre au besoin de Sonia d'être reconnue en tant qu'être unique, en lui proposant un accompagnement individuel prenant en compte ses faiblesses et ses potentialités afin d'en dégager une force. Les séances collectives permettent une approche réelle du monde dans lequel certes, nous sommes uniques mais pas seuls. Ces séances sollicitent Sonia dans sa capacité à s'inscrire dans un groupe, à accepter l'éloignement de la possessivité pour aller vers un partage et une ouverture sans danger. L'aspect collectif est utilisé pour valoriser son potentiel et ses capacités esthétiques et humaines. Qui, face aux pathologies et handicaps, réduisent les possibilités de valorisation des capacités et du potentiel artistique. Il est apparu plus judicieux d'orienter notre travail sur le corps, l'intention, sa cohérence dans l'action et son ressenti (par le geste de peindre, de manipuler des matières, de toucher et jouer d'un instrument de musique). Ou encore par le mouvement et déplacement en danse et expression corporelle. Nous revenons donc sur cette dominante complexe et incontestablement révélatrice d'émotion et d'une force pour Sonia qui est la danse.

Nous verrons au travers d'une étude de cas les difficultés liées au choix d'une dominante artistique danse. Ainsi, avec ces modalités de prise en charge et trois dominantes artistiques, l'art-thérapeute peut s'inscrire dans un travail thérapeutique avec une multitude de cordes à son arc, dont la pertinence est propre au jour, au moment et au contexte de la séance.

3.5) Une application théorique et pratique des trois dominantes artistiques se dégage.

Chacune de ces trois pratiques artistiques a une résonance particulière qui induit un comportement dans l'intention et l'implication de Sonia. Ainsi, chacune oriente l'inscription d'un objectif de séance qui s'inscrit dans la démarche thérapeutique globale. Ce qui relevait d'un enrichissement, d'une proposition thérapeutique devient un paramètre pilier de la prise en charge. Selon la sensibilité et la disponibilité de Sonia, une dominante s'avère plus adaptée qu'une autre et cela déterminait les degrés d'intérêt, d'élan et d'implication. Des critères d'observation se modifient en cours, se croisent avec d'autres et parfois, se contredisent. Ces paramètres seront développés et discutés en troisième partie.

La dominante musique en écoute et réceptivité permet un état serein et détendu de Sonia. Cette dominante est choisie lorsqu'elle présente un état de fatigue ou d'agitation excessive. La pratique d'un instrument et de la voix fredonnée ou chantée révèle soit un potentiel par exemple rythmique, soit une intention harmonieuse.

Les phénomènes associés sont le mouvement associé et les arts plastiques. Dans ce cas, l'intention de la personne est focalisée sur autre chose. L'accent n'est pas directement mis sur le corps (pour Sonia), tout en utilisant le mouvement et la motricité fine (intérêt de l'art-thérapeute).

La dominante arts- plastiques est développée notamment par le dessin et la peinture. Les phénomènes associés sont la musique, support de l'expression et le mouvement exploité pour sa fonction motrice.

La dominante expression corporelle passe par la danse et le mouvement dansé. Les phénomènes associés sont la musique, l'espace, le contact et le non contact avec la thérapeute.

4- Le déroulement de la prise en charge s'articule en 16 séances

4.1) L'atelier se structure.

Chaque séance se structure en trois séquences modulables selon la dominante choisie, l'expression corporelle et la musique ne nécessite pas la même préparation, installation et rangement que les arts plastiques: **(la grille d'observation et la fiche d'observation de séance est en annexe 2 et 3)**

- Le rendez-vous sur l'aile de vie de Sonia, cette séquence comprend la prise de contact journalière, le déplacement dans l'établissement avec d'éventuelles rencontres et contacts avec d'autres professionnels et résidents, ainsi que l'installation dans l'atelier.
- La deuxième séquence s'articule avec la pratique artistique et l'adaptation nécessaire, nous verrons dans la présentation de l'étude cas que l'atelier varie s'il se déroule le lundi ou le jeudi.
- La troisième et dernière séquence consiste à la préparation de fin de séance, le rangement nécessaire et le retour sur l'aile de vie.

A l'intérieur de ces séquences, s'insèrent des moments plus précis dont certains sont décrits dans l'étude de cas, suite au bilan de séances.

4.2) Les séances sont décrites.

Attention aux différents temps utilisés : choisis-en un : le présent me semble mieux

En général, tu restes factuelle et privilégies les observations émotionnelles, il manque l'observation fine des expressions vocales (tonalités, justesse, intensité) et gestuelles (amplitude, rythme, regard...) mais tes prises de note sont peut-être ainsi...

Séance 1 : Individuelle **pas de dominante**

Cette première séance porte sur la compréhension, la validation et l'organisation du projet d'atelier avec Sonia. Cela traite de la disponibilité et de l'intention de Sonia dans son implication (dans le projet de prise en charge). Elle lui pose des questions sur ses envies, ses goûts, ses besoins et ses attentes. Sonia répond avec enthousiasme et sérieux (elle aime la mer et les dauphins, sa couleur préférée est le bleu, elle déteste la musique classique, adore les musiques rythmées, aime regarder la danse et remuer la tête). Nous échangeons sur les possibilités de contenus, en évoquant le fait que la prise en charge est temporaire (ce que Sonia entend sans problème). L'art-thérapeute demande à Sonia d'avoir son pictogramme avec elle (lui expliquant que cela facilite la compréhension et la communication). Sonia aura des difficultés à répondre à cette demande. La responsabilité de penser à ses lunettes (et de les mettre) l'agaçait. Ceci deviendra un phénomène observable quant à l'implication de Sonia entre autre dans la communication et la relation.

Séance 2 : Collective. **Réceptivité musicale** *Mets tout au présent*

L'art-thérapeute oriente rapidement une séance collective afin d'observer le comportement de Sonia dans le groupe. Avec un peu de réticence, Sonia **a accepté** que l'on accueille trois résidents. Son implication **était** nettement moindre que lors de la séance individuelle (ne choisit pas de musique, ne se prononce pas sur des questions qui lui sont posées). L'écoute musicale **était** orientée sur la notion d'esthétique (agréable, entraînant, apaisante...). Ceci **a requis** une implication mentale (choix de morceau chacun son tour), concentration (afin de savoir quelle sensation est éprouvée), gratification sensorielle et auditive.

En réitérant cette expérience, nous **avons vu** que cela était lié à un choix relationnel personnel et aux conditions thymiques de Sonia. Cette première expérience collective est **peu** concluante, la présence d'au tres résidents fait que Sonia se met en retrait, s'exprime seulement après sollicitation de l'art-thérapeute. Son attitude corporelle est détournée (de dos, détourne le regard). Elle **était** pressée que la séance se termine.

Séance 3 : Individuelle, précisions sur les pratiques artistiques et écoute musicale pour le choix d'un morceau à exploiter. *Mets tout au présent*

Lors de cette séance, nous avons échangé sur la projection (anticipation) et l'implication de Sonia nécessaire dans le projet d'activité artistique. Nous avons discuté sur le choix d'un thème commun aux **3 dominantes artistiques**. Suite aux réponses de Sonia (séance 1), l'art-thérapeute a proposé de travailler sur un thème très global, qui est celui de la planète (couleurs, sons et mouvements de la mer, de la terre). L'art-thérapeute a emmené un globe terrestre afin de localiser la provenance du chant ainsi que de repérer les différents bleus des mers et océans. Sonia aborde le globe avec un intérêt éducatif (géographique et culturel), elle pose des questions et prend plaisir tant à la compréhension des informations, qu'à leur mémorisation. L'art-thérapeute sent que cette approche gratifie Sonia intellectuellement, elle indique que cela ne se produit pas assez souvent. Sonia a apportée son pictogramme, l'art-thérapeute lui demande d'amener sa tablette lors du choix de la dominante arts- plastiques. Sonia demande si elle peut emmener le globe et en être responsable, nous repartons sur l'aile de vie.

Choix d'exploitation des dominantes :

Arts- plastiques=choix de supports, de formats, de bleus, de tracés et de formes. L'art-thérapeute demande à Sonia de se munir de sa tablette pour les dominantes d'arts plastiques, ce qui améliorerait son installation.

Musique= La thérapeute remarque que Sonia a une attirance pour les chants et rythmes africains. Elle demande une chanson qu'elle aime particulièrement (sur la pêche en Afrique)⁵⁰

Danse= alternance inspiration de l'intérieur et de l'extérieur, avec

Le morceau de musique choisi par Sonia a servi de support pour les percussions, le chant et la danse. L'art-thérapeute lui a proposé d'en adapter la structure et l'interprétation selon ses capacités.

Séance 4 : Individuelle. **Arts-plastiques** *Mets tout au présent*

L'art-thérapeute a voulu proposer une piste d'exploitation du corps et de l'espace en peinture. Par un travail sur l'espace (mur, sol), les déplacements et les traces en utilisant le fauteuil comme outil au même titre que les pinceaux.

L'échange sur cette proposition amuse Sonia car l'idée lui paraît farfelue. Sonia curieuse paraissait intéressée, elle se ressaisit et refuse (peur d'abimer son fauteuil qui n'est pas un outil mais la continuité de son corps). Cette expérimentation aurait sali son corps et son fauteuil, la raison et l'appréhension oriente ce refus. L'art-thérapeute décide de laisser cette idée de côté, le temps de prise en charge ne permet pas les étapes nécessaires pour que cette expérimentation soit pertinente. La proposition de l'art-thérapeute a bloqué Sonia sur un mode communicatif de refus. L'expression de cette affirmation, s'est ensuite étendue à chaque proposition. L'art-thérapeute a dû lui assurer qu'elle tenait compte de ses envies et capacités, que les notions de respect et de plaisir étaient privilégiées.

Séance 5 : Collective. **Réceptivité, pratique (congas)**

Cette séance portait sur l'écoute musicale, le mouvement et les percussions. Nous avons observé que Sonia avait une bonne notion du rythme, elle essayait d'associer d'autres mouvements à celui de la frappe. Elle a plaisir à se mouvoir et à jouer d'un instrument (essentiellement percussion, plus facile d'accès). Sonia expose avec fierté sa nouvelle montre en indiquant avec une plus grande fierté qu'elle sait lire l'heure, l'art-thérapeute lui propose d'être garante de la fin de séance. Sonia, très heureuse, prend cette responsabilité et l'assurera jusqu'à la fin de sa prise en charge. Elle est valorisée par cette responsabilité qui la différencie des autres résidents (quatre participants).

Cette deuxième expérience collective est positive, Sonia est dynamique et impliquée. Elle est valorisée par cette troisième expérience de responsabilisation, elle est garante de l'heure.

Séance 6 : Individuelle.

Sonia est préoccupée, elle pleure car elle a égaré ses lunettes. Elle sait qu'une personne de l'équipe d'AMP* les a rangé dans son casier, Sonia ne la trouve pas. Afin d'enrayer cette angoisse grandissante, nous sommes parties à la recherche de cette personne afin de les récupérer. Une fois cela réglé, Sonia n'ayant pas envie de produire quelque chose, nous avons écouté de la musique. L'art-thérapeute lui propose de regarder des livres sur des masques et des photos d'Afrique, mais rien ne lui dit, elle a juste envie d'être là au calme, à écouter de la musique. Le déroulement de séance a été perturbé par cet élément annexe, l'émotion et l'état de Sonia l'ont totalement orienté. Elle savait ce qu'il fallait faire pour se sentir mieux (ne canalise pas ses émotions, mais essaye de les gérer). Ainsi, les capacités esthétiques évaluées portent sur l'intention, l'émotion et le plaisir dans l'écoute musicale. L'atelier d'art-thérapie a représenté une soupape avant de retourner sur l'aile de vie.

⁵⁰ Comptines et berceuses du baobab, Didier Jeunesse, 2002

Séance 7 : Individuelle. *Pourquoi l'imparfait cette fois-ci ? Mets tout au présent*

Sonia n'est pas en forme, le week-end ne s'est pas très bien passé. Elle *qui?* demande si Sonia a besoin ou envie d'en parler. Sonia manifeste son envie, elle est très contrariée car elle s'est disputée avec sa mère, (*autre phrase ?*) elle *est était* sensée aller en atelier d'art-plastique mais *a préféré* continuer le questionnaire et le travail sur le thème afin de la divertir en ne pensant plus à ses contrariétés. Sonia se *plaignait* de maux de ventre, l'art-thérapeute lui *a emmené* un récipient et des mouchoirs. Elle a *établi* un contact physique avec ses mains placées sur son dos et l'un de ses bras. Sonia renvoyait d'importantes glaires et de la bile, elle pleure et ne pouvait sortir de cet état anxieux, douloureux et désagréable. L'art-thérapeute lui *a proposé* de suspendre la séance et de la ramener dans sa chambre, mais Sonia *a exprimé* un non (catégorique et violent) en désirant rester à l'atelier. Sa localité à l'extérieur du lieu de vie *permettait une coupure d'ambiance parfois très bruyante et oppressante des ailes de vie. Elle souhaitait* utiliser l'action pour se dégager de cet état, l'art-thérapeute s'*est* dit qu'en d'autres moments, Sonia aurait tout fait pour maintenir son état d'anxiété. Mais là elle *souhaitait* aller au bout de son engagement et de la raison de nos rencontres. Les hauts de cœur étant passés, l'art-thérapeute *a accepté* de continuer. Nous *avons commencé* le travail en abordant l'Afrique. Revenant d'un voyage en Guinée, l'art-thérapeute lui *a raconté* des histoires et anecdotes. Sonia *était* ravie et a souhaité que nous chantions la chanson africaine sur la pêche. Elle *a demandé* à accompagner la musique avec des congas que l'art-thérapeute *a placées* devant elle. Elle *a sollicité* l'art-thérapeute pour qu'elle lui montre des gestuelles de danse africaine. Sonia *a éprouvé* beaucoup de plaisir et de fierté à accompagner la danse comme cela se fait en Afrique. Elle *manifestait* de la joie à découvrir cette gestuelle ample et énergique, elle *n'a pas tardé* à participer à la danse (mouvements de bras, mouvements de tête).

L'art-thérapeute *a conclut* que Sonia était prête à intégrer la dominante danse. Ce corps qui la *faisait* souffrir et lui *faisait* honte quelques temps auparavant est à ce moment là témoin et outil d'une expression corporelle volontaire et dirigée.

La séance prend fin, Sonia *était* fatiguée, elle se *sentait* prête à aller se reposer avant le goûter.

Séance 8 : Individuelle. Arts-plastiques. *idem*

Lors de cette séance, Sonia se sentait en forme. Elle est disponible pour toute proposition. Les capacités émotionnelles et intellectuelles de Sonia sont tout à fait disponibles. L'art-thérapeute lui a proposé d'établir une liste des besoins matériels pour aller à la rencontre de l'art-thérapeute plasticienne (sollicitation pour conseils, utilisation de son espace et de son matériel). Sonia avait pour projet de peindre une planète associant des bleus pour les eaux, avec la recherche de couleurs pour la terre. Sonia a montré avec fierté les travaux qu'elle avait réalisés dans le cadre de cet atelier (qui apparemment ne la motivait plus). Un nouveau contact entre Sonia et l'art-thérapeute plasticienne était établi. Cette dernière fut très intéressée par notre projet, également interpellée quant à l'implication et le plaisir que Sonia manifestait. Il nous restait peu de temps avant la fin de séance peu de temps, nous avons terminé par de l'écoute musicale et des échanges sur le projet et ce qui a été travaillé avec la thérapeute plasticienne.

La disponibilité de Sonia a permis d'établir un lien avec la plasticienne et les projets dans lesquels elle a pu être impliquée. Elle a pu montrer des travaux réalisés (qu'elle a vu accrochés), l'ouverture et l'accessibilité de la thérapeute plasticienne ont favorisé la projection de disposer de ce lieu pour la dominante arts-plastiques.

Séance 9 : Individuelle. *idem*

Suite au contexte (émotionnel et environnemental), la séance *est* adaptée. L'aspect communicatif et relationnel *est* accentué, par une première séquence perturbée et agitée. La

deuxième séquence, ouverte à un autre résident a favorisé le passage à un autre état psychologique de Sonia.

Mets au présent

Lorsque l'art-thérapeute **arrive**, Sonia revenait de sa chambre avec une personne de l'équipe **d'AMP***, elle **était** en pleur (gros sanglots). Sonia **a expliqué** à l'art-thérapeute qu'elle en **avait** marre d'être handicapée. Il **fut** nécessaire que l'art-thérapeute lui demande d'utiliser son pictogramme afin de la comprendre. Sonia accepte, se rendant compte qu'elle souhaitait aborder une explication très précise de son ressenti et de son état. Nous **sommes allées** le récupérer dans sa chambre, Sonia **a désigné** l'expression « d'une moue », du handicap, d'une personne non handicapée puis d'une situation conflictuelle. L'art-thérapeute comprend alors une situation d'affrontement avec une personne non handicapée. Sonia a exprimé que sa situation d'handicap ne lui a pas permis de se défendre (elle s'est senti démunie, diminuée et non écoutée). Sonia **fut** soulagée que nous l'écoutions, elle **a exprimé** le souhait d'aller en atelier pour une séance individuelle.

L'art-thérapeute **profite** du fait que l'animatrice musicale n'**ait** qu'une personne avec elle, (Yann est assez proche de Sonia) et a proposé de les accueillir pour le restant de la séance (Sonia a accepté). Sonia a désiré leur faire écouter le morceau de musique sur lequel elle travaillait le chant. La fin du contenu de cette séances **est** très positive, d'une part, elle **met** en avant l'intérêt et l'intention de Sonia dans le projet d'atelier (par les explications sur ce qu'elle faisait dans sa prise en charge, par le choix d'écouter le morceau de la dominante chant). Cette invitation et ce partage ont été très bénéfiques pour tous les deux (Yann était très intéressé, à l'écoute et satisfait de cette ambiance dynamique et complice). Cette séance a permis à l'animatrice de musicothérapie d'appréhender Sonia autrement, de découvrir son potentiel vocal et rythmique ainsi que sa capacité à accepter des observations et inductions normalement refusées. Ces observations ont enrichi le travail avec Sonia, en considérant que celle-ci accepte de revenir aux ateliers de musicothérapie. Le rapport à la dominante choisie par Sonia est à considérer avec la présence de Yann (ce qui a modifié le comportement de Sonia, encore plus impliquée).

Séance 10 : Individuelle. *Mets au présent idem*

La dominante était l'écoute musicale, le phénomène associé majeur le dessin (pour l'art-thérapeute, s'ajoute le mouvement). Sonia était très fatiguée, il faisait chaud, son humeur était maussade (lundi). Sonia n'avait pas envie de bouger, l'art-thérapeute a proposé un exercice d'écoute musicale sur lequel elle appuierait la traduction de son ressenti par un dessin. Sonia a appliqué la consigne avec minutie et intérêt. Elle a demandé le même morceau musical⁵¹. L'art-thérapeute s'est interrogée sur l'utilisation répétitive de ce morceau qui suscitait un état de sensibilité et de tristesse. Sonia souhaitait exploiter cette musique particulière pour exprimer son ressenti. Le dessin a servi à extérioriser un mal être qu'elle souhaitait « apprivoiser » grâce à la musique. Sonia a dessiné son chien (dans son panier) au crayon de couleur, elle s'est organisée pour effectuer ce travail, a choisit chaque couleur en prenant son temps alors qu'habituellement elle se situait dans la précipitation. Sonia avait de réelles capacités graphiques par les formes de ce qu'elle dessinait (facilement reconnaissable), mais également par des techniques de superposition de traits finalement estompés avec son doigt afin de réaliser des teintes et dégradés différents. Sonia a occupé une petite partie de la feuille, l'art-thérapeute lui a suggéré d'utiliser toute la feuille, mais elle a refusé, elle avait une idée précise de ce qu'elle voulait faire, ce qui est très intéressant dans l'aspect anticipatif et affirmatif de sa personnalité (son intention et de son style). Sonia a mis en avant le fait qu'elle était fatiguée, l'art-thérapeute a observé que la prise de crayon était difficile mais a laissé Sonia autonome. Celle-ci a montré qu'elle en avait la volonté. Sonia s'est organisé avec ses deux mains, elle a

⁵¹ Comptines et berceuses du baobab, Didier Jeunesse, 2002

utilisé trois doigts de sa main droite pour dessiner. Sonia a apprécié de se débrouiller, sa tranquillité psychique a fait qu'elle ne s'est pas énervée, découragée. Elle s'est sentie gratifiée par sa réussite et par le regard positif et encourageant de l'art-thérapeute. Cette dernière a observé que Sonia n'écoutait plus son état de fatigue et s'inscrivait de plus en plus dans l'action et l'étendue de cette action. Sonia a signifié que son dessin était terminé, l'art-thérapeute lui a proposé de le dater et signer. Sonia refuse, elle a souhaité constituer une chemise de rangement et l'y insérer. La séance se termine, Sonia est apaisée et souriante.

Séance 11 : Pas d'atelier *Mets au présent*

La séance ne s'est pas déroulée, Sonia **est** en sortie à Paris, l'art-thérapeute **n'a** pas été prévenue. Cet élément **met** en avant les difficultés d'organisation, de communication et parfois de reconnaissance du travail de l'atelier d'art-thérapie. Cela **s'était** déjà produit pour d'autres thérapeutes (la répétition de cette situation a donné lieu à un recentrage de l'équipe paramédicale par la direction). L'art-thérapeute **a profité** de cet imprévu pour effectuer un bilan des étapes réalisées avec la psychologue de Sonia et l'art-thérapeute plasticienne. Ce temps d'échange **fut** très profitable pour toutes. Il **a permis** un état des lieux sur les objectifs, les méthodes, l'évaluation intermédiaire de Sonia notamment dans ses attitudes et comportements. Il **en est** ressorti les aspects positifs et ceux à affiner ou réorienter. Certaines répercussions positives se **lisaient** dans son quotidien, le fait qu'elle s'organise pour avoir ses lunettes dans son sac, et son pictogramme (l'art-thérapeute **a eu** du mal à le lui faire accepter, l'un ne va pas sans l'autre). Sans ses lunettes, Sonia a des difficultés d'utilisation et de repères des codes et dessins.

Séance 12 : Individuelle. *idem*

En début de séance, Sonia s'oppose au cadre et à l'art-thérapeute. Ainsi l'appréciation du début de séance est à situer avant une discussion de régulation. Suite à cet échange les capacités de Sonia sont révélées. Ses capacités sensorielles et proprioceptives ont pu être utilisées (valorisées). Cette activité intense et courte n'a pu être réellement observée, le ressenti de l'art-thérapeute est la seule piste d'analyse.

Lorsque l'art-thérapeute **est arrivée**, Sonia **était** à une table avec une Aide Médico Psychologique, la psychologue référente et l'animatrice de musicothérapie. Il **était** observable que le visage de Sonia était fermé et manifestait une humeur triste. Dès la salutation l'art-thérapeute l'a senti très sensible (au bord des larmes), susceptible et de mauvaise humeur. Sonia a mal pris l'intervention d'une personne de l'équipe, et s'est mise à sangloter (d'une manière qui paraissait disproportionnée). Afin que cela ne prenne plus de proportion, l'art-thérapeute a proposé de partir en atelier, Sonia est apparue comme soulagée par cette proposition.

Sonia était démotivée de tout, sauf de l'écoute d'un compact disc⁵² qu'elle avait demandé à la thérapeute. Sonia était dans l'opposition et le refus, (n'écoutait pas et coupait l'art-thérapeute dans ces propositions). Cette dernière a senti que Sonia s'engageait dans une relation conflictuelle (infantile et non respectueuse), elle y a mis le holà en indiquant qu'il y avait d'autre façon et moyen de communiquer. Certaines situations pouvant être orientées par la thérapeute, dans le cadre d'atelier dirigé. La thérapeute étant là pour prendre en compte ses désirs, ses états d'âme mais également pour susciter en elle des progressions, une évolution dans ses modes de communication et de relation. Sonia **comprend** qu'elle n'emmènerait pas la thérapeute sur un terrain conflictuel. Elle accepte donc d'être un peu bousculer et modifie son comportement nous permettant ainsi d'élaborer un engagement et une implication dans l'activité.

⁵² Lambarena, « Bach to Africa » 1993

Séance 13 : *1^{ière} séquence* collective, *2^{ème} séquence* individuelle. *idem*

Sonia a **accepté** de participer sans trop de difficultés à cette séance collective (avec trois résidents). La dominante **était** le chant et percussions (congas, grelots, claves). Le phénomène associé : écoute musicale et interaction entre les participants. Sonia fut élément moteur de cette séquence, elle participait et communiquait sa joie aux autres participants. Sonia était très motivée par le fait de montrer notre travail à des personnes extérieures, elle s'impliquait avec volonté et plaisir. Elle mena le chant et la rythmique. L'art-thérapeute a observé que Sonia avait progressé (avec une capacité mnésique très développée) notamment au travers de l'intention et de l'expression artistique (esthétique et gratifiante). Elle a mis en application tout le travail réalisé en construction musicale (l'introduction des percussions et du chant, les deux phases musicales et la fin du morceau amené par les percussions). Le temps de cette séquence terminé, nous sommes parties dans l'atelier d'arts plastiques. Sonia réticente au début (elle voulait continuer le chant et percussions mais l'art-thérapeute lui explique, qu'ensemble elles avaient prévu cette phase et qu'il était intéressant de s'y tenir).

2^{ème} séquence individuelle, la dominante était la peinture, le phénomène associé, l'écoute musicale (CD sur des bruits d'eau). Sonia a expérimenté des mélanges pour obtenir les nuances de bleus. Elle a utilisé des pinceaux, éponge, kleenex et doigts. Sonia s'est amusée à organiser les traces sur la feuille, à expérimenter différents outils et surtout à expérimenter la peinture au doigt. Elle a évolué en se laissant la possibilité de se salir, rassurée de pouvoir se nettoyer (l'art-thérapeute le lui a assuré). Cette quatrième expérience collective est très positive, les relations se sont établies dans le partage et le respect, chacun avait sa place. L'interaction du monde intérieur et extérieur de Sonia était équilibré et harmonieux. Sonia a pris plaisir à patouiller dans la peinture, tout en s'appliquant sur le support. Malgré ses positions liées à la notion de propreté, elle a su se détacher et se permettre une intention esthétique, avec un rendu cohérent. Pour la première fois Sonia est dans l'imagination, elle ne s'appuie que sur ses propres représentations (ressenti). Il est intéressant de savoir que Sonia ne considère pas sa peinture terminée.

Séance 14 : Individuelle. *idem*

La dominante prévue était la danse et l'expression corporelle, les phénomènes associés, musique et chant (qui sont devenus la dominante). Sonia ne se sentait pas bien, elle avait des hauts le cœur, (l'art-thérapeute a fait le lien avec le fait que c'est un lundi). Elle lui a conseillé d'aller se reposer dans sa chambre, mais Sonia a refusé (calmement), elle voulait rester faire ce qui était prévu. Sonia lui a indiqué qu'elle s'était à nouveau disputée avec sa mère mais qu'elle n'avait pas envie d'en parler ni même d'y penser. L'art-thérapeute l'a pris en compte, une fois que Sonia s'est mieux sentie, elle lui a proposé de chanter et de jouer des percussions sans le support CD. Sonia a accepté, en cela, elle a prit beaucoup d'assurance, puisqu'auparavant, elle refusait de se détacher du modèle. Nous étions très satisfaites de la maîtrise corporelle et rythmique de Sonia ainsi que de ses capacités vocales. Cette séance a montré une évolution et une progression dans les capacités de Sonia (comportementales, intellectuelles et physiques). Par sa volonté, Sonia a su canaliser ses émotions.

Séance 15 : Individuelle. *idem*

La première séquence portait sur l'avancée de la peinture avec un autre support musical⁵³. Sonia était très motivée pour continuer sa peinture et n'a pas perdu de temps à s'y mettre. Elle resta concentrée sur sa production pendant une heure, elle a demandé à dater et signer. Elle voulait refaire le chant, les instruments n'étant pas là et la salle de musique occupée, l'art-

⁵³ Musique Bobby Mac Ferrin. «Circle Song », 1996

thérapeute a utilisé ses grelots, pris une bassine en plastique (qu'elle retourna), ainsi que des gros pinceaux (en guise de claves). Sonia fut très amusée, elle ne trouvait pas cela normal mais se laissa attirer par le côté original et amusant. Elle demanda à l'intervenante de mettre les grelots à ses chevilles (dessus de pied droit pour Sonia) et poignets. Nous avons mélangé l'aspect musical et corporel (avec une intention esthétique), cette séance s'est terminée dans une grande joie.

Séance 16 : Individuelle. *Idem*

La 1^{ère} séquence portait sur le bilan auto évaluatif de Sonia et des séances. L'outil référentiel a été modifié, pour prendre en compte l'expression de ses ressentis et critiques (quelles sensations a-t-elle eu en cours de prise en charge et quelles sensations lui reste t-il ?). Sonia bave peu, elle est calme et le fait de lui poser des questions l'amuse beaucoup, elle prend cela comme un jeu (dans lequel il faut un score maximum).

L'art-thérapeute lui a demandé cependant de traiter les questions avec sérieux lui expliquant l'intérêt de l'exercice, Sonia n'en a pas vraiment tenu compte, il a fallu que l'art-thérapeute replace le contexte et l'objectif visé, afin que Sonia modifie son comportement.

La 2^{ème} séquence s'est déroulée avec la psychologue référente de Sonia pour un bilan global. Au fil de la discussion, Sonia baillait de plus en plus, nous nous sommes rendu compte que le fait de pousser la réflexion et d'orienter les contenus de la discussion sur des problématiques relationnelles et comportementales ennuyait Sonia (qui le montrait de façon détournée mais très lisible). De plus en acceptant, Sonia n'avait pas réalisé qu'elle se retrouverait aux deux personnes référentes, qui pouvait s'assurer d'une cohérence dans ses propos (réalité et interprétation). Sonia a accepté de tenir compte de l'orientation d'un bilan de fin de prise en charge. Elle nous a plus écouté qu'elle ne s'est exprimé. Cependant, elle a reconnu que certains de ses comportements et attitudes pouvaient engendrer des conflits ou stopper toute communication (en l'empêchant d'avancer).

5- L'évaluation est faite.

La prise en charge s'articule en **16** séances, cependant, deux séances sont évaluées en séquences (13-14 et 17-18). Pour l'évaluation, il a été nécessaire de considérer **18** séances, les **17-18** sont particulières. En effet, ce fut le bilan de fin de prise en charge de Sonia. Ainsi, les caractères auto évaluatif et réflexif de la séance ont fragilisé Sonia et ce, dans tous les domaines (le psychique s'est répercuté sur le physique et sur la relation).

0 indique que l'évaluation n'a pu être effectuée (valable pour tout le document).

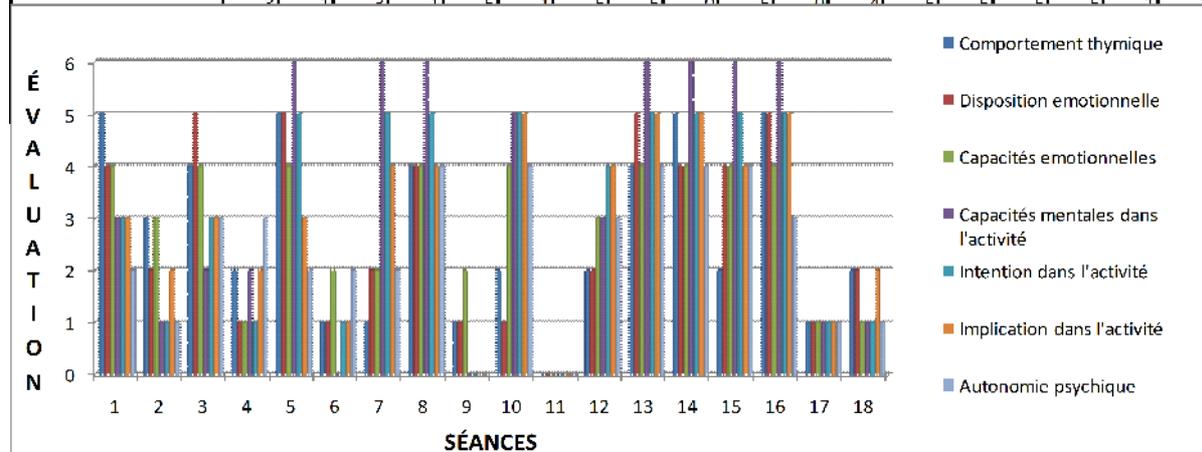
La séance **11** ne s'est pas déroulée avec Sonia, il n'y a donc pas d'évaluation.

Les graphiques **2, 3, 4, 5** sont en annexe 4.

5.1) Les faisceaux d'items concernant les **capacités psychiques**

Comportement thymique	Disposition émotionnelle	Capacités émotionnelles	Capacités mentales dans l'activité	Intention dans l'activité	Implication dans l'activité	Autonomie psychique
			Intention 6			
Enthousiaste 5	Joyeuse 5		Imagination 5	Impliquée 5	Garante du cadre 5	
Bonne humeur 4	Contente 4	Gère 4	Organisation 4	Concentrée 4	Respect du cadre 4	Prend des initiatives 4
Fatiguée 3	En colère 3	Gère avec aide 3	Appliquée 3	Motivée 3	Respect des consignes 3	Fait des choix 3
Se plaint 2	Contrariée 2	Ne gère pas 2	Concentrée 2	Intérêt 2	S'adapte 2	Indique une préférence 2
Mauvaise humeur 1	Anxieuse 1	Négation 1	Attentive 1	Désintéressé 1	S'oppose 1	Ne se prononce pas 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Comportement thymique	5	3	4	2	5	1	1	4	1	2	0	2	4	5	2	5	1	2
Disposition émotionnelle	4	2	5	1	5	1	2	4	1	1	0	2	5	4	4	5	1	2
Capacités émotionnelles	4	3	4	1	4	2	2	4	2	4	0	3	4	4	4	4	1	1
Capacités mentales dans l'activité	3	1	2	2	6	0	6	6	0	5	0	3	6	6	6	6	1	1
Intention dans l'activité	2	1	2	1	5	1	5	5	0	5	0	4	5	5	5	5	1	1



Ce graphique porte sur les capacités émotionnelles et intellectuelles de Sonia. Le **comportement thymique** (en baisse sur les séances 6.7.9.17.18) et les **dispositions émotionnelles** (assez irrégulier au début qui se stabilisent en cours) étaient liés au contexte du jour de séance (le week- end par exemple influençait les séances du lundi). Lors de la séance **9** Sonia n'était pas en état psychologique pour suivre l'atelier. Une situation conflictuelle déroulée avant est très mal vécue. Sonia exprime son ressenti et son état, malgré les difficultés de communication verbale. Avec l'aide de son pictogramme, elle exprime qu'elle s'est sentie démunie et diminuée par sa situation d'handicap. *Fais attention aux temps utilisés : garde le présent*

Les **capacités émotionnelles** de Sonia (liées aux dispositions) ont orienté chaque séance, elle a su gérer de mauvaises dispositions par l'exploitation d'autres capacités et potentiel (cet élément est ponctuel). Sonia a montré de bonnes **capacités mentales** adaptées à l'**intention** (qui s'est régularisée) et l'**implication** nécessaire à l'activité. Cependant, il arrivait que Sonia ait une intention (en venant à l'atelier) mais ne s'inscrive pas dans une action artistique spécifique. Des situations adaptées et des capacités exploitées nous amènent à constater que Sonia a disposé d'une certaine autonomie psychique (choix, anticipations, responsabilités, intention autonome et adaptée...). Certes, elle ne s'inscrit pas dans son quotidien, mais elle est à retenir dans le cadre de la prise en charge.

5. 2) Les faisceaux d'items concernant les **capacités physiques** (se référer à l'annexe 4 graphique 2).

Dispositions physiques globales	Aptitudes corporelles	Capacités corporelles	Comport. émotionnel	Expression des émotions	Implication dans l'activité	Autonomie physique
		Motricité fine 6	Cris de contentement 6			
		Mouvement volontaire 5	Rire 5		Dynamique 5	
Tonique 4	Dynamique 4	Engagement corporel 4	Sourire 4	Sans difficulté 4	Impliquée 4	Autonome 4
Peu tonique 3	Calme 3	Élan corporelle 3	Agressivité orale 3	Avec difficulté 3	Spontanée 3	Refus 3
Grande fatigue 2	Fermée 2	Tonus corporel 2	Moue 2	Spontanée 2	Avec sollicitation 2	Aide demandée 2
A mal quelque part 1	Contractée 1	Ressenti corporel 1	Pleurs 1	Après sollicitation 1	Passive 1	Besoin d'aide 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Dispositions physiques globales	4	3	4	3	4	2	1	4	2	2	0	2	4	4	1	4	3	2
Aptitudes corporelles	4	1	4	3	5	2	5	4	1	4	0	2	5	5	4	5	3	2
Capacités corporelles	2	2	3	1	3	1	5	3	2	2	0	1	5	3	2	6	2	1
Comportement émotionnel	6	2	4	4	5	1	1	6	1	2	0	1	6	4	4	6	5	2
Expression des ses émotions	2	1	2	2	4	1	3	3	1	2	0	1	4	4	4	4	3	1
Implication dans l'activité	4	2	2	2	2	2	4	4	4	4	0	2	5	4	5	5	2	1
Autonomie physique	4	2	3	1	1	3	4	1	1	4	0	1	4	4	4	4	4	4

Les **capacités physiques** de Sonia ont pu être respectées dans leur limite et repoussées dans leur exploitation et mise en exergue. Les mécanismes liés à son **comportement émotionnel** sont exacerbés et contrôlés. Il est incontestable que le caractère et la gestion de ses émotions **représente** un élément majeur dans le déroulement de l'atelier. Par exemple, la séance **7** est représentative des séquences parfois paradoxales. Elle **réagit** en utilisant le temps de discussion pour laisser venir l'intention et est passée à l'action. Sonia effondrée en début de séance, **la termine** très participative et impliquée. A partir de cette séance, elle est prête pour la danse. Elle **utilise** l'activité artistique et le cadre d'atelier comme moyen libérateur. Sonia s'est temporairement éloignée de l'envahissement émotionnel.

5.3) Les faisceaux d'items concernant l'**autonomie** (se référer à l'annexe 4 graphique 3).

Responsabilisation dans le projet	Implication dans l'activité	Dominante artistique	Phénomène associé	Technique dans la dominante	Fonctionne dans le cadre pré-établi	Engagement dans l'activité
Assume un rôle 4	Implication anticipée 4	Choisie seule 4	Choisi seule 4	Choisie seule 4	Fonctionne bien dedans 4	Sans difficulté, le tient 4
Prend des initiatives 3	S'implique 3	Choisie avec aide 3	Choisi avec aide 3	Choisie avec aide 3	S'en accomode 3	Sans difficulté, mais ne le tient pas 3
Exécute 2	Implication avec difficulté 2	Proposée 2	Proposé 2	Proposée 2	L'interroge 2	Avec appréhension 2
Aucune	Aucune	Imposée	Imposé	Imposée	N'en tient pas compte	Pas du tout

1	1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Responsabilisation dans le projet	2	2	3	1	4	1	3	4	0	3	0	0	4	4	4	4	2	1
Implication dans l'activité	3	1	3	2	3	1	3	4	0	3	0	0	5	3	3	4	2	2
Dominante artistique	0	2	3	0	2	4	4	1	0	2	0	0	5	3	2	4	0	0
Phénomène associé	0	1	3	0	1	4	4	4	0	4	0	0	6	4	2	4	0	0
Technique dans la dominante	0	4	3	2	3	4	4	4	0	4	0	0	4	4	2	4	0	0
Fonctionne dans le cadre pré-établi	4	3	4	2	4	3	4	3	0	4	0	0	5	5	4	4	1	3
Engagement dans l'activité	2	2	4	2	4	2	4	2	0	2	0	0	4	4	4	4	2	2

L'évaluation des capacités d'autonomie est en lien avec le potentiel psychique et physique de Sonia. Elle n'a pas géré seule ses émotions et son état sanitaire, néanmoins, elle a décidé et à pu ne pas se laisser envahir. Lorsque son état (sanitaire et psychologique) le lui a permis, elle a su utiliser le lieu et les propositions de la thérapeute, pour se sentir mieux. Nous retiendrons des capacités de **responsabilisation**, d'anticipation et d'**implication** (lunette, outil de communication : pictogramme, support : tablette, globe). En ce qui concerne la dominante (phénomène et technique), **L'autonomie** de Sonia s'est surtout manifestée au travers des **dominantes** musique et arts-plastiques et en fin de prise en charge par la danse.

5.4) Les faisceaux d'items concernant les **capacités esthétiques** (se référer à l'annexe 4 graphique 4).

Intention esthétique	Émotion esthétique	Plaisir esthétique	Expression esthétique	Expression de ses goûts
Spontanée 4	Très prononcée 4	Manifesté 4	Technicité 4	Imagination (Représentation transformée) 4
Avec aide demandée 3	Présente 3	Apparent 3	Expression intentionnée répondant à une envie 3	Avec une forte représentation 3
Avec sollicitation 2	Un peu 2	Retenu 2	Expression intentionnée répondant à un besoin 2	Imitation 2
Aucune 1	Aucune 1	Aucun 1	Expression globale et anarchique 1	Aucune 1

Expression de son style	Jugement esthétique	Production artistique	Rapport /forme fond	Nature de la production
		Terminée 5		
Assumé 4	Capacité de critique 4	Avec intention de finir 4		
Affirmé 3	Capacité critique 3	Avec intention de réajuster 3	Cohérent 3	
Latent 2	Influencé 2	Détruite 2	Peu cohérent 2	
Inexistant 1	Aucun 1	Inexistant 1	Aucun 1	

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Intention esthétique	4	2	2	1	4	1	3	0	2	4	0	2	4	4	4	4	0	0
Émotion esthétique	4	2	4	2	4	3	4	0	3	4	0	3	4	4	3	3	0	0
Plaisir esthétique	4	2	3	2	4	3	4	0	3	3	0	3	4	4	4	4	0	0
Expression esthétique	3	4	3	0	4	0	4	0	3	4	0	4	4	4	4	4	0	0
Expression de ses goûts	3	3	1	3	4	3	2	0	3	4	0	2	3	4	3	3	0	0
Expression de son style	2	2	2	1	3	4	2	0	1	4	0	1	4	4	2	3	0	0
Jugement esthétique	2	4	1	4	3	1	3	0	2	4	0	2	3	4	3	3	0	0
Production artistique	1	1	1	1	5	0	5	0	1	4	0	5	5	4	5	3	0	0
Rapport fond /forme	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	3	3	3	3	3	0	0
Nature de la production	0	M.R	0	0	M.P	M.R	M.P	0	M.R	A.P	0	D	mp	pein	M	A.P+Mf	0	0

Lorsqu' il n'y avait pas de **production**, l'appréciation portait sur l'implication de Sonia dans la séance et de son intention (expressive et esthétique) manifestée dans des projections (appréciation du **goût**, du **style** et de l'engagement sur une activité à venir, observation, critiques, sur son **intention** esthétique).

En ce qui concerne les **capacités esthétiques**, certaines séances sont évaluées à partir des sensations et ressentis extériorisés dans l'imagination et l'**intention** de faire et non dans l'action.

Il est arrivé que l'appréciation du phénomène artistique ne porte pas sur l'activité artistique mais sur l'intention, l'implication et la relation (projet d'atelier). Ainsi, l'évaluation peut être en lien avec l'écoute d'un morceau choisi et partagée avec quelqu'un d'autre que la thérapeute. Sonia fut fière de partager cette écoute et montrer qu'elle connaissait la mélodie et intonation : elle a eu du plaisir à le faire, son action en prenant le CD et en sélectionnant le morceau fut cohérente et ce choix correspondait à son envie et son attente.

5.5) Les faisceaux d'items concernant les **capacités relationnelles** (se référer à l'annexe 4 graphique 5).

1 Relations globales (se référer à l'annexe 4 graphique 5.1).

Comportement expressif	Caractère de l'expression	Implication dans la communication
	Intentionné 6	
5	Poli 5	
Expression contrôlée 4	Cohérent 4	Tous les éléments combinés 4
Expression à visée communicante 3	Sérieux 3	Expression corporelle (faciale) 3
Expression non contrôlée 2	Moqueur 2	Oralement 2
Expression sans intention de communiquer 1	Agressif 1	S'exprime avec pictogramme 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Comportement expressif	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	0	3	4	4	4	4	2	3
Caractère de l'expression	3	4	3	2	3	2	4	4	4	5	0	4	5	5	5	5	3	2
Implication dans la communication	4	4	5	5	5	3	5	3	4	4	0	3	4	4	4	4	4	3

Toujours pareil : tu changes de temps sans cesse : garde le présent partout : c'est plus vivant et plus simple

Le **comportement expressif** de Sonia a pu être influencé et modifié par l'activité et la dominante artistique. Sonia dispose d'un fort potentiel expressif (elle sait ajuster et choisir les supports nécessaires, elle a su extérioriser des impressions dont le **caractère de ses expressions** (intentionné, ajusté) ont entretenu l'**implication** de Sonia dans la **communication**.

2 Relation avec l'art-thérapeute (se référer à l'annexe 4 graphique 5.2).

Implication relationnelle avec l'art-thérapeute	Contact	Nature du contact
Complicité 4	Systématique 4	Affectif 4
A l'écoute 3	Souvent 3	Avec retenue 3
Provocatrice 2	Ponctuel 2	Agrippant 2

Accaparante 1	Aucun 1	Agressif 1
-------------------------	-------------------	----------------------

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Implication relationnelle avec l'art-thérapeute	3	2	3	2	4	1	4	3	1	4	0	3	4	4	4	4	2	3
Contact	1	1	2	1	2	4	3	2	4	1	0	3	3	2	2	3	1	1
Nature du contact	4	0	4	0	4	2	5	5	4	0	0	5	5	5	5	5	0	0

De part l'aspect comportemental de Sonia ainsi que les **fonctions** qu'elle attribue aux **relations**, font s'interroger l'art-thérapeute sur le poids réel de situations perturbantes et l'utilisation psychologique que Sonia peut en faire afin d'orienter les réactions et interactions dans notre relation. Afin que Sonia s'ouvre un peu plus aux autres résidents, l'art-thérapeute avait induit qu'il serait nécessaire d'alterner les séances individuelles avec des séances collectives. D'autant plus que nous remarquons que Sonia s'accapare l'art-thérapeute. Une vigilance fut nécessaire afin de s'assurer de ne pas cautionner son fonctionnement d'appropriation possessive et fusionnelle.

Le temps de prise en charge a permis de modifier la nature et la fonction que Sonia attribue à notre relation. Les **contacts** relevaient soit d'un besoin physique (dans les situations où l'état sanitaire de Sonia est difficile à supporter). Soit des contacts engendrés par la dominante (danse et rarement arts- plastiques).

3 Relations avec les autres résidents (se référer à l'annexe 4 graphique 5.3).

Implication relationnelle avec les autres résidents	Contact	Nature du contact
Complicité 4	Systématique 4	Affectif 4
Respect 3	Souvent 3	Avec retenue 3
Agressivité 2	Ponctuel 2	Agrippant 2
Indifférence 1	Aucun 1	Agressif 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Implication relationnelle avec les autres résidents	1	1	3	1	3	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Contact	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nature du contact	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Suite à l'expérience des séances collectives, nous constatons que Sonia a progressé dans la **reconnaissance** et la **relation** à certains résidents. La première séance collective **est** difficile (pas d'envie et d'intérêt, indifférente et fermée). Les autres expériences **sont** positives tant dans la communicatif que dans la relation, les contacts (rares) **sont** toujours en lien avec la dominante artistique. Il y **a** très peu de contact, lorsque cela **arrive**, c'**est** en lien avec la dominante artistique.

5.6) les faisceaux d'items concernant la **dominante artistique** (se référer à l'annexe 4 graphique 6).

Maitrise psychocorporelle (se référer au graphique 6.1).

Elaboration de l'engagement	Engagement corporel	Technique	Exécution du mouvement	Qualité du mouvement & de la gestuelle
Intention réfléchie 4	Segments dissociés (doigts, mains, avant-bras...) 4	Appliquée seule & sans difficulté 4	Volontaire 4	Ressenti & organisé 4
Intention désorganisée 3	Segments et tête 3	Appliquée avec aide 3	Volontaire dirigé avec aide 3	Appliqué 3
Avec aide 2	Global 2	Difficile à appliquer 2	Volontaire non dirigé 2	Avec intention & besoin d'aide 2
Aucune intention 1	Aucun 1	Aucune 1	Désordonné 1	Sans intention 1

Ressource du mouvement	Déplacement	Coordination	Rythme	Expression dansée
Imaginé 4	Autonome & facile 4	Autonome & facile 4	Suivie seule & sans difficulté 4	Plaisir exprimé 4
Induit 3	Autonome & difficile 3	Autonome & difficile 3	Suivie seule & avec effort 3	Plaisir ressenti 3
Guidé 2	Avec aide 2	Avec aide 2	Structure suivie avec aide 2	Avec peu de plaisir 2
Imité 1	Sans 1	Sans 1	Sans structure 1	Sans plaisir 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Elaboration de l'engagement	0	0	0	0			4					4						
Engagement corporel	0	0	0	0			4					4						
Technique	0	0	0	0			3					3						
Exécution de mouvement	0	0	0	0			4					3						
Qualité du mouvement & de la gestuelle	0	0	0	0			3					2						
Ressource du mouvement	0	0	0	0			3					2						
Déplacement	0	0	0	0			1					1						
Coordination	0	0	0	0			3					2						
Rythme	0	0	0	0			4					2						
Expression dansée	0	0	0	0			4					4						

La **dominante danse** a eu peu de pratique mais les objectifs visés par celle-ci ont été atteints avec une **interaction** optimum des **ressentis** (engagement, qualité du mouvement) et des **expressions** (technique, exécution, coordination). Les méthodes et les techniques ont alterné une inspiration liée à des ressentis, à une gestuelle accompagnée ou à des mouvements imités. La danse a succédé à un contexte psychologique et émotionnel particulier. Cependant, soit la stratégie directive fut nécessaire, dans le sens où elle a modifié le comportement de Sonia et l'a aidé à s'inscrire dans l'activité. Soit d'elle-même, elle a décidé de prendre les choses en main en extériorisant de manière canalisée ses émotions. Le **sérieux** de Sonia lors de ces séances est un élément déterminant dans la **technique**, l'**exécution** et la **qualité** des gestuelles. Le travail sur la structure corporelle de Sonia, par l'organisation et la mobilisation de ses segments et de la tête, l'a amené à mieux ressentir ses fonctions sensorielle et corporelle en les utilisant avec plus d'aisance.

Maitrise psychocorporelle et musicale en réceptivité (se référer au graphique 6.2)

Elaboration de l'engagement pour écoute	Engagement corporel dans l'écoute	Technique dans l'écoute & un mouvement issu	Exécution de ce mouvement	Qualité de l'écoute et du mouvement issu	Ressource de l'écoute
Intention réfléchie 4	Segments dissociés (doigts, mains, avant-bras...) 4	Appliquée seule & sans difficulté 4	Volontaire 4	Ressenti & organisé 4	
Intention désorganisée 3	Segments et tête 3	Appliquée avec aide 3	Volontaire dirigé avec aide 3	Appliqué 3	Apporté par Sonia 3
Avec aide 2	Global 2	Difficile à appliquer 2	Volontaire non dirigé 2	Avec intention & besoin d'aide 2	Apporté par l'a-t 2
Aucune intention 1	Aucun 1	Aucune 1	Désordonné 1	Sans intention 1	A disposition dans la salle 1

Choix de l'écoute	Déplacement	Coordination issue de l'écoute	Rythme entraîné par l'écoute	Ressenti en réceptivité
	Autonome & facile 4	Autonome & facile 4	Suivi seule & sans difficulté 4	Plaisir exprimé 4
Sonia 3	Autonome & difficile 3	Autonome & difficile 3	Suivie seule & avec effort 3	Plaisir ressenti 3
Un résident 2	Avec aide 2	Avec aide 2	Structure suivie avec aide 2	Avec peu de plaisir 2
Art-thérapeute 1	Sans 1	Sans 1	Sans structure 1	Sans plaisir 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 bis				17 bis
Elaboration de l'engagement pour écoute	0	1	0	0	0	1	0	0	4									
Engagement corporel dans l'écoute	0	1	0	0	0	1	0	0	3									
Technique dans l'écoute & un mouvement issu	0	2	0	0	0	1	0	0	4									
Exécution de ce mouvement	0	2	0	0	0	0	0	0	4									
Qualité de l'écoute & du mouvement issu	0	1	0	0	0	3	0	0	3									
Ressource de l'écoute	0	3	0	0	0	1	0	0	2									
Choix de l'écoute	0	2	0	0	0	3	0	0	3									
Déplacement	0	0	0	0	0	1	0	0	1									
Coordination issue de l'écoute	0	0	0	0	0	1	0	0	3									
Rythme entraîné par l'écoute	0	0	0	0	0	1	0	0	4									
Ressenti en réceptivité	0	2	0	0	0	3	0	0	4									

Le commentaire est effectué plus bas.

Maitrise psychocorporelle et musicale en pratique (se référer au graphique 6.3)

Elaboration de l'engagement	Engagement corporel	Technique	Exécution du mouvement & du son	Exécution rythmique
Intention réfléchie 4	Segments dissociés (doigts, mains, avant-bras...) 4	Appliquée seule & sans difficulté 4	Volontaire dirigé autonome 4	Initiée 4
Intention désorganisée 3	Segments & tête 3	Appliquée avec aide 3	Volontaire dirigé avec aide 3	Structurée sans aide 3
Avec aide 2	Global 2	Difficile à appliquer 2	Volontaire non dirigé 2	Structurée avec aide 2
Aucune intention 1	Aucun 1	Aucune 1	Anarchique 1	Non structurée 1

Qualité du mouvement ou du son	Coordination	Synchronisation	Structure musicale	Expression musicale
Ressenti & organisé 4	Autonome & facile 4	Autonome & facile 4	Structurée seule 4	Plaisir exprimé 4
Appliqué 3	Autonome & difficile 3	Autonome & difficile 3	Structurée ensemble 3	Plaisir ressenti 3
Avec intention & besoin d'aide 2	Avec aide 2	Avec aide 2	Proposée 2	Avec peu de plaisir 2
Sans intention 1	Sans 1	Sans 1	Aucune 1	Sans plaisir 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 bis				17 bis
Elaboration de l'engagement	0	0	0	0	4	0	4	0	0				4		4	4		
Engagement corporel	0	0	0	0	3	0	3	0	0				4		3	4		
Technique	0	0	0	0	3	0	4	0	0				4		4	3		
Exécution de mouvement et du son	0	0	0	0	3	0	4	0	0				4		4	4		
Exécution rythmique	0	0	0	0	2	0	4	0	0				4		3	4		
Qualité du mouvement ou du son	0	0	0	0	2	0	3	0	0				4		4	3		
Coordination	0	0	0	0	3	0	3	0	0				4		4	3		
Synchronisation	0	0	0	0	2	0	3	0	0				4		4	2		
Structure musicale	0	0	0	0	2	0	4	0	0				4		4	4		
Expression musicale	0	0	0	0	4	0	4	0	0				4		4	4		

Pour la **musique en réceptivité**: cette orientation est intervenue lorsque l'état de Sonia ne permettait pas d'implication intellectuelle et corporelle. Ce médium artistique et la façon de l'utiliser ont amené Sonia à s'y référer lorsque ses émotions l'envahissaient de trop. Sonia a su utiliser les effets apaisant et rassurant de la musique, par un choix spécifique. Le dessin a servi à extérioriser un mal être qu'elle souhaitait « apprivoiser ».

L'appréciation des 3 **B**, l'art-thérapeute constate que cette séance a manifesté un équilibre harmonieux de ces trois éléments.

Pour la **musique en pratique** : La thérapeute remarque que Sonia a une attirance pour les chants et rythmes africains. Elle demande une chanson qu'elle aime particulièrement (sur la pêche en Afrique). Le morceau de musique choisi par Sonia a servi de support (pour les percussions, le chant et des mouvements de danse).

Maitrise psychocorporelle et picturale (se référer au graphique 6.4)

Elaboration de l'engagement	Motricité	Technique	Coordination	Dextérité gestuelle
				Fine 5
Intention réfléchie 4	Motricité fine 4	Appliquée seule & sans difficulté 4	Autonome & facile 4	Bonne 4
Intention désorganisée 3	Dissociée & organisée 3	Appliquée avec aide 3	Autonome & difficile 3	Normale 3
Avec aide 2	Globale & organisée 2	Difficile à appliquer 2	Avec aide 2	Maladroite 2
Aucune intention 1	Désordonnée 1	Aucune 1	Sans 1	Grossière 1

Qualité du mouvement & du tracé	Choix du support	Choix de couleur	Choix de matière	Expression picturale
Ressenti & organisé 4	Affirmé & sans aide 4	Affirmé & sans aide 4	Affirmé & sans aide 4	Plaisir exprimé 4
Appliqué 3	Seule avec hésitation 3	Seule avec hésitation 3	Seule avec hésitation 3	Plaisir ressenti 3
Avec intention & besoin d'aide 2	Avec aide 2	Avec aide 2	Avec aide 2	Avec peu de plaisir 2
Sans intention 1	Aucun 1	Aucun 1	Aucun 1	Sans plaisir 1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 bis				17 bis
Elaboration de l'engagement	0	0	0	0									4			4		
Motricité	0	0	0	0									4			4		
Technique	0	0	0	0									4			4		
Coordination	0	0	0	0									4			4		
Dextérité & gestuelle	0	0	0	0									5			5		
Qualité du mouvement & du tracé	0	0	0	0									4			3		
Choix du support	0	0	0	0									4			4		
Choix de couleur	0	0	0	0									4			4		
Choix de matière	0	0	0	0									4			4		
Expression picturale	0	0	0	0									4			4		

Mets au présent

Pour les **arts- plastiques** : La notion de choix fut élément dynamique et affirmatif dans la participation de Sonia (choix de supports, de formats, de bleus, de tracés et de formes). L'art-thérapeute demande à Sonia de se munir de sa tablette pour les dominantes d'arts plastiques, ce

qui améliorerait son installation. Sonia a répondu à la demande tout au long de la prise en charge. C'est au travers de cette discipline que Sonia a pu extérioriser des capacités et une technicité apprises lors de ses précédentes prises en charge.

Nous retiendrons qu'en séance 13, Sonia a dépassé ses craintes liées à la normalité et les restrictions qui l'en éloignent. La confiance en elle lui a permis de découvrir des sensations tactiles avec différentes matières, elle s'est autorisée à s'amuser, à expérimenter des techniques non formelles dont le résultat était incertain.

C- Un bilan de fin de prise en charge met en évidence l'intérêt ainsi que les difficultés rencontrées dans la prise en charge.

1- Un bilan évaluatif et auto évaluatif sont effectués.

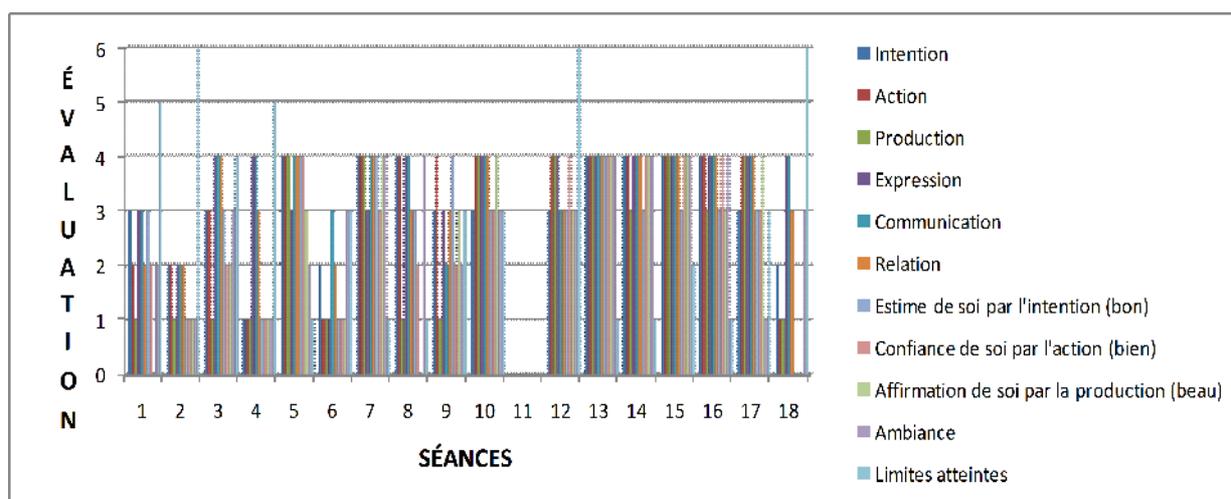
1.1) Les bilans graphiques sont à considérer avec le contexte de chaque séance.

Intention	Action	Production	Expression	Communication	Relation
Très prononcée 4	Intentionnée & adaptée 4	Terminée 4	Cohérente & contrôlée 4	Orale, corporelle, pictogramme 4	Complice 4
Prononcée 3	Avec intention 3	Réajustée 3	Cohérente 3	Corporelle 3	Respectueuse 3
Difficilement perceptible 2	Sans intention 2	Insatisfaisante 2	Non dirigée 2	Orale 2	Accaparante 2
Aucune 1	Aucune 1	Aucune 1	Aucune 1	Aucune 1	Aucune 1

Estime de soi par l'intention (bon)	Confiance en soi par l'action (bien)	Affirmation de soi par la production (beau)	Ambiance	Limites atteintes
				Relationnelles 6
				Communicatives 5
Fierté	Entière satisfaction	Très affirmée	Conviviale	Expressives

4	4	4	4	4
Auto- satisfaction	Satisfaction après correction	Manifeste	Calme	Psychologiques
3	3	3	3	3
Satisfaction mitigée	Satisfaction mitigée	Difficile	Animée	Physiques
2	2	2	2	2
Dévalorisation	Insatisfaction	Aucune	Agitée	Aucune
1	1	1	1	1

SÉANCES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ITEMS														13 BIS				17 BIS
Intention	3	2	3	1	4	2	4	4	3	3	0	3	4	4	4	4	3	2
Action	2	2	3	1	4	1	4	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	1
Production	1	1	1	1	4	1	4	1	1	4	0	4	4	3	4	3	4	1
Expression	3	2	4	4	3	1	3	4	3	4	0	4	4	4	4	4	4	4
Communication	3	2	4	4	4	3	4	4	2	4	0	3	4	4	4	4	4	4
Relation	2	2	4	3	4	2	4	3	3	4	0	3	4	4	4	4	4	3
Estime de soi par l'intention (bon)	3	1	3	1	4	1	4	3	4	3	0	3	4	3	3	3	3	0
Confiance de soi par l'action (bien)	2	1	2	1	4	1	3	2	2	3	0	4	4	4	4	4	3	0
Affirmation de soi par la production (beau)	0	1	2	1	3	1	4	0	3	4	0	3	4	4	4	3	4	0
Ambiance	2	1	3	1	2	3	4	4	2	3	0	3	4	4	4	4	1	3
Limites atteintes	5	6	4	5	1	3	1	1	3	3	0	6	1	1	2	1	3	6



Mets TOUT au présent

Nous constatons que la majorité des faisceaux d'items concernée a été traitée (aboutit ou partiellement). Les éléments de l'opération artistique **ont mis** en avant des phénomènes

artistiques favorisés par un potentiel de mécanismes (intellectuels, lié à l'intention, à l'expression et à la technicité de Sonia. L'atelier d'art-thérapie **a représenté** une soupape avant de retourner sur l'aile de vie. Il y **eut** des séances où le rapport entre les **trois B** a pu être évalué comme équilibré et harmonieux. Sonia **eut** du plaisir dans l'action, qui elle-même répondait à une intention. L'extériorisation par l'action et la production **ont valorisé** Sonia qui soit **était** satisfaite, soit souhaitant recommencer, ou continuer ce qui **n'était** pas fini. Ainsi, les notions de **confiance**, d'**estime** et d' de soi ont pu être ressenties, manifestées et assumées. Les **limites atteintes** apparaissent lors des séances où les éléments thymiques et émotionnels **interféraient** (première expérience collective, refus de la proposition initiale pour les arts-plastiques, mauvaise humeur envahissante). Les séances 13 et 14 **sont** très importantes dans l'évaluation, **elles montrent** une évolution et une progression tant au niveau **comportemental**, qu'au niveau des **capacités intellectuelles** et **physiques**. Sonia **a su canaliser ses émotions**, elle **a montré** une évolution comportementale, psychique et physique, et ce à partir de sa **volonté**. En séance 15, l'art-thérapeute **a constaté** que Sonia **bougeait** son pied droit avec effort et difficulté. L'art-thérapeute **l'avait observé** en état de veille. L'évolution comportementale de Sonia a amené cette dernière à initié la sollicitation de son pied (elle sort ainsi d'un enfermement en mettant ces grelots aux pieds). L'expérience artistique et les ressentis esthétiques ont favorisé l'ouverture de Sonia et son implication dans cette séance improvisée. Sonia a eu confiance en la proposition et par cela, en l'art-thérapeute.

1.2) L'auto évaluation est expérimentée.

Mets TOUT au présent

L'auto évaluation implique le patient dans une démarche objective sur ce qu'il a fait et sur lui-même, ce qui est très ambigu (à utiliser et à interpréter) auprès de personnes atteintes de polyhandicap.

L'art-thérapeute a proposé à Sonia de répondre à quelques questions selon des rubriques, dans le but d'établir ensemble un bilan de fin de prise en charge. Sonia ne s'est pas montrée très coopérante et sérieuse (elle s'amuse beaucoup des questions et à l'impression qu'il faut établir un score, répondant la note de 5 à chaque question). L'art-thérapeute ne sait comment interpréter ce comportement et les réponses données. Elle pense que Sonia a évalué son plaisir à faire non pas seulement des productions, mais surtout avec l'art-thérapeute.

Même si cet outil ne paraît pas totalement efficace dans le cas de Sonia, il a été support d'échanges et d'argumentations :

Dessin : elle l'estime terminé (avec une intention, une action et la production). Elle souhaite et demande à l'accrocher en salle de musicothérapie.

Peinture : Pour Sonia, cette production n'est pas terminée. Elle aimerait que nous la terminions ensemble (aspect relationnel très important, Sonia n'a jamais voulu partager son espace). Nous nous octroyons le temps de la terminer (le temps d'auto-évaluation étant beaucoup plus court que prévu). Bilan, elle a trouvé les deux techniques intéressantes, avec un plaisir à les utiliser. Le support musical lui apparaît comme nécessaire (une séance sans, puis systématique) Pour la peinture, elle pense qu'elle n'est pas terminée, cependant, elle a trouvé du plaisir dans son intention, elle l'a fait comme elle le souhaitait et la production même pas terminée lui plaît.

Musique en réceptivité : Sonia **a apprécié** ces séances, elle a pris plaisir à retrouver cet espace (ambiance et lieu), elle y a trouvé réconfort. La musique classique **n'a été appréciée** que lorsque l'on dansait.

Percussions : Elle est très satisfaite de l'interaction de son jeu de percussions avec la danse de l'art-thérapeute. Elle est fière de la structure musicale et de son interprétation. Elle a eu plaisir à jouer.

Chant : Elle **a éprouvé** beaucoup de plaisir à chanter, le morceau de musique choisi, l'a inspiré du début à la fin. Elle préférerait tout de même chanter à deux.

Danse : C'est la dominante préférée de Sonia (et pourtant celle que l'on a le moins fait et qui paraissait la plus difficile). Elle **a éprouvé** des sensations très agréables et ce dans les différentes techniques. La gestuelle suivie **a répondu** à un manque d'imagination, l'improvisation yeux fermés a permis de travailler et d'effectuer des gestuelles à partir du ressenti, et l'aspect chorégraphique la valorisait car elle exécutait la même chose que l'art-thérapeute sans la suivre.

Sonia est en attente de retours sur son comportement, son implication et ses progrès, sur ses productions. Elle admet s'être impliquée pour toutes les deux, ce qui indique que les items liés à la relation et l'affectivité sont à garder. Lorsque Sonia aime les personnes, elle a des difficultés à s'affirmer. Ainsi l'ensemble des progrès observés sont manifestés dans le cadre d'une relation de qualité (respectueuse, complémentaire et complice), inscrite dans le moment présent.

1.3) Une rencontre est organisée avec la psychologue référente, Sonia et l'art-thérapeute.

Mets TOUT au présent

Sonia **a accepté** d'associer une personne extérieure aux séances pour mieux comprendre et traiter les éléments à affiner et à développer après le départ de l'art-thérapeute. L'art-thérapeute a donc expliqué la séquence précédente sur l'auto évaluation, tout en émettant des réserves sur le caractère sérieux de l'exercice.

Comme indiqué dans le récit de la séance 16, Sonia exprime une gêne et un désintérêt (bâillements de plus en plus présents, elle se remet à baver, une toux omniprésente). Nous savons que le fait de pousser la réflexion et d'orienter les contenus de la discussion sur des difficultés relationnelles et comportementales dérange Sonia. Cette dernière se rend compte qu'elle a face à elle deux personnes qui la connaissent bien, qui savent détourner ses stratégies de déstabilisation (et de terme à la communication) et qui souhaitent l'accompagner le plus loin possible. Nous sentons que le fait de ne pas être sur un simple mode relationnel affectif déstabilise Sonia qui ressent et agit essentiellement selon ce paramètre.

Ce cadre **permettait** de repousser les limites de Sonia afin d'aborder et de l'éclairer sur des points capitaux de son mal être, tout en étant assurées de pouvoir contrôler sa stabilité émotionnelle et le bienfait de cet entretien. Sonia **a pris** conscience du caractère bienveillant de notre démarche. Ainsi, elle **est passée** d'un comportement de petite fille grondée à celui d'une adulte à l'écoute et dans un souci d'amélioration. Nous **étions** sur la voix de l'estime de soi dans le sens prendre soin de soi, par acceptation et par amour de soi.

2- Un bilan de prise en charge est effectué.

2.1) Un bilan sur l'évolution dans l'atelier.

Le bilan de la prise en charge de Sonia montre une progression au sein de l'atelier, par l'atteinte de certains objectifs intermédiaires concernant:

- L'implication de Sonia dans la prise en charge (séance, activité, groupe).
- Une modification sur des éléments thymiques et la gestion de ses émotions.
- Une meilleure appréhension de son corps et des sensations proprioceptives.
- L'exploitation de ses capacités physiques, mentales et esthétiques.
- Le plaisir engendré par la projection d'une activité, son temps de réalisation et l'appréciation de la production.
- L'expression du style de Sonia dans un engagement artistique.
- L'intention et l'affirmation de ses goûts.

L'atelier pluridisciplinaire danse, musique et arts-plastiques, a aidé à harmoniser le monde intérieur et l'environnement extérieur de Sonia. Sonia a su s'ouvrir à une réelle interaction humaine et artistique. Elle a eu le plaisir d'expérimenter, de découvrir et de diversifier les supports musicaux et les techniques d'arts plastiques.

Sonia a ressenti et exprimé des moments de bien être, ce qui a facilité son affirmation, et développé ses capacités.

Le suivi de l'atelier proposé selon des stratégies spécifiques a permis un changement d'état et de comportement de Sonia. Ceci est visible au travers des capacités psychiques (concentration, application, mémoire, raisonnement), physiques (le coté gauche a plus d'aisance dans le mouvement). **Son implication dans l'atelier** a exprimé une **intention** liée à un **ressenti** et un intérêt qui a suscité du désir. Elle s'est fait **confiance** et s'est **affirmée** dans l'**action** avec la notion de **choix**. Enfin, le fait d'accepter de partager ce qu'elle a produit (devant un public en danse et en musique), de vouloir accrocher ses dessins en salle de musicothérapie attestent qu'elle assume **ses goûts** et affirme **son style**. Elle a estimé de bonne valeur son travail et par là le regard qu'elle porte sur elle.

Elle a développé ses capacités d'adaptation, d'intention et d'affirmation d'elle-même et de ses choix. L'interaction des dominantes et phénomènes associés utilisés avec orientation ont favorisé l'exploitation de ce potentiel.

2.2) Un bilan sur les répercussions à l'extérieur de l'atelier.

L'art-thérapeute est régulièrement allée à la rencontre des professionnels étant en contact quotidien avec Sonia, sur les ailes de vie. Par ces échanges formels et informels, il a été possible de conclure au fait qu'à l'extérieur, Sonia est rapidement aspirée et envahie par son environnement humain et contextuel. Ces éléments n'ont pas permis d'établir que la vie quotidienne de Sonia a profondément changé. Les professionnels interrogés ne manifestant pas l'observation de gros changement dans le comportement de Sonia. Ils ont cependant observé que les jours d'atelier, Sonia était plus efficace dans sa préparation (toilette, vestimentaire), au cours du repas, afin de ne pas être en retard et de s'assurer qu'elle avait bien atelier. Ces éléments sont très intéressants et importants pour l'art-thérapeute qui traduit cela comme une évolution dans l'autonomie de Sonia (prise d'initiative, moins en attente de l'autre qui se doit de faire et de l'aider), ainsi que dans la dynamique de son quotidien et sa capacité à se projeter. La notion de saveur existentielle était présente les jours d'atelier.

2.3) Un bilan global est réalisé par l'art-thérapeute.

En exploitant ses capacités physiques et mentales, ainsi que son potentiel artistique, la place de Sonia a été valorisée au sein du groupe. Elle a trouvé de l'intérêt et des points communs dans les échanges avec d'autres résidents. Même s'il était souvent nécessaire d'insister sur le caractère collectif de certaines séances et d'élargir l'invitation à d'autres personnes. Sa grande

émotivité est toujours pénalisante, cependant, il ne s'agit pas de changer Sonia, mais de l'aider à vivre telle qu'elle est. Ainsi, il y a eu des situations où elle réussissait à canaliser ce trop plein d'émotion mais cet aspect émotionnel restera fragilisé.

L'art-thérapeute a mesuré l'impact du temps sur les effets recherchés par la prise en charge, il a été long de définir si une observation était juste, si certains mécanismes impliqués dans et par l'activité artistique étaient dysfonctionnant (pas d'informations écrites du suivi médical récent), inhibés, ou en état de veille. Il a été compliqué de s'assurer que l'on observait le bon élément au bon moment. Il a été long de comprendre qu'il fallait aborder le mieux être de Sonia non pas comme un problème de confiance ou d'affirmation d'elle-même, mais comme un souci à canaliser sa confiance et son affirmation. Ses difficultés se situent sur l'estime et l'amour profond d'elle-même avec la peur de perdre l'amour et l'intérêt qu'on lui porte.

La croisée de ces données atteste du temps trop court de prise en charge. La comparaison entre le temps d'observation et le temps de prise en charge par l'activité thérapeutique apparaît comme déséquilibré. En effet, l'observation fut longue parce que différente en fonction de l'aspect collectif et individuel, par les éléments liés à la personnalité de Sonia et ses comportements qui venaient contredire une observation effectuée. C'est entre autre, le travail avec les autres professionnels qui a aidé l'art-thérapeute à mieux recouper les faisceaux d'items. L'art-thérapeute a du revoir à la baisse ses prévisions pratiques, ses objectifs intermédiaires et donc la finalité du projet sur ce temps donné. Il ne s'agit pas de modification mais plutôt que d'atteindre, le verbe adéquat serait de s'en approcher.

L'objectif thérapeutique global qui est de revigorer la qualité existentielle de Sonia par la restauration de l'estime de soi reste d'actualité.

3- La prise en charge se termine

3.1) Une anticipation est préférable. *Mets TOUT au présent*

Cette fin de prise en charge a bien évidemment préalablement été préparée : par des échanges entre l'art-thérapeute et Sonia sur l'échéancier de la prise en charge, la notion de temps que notre dynamique impliquait. Les séances précédentes, l'art-thérapeute ne manquait pas de rappeler à Sonia l'approche de fin d'atelier.

Les séances précédant la fin de prise en charge n'ont pas permis d'aborder le sujet. A chaque fois que l'art-thérapeute souhaitait l'aborder, Sonia exprimait une moue en manifestant l'envie et le souhait de profiter du temps d'activité.

3.2) Il est nécessaire d'aider Sonia à se projeter.

Mets TOUT au présent

Il fut nécessaire d'effectuer des liens sur lesquels les deux autres thérapeutes pourraient continuer à travailler avec Sonia. Ces éléments ont permis à Sonia de se projeter dans une suite cohérente d'actions amorcées ensemble.

Elle est consciente de progrès réalisés et exprime le souhait d'essayer de les renforcer, car, elle se sent mieux. Par une observation ressentie et interprétée, l'art-thérapeute pense que pour se protéger, Sonia adopte une attitude de vivre l'instant, et de profiter jusqu'au bout de sa prise en charge. Ce qui est prévu ne concerne pas aujourd'hui et n'est pas plaisant, donc elle l'ignore. Nous verrons que l'art-thérapeute a utilisé la présence physique de la psychologue afin de faciliter cette rupture relationnelle.

3.3) Le comportement de l'art-thérapeute incite à accepter la fin.

Mets TOUT au présent

L'art-thérapeute fut vigilante à montrer *la cohérence dans la croisée de différents travaux et ceux, avec différentes thérapeutes ??? Que l'évolution physique* et comportementale de Sonia est également lié à ce qui l'entoure, y compris les personnes et d'autant plus les deux thérapeutes. (*phrase mal construite*)

Nous avons convié la psychologue et la musicothérapeute avec son groupe de résidents à venir écouter et regarder le travail de Sonia, en chant, musique et danse. Ce jour là, Sonia accepte de tout faire sans le CD et ainsi à présenter la dimension de son travail à savoir :

- L'élaboration d'une introduction aux percussions.
- L'introduction du chant après un « break » percussif et une pause silencieuse prédéfini et comptée.
- La construction d'une phase chantée, jouée et dansée dans l'amplitude des mouvements des segments et de la tête.
- A la structuration de fin du morceau.

Il est incontestable que Sonia fut gratifiée non seulement par sa présentation devant un « public » (extérieur), mais également par les sensations et ressentis agréables du vécu de cette expérience (intérieur).

Au travers de cette expérience positive et récapitulative de ce qui a été travaillé, Sonia a perçu ce qu'il était possible de continuer et l'intérêt que pouvait porter la reconnaissance et l'échange avec les autres personnes de la **M.A.S***. Ainsi, nous nous sommes quittées sur cet aspect festif et joyeux.

3^{ième} partie : Commentaires et discussions des éléments théoriques et pratiques appliqués et adaptés à l'expérience d'art-thérapie.

A- Les contextes et l'environnement de la personne influent sur l'efficacité de sa prise en charge.

1) Le patient est au cœur de la prise en charge

1.1) L'élément familial est à considérer pour la cohérence thérapeutique.

Sonia a un contact régulier avec sa famille, surtout avec sa mère, qui passe la voir sur la **M.A.S***. Elle rentre chez elle le week-end et les vacances scolaires. L'art-thérapeute a observé sans difficulté que Sonia n'avait pas le même comportement sur les séances du lundi et celles du jeudi. Elle est de moins bonne humeur et plus anxieuse le lundi, il arrive fréquemment que Sonia se dispute ou s'accroche avec sa maman. Sonia est tiraillée entre le désir de « s'émanciper » et la peur de perdre l'amour des siens. Elle ne s'oppose pas à son père, tandis qu'avec sa mère, tout est prétexte à conflit, les larmes et pleurs se présentent à elle comme seuls échappatoires et manifestations de sa contrariété ou colère.

Dans le cadre de la prise en charge, l'art-thérapeute a mesuré l'impact de ce qui se passait à la maison et qui était à gérer à la **M.A.S***. Suite à un échange téléphonique, elles se sont rencontrées un jour de visite surprise. Sonia manifeste son mécontentement à l'égard de sa mère qui vient sans la prévenir. Elle est assez fermée. L'art-thérapeute utilise cette situation comme une surprise qui leur permettrait de présenter le projet de Sonia et de montrer ce qui a déjà été fait.

La mère de Sonia est surtout passée pour lui faire essayer des chaussures. L'art-thérapeute assiste à une dispute car Sonia souhaiterait choisir ses vêtements. Ce choix ne lui est que rarement accordé, sa mère explique que pour sa propre organisation, il lui est plus simple d'y aller sans sa fille. Sonia ne souhaite ni les essayer, ni les garder. Le temps passant, l'art-thérapeute oriente l'intérêt sur l'atelier d'art-thérapie de sa fille. Elle lui explique ce qu'est l'art-thérapie et ce qu'elles souhaitent travailler avec Sonia. A l'écoute, la mère manifeste un contentement par quelques sourires et beaucoup de regards vers sa fille. Mais très rapidement, elle regarde sa montre, feuillette le catalogue de vêtements et se détache peu à peu en posant des questions hors contexte. L'art-thérapeute observe que ce n'est peut être pas le moment opportun mais que c'est le seul lien qui se présente. Elle se rend compte que la maman ne voit pas l'impact thérapeutique sur sa fille et n'observe aucun changement, puisque le comportement de Sonia est inchangé à la maison. Extrêmement contrariée, Sonia se braque et s'en va dans sa chambre. La situation est arrivée à un point où le dialogue est rompu, chacune se trouvant dans une position, en rejetant la faute sur l'autre.

Dans ce contexte, il est impératif d'associer la famille (via sa mère) de Sonia à sa prise en charge, en termes d'information, d'échange et de lien, de motivation et de valorisation. Un élément positif que vit Sonia. Et qui, partagé, constituerait un élément commun favorable à une meilleure compréhension et reconnaissance mutuelle. Au vu du temps de la prise en charge, l'art-thérapeute décide de ne pas traiter le contexte familial qui constitue à lui seul un projet, et par là de ne garder que le caractère informatif.

Lors d'une fête donnée à la **M.A.S***, l'art-thérapeute a pu observer un élan corporel enthousiaste de la maman à venir saluer l'art-thérapeute. Elle lui présente son mari, lui pose des questions sur notre travail, le présentant à ce dernier comme une activité qui fait du bien à Sonia, « elle danse, elle peint et elle fait de la musique, elles font **plein** de choses ». Le père est heureux pour sa fille, il n'était donc pas au courant que Sonia avait un projet dans le cadre d'une prise en charge visant son épanouissement. Sonia **avait** un éclat de fierté et de bonheur dans son regard, elle commence ainsi à chanter (le chant travaillé) et à taper sur les accoudoirs de son fauteuil. L'art-thérapeute la suit pour la soutenir, ainsi, elle a concrétisé son désir de gratifications extérieures par l'expression de capacités esthétiques et relationnelles. Les parents ravis de ce petit intermède privilégié **ont manifestés** une surprise et un grand intérêt quant à la « prestation » de Sonia.

1.2) L'environnement social est à inclure dans la prise en charge.

L'environnement proche de Sonia est constitué de ses parents, d'une amie de sa maman, des résidents et équipes de la **M.A.S***. Sonia participe aux sorties dites de consommation dont la communication est gérée par les encadrants, nous avons vu qu'elle ne se rendait plus sur les activités communes sur d'autres structures. Ce qui caractérise l'aspect social est largement orienté vers les personnes de la **M.A.S***. La rencontre avec d'autres personnes dans le cadre d'activités communes extérieures, reviendra lorsque Sonia aura retrouvé le goût d'aller vers l'autre et d'échanger avec confiance et assurance.

Nous orientons donc l'environnement social dans le cadre d'une prise en charge alternant des séances individuelles et des séances collectives.

L'art-thérapeute est consciente que sa stratégie est réalisable surtout parce que son statut de stagiaire (effectif supplémentaire) le lui permet. Dans le cadre d'une grande institution, une prise en charge individuelle nécessite la considération d'une personne au « détriment » de plusieurs. La majorité des résidents peuvent tirer bénéfice d'une prise en charge en art-thérapie. Ainsi, les séances ou activités existantes se déroulent plus souvent en collectif qu'en individuel. L'orientation sociale du projet portait sur la communication et la relation entre Sonia et les personnes de son quotidien. Les séances collectives ont permis cet échange qui au travers de

l'activité avait un intérêt et du sens pour tous et chacun. Il est arrivé à plusieurs reprises que Sonia invite des personnes à venir en fin de séance (personnes de l'équipe et les résidents en activité dans les lieux annexes) afin de montrer et de partager ce que nous y avons fait. Dans l'opération artistique, cet élément affère à l'aspect mondain, la vie de la production par et pour l'extérieur.

1.3) L'alternance de séances collectives et individuelles répond à deux besoins fondamentaux

Le premier besoin est celui d'être bien, en accord avec soi, que les actes traduisent les idées et inversement. Sonia a eu besoin de gérer des choses avant de s'ouvrir à l'extérieur avec les modes communicatifs et relationnels appropriés (émotivité envahissante, colère lié à son handicap, jalousie, possessivité). L'art-thérapeute a eu besoin de séances individuelles où l'extérieur avait moins d'influence sur le comportement de Sonia qui était moins parasitée.

Le second besoin est celui d'être avec et parmi les autres, d'exister et d'être reconnu en tant que personne distincte. Fonctionner et vivre avec des semblables nous apportent repères, sécurité et source d'épanouissement.

Rappelons que la M.A.S* est l'une des plus grande structure en France, la collectivité peut s'y trouver envahissante. Au regard du nombre de résidents, l'institution influe sur les indications qui peuvent être nombreuses. L'accès pour tous y est fortement orienté, ceci dans un souci de permettre à une majorité de profiter entre autre des bienfaits d'un travail thérapeutique.

Au départ, le projet partait du collectif avec une observation individuelle de certains résidents. Cependant, les difficultés d'observation et le temps nécessaire à les effectuer ainsi que les problématiques rencontrées avec Sonia ont orienté vers plus d'individuel et moins de collectif. Ce dernier constitue un objectif, que Sonia arrive à fonctionner avec ceux qui l'entourent en se sentant considérée, en étant considérante.

L'art-thérapeute a senti que les séances individuelles relevaient automatiquement du plaisir et de la spontanéité alors que les collectives étaient établies dans notre « contrat » (protocole thérapeutique). Cependant, en fin de prise en charge, Sonia commençait à ne plus trop manifester de réticence ou obligation.

2- Des réajustements ont été nécessaires

2.1) Des réajustements sont induits par la dominante danse.

Mets TOUT au présent

Le premier réajustement concerne la dominante et le thème de l'atelier. L'art-thérapeute envisageait d'utiliser sa dominante principale qui est la danse. Elle souhaitait utiliser les paramètres ressentis et des sensations spatiales (hors fauteuil, peinture au sol avec le fauteuil, au mur avec un balai...), de façon à expérimenter d'autres positions et repères intéressants pour la perception et l'appropriation de l'environnement. Sous cette idée originale, l'art-thérapeute n'avait pas mesuré le rapport psychocorporel que cela induisait, ou en tout cas, ignorait certains de ces paramètres. Pour l'art-thérapeute, cette dominante permettait également d'appréhender consciemment les mouvements et gestes avec fluidité, de manière à ce que Sonia éprouve du plaisir à se mouvoir et à utiliser ses segments. Les premières tentatives liées à la danse ont été trop frontales pour que Sonia se détache de son poids et de ses déficiences et atteintes physiques. Les propositions de mouvement de l'art-thérapeute n'aboutissaient (lorsqu'elles étaient acceptées) pas à une cohérence intérieure et extérieure de Sonia. Son expression (interprétée par l'art-thérapeute), ne traduisait pas un plaisir particulier ni un désintérêt prononcé. Ce contexte ne permettait pas une lecture juste de l'intention et de l'implication de

Sonia. Alors que d'autres expériences ont montré que ces mécanismes sont opérants. Sentant qu'il lui manquait des éléments, l'art-thérapeute a décidé de réorienter la dominante associée à d'autres. Ce qui permettait de travailler sur les éléments physiques et psychiques sous entendus par les objectifs thérapeutiques.

Ainsi, le mouvement induit par la dominante musique (en écoute musicale), a permis d'aborder tout de même le mouvement par les percussions. Peu de séance après, nous avons réintroduit la danse, la stratégie avait fonctionné.

2.2) Les changements thymiques et sanitaires réguliers entraînent des adaptations.

Mets TOUT au présent

Il est fréquemment arrivé que Sonia soit de mauvaise humeur et hyper sensible. A ce stade, l'atelier ne pouvant être d'intérêt thérapeutique que si l'envie est latente, si Sonia a une intention. L'art-thérapeute a dû modifier des séances, l'état psychologique de Sonia ne permettant pas d'envisager une activité. Il a été nécessaire « d'improviser » une stratégie, une technique ou une tournure de séquence. Lorsque Sonia était agitée, anxieuse, l'apaisement produit par la musique suffisait à un mieux être, ainsi, cela devenait la finalité de la séance. L'art-thérapeute a mis certains éléments de côté (idées de proposition, de production, de travail commun à l'équipe pluridisciplinaire).

Il est indéniable que le respect et la reconnaissance de la personne (dans son état de base) admettent le caractère non productif d'une séance. Dans ce cas, les éléments psychologiques, intellectuels et relationnels deviennent des points caractérisés et à considérer comme intègres à la fonction de mécanismes (d'impression, d'intention et d'expression), *stimulés et sollicités* par un élément artistique (même sans production).

Il est également arrivé que Sonia surprenne l'art-thérapeute en passant à l'action et en s'inscrivant dans une activité artistique. En effet le début de séance ne laissait pas présager d'activité. De ce fait, l'art-thérapeute avait le matériel nécessaire pour chaque dominante (arts-plastiques sur place), cet élément a facilité l'adaptabilité des séances.

2.3) Le comportement relationnel de Sonia, nécessite de mettre un accent sur la dimension collective.

L'art-thérapeute perçoit les dernières séances comme difficiles, des éléments liés au contexte de vie de Sonia l'envahissent et orientent chaque séance. L'écoute et l'adaptation sont nécessaires dans la communication et les relations humaines, d'autant plus avec les personnes handicapées. Ces temps représentent des moments lors de séances et sont à considérer dans leur manifestation et dans la fonction que Sonia leur attribue. L'art-thérapeute s'interroge tout de même sur le poids réel de ces situations et l'utilisation psychologique que Sonia peut en faire afin d'orienter les réactions et interactions dans la relation. Rappelons que Sonia a des facilités de manipulations relationnelles et de transformations de situations en vue de mobiliser l'attention et d'exister. Nous remarquons (avec la psychologue) que Sonia s'accapare l'art-thérapeute et en cela une vigilance est nécessaire afin de s'assurer de ne pas cautionner son fonctionnement d'appropriation fusionnelle et possessif.

Dans un souci de reconnaissance et d'ouverture aux autres résidents, l'art-thérapeute a induit l'alternance de séances individuelles et collectives. Voir descriptif de la séance 11.

2.4) Le réajustement d'objectifs et de méthodes sont à intégrer.

Mets TOUT au présent

Des objectifs sont apparus trop vagues pour notre étude de cas. Sonia a montré des capacités et des possibilités qui ont affiné le travail sur des mécanismes dysfonctionnant en utilisant le potentiel. Les objectifs sont affinés :

- L'utilisation d'une expression artistique se transforme en utilisation non pas d'une dominante mais d'une pluridisciplinarité artistique. Ce qui à notre avis a aidé Sonia à harmoniser des éléments de son monde intérieur et de l'environnement. Il nous semble que cela a favorisé la canalisation de ses émotions, des modifications ont été observées et confirmées.

- L'aspect collectif n'a plus seulement été induit pour encourager l'implication de Sonia dans la collectivité de l'établissement et de favoriser la restauration de son implication dans les activités proposées. Il a aussi été utilisé pour améliorer les relations avec les résidents et les équipes soignantes et éducatives. Cette implication individuelle doit l'aider à fonctionner dans cette dimension collective avec plus de régularité. Cela nécessite d'accorder une importance majeure à la notion d'acceptation de soi et des autres, ce qui a entraîné des situations difficiles pour Sonia.

- La recherche qui visait à favoriser le bien être de Sonia par l'expression de son monde intérieur et l'acceptation du monde extérieur qui l'entoure (reconnaissance, communication et relation). Cela a été complété par un aspect de sollicitation de ses capacités critique et de critique. L'art-thérapeute ne pensait pas aborder ces éléments en allant aussi loin dans la sollicitation intellectuelle et émotionnelle. Les limites de Sonia ont été respectées et repoussées. Il a été nécessaire d'utiliser des méthodes plus directives et contraignantes pour que Sonia reconnaisse le cadre préétabli ensemble et ne cherche pas à « entourlouper » l'art-thérapeute. Ainsi des observations et sous objectifs ont été établis à partir du phénomène de retranchement de Sonia (par rapport à des personnes et des situations), et du refus d'une réalité. Cette orientation stratégique a permis à Sonia de s'inscrire dans une dynamique d'intérêt et de responsabilité par rapport à un cadre induit par l'extérieur et à son engagement sur un projet et à sa propre projection.

3) La pluridisciplinarité professionnelle détermine le soin.

3.1) L'interaction de domaine de compétence et la fonction de chacun apportent cohérence au travail thérapeutique global.

La pluridisciplinarité professionnelle naît d'un travail commun à plusieurs professionnels qui ont des rôles respectifs. Les domaines de compétences de chacun sont à conjuguer, à croiser et à dissocier dans un but de lisibilité globale et spécifique propre à chaque outil et méthode.

Un langage commun est porteur de sens, de codes utiles aux professionnels qui travaillent ensemble tout en étant compréhensibles par le patient. Ainsi, des outils spécifiques sont à élaborer dans un souci de constituer un outil commun organisateur qui soit repère d'observations, de réflexions et d'actions, trace et mémoire du travail effectué. Ces éléments qui peuvent constituer un dossier précis du résident, servent les prises en charge en cours et à venir. Il est nécessaire d'avoir du recul sur sa pratique et ses modalités de lecture. Il ne faut pas oublier les domaines de compétences respectifs, ce qui relève où non de notre responsabilité, sans omettre le respect du fonctionnement et du cadre de possibilité de chacun. L'aspect communicatif et relationnel tient un rôle majeur quant à l'optimisation d'une démarche pluridisciplinaire et de sa mise en place dans une institution.

Trois aides médico-psychologiques se sont impliquées *Mets TOUT au présent* dans le projet, soit dans l'accompagnement et le lien avec la séance qui allait suivre. Soit en montrant physiquement leur intérêt (contemplation en atelier peinture, en atelier chant, frappe dans les mains en atelier percussions, participatives en atelier danse...). La psychologue, l'éducatrice

spécialisée, l'infirmière, la kiné, l'animatrice en musicothérapie et l'art-thérapeute plasticienne ont eu une présence bénéfique dans la prise en charge. La direction prenait régulièrement du temps pour échanger sur l'évolution de la prise en charge. Le fait que Sonia connaisse l'intérêt que chacun porte à son implication, a favorisé sa dynamique.

3.2) Sa mise en place et son suivi sont complexes.

Le travail d'équipe pluridisciplinaire est primordial. Son organisation est complexe, et sa mise en pratique peut être longue. Tout d'abord par l'aspect temporel, la disponibilité des uns ne correspond pas toujours à celle des autres. Nous avons été confrontés à des divergences de priorité au sein de l'équipe pluridisciplinaire (liées aux tâches et rôles respectifs). Cependant, la capacité de réaction et d'adaptation permettent de tirer bénéfices de chaque contexte et situation. Les horaires liés à l'hygiène, aux soins quotidiens et les temps des réunions (transmission, synthèse, coordination) laissent peu de temps à certains pour se pencher sur un projet individualisé en art-thérapie. L'art-thérapeute a senti un décalage dû à la diversification des contraintes et tâches de chacun. Néanmoins, ce travail a débuté lors d'échanges informels, en supplément dans les réunions de transmission et de synthèse. Ainsi, l'ensemble des orientations professionnelles présente sur la M.A.S* était associé de près ou de loin à la prise en charge de Sonia, par un caractère informatif et conseiller, sollicitant ou participatif, sans modifier le fonctionnement de l'institution.

L'art-thérapeute a eu des difficultés à se situer par rapport à son support corporel et celui de la kiné ou de la psychothérapeute notamment dans les premières expériences de co animation.

L'organisation d'un travail d'équipe aussi conséquent permet très peu d'adaptations spontanées pourtant intéressantes à exploiter. Ceci était pensé dans un souci de lien avec les progrès effectués en prise en charge et ceux à entretenir ou développer.

L'intention de lier les différentes spécificités n'a pu se concrétiser faute de temps pour une mise en place immédiate. Cette intention induisait un travail de sensibilisation, de communication et de suivi beaucoup plus conséquent que prévu. La volonté d'un travail commun aux thérapeutes sur des séances intégrant la musique, la danse et la peinture avec les trois référents n'a pas été possible. Cependant, cette démarche a permis d'envisager un relai dans la fin de prise en charge et dans la proposition d'activités réorganisées.

3.3) Le patient est considéré dans son entité et sa personnalité.

Au-delà de la prise en compte des handicaps moteurs et des capacités physiques de la personne, ce qui constitue son monde intérieur est considéré et respecté. Toutes les personnes ne sont pas faites pour s'entendre ou même s'apprécier. Cela présente un intérêt si les échanges se caractérisent par un bon déroulement, si la communication est plus ou moins efficace et agréable. L'aspect relationnel s'articule à partir des personnalités qui composent la relation et cela n'est pas instinctif. Des affinités créées s'ajoutent à des outils, techniques et supports différents l'ensemble étant mis au service du patient.

Les possibilités d'expression sont favorisées par le choix de l'interlocuteur, nous l'avons vu l'équipe pluridisciplinaire fait partie de l'environnement quotidien des résidents. Dans le cas de la prise en charge de Sonia, l'art-thérapeute a pu être éclairé par des observations et analyses de la psychologue et de l'art-thérapeute plasticienne concernant les comportements psychiques de Sonia et les traits complexes de sa personnalité.

3.4) Le projet individuel de Sonia va être reconsidéré et orienté à partir du projet thérapeutique.

La pérennisation est entendue avec des adaptations. Les objectifs à pérenniser relèvent moins de l'émergence, de la découverte et de la sensibilisation. En effet, nous avons constaté que les diverses expériences qui illustrent la prise en charge sont à utiliser comme fil conducteur pour des expériences à venir. Le cadre individuel a induit des valorisations « publiques » où Sonia était seule ou avec l'art-thérapeute. Le fait d'orienter un travail et une valorisation collective et prévue servirait les objectifs en lien avec la fonction et le mode communicatif et relationnel de Sonia. Ainsi ces objectifs et méthodes rentreraient dans la dimension collective des ateliers proposés en suite. Les objectifs vont être orientés vers le développement, la stabilité et l'entretien des progrès initiés. Ils concernent essentiellement le comportement de Sonia, dans son intention de s'inscrire dans une dynamique de groupe en s'appuyant sur ses capacités esthétiques et son potentiel artistique. L'orientation collective est indiquée en gardant l'intérêt et le respect d'un cadre d'activité où son implication a du sens pour elle.

B- Le choix et la nature de la dominante artistique aident la personne à s'affirmer.

1) L'efficacité de la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire est attestée.

1.1) Les facultés de critique et critique de Sonia ont été développées.

Les objectifs intermédiaires quant à la proposition d'un cadre permettant à Sonia de s'exprimer en toute confiance, sincérité et facilité, ont engendré une évolution dans le mode et la fonction de ses expressions. Ceci est possible par un traitement mental sophistiqué, traduit dans une intention qui considère le psychique et le physique, qui va être extériorisée par une réaction outillée et adaptée. Equipée de ces éléments parfois inhibés, utilisés à contre sens, ou endormis, Sonia a su utiliser ses facultés mentales et gratifications sensorielles dans un but de cohérence entre ce qu'elle éprouvait et ce qu'elle extériorisait. En cela, elle exploitait ses facultés de critique. Elle a recherché à équilibrer ses impressions et leur traitement par sa capacité à les gérer et à réagir.

Ainsi ceci nous amène en fin de prise en charge, à confirmer que Sonia possède un esprit de critique utilisé parfois à mauvais escient dans le fait que tous ses points de vue n'avaient qu'elle comme référence. Ceci est intéressant pour l'écoute de ses besoins et de ses envies, mais, entraîne un mal être psychologique et corporel en étant trop désinhibé et exacerbé. Trop focalisée sur des émotions et sensations désagréables, la vie tourne autour de ce mode de fonctionnement et laisse peu de perspectives de plaisirs et de projections positives. L'un de nos objectifs intermédiaires était que Sonia arrive à se positionner par rapport à un élément extérieur en tenant compte de divers points de vue (dont les siens), de plusieurs façons de percevoir et de concevoir les choses.

Au vue de son hyper émotivité, l'exploitation de ses capacités critique a représenté un travail conséquent. Il fut très difficile que Sonia tempère ses émotions, ses humeurs et son comportement face à une personne ou une situation.

Au fur et à mesure de la prise en charge, elle a su et pu fonctionner selon les paramètres extérieurs, au travers de contextes, de consignes et méthodes tout en sauvegardant des éléments faisant partie d'elle. Ceux ci lui permettant de faire des choix, de les affirmer et d'assumer leur incidence dans l'espace et le temps.

1.2) Sonia s'est impliquée dans sa prise en charge.

En début de prise en charge, Sonia était déjà motivée et enthousiaste. Cependant, il est arrivé que des situations comportementales entraînent un désaccord et le début de conflit. L'art-thérapeute ne traitait pas la situation affectueusement : dans ce cas de figure, Sonia restait avec un comportement qui ne permettait pas une implication dans l'atelier.

Au cours de la prise en charge et de l'avancée thérapeutique, Sonia a pris conscience qu'elle avait une opportunité d'améliorer son quotidien à la Devinière. A partir de là, son comportement n'a fait que favoriser le bon déroulement et l'optimisation de sa prise en charge. Par exemple, ce fut un dur labeur que de faire accepter à Sonia d'avoir toujours avec elle son pictogramme en vue de communiquer sur des points très précis. Ceci lui permettait de ne pas trop justifier son mal être, ou évitait de rentrer trop précisément dans un sujet qui la dérangeait. C'est un point à respecter, de ne pas retrancher les personnes fragilisées trop loin dans leurs limites, mais c'est un point sur lequel il faut également se pencher lorsque c'est un moyen de défense qui sert également une impossibilité d'avancer engendrent une boucle d'inhibition.

Sonia s'est impliquée en faisant des choix qui correspondaient à une intention servant son activité artistique. Elle anticipait sur des éléments qui faisaient avancer sa démarche artistique. Elle a effectué des recherches de musique qu'elle souhaitait faire découvrir et exploiter leur inspiration en danse et arts-plastiques. Sonia a demandé à garder le globe entre les séances de façon à échanger dessus avec d'autres personnes hors atelier. Les stimulations liées à l'atelier sont sorties du cadre de celui-ci. Il lui est arrivée de refuser de l'aide car elle se sentait capable de le faire seule et l'a démontré. Ainsi la dominante arts-plastiques lui a permis d'exprimer un potentiel esthétique, par une technique, un savoir faire, et par là, l'expression de ses goûts, l'affirmation de son style et l'engagement qui les manifeste.

Rappelons-le, elle était garante du temps de l'atelier et s'engageait sur un contenu d'activité d'une séance sur l'autre.

1.3) Son comportement psychique et émotionnel s'est modifié.

Cet élément observé est avéré dans le cadre de l'atelier. Sonia a progressé dans sa capacité à accueillir les choses de l'extérieur, dans le traitement et la digestion de certaines informations. Ce qui ne veut pas dire qu'elle gère dorénavant les situations conflictuelles ainsi que ses humeurs et états émotionnels divergents. Mais elle intègre des données qu'auparavant elle niait en s'enfermant dans un comportement infantile. Elle accepte de fonctionner et d'échanger non plus dans le plaisir apparent mais d'avantage dans le plaisir ressenti.

L'intention qu'elle donne à voir traduit une volonté d'être active et interactive dans et avec son environnement. Elle s'implique tant qu'elle le peut et s'affirme sans passer par un mode agressif et entreprenant. Il est cependant évident que le quotidien ne permettra pas un maintien régulier de cette courbe plus ou moins équilibrée. Nous sommes déjà satisfaits de la manifestation de cette intention et de l'implication psychique que cela nécessite pour Sonia.

Le choix de la dominante, des techniques d'application et des phénomènes associés ont permis à l'art-thérapeute de distinguer les phénomènes liés à l'objectivité et à la subjectivité de Sonia.

Elle développait la confiance en elle en laissant remonter les souvenirs d'expériences gratifiantes et agréables, s'appuyant dessus cela a permis d'enclencher une motivation.

La stratégie pluridisciplinaire a permis une mise en exergue rapide d'éléments difficilement appréhendables. Elle fut processeur entraînant et facilitateur d'une expression volontaire dirigée vers l'esthétique, sous entendu comme harmonie et équilibre intérieur et extérieur (donc psychique et physique). Il est arrivé que Sonia canalise ses émotions ou sa mauvaise humeur par le biais d'éléments composés et repérés dans l'opération artistique. Des mécanismes dus à l'impression et l'expression de Sonia ont subi des modifications, dont certaines intentionnées, déclenchées ou contrôlées. Avec la dimension du polyhandicap, les paramètres poussent à généraliser et par cela à globaliser des contextes et situations. Il est nécessaire d'intégrer le fait que chaque petite manifestation d'un changement d'état d'un élément, d'une progression est à retenir avec signification et grand intérêt.

Nous ne pouvons affirmer que cela a des répercussions majeures sur son quotidien, sa communication ou sa relation avec son entourage. Sonia a toutefois pu goûter des sensations, tester des mécanismes valorisants et être autonome sur des éléments et selon des paramètres précis. De nouvelles pistes d'actions thérapeutiques sont lancées.

1.4) Sonia devrait réintégrer les ateliers existants.

Sonia réintègre les ateliers existants avec de nouveaux outils, l'émergence de nouvelles capacités ou de capacités développées à partir de nouvelles sensations et gratifications. L'animatrice en musicothérapie élabore avec Sonia (en présence de l'art-thérapeute en stage). Un cadre et une organisation lui permettant de continuer à progresser sur des points qui adoucissent sa vie quotidienne. La structuration d'une suite à la prise en charge effectuée favorise l'intention de projection de Sonia. Elles décident ensemble de chants qui pourraient les inspirer, de moments de danses qui pourraient être imbriqués. L'art-thérapeute lui laisse les outils et méthodes utilisées dans les ateliers. Ceci non pas pour chercher (**à avoir des compétences qui ne sont pas**) ???, mais pour enrichir la démarche de soin en s'appuyant sur des éléments révélateurs de certains mécanismes qui profitent à une progression sanitaire. Ce sont notamment ceux qui sont en lien avec la notion de cohérence et de plaisir dans l'intention, dans l'action et dans la production réalisée. Seul le temps pourra définir le degré et la durée d'implication de Sonia. Résulte-t-il d'un dynamisme influencé par le contexte ou **est-il** inscrit en Sonia et intégré à son fonctionnement psychologique. Un travail sur la confiance en soi, l'affirmation et l'estime de soi est pérennisé dans un autre contexte, avec d'autres procédés. Sonia se projette dans une direction vers laquelle elle sait que cela va nécessiter un minimum d'effort et de sérieux en vue du maintien d'éléments déterminants pour son bien être. Elle est consciente des efforts de comportements liés à la gestion de ses émotions et de ses humeurs. Certaines situations ont déjà amenées Sonia à tout stopper (intérêt, implication, absences régulières...). Il s'agit de croire à la réitération de l'expérience artistique en continuant à en exploiter les mécanismes et effets.

2) La pluridisciplinarité artistique a optimisé l'efficacité de la prise en charge.

2.1) La dominante et la technique sont orientées par l'art-thérapeute.

L'art-thérapeute a été confrontée aux idées bien arrêtées de Sonia en ce qui concerne une normalité, la restriction de l'imaginaire, ou encore la notion de beauté. Pour elle, la mer est bleue sans nuances, un bateau a telle forme et les chats sont gris, ainsi les choses sont comme ça, faites pour une utilité et pas pour une autre. Cela atteste d'une certaine connaissance du monde et application de ces repères. Nous avons vu que les pénalités du handicap se situent sur

l'aspect de norme (un handicap étant une « anormalité »), d'identification et de reconnaissance d'une différence. Sonia s'interdisait de vivre des choses curieuses, incongrues, « extraordinaires », mais il était palpable qu'elle en étouffait l'envie et la possibilité. Ainsi, l'intégration de normes dans lesquelles on a du mal à trouver sa place, peut engendrer des mécanismes de défenses qui inhibent un potentiel d'expression et d'affirmation de soi, par peur de ne pas être reconnu et apprécié dans ce cadre. Sonia a formaté son esprit dans un cadre qui lui permette amour (par la fusion qu'elle tente de créer) et reconnaissance (par ses oppositions), ce qui l'entraîne dans un caractère assez contradictoire permanent. Les choses ne sont pas appropriées mais assimilées pour être intégrées dans une masse. On peut alors se demander dans quelle mesure le choix s'effectue. N'est-il pas plutôt induit ou subit ? Sonia ne se demande pas si elle aime, mais si la personne vers qui elle porte son attention aime. De ce fait, en aimant, elle se fera aimer. Sonia s'empêchait d'exprimer ou à laisser courir son imagination comme au travers d'une activité artistique.

Ainsi, cela peut être dommageable lorsque ses possibilités d'ouverture à la différence et de sa propre expression sont limitées par soi ou étouffées. De ce fait, Sonia s'interdisait de « sortir des sentiers battus », surtout en arts-plastiques, où elle est fière d'appliquer des techniques spécifiques. Néanmoins, elle-même a orientée une activité autour de la peinture sur un support dont l'utilisation n'est pas l'usage premier (kleenex). Elle, qui n'aime pas être sale, a pris un immense plaisir à « patouiller » dans la peinture et à effectuer des traces et superpositions improvisées. De plus, le résultat lui plaisait !

L'art-thérapeute a également été confronté e ? aux humeurs et comportements changeant de Sonia. Il a été nécessaire que l'art-thérapeute la recadre dans le protocole d'atelier (place et le rôle respectifs de chacune).

Les deux faits cités ci-dessus ont amené l'art-thérapeute à définir la dominante, la technique et le phénomène associé dominant. Cette méthode a favorisé l'acceptation d'une orientation définie par l'extérieur. Cela a permis la découverte de la musique classique, à apprendre à l'écouter autrement, la ressentir, en dansant les yeux fermés. Pour nos objectifs thérapeutiques, Sonia répond à un cadre posé dans lequel elle accepte de fonctionner et d'éprouver du plaisir. Nous pouvons considérer l'appropriation avec la considération du monde intérieur.

2.2) La dominante et la technique d'expression sont choisies par le patient.

Mets TOUT au présent

Nous abordons frontalement la notion de choix qui permet de prendre une décision, de l'affirmer et là de s'affirmer et de pouvoir l'assumer. La sollicitation psychique et corporelle, la capacité de choix sont émis dans un cadre adapté (accompagnement et capacité de réaction et d'adaptation de l'art-thérapeute). Cet élément d'implication reconnaît et s'appuie sur la personnalité du patient dont voici un exemple. Sonia a voulu et a réussi à démontrer qu'elle avait des idées et une technique de crayon de couleur (estomper). Lors d'une séance, elle a décidé d'affronter ses émotions : elle a choisi un morceau de musique classique qui orienterait sa concentration et son intention (le fond de sa production) et décidé de faire du dessin (état nauséux et fatigué= à l'écoute d'elle-même) avec comme sujet son chien, qu'elle aimerait avoir avec elle. Ainsi, elle a induit un intérêt, a conditionné son intention et a mis en exergue des capacités esthétiques. La réalisation s'est déroulée dans une ambiance calme et posée, elle a montré un plaisir adapté (pas de cris comme à son habitude, elle manifestait un bien être sur le moment). Elle choisit et définit l'espace, argumente le fait d'occuper une petite partie de la feuille A4. Elle dessine son chien dans son panier, ayant prévue de faire le chemin qui y mène. Accompagnée par l'art-thérapeute, elle a su exploiter sa tristesse et mélancolie au profit d'une expression artistique et émotionnelle. Elle a ainsi pu prendre du recul par rapport à ses émotions, les exprimer d'une façon modérée qu'elle contrôle. Cependant, l'état psychique

global de Sonia incite à ne pas trop employer cette stratégie exutoire, car elle risquerait de s'enfermer dans une seule expression de ses émotions nostalgiques et de sa tristesse. Il est arrivé que Sonia choisisse la dominante afin de continuer une production en cours, ce qui honorait son engagement.

2.3) La dominante danse est devenue pertinente au fur et à mesure de la prise en charge.

Mets TOUT au présent

« La danse c'est un pied qui sourit, une main qui sait pleurer ». Mary Wigman.

C'est cette citation, qui a suscité un intérêt à utiliser le corps par la danse. La confrontation au polyhandicap a rendu complexe cet intérêt, ne **serait-ce** que dans l'utilisation d'une main ou d'un pied. L'art-thérapeute s'est sentie démunie par sa seule dominante, et a eu besoin d'expérimenter les domaines de l'intention, de l'action et de la production via d'autres médiums avant d'y revenir. Ainsi, en fin de prise en charge, la tête et le visage de Sonia souriaient dans sa danse. Ses bras et son pied droit exprimaient, en plus de l'effort, le sentiment de simplement ressentir son être et de le vivre.

Comme cité plus haut, Sonia a **fini** par danser les yeux fermés, ce qui pour l'art-thérapeute atteste d'une expression esthétique ressentie dont l'harmonie du psychisme et du corps est manifeste. Par là, Sonia a eu une sensation de plaisir, de fluidité motrice, de réconfort et d'amusement. Elle prenait conscience du fait qu'en choisissant d'ouvrir ou de fermer les yeux, elle choisissait de voir ou de ne pas voir son extérieur et ainsi de s'en protéger. Ce choix a un goût d'autonomie pour Sonia. Son choix et sa décision ont une conséquence directe, elle s'en rend compte de suite.

Là encore, il faut être **vigilant** car Sonia pourrait orienter ce choix afin de couper la communication ou de se fermer. C'est en effet ce qu'elle fait en situation de discussion, ou par le transfert de ses émotions sur quelqu'un.

Sonia, au début peu réceptive, est devenue très dynamique et impliquée dans les séances danse. Elle se plaçait comme actrice de l'activité, participait à l'installation, ne tardait pas à se mettre en condition de danser, relaxée, concentrée sur ce qu'elle ressent et sur ce qu'elle fait. Elle cherche à refaire le même geste dans un but d'intensité et pour mieux ressentir et exécuter. Le visage de Sonia se modifiait pour exprimer des traits détendus, un sourire sans effort. En geste miroir, le regard de Sonia était fixe, sans mouvements oculaires involontaire. La concentration sur son ressenti et sa manifestation ont mis en avant de réelles capacités psychiques et corporelles. Cette dominante **perçue a priori** comme compliquée à aborder avec les personnes polyhandicapées en fauteuil, dont la mobilité des segments est réduite ou absente, devient une dominante particulièrement pertinente avec Sonia.

3- La notion de choix aborde les éléments liés à la confiance et à l'estime de soi, traduits dans l'intention et l'action.

3.1) L'avis éclairé de la personne est sollicité.

Mets TOUT au présent

Par les éléments d'observation analysés et recoupés avec ceux de l'équipe, l'art-thérapeute dispose d'une grille de lecture qui permet de déduire si la personne est apte à effectuer des choix et à prendre ou non des décisions. Dans le cas de Sonia, cet élément relevait de ses capacités et mettait en avant les progrès quant à certains objectifs intermédiaires liés au fait de s'engager et de respecter cet engagement. Sonia a montré qu'elle était consciente de ses handicaps : déficiences, **incapacités et désavantages**. Elle a aussi montré qu'elle pouvait entendre certaines impossibilités et concevoir certaines possibilités notamment avec la mise en avant de ses capacités intellectuelles et corporelles. L'avis éclairé de la personne nécessite un potentiel de compréhension, de réflexion et d'analyse qui permet de traiter une situation avec

raison, recul et discernement. Il est accordé que dans le cas de polyhandicap, ces trois éléments sont difficiles à observer, mais ils peuvent être présents. Sonia a entendu que tout le monde a besoin de considération et qu'en cela, elle peut intervenir en modifiant des éléments qui nuisent aux échanges avec son environnement.

Le fait de s'être appuyé sur son avis et de s'être orienté selon ses décisions, a orienté la stratégie thérapeutique vers une dynamique d'implication et de responsabilisation. Sonia a apprécié d'être reconnue comme une adulte qui peut assumer des tâches et des responsabilités. Cet élément fut très important dans le travail sur la confiance en elle et son affirmation.

3.2) Prendre une décision nécessite d'avoir confiance.

La prise de décision engendre une réflexion sur des points précis. Il s'agit de choisir un élément, suite à une analyse qui fait que l'on pense que ce choix est mieux qu'un autre. Il s'agit également de savoir si ce choix est mieux pour soi, pour une situation, pour quelqu'un d'autre et à qui il profite.

Cela nécessite d'avoir confiance en soi et en ceux avec qui nous sommes impliqués. Il est important de connaître ou d'approximativement mesurer la traduction de nos pensées par nos actes et leurs conséquences sur ce (ceux) qui nous entoure.

La notion de confiance en soi palpable par l'autonomie est globalement inchangée mais la notion de choix et de prise de décision entraînent une dynamique dont certains mécanismes relèvent de l'autonomie. Ainsi, cette dernière est minime mais à relever sur des situations précises. Au travers de son implication, Sonia a montré qu'elle avait confiance en elle essentiellement selon les personnes qui l'entouraient.

Elle s'est sentie capable de faire des choses, dont des choix et des prises de décisions. Lorsque l'on choisit, on renonce à quelque chose, il faut accepter cela afin d'assumer son choix. Sonia a eu assez d'assurance pour assumer les choix et décisions prises en atelier, en argumentant sur sa position et le pourquoi de celle-ci.

3.3) L'action qui suit est une affirmation qui induit une certaine estime de soi.

Un bon fonctionnement psychologique et physique amène à une cohérence d'enchaînements de pensées et d'actions qui servent ses pensées. Une décision prise se trouve dans un premier temps dans le monde intérieur de la personne, la volonté d'affirmer cette impression amène à l'exprimer. Nous avons vu que chaque expression est véhiculée par le corps (médiateur privilégié), et que cela constitue un point d'attache fort au travail de l'art-thérapeute avec un public de personnes polyhandicapées. La manifestation d'une prise de décision engendre que l'on ne craigne pas les conséquences de ce choix, ou dans tous les cas que l'on se sente prêt à les assumer.

Au cours de la prise en charge, l'art-thérapeute a observé que Sonia avait peu de difficultés dans la volonté de s'exprimer par un choix, qu'elle avait plutôt confiance en elle et en certaines capacités. Ce choix était pensé pour satisfaire une personne impliquée dans une relation (avec Sonia, cela relèvera toujours de l'affect). Ce point est positif dans l'implication relationnelle, faire une chose pour faire plaisir à quelqu'un. Il est également ambigu par le fait que la personne s'oublie, très influencée par l'extérieur et la lecture qu'elle a d'elle, ce qui peut provoquer le déni de son monde intérieur. Nous avons mieux saisi les comportements paradoxaux de Sonia qui se montrait, soit dans l'ignorance et le rejet de l'autre, soit au contraire dans une relation de possessivité, d'appartenance ou de miroir. La notion de « je t'aime/je ne t'aime pas » joue un rôle majeur et directeur du positionnement de Sonia face à une autre personne. Il est important qu'une action entraînée par une décision prise respecte ce

qui implique la personne et son environnement. Ainsi, il s'agissait plus d'aider Sonia à canaliser les ressentis de ses impressions et à en ajuster l'expression.

L'action qui est une affirmation de soi (dans son savoir être et son savoir faire) est ici favorisée dans un contexte artistique avec, nous l'avons vu, tous les paramètres inscrivant les phénomènes de confiance, d'affirmation et d'estime de soi. Dans le cadre de l'atelier d'art-thérapie, Sonia a montré une estime d'elle-même par les mécanismes de confiance dans l'intention, d'affirmation par l'action, l'estime de ses productions et par là d'elle-même. L'aménagement d'une auto évaluation par la traduction de ses impressions et ressentis liés au plaisir, à la gratification sensorielle et intellectuelle, et à l'esthétique traduisent cette estime défaillante avant la prise en charge. Cependant, même améliorée, cette notion reste très fragile et non acquise.

3.4) Sonia est attendue en atelier d'art-thérapie et de musicothérapie.

Sonia est d'accord pour continuer le travail commencé, elle a mesuré les bienfaits procurés par l'extériorisation de ses impressions et de ses émotions avec un minimum de contrôle psychologique et physique afin de ne pas être envahie ou bloquée. Elle a compris qu'elle pouvait intervenir sur des paramètres qui la rapprochent du bien-être. Elle a également saisi qu'il pouvait arriver que son comportement entraîne une communication et une relation difficiles et non constructives ; ce qui s'est passé avec l'animatrice et la thérapeute.

C- L'analyse entre la réflexion préalable d'éléments théoriques et le bilan des éléments pratiques est surprenante.

1- Le travail d'observation qui se veut être précis est long.

1.1) l'observation est longue et complexe.

En toutes situations, une observation précise nécessite de pouvoir capter des choses manifestes et extérieures. Il se trouve que dans la notion de polyhandicap, les manifestations des incapacités et déficiences prennent beaucoup de place et d'intensité. Cela nous éloigne parfois de ce sur quoi nous voulions concentrer notre attention. De ce fait, il est nécessaire de tenir une distance sur ce que l'on souhaite observer (notamment ce qui fonctionne) et de maintenir une attention toute particulière. Les temps d'observation de certaines capacités (par exemple, de critique, de choisir) ou intentions (dans la communication, entre l'Art I et l'Art II) sont longues à manifester et se lire.

Les conditions d'observation varient en fonction de l'état dans lequel se trouve le patient. Nombres de séances étaient réfléchies à partir d'éléments observés et qui, avec la volonté de les confirmer, n'avaient plus de pertinence (ou d'autres plus important se manifestaient).

L'intérêt de la pluridisciplinarité artistique est qu'il apporte une diversification des outils et méthodes d'expression, ce qui permet d'observer des éléments (liés à la confiance, l'affirmation, le plaisir...) distincts d'une pratique à l'autre. Ainsi, pour observer des éléments précis, l'art-thérapeute a quelques fois choisi la dominante ou la technique en fonction de ce qu'elle souhaitait observer ou confirmer. D'autres expériences en ateliers collectifs ponctuels

nous ont permis d'observer un groupe et des personnes dans le groupe. L'observation d'un groupe est très globale, dans cet aspect collectif, les manifestations volontaires et involontaires ne sont pas distinctes de suite. Les phénomènes associés de l'observation peuvent être parasitant pour canaliser l'attention sur un point et un moment précis.

Dans ce contexte, les difficultés d'une observation juste sont multipliées et le facteur temps inadapté. Au vue du temps de pratique, nous avons choisi de concentrer une attention précise sur une personne pour présenter une étude de cas.

1.2) l'observation ressentie et interprétée de l'art-thérapeute est à considérer.

Il y a différents modes d'observation et différentes façons d'analyser ce que l'on observe. L'observation se veut objective à partir d'items définis, mais en situation de pratique, la part de subjectivité de l'observateur est à retenir. Il faut donc considérer une observation à partir des critères thérapeutiques extérieurs et en tant qu'être humain, considérer également les éléments qui relève du ressenti, de l'impression et de l'interprétation de l'art-thérapeute.

Les possibilités et capacités des personnes polyhandicapées à s'exprimer et s'affirmer sont pénalisées, et nécessitent une grande attention dans la communication, parfois « une aide à traduire ses idées ». Il s'agit là d'essayer de deviner ce que ressent et veut exprimer la personne, cela nous place en situation de ressenti et de son exploitation. L'interprétation part d'une connaissance que l'on traite avec nos ressentis, à partir de nos sensations et de notre lecture de l'expérience.

L'observation ressentie et interprétée a été très utilisée dans notre étude de cas, induit par la relation existante, la confiance établie et évidemment en lien avec des faisceaux d'items prédéfinis qui nous éclairent sur nos ressentis.

Nous avons abordé la proximité nécessaire à établir une bonne communication ainsi qu'une relation équilibrée et respectueuse. Les modalités du polyhandicap font faire ensemble et ressentir ensemble (surtout avec la dominante musique et danse). Ces éléments ont permis à l'art-thérapeute de s'appuyer sur une observation ressentie et des déductions analysées. Même si cela a été pertinent sur des éléments et a permis l'élaboration de diverses stratégies, il a été nécessaire d'en mettre de côté. En effet, le caractère de Sonia, en termes de manipulation, pouvait fausser complètement ce que pensait avoir compris l'art-thérapeute. C'est au travers de ces paramètres que l'art-thérapeute s'est appuyée sur la réflexion et les connaissances de l'équipe pluridisciplinaire.

1.3) Ce travail est à affiner en permanence

L'observation est d'autant plus continue avec la notion du polyhandicap. Nous avons abordé l'évolution parfois précipitée d'un état sanitaire, psychologique, physique qui oriente immédiatement la séance ou la prise en charge.

Les difficultés rencontrées lors de l'observation (fine ou globale) démontrent qu'avec plus de temps l'art-thérapeute pouvait continuer la découverte d'éléments surprenants.

Lors d'une séance musique et mouvement, l'art-thérapeute amène des grelots qu'elle utilise en danse africaine. Elle propose à Sonia de les accrocher non plus aux poignets mais de les essayer avec différentes parties du corps. Sonia s'en amuse. On les essaye autour de la tête, ainsi elle exécute des mouvements plus amples qu'à son habitude. On les essaye aussi autour du pied qu'elle peut mobiliser. L'art-thérapeute propose comme elle d'en mettre aux deux pieds. Ce qui se fait, et à sa grande surprise, Sonia bouge son pied droit avec plus d'aisance en tapant un rythme. C'est seulement vers la fin de la prise en charge que l'art-thérapeute observe que Sonia cache encore des capacités et a encore besoin de temps pour les laisser s'exprimer. Elle pouvait

donc amplement utiliser ce pied qui certes ne lui servira jamais à marcher mais peut lui servir à danser et par là, avoir des sensations proprioceptives ignorées. *Mets TOUT au présent* Sonia s'est beaucoup amusée d'épater l'art-thérapeute et d'avoir réussie à lui cacher des choses. C'est sa façon à elle de garder un minimum de contrôle sur une personne puisqu'elle ne dit et ne montre pas tout, elle décide quand le dire et quand le montrer. Ainsi, les séances suivantes ont été plus orientées vers la danse, Sonia était prête à se dépasser encore un peu plus et à expérimenter, rechercher des sensations agréables dans ce corps qu'elle n'assumait pas. Ce dernier qui était nié et enfermé renaît. Dans une intention esthétique et une fluidité de mouvements. Cette expérience a largement été dynamisée par l'exploitation corporelle au travers de ces trois dominantes.

2- Une différence est à noter entre les ressentis issus de l'expérience et le bilan de prise en charge

Mets TOUT au présent

2.1) En début de stage, l'art-thérapeute identifie la dominante arts-plastiques comme la plus accessible pour une démarche de production.

Elle a cependant été confrontée à des éléments annexes à cette discipline. Le fait que Sonia ait arrêté (sans explications auprès de l'art-thérapeute plasticienne) l'atelier existant (repère et histoire de lieu qui influence un comportement) a pesé sur la responsabilisation de Sonia (tenir ses engagements). Les moments où il a été nécessaire de recadrer nos actions et l'implication en lien avec le projet, se sont toujours déroulées avec la dominante arts-plastiques. Sonia a réalisé une peinture (qu'elle souhaite continuer) et un dessin (qu'elle souhaite accrocher). Cependant, ce ne sont pas les productions dont Sonia est la plus fière et au cours desquelles elle a éprouvé le plus de plaisir dans la réalisation (ressentie de l'art-thérapeute, qui est différent de l'auto-évaluation de Sonia).

2.2) La dominante musique est un fil conducteur dans la relation aux autres.

Les séances musiques sont celles qui ont le plus permis à Sonia d'aller vers l'autre. En réceptivité, elle observait les réactions des autres résidents présents (s'en amusait, ou acquiesçait). En séance pratique, elle était soit très fière de faire entendre et voir ce qu'elle savait faire. Soit ravie d'exécuter des sons accompagnée par d'autres personnes (se plaçant souvent comme la savante, dans une démarche d'apprendre et de monter à l'autre). Lors d'une séance chant, Sonia fut très émue et heureuse de constater que son activité et l'émotion qu'elle mettait dedans, avait apaisé un résident. Allongé à coté d'elle, il souriait dès qu'elle chantait et plissait les yeux (avec une moue) dès qu'elle s'arrêtait. Le plaisir et le bien-être rayonnaient dans la salle.

2.3) La dominante danse jusqu'ici a plus une dimension d'activité d'expression.

Il a été très difficile de sortir du type d'activité proposée telle « expression dansée ». L'art-thérapeute a eu du mal à expliquer à Sonia que le but n'était pas que de bouger sur un rythme (ce qui l'intéressait à très court terme), mais de construire son geste à partir d'une intention qui donne une couleur, et d'une interprétation qui donne la forme. Comme indiqué en bilan, Sonia a réussi à fonctionner et prendre du plaisir à partir de ces consignes.

3- Certaines hypothèses ne sont pas totalement confirmées.

3.1) Au vue du bilan, la dominante arts-plastique n'est pas autant utilisée que prévue.

Cette dominante a engendré un travail plus prononcé pour Sonia. En effet, elle a eu plus d'insistance sur certains éléments (engagements pris dans le projet, respect de cadre et consignes, comportementaux). La production terminée a suscité moins d'enthousiasme qu'avec les autres dominantes, valorisées ensembles. Les arts-plastiques (notamment le dessin au crayon de couleur) ont été choisis par Sonia pour canaliser et évacuer ses émotions. Cette dominante était plus pertinente avec de la musique. Sonia effectuait un choix dans les CD et les morceaux qu'elle voulait écouter. Elle avait une idée précise de ce qu'elle voulait ou ne voulait pas. Ce choix était en lien avec la recherche d'une ambiance musicale en accord avec son état émotionnel, et avec ce qu'elle a envie de tracer ou dessiner. Cette dominante a été orientée sur le respect des règles et d'un cadre, ainsi que sur la technicité.

Les arts-plastiques ont eu la pertinence d'utiliser une motricité fine et organisée sur un espace délimité par Sonia.

3.2) La dominante musique est la discipline la plus présente.

Mets TOUT au présent

Ce fut la discipline la plus facile d'accès, par le bien-être apporté dans sa réceptivité. L'état sanitaire de Sonia a souvent orienté la dominante de la séance vers de l'écoute musicale. Sonia l'utilisait pour se reposer, se calmer, se rassurer, se bercer. Ainsi, cette dominante était utilisée en réceptivité lorsque l'état de Sonia ne permettait pas plus d'implication. Elle était utilisée en pratique, lorsque Sonia se sentait en forme. D'elle-même, elle effectuait ce choix. C'est la dominante qui a permis d'aborder la notion d'imagination.

3.3) L'hypothèse qui concerne la dominante danse ne se vérifie pas totalement.

L'art-thérapeute admet le caractère parfois difficile d'une prise en charge. Elle a eu des moments de doutes quant à l'intérêt d'une proposition, aux capacités et potentialités de Sonia, qu'elle avait peut-être elle-même sous-estimée. Lorsque la dominante danse a été exploitée pour la première fois, l'art-thérapeute a focalisé sur les codes de sa discipline (techniques et esthétiques). Par la notion art-thérapeutique de l'esthétique (ressenti, plaisir et intention), des barrières sont tombées, Sonia et Daniel nous ont emmené vers ce pied qui sourit et ce visage qui exprime une sensation de bien-être.

Cette dominante a peu de séance, cependant, elle a permis de pousser le travail interactif de Sonia et de son environnement (sensations, conscience, exécution ressentie). Ainsi, l'art-thérapeute se rend compte que l'une des premières hypothèses en défaveur de la danse auprès de personnes polyhandicapées, s'est avérée la plus pertinente sur le travail du ressenti et de la structure corporelle. Au même titre que la dominante arts-plastiques paraissait la plus accessible, elle est celle que l'on a le moins utilisée.

L'*a priori* sur l'utilisation frontale des mécanismes physiques et psychiques a été fondé sur une observation (lors d'un stage effectué auparavant), qui tenait compte du caractère pénalisé des personnes. Il est possible que l'art-thérapeute ait mis du temps à se détacher *de l'approche organique des limitations (déficience)*.

Une première considération est que « La personne est handicapée » (en fauteuil) cette observation non poussée restreint les possibilités (de l'art-thérapeute et de la personne).

La seconde considération est que « La personne ne peut pas marcher », c'est une approche fonctionnelle sur la limitation (incapacité) d'une activité, cela sous-entend qu'il y a d'autres choses à faire.

L'expérience avec Sonia a amené l'art-thérapeute à revoir son hypothèse en tenant compte non plus de la dominante telle qu'elle (mettant en exergue des incapacités), mais des capacités de Sonia à réaliser des choses inconsciemment (dans les autres dominantes).

Conclusion

Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples avec une déficience mentale sévère et des déficiences associées (motrice, sensorielle, somatique, comportementale...). Il présente des atteintes physiques et psychiques qui sont des obstacles pour communiquer avec l'autre, diminuant ainsi les possibilités d'interaction entre le monde extérieur et intérieur de la personne. Le déséquilibre des éléments physiques, psychiques et sociaux atteignent la qualité de vie pénalisant l'autonomie, la saveur existentielle, la confiance, l'affirmation et l'estime de soi. Le polyhandicap est une atteinte irrémédiable qui évolue négativement vers moins d'autonomie.

L'art-thérapie est conçue et structurée en vue de répondre aux répercussions pénalisantes de ces problématiques.

A l'issue de l'atelier d'art-thérapie présenté, le rayonnement de Sonia est visible et comprend de nouveaux éléments liés à l'exacerbation de mécanismes opérants et mis en valeur par cette expérience thérapeutique. A son tour, l'environnement de Sonia a rayonné autrement, il a pu être choisi et non subi, avec une interaction créant des sensations agréables et gratifiantes.

La qualité existentielle de Sonia a été revigorée par la prise en charge thérapeutique : elle a éprouvé assez de confiance en elle pour être intentionnée, active et impliquée. Elle a éprouvé du plaisir dans l'activité artistique et une fierté de ce qu'elle a produit. Ainsi, les objectifs thérapeutiques sont atteints. Cependant, le phénomène de progression et de bien-être de Sonia reste fragile et à entretenir. Tout élément extérieur peut engendrer une atteinte et tout élément intérieur peut pénaliser son équilibre.

La pertinence de la stratégie de pluridisciplinarité artistique, auprès de ce public est justifiée. Au même titre que le polyhandicap multiplie les pénalités, l'art-thérapie à dominante artistiques interactives multiplie les possibilités de pallier aux conditions et problématiques engendrées par cet état. Le polyhandicap n'est pas hermétique au processus de potentialisation et d'exploitation favorable au mieux-être malgré le handicap et la pathologie.

L'atelier d'art-thérapie est un lieu, un espace déterminé dans le temps et dans l'institution. Cet événement thérapeutique individuel et personnel est un cadre favorisant l'expression, la communication et la relation à soi et aux autres.

Dans ce contexte thérapeutique, l'utilisation des effets de l'art éveille les mécanismes endormis, oubliés, stimule les mécanismes fatigués et entretient ceux qui sont opérants.

Bibliographie

AFRATAPEM *Art- thérapie, Repère métier*, publication, Avril 2009

ANDRE Christophe et LELORD François *l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre* édition Jacob, Paris 2002

ANZIEUX Didier *Le corps de l'œuvre* édition Gallimard, Paris, 1982

BELLENGER Lionel *confiance en soi*, édition ESF, avril 2004

BERNARD Michel, *Le corps*, essais, édition du Seuil, Paris nov. 1995

COSNIER Jacques *psychologie des émotions et des sentiments* édition Broché, Paris, 1994

DALLA PIAZZA Serge et GODFROID Bénédicte, *La personne polyhandicapée* édition De Boeck, Paris 2004

DEVIGNE Sabine *une expérience en art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes polyhandicapées*, mémoires de fin d'étude Université de Poitiers, 2007

EMERSON Ralph.W. *La confiance en soi et autres essais*, édition Rivage Poche, Paris, mars 2002

FELDENKRAIS Moshe *Energie et bien être par le mouvement*, édition Dangles, St J. de Braye, 1993

FORESTIER Richard *tout savoir sur l'art-thérapie*, édition Favre, Lausanne 2007

FORESTIER Richard *L'évaluation en art-thérapie* édition Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux 2007

JOST Jacques *Equilibre et santé par la musicothérapie* édition ALBAN Michel, Paris 2000

KANT Emmanuel *Critique du jugement* trad J.Gibelin, Vrin, 1960

GUILLARD Christine *l'art-thérapie à dominante peinture peut contribuer à améliorer les capacités expressives et sociales des personnes polyhandicapées* mémoires de fin d'étude Université de Poitiers, 2007

LECOURT Edith *Découvrir la musicothérapie* édition Eyrolles, Paris mars 2010

LESAGE Benoît *La danse dans le processus thérapeutique, fondements, outils et clinique en dans-thérapie*. Collection, l'ailleurs du corps, édition Eres, Toulouse, 2009

PLATON *Les lois I* édition Gallimard, Paris 1997

PRINZHORN Hans *Expressions de la Folie* édition Gallimard Paris 1996

RODRIGUEZ Jean et TROLL Geoffroy *L'art-thérapie* édition Ellébore Paris 2006

SCHILDER Paul *L'image du corps*, édition Gallimard, Paris 1968

VAYSSE Jocelyne *La danse thérapie* édition L'Harmattan, Paris 2006

WALLON Henry, *L'évolution psychologique de l'enfant*, édition Armand Colin, Paris 11^{ème} édition 2002)

ANNALES DU CONGRES ART ET MEDECINE de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, 2009

Ouvrage publié par l'O.M.S *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*, OMS CNTERHI- INSERM, 2001

Association de l'arc en ciel : www.arc-en-ciel

DICTIONNAIRE:

ETYMOLOGIQUE de la langue française, 3^{ième} édition Quadrige/ Puf, Paris, mars 2008

LE LEXIS édition Larousse, Paris 2009

MEDICAL MANUILA édition Masson Paris 2004

Table des annexes

- **Annexe 1 : le schéma de l'opération artistique**
- **Annexe 2 : la fiche d'observation par séance**
- **Annexe 3 : la grille d'observation et d'évaluation**
- **Annexe 4 : les graphiques**

- 1) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités psychiques**
- 2) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités physiques**
- 3) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant **l'autonomie**
- 4) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités esthétiques**
- 5) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités esthétiques**

5.1) Global

5.2) Relation avec l'art-thérapeute

5.3) Relation avec les résidents

- 6) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **dominantes artistiques**

6.1) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités psychocorporelles**

6.2) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités psychocorporelles en réceptivité**

6.3) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités psychocorporelles et musicales en pratique**

6.4) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant les **capacités psychocorporelles et musicales en pratique**

- 7) Graphique lié aux faisceaux d'items concernant **le bilan de séance**

