Numéro:

Note:

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS

U.F.R DE MÉDECINE - TOURS

&

A.F.R.A.T.A.P.E.M

Association Française de Recherche et d'Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine.

UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES AUPRÈS DE PERSONNES ADULTES DÉFICIENTES INTELLECTUELLES AVEC AUTISME ACCUEILLIES EN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de TOURS.

Présenté par Madame Aminata BALTHAZAR.

Année 2011.

Sous la direction de Néri VANDERMERSCH, Médecin psychiatre.

Service d'Hospitalisation Intersectorielle en Pédopsychiatrie.

85 rue Saint-Jacques, 44000 Nantes.

Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes adultes déficientes intellectuelles avec autisme accueillies en Foyer d'Accueil Médicalisé.

PLAN

Remerciements _____ Page 05

Introduction_____ Page 06

Glossaire _____ Page 08

PREMIÈRE PARTIE.

L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AVOIR UNE PERTINENCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AVEC AUTISME.

I) L'autisme est un ensemble de troubles sensoriels, cognitifs et physiologiques _____ Page 11

A - Les perceptions sensorielles des personnes avec autisme sont asynchrones, parcellaires et peu modulables _____ Page 12

B - Les particularités cognitives des personnes avec autisme entravent leur adaptation socio-émotionnelle à l'environnement extérieur _____Page 13

C - L'autisme modifie l'organisation des fonctions physiologiques des personnes atteintes _____Page 15

II) Les arts plastiques sont les arts de la trace, de l'action sur la matière et des gratifications tactiles _____ Page 17

A - Les arts plastiques sont les arts de la trace laissée à voir _____ Page 17

B - Les arts plastiques sont les arts des gratifications visuelles, olfactives et tactiles _Page 18

III) Les spécificités des arts plastiques peuvent avoir une valeur thérapeutique auprès des personnes en situation d'autisme _____ Page 19

A - Les spécificités de l'acte traceur permettent de travailler sur la structure corporelle des personnes avec autisme _____ Page 19

B - En Art-thérapie à dominante arts plastiques, l'action sur la matière favorise les ressentis corporels pour les personnes avec autisme _____ Page 20

C - Les gratifications visuelles, olfactives et tactiles mises en œuvre en Art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent permettre l'expression des émotions chez les personnes avec autisme _____ Page 21

DEUXIÈME PARTIE.

L'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES DE PERSONNES ADULTES AVEC AUTISME PEUT DONNER DES RÉSULTATS INTÉRESSANTS.

I) Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Lucines » a construit son projet d'établissement spécifiquement autour de l'accueil et de l'accompagnement de personnes avec autisme ***Page 24***

A – Les missions du F.A.M « Les Lucines » sont définies par un cadre juridique et législatif qui fait autorité en matière de prise en charge de personne avec autisme _____ Page 24

B – Les situations d'autisme des personnes accueillies au F.A.M ont conduit l'établissement à envisager des actions de prise en charge spécifiques _____ Page 26

C – Les prestations proposées au F.A.M ont été adaptées aux besoins des personnes avec autisme _____ Page 28

II) La démarche d'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques au F.A.M « Les Lucines » est cohérante avec le cadre institutionnel de l'établissement. ***Page 29***

A - La démarche d'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques s'est inscrite dans un travail d'équipe au service des personnes accueillies_____ Page 29

B - Le déroulement d'une séance-type se veut être structurant pour les personnes avec autisme _____Page 30

C - La démarche d'accompagnement s'est basée sur des outils méthodologiques garantissant le savoir-faire de l'Art-thérapeute _____ Page 31

III) Les séances d'Art-thérapie à dominantes arts plastiques ont accompagné les personnes dans l'expression de leurs émotions et ont développé leurs acquis en communication ***Page 32***

A - L'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques d'Aure peut lui permettre d'exprimer ses émotions et ses choix _____ Page 32

B - L'accompagnement en Art-thérapie à dominantes arts plastiques d'Annabelle peut lui permettre de développer ses aptitudes en matière d'expression et de communication _____ Page 40

TROISIÈME PARTIE.

L'ART-THÉRAPEUTE SAIT UTILISER LE PROCESSEUR ARTISTIQUE POUR VALORISER LA PARTIE SAINE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES.

I) Le savoir de l'Art-thérapeute se fonde sur l'Art en tant que processeur artistique _____ Page 49

A - L'Art-thérapeute sait orienter le pouvoir expressif et l'effet relationnel de l'Art__ Page 49

B - L'Educateur(trice) spécialisé(e) utilise l'Art comme médiateur de ses accompagnements _____ Page 50

II) Les accompagnements menés par l'Art-thérapeute se basent sur sa capacité à valoriser la partie saine de la personne accompagnée _____ Page 51

A – L'accompagnement en Art-thérapie d'Aure s'est appuyé sur ses compétences au rangement et sa connaissance d'un langage non verbal _____Page 51

B - L'accompagnement d'Annabelle s'est appuyé sur sa capacité à s'affirmer et sur son attrait pour l'acte traceur _____ Page 52

C - Tableau récapitulatif et comparatif.

Conclusion _____ Page 54

Bibliographie _____ Page 55

Annexes _____ Page 56

REMERCIEMENTS.

Merci aux résidents du F.A.M « Les Lucines » sans qui le travail n'aurait jamais pu être possible.

Merci aux équipes de cette institution pour leur patience et leur ténacité. J'espère que les expériences d'accompagnement relatées dans ce document seront à la hauteur de leur professionnalisme et de leur disponibilité auprès des résidents.

Merci à Madame Brigitte RIALLAND, directrice de l'établissement, pour y avoir cru vaille que vaille! Sa bienveillance et ses encouragements m'ont portée et tranquillisée dans les moments de doute qui ont ponctué les deux années de ce parcours de formation.

Merci à Monsieur Néri VANDERMERSCH pour ses lectures et questionnements. Il a su être un guide au combien précieux pour me pousser à la précision dans mon propos et pour accompagner ma réflexion sur les questions d'implication et de dynamique relationnelles.

Bien sûr, Merci à mes deux amours qui se reconnaîtront. Leur présence au quotidien, leur soutien sans limite et leurs sagesses -facétieuses ou ingénues- ont été une source d'énergie intarissable!

INTRODUCTION.

En tant qu'éducatrice spécialisée auprès de personnes en situation de handicap intellectuel, j'ai été amenée à utiliser la pratique artistique, et en particulier les arts plastiques, à de nombreuses reprises: formation à l'animation d'atelier d'arts plastiques adaptés, animation proprement dite de ce type atelier et participation à des projets d'accessibilité à l'Art pour ces personnes. Au fur et à mesure de mes huit années d'expérience, j'ai été stupéfaite de constater les effets bénéfiques qu'apportait la pratique artistique chez elles. J'ai pu repérer des améliorations de leurs capacités de communication, une meilleure acceptation des règles de la vie en société ou encore de meilleures capacités de concentration. Mais ces constats se sont heurtés à une difficulté à saisir tant les richesses que les limites des progrès des personnes accompagnées.

Il m'a alors semblé nécessaire de proposer aux personnes participant à mes ateliers un accompagnement basé sur des connaissances aussi objectives que possible. En intégrant la formation universitaire en Art-thérapie de Tours, j'ai voulu d'une part compléter et consolider les bases théoriques de l'atelier d'expression artistique que j'anime. D'autre part, j'ai voulu avoir l'occasion d'approfondir mes connaissances méthodologiques sur certains supports et techniques artistiques.

Je me suis interrogée sur la contribution spécifique que pouvait apporter l'Art-thérapie à dominante arts plastiques dans l'accompagnement des personnes adultes déficientes intellectuelles avec autisme accueillies en Foyer d'Accueil Médicalisé. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut-elle avoir une pertinence dans l'accompagnement de ces personnes? Qu'a t'elle de spécifique? Les difficultés d'expression, de communication et de relation engendrés par l'autisme peuvent-elles être atténuées grâce à un accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques? Cet accompagnement ne fait-il que compléter ceux proposés par les éducateurs (trices) spécialisé (s) -comme je le pensais au départ- ou constitue t'il une modalité spécifique à mettre au service de la personne en situation d'autisme?

Pour ce travail, j'ai posé l'hypothèse que les spécificités de l'Art-thérapie à dominante arts plastiques faisaient de la discipline une modalité d'accompagnement à part entière et lui donnaient là toute sa pertinence dans l'accompagnement des personnes avec autisme.

En première partie, ce mémoire fait d'abord un point sur l'état des connaissances actuelles en matière d'autisme, puis développe les spécificités des arts plastiques et enfin explique de quelle manière ils peuvent avoir du sens dans l'accompagnement de personnes adultes déficientes intellectuelles avec autisme.

Dans la seconde partie, le travail consiste premièrement à présenter le cadre législatif dans lequel ont eu lieu les expériences d'accompagnement, deuxièmement à présenter leur cadre thérapeutique et troisièmement à présenter les accompagnements en Art-thérapie à dominante arts plastiques de deux femmes: Aure et Annabelle.

La dernière partie précise d'une part les spécificités du regard que porte l'Art-thérapeute sur l'Art et d'autre part particularités de sa mise en œuvre auprès des personnes. Enfin, un tableau récapitule ces spécificités en les comparant avec celles d'un (e) éducateur (trice) spécialisé (e).

GLOSSAIRE.

Affirmation de Soi: C'est la capacité d'une personne à affirmer, par le verbe ou par l'action, ses opinions, ses valeurs, ses émotions, ses besoins ou ses limites. Elle est liée à la valeur qu'elle se donne (l'Estime de Soi) et à la croyance fondamentale qu'elle a en la réussite de ses actions (Confiance en Soi).

Art: Le vocable regroupe l'ensemble des activités humaines d'expression volontaire orientée vers la recherche esthétique.

Arts plastiques: Après avoir désigné dans un premier temps les arts relatifs au modelage puis aux arts graphiques, l'expression « arts plastiques » renvoi aujourd'hui à « l*'ensemble des dispositifs artistiques donnant à voir et à ressentir la représentation* »[1]. Elle fait référence à tout art qui a une action sur la matière et qui évoque des formes.

Art-thérapie: C'est l'exploitation des effets et pouvoirs de l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique.

Autisme: C'est un Trouble Envahissant du Développement caractérisé par une interaction sociale et une communication déstabilisées. Elles sont conjointes à des centres d'intérêts restreints et à des comportements stéréotypés et répétitifs.

Communication: On parle de communication quand il y a un message à faire passer entre un récepteur et un émetteur. Pour qu'une communication fonctionne, il faut plusieurs éléments: un émetteur, un récepteur, une conscience de l'existence d'un autre différent de soi, un message, un code commun, des outils de communication, un contexte adéquat. Lorsque l'un des éléments est absent ou fonctionne mal, il y a trouble dans la communication.

Empathie: Ce terme vient des mots grecs « *En* » et « *Pathos* » qui signifient respectivement « *dans, à l'intérieur de* » et « *ce que l'on ressent, souffrance* ». Le mot désigne les mécanismes par lesquels une personne est liée, impliquée dans les ressentis d'une autre personne.

[1]Christophe HENRY, *Arts des temps modernes et historiographie*

Esthétique: L'esthétique a pour objet l'étude des perceptions et des sens (esthésie). En philosophie de l'Art, elle se rapporte aux jugements liés au concept du Beau et s'entend comme un curseur personnel entre la beauté et la laideur. Dans le langage courant, le terme est synonyme de beau.

Expression: C'est l'ensemble des signes par lesquels se manifestent une pensée, un sentiment, une émotion, un ressenti.

Opération artistique: Il s'agit de l'ensemble des mécanismes humains opérant au cours d'une activité artistique. Ces mécanismes sont au nombre de huit et permettent d'orienter l'expression volontaire des êtres humains vers la recherche esthétique. En fonction des maladies, des situations de handicap ou des blessures de vie, ces mécanismes peuvent dysfonctionner. L'Art-thérapeute peut identifier ses dysfonctionnements puis proposer des jeux, des exercices ou des mises en situation soutenant les capacités de la personne et ainsi agir sur ses difficultés.

Sympathie: Ce terme vient des mots grecs «*Syn*» et « *Pathos* » qui signifient respectivement « *avec, à côté de* » et « *ce que l'on ressent, souffrance* ». Le mot désigne les mécanismes par lesquels une personne comprend les ressentis d'une autre personne sans nécessairement les éprouver lui-même.

Théorie de l'esprit: En sciences cognitives, c'est l'ensemble des mécanismes qui permet à une personne d'expliquer ses propres actions et celles des autres. Cette aptitude, défaillante en situation d'autisme, enrichit qualitativement les interactions sociales et s'applique à tous les types d'états mentaux: émotions, sentiments, sensations, croyances, besoins, désirs...

PREMIERE PARTIE.

L'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES PEUT AVOIR UNE PERTINENCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AVEC AUTISME.

I - L'AUTISME EST UN ENSEMBLE DE TROUBLES SENSORIELS, COGNITIFS ET PHYSIOLOGIQUES.

En janvier 2010, la Haute Autorité de Santé (H.A.S) publie *Autisme et autres Troubles Envahissants du Développement, État des connaissance*. Ce document a vocation à « *identifier les messages clefs permettant de diffuser les connaissances* » (page 6) relatives à ces pathologies. L'autisme est intégré aux Troubles Envahissants du Développement (T.E.D) en raison du caractère extensif, précoce et durable des anomalies qu'il engendre dans plusieurs domaines du développement.

La H.A.S le définit comme un dysfonctionnement neuro-psycho-biologique engendrant chez les personnes des anomalies de la communication orale et/ou non verbale, des anomalies des comportements sociaux et une restriction des centres d'intérêt. Ces trois éléments constituent la triade autistique et s'accompagnent de particularités cognitives, de particularités sensorielles et d'autres symptômes non spécifiques. Aujourd'hui, les études « *donnent des arguments en faveur de la nature multiple des facteurs étiologiques des TED. […] Les facteurs psychologiques parentaux, en particuliers maternels, et les modalités d'interactions précoces n'expliquent en aucune façon la survenue des TED* » (page 11).

Actuellement, il existe trois grandes classifications de l'autisme: celle de l'Organisation Mondiale de la Santé[2], celle de l'association des psychiatres américains[3] et la classification française[4]. Ces trois classifications confondues, on retrouve six catégories identifiées pour l'autisme:

1 - « Autisme infantile » dans la CIM 10 ou, « Troubles autistiques » dans le DSM IV ou, « Autisme infantile précoce-type kanner » dans la CFTMEA-R.

2 - « Autisme atypique » dans la CIM 10 ou, « Trouble envahissant du développement sans précision » dans le DSM IV ou, « Autres formes de l'autisme » dans la CFTMEA-R.

3 - « Syndrome de Rett » dans la CIM 10. La terminologie est identique dans le DSM IV. La CFTMEA-R l'inclut dans les « troubles désintégratifs de l'enfance ».

4 - « Autre troubles désintégratifs de l'enfance » dans la CIM 10. La terminologie est identique dans le DSM IV. L'intitulé de la CFTMEA-R inclus le « syndrome de Rett ».

5 - « Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés » dans la CIM 10. Il n'y a pas de correspondance dans le DSM IV et la CFTMEA-R.

---

[2] La Classification Internationale des Maladies, dixième édition ou CIM 10

[3] Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition ou DSM-IV

[4] La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent -Révisée ou CFTMEA-R.

6 - « Syndrome d'Asperger » dans la CIM 10. La terminologie est identique dans le DSM IV et la CFTMEA-R.

A - Les perceptions sensorielles des personnes avec autisme sont asynchrones, parcellaires et peu modulables.

De façon générale, on retrouve chez les personnes atteintes d'autisme des modalités de perception et de sensation qui leur sont propres. Concernant l'audition, les personnes sont en situation d'hyperacousie ou alors, elles n'entendent pas assez bien. Pour le toucher, on retrouve une préférence pour les objets durs ou ronds, les trous et les fissures. Pour ce qui est de la kinesthésie, les personnes avec autisme ont une prédilection pour les objets tournants (toupie, ventilateur, machine à laver...) ou coulants (eau, sable). A propos de la vue, on retrouve de façon récurrente chez ces personnes un regard traversant et périphérique (rarement focal), une fuite du regard (en fait, l'autre personne est repérée mais les variations sont difficiles à supporter) et leurs interlocuteurs ont souvent une impression d'inattention (en fait, les personnes repèrent les mouvements d'autrui mais ne les relient pas entre eux).

Les personnes avec autisme peuvent avoir un fonctionnement excessif d'un de leurs canaux sensoriel et un fonctionnement en retrait pour un autre. Elles éprouvent de grandes difficultés à utiliser plusieurs canaux sensoriels de façon simultanée ainsi qu'à en moduler l'intensité d'utilisation.

Leur représentation du monde est donc bien différente d'une représentation ordinaire: les personnes avec autisme portent leur attention sur des détails et n'appréhendent ni le contexte, ni les formes globales. Cette scrutation parcellaire et non hiérarchisée ne leur permet pas de bâtir un raisonnement d'ensemble sur l'environnement extérieur. De plus la composante émotionnelle est occultée lors des interactions ou des échanges. Ce sont donc toutes les possibilités de diversifications des expériences qui sont altérées. Les particularités sensorielles des personnes avec autismes les pénalisent dans les rapports qu'elles entretiennent avec le monde extérieur.

B - Les particularités cognitives des personnes avec autisme entravent leur adaptation socio-émotionnelle à l'environnement extérieur.

Le fonctionnement cognitif des personnes avec autisme est lui aussi particulier. Leurs capacités de compréhension sont hétérogènes et variables. Elles éprouvent des difficultés à accorder des pensées aux autres personnes et à repérer leurs éventuels sentiments ou opinions: l'élaboration d'une « théorie de l'esprit » est absente. Leur tendance à fractionner les informations implique un partage très limité du sens commun. Leurs troubles importants de l'attention et de la concentration leur fournissent une réactivité faible.

Le traitement des tâches est également perturbé lorsqu'une personne est en situation d'autisme. Leurs troubles sont relatifs à l'analyse (comprendre le problème), à l'initialisation (commencer à solutionner le problème), à la planification (enchaîner les actions permettant la résolution du problème), au rétro-contrôle (adapter les actions au contexte et à ses variations) et au maintien (se tenir au travail de résolution de problème). De fait, l'autonomie nécessaire pour adopter des comportements efficients pour la résolution de problèmes est compromise. Ces troubles entretiennent les comportements répétitifs et stéréotypés de la triade autistique.

Les difficultés socio-émotionnelles se manifestent par des troubles lors de l'établissement de relations, lors de l'appréciation des réponses de l'autre et lors de l'initialisation de comportements sociaux et émotionnels adaptés. Ces troubles socio-émotionnels sont à mettre en lien avec le défaut de théorie de l'esprit, le défaut d'attention conjointe, les difficultés à distinguer la voix humaine des autres bruits ambiants et les difficultés à percevoir les mouvements. Ceci pose aux personnes atteintes d'autisme des problèmes pour identifier les expressions faciales et pour les mettre en lien avec des intonations de voix particulières.

Aujourd'hui, les approches psychodynamiques s'attachent à décrire la manière dont la personne avec autisme est en relation sans avoir de visée causale. Elles fournissent quelques éléments de compréhension du processus d'identification précoce qui sont intéressants. Chez une personne sans autisme, ce processus comprend trois phases:

- l'identification adhésive où le sujet est la sensation qu'il éprouve. L'autre n'est pas distinct de lui.

- l'identification projective où le sujet projette dans l'autre ce qu'il éprouve et ce qu'il pense. Ces éprouvés et ces pensées lui reviennent transformées. L'autre est perçu comme imbriqué à lui.
- l'identification introjective où le sujet intègre en lui ce qu'il reçoit des autres. L'autre est perçu comme distinct et différent de lui.

En situation d'autisme, il existe un maintien de l'identification adhésive et l'accès à l'identification projective est difficile. Cela implique des failles dans la construction de l'image du corps: chaque sens fonctionne isolément, le monde est appréhendé dans sa dimension sensorielle et non émotionnelle. Les angoisses corporelles archaïques se maintiennent (angoisse de chute, de dislocation, d'arrachement, de chaos) et provoquent des conduites telles que l'agrippement, l'hypertonie, les stéréotypies, l'immuabilité ou le retrait.

C - L'autisme modifie l'organisation des fonctions physiologiques des personnes atteintes.

Le corps physiologique est l'un des premiers supports d'échange et d'expression de l'être humain. Les soins du corps prodigués au tout-petit sont des moyens au combien nécessaires à la relation avec lui: le nourrir, le laver, le caresser, le masser, le porter, le bercer etc... Chez les personnes avec autisme, cette fonction est organisée différemment: elle est partielle et ce, d'autant plus qu'elle est moins soutenue par les perceptions visuelles et sonores de la voix humaine et donc de la figure nourricière.

Compte tenu de la variété des formes d'autisme, les tableaux cliniques relatifs aux maladies associées sont d'une grande variabilité d'une personne à une autre et aussi dans la façon dont ces maladies évoluent dans le temps chez une même personne. Les associations les plus fréquentes concernent les troubles du sommeil (entre 25% et 45% des enfants avec autisme infantile), les troubles psychiatriques (chez 50% à 75% des personnes avec TED), l'épilepsie (chez 5% à 40% d'entre elles) et le retard mental (chez 70% des personnes avec TED). On rencontre souvent des personnes présentant des maladies génétiques associées à leur autisme: syndrome de l'X fragile, sclérose de Bourneville... Pour certaines maladies somatiques (allergies, otites, troubles du transit, diabète...) non liées à l'autisme en l'état actuel des connaissances, leur fréquence serait plus élevée que la moyenne chez les personnes avec autisme. Des interrogations plus poussées sur leurs liens éventuels avec l'autisme pourraient avoir une pertinence.

Le plus déstabilisant chez les personnes avec autisme est sans doute leur très grande spécificité dans la perception et l'expression de leurs malaises et des seuils douloureux y afférant. C'est certainement le fondement même de la fonction du médecin qui est ici bousculée: comment être bien « assis au chevet » d'un patient qui ne peut fournir les éléments cliniques relatifs à son mal que de façon parcellaire? Parfois les symptômes ne se manifestent qu'à un stade avancé de la maladie (état septicémique, occlusion intestinale, fracture, carie profonde …) et c'est le plus souvent une modification du comportement qui attire l'attention de l'entourage.

En bref, les personnes en situation d'autisme ont des pénalités pour tirer bénéfice des soins de nursing prodigués au petit enfant. Elles sont aussi pénalisées lorsqu'il s'agit d'établir, de vérifier, de

compléter et d'actualiser leur état somatique. Ces personnes sont également pénalisées lorsqu'il s'agit pour elles d'exprimer une douleur ou un malaise de façon compréhensible par l'entourage.

Ce premier chapitre montre qu'en situation d'autisme, le quotidien est mis à rude épreuve: percevoir son environnement, être en relation avec autrui et se soigner devient complexe et épuisant. Toutes les strates de la pyramide de Maslow (malgré les limites qu'on lui connaît) ou des besoins fondamentaux d'Hendersen sont, avec l'autisme, altérées et provoquent des pénalités.

Dans ce cadre, quelle place peut avoir un accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques pour permettre à la personne en situation d'autisme d'augmenter ses possibilités relationnelles et ses capacités d'interaction sociale, son degré d'autonomie?

II) Les arts plastiques sont les arts de la trace et des gratifications visuelles, olfactives et tactiles.

A) Les arts plastiques sont les arts de la trace laissée à voir.

La trace est l'un des premiers signes de l'expression humaine. Elle témoigne de l'existence humaine dans les grottes primitives et sert de repère pour définir la Préhistoire et l'Histoire.

Les arts plastiques posent de façon unique la question de la trace. En effet, la trace laissée, vue ou à voir, est visible et palpable. Elle vient signifier aux personnes qui les laissent le fait qu'elles font partie de la lignée humaine. Quelle soit malhabile ou plus précise, la trace laissée à l'occasion d'activité plastique est propre à ce type d'activité. En effet, en danse, musique ou théâtre, la trace n'existe que si l'activité ou la production est filmée, enregistrée ou racontée. Les activités d'arts plastiques laissent obligatoirement une trace qui, finalement, ne peut disparaître que par l'usure ou la destruction (volontaire ou non). Cette trace a ainsi un potentiel non négligeable: celui de pouvoir continuer à exister, à se donner à voir indépendamment de celui ou de celle qui l'a produite.

Le dessin en particulier est surprenant quand on considère l'intérêt irrésistible qu'il peut provoquer chez le petit être humain. Quand il se saisit de l'instrument traceur, peu importe la surface, l'enfant prend conscience de sa motricité et expérimente sa force manuelle. Il peut appuyer jusqu'à trouer le papier ou à casser son instrument si la surface un peu plus dure. Interdire à ce petit être humain l'utilisation de ces objets traceurs semble se révéler très peu efficace: la plupart d'entre eux recommence et continue l'exploration quasi jubilatoire de cette activité motrice unique qui laisse des traces visibles après son passage.

B) Les arts plastiques sont les arts des gratifications visuels, olfactifs et tactiles.

Dans son *Manuel d'art-thérapie*, Annie BOYER-LABROUCHE explique que le dessin et la peinture abordent la dimension des formes, des couleurs, des ombres et des lumières. Pour tous les arts visuels et plastiques, ces techniques sont d'une grande importance parce qu'elles donnent une réalité aux sens. Par exemple, la surface sur laquelle on exécute le dessin ou la peinture est à elle seule une source sensorielle intarissable pour s'exprimer, appréhender la réalité et exister vis-à-vis de cette réalité: lisse, rugueuse, courbe, souple, mobile ou fixe. En Occident, la surface la plus couramment utilisée est le papier: carbone, brillant, ondulé ou grattant... De riz, de soie, « d'alu » ou de verre... Collant, feutré, glacé ou même non-tissé, le papier offre des possibilités d'aventures sensorielles presqu' infinies.

Sur ces papiers, les objets, outils et instruments pour tracer sont eux aussi divers et variés: les pointes de métal, les instruments à encre, les encres en tant que telles (encres de Chine, bistre, sépia ou aquarelles par exemple), le fusain, les peintures, les craies, les pastels ou encore le graphite. Variables dans leur taille, dans leur consistance et parfois dans l'odeur qu'ils dégagent, ces matériaux offrent à celui ou celle qui peint ou dessine un autre éventail d'exploration sensorielle.

Les arts plastiques permettent d'expérimenter les rapports à la matière, de tester divers instruments et supports. Ils sont sous-tendus par le plaisir que peut avoir l'être humain à toucher, manipuler, regarder, faire, sentir. La multiplicité des supports peut permettre aux personnes avec autisme d'entrer dans des démarches de discriminations sensorielles.

Ainsi, l'Art-thérapie à dominante arts plastiques peut venir gratifier et valoriser le sens visuel, olfactif ou tactile lorsqu'il est dominant chez la personne accompagnée. Ce faisant elle lui apporte une modalité d'appréhension de son environnement et tient là une partie de sa pertinence. Ainsi, au fil des activités d'arts plastiques, les personnes avec autisme se constituent une banque d'expériences sensorielles voire émotionnelles à partir desquelles elles peuvent vivre les transformations de la matière, de la couleur et parfois d'elles-mêmes. Par là, elle va s’ouvrir un espace de d'expression et de valorisation qui devra être entretenu par l'Art-thérapeute.

III) Les spécificités des arts plastiques peuvent avoir une valeur thérapeutique auprès des personnes en situation d'autisme.

A) Les spécificités de l'acte traceur permettent de travailler sur la structure corporelle des personnes avec autisme.

Nous l'avons vu, la différenciation est un des nœuds central de la problématique des personnes avec autisme. Les failles dans la construction de la structure corporelle mettent en relief le fait que la conscience de Soi est peu ou pas construite, que la conscience d'un environnement extérieur n'est pas opérante et que les difficultés à traiter émotions et relations à l'autre sont majeures.

Les objets traceurs éveillent beaucoup la curiosité des personnes en situation d'autisme et mettent en exergue des éléments encore fonctionnels de leur structure corporelle. Souvent, chez celles qui ne sont pas en capacité de produire, le regard se porte en un éclair sur ces objets et, avec une rapidité sans pareil, elles les empoignent, enlèvent leur bouchons, les reniflent, les mâchouillent, les mordent ou les sucent, s'en servent comme projectiles, ou les jettent à terre. Une fois ces actions effectuées, nombreuses sont les personnes qui s'empressent de saisir un nouvel objet traceur et de lui réserver le même sort! Lorsque, déboussolé par ce comportement, on tente vigoureusement d'enlever les objets de leur vue, elles n'ont de cesse de les chercher pour recommencer... Chez les personnes qui sont en capacité de produire, les objets traceurs permettent de donner forme et de rendre visible leur propre ordre du monde.

Mais quelle que soit la façon dont ces objets sont utilisés, ils permettent de mobiliser le bras, le poignet et les doigts et surtout, ils affirment clairement l'appartenance fondamentale de l'utilisateur au genre humain. En effet, seule la main de l'être humain -avec ses quatre doigts et son pouce opposé- peut tenir ces objets traceurs.

En arts plastiques, le potentiel qu'a la trace de pouvoir continuer à exister, à se donner à voir indépendamment de celui ou de celle qui l'a produite vient signifier aux personnes qu'elles peuvent laisser des traces uniques aucunement semblables à celles laissées par d'autres personnes. Ces traces, une fois posées peuvent avoir une existence propre et séparée de la leur. Auprès des personnes avec autisme, on peut de cette manière commencer à rendre perceptible le concept de Soi comme entité unique et différente de l'autre.

B) En Art-thérapie à dominante arts plastiques, l'action sur la matière favorise les ressentis corporels pour les personnes avec autisme.

Dans l'accompagnement des personnes avec autisme, la sculpture est intéressante car elle permet une sorte d'immuabilité rassurante: c'est du vrai qui ne bouge pas. On a là la possibilité d'éviter les troubles provoqués par les difficultés de ces personnes à percevoir les mouvements et à en accepter les variations. Le modelage à l'argile a une place spéciale: il permet à la fois des manipulations très archaïques et des créations très fines. De plus, pour créer une forme, il permet tant l'enlèvement de la matière que son ajout. En outre, il confirme les particularités uniques de la main humaine: elle seule peut extraire du bloc une forme tridimensionnelle. Mais, l'argile est surtout une matière qui, par sa texture et sa couleur, est le symbole parfait de la matière excrémentielle. Chez les personnes ayant des troubles pica[5], elle peut entrer en lien avec les sensations corporelles liées aux plaisirs et aux déplaisirs de l'éducation sphinctérienne.

Les activités d'arts plastiques basées sur la sculpture ou le modelage procurent un nouveau type de ressentis corporels. Dans *De l'imitation à la création*, Rose GAETNER explique que ce type d'activité a trait au corps et aux sens de façon toute particulière. En effet, le contact avec le bloc de matériau brut (terre, pierre, bois, métal…) est physique car le travailler ou simplement le regarder exige que l'on en fasse physiquement le tour. De plus, extraire une forme du bloc d'argile ou du bloc marbre est couteux en terme de dépense musculaire. En outre, ces techniques ont régulièrement mis en valeur les corps nus d'hommes et de femmes.

Nous l'avons vu, les arts plastiques offrent des expériences particulières avec les collages, découpages, assemblages et créations de reliefs. Ils amènes à travailler sur les formes, couleurs, textures à opposer ou à harmoniser. C'est une nouvelle approche de la réalité sensible de l'objet: le manipuler, le découper, être confronté à son usure et à sa dégradation, le coller à d'autre, le superposer... Il s'agit de faire appel à sa dextérité, à sa motricité fine, au droit que l'on s'accorde ou non à toucher.

[5] Le **pica** est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion durable (plus d'un mois) de substances non nutritives: terre, craie, sable, papier etc... Ce trouble est répertorié en F50.8 dans la CIM-10 et en 307.52 dans le DSM-IV

C - Les gratifications visuelles, olfactives et tactiles mises en œuvre en Art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent permettre l'expression des émotions chez les personnes avec autisme.

La diversité des outils, supports et matériaux en arts plastiques permet de recevoir des stimulations externes variées: le bruit des papiers, les sensations tactiles qu'ils provoquent, l'odeur des solvants, la couleur des peintures... Ainsi, ils peuvent être à l'origine d'une large variété de réactions corporelles et laissent la place à autant de possibilités de faire émerger des émotions.

En effet, le Grand Larousse Encyclopédique définit les émotions comme des « *états de conscience, agréables ou désagréables, engendrés par des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe* ». En fait, un changement de l'environnement (bruit, lueur, contact, coup, souvenir, image…), s'il est soudain et inattendu, peut provoquer des modifications physiologiques: l'accélération ou le ralentissement du cœur, de la respiration, divers troubles digestifs, le tremblement des muscles ou tout autre phénomène échappant à notre volonté, mais dont nous prenons conscience. Communément, on dénombre six émotions de base ou primaires: la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise, la peur et la colère. Les autres émotions (amour, honte, haine...) en sont des dérivés, nuances ou combinaisons et sont dites secondaires.

D'un point de vue neuronal, l'émergence des émotions primaires suit un cheminement en trois étapes: stimulation, traitement cortical de la stimulation, perception et compréhension de la stimulation. S'en suit alors une réaction corporelle visible (fuite, pleurs, rires...) ou invisible (palpitations, sueurs, maux de ventre...). Les émotions secondaires sont l'aboutissement de l'apprentissage des émotions primaires, de la conscientisation des réactions instinctives.

Au départ, l'émotion est donc une réaction corporelle et physiologique face à une stimulation. Elle provoque un comportement variable d'une personne à l'autre, est très fortement lié aux repères sociaux et culturels de chacun.

Pour conclure cette première partie, on peut dire que quand il (elle) arrive en « *pays autiste*[6] », un(e) Art-thérapeute plasticien(ne) a dans son véhicule une boîte à outils qui lui est propre et qui semble tout à fait pertinente:

[6] Jacques CONSTANT, *Permis de se conduire en pays autiste*

- Les arts plastiques valorisent les capacités des personnes avec autisme à poser des actes traceurs révélateurs de leur humanité,
- Par leur pratique, les arts plastiques valorisent trois des modalités d'appréhension de l'environnement les plus fonctionnelles en situation d'autisme: la modalité tactile, la modalité olfactive et la modalité visuelle.
- Les arts plastiques permettent des expérimentions sensorielles et corporelles nombreuses qui donnent à la personne avec autisme une possibilité d'éprouver, d'identifier et d'exprimer des émotions.

DEUXIEME PARTIE.

L'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE À DOMINANTE ARTS PLASTIQUES DE PERSONNES ADULTES AVEC AUTISME ACCUEILLIES EN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ PEUT DONNER DES RÉSULTATS INTÉRESSANTS.

Les expériences d'accompagnements en Art-thérapie à dominante arts plastiques relatées dans cette seconde partie ont eu lieu au sein d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M) qui a particulièrement travaillé la question de la prise en charge des personnes avec autisme. L'institution accueille au total vingt-deux hommes et femmes sur trois unités: l'unité « La lune bleue » (unité d'hébergement spécifique autisme), l'unité « La palmeraie » (unité d'hébergement) et l'unité « Les pilotis » (unité d'accueil de jour). Pour accompagner et prendre en charge les personnes, l'institution emploi quarante professionnels. Après une présentation de l'établissement, j'exposerai ma démarche d'accompagnement puis, les accompagnements en tant que tels.

I - Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Lucines » a construit son projet d'établissement spécifiquement autour de l'accueil et de la prise en charge de personnes avec autisme.

A) Les missions du F.A.M « Les Lucines » sont définies par un cadre juridique et législatif qui fait autorité en matière de prise en charge de personne avec autisme.

Le F.A.M « Les Lucines » est un établissement médico-social dont les missions sont régies et organisées par deux textes législatifs phares: la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en France et, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les établissement de type F.A.M ont été institutionnalisés par le décret n° 2009-232 du 20 mars 2009 et permettent l'accueil des adultes présentant une grave déficience intellectuelle, avec ou sans troubles du comportement, et dont la dépendance requiert l'assistance d'une tierce personne pour tous les actes de la vie quotidienne, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

Conformément à ces dispositions législatives, le F.A.M « Les Lucines » a pour mission de:

- Répondre aux besoins de la vie courante des personnes accueillies,
- Aider et assister ces personnes dans leur absence d'autonomie,
- Accompagner leur épanouissement et leurs progrès,
- Favoriser leur intégration dans la Cité et dans l'environnement socio-culturel,
- Maintenir le lien avec leur famille,
- Travailler en partenariat avec les organismes et associations de soins,

-Avoir une vigilance obligatoire dans le cadre d'une démarche de bientraitance pour assurer le bien-être des personnes accueillies et des salariés.

-Former ses salariés de façon spécifique afin d'assurer un service satisfaisant auprès des personnes en particulier les personnes avec autisme et autres TED,

-Mettre en place une organisation favorisant la petite unité de vie.

En outre, la structure a mis en place les outils légaux et obligatoires:

-Le projet d'établissement,

-Le livret d'accueil,

-Le règlement de fonctionnement,

-Le contrat de séjour,

-Le projet individuel,

-Le Conseil de la Vie Sociale avec son règlement intérieur et,

-La démarche d'évaluation de la qualité.

B) Les situations d'autisme des personnes accueillies au F.A.M ont conduit l'établissement à envisager des actions de prise en charge spécifiques.

Les pathologies dont sont atteintes les vingt-deux personnes accueillies au F.A.M sont diversifiées mais plus de la moitié d'entre elles est diagnostiquée avec autisme:

-Quinze personnes avec autisme et troubles autistique,

-Trois personnes avec déficience intellectuelle et troubles psychiatriques,

-Deux personnes avec trisomie et troubles graves du comportement,

-Deux personnes avec déficience intellectuelle dite profonde.

Cette répartition peut être visualisée sur le graphique suivant:

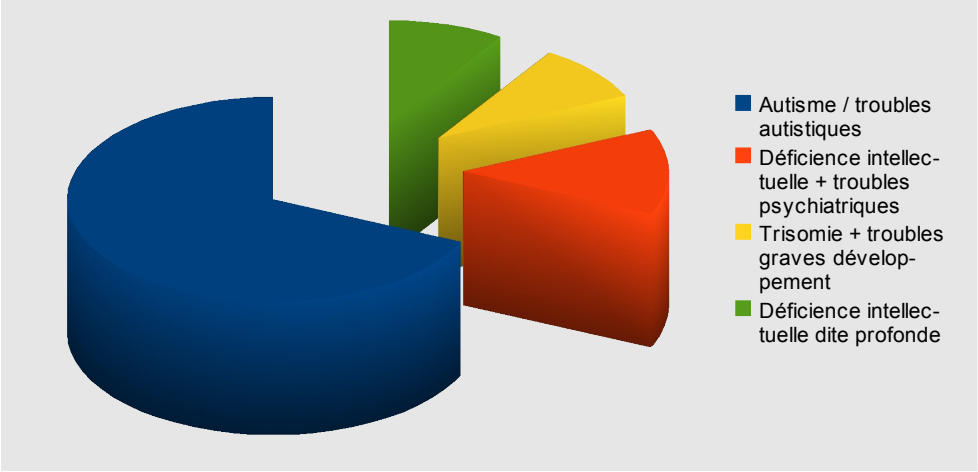


Diagramme circulaire 1: Répartition des pathologies des personnes accueillies au F.A.M « Les Lucines ».

Un groupe de travail, composé de membres de l'Équipe du F.A.M et de parents, a engagé un travail d'identification précise des compétences des personnes accueilles et de leurs points de vigilance. Leur démarche s'est appuyée sur un examen individuel de chaque usager à travers cinq critères d'évaluation: vie sociale et communication, vie affective, dimension corporelle, dimension intellectuelle, compréhension de l'environnement. Le tableau ci-dessous reprend, pour les cinq critères, les atouts, les points de vigilance et l'action que souhaite mettre en place le F.A.M pour l'ensemble des personnes accueillies.

	ATOUTS DES PERSONNES ACCUEILLIES.	POINTS DE VIGILENCE CHEZ LES PERSONNES ACCUEILLIES.	ACTIONS ENVISAGÉES PAR LE F.A.M.
VIE SOCIALE ET COMMUNICATION	- Relation avec l'encadrant.	- Capacités de communication faibles. -Rapport aux règles difficile. -Lien possible entre ces deux éléments	- Améliorer les moyens de communication. -Développer l'ouverture vers l'extérieur et la vie sociale.
VIE AFFECTIVE	- Relation affective.	- Vécu difficile des conflits. - Expression forte de la sexualité chez quelques personnes. - Difficultés de communication fortes. -Expression des émotion faible et décalée. - Troubles du comportement.	- Accompagner la sexualité. -Accompagner la compréhension des émotions. -Accompagner le vécu des situations de conflits.
DIMENSION CORPORELLE	-Conscience du schéma corporel pour certains.	-Pas d'autonomie dans l'hygiène.	- Accompagner leur l'autonomie concernant l'hygiène. -Accompagner leur psychomotricité.
DIMENSION INTELLECTUELLE	-Capacités expressives -Apprentissages Makaton pour certains	-Peu de capacité de concentration sur une tache. -Peu d'acquis cognitifs.	-Accompagner leurs capacités à faire des choix. -Développer leur capacités de concentration.
COMPRÉHENSION DE L'ENVIRONNEMENT	-Capacités à se repérer dans des espaces connus.	- Pas de capacités pour se repérer dans le temps -Pas de perception des risques et des dangers.	-Accompagner les moments de transition. -Prévenir des changements importants. -Structurer l'espace et le temps.

C) Les prestations proposées au F.A.M ont été adaptées aux besoins des personnes avec autisme.

Depuis la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996, le législateur prévoit que les personnes avec autisme bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire tenant compte de leurs besoins dans le cadre d'une approche éducative, pédagogique, thérapeutique et sociale. L'organisation qu'a mis en place le F.A.M veut promouvoir l'interdisciplinarité dans le respect de l'unicité de chaque résident. Pour cela, il y a un chef de service de soins et un chef de service éducatif, des équipes pluriprofessionnelles sur les trois unités composées d'éducateurs coordinateurs, de moniteurs-éducateurs, d'aides médico-psychologique, d'aide soignants, d'agents de service, de maîtresse de maison. Il y a également une orthophoniste, une psychomotricienne, une kinésithérapeute, une socio-esthéticienne, une infirmière, une musicothérapeute, un psychiatre, une psychologue institutionnelle (pour les personnes accueillies) et une psychologue extérieure (pour l'analyse des pratiques et la régulation des professionnels).

L'établissement a souhaité faire de la formation un élément clef de son projet. Il prend appui sur la circulaire ministérielle du 08 mars 2005 qui insiste sur « *la vigilance particulière à accorder au nombre de personnels, à la qualification, ainsi qu'à leur formation aux aspects spécifiques de l'accompagnement des personnes [... avec autisme ...] ou TED* ». Le programme de formation de l'établissement propose donc une actualisation des connaissance sur l'autisme et les TED, une analyse fonctionnelle des comportements difficile, une acquisition des systèmes de communication alternatifs et/ou augmentatifs au langage verbal, un soutien aux formations individuelles du personnel.

L'organisation en petites unités constitue une garantie de conditions de vie organisées et repérantes pour les personnes accueillies. Les unités sont pensées comme des espaces psycho-socio-éducatifs marqués de règles, de repères stables structurants et sécurisants. Les parents des personnes accueillies ont appuyé la nécessité de décoration des espaces. Ce sont aussi des lieux inter-humains dont les dimensions affective, communicative et relationnelle doivent permettre l'épanouissement de la personne.

II - La démarche d'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques au F.A.M « Les Lucines » est cohérente avec le cadre institutionnel de l'établissement.

A) La démarche d'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques s'est inscrite dans un travail d'équipe au service des personnes accueillies.

La démarche s'est basée sur deux principes: celui de l'accompagnement des personnes et celui de l'inscription dans un travail d'équipe. Concernant l'accompagnement des personnes, les objectifs étaient de:

-Participer à la revalorisation de soi, à l'affirmation de soi en utilisant les potentialités de l'activité artistique.

-Confirmer et développer l'appartenance des personnes à la société.

-Développer leurs acquis en terme d'expression, de communication, de socialisation et de relation.

-Les accompagner dans la compréhension des émotions.

-Les accompagner leurs capacités à faire des choix.

-Développer leur capacités de concentration.

-Les aider à structurer l'espace et le temps.

Concernant le travail d'équipe, la démarche était d'expliquer et de mettre en œuvre les spécificités de l'approche de l'Art-thérapie à dominante arts plastiques dans le respect du projet d'établissement:

-Permettre d'appréhender la personne en s'appuyant sur ce qui fonctionne chez elle.

-Proposer une activité de soin complétant l'offre de soins de l'établissement.

-Échanger avec les professionnels paramédicaux, les soignants, le personnel éducatif sur la pratique et les comportements des personnes.

B) Le déroulement d'une séance-type se veut être structurant pour les personnes avec autisme.

Nous l'avons vu, les gratifications visuelles, olfactives et tactiles mises en œuvre en Art-thérapie à dominante arts plastiques peuvent permettre l'expression des émotions chez les personnes avec autisme. Il y a émotion quand coexistent chez une personne un certain nombre de composantes: changements physiologiques, modifications de l'expression faciale, variations sur les plans subjectif, comportemental et cognitif. Les émotions provoquent des réactions intenses qui, par exemple, dilatent les pupilles ou accélèrent les battements cardiaques, nous font pâlir ou rougir, sursauter aux bruits violents, rire ou pleurer. Elles constituent des ajustements permanents à l'environnement. Or, nous l'avons vu en première partie, en situation d'autisme les capacités des personnes à s'ajuster à l'environnement sont défaillantes.

La séance d'Art-thérapie repose sur un cadre précis et codifié: le rythme des séance, leur horaire, la manière dont elles commencent, la manière dont elles se terminent, le rituel de l'habillage, le rituel de positionnement dans l'espace, le rituel de rangement des outils.... Ce sont autant d'étapes ayant vocation à soutenir la personne accompagnée pour « aller vers »: aller vers l'autre, aller vers le nouvel objet, aller vers la matière. En effet, ces étapes sont constantes, presqu'immuables et en cela, elles rassurent la personne avec autisme. Elles stabilisent un certain nombre de stimulations en provenance du lieu où se déroulent les séances et ainsi, elles laissent une place pour que soit valorisée la pensée contextuelle et séquentielle des personnes avec autisme.

Ce type de pensée est certes, spécifique mais est fonctionnelle en situation d'autisme. Ainsi sécurisée par les rituels, le travail en Art-thérapie consiste à lui permettre de se déployer sur des questions plus ciblées comme les émotions. L'Art-thérapeute plasticien va pouvoir utiliser les effets de sa technique artistique afin proposer une porte d'entrée pour accompagner ce type de difficulté. Les arts plastiques peuvent ouvrir des espaces pour donner à voir l'action, le ressenti et la pensée. Ils permettent de développer les capacités d'imagination, de création et d'expérimenter le plaisir de s'exprimer. C'est un domaine qui s'inscrit dans une dynamique de construction de la personnalité et d'ouverture au monde. Ils aident à affirmer son autonomie dans l'espace, à manifester de l'aisance corporelle, à trouver et construire ses préférences.

C) La démarche d'accompagnement s'est basée sur des outils méthodologiques garantissant le savoir-faire de l'Art-thérapeute.

Compte tenu des difficultés pour les personnes avec autisme d'être en situation collective, de gérer les stimulations et informations découlant de ce type de configuration, il a semblé plus judicieux de baser les séances sur un principe d'accompagnements individuels.

Cinq outils méthodologiques ont été utilisés. Ils ont aidé à la prise en compte des effets de l'art sur la personne et sur l'orientation thérapeutique de ces effets: la fiche d'ouverture, les fiches d'observation, la fiche d'analyse comparative et le bilan d'accompagnement.

La fiche d'ouverture a permis de regrouper certains éléments de l'anamnèse, l'indication, l'état de base, les items et leur justification, les intentions artistiques de la personne, ses médications éventuelles, ses capacités et ses points de vigilance.

La fiche d'observation a eu cinq fonctions principales: mettre en évidence des éléments de la situation de base de la personne accompagnée, organiser et gérer les informations qui émergent des séances, garder en mémoire le contenu des séances, faciliter le recentrage sur la légitimité et le bien-fondé de l'accompagnement en Art-thérapie, permettre de prévoir les séances suivantes... en se laissant la possibilité de se saisir des décalages inévitables entre ces prévisions et la réalité.

La fiche d'analyse comparative a permis le rapprochement de toutes les mesures d'items, la comparaison des mesures, leur analyse, leur évaluation et l'impact des items sur l'objectif général.

Le bilan de prise en charge a présenté à l'ensemble de l'équipe thérapeutique la conclusion du travail réalisé et les faits remarquables apparus dans les séances. Il a tété inclus dans les dossiers des personnes accompagnées.

Pour chacun de ces documents, un exemplaire-type est disponible en annexes.

III - Les séances d'Art-thérapie à dominante arts plastiques ont accompagné les personnes dans l'expression de leurs émotions et ont développé leurs acquis en communication.

A) L'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques d'Aure peut lui permettre d'exprimer ses émotions.

Concernant l'état de base d'Aure, il est important de savoir qu'elle est une jeune femme de vingt-cinq ans qui aime les soins esthétiques, peindre, dessiner, prodiguer des soins aux ânes, se rendre à la médiathèque, faire des puzzles dans son espace privé et être avec la maîtresse de maison. Elle n'aime pas être contredite, revenir de week-end en famille le lundi matin et avoir sa photographie sur les portes de l'unité.

Aure n'a pas accès au langage verbal et présente un polyhandicap qui se caractérise par un retard global du développement, une déficience mentale sévère, une surdité dite sévère, des malformations orthopédiques, un asthme et un diabète insulino-dépendant. Elle bénéficie de prises en charge en kinésithérapie, en psychomotricité, en orthophonie et d'un suivi psychologique. Elle a refusé le suivi en musicothérapie et n'a pas de médication. Elle utilise des pictogrammes pour exprimer ses joies, ses mécontentements, ses besoins et ses désirs. Les professionnels disent ne pas toujours la comprendre et sont saisis de voir l'intensité avec laquelle son visage se ferme lorsqu'elle n'arrive pas à s'expliquer.

Son attrait pour les activités ménagères peut la pénaliser: elle peut être tellement envahie par ses rituels de rangement qu'elle n'arrive ni à s'investir dans les activités qu'elle apprécie, ni à partager des moments de convivialité avec ses pairs. Les professionnels trouvent que lorsque ces épisodes ont lieu en présence d'autres résidents, Aure peut les exclure de façon très vigoureuse et créer ainsi des conflits. En dehors de cela, elle peut se montrer attentive aux autres personnes accueillies: il lui arrive d'apaiser certaines tensions dans le groupe par des gestes tendres ou d'aider certains résidents lors des repas. En cas de situations conflictuelles ne l'impliquant pas, elle peut être affectée et pleurer.

Le psychiatre de l'institution l'a indiquée pour les séances d'Art-thérapie à dominante arts plastiques afin de lui permettre d'exprimer ses émotions. Il a demandé que les séances aient lieu

tous les quinze jours pour qu'Aure puisse travailler la question de la frustration. Ses séances se sont déroulées un lundi sur deux de 14h15 à 15h.

Pour permettre l'élaboration d'une stratégie thérapeutique, Aure a bénéficié de quatre séances d'ouverture. Elles ont mis en évidence le fait qu'elle savait où trouver peinture, feutres, colles, et ciseaux et qu'elle savait s'en servir de façon conventionnelle. À la deuxième séance, elle a semblé inquiète du devenir de ses productions: Aure a cherché pendant de plusieurs minutes l'endroit où le travail du jour avait été rangé. Au cours de l'exercice proposé pendant ces séances d'ouverture (un dyptique en duo), Aure a donné l'impression d'être « dans sa bulle »: elle a fait sa production sans échanger de regards avec moi, sans m'interpeller, sans porter attention à mes sollicitations. Elle n'a pas été expressive lors de mes interventions de son côté de la toile (ni en refus, ni en acceptation) et n'est pas intervenue de mon côté de la toile.

Des remarques et questionnements ont émergé concernant l'opération artistique chez elle:
-**Étape 1**: Non observé au cours des séances d'ouverture.
-**Étape 2**: Non observé au cours des séances d'ouverture.
-**Étape 3**: La surdité impose des modalités d'échanges d'informations particulières avec Aure.
-**Étape 4**: Le retard de développement et la déficience intellectuelle ont un impact sur son traitement sophistiqué de l'information / Elle semble en capacité d'avoir une intention / Elle est en capacité de rester concentrée pendant la durée de la séance / Ne connaît la totalité des placards et leur contenu.
-**Étape 5**: Ses difficultés motrices pouvant conduire à des résultats éloignés de son intention de départ, quelle sera sa réaction en cas de « faux mouvement »? / Aure a un équilibre précaire mais, elle se déplace sans appréhension particulière dans l'atelier.
-**Étape 6**: Aure a appris à se servir de certains médiums de façon conventionnelle. Connaît-elle les autres médiums, supports et outils? De quelle façon s'en sert-elle?
-**Étape 7**: Aure porte un intérêt à sa production.
-**Étape 8**: Il y a peu d'échanges avec Aure / Elle semble parfois dans sa bulle et peu attentive à la présence de l'autre.

La stratégie thérapeutique a été élaborée autour d'un objectif général: « *Accompagner Aure dans l'expression de ses émotions à l'intérieur d'un cadre thérapeutique identifié* ». Cet objectif

général a demandé un travail en lien avec l'orthophoniste. En effet, les troubles auditifs et moteurs d'Aure entravent sa communication. Elle utilise quelques pictogrammes. Il a donc semblé pertinent de s'appuyer sur les éléments de connaissance qu'elle possédait pour rendre le cadre thérapeutique potentiellement identifiable par un langage qu'elle connaissait.

La totalité des supports, matériaux et objets afférant à l'atelier d'Art-thérapie a été photographiée et/ou pictographiée. La séance-type a été séquencée et pictographiée elle-aussi. Cela s'est traduit par l'apposition d'un pictogramme sur chaque placard, porte et rangement de l'atelier ainsi que par la création d'un classeur de séquençage.

Photographie1 : Atelier d'Art-thérapie arts plastiques, vue générale.

Photographie 2: Atelier d'Art-thérapie arts plastiques, matériel pictographié (1)

Photographie 3: Atelier d'Art-thérapie arts plastiques, matériel pictographié (2)

Photographie 4: classeur de séquençage, page 1

Autour de l'objectif général, un premier objectif intermédiaire s'est dégagé: « *Permettre à Aure d'identifier le cadre thérapeutique en valorisant ses compétences au rangement* ». De cette façon, il a été possible de prendre comme point de départ ce qui fonctionnait bien chez Aure, de la mettre ainsi en confiance, de se donner les conditions pour soutenir d'éventuelles boucles de renforcement et, tout en mettant en relief ses aptitudes ou ses difficultés à accepter le cadre et ses frustrations (comme le demandait le médecin prescripteur). Pour ce premier objectif intermédiaire, les items et cotations retenus sont regroupés dans le tableau suivant:

Items	***Cotation***	***Désignation***
1 - Connaissance du trajet pour se rendre à l'atelier	1	Aure me demande où nous allons avant de me suivre.
	2	Aure signe « l'atelier » et me suit.
	3	Aure signe « l'atelier », me devance et se trompe au moins1 fois sur le trajet.
	4	Aure signe « l'atelier », me devance et ne se trompe pas sur le trajet.
2 - Connaissance du lieu de rangement du matériel.	1	Aure ne désigne pas le lieu du rangement (ou ne range pas).
	2	Aure demande où se trouve le lieu du rangement.
	3	Aure désigne le lieu du rangement (ou range) au mauvais endroit.
	4	Aure désigne le lieu du rangement (ou range) au bon endroit.

Ces deux items ont aidé à préciser le niveau de connaissance qu'avait Aure de l'environnent dans lequel avaient lieu les séances, à consolider ses connaissances de l'atelier et à en acquérir de nouvelles. Porter mon attention sur ces items a été aussi une façon de s'assurer que les choix ultérieurs résulteraient bien d'une intention et non du hasard.

Le graphique ci-dessous montre la manière dont ces items ont évolué au cours des séances:

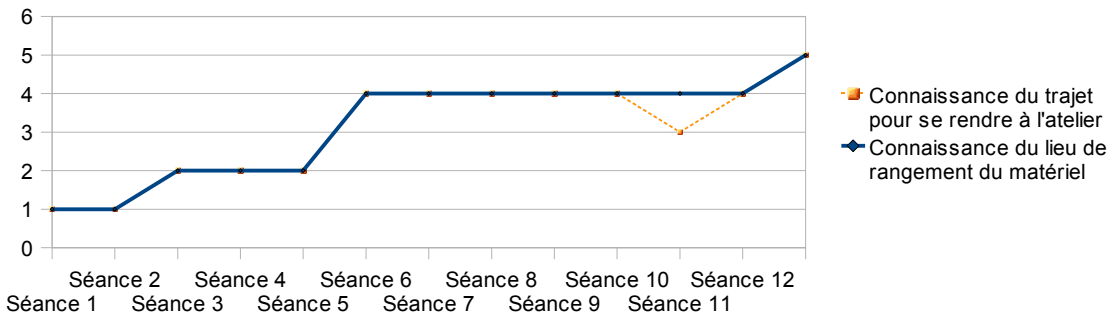


Diagramme linéaire 1: Evolution des items « connaissance du trajet » et « connaissance du lieu de rangement » / Accompagnement d'Aure.

Pour la connaissance du trajet jusqu'à l'atelier, il est intéressant de noter qu'Aure a très vite fait le lien entre ma présence et la raison pour laquelle je venais la voir: dès la troisième séance, elle a effectué le signe correspondant aux séances d'Art-thérapie. Au fil des séances, elle mémorisé le trajet et ne s'est plus trompée à partir de la séance 8.

Concernant le lieu de rangement du matériel, les séances 3 à 5 sont significatives. En effet, c'est au cours de celles-ci qu'Aure s'est manifestée pour savoir où était rangée sa production et que nous avons ensemble apposé la totalité des photographies et pictogrammes dans l'atelier. A compter de la séance 6, Aure a toujours rangé le matériel du jour au bon endroit (ou elle a désigné le bon lieu de rangement). Il est intéressant de signaler un fait marquant de cette séance: au moment du départ pour l'atelier, un autre résident a souhaité monter avec elle. Après qu'il lui ait directement adressé sa demande, Aure l'a pris par le bras et l'a conduit jusqu'à l'ascenseur menant à l'atelier. Au cours de la séance, elle ne lui a adressé ni geste ni regard mais, elle s'est cependant montrée très investie et précise lors du rangement du matériel du jour.

Le second objectif intermédiaire qui s'est dégagé était de « *Permettre à Aure d'identifier le cadre thérapeutique en rendant le rythme de la séance compréhensible pour elle*». Les items et cotations retenus sont présentés dans le tableau suivant:

Items	Cotation	Désignation
1- Exploration du classeur de séquencage.	1	Aure ne regarde pas le classeur.
	2	Aure regarde et touche le classeur.
	3	Aure regarde, touche et ouvre le classeur.
	4	Aure regarde, touche, ouvre et désigne un pictogramme du classeur.
2- Compréhension de la valeur de communication du classeur de séquencage.	1	Aure enchaine ses actions sans regarder les pages-séquences et sans me regarder.
	2	Aure attend que je tourne les pages-séquences.
	3	Aure tourne seule les pages-séquences sans me regarder.
	4	Aure tourne seule les pages-séquences en me regardant.

Le classeur de séquençage lui a été présenté en séance 7; il a été pensé comme un outil phare de la communication entre Aure et moi. Il était donc capital qu'elle se familiarise avec l'objet, qu'elle y porte un intérêt et qu'elle en saisisse bien la fonction. Le premier item a donc permis de

mesurer si Aure avait bien intégré le fait que pour exprimer et échanger sur ses pensées, ses ressentis, ses envies, ses besoins, il fallait passer par ce biais.

Le deuxième item a permis de regrouper des informations sur la compréhension d'Aure sur le fonctionnement du classeur. Dans son principe, chaque page correspondait à une séquence précise de la séance. La page n'était tournée que quand la séquence est terminée. Au premier abord strict, ce fonctionnement a été élaboré pour permettre à Aure de se confronter à des frustrations éventuelles. Il est bien entendu que l'attention que j'ai porté à cet aspect du cadre thérapeutique n'a pas été obsessionnelle. Les règles ont été énoncées, rappelées ci nécessaire et toujours modulables en fonction de la disponibilité du moment d'Aure pour les entendre. Il s'agissait bien de l'accompagner dans sa difficulté d'acceptation de la frustration comme le souhaitait le psychiatre prescripteur.

Le graphique ci-dessous montre la manière dont les deux items ont évolué des séances sept à douze:

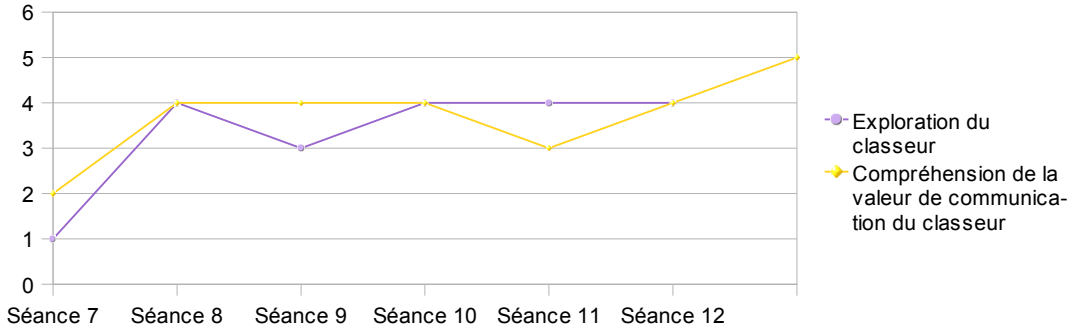


Diagramme linéaire 2: Evolution des items « exploration du classeur » et « compréhension de la valeur de communication du classeur » / Accompagnement d'Aure.

La huitième séance a été importante. En effet, Aure a assisté ce jour là à une scène difficile: j'ai dû m'éloigner d'elle pour aider les professionnelles présentes à faire sortir une résidente qui tentait d'en mordre une autre. Une fois revenue auprès d'elle, Aure a semblé imperturbable, continuant son découpage sans me regarder, ni faire de signe relatifs aux événements. Toutefois, au moment du temps d'échange de fin de séance, elle a attendu que je tourne les pages-séquences pour faire l'action correspondante et m'a regardé après chacune. A la page-séquence « *Comment allez-vous après ce temps de travail?* », Aure a pointé les pictogrammes « *peur* » et « *colère* » en désignant l'endroit de la scène difficile.

Suite à cela, j'ai mis en hypothèse le fait qu'Aure était capable d'exprimer ses émotions à condition que les stimulations extérieures soient suffisamment fortes et que sa difficulté résidait non dans les processus d'expression mais dans ceux d'impression. J'ai fait le choix de consacrer les quatre dernières séances au classeur de séquençage et de ne pas pousser plus loin les observations autour de cette hypothèse de travail. Ceci m'a permis de m'assurer que le classeur et ses codes étaient bien à la portée d'Aure. En faisant ce choix, j'ai aussi stabilisé la situation de communication afin de pouvoir mieux distinguer plus tard les mécanismes défaillants de ceux encore fonctionnels pour elle.

Pendant les séances neuf à douze, j'ai pu confirmer le fait qu'Aure avait bien saisi que ce classeur était bien une interface pour l'expression et la communication. La formation arrivant à sa fin, il n'a pas été possible de poursuivre les observations au-delà de la douzième séance. Au regard des éléments dont je disposais, j'ai pu tirer les conclusion suivantes:

-Les séances d'Art-thérapie à dominante arts plastiques se sont appuyées sur les connaissances d'Aure pour construire un cadre codifié, identifiable et suffisamment rassurant pour lui permettre se s'y sentir à l'aise. Elle a pu découvrir d'autres supports, médiums et outils et mettre en œuvre ses capacités au rangement. L'objectif relatif à l'identification du cadre a donc pu être atteint pour partie.

-Pour l'autre partie, compte tenu du fait qu' Aure a besoin de soutien pour accompagner la consultation des pages-séquences de regards, il peut être intéressant de maintenir l'objectif. De nouveaux items pourraient se construire autour de la consultation des pages-séquences dans un lieu déterminé de l'atelier.

-Il est à noter qu'Aure peut, avec des outils à sa mesure, identifier, exprimer et partager des émotions lorsqu'elle est confrontée à des événements forts. Cependant, en dehors de ce genre d'événements, elle semble avoir du mal à identifier si son état relève du bien être ou du mal être. Lui permettre d'établir des contacts sensoriels suffisamment forts avec les matières pourrait l'aider à identifier les ressentis qui y sont liés et à éventuellement faire émerger des émotions.

Après douze séances d'Art-thérapie à dominante arts plastiques, Aure a acquis une connaissance plus précise d'une partie du cadre thérapeutique et est en capacité de poursuivre l'identification de ce cadre. Le séquençage précis des séances valorise ses compétences et la sécurise afin d'encourager l'expression de ses émotions. La question de la frustration semblant pouvoir être travaillée avec l'utilisation du classeur de séquençage, il serait plus judicieux de lui proposer des séances toutes les semaines. La dimension sensorielle mise en œuvre en Art-thérapie arts plastiques pourrait l'aider à identifier ses émotions.

B) L'accompagnement en Art-thérapie à dominantes arts plastiques d'Annabelle peut lui permettre de développer ses aptitudes en matière d'expression et de communication.

Annabelle est une femme âgée de quarante-deux ans qui a accès au langage verbal. Elle est arrivée au F.A.M en 2009. Auparavant, elle vivait avec sa Maman et n'avait jamais bénéficié d'un hébergement institutionnel. Elle a un frère et son Papa est décédé. Elle passe la semaine au foyer et rentre chez sa Mère un week-end sur trois. Elle aime lui téléphoner, les cigognes, boire un café après le déjeuner et être dans sa chambre. Elle n'aime pas les douches trop longues, les sorties non anticipés, manger du riz et manger des pâtes.

Il a été diagnostiqué chez Annabelle un « *autisme infantile de type Kanner avec des éléments dépressifs, des éléments régressifs, ainsi qu'une instabilité psychomotrice* » (Bilan de la Maison Départementale des Personnes Handicapées). Elle présente une déficience intellectuelle moyenne avec des troubles du comportement ainsi qu'une épilepsie stabilisée. Elle est atteinte d'une grande fragilité pulmonaire et de psoriasis. Elle présente également une hypotonie générale: elle travaille avec la kinésithérapeute pour une rééducation de sa posture. Son bilan orthophonique indique un développement homogène du langage avec une compréhension lexicale meilleure que l'expression. Elle peut avoir des épisodes de logorrhée qu'il faut parfois arrêter très fermement. Au téléphone, elle apparaît moins parasitée par l'environnement; ce canal de communication lui permet d'être plus concentrée et disponible à la relation.

Dans son quotidien, Annabelle est décrite comme une femme très agréable avec un caractère bien affirmé qui sait jouer de l'humour. Elle passe une grande partie de ses journées seule en faisant des puzzles, des coloriages, des Lego, du feuilletage de catalogues. Parfois, elle peut refuser d'aller manger: se posent alors les questions de son équilibre alimentaire et de la satisfaction de l'un des besoins vitaux. Quand elle n'est pas dans ces épisodes de repli, Annabelle apprécie les échanges en petits groupes. Elle possède quelques acquis cognitifs: elle sait compter, reconnaît certaines lettres, a une bonne mémorisation et comprend les règles. Elle ne sait pas se repérer dans le temps.

Lorsqu'elle est confrontée à la frustration, Annabelle peut se mutiler les mains ou se frapper. Ses troubles du sommeil perturbent parfois le rythme de ses journées. Annabelle se montre alors très irritable. Une simple remarque peut être très mal vécue et provoquer chez elle énervement, rejet catégorique ou pleurs.

L'équipe souhaite valoriser ses acquis dans les actes de la vie quotidienne, veiller à la stabilité de ses repères par le biais d'un planning personnalisé et être vigilant à sa santé. L'accompagner tant dans ses capacités que dans ses difficultés en matière d'attention portée à l'autre est également important pour les professionnels. Avec la famille d'Annabelle, le F.A.M a orienté ses accompagnements et ses prises en charge autour de trois axes:

-Conduire des actions de soins permettant à Annabelle de se maintenir dans un état de santé satisfaisant,

-Permettre à Annabelle de mieux se percevoir et de mieux appréhender son environnement,

-Encourager la socialisation chez Annabelle.

Le psychiatre de l'institution l'a indiquée pour les séances d'Art-thérapie à dominante arts plastiques afin de développer ses aptitudes en matière d'expression et de communication.

Pour permettre l'élaboration d'une stratégie thérapeutique, Annabelle a bénéficié de trois séances d'ouverture. Elle a accepté de venir à chacune d'entre elles. Elles ont confirmé son intérêt pour le coloriage et pour les objets traceurs: feutres, crayons, craies, stylos. Au cours de ces séances Annabelle a affirmé sa préférence pour les feutres; en effet, après une observation et une manipulation des pastels secs en première séance, Annabelle a commencé la seconde séance en affirmant distinctement sur le chemin de l'atelier: « *Tu sais, j'aime pas tes marqueurs: ils me marquent sur les doigts. Je préfère les feutres* ». Lorsque j'ai renvoyé à Annabelle le fait que ses feutres aussi lui marquaient les doigts, elle a confirmé sa position: « *Oui, c'est vrai! Mais j'aime pas tes marqueurs Aminata! C'est pas beau!* ». Au cours de cette séance et de la suivante, Annabelle a donc utilisé des feutres et moi, des pastels. Ceci a permis de concrétiser la différence entre elle et moi (élément majeur dans une situation de communication) et de signifier le fait que son choix était respecté.

Ces séances d'ouverture ont été marquées par le fait qu'Annabelle semblait peu attentive à l'autre: elle a abordé de nombreux sujets de conversation mais son langage n'a pas eu valeur de communication. Elle posait des questions sans qu'elles aient de lien cohérent entre elles et sans attendre mes réponses; elle ne répondait pas non plus aux questions que je lui posait. Autre indication allant dans ce sens: Annabelle a accepté que nous fassions un travail en duo. Elle a

exprimé ses souhaits (faire des ronds) et m'a guidée pour que je les trace aux endroits qu'elle désignait. Elle en a tracé également: certains étaient distincts des miens, mais d'autres étaient faits sur mes propres tracés. Annabelle n'a pas donné à voir de réaction lorsque j'ai marqué ma surprise face à ces gestes. Un troisième élément peut corroborer ce constat: les feutres d'Annabelle ne fonctionnant plus, l'unité lui en avait prêté une boîte. Elle les a amené à la troisième séance en les désignant comme siens. Elle a eu le même comportement avec d'autres objets de l'atelier et s'est ainsi attribué bon nombre de carnets, boîtes et autres feuilles! Lors de cette séance, nous avons mené un travail d'étiquetage de certains objets: certains lui appartenaient et d'autres pas. Elle m'a interpellée à de nombreuses reprises pour confirmer elle-même l'appartenance de tel objet à telle personne.

Ces séances d'ouverture ont fait émerger les remarques et questionnements suivants concernant l'opération artistique chez Annabelle:

-**Étape 1**: Non observé au cours des séances d'ouverture.

-**Étape 2**: Non observé au cours des séances d'ouverture.

-**Étape 3**: Annabelle a des problèmes de vue (elle porte des lunettes) et a un équilibre précaire / Son hypotonie des lèvres et ses troubles de la déglutition provoquent un bavage important.

-**Étape 4**: Sa déficience intellectuelle et son autisme infantile ont un impact sur le traitement sophistiqué de l'information / Annabelle a le plus souvent des intentions claires qu'elle sait affirmer / Elle a une idée précise de ce qu'elle trouve beau et de ce qu'elle ne trouve pas beau.

-**Étape 5**: Annabelle a un équilibre précaire: elle peut se sentir insécurisée. La peur de chuter peut l'amener à refuser de se mouvoir.

-**Étape 6**: Annabelle se sert des objets traceurs et des supports papiers de façon conventionnelle.

-**Étape 7**: Elle porte un intérêt à ses productions et les identifie bien comme étant les siennes. Le plus souvent, elle souhaite les accrocher dans sa chambre. Il lui arrive de les offrir.

-**Étape 8**: La relation à l'autre semble très difficile: elle peut s'approprier les objets des autres, leurs dessins. Parfois, elle leur adresse la parole mais ne communique pas avec eux. La question du respect de trace, de l'appartenance des objets peuvent être

une base de travail intéressante pour inscrire l'accompagnement en Art-thérapie dans les axes de travail de l'équipe et de la famille.

Au regard de ces éléments, la stratégie thérapeutique a été élaborée autour d'un objectif général: « *Permettre à Annabelle de travailler l'expression et la communication afin de l'aider à mieux vivre les situations de frustration et afin de l'aider à porter attention à l'autre* ».

Compte tenu du fait qu'Annabelle ait repassé son feutre sur mon tracé, le premier objectif intermédiaire qui s'est dégagé était d'« *Aider Annabelle à porter attention aux traces graphiques laissées par l'autre* ». Les items et cotation retenus sont présentés dans le tableau suivant:

Items	Cotation	Désignation
1- Attention portée aux traces graphiques laissées par l'autre	1	Ne regarde pas mon tracé.
	2	Se redresse et regarde mon tracé.
	3	Se redresse, regarde et pointe mon tracé.
	4	Se redresse, regarde, pointe mon tracé et émet un commentaire.
2- Acceptation de la proximité de la trace graphique laissée par l'autre.	1	Refuse.
	2	Accepte mais repasse sur mon tracé.
	3	Accepte et exécute un tracé à proximité du mien.
	4	Accepte et poursuit mon tracé.

Ces deux items permettent de mesurer les variations de l'évolution d'Annabelle sur la place de l'autre. La représentation graphique de leur évolution figure ci-dessous. Ils se basent sur un élément qui a du sens pour Annabelle: la trace. En effet, elle aime colorier, dessiner et apprécie les objets traceurs. Elle arrive également a déterminer si elle préfère les effets de l'un ou de l'autre. De plus, comme nous l'avons vu, la trace à la particularité de témoigner de l'existence de celui qui l'a produite indépendamment de ce dernier.

Voici leur évolution au cours de l'accompagnement:

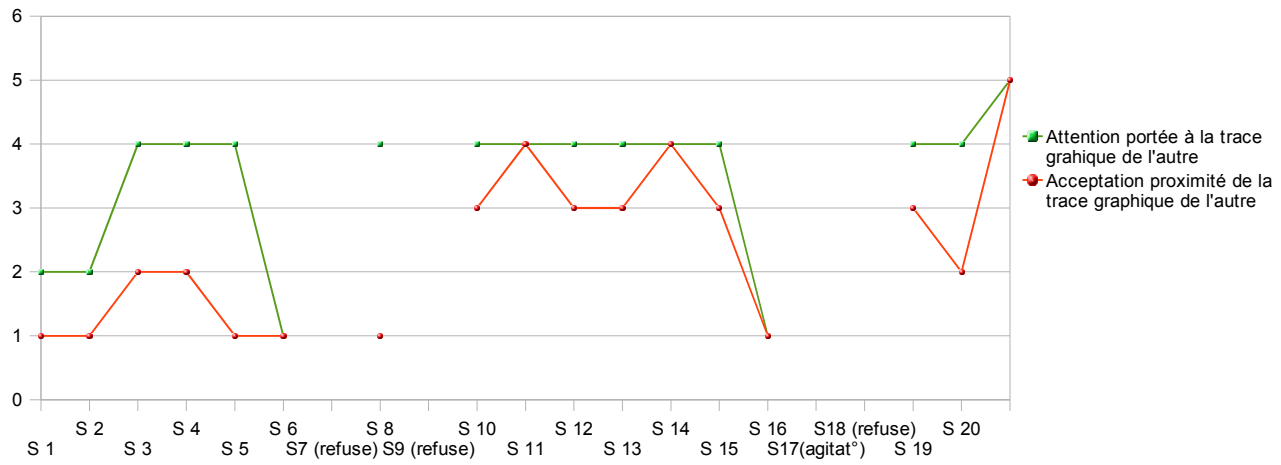


Diagramme linéaire 3: Evolution des items « attention portée à la trace graphique de l'autre » et « acceptation de la proximité de la trace graphique de l'autre » / Accompagnement d'Annabelle.

Le graphique montre qu'en sixième séance Annabelle n'a eu ni redressement du buste, ni regard, ni pointage, ni parole autour de mes tracés. Il est important de noter qu'au début de cette séance qu'elle a apposé sa photographie sur son panier et sur son carnet et que pendant les dix minutes qu'a duré son temps effectif de production (application de peinture rouge sur une toile de format A5), elle n'a posé que des questions en lien avec la propriété des productions. Ces questions, en grand nombre, étaient relatives à l'appartenance des productions que nous étions en train de faire. Après cette séance, je me suis interrogée sur la possibilité d'un lien entre la quantité de phrases relatives à l'appartenance des productions prononcées par Annabelle et la qualité de l'attention qu'elle pouvait porter à la trace graphique de l'autre.

Après un refus de la séance suivante, Annabelle s'est en séance huit, à une reprise redressée, a regardé et pointé mon tracé et qu'elle a formulé une demande en lien avec cela. Elle s'est en fait proposée de m'aider à finir mon coloriage mais a refusé mon aide lorsque je la lui ai proposée.

Lors de la dixième séance, le même comportement s'est donné à voir et j'ai pu mettre en évidence une variation positive sur l'item « *acceptation de la proximité de la trace graphique laissée par l'autr*e ». J'ai émis l'hypothèse que cette variation positive a été possible parce que j'ai insisté pour faire mon coloriage et que j'ai marqué ma place en étant directive. En effet, ce jour là,

Annabelle refusait de quitter sa chambre et m'avait invitée en début de séance à retourner à l'atelier pour finir mon dessin! Je me suis tout même installée près de son bureau en feuilletant mon tas de coloriage. Ceci a suscité un intérêt et a permis d'entrer en relation avec elle (bruit des feuilles qui tournent, enchainement de gestes qui lui est familier). Tout au long de cette séance, il a fallu que je « force le trait » pour avoir un échange avec Annabelle: par exemple, demander trois fois la possibilité d'utiliser les feutres ou, faire un nombre important (supérieur à 7) de zones coloriées pour qu'elle ne repasse pas dessus.

Suite à toutes ces observations, il m'a semblé pertinent d'introduire deux items quantitatifs dans l'observation des comportements d'Annabelle. Ces deux nouveaux items ont pu donner matière pour vérifier les éventuelles corrélations avec les deux premiers (davantage qualitatifs). Ils sont regroupés avec leur cotations respectives dans le tableau suivant:

Items	Cotations	Descriptions
1 - Nombre de traces laissées par l'autre.	1	Moins de 5
	2	Entre 5 et 10
	3	Entre 10 et 15
	4	Plus de 15
2 - Nombre de phrases relatives à l'appartenance des productions posées par Annabelle.	1	Plus de 15
	2	Entre 15 et 10
	3	Entre 10 et 15
	4	Moins de 5

De la séance onze à la séance vingt, ces deux items ont eu les variations suivantes:

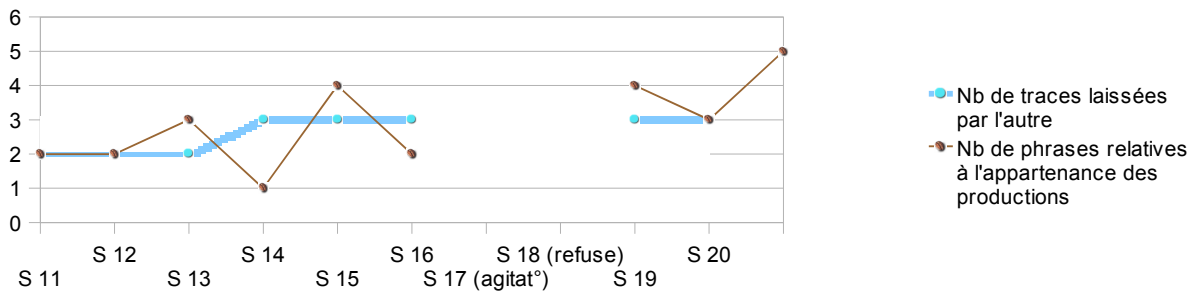


Diagramme linéaire 4: Evolution des items « Nombre de traces laissées par l'autre » et « Nombre de phrases relatives à l'appartenance des productions » / Accompagnement d'Annabelle.

Le graphique 5 ci-dessous reprend les quatre courbes. On remarque que la quatorzième séance met en évidence les cotations les plus importantes pour les items qualitatifs. Elles ne se sont données à voir que dans les cinq dernières minutes de ladite séance. En effet, nos deux feuilles de coloriages étaient scotchées l'une à l'autre. Annabelle l'a repéré et signifié puis, a passé les vingt-cinq premières minutes à questionner sur l'appartenance des feuilles. Il semble que ce n'est qu'une fois cet aspect suffisamment vérifié, qu'Annabelle a mis en œuvre les cotations « *4* » de chaque item qualitatif.

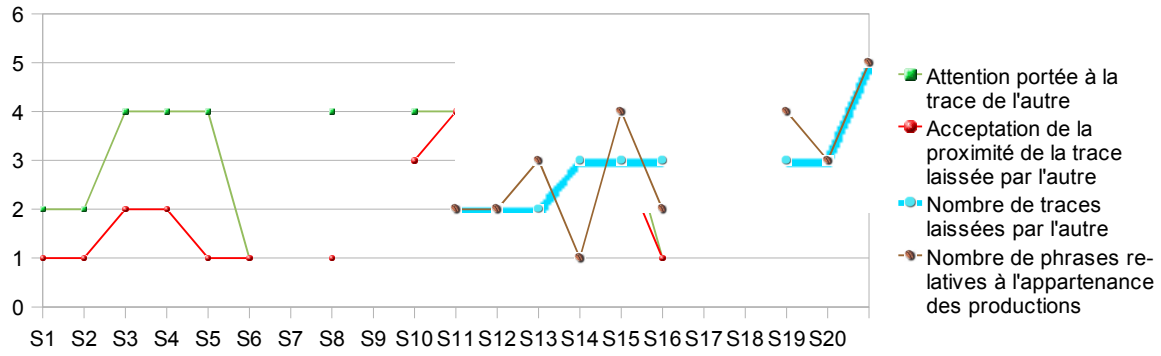


Diagramme linéaire 5: Reprise des évolutions des items présentés dans les diagrammes linéaires 3 et 4 / Accompagnement d'Annabelle.

Les séances dix-neuf et vingt ont un intérêt non négligeable. En fin de séance dix-neuf, Annabelle a elle-même choisi une feuille du tas de coloriage: celle sur laquelle figurent sur la même feuille deux coloriages (la seule du tas). Elle me l'a présenté en disant que ce serait notre travail pour la prochaine fois. Effectivement, en séance vingt, Annabelle se souvenait du cadre qu'elle avait elle-même choisi. Cependant, alors qu'elle avait porté une grande attention à mes tracés (cotation « *4* », elle a repassé sur la totalité d'entre eux.

Ces deux dernières séances sont révélatrices de la globalité de l'accompagnement en Art-thérapie pour Annabelle. Elle est en mesure de laisser la place à l'autre en situation de communication. Annabelle arrive à respecter les traces laissées par l'autre à la condition que celui-ci marque sa présence de façon franche (nombre de traces laissées). Dans ces configuration, Annabelle éprouve moins le besoin que lui soit confirmée l'appartenance des objets des uns et des autres. Maintenir l'accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques serait judicieux afin de consolider l'objectif général. Il serait en outre intéressant d'affiner les observations sur les moments de refus de séance et de les croiser avec les notions de dynamique et d'implication relationnelles. Au

fur et à mesure des progressions d'Annabelle, il serait approprié de lui reproposer un exercice en duo du même type que celui de la séance d'ouverture et peut être des séances avec un(e) autre participant(e).

L'Art-thérapie à dominante arts plastiques a sa place au sein d'un établissement comme le F.A.M « Les Lucines ». En effet, pour chacun des cinq critères d'évaluation des compétences des personnes accueillies, le groupe de travail de l'établissement avait envisagé des actions à mener (cf. page 27). Pour de nombreuse d'entre elles, L'Art-thérapie a dominante arts plastiques, définie comme l'utilisation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique, est pertinente:

- Par le rôle qu'elle confère à la trace graphique, elle permet participer à améliorer les moyens de communication et à développer l'ouverture vers l'extérieur et la vie sociale.
- Par le vivier de gratifications sensorielle qu'elle apporte, l'Art-thérapie à dominante arts plastiques accompagne la compréhension des émotions.
- Par la structuration d'une séance-type d'Art-thérapie, il est possible d'accompagner leurs capacités à faire des choix, d'accompagner les moments de transition et d'aider à structurer l'espace et le temps.

TROISIÈME PARTIE.

L'ART-THÉRAPEUTE SAIT UTILISER LE PROCESSEUR ARTISTIQUE POUR VALORISER LA PARTIE SAINE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES.

Comme je l'explique en introduction, j'exerce le métier d'éducatrice spécialisée. Aujourd'hui, au terme de ce parcours de formation en Art-thérapie, je prends la mesure des particularités des professions d'éducatrice spécialisée et d'Art-thérapeute. Cette troisième partie me permet de discuter la pertinence des accompagnements de personnes avec autisme en art-thérapie en les comparant aux accompagnements que peut mener un(e) éducateur(trice) spécialisé(e). Dans quelles mesures ces parcours de formation et ces métiers sont différents? Quels avantages et quelles limites y a t'il à les mettre en lien dans l'accompagnement de personnes avec autisme?

I - Le savoir de l'Art-thérapeute se fonde sur l'Art en tant que processeur artistique.

A) L'Art-thérapeute sait orienter le pouvoir expressif et l'effet relationnel de l'Art.

Pour définir ce que l'on entend par pouvoir expressif de l'Art, il faut partir de ce qui le caractérise de façon concrète: l'œuvre d'art. L'œuvre d'art s'appréhende à deux niveaux: celui de la contemplation (l'homme ou la femme qui regarde un spectacle, un tableau ou qui écoute de la musique) et celui de l'action (l'homme ou la femme qui élabore une chorégraphie, compose un morceau de musique ou fait un tableau).

Entre l'être humain et l'œuvre d'art il y a donc deux types de mouvements: un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur (l'action) et un mouvement de l'extérieur vers l'intérieur (la contemplation). C'est dans ce second mouvement que se met en actes le pouvoir expressif de l'Art. Comme la contemplation, l'action artistique est fondé sur la captation sensorielle d'informations extérieurs. Mais dans le cadre de l'action artistique, les activités mentales qui accompagnent cette captation produisent des réactions corporelles mesurables. Elles témoignent, extériorisent ce qui se passe à l'intérieur de celui ou celle qui a cette action artistique.

Les manifestations perceptibles du pouvoir expressif de l'Art sont traitées de façon spécifique par l'Art-thérapeute. Elles sont le point de départ de son travail. Sa compétence spécifique est d'orienter ces manifestations vers la communication et la relation afin de participer au processus thérapeutique de la personne accompagnée. Ici, le processus thérapeutique ets entendu comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour participer à son maintien en bonne santé.

B) L'éducateur(trice) spécialisé(e) utilise l'Art comme un médiateur de ses accompagnements.

Si on se réfère à son référentiel professionnel, l'éducateur(trice) spécialisé(e) intervient dans un cadre défini par « *des politiques partenariales de prévention, de protection et d'insertion* ». Cette intervention doit être en conformité avec un projet institutionnel répondant lui même aux commandes sociales de divers donneurs d'ordre et financeurs.

L'éducateur(trice) spécialisé(e) s'implique dans des relations socio-éducatives avec les personnes qu'il accompagne et s'appuie sur des activités divers pour « *concevoir, conduire et évaluer* » leurs projets personnalisés: activités sportives, activités du quotidien, actualités artistiques, activités de médiations animales entre autres. Il (Elle) doit également être « f*orce de proposition pour l'analyse des besoin et la définition des orientations politiques et éducatives des institutions qui l'emploient* ».

L'activité artistique, comme toute autre activité, est pour un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) un moyen. Un moyen pour conduire vers l'autonomie, ou pour élaborer un diagnostic éducatif ou bien encore pour établir une relation éducative. La différence fondamentale avec l'Art-thérapeute est bien là: en effet, ce dernier considère l'activité non seulement comme médiateur mais aussi comme processeur thérapeutique. Les mécanismes de l'activité artistique en eux même permettent l'expression,la communication et la relation.

II) Les accompagnements menés par l'Art-thérapeute se basent sur sa capacité à valoriser la partie saine de la personne accompagnée.

A) L'accompagnement en Art-thérapie d'Aure s'est appuyé sur ses compétences au rangement et sa connaissance d'un langage non verbal.

Lorsque l'on reprend l'état de base d'Aure, on repère bien l'intérêt qu'elle porte à l'ordre. ACe trait de caractère est vécu comme problématique: Aure peut oublier ses autres centres d'intérêt, adopter des postures pouvant la faire chuter et même être agressive si elle est freinée dans son élan.

Vu de la place de l'Art-thérapeute, cet intérêt pour le rangement se comprend autrement. Il donne à voir des bonnes capacités de mémorisation, une aisance dans le respect du cadre, une bonne capacité à la communication.

Ces éléments pourront servir de levier afin d'aller vers la découverte sensorielles des matières. Même si le petit nombre de séance n'a pas permis d'explorer plus précisément cet axe de travail, les observations laissent à penser que cette tendance à ordonner, ranger, classifier est une base d'appui pour la différenciation des stimulus sensoriels forts que peuvent offrir les arts plastiques. Ces ressentis, nous l'avons en première partie, pourront être à la base de l'émergence d'émotions pour Aure.

Du point de vue d'un(e) éducateur(trice) spécialisé(e), l'intention de départ aurait été différente. Il (Elle) aurait travaillé cette compétence au rangement à la lumière de son référentiel en « *permettant le développement de [quatre capacités précises que sont les] capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion* ». En d'autres termes, il (elle) se serait arrêté à la réussite ou à l'échec du rangement du matériel mais sans la mesurer avec des items, des cotations et des représentations graphiques.

D'autre part, la question des émotions n'aurait pas été mise en lien avec l'approche esthétique du matériel. En effet, aucun des quatre domaines de formation du métier d'éducateur(trice) spécialisé(e) n'aborde ce point. Il (Elle) ne connaît pas l'opération artistique et n'aurait pas pu poser l'hypothèse d'un dysfonctionnement des mécanismes d'impression.

B) L'accompagnement en Art-thérapie d'Annabelle s'est appuyé sur sa capacité à s'affirmer et sur son attrait pour l'acte traceur.

Dans l'accompagnement d'Annabelle, le fait qu'elle repasse sur mes tracés lors des séances séances d'ouverture a été pris en considération:

- D'abord repéré et signifié à Annabelle,
- Puis pris en compte au regard de la valeur attribuée à la trace en arts plastiques.
- Ensuite valorisé entant qu'acte d'affirmation de soi
- Enfin mis au travail comme compétence potentielle en situation de communication.

Ce dernier aspect qui constitue le cœur des séances d'Art-thérapie d'Annabelle révèle bien la spécificité d'un Art-thérapeute. Le fait qu'elle qu'elle repasse sur les tracés a été analysé à l'aide d'un outils spécifiquement art-thérapeutique et compris comme indicateur d'éléments de mécanismes non dysfonctionnels pouvant porter l'accompagnement: vision, motricité, respect de certaines limites, audition, langage, prise de position.

Dans cette même situation, un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) aurait certes repéré et signifié cela mais il l'aurait commenté au regard des missions qui sont les siennes:

- Pointer le comportement comme inadapté et y lier un interdit pour poser son diagnostic éducatif et élaborer le projet personnalisé d'Annabelle.
- Montrer l'exemple pour assurer ses fonctions de repères symbolique et d'étayage.

C - Tableau récapitulatif et comparatif.

Le tableau ci-dessous récapitule les points développés plus haut et les complète. Il met en évidence quelques points communs sur les moyens utilisés par un(e) Art-thérapeute et un(e) éducateur(trice) spécialisé(e). Il montre clairement qu'au delà de ces similitudes les objectifs à atteindre pour ces deux professionnels diffèrent.

	Art-thérapeute	Educateur(trice) spécialisé(e)
Cadre d'intervention.	Prescription médicale.	Politiques sociales établies par divers donneurs d'ordre et financeurs (conseils généraux notamment).
Accompagnement des personnes.	Peut exercer dans le cadre du salariat ou de façon libérale. Observe les comportements des personnes en vue de les aider dans leurs difficultés d'expression, de communication et de relation. Organise ses interventions à partir de ce qui fonctionne chez la personne accompagnée.	Exerce dans le cadre du salariat. Observes les comportements des personnes en vue de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets personnalisés. Organise ses interventions en assurant une fonction de repère et d'étayage.
Travail en équipe.	Intervient au sein d'une équipe pluri professionnelle. Fait partie des professionnels paramédicaux. N'a pas de lien de coordination avec les autres membres de l'équipe.	Intervient au sein d'une équipe pluri professionnelle. Elabore, gère et transmet les informations au sein de cette équipe. Assure une coordination au sein de l'équipe afin d'assurer la cohérence des actions éducatives.
Dynamique partenariales	N'est pas *a priori* impliqué dans les dynamiques partenariales des institutions où il intervient.	Développe des actions en partenariat et en réseau. Contribue à des pratiques de développement social territorialisé.

CONCLUSION.

Au terme de cette formation, je pense que l'Art-thérapie à dominante arts plastique met en œuvre les gratifications tactiles, visuelles et olfactives pouvant faire défaut aux personnes avec autisme. Elle donne sens à la trace graphique en soutenant le concept de Soi défaillant en situation d'autisme. Elle permet l'émergence et l'expression des émotions parce qu'elle établit un lien constant avec les réalités palpables des objets extérieurs à Soi. L'Art-thérapie à dominante arts plastiques est pertinente en tant que telle auprès des personnes en situation d'autisme car elle utilise l'Art comme processeur. De plus, les parcours de formation et les réalités professionnelles vécues par un Art-thérapeute plasticien et un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) animant un atelier d'arts plastiques divergent.

Une identité professionnelle est toujours complexe. Celle de l'éducateur(trice) spécialisé(e) est en mutation et celle de l'Art-thérapeute est en émergence. Mais quelle qu'elle soit, l'identité professionnelle ne peut se vivre que dans les relations professionnelles avec les personnes accompagnées et les autres membres de l'équipe. Elle est un système qui entretien des liens de dépendances et interdépendances avec d'autres systèmes identitaires. Le fait d'être Art-thérapeute et éducateur(trice) spécialisé(e) constitue un ensemble contingent avec des éléments suffisamment semblable pour être cohérents et suffisamment différents pour n'être pas mis en mal en cas de difficulté de l'une des parties.

Compte tenu des particularités des personnes avec autisme, ce positionnement tient là tout son dynamisme et toute sa capacité d'adaptation. Il met en acte le fait que l'être humain en situation d'autisme est une personne. C'est-à-dire qu'il est complexe, contradictoire, qu'il a ses propres centres d'intérêt. La situation d'autisme pénalise ces aspects et les prises en charge et accompagnements proposés à ces personnes doivent lorsqu'ils se complètent leur permettre de retrouver cette cohérence et ce sentiment d'unité.

BIBLIOGRAPHIE.

Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux, *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement,* Éditions Kazoar, 2010. 64 pages.

BOYER-LABROUCHE Annie, *Manuel d'art-thérapie*, Dunod, 2000, 121 pages (Psychothérapie).

CONSTANT Jacques, *Permis de se conduire en pays autiste*, [DVD], Pro Aid Autisme, 2008. 1 disque optique numérique: coul., son.

Comité Consultatif National d'Ethique, *AVIS N°102 « Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme »* [En ligne]. Comité Consultatif National d'Ethique, 2008 [consulté le 15 mars 2011]. Disponible sur ccne-ethique.fr/docs/CCNE-AVISN102_AUTISME.pdf

DORANCE Sylvia, *Activités créatives à la maternelle: des objets et des images*, Retz, 2004. 191 pages.

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'Art-thérapi*e, Favre, 2007. 232 pages.

GAETNER Rose, *De l'imitation à la création*, Presses Universitaires de France, 2000, 302 pages. (Monographies de la psychiatrie de l'enfant).

HALLOUET Pascal, BORRY Anne, *Mémo-guide de biologie et de physiologie humaines, Les fiches indispensables*, Elservier Masson, 2009. 349 pages.

HAMEL Johanne, LABRECHE Jocelyne, *Découvrir l'Art-thérapie, des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs*, Larousse, 2010. 268 pages.

Haute Autorité de Santé, *Autisme et autres troubles envahissants du développement*, Service de documentation - information des publics, 2010. 32 pages.

PAOLORSI Serge, SAEY Alain, *Activités d'arts visuels à l'école: Tome 1, 73 fiches du CP au CM2 ,* Retz, 2007. 168 pages.

ANNEXES.

I. L'opération artistique.

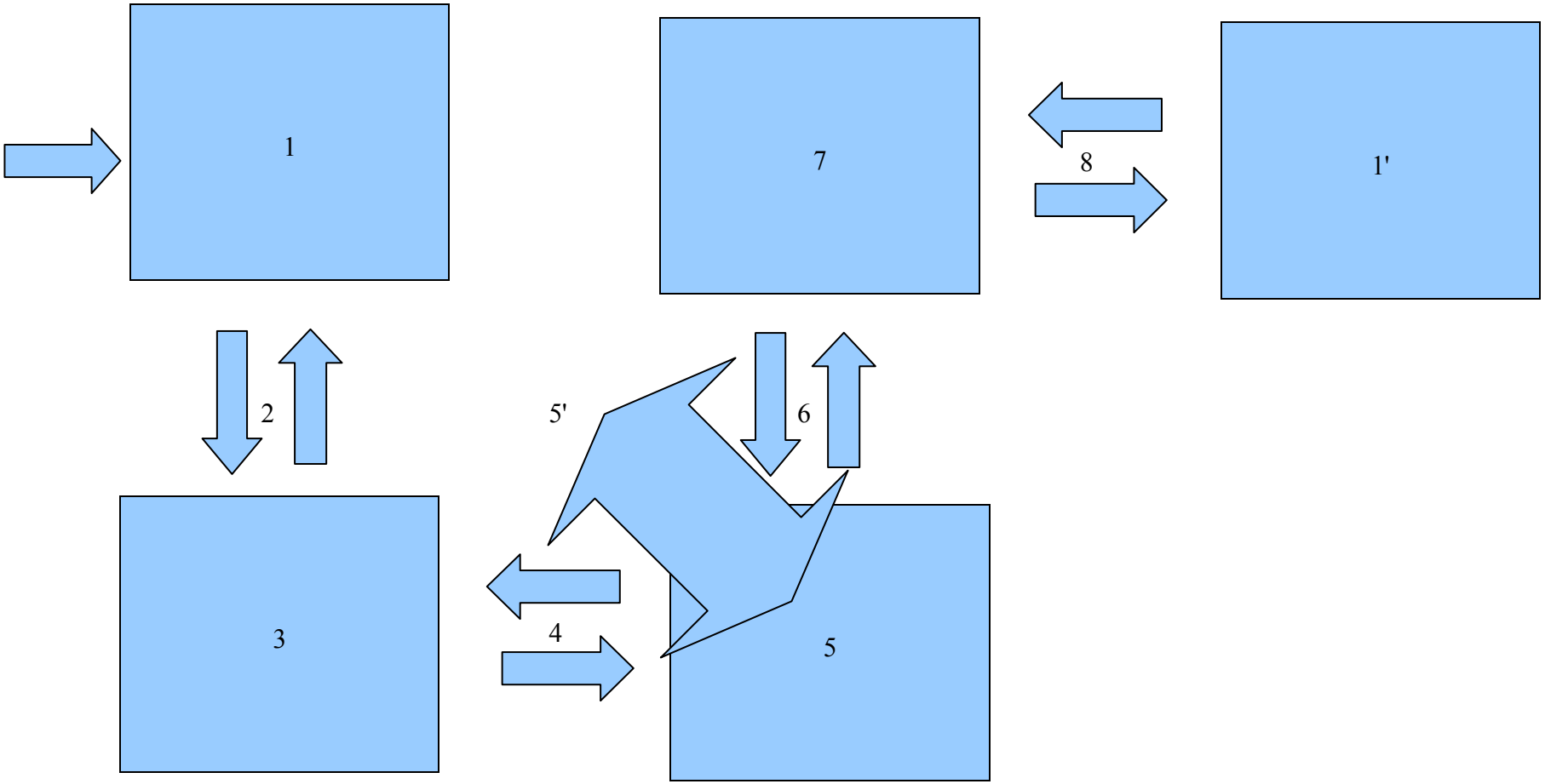
II. La fiche d'ouverture.

III. La fiche d'observation.

IV. La fiche d'analyse comparative.

V. Le bilan d'accompagnement en Art-thérapie.

L'opération artistique



L'opération artistique

1. C'est la chose en soi c'est-à-dire l'œuvre d'art qui se donne à voir et qui va être le déclencheur d'un pratique. C'est un élément spatio-temporel en lui-même. Les sciences concernées sont la philosophie de l'Art, l'épistémologie de l'Art ou la théologie.
2. C'est le rayonnement, la faculté qu'a l'objet d'être capté et saisi. Les sciences concernées sont l'optique, l'acoustique, les sciences de la communication.
3. C'est le traitement brut et archaïque de l'information. Il est relatif au fonctionnement mécanique et physiologique des organes récepteurs et transmetteurs des stimulations extérieurs. Les sciences concernées sont la biologie, le physiologie, la pharmacologie, l'éthologie.
4. C'est le traitement sophistiqué, volontaire et mental de l'information. Il est à mettre en lien avec l'intention. C'est la façon dont les informations sont prises en charge par le cerveau; c'est le passage des mécanismes de représentation aux mécanismes d'abstraction.
5. C'est l'élan moteur, la poussée corporelle qui vient témoigner du pouvoir de la volonté et de l'intention afin de mouvoir le corps physique. On passe de l'esthétique à l'artistique. Les sciences concernées sont la psychomotricité, la neuromotricité, la sciences de la phoniatrie et de l'équilibration.
6. C'est l'esthète qui n'a comme seul plaisir que les gratifications sensorielles. Il ne passera pas à l'action de produire mais à l'action de contempler.
6. Ce sont les techniques et savoirs-faire qui donnent envie de progresser et qui rendent possible la mise en œuvre de la technicité. C'est à ce moment que l'acte généré au niveau 4 et orienté au niveau 5 va être mis en actes. Les sciences concernées sont l'orthophonie, ergothérapie les sciences de la ré-éducation.
7. C'est la production artistique en tant que telle. C'est une phase qui s'inscrit dans le temps et dans l'espace. Elle peut émerger directement du niveau 6 (en improvisation par exemple). Les sciences concernées sont celles relatives au spectacle et l'histoire de l'Art.
8. C'est l'exposition, la publication, l'échange autour de la production. Si la personne ne montre jamais ses productions, il y a un problème d'inhibition.

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THERAPIE
Fiche d'ouverture pour _____

Motifs d'indication _____ Médecin prescripteur _____
Dates des séances d'ouverture _____ / _____ / _____ Date prochain bilan _____

PREMIERE SEANCE D'OUVERTURE LE ____ / ____ / ___

Compte rendu linéaire et chronologique de la séance.
Porter attention à l'attitude, aux expressions et aux échanges face à la consigne, face aux médiums et face aux supports.

DEUXIEME SEANCE D'OUVERTURE LE ____ / ____ / ____

Compte rendu linéaire et chronologique de la séance.
Porter attention à l'attitude, aux expressions et aux échanges face à la consigne, face aux médiums et face aux supports.

TROISIEME SEANCE D'OUVERTURE LE ____ / ____ / ____

Compte rendu linéaire et chronologique de la séance.
Porter attention à l'attitude, aux expressions et aux échanges face à la consigne, face aux médiums et face aux supports.

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THERAPIE
Fiche d'ouverture pour _____

Motifs d'indication _____ Médecin prescripteur _____
Dates des séances d'ouverture _____ / _____ / _____ Date prochain bilan _____

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

- **Etat repéré de l'opération artistique.**

Etape 1_____ Etape2 _____
Etape 3_____ Etape4 _____
Etape 5_____ Etape6 _____
Etape 7_____ Etape8 _____

- **Objectifs de travail**

OBJECTIF A	OBJECTIF B	OBJECTIF C
Moyen		
Moyen		
Moyen		
Moyen		
Moyen		
Moyen		

- **Items, indicateurs et cotations retenus**

Les indicateurs et cotations sont à déterminer au regard des comportements et manières d'êtres habituels des personnes.
Pour toutes les cotations le niveau « zéro » est notifié « Non observé/non donné à voir »

Item A:	Item B:	Item C:
Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:
Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:
Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:
Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:	Indicateur + cotation:

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE:
Fiche d'observation pour _____

Date et heure _____ *Météo extérieure* _____ *Prévisionnel de séance* _____
Nouvelles du jour _____

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE.

Temps de parole d'ouverture

Temps de production

Temps de parole de clôture

OBJECTIF INTERMEDIAIRE 1: _____.

Item 1 (éléments descriptifs + cotation)

Item 2 (éléments descriptifs + cotation)

Item 3 (éléments descriptifs + cotation)

Item 4 (éléments descriptifs + cotation)

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE:
Fiche d'observation pour _____

Date et heure _____ *Météo extérieure* _____ *Prévisionnel de séance* _____
Nouvelles du jour _____

OBJECTIF INTERMEDIAIRE 2: _____.

Item 1 (éléments descriptifs + cotation)

Item 2 (éléments descriptifs + cotation)

Item 3 (éléments descriptifs + cotation)

Item 4 (éléments descriptifs + cotation)

ANALYSE ET QUESTIONNEMENTS.

ANTICIPATION DE LA PROCHAINE SÉANCE.

À TRANSMETTRE À L'ÉQUIPE

COMMENTAIRE ANALYTIQUE SUR L'OBJECTIF INTERMEDIAIRE 1.

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE:
Fiche d'observation pour _____

Date et heure _____ *Météo extérieure* _____ *Prévisionnel de séance* _____
Nouvelles du jour _____

COMMENTAIRE ANALYTIQUE SUR L'OBJECTIF INTERMEDIAIRE 2.

CONCLUSION

RETOUR DE L'ÉQUIPE THÉRAPEUTIQUE

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE:
Fiche d'observation pour _____

Date et heure _____ *Météo extérieure* _____ *Prévisionnel de séance* _____
Nouvelles du jour _____

Tris à plat			Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 10	Représentations graphiques
O.I 1	Item 1	0											
		1											
		2											
		3											
		4											
	Item 2	0											
		1											
		2											
		3											
		4											
	Item 3	0											
		1											
		2											
		3											
		4											

Tris à plat			Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 10	Représentations graphiques
O.I 2	Item 1	0											
		1											
		2											
		3											
		4											
	Item 2	0											
		1											
		2											
		3											
		4											
	Item 3	0											
		1											
		2											
		3											
		4											

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE:
Bilan d'accompagnement pour_____

Médecin prescripteur _____ Indication, Objectif: _____

Date de réalisation: _____ Intervenante: Aminata BALTHAZAR

PRÉSENTATION DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE.

État de base + état repéré de l'Op. art. à l'issu des séances d'ouverture.

STRATEGIE THERAPEUTIQUE MISE EN OEUVRE.

Objectifs intermédiaires + items retenus

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE:
Bilan d'accompagnement pour_____

Médecin prescripteur _____ Indication, Objectif: _____

Date de réalisation: _____ Intervenante: Aminata BALTHAZAR

ANALYSE COMPARATIVES DES SÉANCES.

Évolution des items retenus.

CONCLUSIONS

Répercutions sur les séances et dans le quotidien de la personne.

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
U.F.R DE MÉDECINE - TOURS
&
A.F.R.A.T.A.P.E.M
Association Française de Recherche et d'Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine.

Soutenu en: 2011.

Par: Madame Aminata BALTHAZAR.

Titre: Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes adultes avec autisme accueillies en Foyer d'Accueil Médicalisé.

Résumé (français) : Les pénalités engendrées par l'autisme peuvent être prises en charge dans le cadre d'un accompagnement en Art-thérapie à dominante arts plastiques. Le document développe deux expériences d'accompagnement pour étayer cette hypothèse. Le travail met au débat la question plus large de la différence entre un(e) Art-thérapeute plasticien(ne) et un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) animant un atelier d'arts plastiques.

Mots-clefs (français): Art-thérapie, arts plastiques, personnes adultes avec autisme, Art-thérapeute, éducateur(trice) spécialisé(e).

Résumé (anglais): Penalties caused by autism can be supported through coaching in Art Therapy with dominant visual arts. The paper develops two experiences to support this hypothesis. The work is to debate the wider issue of the difference between an Art therapist and an educator who facilits a visual arts workshop.

Mots-clefs (anglais): Art Therapy, visual arts, adults with autism, art therapist, educator.