

N° :

Note :

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS**

**U.F.R. DE MEDECINE - TOURS**

**&**

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

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE À DOMINANTE  
ARTS PLASTIQUES AU SEIN D'UN INSTITUT MEDICO  
EDUCATIF ACCUEILLANT DES ENFANTS ET JEUNES  
ADOLESCENTS SOUFFRANT D'EPILEPSIE PHARMACO-  
RESISTANTE ET ATTEINTS DE HANDICAP MENTAL**

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

**Présenté par Isabelle CORDEIRO**

Année 2011

Sous la direction de :

Pierre FRAYSSE

Psychiatre

22 rue Merlin

75011 Paris

Lieu du stage :

A.F.A.S.E.R.

I.M.E. « Le Parc de l'Abbaye »

1 impasse de l'Abbaye

94100 Saint-Maur des Fossés



N° :

Note :

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS**

**U.F.R. DE MEDECINE - TOURS**

**&**

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

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE À DOMINANTE  
ARTS PLASTIQUES AU SEIN D'UN INSTITUT MEDICO  
EDUCATIF ACCUEILLANT DES ENFANTS ET JEUNES  
ADOLESCENTS SOUFFRANT D'EPILEPSIE PHARMACO-  
RESISTANTE ET ATTEINTS DE HANDICAP MENTAL**

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

**Présenté par Isabelle CORDEIRO**

Année 2011

Sous la direction de :

Pierre FRAYSSE

Psychiatre

22 rue Merlin

75011 Paris

Lieu du stage :

A.F.A.S.E.R.

I.M.E. « Le Parc de l'Abbaye »

1 impasse de l'Abbaye

94100 Saint-Maur des Fossés

## Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier les enfants et jeunes adolescents pris en charge en séance d'art-thérapie ainsi que l'ensemble des enfants accueillis au sein de l'I.M. E. de l'Abbaye, pour leur accueil, leur confiance, leurs sourires et les moments passés ensemble.

Je remercie également Madame Boniface, Directrice de l'établissement, Monsieur Naves, chef de service et le Docteur Mouge, médecin responsable pédopsychiatre, ainsi que l'ensemble des professionnels, œuvrant pour le bien-être des enfants, pour leur disponibilité, leur écoute, leurs conseils et l'intérêt qu'ils ont porté à la discipline art-thérapeutique.

Je remercie également Monsieur Richard Forestier et l'A.F.R.A.T.A.P.E.M. pour la richesse et la qualité de l'enseignement dispensé.

Je remercie aussi mon directeur de mémoire, le Docteur Pierre Fraysse, pour son écoute, ses conseils et sa disponibilité.

Enfin, je remercie mes proches, ma famille et mes amis, pour leur confiance, leurs encouragements, leur patience, leur soutien durant toute cette période de retour sur les bancs universitaires jusqu'à la rédaction de ce mémoire.

## PLAN

Remerciements .....	p. 1
Plan .....	p. 2
Glossaire .....	p. 7
Introduction .....	p.10

### **PREMIERE PARTIE : L'ART-THERAPIE PEUT FAIRE PARTIE D'UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE AUPRES D'ENFANTS SOUFFRANT D'EPILEPSIE PHARMACO-RESISTANTE ET ATTEINTS DE HANDICAP MENTAL.....**

p. 11

<b>A) Un enfant ou un jeune adolescent qui souffre d'épilepsie pharmaco-résistante et atteint de handicap mental peut souffrir d'une mauvaise image de soi et estime de soi et d'une perte de confiance en soi. ....</b>	<b>p. 11</b>
--	--------------

1) L'épilepsie est une affection neurologique chronique du cerveau.....	p. 11
1.1 L'épilepsie est une maladie très répandue et la maladie neurologique la plus fréquente chez l'enfant. ....	p. 11
1.2 Il existe différents types de crises épileptiques. ....	p. 11
2) L'épilepsie a la particularité de véhiculer bon nombre de croyances et de craintes. ....	p. 11
3) L'épilepsie peut être traitée médicalement de différentes façons.....	p. 12
3.1 Différents traitements médicamenteux peuvent être prescrits. Ceux-ci peuvent provoquer de nombreux effets secondaires. ....	p. 12
3.2 Des prises en charge en psychothérapie peuvent être envisagées.....	p. 12
3.3 La stimulation du nerf vague est une intervention possible.....	p. 12
3.4 Un régime cétogène peut être mis en place. ....	p. 12
3.5 On peut aussi envisager des interventions chirurgicales dans certains cas. ....	p. 12
4) Ces épilepsies sont parfois associées à des troubles graves et des handicaps multiples..	p. 13
4.1 Il existe différents niveaux de déficience mentale décrits de la façon suivante par l'Organisation Mondiale de la Santé .....	p. 13
4.2 L'étiologie de la déficience mentale se présente de la façon suivante. ....	p. 13
5) L'enfance est une période d'acquisition très importante. Celle d'un enfant souffrant d'épilepsie pharmaco-résistante et atteint de handicap mental est différente de celle d'un enfant dit valide. Bon nombre de pénalités vont affecter sa qualité de vie.....	p. 13
5.1 Il peut être pénalisé au niveau physique .....	p. 14
5.2 Il peut être pénalisé au niveau intellectuel.....	p. 14
5.3 Il peut être pénalisé au niveau psychique. ....	p. 14
5.4 Il peut être pénalisé au niveau affectif. ....	p. 15
5.5 Il peut être pénalisé au niveau social. ....	p. 15

<b>B) Les êtres humains aspirent à être heureux et ils ont toujours utilisé l'Art pour améliorer leur qualité de vie. ....</b>	<b>p. 16</b>
--	--------------

1) L'être humain ne se contente pas de répondre à des besoins primaires : il a besoin d'échanges d'un autre type car il cherche à améliorer sa qualité de vie. ....	p. 16
1.1 Pour être heureux, l'Homme va utiliser sa sensorialité qui est l'interface entre le monde extérieur et son monde intérieur. ....	p. 16
1.2 La qualité de vie est induite par une bonne santé. ....	p. 17
2) L'Homme va naturellement aller vers l'Art qui va lui procurer un plaisir esthétique. ..	p. 17
2.1 Par exemple, les fresques des grottes de Lascaux dans le Lot témoignent d'un besoin existentiel de s'exprimer artistiquement au-delà d'une survie organisée et assurée 13 000 ans avant J-C. ....	p. 18

2.2 L'Art peut améliorer la qualité de vie des êtres humains car c'est un moyen privilégié de l'expression humaine. ....	p. 18
2.3 L'Art possède également des effets relationnels. ....	p. 19
2.4 Les œuvres d'art se caractérisent par leur forme, leur fond et leur rayonnement et tendent vers un idéal esthétique. ....	p. 19

**C) Il se trouve qu'il existe une discipline assimilée paramédicale qui peut aider les personnes pénalisées et qui utilise certains effets de l'Art : l'art-thérapie. ....** p. 20

1) L'art-thérapie, selon le modèle universitaire de l'Ecole de Tours, se définit de la façon suivante. ....	p. 20
2) L'art-thérapie, par les mécanismes qu'elle induit, peut restaurer la qualité de vie d'une personne pénalisée. ....	p. 21
3) L'art-thérapie s'appuie sur la théorie de l'art opératoire. ....	p. 23
4) L'art-thérapeute formé à l'Ecole d'art-thérapie de Tours va utiliser des outils spécifiques à sa discipline. ....	p. 23
5) L'art-thérapeute doit combiner différentes compétences bien identifiées et respecter un code de déontologie art-thérapeutique établi et personnel.....	p. 24
6) La personne prise en charge devient actrice de son propre soin par l'émergence d'un plaisir sensoriel et esthétique et va ainsi pouvoir affirmer ses goûts, son style et sa personnalité par l'activité artistique. ....	p. 24

**D) Des séances d'art-thérapie à dominantes arts plastiques peuvent être adaptées pour des enfants souffrant d'épilepsie et atteints de handicap mental. La stratégie se justifie. ....** p. 24

1) La pratique des arts plastiques permet une distanciation entre la production et la personne qui produit l'œuvre d'art contrairement à d'autres disciplines artistiques et provoque moins de situation de boucle d'inhibition chez des enfants souvent en échec physiquement et mentalement. ....	p. 24
2) L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut permettre à l'enfant souffrant d'épilepsie et atteint de handicap mental de ressentir des émotions sensorielles gratifiantes et de restaurer ainsi l'estime de soi, la confiance en soi et sa qualité de vie. ....	p. 25
3) Le ressenti et plaisir sensoriel permettent à l'enfant d'avoir le sentiment de se réapproprier le contrôle de son corps qui lui échappe parfois. ....	p. 25
4) Ce plaisir devient source d'autonomie et d'affirmation de soi par l'expression de ses goûts et de sa personnalité. ....	p. 26
5) Les mécanismes impliqués dans l'art-thérapie peuvent être source de stimulations variées, spécifiques à la discipline et efficaces dans la prise en charge d'un enfant atteint de handicap mental. ....	p. 26
6) Les séances individuelles favorisent l'émergence d'émotions dans un cadre où l'intimité est assurée. ....	p. 26
7) La revalorisation de l'image de soi et de la confiance en soi et donc de l'estime de soi peut passer par le regard d'autrui en montrant les œuvres produites. ....	p. 27
8) L'Art peut permettre la réhabilitation de la personne malade et handicapée mentale au sein de la société. ....	p. 27

**DEUXIEME PARTIE : DES SEANCES D'ART-THERAPIE ONT ETE MISES EN PLACE POUR ACCEILLIR DES ENFANTS ET JEUNES ADOLESCENTS EN DIFFICULTE AU SEIN DE L'I.M.E. ....** p. 27

**A) L'I.M.E. est une structure qui peut répondre et s'adapter à certains besoins des enfants souffrant d'épilepsie pharmaco-résistante et atteints de handicap mental. ...** p. 27

1) L'I.M.E. fait partie de l'A.F.A.S.E.R. ....	p. 27
1.1 La prise en charge dans l'I.M.E. est effectuée dans un cadre adapté à un public spécifique. ....	p. 28

2) Un ensemble d'équipes pluridisciplinaires s'occupent des enfants et réévaluent régulièrement leurs besoins et leurs projets individuels. ....	p. 28
2.1 La directrice, le chef de service éducatif et le médecin responsable pédopsychiatre assurent la direction administrative et médicale de l'établissement. ....	p. 28
2.2 L'équipe éducative est présente toute la journée auprès des enfants et jeunes adolescents. ....	p. 28
2.3 L'équipe paramédicale est présente pour prendre en charge des troubles spécifiques qu'elle évalue et qu'elle soigne. ....	p. 28
2.4 L'équipe médicale suit rigoureusement l'évolution des pathologies des enfants. ....	p. 29
2.5 L'équipe de nuit assure la sécurité des enfants la nuit. ....	p. 29
2.6 Les bureaux du secrétariat et de la comptabilité sont ouverts et accueillants. ....	p. 29
2.7 L'assistante sociale fait le lien entre les professionnels de l'I.M.E. et des structures extérieures. ....	p. 29
2.8 L'école accueille les enfants les plus efficients. ....	p. 29
2.9 Les équipes techniques sont impliquées dans la prise en charge au-delà de leurs attributions premières. ....	p. 29

<b>B) Les séances d'art-thérapie viennent s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire et s'organisent de la façon suivante. ....</b>	<b>p. 29</b>
---	--------------

1) L'I.M.E. accueille pour la première fois une stagiaire en art-thérapie. La théorie universitaire rencontre la réalité institutionnelle. ....	p. 29
2) Une phase d'observation permet de faire connaissance avec les enfants et les professionnels et d'observer le fonctionnement institutionnel. ....	p. 30
2.1 Les indications thérapeutiques sont effectuées après concertation avec les différentes équipes et la direction médicale : la consultation des dossiers médicaux et éducatifs des enfants permet de débiter le travail de prise en charge. ....	p. 30
2.2 les prises en charge sont individuelles. ....	p. 30
3) Il faut organiser et poser un cadre thérapeutique. ....	p. 30
3.1 Le travail de l'art-thérapeute et l'objectif des séances sont présentés aux enfants pris en charge. ....	p. 30
3.2 Le lieu, la durée et la fréquence des séances sont déterminés. ....	p. 31
3.3 Les règles de l'atelier sont expliquées. ....	p. 31
3.4 Le type de mode relationnel est influencé par le type de public pris en charge. ....	p. 31
3.5 La confidentialité est engagée. ....	p. 31
4) Des échanges réguliers, formels ou informels, avec les différentes équipes de l'IME sont toujours assurés. ....	p. 32
5) Les arts plastiques sont retenus comme dominante mais sont accompagnés d'autres techniques artistiques. ....	p. 32

<b>C) Les trois études de cas retenues concernent Quentin, Gilles et Ophélie. ....</b>	<b>p. 32</b>
--	--------------

1) <b>Quentin</b> .....	p. 32
1.1 Anamnèse .....	p. 32
1.2 Etat de base .....	p. 33
1.3 Objectif de l'I.M.E. ....	p. 33
1.4 Objectif art-thérapeutique .....	p. 33
1.5 Description des séances .....	p. 34
1.6 Des items et faisceaux d'items ont été choisis afin d'évaluer l'évolution de Quentin. ....	p. 37
1.7 Bilan de la prise en charge de Quentin. ....	p. 41
2) <b>Gilles</b> .....	p. 43
2.1 Anamnèse .....	p. 43
2.2 Etat de base .....	p. 43
2.3 Objectif de l'I.M.E. ....	p. 43
2.4 Objectif art-thérapeutique .....	p. 44
2.5 Description des séances .....	p. 44

2.6 Des items et faisceaux d'items ont été choisis afin d'évaluer l'évolution de Gilles ...	p. 48
2.7 Bilan de la prise en charge de Gilles. ....	p. 52
<b>3) Ophélie</b> .....	p. 53
3.1 Anamnèse .....	p. 53
3.2 Etat de base .....	p. 54
3.3 Objectif de l'I.M.E. ....	p. 54
3.4 Objectif art-thérapeutique .....	p. 54
3.5 Description des séances .....	p. 54
3.6 Des items et faisceaux d'items ont été choisis afin d'évaluer l'évolution d'Ophélie....	p. 58
3.7 Bilan de la prise en charge d'Ophélie .....	p. 62
4) Le cube harmonique n'a pas pu être utilisé. ....	p. 63

**TROISIEME PARTIE : DISCUSSION** ..... P.63

**LA CADRE INSTITUTIONNEL D'UN I.M.E. PEUT-IL INTEGRER L'ART-THERAPIE DANS SON PROJET DE PRISE EN CHARGE AFIN QUE LES ENFANTS PUISSENT PROFITER DE SES SPECIFICITES ET DE SON UTILITE ?**  
..... P. 63

**A) Le cadre institutionnel d'un I.M.E. peut intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge.** ..... p. 63

- 1) L'I.M.E. intègre l'art-thérapie pour la première fois de son histoire malgré de nombreuses sollicitations : quelque chose de nouveau s'est produit. .... p. 63
- 2) L'institution et tous les professionnels qui la composent savent respecter le temps propre des enfants et adapter les prises en charge au rythme et aux difficultés de ceux-ci ce qui permet une cohésion avec le code de déontologie de la profession d'art-thérapeute. .... p. 64
- 3) L'art-thérapeute a reçu le soutien constant du chef de service, du médecin responsable pédopsychiatre et de la directrice. La qualité du travail art-thérapeutique a également pu être assurée grâce à la collaboration des différentes équipes et à l'investissement des enfants. p. 64
- 4) L'institution a soutenu financièrement et logistiquement la mise en place du cadre art-thérapeutique. .... p. 65
- 5) Les équipes sont étonnées de me voir partir à la fin de mon stage, pensant que je suis employée par l'I.M.E. .... p. 65
- 6) L'art-thérapie est une discipline assimilée paramédicale qui propose une approche thérapeutique différente et unique : l'art-thérapie est spécifique et peut utiliser des mécanismes comme aucune autre profession paramédicale ne pourrait le faire. .... p. 66
- 7) Des activités « peinture », « dessin », « chant » sont animées par des éducateurs et des professionnels paramédicaux utilisent des médiations artistiques. Il ne s'agit pour autant pas d'art-thérapie. .... p. 66
- 8) Malgré la méconnaissance de la discipline, l'art-thérapie selon le modèle de Tours permet d'être clairement identifiable parmi tous les autres professionnels intervenant dans la prise en charge et donc de trouver sa place au sein de l'institution. .... p. 66
- 9) De même qu'il cherche à en recueillir pour affiner sa stratégie thérapeutique, l'art-thérapeute peut transmettre aux autres professionnels des informations utiles pour la prise en charge des enfants. .... p. 67
- 10) L'art-thérapeute travaille avec ce qui fonctionne encore bien chez l'enfant ou ce qui est émergent. .... p. 67
- 11) L'art-thérapeute sait adapter sa stratégie au profit de l'enfant et sait diversifier son champ de compétences artistiques afin de proposer la technique la plus adaptée à une bonne évolution de l'enfant. .... p. 67
- 12) L'art-thérapie fonctionne sur un mode d'expression non-verbale et permet aux enfants de trouver un mode d'expression spécifique et privilégié. .... p. 68

- 13) L'art-thérapie peut favoriser l'émergence de représentations mentales et aussi l'accès à la symbolisation grâce à l'activité artistique et aux mécanismes qu'elle induit. .... p. 68
- 14) La grande majorité des activités se déroulent en groupe au sein de l'I.M.E. et les prises en charge individuelles en art-thérapie sont des moments privilégiés où les enfants peuvent s'exprimer dans un cadre sécurisé, intime, calme et qui leur est adressé personnellement. p. 68
- 15) L'art-thérapie peut cependant être tout à fait envisagée en groupe afin notamment de travailler sur les problèmes de comportement qui se manifestent par de l'agressivité ou par un repli sur soi et qui peuvent être causés, par exemple, par un manque de confiance en soi ou un sentiment d'insécurité. .... p. 69
- 16) L'art-thérapie, comme nous l'avons vu, restaure l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. Le plaisir sensoriel et émotionnel, la prise de confiance, la satisfaction et la fierté ont pu être observés chez les enfants pris en charge. Les résultats obtenus en période de stage, et donc très limités dans le temps et en termes de projection, laissent entrevoir les possibilités si un poste était créé. .... p. 69
- 17) Rappelons que l'Art, par la présentation des œuvres produites, permet la réhabilitation de la personne handicapée dans la société par une revalorisation de son image et par le regard nouveau qu'on lui porte alors. .... p. 69

**B) Le cadre institutionnel d'un I.M.E. ne peut pas intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge. .... p. 70**

- 1) L'art-thérapie est encore très peu connue par certains professionnels et des confusions existent. .... p. 70
- 2) Les autres acteurs doivent donc accepter de travailler avec cette profession assimilée paramédicale méconnue. La question du secret médical auquel l'art-thérapeute est tenu est parfois respectée par certains professionnels et parfois ignorée ou niée par d'autres. .... p. 70
- 3) La charge de travail du personnel et l'organisation du travail des équipes éducatives impose parfois une transmission d'informations dans des conditions mettant en danger l'intimité et la confiance engagées auprès des enfants. .... p. 71
- 4) L'art-thérapeute peut être contraint de sortir de ses attributions par les équipes ou par des situations où il serait amené à agir sur un mode éducatif car la notion éducative est toujours sous-jacente au sein de l'institution où les éducateurs sont majoritaires. .... p. 71
- 5) Le lieu des séances doit assurer la continuité du déroulement d'une séance sans connaître de gêne. .... p. 72
- 6) Les prises en charge simultanées par différents paramédicaux sont parfois évitées au sein de l'I.M.E. pour que l'enfant puisse identifier clairement l'enjeu thérapeutique et s'investir. .... p. 72
- 7) L'orientation non psychologique de la formation universitaire dispensée par l'Ecole d'art-thérapie de Tours a suscité des interrogations de la part de la psychologue de l'I.M.E.... p. 73
- 8) La déficience intellectuelle peut limiter les objectifs thérapeutiques. .... p. 73
- 9) Les objectifs atteints ou à atteindre peuvent être remis en question par l'évolution de la pathologie. L'art-thérapie peut-elle alors prendre une dimension préventive en termes d'entretien des acquis et de prévention de situations d'échec à venir ? .... p. 74
- 10) Les enfants ne sont pas tous en mesure de tendre vers « *l'esthétique qui est un effort de cohérence et d'orientation de l'activité humaine* ». Il faut en tirer certaines conclusions.. p. 74
- 11) L'art-thérapeute, de façon tout à fait subjective et intime, peut se sentir impuissant et donc incapable de faire face à certaines pathologies qui le renvoient à ses propres limites.p. 75

**C) Conclusion de la discussion : tableau comparatif ..... p. 75**

Conclusion générale ..... p. 78

Bibliographie ..... p. 79

## GLOSSAIRE

**Les mots suivis d'un astérisque dans le mémoire sont référencés dans ce glossaire.**

*Source : Dictionnaire étymologique et historique de la langue française. Editions LGF – Le Livre de Poche, 1996.*

*Le Dictionnaire de notre temps, Editions Hachette, 1991.*

**Activité :** (XVe S.) emprunté au latin *activitas* « pouvoir d'agir », en français « faculté d'agir » puis « énergie » (XVIe S.) Ensemble d'actions et d'opérations humaines visant un but déterminé.

**Affirmation de soi :** capacité à affirmer ses goûts, son style, sa personnalité.

**Agréable :** qui gratifie les sens et procure du plaisir.

**Archaïque : Comportement automatique occasionné par l'application de certains stimuli, réflexe.**

**Art :** « activité privilégiée d'expression de la qualité existentielle de l'être humain » « activité volontaire orientée vers l'esthétisme » / Du latin *ars, artis*, date du XVIIIe S l'expression *les beaux arts* pour désigner les activités et les œuvres visant à l'expression d'un idéal esthétique, le sens absolu de *art* comme expression de cet idéal se développant à partir du XIXe S.

**art :** ensemble de connaissances, de techniques nécessaires pour maîtriser une pratique donnée.

**Artisan :** (XVIe S.) emprunté au l'italien *artigiano* au sens de « qui exerce un art mécanique, un métier manuel ». On différencie distinctement l'artiste de l'artisan, le premier n'ayant que pour seul objectif la quête d'un idéal esthétique qui soit source d'émotions, le second, un objectif utilitaire.

**Arts plastiques :** ce qui concerne les techniques de la forme (des couleurs et des lignes). Les arts plastiques ont pour but de reproduire, d'élaborer des formes (modelage, peinture, sculpture, etc.)

**Artiste :** personne qui produit des œuvres d'art car elle en éprouve le désir, le besoin et car elle possède des connaissances techniques spécifiques au service de l'esthétique.

**A.V.S. :** assistant à la vie scolaire

**Besoins :** Sensation qui porte les êtres vivants à certains actes qui leur sont ou leur paraissent nécessaires. Manque, absence de ce qui est nécessaire.

**Boucle d'inhibition :** état dans lequel la personne pénalisée peut se retrouver dans une situation d'échec où elle est confrontée à ses limites et difficultés. Elle se sent alors incapable de réaliser une action : elle peut être stoppée, inhibée.

**Boucle de renforcement :** état dans lequel la personne pénalisée est revalorisée, par des encouragements ou par un évitement stratégique de situation d'échec, qui la pousse à croire en elle et en ses capacités à être à même de réaliser une action. La boucle de renforcement va être utilisée par l'art-thérapeute pour renforcer sa stratégie.

**Cerveau :** Le cerveau appartient au système nerveux central. Situé dans la boîte crânienne, le cerveau est le siège des fonctions supérieures (cognitives, sens, réponses nerveuses) et végétatives. C'est donc un organe essentiel qui assure la régulation de toutes les fonctions vitales : commande, contrôle et régulation de tous les organes essentiels. Le cerveau reçoit des informations provenant de l'ensemble du corps via des nerfs, les intègre et les analyse puis répond en émettant de nouveaux signaux vers les parties du corps concernées par les nerfs. Le cerveau est ainsi responsable du rythme cardiaque et respiratoire, des fonctions qui pour nous sont inconscientes. Mais il est aussi impliqué dans la prise de décision, dans la motricité du corps, le comportement, la mémoire, la conscience... Il assure les échanges entre ce qui nous est extérieur et nous. Il compte 100 milliards de neurones.

**Chant :** Succession de sons musicaux produits par l'appareil vocal.

**C.A.M.S.P. :** Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**C.L.I.S. :** classe d'intégrations scolaire

**C.M.P.** : centre de soins médico-psychologiques

**Cognition** : adjectif : cognitif - faculté de connaître – mécanismes de la pensée - activité mentale

**Communication** : transmettre une information à quelqu'un.

**Confiance** : espérance ferme en une personne, une chose. La confiance est fondée sur le ressenti corporel.

**Déontologie** : morale professionnelle, théories des devoirs et des droits dans l'exercice d'une profession (en particulier la profession médicale).

**Douleur** : sensation pénible ressentie dans une partie du corps, résultant d'une impression quelconque produite avec trop d'intensité.

**Echange** : C'est le mouvement qui va de l'extérieur vers notre intériorité et qui se répète. La notion d'échange est le fondement même de la vie où l'extérieur vient en nous par le premier souffle de la vie que nous expirons ensuite et est également indissociable de l'activité artistique où le mécanisme d'impression peut provoquer une réaction : l'expression.

**Emotion** : (XVe S.) formé d'après le latin *motio* « mouvement » et « trouble ». Réaction affective (agréable ou désagréable) éprouvée comme un trouble. Les émotions induisent une réaction corporelle sur de nombreux organes. On peut citer, la surprise (positive ou non), la joie, la colère, la peur, la tristesse...

**Esthésie** : fonctionnement conjoint simultané et adapté de tous nos sens. (Opposée à l'anesthésie)

**Esthétique** : Substantif et adjectif emprunté au latin savant *aesthetica* soit « science du beau », créé à partir du grec *aisthétikos* « qui a la faculté de sentir, sensible ».

**Esthète** : (XIXe S.) « Personne qui prône le culte de la beauté » Amateur de la qualité esthétique au niveau contemplatif. « Tout savoir sur l'art occidental » Richard Forestier, p. 128.

**Estime de soi** : valeur que l'on se donne.

**Etre humain** : qui appartient à l'espèce humaine et qui se distingue de l'espèce animale.

**Expression** : (XIVe S.) emprunté au latin *expressio* « action de faire sortir en pressant » Manifestation d'une pensée, d'un sentiment, par le langage, le corps, le visage, l'Art. Ce qui peut être observable dans le phénomène artistique puisqu'il s'agit d'une réaction au mécanisme d'impression.

**Gratification** : sentiment de satisfaction, de valorisation du sujet à ses propres yeux.

**Homme** : qui fait partie de la communauté humaine, voir être humain.

**Idéal** : qui atteint le plus haut degré de perfection imaginable, concevable.

**Idée** : représentation d'une chose dans l'esprit.

**Identité** : ensemble des éléments permettant d'établir, sans confusion possible, qu'un individu est bien celui qu'il dit être ou qu'on présume qu'il est.

**Imagination / imaginaire** : faculté de penser par images. – imaginaire : qui n'existe que dans l'imagination.

**Impression** : mécanisme général qui permet d'intégrer et de gérer les informations (qui sont d'abord des sensations) venues du monde extérieur vers notre monde intérieur. Les mécanismes de l'impression permettent conjointement le discernement et l'appréciation de ce qui est capté. Ce mécanisme mobilise donc nos sens, notre activité mentale dont la mémoire.

**Individu** : être humain considéré isolément par rapport à la collectivité.

**Intelligence** : capacité à adapter son comportement à un environnement ou une situation particulière.

**Intention** : acte de la volonté pour lequel on se fixe un but.

**Item** : plus petite unité mesurable.

**Goût** : faculté de discerner et d'apprécier les qualités et défauts d'une œuvre (subjectivité)

**Makaton** : le programme Makaton propose à l'enfant, sans langage oral, un outil de communication de base adapté à ses possibilités : il utilise des gestes issus de la langue des signes française, combinés ou non au code pictographique et toujours associés à la parole.

**Mémoire** : activité biologique et physique qui permet d'engrammer, de conserver et de restituer des informations. (Mémoire immédiate, différée, procédurale, ...)

**Musique** : art de combiner les sons suivant certaines règles. Ensemble des productions de cet art.

**Neurone** : Un neurone est une cellule du système nerveux cérébral spécialisée dans la communication et le traitement d'informations. Un neurone est une cellule excitable, c'est-à-dire qu'un stimulus peut entraîner la formation dans la cellule d'un signal bioélectrique ou influx nerveux qui pourra être transmis à d'autres neurones ou à d'autres tissus pour les activer (des muscles, etc.)

**O.M.S.** : organisation mondiale de la santé - est l'institution spécialisée de l'O.N.U. pour la santé.

**Pensée** : « la pensée est une activité psychique consciente qui traite les éléments fournis par la connaissance, la mémoire, la perception et l'imagination en combinant des idées et en formant des raisonnements et des jugements. » Dr Guelfi, psychiatre.

**Personnalité** : ce qui caractérise une personne dans son unité, sa singularité et sa permanence. Il s'agit de notre identité passée au filtre de la culture.

**Personne** : individu considéré en lui-même.

**Psychique** : relatif à l'esprit / adjectif de psychisme : ensemble particulier de faits psychiques qui concernent l'âme, l'esprit, la pensée en tant que principe qui régit la nature humaine et son activité.

**Qualité** : état caractéristique d'une chose.

**Relation** : lien existant entre des choses, des personnes (différents modes : sympathie, empathie, fusionnel,...)

**Ressenti** : sensation physique, état affectif, sentiment. En lien avec la sensation et les sens.

**Saveur existentielle** : qualité que l'on attribue de façon tout à fait subjective à sa vie. Ce terme implique les notions de sens à donner à sa vie et de qualité de vie. La saveur existentielle quand elle est préservée garantit le désir de vivre, de se projeter.

**Sens** : fonction par laquelle le système nerveux perçoit et analyse la réalité matérielle de l'environnement (par les capteurs sensoriels).

La sensation est le phénomène physiologique qui découle de la stimulation des sens. Il existe trois catégories de système de captation : l'extéroception, la proprioception (ou kinesthésie) et l'intéroception (inconscient et système végétatif).

**S.E.S.S.A.D.** : Service d'Education Spécialisée et de soins à Domicile

**Sites d'actions** : mécanismes défaillants pouvant causer des pénalités. L'art-thérapeute identifie les sites d'actions et détermine une stratégie thérapeutique afin de les prendre en charge.

**Souffrance** : réaction affective qui peut accompagner ou non la douleur physique.

**Stratégie** : Ensemble cohérent d'actions destinées à produire un certain résultat.

**Style** : ensemble des traits caractéristiques d'une œuvre – empreinte singulière laissée par l'auteur de l'œuvre qui concerne sa personnalité.

**Technique** : méthode, adaptée, réfléchie et élaborée, employée afin d'obtenir un résultat

**Vie** : 1.ensemble des phénomènes assurant l'évolution de tous les organismes animaux et végétaux depuis la naissance jusqu'à la mort. 2. Existence humaine. 3. Cours de l'existence, événements qui le remplissent. 4. Durée entre la naissance et la mort. 5. Vitalité, entrain. 6. Animation, activité. Vivre : éprouver, ressentir profondément.

Ce terme se différencie d'exister car il va bien au-delà de l'objectivité observable d'un être humain qui existe physiquement. Il implique déjà les notions de sens à donner à sa vie, de qualité de vie. Il possède donc une part de subjectivité. / Exister : (XVe S.) emprunté au latin *ex(s)istere* « sortir de, se manifester ». Etre en réalité, effectivement.

## Introduction

Ce mémoire rend compte d'une expérience en art-thérapie en complément de l'enseignement suivi à la faculté de Médecine de Tours. Il relate une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques au sein d'un institut médico éducatif accueillant des enfants et jeunes adolescents souffrant d'épilepsie pharmaco-résistante et atteints de handicap mental.

Dans un premier temps, la maladie épileptique, sous ses différentes formes, causes et traitements, sera présentée, l'épilepsie étant la maladie neurologique la plus répandue chez les enfants. Il s'agira ensuite de présenter le handicap mental dont la gravité et les causes sont tout aussi variables.

L'enfant ou le jeune adolescent qui traverse une période charnière, puisqu'à priori très riche en acquisitions de toutes sortes, va être plus ou moins parasité dans ses apprentissages et ses expérimentations. Il pourra ainsi être pénalisé au niveau physique, intellectuel, psychique, affectif et social. Ces perturbations et obstacles pourront avoir des répercussions défavorables sur l'image qu'il va se faire de lui-même, sur la confiance qu'il va s'accorder, sur l'estime qu'il va avoir de lui-même et finalement sur sa qualité de vie, voire, sa saveur existentielle\*.

Dans un deuxième temps, nous rappellerons ensuite que, par nature, l'Homme a toujours veillé à améliorer sa qualité de vie bien au-delà de ses besoins primaires. C'est ainsi qu'il va tout naturellement aller vers l'Art qui va être en mesure de lui procurer un plaisir tout à fait spécifique : le plaisir esthétique. L'Art sera également présenté comme un moyen privilégié de l'expression humaine, qui possède des effets relationnels et qui se manifeste par la production d'œuvres d'art caractéristiques parmi les productions résultant d'une activité humaine. Nous expliquerons alors que la médecine et les Hommes ont depuis toujours associé l'Art à la guérison de divers maux physiques et mentaux et qu'il existe aujourd'hui une discipline assimilée paramédicale à même d'aider les personnes pénalisées : l'art-thérapie. L'art-thérapie, telle qu'elle est enseignée à l'Ecole de Tours, sera présentée, ainsi que les théories sur lesquelles elle repose, les mécanismes que l'activité artistique induit et les spécificités des outils qu'elle propose.

Il sera démontré qu'une pratique des arts plastiques peut être tout à fait adaptée pour répondre aux besoins des enfants et jeunes adolescents pénalisés au sein de cette structure que nous présenterons également. Nous définirons le cadre art-thérapeutique tel qu'il sera fixé et expliqué aux enfants et jeunes adolescents adressés par indications du médecin responsable pédopsychiatre et avec l'accord de l'ensemble des équipes de l'I.M.E. Trois études de cas seront réalisées et développées jusqu'à en établir les bilans.

Enfin, dans la troisième partie de ce mémoire, nous nous interrogerons sur la possibilité dont peut disposer le cadre institutionnel d'un institut médico éducatif pour intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge afin que les enfants et jeunes adolescents pénalisés puissent profiter de ses spécificités et de son utilité. La discipline art-thérapeutique a reçu très globalement un accueil favorable et a été soutenue durant tout le stage par différents professionnels. Bien que l'art-thérapie reste méconnue pour un certain nombre d'entre eux ou ne correspondent pas à certaines de leurs attentes, nous verrons comment les difficultés rencontrées peuvent trouver des réponses et des solutions.

## **PREMIERE PARTIE : L'ART-THERAPIE PEUT FAIRE PARTIE D'UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE AUPRES D'ENFANTS SOUFFRANT D'EPILEPSIE PHARMACO-RESISTANTE ET ATTEINTS DE HANDICAP MENTAL.**

**A) Un enfant ou un jeune adolescent qui souffre d'épilepsie pharmaco-résistante et atteint de handicap mental peut souffrir d'une mauvaise estime de soi\* et d'une perte de confiance\* en soi.**

### **1) L'épilepsie est une affection neurologique chronique du cerveau.**

L'épilepsie (ou comitialité, terme synonyme, qui désigne le risque de répétition de crises) est une affection neurologique du cerveau. L'épilepsie se traduit par une mise en fonctionnement simultanée, hyper synchrone et anormale d'un ensemble de neurones\* pendant une très brève période appelée « crise » ou encore « convulsion ». Ces décharges peuvent avoir lieu dans différentes parties du cerveau\* et peuvent altérer les fonctions motrices, sensorielles, cognitives, psychiques\*, ainsi que la conscience. La diversité des causes et la diversité des symptômes que peuvent avoir les épilepsies sont le reflet de la complexité du cerveau et expliquent la grande variété des épilepsies. Il est important de rappeler que le cerveau\* joue un rôle vital.

#### **1.1 L'épilepsie est une maladie très répandue et la maladie la plus fréquente chez l'enfant.**

En France, on estime que 500 000 personnes souffrent d'épilepsie, dont la moitié a moins de 20 ans, mais la grande majorité d'entre elles peuvent mener une vie normale. La prévalence de l'épilepsie en France, est de 0,5%, soit 5 personnes pour 1000 habitants.

L'étiologie de l'épilepsie illustre la complexité de cette maladie. On appelle épilepsie idiopathique le type le plus courant de cette maladie (concerne 6 personnes sur 10) et n'a pas de causes connues. Lorsqu'on peut en déterminer la cause, on parle d'épilepsie secondaire ou épilepsie symptomatique. Elle est due à une lésion cérébrale ou à un dysfonctionnement identifiable tel que des anomalies des chromosomes, les pathologies vasculaires, des infections, des tumeurs d'origine cérébrale, des pathologies toxiques et métaboliques, des malformations cérébrales, des traumatismes crâniens, des pathologies neuro-dégénératives, des antécédents familiaux d'épilepsie. Les épilepsies cryptogénétiques ont une cause (organique) présumée mais les techniques d'imagerie ou de biologie actuelles ne parviennent pas à l'identifier.

#### **1.2 Il existe différents types de crises épileptiques.**

Les crises tonico-cloniques généralisées, convulsion ou crises convulsives généralisées ou « grand mal » se généralisent à tout le corps avec une éventuelle perte de connaissance et sont très spectaculaires. Les crises toniques pures : les muscles se raidissent. La conscience peut être altérée. Les crises myocloniques se présentent sous forme de secousses musculaires soudaines des bras, de la tête et parfois du reste du corps. La personne peut tomber. Les crises cloniques sont caractérisées par des secousses rythmiques répétées et entraînent parfois une perte de conscience. Il existe aussi les crises réduites à une chute brutale ou crises atoniques (chutes pouvant entraîner des traumatismes). On parle de crises focales ou partielles car les signes observés dépendent de la zone cérébrale touchée : parfois, il a modification de l'état de conscience, et on peut observer des mouvements involontaires et incohérents. On peut également observer des « absences brèves ». Typiquement, l'enfant « perd le contact » avec l'entourage pendant quelques secondes. L'activité électrique peut être observable sur l'électro-encéphalogramme, E.E.G., appareil médical utilisé par le neurologue. L'I.R.M. permet de rechercher s'il existe une lésion cérébrale et de suivre son évolution.

#### **2) L'épilepsie a la particularité de véhiculer bon nombre de croyances et de craintes.**

L'épilepsie est l'une des affections les plus anciennement connues de l'humanité. Elle a suscité pendant des siècles la crainte, les discriminations, l'incompréhension et la stigmatisation sociale. En effet, les crises peuvent figurer, pour certains, la mort, la manifestation d'un démon ou de la folie. La chute représente l'incapacité de la personne à maîtriser son propre corps. En Chine et en Inde, on considère couramment que l'épilepsie est un motif d'interdiction ou d'annulation des mariages, au Royaume-Uni, la loi interdisant aux personnes souffrant d'épilepsie de se marier n'a été abrogée qu'en 1970. Bien que les mœurs aient évolué, on peut comprendre que cette maladie qui véhicule une image dégradante puisse être source de honte et de mal-être pour la personne\* malade et pour son entourage.

### **3) L'épilepsie peut être traitée médicalement de différentes façons.**

#### **3.1 Différents traitements médicamenteux peuvent être prescrits. Ceux-ci peuvent provoquer de nombreux effets secondaires.**

Les antiépileptiques ont pour rôle principal de stopper l'apparition des crises. Si l'épilepsie est pharmaco sensible, les crises disparaissent assez rapidement après la mise en route du traitement. Si l'épilepsie est pharmaco dépendante, les crises disparaissent rapidement mais le risque de récurrence reste trop important pour que le patient puisse se passer de son traitement. Si l'épilepsie est pharmaco-résistante, les crises persistent pour un certain nombre de personnes (10 à 20% des cas). A noter, que la prise de médicaments reste quasiment systématique avec tous les effets secondaires que ceux-ci induisent. En voici une liste non-exhaustive, qui correspond aux molécules les plus régulièrement prescrites : Prise de poids et œdèmes, tremblements, perte des cheveux, troubles digestifs, vomissements, douleurs gastriques, gonflement des gencives, manque d'appétit, troubles de l'équilibre, risques allergiques, troubles visuels, maux de têtes, somnolence, fatigue, difficulté de concentration, risque de dépendance, sédation ou hyperactivité, confusion mentale, troubles de la conscience, agressivité, trouble du langage, troubles affectifs, dépression.

#### **3.2 Des prises en charge en psychothérapie peuvent être envisagées.**

Les personnes souffrant d'épilepsie peuvent également souffrir de troubles mentaux. L'épilepsie peut provoquer elle-même des troubles psychologiques importants. On constate également de nombreux troubles de l'humeur, du comportement et de l'anxiété. La souffrance\* psychique engendrée par tous ces différents troubles explique la nécessité d'une prise en charge par un psychothérapeute de la personne en souffrance.

#### **3.3 La stimulation du nerf vague est une intervention possible.**

On implante chirurgicalement sous la clavicule gauche un petit boîtier contenant une pile reliée à un fil conducteur que l'on enroule autour du nerf vague et qui envoie des impulsions électriques qui vont agir sur les foyers de l'épilepsie. Le nerf vague est le nerf crânien dont le territoire est le plus étendu et qui convoie des informations motrices, sensibles, sensorielles et surtout végétatives parasympathiques.

#### **3.4 Un régime céto-gène peut être mis en place.**

Ce régime thérapeutique qui peut durer entre 2 et 3 ans n'est prescrit que si l'enfant et sa famille sont très motivés : il s'agit en effet d'un régime fort peu appétissant très riche en graisses et très pauvre en protéines et en glucides, le corps est alors en état de cétose, ce qui réduit la fréquence des crises dans 30% des cas.

#### **3.5 On peut aussi envisager des interventions chirurgicales dans certains cas.**

La chirurgie peut être bénéfique pour les patients qui ne réagissent pas aux traitements médicamenteux mais elle ne concerne que des patients qui présentent un foyer épileptogène localisé qui peut être enlevé sans créer de déficit fonctionnel (troubles du langage ou troubles de la mémoire\*).

#### **4) Ces épilepsies sont parfois associées à des troubles graves et handicaps multiples :**

Des déficiences intellectuelles, des troubles cognitifs (mémoire, lenteur idéomotrice, concentration, langage, non accès à la symbolisation), des troubles moteurs ou instrumentaux, des troubles sensoriels parfois, des troubles de la personnalité\* (psychose infantile, autisme, névroses graves), des retards de développement, des troubles psychoaffectifs et du comportement.

#### **4.1 Il existe différents niveaux de déficience mentale décrits de la façon suivante par l'Organisation Mondiale de la Santé.**

Le handicap (qui est une déficience mentale à vie et qui ne peut être guéri comme c'est le cas pour la maladie mentale) est défini par l'O.M.S.\* en 2001 comme un « *terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu\* (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels ou environnementaux)* ».

On considère différents groupes de déficiences mentales : Les déficiences mentales légères : Quotient intellectuel supérieur à 50 et inférieur à 70 (déficience harmonique – dysharmonique) : correspond à un âge mental de 9 à 12 ans : possibilité d'acquisition d'aptitudes pratiques possibles, de la lecture ainsi que des notions d'arithmétique. Un certain degré d'indépendance est possible.

Les déficiences mentales moyennes : Quotient intellectuel supérieur à 30 et inférieur à 50 (déficience harmonique et dysharmonique) : correspond à un âge mental entre 6 et 9 ans, retard mental moyen : possibilité d'acquisition de notions simples de communication, d'habitudes d'hygiène, de sécurité élémentaires et d'une habileté manuelle simple.

Les déficiences mentales profondes et sévères : Quotient intellectuel inférieur à 30 (arriérations mentales) : correspond à un âge mental inférieur à 3 ans pour les retards mentaux profonds et 3 à 6 ans d'âge mental pour les retards mentaux sévères : retard massif dans toutes les acquisitions de la petite enfance, autonomie très partielle, langage inexistant ou réduit à quelques mots ou phonèmes. Possibilité d'un certain apprentissage impliquant les membres supérieurs, inférieurs et la mastication.

#### **4.2 L'étiologie de la déficience mentale se présente de la façon suivante.**

Les facteurs peuvent être endogènes : anomalies chromosomiques, facteurs biologiques lors de la grossesse, atteintes prénatales (infectieuses ou toxiques) atteintes post-natales : séquelles de méningite, de traumatisme crânien, de prématurité, d'épilepsie. Les facteurs peuvent être exogènes : absence de stimulation physique et sensorielle au cours de la petite enfance, carences affectives, maltraitance (et dévalorisation massive de l'image de soi avec possibilité de repli massif de soi), négligence grave (nutrition, sécurité...) L'activité épileptique peut être un facteur aggravant et évolutif de l'arriération. Peuvent être associés des handicaps moteurs, sensoriels ou psychiques. Il n'existe pas de traitement, seule une prise en charge la plus précoce possible peut parfois prévenir l'aggravation de cet état de déficit psychique.

#### **5) L'enfance est une période d'acquisition très importante. Celle d'un enfant souffrant d'épilepsie pharmaco-résistante et atteint de handicap mental est différente de celle d'un enfant dit valide. Bon nombre de pénalités vont affecter sa qualité\* de vie\*.**

##### **5.1 Il peut être pénalisé au niveau physique.**

La découverte et la maîtrise de son corps par l'enfant est empreinte par la maladie épileptique et par le handicap mental. L'enfant va rencontrer des difficultés plus ou moins importantes dans : la maîtrise de son corps afin d'entreprendre des actions réfléchies et orientées, (l'épilepsie et le handicap mental touchant les fonctions motrices), la découverte de la dimension intime (présence très fréquente d'un tiers au quotidien), l'autonomisation. Le

handicap moteur qui touche certains enfants peut être source de douleur\* physique. Dans certains cas de handicap mental ou de pathologies psychiatriques associées, un comportement physique inadapté peut avoir pour incidence de déformer le corps progressivement en fonction des tensions, torsions, mauvaises postures que celui-ci subi. Certains de ces enfants pratiquent l'automutilation, il faut alors soigner de réelles séquelles physiques. Les chutes et mouvements brusques avec chocs liés aux crises peuvent causer des douleurs physiques avec différents traumatismes et sont également suivies d'une forte fatigue. Les traitements médicamenteux sont parfois difficiles à cause des nombreux effets indésirables. Parmi tous ces désagréments, la fatigue est accentuée par un sommeil perturbé par une activité épileptique importante. Ceci a des incidences sur le tonus et l'éveil durant la journée. La fatigabilité liée au handicap mental lui-même est augmentée de façon exponentielle par le manque de sommeil. A cause d'un corps qu'il ne contrôle pas durant les crises ou à cause de lésions cérébrales, l'enfant peut aussi avoir des difficultés à se déplacer ou à articuler correctement pour se faire comprendre. L'enfant peut perdre confiance en lui (la confiance étant basée sur le ressenti\* corporel), voire perdre, petit à petit, de la qualité en termes de saveur existentielle.

### **5.2 Il peut être pénalisé au niveau intellectuel.**

L'enfant souffrant d'épilepsie et atteint de handicap mental peut être plus ou moins parasité dans les apprentissages puisque limité dans ses fonctions cognitives et parfois sensorielles. Il peut présenter : un retard plus ou moins important dans les acquisitions (langage limité, problème d'expression), des difficultés à être capable d'adaptabilité, de projection et d'évolution, des difficultés à se représenter le monde et à s'en créer ses propres représentations mentales et symbolisations (puisque sa capacité à engrammer de nouvelles informations ou à en garder d'autres supposées acquises va être altérée), des difficultés en termes de compréhension et de mémorisation, des difficultés à catégoriser, à élaborer des idées\* (la pensée étant parasitée), à être attentif (accentuée par la fatigue), à se repérer spatio-temporellement et à acquérir un schéma corporel correct, une altération de la qualité des informations retenues ainsi que du rythme d'acquisition (il est donc nécessaire de prévoir un temps de latence entre la formulation d'une question et la réponse attendue). Ces difficultés cognitives se traduisent par un besoin constant de recourir à un mode de raisonnement concret. Là aussi, l'enfant peut progressivement perdre confiance en lui, ne pas oser s'affirmer, se mésestimer, voire perdre, petit à petit de la qualité en termes de saveur existentielle.

### **5.3 Il peut être pénalisé au niveau psychique.**

Les crises d'épilepsie sont source d'angoisse et de confusion mentale puisque l'enfant perd momentanément tous ses repères avec des pertes de conscience (et de la vigilance) et les « ruptures » caractéristiques à l'épilepsie. On peut également considérer que la crise puisse être vécue comme une intrusion, une attaque physique et psychique : par la perte du contrôle de son corps et une totale impuissance face à cette intrusion.

Concernant les pénalités psychiques causées par le handicap mental, les déficiences mentales légères et moyennes se distinguent par leur caractère harmonique ou dysharmonique. Dans le premier cas, l'ensemble du fonctionnement psycho-intellectuel est perturbé, à des degrés divers mais de façon relativement homogène. Dans le second, ce sont les facteurs affectifs qui prévalent : la faible efficacité intellectuelle n'est que le résultat apparent d'une dysharmonie d'évolution, soit de versant psychotique (anxiété psychotique massive, archaïque\*, désintérêt pour le réel et les moyens d'expression verbale, bizarreries comportementales, contact étrange et froid), soit de versant névrotique (en particulier avec inhibition et refoulement aboutissant à des conduites d'échec avec régression ou fixations affectives), soit enfin de versant dépressif (la dépression s'accompagnant comme chez l'adulte d'une baisse de l'efficacité intellectuelle). L'enfant peut alors souffrir de : troubles des pulsions, de conduites

instinctuelles parfois accompagnées d'une instabilité motrice, de trouble du comportement, de troubles de l'émotion, de l'affect, de l'humeur c'est-à-dire la perturbation de l'intensité et de la qualité des sentiments et des émotions\*, de la durée, de la stabilité des états affectifs, de la capacité d'avoir des comportements intentionnels et de contrôler ses propres actions. Ayant du mal à imiter ses proches et donc à s'en dégager pour se singulariser, il a d'autant plus de difficulté à affirmer ses choix, ses goûts\* et son style\* et affirmer sa personnalité\*. Tous ces parasitages et entraves viennent déformer l'image qu'il se fait de lui-même et altérer sa confiance en lui et l'estime qu'il se porte ce qui peut altérer son désir d'engagement dans sa vie. La saveur existentielle peut alors être également altérée.

#### **5.4 Il peut être pénalisé au niveau affectif.**

Lorsque les premières crises d'épilepsie apparaissent et avant que le diagnostic ne soit posé, les familles et l'enfant traversent une période chargée d'une très grande inquiétude et de beaucoup d'angoisse. Les crises peuvent être très choquantes pour le malade et aussi pour ses proches. Un sentiment d'insécurité permanent et une anxiété anticipatoire se font sentir, très délétères pour l'image de soi et la confiance en soi. Ceci étant très variable selon l'âge de l'enfant, sa personnalité et celle des membres de sa famille. Les parents vont ensuite devoir faire le deuil d'un enfant en bonne santé et accepter parfois très difficilement l'imprévisibilité et la violence des symptômes de l'épilepsie et l'irréversibilité de l'état de handicap mental. L'enfant est alors perçu dans un statut à part et peut ressentir les différentes émotions qui submergent son entourage allant du rejet à la fusion. La question de la séparation se pose lors d'hospitalisations et également quand l'enfant est accueilli en internat dans une structure comme l'I.M.E. (même si cela comporte également des effets bénéfiques pour la famille qui dispose ainsi d'un soutien supplémentaire et en quelque sorte d'une soupape pour continuer à faire face à un quotidien parfois bien difficile). Elle peut être mal vécue. La maladie et le handicap peuvent donc bouleverser la vie de famille. Il n'est d'ailleurs pas rare que le couple parental ne survive pas à la lourdeur de la gestion de la maladie et du handicap. L'enfant perçoit les émotions de ses proches qui lui servent de repère pour se situer et s'évaluer. Le regard des personnes extérieures à la famille peut également être mal vécu par l'enfant et sa famille. De part sa difficulté à adopter un comportement social adapté à une situation, l'enfant pourra avoir du mal à entrer en contact avec autrui (attitude de fusion jusqu'à un repli total sur soi). Si la confiance et l'estime de soi étaient déjà affaiblies, ce contexte fragilise encore davantage un être en devenir dont le chemin est rempli d'obstacles et dont l'avenir social, professionnel éducatif demeure très incertain. L'enfant peut se sentir dévalorisé, mal-aimé, jugé, responsable. Cela n'est pas sans incidence sur la plus ou moins bonne image qu'il peut se faire de lui-même, sur l'estime de lui-même et sur la confiance qu'il peut se porter.

#### **5.5 Il peut être pénalisé au niveau social.**

L'effet social est délicat à apprécier car il est très individualisé. Dès la première crise, les processus relationnels avec l'entourage sont modifiés. Chez le petit enfant, l'installation de l'épilepsie pèse sur son évolution et perturbe obligatoirement les mécanismes d'échanges\*. Par ailleurs, la représentation de l'épilepsie est très différente selon l'origine ethnique, la religion, la culture et le niveau socioculturel. La maladie épileptique n'attire pas la sympathie de la société comme d'autres maladies. Les difficultés liées au retard mental sont plus ou moins importantes : l'adaptation sociale et la relation avec autrui sont donc plus difficiles. La réaction de la famille face à la maladie et au handicap a elle aussi des conséquences : elle peut se replier et se réorganiser essentiellement autour de l'enfant malade et handicapé et appauvrir le lien social et le réseau relationnel des parents et donc de toute la famille. La déscolarisation est très fréquente. Pour toutes ces raisons, là encore, il y a des risques que l'enfant se mésestime, ait une image de lui déformée et perde progressivement confiance en lui.

**B) Les êtres humains aspirent à être heureux et ils ont toujours utilisé l'Art\* pour améliorer leur qualité de vie.**

**1) L'être humain\* ne se contente pas de répondre à des besoins\* primaires : il a besoin d'échanges d'un autre type car il cherche à améliorer sa qualité de vie.**



Réflexions à partir de la pyramide des besoins fondamentaux d'Abraham Maslow.

La théorie des besoins fondamentaux d'Abraham Maslow (psychologue américain 1916-1972) est un outil qui nous permet de classifier les besoins des Hommes. Elle s'appuie sur des besoins primaires mais progressivement les besoins de l'Homme vont se positionner bien au-delà de besoins d'échanges organiques élémentaires. Selon Maslow, les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Cette pyramide répond à une dynamique, à savoir que si l'un des besoins n'est pas satisfait cela peut compromettre son équilibre tout entier. Les notions de confiance en soi, d'estime de soi et d'affirmation de soi\* qui garantissent une qualité de vie satisfaisante y apparaissent successivement. Ce sont ces besoins qui créent la motivation et pour y répondre, l'Homme va être animé par le désir de répondre à ses attentes quelle qu'en soit la nature. Une dynamique va s'installer puisque le monde extérieur va nous stimuler et nous inciter à réagir. On comprend rapidement que pour certains, enfants souffrant d'épilepsie et atteints de handicap mental, les difficultés apparaissent très rapidement dans l'incapacité à répondre à ces différents besoins, parfois dès le premier niveau de la pyramide.

**1.1 Pour être heureux l'Homme va utiliser sa sensorialité qui est l'interface entre le monde extérieur et son monde intérieur.**

Pour pouvoir répondre à ses besoins et parce qu'il a été stimulé par son environnement extérieur, l'Homme va utiliser sa sensorialité c'est-à-dire au niveau physiologique ses sens et ses capteurs sensoriels (la peau, les yeux, les oreilles, le nez, la langue). Ceux-ci vont lui envoyer des informations via des signaux envoyés par des neurotransmetteurs dans son cerveau. L'esthésie\* va également garantir une transmission de qualité de ces informations. Ensuite, le cerveau qui aura traité ces informations ou ces sensations va organiser l'activité mentale, organique et physique qui permettra de répondre favorablement à la demande. Ce

mécanisme va garantir l'existence des échanges entre lui et le monde extérieur et également assurer les mécanismes d'impression\* et d'expression\*. Toutes les informations et sensations que l'Homme va recevoir volontairement ou involontairement de l'extérieur grâce à sa sensorialité vont venir s'imprimer en lui (mémoire mentale et physique). Elles vont ainsi intégrer son monde intérieur en termes de ressentis, de sensations, de souvenirs, de gratifications\* sensoriels et vont engendrer une réaction qu'on appellera expression qui impliquera à son tour des facultés mentales telles que notamment la mémoire, l'imaginaire. Ces mécanismes d'échanges entre lui et le monde extérieur ou mécanismes d'impression et d'expression permettent à l'Homme de s'affirmer en tant qu'individu, puis en tant que personne\* puisqu'ils lui permettent de se distinguer d'une part du monde qui lui est extérieur et aussi de ses semblables. Il pourra ainsi affirmer sa personnalité, ses goûts et son style dans tous les actes de sa vie. Il est important de noter que nos perceptions sensorielles sont limitées et que l'usure de nos capteurs, la fatigue ou certaines atteintes neurologiques peuvent les altérer. Par ailleurs, la réponse de notre cerveau aux sensations qu'il capte dépend du bon fonctionnement de ce dernier.

### **1.2 La qualité de vie est induite par une bonne santé.**

La définition qui suit est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946. *« La santé est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée. »* Comme nous l'avons vu dans la présentation de la classification des besoins selon Abraham Maslow, il existe différents types de besoins qui assurent dans leur ensemble dynamique la confiance en soi, l'estime de soi et la confiance en soi et donc une qualité de vie satisfaisante. Et comme nous l'avons expliqué précédemment, l'esthésie et le mécanisme d'échanges permettent l'impression et l'expression par une captation sensorielle de bonne qualité et un traitement mental efficient permettent à l'Homme de répondre à ses besoins et de s'affirmer. On comprend donc aisément, que pour que l'Homme puisse jouir d'une qualité de vie satisfaisante, il faille qu'il soit en bonne santé.

### **2) L'Homme va naturellement aller vers l'Art qui va lui procurer un plaisir esthétique\*.**

L'Homme est d'abord apparu sur Terre et ensuite l'Art est né de l'activité\* humaine. En effet, dès le début de l'histoire de l'humanité, les êtres humains ont cherché à répondre, au-delà des besoins vitaux, telles que la faim, la soif, le sommeil, à d'autres besoins existentiels comme celui de se sentir heureux. *« Les être humains souhaitent être heureux ; donc la vie comme seul mécanisme biologique ne suffit pas ; elle doit être accompagnée de qualité. Qualité mécanique et qualité dans ses intérêts. (...) L'être humain avec le temps et ses expériences, va s'épanouir dans cette recherche de qualité de vie. »* (Richard Forestier dans *Regard sur l'Art*, p. 6, Editions See You Soon). C'est dans cette quête que l'être humain va multiplier les expériences et s'épanouir dans cette recherche de qualité de vie puisqu'il va enrichir ses connaissances. Celles-ci, qui sont fondées sur le champ des impressions, sont de deux natures principales : elles sont soit sujettes à la représentation ou bien à l'abstraction (l'imaginaire). C'est parce que les connaissances sujettes à l'abstraction échappent à la représentation que l'Homme va vouloir chercher à les représenter via un support. Des échanges d'une autre nature que ceux qui viennent répondre à des besoins organiques se manifestent alors par la production d'œuvres d'art. Et c'est ainsi que l'Art et le pouvoir d'entraînement de l'Art que Platon (philosophe grec 428 av JC – 347 av JC) évoque dans *Phèdre*, provoquent une activité qui peut elle-même engendrer des émotions et des gratifications sensorielles. L'activité artistique sera alors la seule activité à pouvoir apporter une émotion d'une nature toute particulière : l'émotion esthétique. L'esthétique concerne tout ce qui est en lien avec la

perception du Beau et avec les émotions que cela suscite. Il est important de noter, que tous les Hommes ne vont pas s'investir de la même façon pour entrer en activité artistique et avec la même intensité. Ces échanges entre l'Homme et son environnement prennent leur raison d'être dans l'intimité des désirs de l'être humain. Cela dépendra également de la personnalité de la personne, de son intention\*, de ses capacités mentales, physiques, et d'un savoir-faire technique. Il faut également noter une différence afin d'éviter des confusions en termes d'expression artistique. Il faut distinguer l'artiste\*, l'artisan\* et l'esthète\* : ici la question de la finalité de l'œuvre produite a toute son importance, la production est-elle agréable\*, esthétique ou bien uniquement utile et fonctionnelle ? L'œuvre d'art se distingue très nettement car elle n'existe qu'en elle-même, par elle-même et pour elle-même. Il nous faut également faire une distinction entre les termes « art\* » et « Art\* ». Depuis la fin du XXème siècle, les arts sont répertoriés de la façon suivante : 1<sup>er</sup> art : l'architecture ; 2<sup>e</sup> art : la sculpture ; 3<sup>e</sup> art : la peinture ; 4<sup>e</sup> art : la musique ; 5<sup>e</sup> art : la poésie ; 6<sup>e</sup> art : la danse, le mime, le théâtre et le cirque, aujourd'hui les « arts vivants » ; 7<sup>e</sup> art : le cinéma ; 8<sup>e</sup> art : la radiodiffusion, la télévision et la photographie, regroupées en « arts médiatiques » ; 9<sup>e</sup> art : la bande-dessinée.

### **2.1 Par exemple, les fresques des grottes de Lascaux en Dordogne témoignent d'un besoin existentiel de s'exprimer artistiquement au-delà d'une survie organisée et assurée 13 000 ans avant J-C.**

Pour exemple, l'art paléolithique et notamment la licorne que l'on peut observer dans les fresques des grottes de Lascaux en Dordogne est un premier témoignage de la création artistique en tant qu'œuvre. L'Homme a alors été capable de s'extraire du monde réel qui l'entoure pour faire une création et avoir le désir de représenter un animal imaginaire : la licorne. En effet, les œuvres d'art se caractérisent par deux natures principales de présentation, celles qui se réfèrent à l'imitation et à la représentation, telles que les multiples représentations d'animaux sur les fresques et celles qui se réfèrent à l'invention et à la création. C'est dans une des fresques de Lascaux que l'on observe pour la première fois la représentation d'un homme en tant qu'œuvre d'art. On pourrait alors également parler de conscience de soi. On ne sait toujours pas à ce jour si on peut ajouter à cette recherche de bien-être esthétique une dimension sacrée puisqu'on s'interroge sur l'utilisation de cet environnement particulier pour la pratique de rituels. Le lien entre l'Art et le sacré sera très fort durant l'antiquité où l'artiste est au service des divinités. Plus tard, durant le moyen âge ou très peu de personnes sont lettrées, les œuvres d'art serviront également de légende pour illustrer le récit de textes divins inaccessibles textuellement. L'Art ne cessera et ne cesse d'évoluer et reflète très souvent un contexte social, politique, économique.

### **2.2 L'Art peut améliorer la qualité de vie des êtres humains car c'est un moyen privilégié de l'expression humaine.**

Rappelons tout d'abord que « *si l'Art est expression humaine, toute expression humaine n'est pas de l'Art* ». (Richard Forestier). L'Art possède un pouvoir expressif dans la mesure où il met en œuvre des mécanismes permettant l'expression, ces mécanismes étant l'impression, l'intention, l'action, la technique\* (teknê) et la production. La notion d'échange, qui est le fondement même de la vie où l'extérieur vient en nous par le premier souffle de la vie que nous expirons ensuite, est également indissociable de l'activité artistique. Un individu va décider de s'engager dans une activité artistique car il est sensible à ce type d'expression privilégiée. Il en a le désir et il va, toujours dans un mécanisme d'échanges, s'inspirer de l'interaction entre lui et le monde qui l'entoure. Il va utiliser les connaissances qu'il a engrangées dans sa mémoire, dans un mécanisme d'impression pour ensuite pouvoir produire une activité d'expression artistique. L'Art se connaît par les œuvres d'art qui sont produites par les Hommes (artistes) et qui sont donc le fruit d'une activité humaine. Sans Homme, il n'y a pas d'Art et on pourrait presque dire sans Art il n'y a pas d'Homme

puisqu'on ne connaît aucune civilisation qui puisse se passer d'Art (même si toutes ne le nommeront pas tel quel). On peut dire aussi que ce qui fait le lien entre la qualité de vie et l'Art c'est l'humanité ou l'humanisme de l'activité et des gratifications reçues. L'Art va en effet gratifier nos sens ce qui va être source du plaisir artistique qui est déterminé par le plaisir esthétique. Il provoque des émotions et un ressenti corporel qui vont nous pousser à poursuivre l'activité artistique. L'émotion en question est toute particulière puisqu'il s'agit d'une émotion esthétique ce qui est très spécifique à l'Art. L'Art peut alors nous permettre d'exprimer nos sentiments, nos émotions, notre goût et nous permettre de nous rapprocher de notre idéal\* esthétique qu'on appelle aussi le principe d'idéalisation (c'est-à-dire rechercher une cohérence parfaite entre ce que l'on veut exprimer, le fond, et la façon dont on l'exprime, la forme). L'Art répond à des techniques et des connaissances au service d'émotions et de ressentis corporels.

### **2.3 L'Art possède également des effets relationnels.**

L'Art est une modalité d'expression humaine à visée communicante et ce même si la communication se fait sur un mode non verbal. L'activité artistique permet à celui qui la pratique d'exprimer son ressenti intérieur dans le monde extérieur (impression, expression). Chaque artiste y inscrit son style et son goût qui révèlent sa personnalité. La production d'œuvres d'art permet donc de créer un lien avec autrui qui fait partie du monde extérieur de celui qui produit. L'être humain est un être social. L'Art peut lier les Hommes de cultures, d'âges et de conditions sociales différents grâce à sa dimension universelle. Pour illustrer ses propos, prenons l'exemple d'un concert de musique\* : que les personnes soient artistes et jouent de la musique ensemble ou qu'elles ne soient là qu'en qualité d'esthètes, elles prendront plaisir à se réunir afin de profiter ensemble de la performance artistique. L'Art contient donc des éléments communs à tous les Hommes qui créent du lien. Cet aspect d'universalité est très intéressant notamment dans l'optique de prise en charge en groupe où chaque participant est très différent de son voisin et où l'Art par les émotions qu'il suscite peut servir de liant social. Ce liant permet aussi à la personne qui expose ses productions d'être reconnue pour ses compétences artistiques ce qui permet d'abattre le fossé causé par la maladie et le handicap et d'être revalorisé en tant que personne. « *L'Art a donc des pouvoirs expressifs et des effets relationnels. Relationnels puisque la production artistique en elle-même n'est pas suffisante. Pour l'épanouissement complet de l'activité artistique et de l'Homme, le lien avec la communauté des Hommes est indispensable. La production artistique est destinée à un public ; l'Art réunit les Hommes* ». (Richard Forestier, dans *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p. 32, Editions Favre).

### **2.4 Les œuvres d'art se caractérisent par leur forme, leur fond et leur rayonnement et tendent vers un idéal esthétique.**

Comme nous l'avons dit, les œuvres d'art résultent de l'activité artistique de l'Homme et trois caractéristiques vont la déterminer : son fond, sa forme et son rayonnement.

Le fond est en rapport direct avec la subjectivité de l'artiste. En effet, il correspond au contenu de l'œuvre donc au choix que l'artiste aura fait quant au thème qu'il aura désiré représenter soit par création, imitation ou représentation. La forme correspond à la façon dont est présentée l'œuvre et répond donc à des critères beaucoup plus objectifs (type de support, de matériaux, la taille, la technique utilisée). La forme est donc la partie objective de l'Art.

Plus le fond et la forme tendront à se rejoindre plus l'artiste s'approchera de son idéal esthétique. Et c'est très souvent car il est très difficile d'y parvenir que l'artiste ne va cesser de se relancer dans sa quête d'idéal. « *L'esthétique est un effort de cohérence et d'orientation de l'activité humaine* » Richard Forestier dans *Tout savoir sur l'Art Occidental*, p. 160, Editions Favre.

L'œuvre d'art produite se donne alors ensuite à être captée par son auteur et par un public. Elle dispose en effet d'un pouvoir particulier puisque de la combinaison de sa forme, de son

fond elle va susciter une réaction émotionnelle chez les personnes qui la contemplent : elle dispose d'un pouvoir de rayonnement : l'esthétique. C'est ce qui va la différencier par exemple d'une chaise posée non loin d'elle. On va en effet être capable de l'identifier en tant qu'œuvre d'art car elle provoque une émotion esthétique et un plaisir ou déplaisir esthétique. La notion d'esthétique est abordée et remaniée au fil du temps et fait progresser sa définition : Dans l'antiquité grecque, on considère que l'artiste ne fait qu'imiter l'extérieur (mimésis) et qu'il est inspiré par les divinités. La théorie platonicienne s'appuie donc sur l'objectivité absolue de la production artistique qui résulte de la copie du monde extérieur. « *Directement issue de l'esthésie domaine physiologique de la sensibilité, l'esthétique trouve sa définition comme science du beau au XVIIIème siècle avec Baumgarten.* » (Richard Forestier dans *Regard sur l'Art*, p.20, Editions See You Soon). Baumgarten, (1714 – 1762, philosophe allemand), qui définit l'esthétique comme la science du Beau, s'appuie donc sur la théorie d'un lien établi entre le monde intérieur de l'artiste (subjectivité) et ce qui relève du monde extérieur (objectivité). D'après Kant, (1724 – 1804, philosophe allemand), la subjectivité de l'artiste prévaut sur l'objectivité du monde extérieur puisque celui-ci va utiliser comme modèle la représentation qu'il se fait du monde extérieur et non pas le monde extérieur lui-même. Bergson, (1859 – 1941, philosophe français), quant à lui, s'appuie sur les lois de la biologie et le rapport entre le monde extérieur et intérieur qui établit une faculté artistique. Richard Forestier, définit l'esthétique comme « *l'implication du processus émotionnel complexe fondé sur une activité de réflexion entre un état d'attente de l'organisme humain et une chose perçue et déterminée par la nature d'impacts sensoriels qu'elle peut produire* ». (Richard Forestier dans *Tout Savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre).

**C) Il se trouve qu'il existe une discipline assimilée paramédicale qui peut aider les personnes pénalisées et qui utilise certains effets de l'Art : l'art-thérapie.**

**1) L'art-thérapie selon le modèle universitaire de l'Ecole de Tours se définit de la façon suivante.**

Les origines de l'art-thérapie sont lointaines puisqu'on retrouve une première manifestation de l'art-thérapie dans la bible dans le personnage du roi Saül où toute maladie psychique correspond à une possession par le démon et où un morceau joué à la harpe le guérit : il s'agissait alors de musicothérapie passive. Dans le monde grec et latin, Art et médecine sont liés. On exploite les effets salutaires de la peinture, du théâtre ou de la musique. Hippocrate (460 av JC – 370 av JC, médecin grec) écrit que la musique refroidit les humeurs internes. D'après Aristote (384 av JC – 322 av JC, philosophe grec), la « catharsis » permet de purifier les passions des spectateurs et des acteurs de pièces de théâtre. On retrouve plus tard dans l'histoire du moyen âge, en Italie, d'autres traces de l'art-thérapie avec la danse et la musique entraînante de la Tarentelle qui est censée guérir et « dissiper » la piqure de la tarentule. Plus tard, le Marquis de Sade (1740 – 1814, romancier et philosophe français) apparaît comme un précurseur de l'art-thérapie puisque vers 1800, à l'Asile de Charenton, il organise des représentations produites par des aliénés, des soignants et des comédiens. L'Asile de la Salpêtrière à Paris propose le bal des folles et des hystériques. Walter Morgenthaler (1882 – 1965, psychiatre allemand) publie en 1921, *Un malade mental en tant qu'artiste*, un ouvrage consacré à l'artiste schizophrène Adolf Wölfli (1864 – 1930, artiste peintre suisse) et le médecin allemand Hans Primzhorn (1886 – 1933, psychiatre allemand) est l'auteur en 1922 de l'ouvrage, *L'expression de la folie*, qui traite de la force créatrice insoupçonnée de certains patients isolés du monde extérieur. Cela va même inspirer un mouvement artistique puisque Dubuffet (1901 – 1985, artiste plasticien français), qui s'intéresse à ce type de productions, va créer le courant d'Art Brut. En 1959, l'Hôpital Sainte-Anne crée la société française de psychopathologie de l'expression. Durant les années cinquante et soixante, des psychiatres et psychologues mettent à jour un travail exemplaire qui oriente l'art-thérapie vers les voies de

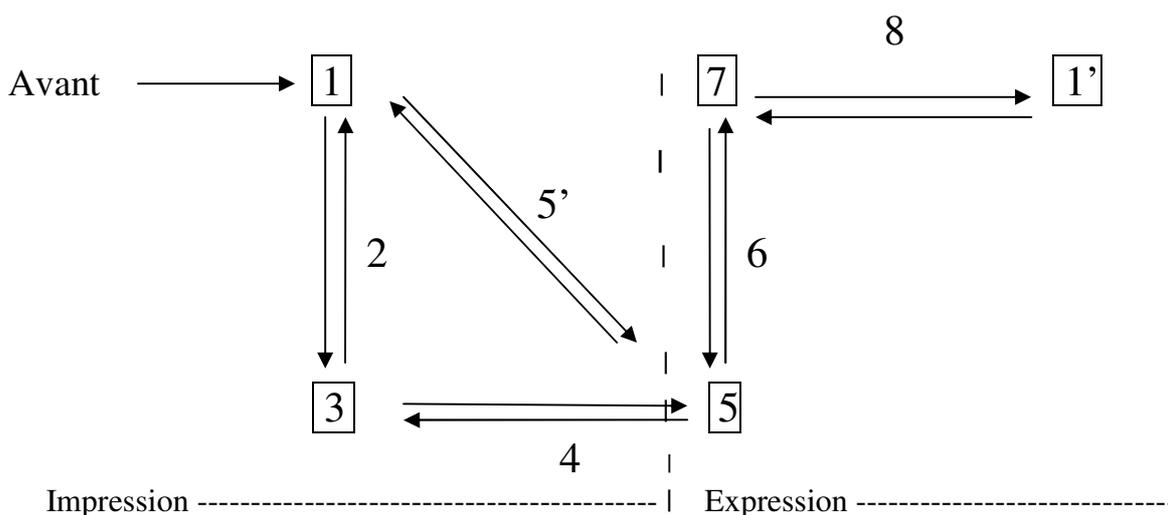
la psychanalyse et de la psychothérapie. Vers les années 1970, les recherches tourangelles commenceront à dégager l'art-thérapie de cette orientation psychanalytique.

Aujourd'hui, l'Ecole de Tours définit l'art-thérapie comme « l'exploitation du potentiel artistique d'une personne dans une visée humanitaire et sanitaire ». L'art-thérapie s'adresse donc à des personnes qui souffrent de troubles de l'expression, de la relation, de la communication et qui sont en perte d'autonomie et d'estime de soi. L'art-thérapie permet d'exploiter de façon sanitaire le pouvoir expressif et les effets relationnels inhérents à l'activité artistique. Il faut également rappeler que l'Art n'est pas thérapeutique (et que l'on connaît bon nombre d'artistes qui n'ont pu être soulagés de leurs pénalités causées par des maladies physiques ou mentales par leur pratique artistique). Ce sont les sensations et les mécanismes qu'il produit qui peuvent être thérapeutiques. Notons cependant également que ces effets produits peuvent être dangereux et contre indiqués pour certaines personnes. En effet, celles-ci peuvent ne pas être en mesure de recevoir toutes ces informations sensorielles et émotionnelles à la fois ou même progressivement, ou de les décoder correctement. L'activité artistique peut les renvoyer à leurs limites cognitives, physiques ou autres. Cela les positionne alors dans ce que l'on appelle une boucle d'inhibition\* et une situation d'échec ou activer des mécanismes de défense. (Le but étant au contraire de placer la personne pénalisée dans une boucle de renforcement\* afin qu'elle puisse profiter de sensations corporelles et d'émotions gratifiantes.

## 2) L'art-thérapie, par les mécanismes qu'elle induit, peut restaurer la qualité de vie d'une personne pénalisée.

L'art-thérapie utilise la pratique d'une activité artistique en vue d'améliorer la qualité de vie d'une personne pénalisée. En effet, l'activité artistique active différents mécanismes chez la personne prise en charge. « *Qu'il soit contemplé ou à faire, l'Art implique l'être humain, et se présente sous forme d'une opération singulière qui va caractériser le phénomène artistique.* » (Richard Forestier, *Regard sur l'Art*, Editions See You Soon). Le phénomène artistique est la partie observable de l'opération artistique et qui correspond à trois temps : l'intention\*, l'action et la production.

Les flèches à double sens symbolisent l'autorégulation de l'activité artistique.



D'après le modèle établi par Monsieur Richard Forestier  
(*Tout savoir sur l'art-thérapie*, p. 185, Editions Favre)

L'avant correspond à tout ce qui existait auparavant en termes de production d'œuvres d'art. La personne se présente également avec son passé, son histoire, sa culture. Elle s'inscrit dans un contexte social, dans l'histoire de l'humanité. La personne peut donc se faire des représentations de ce qui a déjà pu lui être présenté.

La phase 1 correspond à la phase de l'accident spatio-temporel et à la présentation de l'œuvre d'art considérée en elle-même, pour elle-même, par elle-même (information).

La phase 2 correspond au rayonnement de l'œuvre grâce à son pouvoir esthétique et à sa captation.

La phase 3 correspond à l'impact sensoriel via les capteurs sensoriels (organes sensoriels) ou traitement brut et archaïque de l'information. Il s'agit de l'amorce du traitement de l'information en phase 1 (grâce à un sentiment de sécurité qui permet aux mécanismes neurovégétatifs et neurologiques de traiter celle-ci). La mémoire (en termes physique et mentale) enregistre alors l'information (qui devient une connaissance) L'esthésie assure le bon déroulement de cette phase.

La phase 4 correspond au traitement sophistiqué de l'information. C'est-à-dire que la personne peut transformer l'information (ressenti et captation) en connaissance et ainsi utiliser sa mémoire, ses autres connaissances et son intelligence\* au profit d'une activité mentale dans ses modalités psychologiques. Les mécanismes de représentations imagées vont produire l'imaginaire et les mécanismes d'abstraction permettent à la personne de se figurer une chose sans qu'elle ne soit présente au moment même. L'intention naît lors de cette phase et permet le passage de l'impression à l'expression. L'intention va faire naître une réaction, un acte volontaire dirigé, qui sera observable en amorce dans la prochaine phase puis finalement en phase 6.

La phase 5 correspond à la poussée corporelle ou élan corporel. Le corps est impliqué (même sans réaction physique à priori observable). Il s'agit d'une interaction entre le corps et l'esprit. C'est lors de cette phase que l'on quitte la phase de tension esthétique pure et que l'on produit l'activité artistique.

Une phase 5' correspond à celle dite du contemplateur qui est impliqué activement par l'attention et l'attitude physique adaptée à la contemplation. C'est alors l'intention de la personne qui permet de distinguer la phase 2 et la phase 5'.

La phase 6 correspond à l'adaptation d'un savoir-faire (la technique – art). Le corps est alors en mouvement et agit selon la volonté de la personne afin de produire une œuvre artistique. Les mouvements corporels s'autorégulent entre la volonté et l'intention (qui est dans le monde intérieur de la personne qui produit une œuvre) et la réalité produite (qui est dans le monde extérieur). Un va-et-vient entre les phases 5 et 6 va permettre à la personne de réajuster sa technique et son savoir-faire en fonction de ce qu'elle souhaite produire. Seront impliquées la motricité, la psychomotricité et l'organisation des mouvements.

La phase 7 correspond à la production artistique. C'est-à-dire la synthèse de toutes les phases précédentes. Le monde intérieur de la personne émerge dans le monde extérieur sous forme artistique et s'inscrit dans le temps et l'espace. Cette phase est très liée à la phase 6 (technicité) et la phase 4 (traitement sophistiqué de l'information) où la production est déjà en préparation.

La phase 8 correspond au traitement mondain, c'est-à-dire que l'œuvre terminée, (qui devient un « en-soi »), rayonne artistiquement et se donne à son tour à être captée par autrui pour ses qualités esthétiques. Cette phase peut être gratifiante puisqu'elle peut susciter une forte adhésion de la part du public et devenir alors un élément dynamique et constructif dans l'épanouissement de l'artiste (affirmation de soi, confiance et estime de soi). Cette phase implique également l'acceptation des autres et des lois et règles qui régissent l'Art et la société.

Enfin lors de la phase 1', l'œuvre devient alors culture artistique et un nouvel accident spatio-temporel artistique de nature à perpétuer l'opération artistique des êtres humains.

La compréhension de l'opération artistique va permettre à l'art-thérapeute d'observer le phénomène artistique.

### **3) L'art-thérapie s'appuie sur la théorie de l'art opératoire.**

La théorie de l'art-thérapie s'appuie sur trois concepts qui interviennent dans le processus artistique : le Bon, le Bien et le Beau (théorie des trois B). Les deux premiers concepts peuvent s'appliquer au développement général de l'Homme. Le Beau, lui, est spécifique à l'Art.

Cette théorie démontre que l'Art et l'idéal esthétique sont liés aux objectifs que l'Homme se fixe de façon générale dans un souci de recherche de qualité de vie et qui l'aident à se découvrir et à s'affirmer.

En art-thérapie, le Bon (le Vouloir) se définit comme le rapport entre une gratification sensorielle et la réaction idéalisante (c'est-à-dire la recherche d'un idéal qui se manifeste en dehors de soi) que celle-ci produit. Cela correspond à l'intention dans l'activité artistique et dans l'opération artistique aux phases 3 et 4.

Le Bien (le Pouvoir) concerne la technique utilisée pour répondre aux attentes esthétiques. L'intention pure passe à l'expression pure par l'action dans l'activité artistique, ce qui demande de la confiance en soi et également une faculté critique. La capacité à faire des choix est nécessaire et c'est là que le style de la personne va s'imposer. Dans l'opération artistique cela correspond aux phases 5 et 6. Le Bien a la particularité de produire une gratification immédiate.

Le Beau correspond à l'idéal esthétique. De l'association d'un fond (impliquant la subjectivité et correspondant au Vouloir et au Bon) et d'une forme (impliquant l'objectivité et correspondant au Pouvoir et au Bien) apparaît l'œuvre qui tend vers un idéal esthétique, le Beau. Dans l'activité artistique cela correspond à la production et aux phases 7 et 8 dans l'opération artistique.

Les trois concepts se complètent, sont dépendants les uns des autres et s'organisent dans un mouvement de va-et-vient perpétuel. Ils peuvent devenir un site d'action qui sera identifié par l'art-thérapeute qui en agissant sur les uns ou sur les autres permettra de retrouver la cohérence des trois. L'harmonisation de la mise en œuvre de ces trois concepts, implique les capacités cognitives, sensorielles et physiques et provoque un épanouissement qui favorise une meilleure qualité de vie. L'activité artistique apparaît bien comme une modalité de restauration et d'activation de la qualité d'être humain. Cette théorie des trois B devient un outil évaluatif d'une production par l'art-thérapeute et la personne qui a produit l'œuvre et peut ainsi s'auto-évaluer.

### **4) L'art-thérapeute formé à l'Ecole d'art-thérapie de Tours va utiliser des outils spécifiques à sa discipline.**

L'art-thérapie formé à l'Ecole de Tours aborde la discipline art-thérapeutique de façon scientifique et objective : il appuie sa réflexion sur la théorie de l'art opératoire, sur l'observation du phénomène artistique, partie observable de l'opération artistique. L'art-thérapeute dispose d'outils spécifiques lui permettant d'établir un protocole de prise en charge thérapeutique afin de pouvoir exploiter et maîtriser les effets de l'Art. Ce protocole comporte l'ensemble des éléments qui constituent l'intérêt, la faisabilité et la réalisation de l'activité thérapeutique. La prise en charge va débiter par l'observation de l'état de base de la personne prise en charge dans un premier temps et par la consultation du dossier médical (et social ou éducatif). Il va alors établir une fiche d'ouverture qui lui permettra de regrouper les informations dont il dispose pour débiter les séances d'art-thérapie. Il va pouvoir identifier des sites d'actions\* c'est-à-dire les mécanismes défaillants et aussi identifier les parties saines de la personne afin de s'appuyer sur celles-ci pour développer l'activité artistique. Il va donc pouvoir déterminer des objectifs thérapeutiques généraux et des objectifs intermédiaires et réfléchir à une stratégie\* thérapeutique. Il va identifier des faisceaux d'items\* et items (plus petite unité de faits observables) justifiés qui apparaîtront dans sa grille d'observation ce qui lui permettra d'évaluer la progression favorable ou défavorable de l'état de la personne durant la prise en charge et de réajuster sa stratégie et ses objectifs si nécessaire par l'observation du

phénomène artistique. Les items sont appréciés en mesure, nombre, temps, lorsqu'ils sont quantitatifs et en termes progressifs, du moins au plus, lorsqu'ils sont qualitatifs. Il peut rendre compte de l'évolution de la prise en charge auprès de la direction médicale par l'élaboration de synthèse. Il établit finalement un bilan à partir des données recueillies dans les grilles d'observation.

**5) L'art-thérapeute doit combiner différentes compétences bien identifiées et respecter un code de déontologie\* art-thérapeutique établi et personnel.**

L'art-thérapeute, c'est-à-dire le professionnel assimilé paramédical, possède un savoir-faire pratique et technique acquis au cours de sa pratique artistique régulière puisqu'il est artiste. Il connaît ses propres sources de gratifications et aussi ses propres limites (soit techniques ou émotionnelles, physiques). Il s'inscrit dans une recherche d'idéal esthétique permanente qui assure la poursuite de son activité artistique. Il ressent le besoin de s'exprimer artistiquement.

L'art-thérapeute est aussi un professionnel qui va effectuer sa prise en charge thérapeutique sur la base de connaissances objectives et scientifiques. Il devra faire preuve d'esprit critique (c'est-à-dire établir des repères ou comparaison sur des éléments communément admis par la communauté) et non pas d'esprit de critique (qui le renvoie à ses repères subjectifs).

L'art-thérapeute est également, comme tout un chacun, une personne, qui dans son objectivité d'être humain, se distingue par sa subjectivité et sa personnalité. Il devra notamment être capable de faire preuve de sympathie à l'égard des personnes en difficultés c'est-à-dire être bienveillant, savoir prendre en considération les peines et les plaisirs de l'autre et être capable de « vibrer avec l'autre » mais ne pas verser dans l'empathie (« l'identification affective à une personne ou à une chose » qui peut induire une confusion de la place de chacun par manque de dissociation, de mise à distance et d'objectivité du raisonnement de l'art-thérapeute).

L'art-thérapeute devra également faire appel à son bon sens devant l'imprévisibilité ou l'inconnu d'une situation afin de garantir un cadre sécurisant, bienveillant et thérapeutique.

Enfin, comme le décrit le Code de Déontologie de l'Ecole d'art-thérapie de Tours, l'art-thérapeute doit veiller à garantir « ses devoirs de respect, de moralité, de dévouement et de loyauté envers la personne en difficulté ». Rappelons que l'art-thérapeute travaille sous l'autorité médicale et en équipe ou en relation avec des professionnels de la santé.

**6) La personne prise en charge devient actrice de son propre soin par l'émergence d'un plaisir sensoriel et esthétique et va ainsi pouvoir affirmer ses goûts, son style et sa personnalité par l'activité artistique.**

L'art-thérapeute va donc établir un protocole de prise en charge et proposer à chaque séance à la personne de s'exprimer artistiquement dans une visée esthétique et dans un but thérapeutique ce qui est spécifique à l'art-thérapie. Cependant, malgré toutes les stratégies élaborées, réfléchies et malgré toute la meilleure volonté de l'art-thérapeute, finalement seul l'investissement de la personne dans l'activité artistique sera garant d'une prise en charge efficace. En effet, la motivation de la personne va être nourrie par l'émergence d'un plaisir sensoriel et esthétique qu'il faudra sans cesse veiller à préserver et à réalimenter par de nouvelles propositions et stimulations (stratégies). La personne prise en charge devient ainsi actrice de son propre soin et va profiter de l'espace et du temps qui lui sont proposés pour affirmer ainsi ses goûts, son style et sa personnalité grâce à l'activité artistique. Sans une implication de la personne dans un mécanisme d'impression et d'expression au cours de l'activité artistique, l'art-thérapie ne peut être efficace.

**D) Des séances d'art-thérapie à dominante arts plastiques\* peuvent être adaptées pour des enfants souffrant d'épilepsie et atteints de handicap mental. La stratégie se justifie.**

**1) La pratique des arts plastiques permet une distanciation entre la production et la personne qui produit l'œuvre d'art contrairement à d'autres disciplines artistiques et**

**provoque moins de situation de boucle d'inhibition chez des enfants souvent en échec physiquement et mentalement.**

Contrairement à d'autres disciplines artistiques telles que la danse, la musique ou encore le théâtre, la pratique des arts plastiques permet de créer un espace physique et un décalage dans le temps entre celui qui produit et l'œuvre produite. On peut s'éloigner de la production dans l'espace et s'en détacher un temps voulu sans que cela ne mette en péril la qualité, la cohérence de l'activité artistique. Le corps est bien impliqué dans la pratique des arts plastiques puisqu'il faut assurer un maintien, du tonus, un rythme, une position de travail adaptée pour produire. Le squelette est maintenu par les muscles eux-mêmes guidés par les fonctions mentales et assurés par le fonctionnement global de tous les organes vitaux du corps et de l'esthésie. Nous retrouvons ici, dans l'opération artistique, les phases 1 à 6 où une autorégulation de l'activité permet aux enfants d'adapter leurs gestes en fonction de la technique utilisée dans une visée esthétique. Le corps bien que tout à fait indispensable ne devient pas comme pour les disciplines citées précédemment une production artistique et un nouvel accident spatio-temporel. Cette technique permet de donner le choix à l'enfant de tester ses capacités physiques par séquences dans le temps, lors d'une séance par exemple, si nécessaire qu'il évalue alors selon son ressenti. Ces enfants souffrant d'épilepsie et atteints de handicap mental souffrent d'une perte de confiance en eux et d'une mauvaise image d'eux-mêmes du fait des crises qui leur retirent alors la faculté de maîtriser un corps qui leur échappe. Ils peuvent ainsi s'impliquer dans l'activité artistique sans que d'emblée, les mécanismes défaillants soient soulignés, ce qui permet à l'art-thérapeute de renforcer la boucle de renforcement d'un cadre thérapeutique sécurisant.

**2) L'art-thérapie à dominante arts plastiques peut permettre à l'enfant souffrant d'épilepsie et atteint de handicap mental de ressentir des émotions sensorielles gratifiantes et de restaurer ainsi l'estime de soi, la confiance en soi et sa qualité de vie.**

La pratique des arts plastiques est avant tout à dominante visuelle mais hormis le goût, tous les autres sens sont activés : l'ouïe, par une sorte de musicalité produite par les matériaux et le corps en mouvement ; l'odorat, par l'odeur des matériaux et des produits utilisés ; le toucher, par le contact des matières. La pratique des arts plastiques en séance d'art-thérapie va permettre à l'enfant de découvrir de nouvelles sensations corporelles et émotionnelles par le biais de matériaux spécifiques à la discipline et par la gratification apportée par les mécanismes décrits dans l'opération artistique. Ces gratifications sensorielles, par le biais de ressentis agréables et désagréables, peuvent mener l'enfant à appréhender son corps différemment, à le découvrir plus favorablement (vers ce qui est agréable) et aussi à en connaître ses limites (pour ce qui est désagréable). Il peut ainsi être capable d'identifier un plaisir sensoriel et émotionnel sous couvert d'une activité artistique à visée esthétique et chercher à reproduire et répéter des séquences où les gestes sont source de plaisir. L'art-thérapie apporte ici de nouveaux éléments de compréhension et de découverte de son corps à l'enfant par le biais de gratifications qui peuvent restaurer ainsi l'estime de soi, la confiance en soi et aussi la qualité de vie.

**3) Le ressenti et plaisir sensoriel permettent à l'enfant d'avoir le sentiment de se réapproprier le contrôle de son corps qui lui échappe parfois.**

La particularité de la maladie épileptique et de certaines séquelles liées au handicap mental, c'est que le corps de l'enfant ne lui obéit pas correctement (gestes involontaires non orientés inadaptés) et comme il le souhaiterait d'où bon nombre de situations d'échec. Ceci peut entraîner des troubles du schéma, de l'image et du ressenti corporel. L'art-thérapie a la spécificité de prendre en compte l'indivisibilité de la personne, c'est-à-dire que l'on prend en charge une personne avec sa pathologie, son handicap, sa personnalité et aussi en exploitant les parties saines et efficaces. Le fait d'avoir pour support de travail ce qui réussit plutôt que de pointer ce qui dysfonctionne favorise la mise en place d'une boucle de renforcement dans

le cadre art-thérapeutique. La pratique des arts plastiques permet de stimuler les sens par les mécanismes d'impression puis par le mécanisme d'expression afin d'amener l'enfant à découvrir une maîtrise positive de son corps. Par ailleurs, l'apprentissage d'une technique peut également devenir une sorte d'éducation ou de rééducation de l'utilisation de son corps à des fins agréables par une gestuelle qui doit être adaptée. L'enfant découvre qu'il est capable de ressentir des sensations agréables et de produire des œuvres artistiques grâce à son corps qui lui renvoie une nouvelle image de lui bien plus gratifiante.

#### **4) Ce plaisir devient source d'autonomie et d'affirmation de soi par l'expression de ses goûts et de sa personnalité.**

L'enfant découvre donc que son corps n'est pas que l'objet de ses difficultés et pénalités. Ces nouvelles découvertes sensorielles agréables et positives, la capacité à les identifier et à les répéter au cours d'une même séance ou la semaine suivante, suivant l'efficacité de la mémoire, pour y trouver du plaisir corporel et émotionnel, peuvent devenir un moteur dans la pratique de l'activité artistique. L'enfant peut trouver un terrain d'expression non verbale favorisé par le plaisir sensoriel, émotionnel, esthétique qui va le mener, petit à petit, à prendre confiance en lui, à restaurer l'image dégradée qu'il se fait de lui. L'activité artistique, qui est un acte volontaire dirigé vers l'esthétique, amène l'enfant à devoir prendre des décisions, faire des choix afin de pouvoir réaliser sa production. Il peut alors oser agir, réussir à affirmer ses choix, son style, son goût et tendre vers l'autonomie qui peut être une grande source de revalorisation et d'affirmation de soi.

#### **5) Les mécanismes impliqués dans l'art-thérapie peuvent être source de stimulations variées, spécifiques à la discipline et efficaces dans la prise en charge d'un enfant atteint de handicap mental.**

Le mécanisme d'échange (extérieur qui vient à l'intérieur et vice versa), les mécanismes d'impression et d'expression, la sensorialité sont au cœur de la prise en charge art-thérapeutique. L'art-thérapie qui utilise l'activité artistique va activer un grand nombre de fonctions mentales et physiques chez l'enfant. Celui-ci va recevoir de nouvelles informations sensorielles qu'il va capter, informations et émotions qu'il va transformer en connaissances (phases 1 à 4 de l'opération artistique). L'enfant va ensuite connaître un élan corporel (phase 5) qui va le pousser à utiliser la technique adaptée (phase 6) en vue de produire l'œuvre correspondant à son idéal esthétique (phases 6 et 7). L'esthésie et l'activité mentale seront impliquées durant toute l'activité artistique dans un mécanisme d'autorégulation plus ou moins efficace en fonction des capacités physiques et mentales de l'enfant. Dans le cas de retards mentaux, empreints d'une certaine lenteur idéomotrice, ces stimulations peuvent donc être efficaces dans cette période charnière qu'est l'enfance.

#### **6) Les séances individuelles favorisent l'émergence d'émotions dans un cadre où l'intimité est assurée.**

La plus grande partie des activités des enfants au sein de l'I.M.E. se déroulent en groupe. Les enfants souffrant de formes diverses d'épilepsie et atteints de différents degrés de handicap mental forment des groupes plus ou moins homogènes au regard de leurs pathologies et des pénalités qui en découlent. L'ambiance qui règne au sein des groupes est souvent très animée ou agitée et aussi très bruyante, qu'il s'agisse de moments globalement agréables ou d'autres qui sont souvent beaucoup plus de l'ordre d'une incapacité à maîtriser et contenir ses émotions par l'excès d'angoisse ou de colère, de grandes difficultés à communiquer, à organiser ses activités physiques et mentales. Les relations entre les enfants et aussi les soignants sont souvent empreintes de tensions dues aux difficultés évoquées ci-dessus. Pouvoir extraire ces enfants, pendant un petit moment de leur semaine, peut être une source d'apaisement puisque l'enfant est accueilli en séance individuelle d'art-thérapie, préservée, a priori, de phénomènes associés, tel que le bruit, les mouvements incessants de ses camarades,

les bousculades. L'enfant est invité à investir l'espace du cadre thérapeutique de l'atelier pour y prendre du plaisir et s'exprimer artistiquement. L'art-thérapeute veille à ce que le cadre soit sécurisant et adapté et s'engage auprès de l'enfant à préserver l'intimité de ce qui s'y passe.

**7) La revalorisation de l'image de soi et de la confiance en soi et donc de l'estime de soi peut passer par le regard d'autrui en montrant les œuvres produites.**

L'enfant sait qu'il peut investir l'espace et le temps thérapeutique afin de s'exprimer artistiquement. Vient alors le moment, après la production de l'œuvre, où l'enfant, qui sait que celle-ci lui appartient, doit décider de la montrer ou non à d'autres personnes. L'enfant peut alors emporter avec lui ses productions avec un sentiment de satisfaction, de fierté comme une preuve de sa capacité à produire du Beau pour lui et pour les autres. Un dessin, par exemple, devient précieux car il est le témoignage matériel de ses possibilités à faire quelque chose de bien et de beau qu'il peut présenter à autrui. C'est d'ailleurs un moyen assez privilégié de posséder une trace matérielle qui va durer dans le temps et qui va rappeler aux autres qu'il a en effet en lui des parties saines qui existent et persistent au-delà de la maladie et du handicap et qui concernent sa personnalité et ses capacités. La notion de distanciation entre lui et sa production lui permet aussi de présenter cette partie de sa personnalité sans trop s'exposer directement non plus (l'espace devient un filtre et le temps d'exposition, un conservateur). Les encouragements et félicitations renvoyés par le public viennent valider le sentiment de fierté, le sentiment de valeur qu'il peut commencer à s'accorder (estime de soi). (Cela correspond à la phase 8 dans l'opération artistique, le traitement mondain.)

**8) L'Art peut permettre la réhabilitation de la personne malade et handicapée mentale au sein de la société.**

L'enfant va donc vivre la présentation de sa production à ses proches, très généralement bienveillants, encourageants, voire surpris, comme une grande gratification et la confirmation de ses capacités à s'exprimer artistiquement. Sorti de ce contexte familial, l'exposition d'œuvres de personnes souffrant d'une maladie qui effraie encore comme l'épilepsie et atteints d'un handicap mental, attire souvent si ce n'est la curiosité de la société, parfois une certaine forme d'admiration pour celui ou celle qui est capable « malgré tout » de produire des œuvres esthétiques et agréables. Cela permet parfois de concevoir, pour une certaine partie du public, qu'au-delà de la maladie et du handicap, il existe bien une personne à part entière, avec sa personnalité toute singulière, ses goûts, son style alors réhabilitée dans sa qualité d'être humain.

**DEUXIEME PARTIE : DES SEANCES D'ART-THERAPIE ONT ETE MISES EN PLACE POUR ACCUEILLIR DES ENFANTS ET JEUNES ADOLESCENTS EN DIFFICULTE AU SEIN DE L'I.M.E.**

**A) L'IME est une structure qui peut répondre et s'adapter à certains besoins des enfants épileptiques pharmaco-résistants et handicapés mentaux.**

**1) L'I.M.E. fait partie de l'AFASER.**

L'I.M.E. est géré par l'association déclarée, loi de 1901, A.F.A.S.E.R. : Association des Familles et amis pour l'Accueil, les Soutiens, l'Education et la Recherche en faveur des personnes handicapées mentales. L' A.F.A.S.E.R. est une association régionale, implantée sur l'Est de la région Parisienne, qui a pour objectifs d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées mentales, de favoriser leur insertion sociale professionnelle. Elle crée les établissements et services adaptés à ce public. L'I.M.E. dépend de la D.D.A.S. Etat et est entièrement financé par l'Assurance Maladie.

## **1.1 La prise en charge dans l'IME est effectuée dans un cadre adapté à un public spécifique.**

Les enfants reçus à L'I.M.E. présentent des épilepsies sévères qui se caractérisent par : la survenue et l'installation très précoce de la maladie dès les premiers mois voire les premiers jours de la vie. Les développements sont alors gravement perturbés, la fréquence et le type des crises qui compliquent la socialisation, impliquent des ruptures de conscience et de contacts fréquentes, des chutes et des blessures, avec pour corollaire de nombreuses hospitalisations, la résistance aux médicaments qui signifie persistance des crises malgré des traitements parfois lourds, la présence de troubles graves et handicaps multiples (cités p. 16).

L'établissement reçoit 53 enfants sectorisés sur la région parisienne. Il est intéressant d'observer une très grande variété d'origines culturelles dans la population accueillie à l'I.M.E. ce qui implique une prise en compte de coutumes et modes de vie différents. L'établissement propose une prise en charge médico-psycho éducative globale de l'enfant, incluant le suivi et le traitement de l'affection épileptique et la prise en compte du handicap mental. Pour certains enfants et adolescents, l'accueil en externat est plus adapté en fonction de la gravité de l'épilepsie, des possibilités d'organisation et de prise en charge de la famille. Pour d'autres, l'accueil en internat est envisagé du fait de la lourdeur de la maladie et du handicap et des difficultés rencontrées par la famille. La vie et les activités des enfants au sein de l'I.M.E. s'organisent dans les différents espaces et locaux : une partie internat avec chambres partagées, et le reste de l'établissement partagé par tous à savoir les salles à manger, cuisines, sanitaires et douches, les salles d'activités attribuées à chaque groupe, l'infirmerie, un très grand jardin. Un pavillon situé de l'autre côté de la rue accueille l'équipe paramédicale. Les enfants sont répartis dans des groupes : En externat (jusqu'à 8 enfants et en moyenne 4 éducateurs par groupe) : le groupe des petits (5 - 8 ans), celui des moyens (8 - 10ans) et enfin celui des grands (10 - 13 ans). En internat (jusqu'à 8 enfants et en moyenne 6 éducateurs par groupe) : le groupe « Emeraude » (6 - 10 ans), le groupe « Pierre de Lune » (6 - 10 ans), le groupe « Passerelle » (10 - 14 ans), et enfin le groupe « Aquila » (10-14 ans).

**2) Un ensemble d'équipes pluridisciplinaires s'occupent des enfants et réévaluent régulièrement leurs besoins et leurs projets individuels.** Des réunions régulières permettent notamment d'élaborer le projet individuel qui est une obligation légale clairement explicitée par la loi 2002-2.

**2.1 La directrice, le chef de service éducatif et le médecin responsable psychiatre assurent la direction de l'établissement.** Ils assurent en collaboration l'élaboration et la mise en œuvre du projet institutionnel, le contrôle de la qualité de vie offerte aux enfants, la gestion du personnel, et la gestion financière. Ils accueillent les familles et assurent la cohérence d'un travail pluridisciplinaire respectueux du projet individuel de l'enfant.

**2.2 L'équipe éducative est présente toute la journée auprès des enfants et jeunes adolescents. Le chef de service éducatif** est responsable de tout le suivi éducatif. Les équipes éducatives composées au total de 7 éducateurs spécialisés ou de jeunes enfants, de 7 moniteurs éducateurs ainsi que de candidats élèves éducateurs et de 2 aides médico-psychologiques sont responsables des enfants et les accompagnent et les guident dans la vie quotidienne. Ils ont pour objectifs principaux de veiller au mieux être physique et psychique des enfants, de repérer et développer les capacités et possibilités des enfants vers l'autonomie, de les soutenir dans leur maturation psychosociale par les apprentissages et acquisitions. Ils organisent des ballades en poney, des sorties culturelles, des sorties piscine, des activités peinture, dessin, etc.

**2.3 L'équipe paramédicale est présente pour prendre en charge des troubles spécifiques qu'elle évalue et qu'elle soigne.** La psychologue intervient dans l'examen psychométrique de l'efficiace mentale des enfants en utilisant de tests psychométriques ainsi que d'échelles du comportement et assure également une prise en charge thérapeutique. La psychomotricienne utilise une thérapie à médiation corporelle afin d'assurer le développement psychomoteur.

L'orthophoniste, qui est une thérapeute de la communication, assure l'évaluation et la rééducation de toutes les pathologies de la voix, de la parole, du langage oral et écrit. Elle assure la mise en place du programme Makaton\* récemment introduit dans l'I.M.E.

**2.4 L'équipe médicale suit rigoureusement l'évolution de la pathologie des enfants.** Le médecin responsable pédopsychiatre gère le dossier médical d'un enfant durant tout son séjour. Il travaille avec les deux médecins neuropédiatres assurant le suivi épileptologique (observation cliniques et interprétation des E.E.G., l'I.M.E. dispose d'un appareil). L'infirmier est composée de quatre infirmières qui préparent et distribuent plusieurs fois par jour les médicaments et assurent la prise en charge des enfants dans la salle de repos après des crises importantes. Le médecin pédiatre prend en charge les différents aspects médicaux hors épilepsie (croissance, carnet vaccinal, problème dentaire).

**2.5 L'équipe de nuit assure la sécurité des enfants la nuit.** Elle est composée de 3 Aides Médico Psychologiques et de 2 infirmières qui aident à l'endormissement, veillent sur le sommeil des enfants endormis et accompagnent ceux dont le sommeil est perturbé (crises nocturnes ou l'énurésie nocturne).

**2.6 Les bureaux du secrétariat et de la comptabilité sont ouverts et accueillants.** Les enfants peuvent y aller seuls chargés de missions pour leur groupe (photocopies, etc.).

**2.7 L'assistante sociale** est le lien entre les professionnels de l'I.M.E., les structures extérieures et les familles.

**2.8 L'école accueille les enfants les plus efficaces.** Il s'agit d'une école privée sous contrat où une institutrice spécialisée accueille une douzaine d'enfants qui ont souvent un rapport à l'école marqué dans le passé par le conflit, l'échec et l'angoisse.

**2.9 Les équipes techniques sont impliquées dans la prise en charge au-delà de leurs attributions premières.** Les agents de service intérieur entretiennent les lieux, accompagnent parfois un groupe pour une sortie et peuvent participer à l'acquisition de l'autonomie en permettant à l'enfant de mettre le couvert, faire son lit. Les lingères, cuisiniers, les chauffeurs de minibus ont chacun leur spécificité qui apportera un plus à l'enfant.

**B) Les séances d'art-thérapie viennent s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire et s'organisent de la façon suivante.**

**1) L'I.M.E. accueille pour la première fois une stagiaire en art-thérapie. La théorie rencontre la réalité institutionnelle.**

Depuis dix ans qu'il est sollicité pour accueillir des stagiaires art-thérapeutes, c'est la première fois que le chef de service accepte de recevoir ce type de stagiaire dans son établissement. Le premier contact téléphonique avec le chef de service et les rencontres où je présente mon projet de stage se déroulent très bien. Je débute mon stage et rencontre progressivement toutes les équipes citées dans la présentation de l'I.M.E. Je me rends vite compte du manque de connaissance de l'art-thérapie, qui n'est encore qu'émergente dans bon nombre de structures. Il me faudra en expliquer les tenants et aboutissants à un certain nombre d'intervenants ignorant son existence ou n'en comprenant pas précisément le but (sachant que je ne serai là que deux matinées par semaines pendant plusieurs mois à raison de 140 heures de stage au total et que je ne verrai certains que quelques minutes par matinée au mieux - le tout entre deux portes ou au sein d'une vie de groupe très animée). Le chef de service, la directrice et le médecin responsable seront, durant toute la durée de mon stage, très disponibles, soutenant, à l'écoute et intéressés par ma discipline et ma pratique. Mon intégration au sein de l'I.M.E. se fera assez rapidement et solidement.

Il est intéressant de noter que l'épilepsie était toujours présentée comme la problématique principale de l'institution. Et bien qu'ayant assisté à des crises (et mis en œuvre les gestes afin de protéger l'enfant et de le sécuriser) ce qui me paraissait comme prédominant dans la problématique était la déficience mentale.

Tous les différents points de ce paragraphe seront développés dans la discussion de ce mémoire.

## **2) Une phase d'observation permet de faire connaissance avec les enfants et les professionnels et d'observer le fonctionnement institutionnel.**

Ma rencontre avec les enfants et les équipes se fera tout d'abord lors d'une période d'observation puisque je ferai le tour de tous les groupes pendant 1 mois. Cette période me permettra de recueillir des informations sur les enfants, de comprendre l'organisation des équipes dans ce cadre institutionnel et le fonctionnement de l'institution globalement. Pendant cette période, je serai invitée par le chef de service et le médecin pédopsychiatre à assister hebdomadairement à la « réunion médico-psy » où ceux-ci seront présents ainsi que la directrice, une infirmière, l'assistante sociale, la psychologue, la psychomotricienne et normalement l'orthophoniste alors en congé parental. Cette réunion permet de faire le point, pour chacun des 53 enfants, sur le récit de la semaine écoulée, de transmettre de nouvelles informations si nécessaire. Les stratégies des uns et des autres peuvent alors être révisées.

### **2.1 Les indications thérapeutiques sont effectuées après concertation avec les différentes équipes et la direction médicale : la consultation des dossiers médicaux et éducatifs des enfants permet de débiter le travail de prise en charge.**

Les enfants me seront adressés par le médecin responsable pédopsychiatre en accord avec les différents professionnels les prenant également en charge. Je serai à l'origine de certaines prises en charge qui seront comme les autres validées par le médecin responsable et l'ensemble des équipes. Une autre me sera refusée, l'enfant étant déjà pris en charge par la psychologue qui souhaitera favoriser le total investissement de l'enfant qui pourrait alors avoir du mal à discerner les deux types de prises en charge.

Les quatre enfants me sont donc adressés car ils souffrent de troubles caractériels, d'agressivité, de fortes angoisses, d'incapacité à maîtriser leurs émotions, à gérer les frustrations, les situations d'échec : symptômes d'une mauvaise image de soi, de manque de confiance en soi, d'une mauvaise estime de soi, voire d'une perte de la saveur existentielle. On me laissera consulter leurs dossiers médicaux et éducatifs afin de débiter mon travail de prise en charge.

### **2.2 les prises en charge sont individuelles.**

Etant donné la configuration des locaux, l'organisation de la vie des groupes dans le cadre institutionnel et les différentes pénalités des enfants et adolescents qui me sont adressés, je propose d'effectuer des prises en charge individuelles pour favoriser l'émergence d'une expression artistique dans les meilleures conditions possibles. On me proposera dans un premier temps d'effectuer des prises en charge en petit groupe en présence d'un éducateur. Après ma période d'observation et de nombreux échanges, on m'invitera finalement à poursuivre mon projet initial. (Ce point sera développé dans la discussion de ce mémoire).

## **3) Il faut organiser et poser un cadre thérapeutique.**

Cette première expérience d'art-thérapie au sein de l'I.M.E. signifie également que rien n'a jamais été pensé auparavant par quelqu'un d'autre en termes d'art-thérapie quelle que soit la formation. Il me faut donc penser à tout et dans un cadre institutionnel qui a déjà ses règles, son histoire et ses particularités. Au niveau matériel, le chef de service me laisse dresser une liste de ce dont j'ai besoin. Je récupère et recycle ce qui est possible et le chef de service m'alloue un budget tout à fait correct pour l'achat du matériel d'arts plastiques afin d'avoir un choix réfléchi et de ne pas utiliser le stock d'un groupe et risquer ainsi de le gêner.

### **3.1 Le travail de l'art-thérapeute et l'objectif des séances sont présentés aux enfants pris en charge.**

Je n'aborderai pas avec les enfants et jeunes adolescents les raisons pour lesquelles les équipes et le médecin responsable pédopsychiatre les ont adressés à moi afin de ne pas créer de réaction d'opposition et de gêne de leur part. J'insisterai auprès d'eux sur la notion d'être là en séance d'art-thérapie pour se faire plaisir en s'exprimant artistiquement de la façon qu'ils souhaiteront en termes de techniques artistiques. J'explique que je serai là pour les aider s'ils ont besoin de mon aide.

### **3.2 Le lieu, la durée et la fréquence des séances sont déterminés.**

Les séances d'art-thérapie auront lieu dans le pavillon situé en face de l'I.M.E. accueillant les professionnels paramédicaux ainsi que l'école. (Ce point sera développé dans la discussion du mémoire). La durée des séances est fixée à 1 heure sous réserve de modification après une première période de test. Cette durée sera augmentée pour une des adolescentes et passera à 1h30 afin de s'adapter à son rythme et à ses besoins. Les séances auront lieu 1 fois par semaine pour chaque enfant et adolescent, ce qui permet une projection sur 15 séances.

Le trajet aller-retour avec l'enfant ou le jeune adolescent entre l'I.M.E. et le pavillon est assuré par l'art-thérapeute. Ce moment s'avérera très utile, pour le déroulement des séances d'art-thérapie et pour l'enfant pris en charge. Il lui permettra d'identifier clairement de façon physique, temporelle et émotionnelle, le passage de ses activités en groupe aux séances d'art-thérapie.

### **3.3 Les règles de l'atelier sont expliquées.**

Il leur est expliqué que leurs productions leur appartiennent et qu'ils peuvent en disposer comme bon leur semble. Ils ont la possibilité de les montrer, s'ils le désirent, à qui ils veulent : camarades et équipes professionnelles de l'I.M.E., proches, amis, famille. Ils peuvent également les laisser à l'atelier où elles seront conservées. L'art-thérapeute peut également leur proposer parfois d'accrocher leurs productions au mur de l'atelier avec leur accord afin que celles-ci s'inscrivent dans le cadre matériel de l'atelier. Ils peuvent également les jeter. Il est demandé aux enfants de participer au nettoyage du matériel.

### **3.4 Le type de mode relationnel est influencé par le type de public pris en charge.**

Le fait d'avoir affaire à des enfants a inévitablement une incidence sur le mode relationnel qui s'instaure entre les enfants et moi. Je ne m'adresserai pas à eux comme à un public adulte. Une relation de hiérarchie et d'autorité se met également très naturellement en place, phénomène amplifié par le contexte éducatif très fort dans une I.M.E. Ceci est d'autant plus important que l'enfant peut venir tester en mode « micro » ses capacités relationnelles durant les séances individuelles alors même qu'il a des difficultés en groupe. Il est également difficile voire inadapté dans certaines situations de détresse affective de refuser un câlin à un enfant qui vient s'installer sur vos genoux. Ce serait lui faire offense, voire violence. (Ce type de situation est assez spécifique à un jeune public mais on le retrouve également parfois avec des personnes de cultures différentes pour qui la dimension corporelle est culturellement très différente de la nôtre ou encore avec des personnes âgées, souhaitant elles aussi retrouver des gestes devenant rares ou inexistantes et pourtant toujours aussi essentiels.) Par ailleurs, les notions de respect du lieu, du matériel et des productions artistiques des autres camarades pris en charge en séance d'art-thérapie sont présentées comme une règle à respecter, règle qui devra parfois être rappelée durant certaines séances. La politesse sera également demandée au sein de l'atelier.

### **3.5 La confidentialité est engagée.**

Les prises en charge individuelles sont des moments tout à fait privilégiés. J'explique aux enfants et jeunes adolescents que les productions leur appartiennent, que ce qui est dit ou que tout ce qui se passe au sein de l'atelier n'en sortira pas s'ils ne le souhaitent pas. Je les invite à

s'exprimer dans un sentiment de respect de leur intimité et de confiance afin de réduire l'inhibition préexistante ou qui pourrait être occasionnée par cette situation inédite. (Les difficultés du maintien de la confidentialité seront développées dans la discussion du mémoire).

#### **4) Des échanges réguliers, formels ou informels, avec les différentes équipes de l'IME sont toujours assurés.**

Je serai invitée par le médecin responsable pédopsychiatre, le chef de service et la directrice à assister à la réunion « médico-psy » durant ma période d'observation où tous les professionnels de l'I.M.E. sauf les éducateurs sont présents. On évoque le déroulement de la semaine pour chacun des 53 enfants et l'équipe souligne des difficultés à résoudre si nécessaire. Cette réunion est très intéressante par la quantité d'informations partagées et par la réflexion collective qui en ressort. Par la suite, ne pouvant plus assister à cette réunion, le chef de service (ou en cas d'absence, le médecin responsable pédopsychiatre ou la directrice) me recevra toutes les semaines afin de me transmettre les informations concernant les enfants pris en charge en séance d'art-thérapie. Par ailleurs, des échanges informels auront lieu toutes les semaines avec les différentes équipes : paramédicales, éducatives, techniques afin de compléter le recueil d'informations et d'échanger autour de l'état et de l'évolution des enfants. L'orthophoniste, la psychologue et la psychomotricienne accepteront de me recevoir afin que je puisse les interroger sur leur pratique et leurs objectifs.

#### **5) Les arts plastiques sont retenus comme dominante mais sont accompagnés d'autres techniques artistiques.**

Comme cela a été expliqué en fin de première partie du mémoire, les arts plastiques ont été retenus comme technique dominante en séance d'art-thérapie. Il a également été expliqué que l'art-thérapeute doit être capable de proposer la technique artistique la mieux adaptée en termes de goûts de la personne prise en charge et au service de la stratégie art-thérapeutique. La musique et notamment le chant\* est donc venue compléter le déroulement des séances pour un des enfants pris en charge. En effet, le chant semblait pouvoir consolider la première technique et permettre la continuité de l'activité, voir même parfois devenir la technique dominante. La complémentarité de ces deux techniques a enrichi les possibilités d'expression artistique de cet enfant dans un plaisir apparent.

### **C) Les trois études de cas retenues concernent Quentin, Gilles et Ophélie.**

Sur les quatre enfants pris en charge, trois d'entre eux vont être présentés dans les études de cas de ce mémoire. En effet, Quentin, Gilles et Ophélie, présentent des types de handicaps et d'affections épileptiques assez similaires permettant parfois de comparer les résultats. Mathieu, un jeune adolescent de 14 ans, quant à lui, souffre de la maladie de Bourneville (ou Sclérose Tubéreuse de Bourneville, maladie avec possibilité de développement de tumeurs bénignes dans de nombreux organes et présentant dans son cas des manifestations cutanées et cérébrales), il souffre également d'autisme et d'une activité épileptique assez importante.

#### **1) Quentin**

##### **1.1 Anamnèse**

Quentin est né en 2002, il a 7ans ½. Il est accueilli en internat. Il présente une épilepsie de type myoclonono-astatique (syndrome de Doose : ces crises sont caractérisées par une perte brutale de tonus musculaire associée à une projection en avant ou en arrière, entraînant une chute et pouvant donc occasionner des blessures au visage et à la tête). Les premières crises se sont manifestées à l'âge de 10 mois par des crises tonico-cloniques touchant plus les membres supérieurs, avec chute en arrière, en contexte fébrile. En 2005, à trois ans, survient un « orage de crises » dans un contexte d'infection. Un mois plus tard, il est hospitalisé en état de mal myoclonique et traité par Rivotril et on diagnostique un Syndrome de Doose. Depuis, il prend

un traitement médicamenteux antiépileptique important (Lamictal, Micropakine, Kepra, Zarontin). Le nombre de crises chute (environ une par semaine, crises brèves et toniques avec énurésie contre une à quatre par nuit l'année précédente). Il peut avoir des « absences » dans la journée et quelques rares fois des secousses. Il est arrivé à l'I.M.E. en 2008 dans le groupe Pierre de Lune. Il vit avec son père et ne voit sa mère que très rarement (parents séparés depuis 2005). Son père est guadeloupéen et sa mère haïtienne. Sa mère souffre de troubles psychotiques. (La grand-mère maternelle en souffrait aussi). Bilan psychomoteur : le bilan est globalement bon. La motricité fine est parfois difficile. Une instabilité psychomotrice importante. Bilan orthophonique : Il présente un trouble du développement du langage oral. Il peut faire de petites phrases simples et des consignes simples sont nécessaires. Il articule mal. Il ne connaît pas les couleurs. Une prise en charge est envisagée. Il utilise le Makaton accompagné du langage. Bilan psychologique : en 2010, la psychologue identifie des retards des acquisitions. Un test de développement l'évalue à 3-4ans1/2 d'âge mental pour 7 ans 1/2 d'âge réel, Q.I. situé entre 40 et 54 (soit une déficience mentale moyenne). Difficultés mnésiques. Temps scolaire : une heure depuis janvier 2010. Autonomie : il doit être encadré car il perd son objectif initial.

## **1.2 Etat de base**

Quentin est un enfant très souriant, dynamique et doux. Il est un peu timide et extrêmement sensible au contexte dans lequel il évolue. Il est très éparpillé, ne supporte pas la frustration et les situations d'échec et peut être violent, très impulsif et colérique envers les enfants comme les adultes. Il est cependant à la fois tout à fait capable d'assurer l'intégration d'enfants nouvellement arrivés dans le groupe par sa bienveillance. Il est très tactile. Il a besoin très souvent d'être rassuré et a une demande affective très importante. D'après le médecin responsable pédopsychiatre, le traitement épileptique, qui réduit considérablement les crises d'épilepsie, serait en cause dans son comportement agressif. Quentin présente cependant un potentiel d'évolution à stimuler.

## **1.3 Objectif de l'I.M.E.**

Suivre et maîtriser l'activité épileptique. Prendre en charge par l'orthophoniste ses problèmes d'expression orale qui l'empêchent de pouvoir communiquer correctement. Contenir les moments de colère et d'angoisse, accompagner Quentin qui vit très mal les échecs et la frustration, répondre à ses besoins affectifs, le stimuler par des activités physiques et mentales afin de favoriser l'apprentissage de la vie en collectivité, veiller à son mieux être physique et psychique, repérer et développer ses capacités et possibilités vers l'autonomie, soutenir dans sa maturation psychosociale par des apprentissages et acquisitions.

## **1.4 Objectif art-thérapeutique**

Le médecin responsable pédopsychiatre, en accord avec le chef de service et les autres professionnels concernés, m'adresse Quentin pour les raisons suivantes : Quentin passe par des périodes de grande opposition, de colère et peut être violent. Il fait preuve d'une grande difficulté face à la frustration et accepte mal la confrontation à l'échec. Il a des problèmes de comportement. Il a du mal à « se poser », il est très éparpillé. Son comportement crée des problèmes de vie en groupe. Il ne sait pas canaliser ses émotions et souffre de troubles de l'attention.

Objectifs généraux : Utiliser la pratique de l'activité artistique pour faire émerger des moments de gratifications sensorielles et émotionnelles lui permettant de se concentrer sur une activité agréable où le plaisir favorisera l'attention. Restaurer la confiance en soi par les productions d'œuvres artistiques impliquant l'efficacité corporelle et mentale (les parties saines, la confiance étant fondée sur le ressenti corporel), une image de soi et une estime de soi dégradée (par une situation familiale compliquée, des railleries de camarades auxquels il

est très sensible, les pertes de contrôle de son corps lors des crises, les problèmes d'expression orale dont il souffre et qui l'empêchent de communiquer correctement).

Objectifs intermédiaires : Lui proposer de nouveaux moyens d'expression. Etablir une relation de confiance. Grâce au cadre art-thérapeutique de prise en charge individuelle, favoriser une expression artistique réalisée dans le calme, sans phénomènes associés très parasitants (bruit, mouvement) dans le cas de Quentin.

### 1.5 Description des séances

**Séance 1 (18/02/10): (objectifs : prendre contact, commencer à faire connaissance, présenter l'activité et le matériel) (Réunion médico-psy 18/02/10 : en individuel se comporte mieux. Il a des gestes brusques. Vacances semaine prochaine)** Quentin est tout souriant. Il n'est pas très intéressé par la présentation du matériel, ne semble pas motivé. Par contre, il est très intéressé par le camion et le tracteur représenté sur une boîte à images de l'orthophoniste (nous occupons son bureau). Il montre l'armoire (sait-il qu'il y a des jouets ?) et veut jouer aux voitures. Il s'installe par terre quand je lui propose. Je l'observe jouer seul. Il fait des files ou des lignes de voitures et de camions. Puis, je lui demande si je peux jouer avec lui : « oui ». J'adopte son mode de jeu. Il ne fait pas attention à moi et ne se soucie pas de mon tour pour jouer. Et puis, je lui dis : « tiens, on va essayer ça » Je fais rouler une voiture vers lui. Il me la renvoie. Puis de même avec deux voitures, puis trois. Là, nous jouons ensemble. Quentin sourie et rie. En fin de séance, il veut glisser une voiture dans sa poche. Il accepte de le ranger. Bilan séance 1 : bonne prise de contact. Problème de compréhension de ma part car Quentin ne parle pas bien, difficulté de prononciation et articulation et vocabulaire limité. Ne veut pas ou ne sait pas écrire son nom.

**Séance 2 (04/03/10): (objectifs : continuer à prendre contact, à faire connaissance, trouver un sujet de création) (Réunion médico-psy 04/03/10 : avant vacances était tendu. Est parti à la neige : à son retour, se comporte beaucoup mieux.)** Quentin est très souriant quand je viens le chercher. Je le questionne sur ses vacances, « très bien », il a joué. Il veut jouer avec les voitures mais je lui propose plutôt de faire des dessins en faisant le contour de ses mains. Il choisit un grand format de papier avec des pastels secs qu'il a du mal à prendre dans la boîte et à choisir. Il suit mes consignes et s'applique. Il ferme le trait du contour de ses mains systématiquement. Puis, il se met à dessiner des carrés qui sont en fait en forme de ronds. Je lui montre comment faire un carré. Il dit que « c'est un tableau ». Je lui demande ce qu'on peut dessiner dans un tableau : ne sait pas. Il refait des « carrés ». Je lui demande de faire par exemple un bonhomme. Il le fait mais le bonhomme n'est pas reconnaissable. Il veut ensuite faire de la peinture. Il veut aussi que je participe. Il fait beaucoup de traces rondes ou courbes. Je dessine d'autres formes, des tâches : il m'imité, puis recouvre tout (moment Art 1 ?) Il ne sait pas signer (confirmation de l'équipe). Bilan séance 2 : il s'est montré coopératif et souriant.

**Séance 3 (11/03/10): (objectifs : continuer à prendre contact) (Réunion médico-psy 11/03/10 : très agité – Colères – A vu sa maman ça ne s'est pas bien passé)** Je le retrouve dans les sanitaires, il est très agité. Il est trainé par un éducateur car il ne veut pas avancer de lui-même. On me dit qu'il a passé une mauvaise semaine, très en opposition pour tout, et qu'il a fait beaucoup de crises dans le week-end : « pas bien physiquement et agité à l'intérieur ». Je lui propose de venir, il me répond : « nan je veux pas ». Une éducatrice tente de lui parler : rien à faire. Je lui dis « bon tant pis, on se revoit la semaine prochaine ». Une autre éducatrice dit « ce n'est pas à lui de décider ! » Je discute encore un peu avec lui et lui propose ensuite de chanter une chanson « Dans sa maison, un grand cerf... » dont les paroles sont accompagnées de gestes qui miment les situations et qui demande un échange avec l'autre. Il accepte, m'écoute puis la rechante avec moi. Un camarade arrive, et Quentin change se disperse et s'agite à nouveau. J'explique aux éducateurs que je ne suis pas là pour lui imposer une séance, qu'il a le droit de ne pas avoir envie et ce n'est pas bon pour notre relation. « On va préparer la prochaine fois, lui en parler avant. On va en parler au papa. » J'apprends que la

semaine dernière, en revenant de la séance, il a refait avec une éducatrice le contour de sa main et a eu ensuite envie de peindre. Je décide d'avoir un entretien avec Isabelle, la psychologue, au sujet de l'incident de la séance 3. Elle est d'accord avec moi, on ne peut pas forcer un enfant, on travaille avec son désir et il faut respecter son refus. Elle est tout comme moi contre l'idée que l'éducatrice en parle au papa car cela représente trop de pression pour Quentin. Elle va en parler à l'équipe et me tiendra au courant. Bilan séance 3 : compréhension difficile avec certains membres de l'équipe, à revoir. Un peu de chant avec Quentin.

**Séance 4 (18/03/10): (objectifs : qu'il vienne et qu'il s'implique dans la séance qu'il y trouve ses marques.) (Réunion médico-psy 18/03/10 : Agité. Dispute avec son père)** Quentin est au fond de la salle au sol. Il réclame sa maman et son papa. Il ne veut pas venir et l'éducatrice dit pourtant qu'il a dit oui le matin même. Il est très dispersé. Je lui chante la chanson du « grand cerf » et j'arrive à le faire aller jusqu'à l'atelier après 25 minutes. Il veut jouer aux voitures. Je lui propose alors de dessiner un circuit pour faire rouler les voitures. Je le fais d'abord seule puis il le fait mais ne sait pas mettre les traits en parallèle. Je lui propose qu'il commence et que je poursuive. Il semble apprécier. Je lui propose de mettre des arbres. Il repousse tout sur le bureau. Je lui propose alors de dessiner un circuit pour ses voitures tout droit de sorte qu'il puisse aligner ses voitures comme il aime à le faire. Ensuite, je lui demande de donner des noms à ses voitures. « L'autobus, la course, la voiture, 10, 11, 14, le père Noël ». Je recueille tous ces mots et j'en fais une chanson sur une petite mélodie qu'il reprend avec moi et que nous chantons sur le chemin du retour. Il repart avec ses dessins et accepte de laisser les voitures sur place. Il semble très content. Il a beaucoup rit quand j'ai joué à faire sauter ma voiture au dessus des siennes. Bilan séance 4 : il a beaucoup apprécié le chant ce qui a favorisé son expression orale.

**Séance 5 (25/03/10): (objectifs : que Quentin prenne à nouveau du plaisir par le chant présenté sous forme de jeu afin qu'il reprenne confiance en lui) (Réunion médico-psy 25/03/10 : Avec le papa ça ne va pas. A l'I.M.E., grandes colères et grande frustration : il est ingérable – A noter : changement de salle pour les séances d'art-thérapie)** Je vais chercher Quentin et sur le chemin je dois l'attraper car il se met à courir. Quentin veut monter pour prendre des jouets dans la salle que nous occupions jusque là. Nous occupons une nouvelle salle que j'ai préparée et aménagée. Aujourd'hui, il ne parle que de nourriture. Il semble moyennement motivé. Il souhaite parfois rejoindre son groupe. Il veut dessiner un hamburger. Finalement, le hamburger est fait en argile. Je lui propose ensuite de créer une chanson dont il trouve les paroles : c'est une chanson gaie qui n'évoque que la nourriture et sans doute toutes les choses qu'il souhaite manger. Quand je signe il me dit « c'est mon nom là ? » Il m'appelle par mon prénom. Il souhaite partir, je lui rappelle alors qu'il faut ranger le matériel. Il repart avec toutes ses productions. Il me dit au revoir encouragé par les éducateurs. J'apprends qu'il a emporté les dessins de la fois précédente chez son père. Bilan séance 5 : il a pris du plaisir avec le chant et la création des paroles.

**Séance 6 (01/04/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 01/04/10 : temps intermédiaires difficiles à gérer. Besoin de préparer les activités. Fait beaucoup d'efforts.)** Le premier contact est difficile mais nous allons à l'atelier. Quentin ne semble pas très motivé à l'idée de la séance. A plusieurs reprises, il dit vouloir retourner dans son groupe. Il peint au pinceau et au rouleau, dessine le contour de ses mains et des ronds, travaille la terre avec un outil. Il chante beaucoup plus que les fois précédentes. Je veux l'enregistrer mais mon appareil ne fonctionne pas. A la fin de la séance, il semble enfin s'investir mais c'est la fin. Il emporte ses productions. Bilan séance 6 : Il était très dispersé mais a pris beaucoup de plaisir avec le chant.

**Séance 7 (15/04/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 15/04/10 : en miroir avec Arthur. N'accepte pas les frustrations. A des pulsions agressives. Des états paniques dans certaines situations (phobie des fourmis). Devient ingérable depuis qu'il a vu sa mère il y**

**a 3 semaines. Il mord, tape, donne des coups de poings à ses copains. Il se bloque d'un coup, le regard dans le vide (crise ?). Pour le père, il va bien. Cela devient dangereux pour les autres qu'il pousse, tape. A côté de ça, il est gentil, câlin, aidant.)** Je vais le chercher dans son groupe, il me suit vers l'atelier. Il essaie de monter à l'étage pour aller chercher des voitures mais accepte d'aller à l'atelier. La séance se déroule comme la précédente : il dessine, ne fait pas de terre mais l'enregistrement du chant semble lui procurer un très grand plaisir et est une grande surprise pour lui. Il est un peu agité et un peu en opposition aussi mais facilement gérable. Bilan séance 7 : a beaucoup apprécié l'enregistrement et l'écoute de sa production.

**Séance 8 (29/04/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 29/04/10 : Passage sur le groupe Emeraude pour le séparer d'un enfant. Le père se pose des questions sur l'épilepsie de son fils et sur les enfants de l'I.M.E. qui ont une mauvaise influence sur son fils. Pensait confier Quentin à la mère mais se demande si elle ne devient pas folle (comme la grand-mère maternelle). Educateurs : est très dur en ce moment, avant ça ne durait pas aussi longtemps)** Séance annulée : ne veut pas venir « je veux rester avec mon groupe, avec les éducatrices » : « d'accord, on se revoit la fois prochaine, bonne semaine ».

**Séance 9 (20/05/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 20/05/10 : Quentin ne veut pas aller avec son père. Le père est moqueur « je vais lui faire la misère tout le week-end ».)** Je retrouve Quentin, il vient mais se met à courir et joue à se cacher sous un banc en bas à l'accueil. Puis, il dit ne plus vouloir venir. Nous remontons et je lui dis « tu sais Quentin, si tu ne veux plus venir et que tu me dis non à chaque fois, je vais comprendre que tu ne veux plus jamais venir. Tu as le droit mais c'est ce qui peut arriver ». Il réintègre son groupe. Je discute avec une éducatrice sur son engagement et elle me dit qu'il s'agit d'un faux « non », qu'il ne va pas bien. « Je peux dans ce cas suspendre les séances pour le moment ». Quentin ressort avec l'éducatrice, il veut bien faire un circuit à l'atelier. Il vient accompagner de l'éducatrice. Il veut monter à l'étage dans l'ancien bureau pour les voitures. Il ne démarre pas le dessin, il veut repartir. Je me mets à chanter « dans sa maison... ». Il se met à chantonner. Je note ses paroles et nous reprenons ensemble. Je lui propose en suite de dessiner un circuit. Je suis ses traits qu'il relie systématiquement. C'est l'heure de repartir. Il veut une grande feuille car la petite c'est « nul ». Il emporte les deux feuilles. Il veut courir. Je lui dis que nous courrons la prochaine fois si nous en avons le temps à la fin de la séance dans le parc. Bilan séance 9 : séance très mitigée, veut-il encore réellement venir ? Rôle des éducateurs et du père dans son intention ?

**Séance 10 (27/05/10): (objectifs : qu'il vienne avec un réel engagement et qu'il continue à prendre du plaisir dans le chant et/ou le dessin) (Réunion médico-psy 27/05/10 : rien de nouveau. Quentin rejette son père.)** Je vais chercher Quentin m'accueille avec un joli sourire et nous allons à l'atelier sans opposition. Le début de la séance est très rapide, Quentin veut colorier. Il choisit une image que nous allons photocopier à l'accueil de l'I.M.E. Nous retournons à l'atelier. Il commence son dessin et me demande de dessiner aussi. Je fais un dessin de voiture. Puis nous chantons des sons ou improvisons des chansons. Il découpe son coloriage et une feuille. Il veut partir dans son groupe. Je lui demande de ranger avant, il accepte. Bilan séance 10 : il était très difficile d'ancrer son intérêt et son investissement dans la séance.

**Séance 11 (03/06/10): (objectifs : qu'il vienne de bon cœur - favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 03/06/10 : toujours tendu et incompréhensible).** Aujourd'hui, Quentin est très souriant et a le projet de dessiner Mickey. La séance se déroule très bien. Il est motivé, engagé. Il colorie et chante. Nous jouons aussi à faire une course de voiture : je prends une gomme et j'imites des bruits de voiture ce qui le fait éclater de rire surtout quand mon véhicule lui passe sur le bras et quand il s'amuse à me mettre des obstacles. La séance se déroule dans une ambiance détendue,

agréable. Il est dispersé mais tout de même canalisable. Il veut que j'écrive les noms des autres camarades de son groupe sur sa feuille (pour partager avec eux ?) Il veut dessiner « Minnie » la prochaine fois. Il semble prendre du plaisir à dessiner avec les pastels gras (d'abord avec la colle en bâton) : car ça glisse : fort plaisir sensoriel. Il est satisfait et veut montrer ce qu'il a fait à son groupe avec fierté. Bilan séance 11 : très bonne séance - a pris du plaisir et a rit.

**Séance 12 (11/06/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 11/06/10 : Gestes violents. Il a vu sa maman. Il ne veut pas aller sur le groupe Emeraude : à réfléchir)** Je retrouve Quentin dans l'autre groupe allongé par terre. Il semble soulagé de me voir. Nous allons faire la photocopie de son dessin, il s'agite et je dois le reprendre. A l'atelier, il colorie, me demande de prendre un pastel, je le prends. Quand Mickey est fini, je lui propose de le coller sur une feuille : il en veut une grande. Il joue avec la colle et je me mets à chanter « des ronds, des traits » en fonction de la forme qu'il fait avec la colle avec laquelle il joue sur la feuille. Il aime beaucoup, il rit et me demande encore. Il fera ses 2 dessins avec ce jeu « des ronds, des traits ». J'essaie aussi de jouer à « vite et doucement », il le fait un peu mais a envie d'aller vite. Il accepte de faire une chanson. Il propose des paroles sans lien apparent entre elles. On chante *Santiano* de Hugues Aufray (« ...Tiens bon la vague et tiens bon le vent, Hisse et ho, Santiano... »). Je fais semblant de tenir un micro ce qui le fait rire. Il dit qu'un de ses dessins est pour Mélissa (la maitresse) et pour moi mais il le colle sur sa feuille : il fait une composition. Le retour dans son nouveau groupe est très difficile. Il ne veut plus de son dessin. L'éducateur lui dit « ah non pas comme hier hein ! ». Je lui dis à la semaine prochaine. Bilan séance 12 : a semblé vouloir échapper à une situation désagréable et a voulu et su alors investir la séance.

**Séance 13 (17/06/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 17/06/10 : Rien de très nouveau. L'arrivée dans son nouveau groupe est très difficile.)** Quentin me suit de suite. Il choisit son dessin et nous faisons les photocopies à l'accueil de l'I.M.E. Il dessine et colorie. Il commence à chanter *Santiano* que l'on reprend pendant la séance : il semble prendre du plaisir surtout quand j'adapte la chanson « c'est la chanson de Quentin qui est en train de dessiner, qui est en train de chanter. Nous signons à 2 le dessin, il m'imité. Le retour dans son groupe est encore difficile. Nous nous disons au revoir. Bilan séance 13 : cela fait 2 séances que j'ai clairement remarqué qu'il aime colorier les petits détails. Bonne séance.

**Séance 14 (24/06/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 24/06/10 : idem pas facile. A noter : Aujourd'hui Fête de la musique animée à l'IM.E.)** Annulée : n'a pas voulu venir.

**Séance 15 (01/07/10): (objectifs : favoriser la confiance en soi par le plaisir produit par l'activité chant et/ou dessin) (Réunion médico-psy 01/07/10 : moments bons et moins bons : pulsions douloureuses pour les autres. A besoin d'affection.)** Quentin choisit son coloriage. Arrivé dehors, il me dit « je veux pas aller là-bas, je veux mon groupe » Nous discutons, une éducatrice passe et arrive à l'accompagner jusqu'à l'atelier. Il se met par terre. Il récupère ses dessins. A ma question « tu as aimé dessiner ? » Il répond « non » avec un sourire (pudeur, gêne ou vérité ?). Il réclame de nouveau son groupe. Sur le chemin, je le félicite pour tous les efforts qu'il a fourni et toutes les œuvres qu'il a su produire. Je le remercie pour sa participation. Je le raccompagne. Il montre ses dessins aux éducateurs et nous nous disons au revoir. Bilan séance 15 : fin de prise en charge. Moments de plaisir mais très grande difficulté à le canaliser suffisamment pour qu'il puisse s'investir régulièrement.

## **1.6 Des items et faisceaux d'items ont été choisis afin d'évaluer l'évolution de Quentin.**

Voici la grille d'observation utilisée pour évaluer l'évolution de Quentin. (Inspirée par le modèle présenté par Richard Forestier dans *Tout Savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, 2007, p. 132 et 133).

**Cette première page est identique pour les 3 études de cas**

**Identification de l'enfant : Quentin**

**GRILLE D'OBSERVATION**

Séance individuelle n° :

Date :

La semaine s'est-elle bien passée (évènement significatif)	Quel temps fait-il autre :
Réunion médico-Psy :	Objectif séance :

**IMPLICATION RELATION :**

Type de relation	Mode relat.	Rencontre	Contacts (quant.) verbal, regard, physique)	Contacts (dynamique)	Contacts (qualit.)	Fonction relation de l'art-th.	Aide
5 - relation privilégiée 4 - relation 3 - expression 2 - écoute 1 - absence	5 - cordialité 4 - respect 3 - indifférence 2 - opposition 1 - agressivité	5 - chaleureuse 4 - polie 3 - indifférente 2 - réticente 1 - agressive	5 - systématiques 4 - nombreux 3 - ponctuels 2 - rares 1 - inexistants	5 - exubérants 4 - spontanés 3 - polis 2 - sans 1 - rejetés	5 - agrippants 4 - affectueux 3 - cordiaux 2 - polis 1 - agressifs	a - autonomie b - aide ponctuelle c - aide d - protection e - dépendance totale	5 - refusée 4 - réticente 3 - acceptée 2 - demandée 1 - réclamée
Méthode			Dynamique	Tension nerveuse	Items empiriques motifs arrêt réalisation	Devenir producteur Production	Tient à faire seul sa production (dde)
E - exercice S - situation J - jeu	T - thérapeutique D - didactique R - révélateur O - occupationnelle	Df - directif Dé - dirigé Sd - semi-dirigé Ou - ouvert Li - libre	5 - acteur 4 - récepteur actif 3 - acteur passif 2 - mobile rayonnant 1 - présence vide	5 - dynamique 4 - calme 3 - nonchalance 2 - agitation 1 - agressivité avant/pendant/après	5 - fin du projet personnel 4 - fin étape 3 - fin de séance 2 - perturbation 1 - désintérêt	5 - exposée - offerte 4 - confiée à art-thé. 3 - emportée 2 - oubliée 1 - jetée, détruite	5 - intense 4 - important 3 - moyen 2 - faible 1 - nulle
Esthétique					Item empirique Superficie	Autonomie habillage et blouse	Sourires
Description thème	Technique	Formes	Couleurs	Format	5 - toute la feuille 4 - 3/4 de feuille 3 - 1/2 feuille 2 - 1/4 feuille 1 - 1/8 feuille	5 - grande 4 - moyenne 3 - faible 2 - perturbée 1 - nulle	5 - systématiques 4 - nombreux 3 - ponctuels 2 - rares 1 - inexistants
5 - abstrait 4 - figuratif 3 - souvenir 2 - répétitif 1 - sans thème	peinture dessin écriture collage autre	5 - sophistiquées 4 - travaillées 3 - simples 2 - grossières 1 - informes	5 - recherchées 4 - superposées 3 - alternées 2 - monochromes 1 - non choisies	5 - personnalisé 4 - raisin 3 - demi raisin 2 - A3 1 - A4			
Esthétique fond/forme	Regard	Autoévaluation	Plaisir	Faire/subir	Trajet (aller-retour)	Initiatives	Choix couleur et autre
5 - esthétique 4 - cohérent accepté 3 - moyen 2 - peu cohérent 1 - non décodé	5 - rayonnant 4 - intéressé 3 - présent 2 - triste 1 - absent	5 - fierté 4 - autosatisfaction 3 - satisfaction mitigée 2 - indifférence 1 - dévalorisation	5 - plaisir rayonnant 4 - plaisir 3 - peu 2 - indifférent 1 - déplaisir	5 - initiative 4 - respect consigne 3 - demande aide 2 - attente aide 1 - passivité	5 - chaleureux, agréable 4 - polie 3 - indifférente 2 - réticente 1 - agressive	5 - nombreuse 4 - quelques 3 - rares 2 - 1 1 - aucune	5 - autonome 4 - choix d'une couleur 3 - hésitant 2 - réticent 1 - sans

## Items et faisceaux d'items supplémentaires spécifiques à Quentin

	Trace	Se souvenir repère/ projet	Position	Concentration	Application pour faire belle P <sup>2</sup>	Items empiriques Rythme	Dextérité
<b>Physique/mental</b>							
<b>Trace</b>	5 - autonome	5 - évocation spontanée	5 - dynamique	5 - grande	5 - intense	5 - très rapide	5 - fine
5- sophistiqué	4 - encouragé au début	4 - souvenir partiel	4 - adaptée	4 - moyenne	4 - importante	4 - rapide	4 - bonne
4 - bon	3 - encouragé	3 - réminiscence	3 - inadaptée	3 - faible	3 - moyenne	3 - soutenu	3 - normale
3 - simple	2 - accompagné physiq	2 - oubli partiel	2 - inconfortable	2 - perturbée	2 - faible	2 - lent	2 - maladroite
2 - débutant	1 - sans trace	1 - oubli total	1 - dangereuse	1 - non perçue	1 - nulle	1 - très lent	1 - grossière
1 - médiocre							
<b>Bilan</b>	<b>Objectif séance</b>	<b>Limites atteintes</b>	<b>Motif modification</b>	<b>Intérêt participation</b>	<b>Thymie</b>	<b>Début travail</b>	<b>Projet participation</b>
<b>Objectif global</b>	5 - aboutissement	a - physiques	a - souhait du participant	5 - enthousiasme	5 - enthousiasme	5 - rapide	5 - atteint
5 - aboutissement	4 - évolution importan	b - mentales	b - risque d'échec	4 - acceptée	4 - bonne humeur	4 - lent	4 - poursuivi
4 - évolution importante	3 - évolution	c - techniques	c - perturb. Atelier	3 - hésitante	3 - humeur égale	3 - hésitant	3 - modifié
3 - évolution	2 - sans évolution	d - relationnelle	d - amélioration santé	2 - réticente	2 - mauvaise humeur	2 - après stimulation	2 - suspendu
2 - sans évolution	1 - régression	e - aucune	e - régression	1 - refusée	1 - geste d'humeur avant/ pendant/après	1 - après aide	1 - abandonné
1 - régression							
<b>Séparation</b>	<b>Volonté</b>	<b>Durée projet</b>	<b>Expression orale nature</b>	<b>Quantité</b>	<b>Items empiriques Qualité</b>	<b>Fonction</b>	<b>Signe sa production ???</b>
	5 - forte	5 - + 30 séances	a - présent	5 - incessante	5 - élaborée	5 - réhabilitation	5 - autonome
5 - regrettée	4 - certaine	4 - + 20 s.	b - souvenir	4 - importante	4 - claire	4 - reconnaissance	4 - guidée 1fois
4 - cordiale	3 - mitigée	3 - + 10 s.	c - demande	3 - moyenne	3 - compréhensible	3 - porte-parole	3 - guidée plusieurs fois
3 - polie	2 - faible	2 - + 5 s.	d - plainte	2 - rare	2 - troublée	2 - écoute	2 - accompagné
2 - indifférente	1 - non perçue	1 - + 1 s.	e - angoisse	1 - sans	1 - incohérente	1 - aide matérielle	1 - jamais ou autre
1 - soulagée							
<b>Ambiance</b>	<b>Colère</b>	<b>Agressivité (orale ou physique)</b>	<b>Autonomie habillage et blous e</b>	<b>Veut jouer ( dde)</b>			
5 - conviviale	5 - forte	5 - forte	5 - grande	5 - incessante			
4 - calme	4 - certaine	4 - certaine	4 - moyenne	4 - importante			
3 - animée	3 - mitigée	3 - mitigée	3 - faible	3 - moyenne			
2 - agitée	2 - faible	2 - faible	2 - perturbée	2 - rare			
1 - tendue	1 - non perçue	1 - non perçue	1 - nulle	1 - sans			

Autres / à noter :

Crise d'épilepsie :

Bilan de la séance

Description et enchaînement des séquences, des moments :

Limites atteintes :

Modification ou faits surprenants apparus pendant la séance :

Humeur art-thérapeute :

Intérêt du patient pour l'activité :

Erreurs (nature, cause, importance, effets produits) :

Questions en suspens :

Pistes pour la prochaine séance :

Synthèse / description de la séance :

Le plaisir esthétique, sensoriel et émotionnel est le premier faisceau d'items choisi.

En effet, le plaisir esthétique, sensoriel et émotionnel ressenti pendant l'activité peut être un élément capital pour Quentin qui a beaucoup de difficulté à s'investir dans une activité sans être parasité de toute part et peut favoriser le maintien de l'attention et de son investissement dans l'activité artistique. Ceci pourrait favoriser la restauration de la confiance en soi, basée sur le ressenti corporel et de l'estime de soi. Cette observation s'appuiera sur des faisceaux d'items dont le plaisir rayonnant, le regard, les sourires, la nature de l'expression orale, l'humeur, etc. et également sur une observation ressentie.

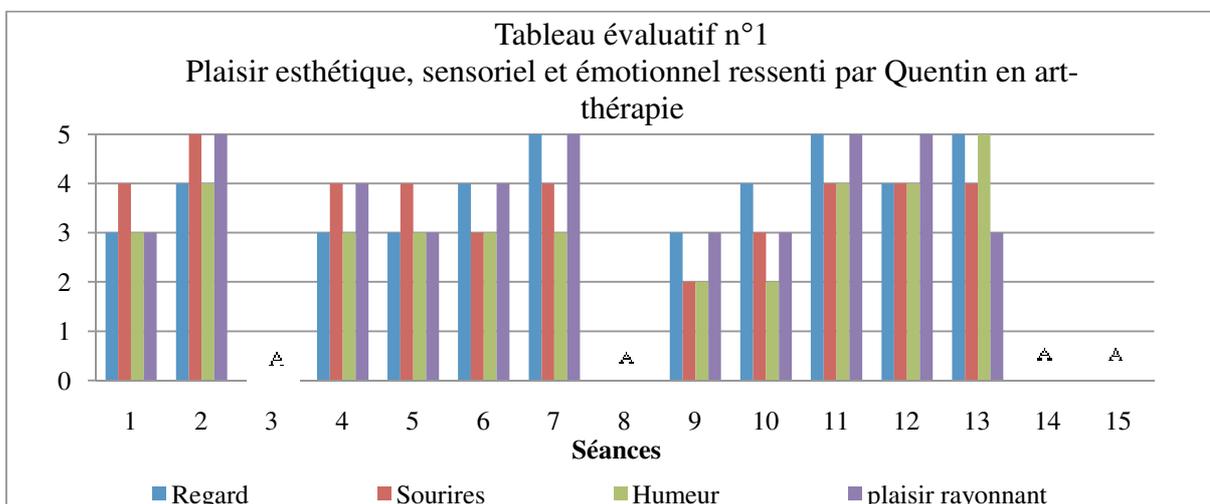


Table de lecture évaluative du tableau n°1 :

(A= séance annulée)

Regard	Sourires	Humeur	Plaisir
5 - rayonnant	5 - systématiques	5 - enthousiasme	5 - plaisir rayonnant
4 - intéressé	4 - nombreux	4 - bonne humeur	4 - plaisir
3 - présent	3- ponctuels	3 - humeur égale	3 - peu
2 - triste	2 - rares	2 - mauvaise humeur	2 - indifférent
1 - absent	1- inexistants	1 - geste d'humeur avant/ pendant/après	1 - déplaisir

Son implication dans l'activité artistique est le deuxième faisceau d'items retenu.

L'activité artistique par le plaisir esthétique, les gratifications sensorielles et émotionnelles peut retenir son attention et devenir un centre d'intérêt durant la séance. Cette observation s'appuiera sur un ensemble d'items dont la concentration, la volonté, l'application à faire une belle production, la prise d'initiatives, son intérêt, etc. et également sur une observation ressentie.

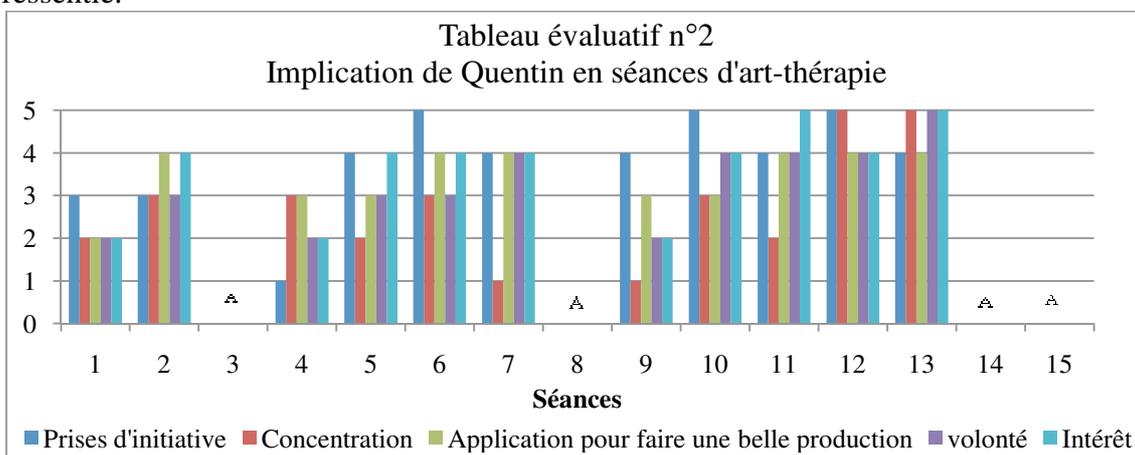


Table de lecture évaluative du tableau n°2 :

(A= séance annulée)

Initiatives	Concentration	Application pour faire belle P°	Volonté	Intérêt participation
5 - nombreuse	5 - grande	5 - intense	5 - forte	5 - enthousiasme
4 - quelques	4 - moyenne	4 - importante	4 - certaine	4 - acceptée
3 - rares	3- faible	3 - moyenne	3 - mitigée	3 - hésitante
2 - 1	2 - perturbée	2- faible	2 - faible	2 - réticente
1 - aucune	1 - non perçue	1 - nulle	1 - non perçue	1 - refusée

Enfin, le dernier faisceau d'items retenu sera les capacités relationnelles de Quentin.

Du fait, de ses très grandes difficultés à gérer les frustrations, les échecs et ses émotions, Quentin entre souvent en conflit avec ses camarades et l'équipe. Il s'oppose beaucoup, devient violent et perturbe la vie du groupe. L'activité artistique pourrait permettre à Quentin de canaliser ses émotions dans un seul but esthétique et dans la gratification sensorielle et lui permettre ainsi de développer ses capacités relationnelles dans des conditions favorables et de façon adaptée. Cette observation s'appuiera sur l'observation de sa relation établie avec l'art-thérapeute durant les séances et sur un ensemble d'items dont le type de relation, le type et la nature de contact, l'expression orale et sa fonction, l'ambiance, la manifestation de colère et d'agressivité, etc. et également sur une observation ressentie.

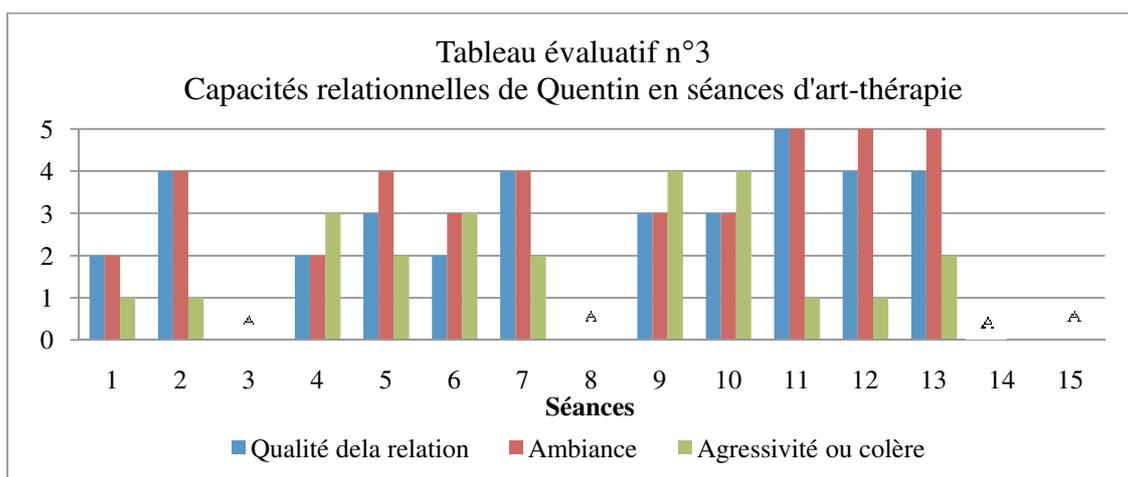


Table de lecture évaluative du tableau n°3 :

(A= séance annulée)

Qualité de la relation	Ambiance	Agressivité ou colère
5- cordialité	5- conviviale	5- forte
4- respect	4- calme	4- certaine
3- indifférence	3- animée	3- mitigée
2 - opposition	2 - agitée	2 - faible
1 - agressivité	1 - tendue	1 - non perçue

Concernant ces trois tableaux évaluatifs, il est important de signaler que l'évaluation d'un certain nombre de séances est difficile à établir dans la mesure où au cours d'une même séance Quentin pouvait à la fois être très investi, attentif et calme et également être agité, dispersé et démotivé. Dans ce cas, il a donc fallu établir une moyenne.

### 1.7 Bilan de la prise en charge de Quentin

La prise en charge de Quentin était prévue sur 15 séances. Il ne participera finalement qu'à 11 séances, les 4 autres correspondant à chaque fois à un refus de sa part. Ce refus sera toujours en lien avec une de ses pénalités principales à savoir son incapacité à gérer de bonnes ou mauvaises émotions et à maintenir son attention. Bien que le matin même, il était tout à fait disposé à venir, il changera finalement d'avis au dernier moment en fonction d'événements dans la vie de son groupe, d'une phrase d'un camarade, etc. et je respecterai sa décision. Ceci dit, après qu'il ait changé de groupe, avec beaucoup de peine, il viendra systématiquement en séance comme pour échapper à un environnement qui ne semble pas lui convenir et pour en retrouver un autre qu'il semble alors mieux supporter. Par ailleurs, l'implication réelle de Quentin dans les séances d'art-thérapie a été mise en danger par le comportement d'une éducatrice qui a menacé ouvertement Quentin d'avertir son père, avec qui il a des rapports très tendus, de ses changements de décisions (ce qui n'était pourtant pas un fait nouveau, loin de là). Cette menace regrettable a peut-être influencé, d'une façon ou d'une autre, la décision de Quentin de venir ou non en séances d'art-thérapie puisque cette décision n'impliquait plus seulement l'enjeu art-thérapeutique mais du coup également ses relations avec l'équipe éducatrice et son père (phénomène associé).

Concernant les objectifs de la prise en charge, Quentin a pu utiliser l'activité artistique pour faire émerger des moments de gratifications sensorielles et émotionnelles lui permettant de se concentrer sur une activité agréable où son attention a pu être maintenue plus ou moins fortement et longuement par le plaisir esthétique, sensoriel et émotionnel. Les activités ont toujours été abordées sous l'aspect du jeu (simultanément ou tour à tour sur un mode thérapeutique, didactique ou révélateur, de façon semi-dirigée afin de s'appuyer sur une consigne ; une méthode ouverte ou libre aurait pu le mettre totalement en difficulté). Il s'est montré très intéressé par la pratique du chant. J'ai alors réajusté ma stratégie initiale axée sur la pratique des arts plastiques. Le chant est parfois devenu ainsi l'activité dominante durant les séances bien que toujours accompagnée des arts plastiques pour leur matérialité. En effet, la pratique des arts plastiques a très vite mis en évidence des sites d'actions (phases 4 à 7 dans l'opération artistique et le phénomène artistique) : fonctions cognitives dégradées, représentations mentales très limitées, imagination\* et symbolisation très restreintes. Je devais donc veiller à ne pas favoriser une boucle d'inhibition face à l'échec puisque la pratique du dessin était très difficile et favoriser une boucle de renforcement par la diversification de techniques artistiques valorisantes. Nous nous appuyions au début sur une chanson connue (solicitation de la mémoire et du plaisir esthétique) pour ensuite l'inviter à se diriger vers des chants improvisés (et retourner ainsi vers les représentations mentales, l'imagination et la symbolisation) lui permettant de s'exprimer verbalement malgré ses difficultés cognitives et de prononciation orale avec beaucoup de plaisir et de fierté. Ceci a peut-être favorisé l'émergence de représentations mentales tout comme le dessin de circuits pour ses voitures à favoriser l'accès à la symbolisation pour illustrer des routes. Il repartait toujours des séances avec ses productions artistiques avec fierté (phase 7 et 8 de l'opération artistique) ; les arts plastiques lui permettant de garder une trace (1'), dans le temps et l'espace, de sa capacité à s'exprimer artistiquement (il en fut de même pour le chant dont je notais les paroles afin que nous puissions rechanter la chanson durant la séance, paroles qu'il emportait avec lui également à chaque fin de séance pour les partager avec d'autres (8)). Au cours des séances, il a pu également avoir le sentiment de contrôler son corps de façon volontaire et orientée dans une tension vers l'esthétique. L'exploitation des parties saines, bien que limitées par le handicap mental et les séquelles de la maladie épileptique, a pu favoriser la restauration de la confiance en soi par la production et la présentation de ses œuvres aux autres et l'affirmation de soi par l'expression de son goût, de son style et de sa personnalité et donc certainement de l'estime de soi.

Le cadre art-thérapeutique, tel qu'il a été posé et présenté, a favorisé l'expression artistique puisqu'il supprimait des phénomènes associés très parasitants (bruit, mouvements). La prise

en charge de Quentin, bien que trop courte, lui a été bénéfique mais restait tributaire de son instabilité émotionnelle qui mettait en péril sa continuité et son efficacité.

## **2) Gilles**

### **2.1 Anamnèse**

Gilles est né en 2001, il a 8 ans. Il est accueilli en externat depuis décembre dernier. Il a fait sa première crise à 3 ans. On diagnostique une épilepsie généralisée avec troubles du comportement : agitation, provocation, agressivité. Son épilepsie est stabilisée en 2008 grâce à un traitement médicamenteux antiépileptique (Dépakine + Tégrétol). Ses parents sont originaires d'Haïti. Il a deux grandes sœurs (23 et 15 ans) et un grand frère (22 ans). Son père est très autoritaire et lui donnerait du LOXAPAC (antipsychotique agissant également comme régulateur de l'humeur). Un E.E.G. réalisé en 2008 présente une activité cérébrale anormale. Bilan psychologique : (en 2008) : problème de comportement avec exclusivité de la relation, sentiment de toute puissance. Il est agressif verbalement et physiquement. Son attention est faible. Il présente un comportement pulsionnel qui gêne ses acquisitions (malgré des capacités verbales correctes) et l'empêche de se construire tant sur un plan psychoaffectif que cognitif\*. Etablissements fréquentés : Scolarisé depuis la petite section. Un aménagement scolaire a été demandé et une mise en place de soins au C.M.P.\* ainsi qu'une A.V.S.\* On le maintient en grande section maternelle en attendant une structure spécialisée (la famille n'est pas prête pour ce projet). Il est suivi au C.M.P. depuis 2004 puis en S.E.S.S.A.D.\* à partir de février 2009. Il est scolarisé à temps partiel avec un A.V.S. Bilan psychomoteur : de façon globale, très à l'aise. Grande impulsivité. Motricité fine ok. Diagnostic (sous réserve) du médecin responsable pédopsychiatre de l'I.M.E. : Dysharmonie d'évolution à versant déficitaire avec troubles psychotiques : hypothèse à confirmer. Maladie neurologique sous-jacente ? Observations par la psychologue de l'I.M.E. : paranoïaque : hypothèse à confirmer.

### **2.2 Etat de base**

Gilles est arrivé depuis peu à l'I.M.E., en décembre dernier. L'équipe fait connaissance avec lui tout en l'observant. Gilles affirme être le plus fort et le premier partout. Il a besoin d'être valorisé sans cesse. Il semble en réalité avoir peur de tout. Il se retrouve vite en échec ce qui provoque beaucoup d'agressivité et de violence. Il se montre très menaçant avec ses camarades et les équipes : il accule les enfants au mur et les poursuit. Il fait les « yeux noirs » (le front en avant, menton reculé et regard fixe) en opposition. Il peut être assez impressionnant. Les éducatrices me disent « qu'il ne sait pas représenter quelque chose en dessin » alors même qu'on me montre un dessin d'un arc en ciel qui me semble plutôt correct ; « qu'il n'est pas dans la réalité ». On m'explique qu'il a vécu longtemps « seul » : son père travaillant la nuit, Gilles qui était déscolarisé ne devait pas faire de bruit le jour pendant que son père dormait. Il jouait beaucoup aux jeux sur console ou regardait la télé. « Il a besoin de tout apprendre », « on dirait qu'il n'a reçu aucune éducation » (éducatrices). Il ne joue pas seul : il a besoin de quelqu'un près de lui. Il écrit son prénom, recopie des mots. Il va à l'école 7 à 8 heures par semaine. Il est autonome dans la vie quotidienne, il présente cependant une apraxie motrice puisqu'il a du mal à défaire des boutons, des nœuds, se trompe de manche pour enfiler sa veste. Il a des problèmes d'alimentation à l'I.M.E. Son père dit que son comportement s'améliore depuis qu'il est accueilli à l'I.M.E. L'épilepsie ne s'est pas manifestée depuis qu'il est arrivé mais il a un traitement.

### **2.3 Objectif de l'I.M.E.**

L'I.M.E. n'a pas encore établi de projet précis à mon arrivée car Gilles est là depuis peu et la durée de sa présence n'est pas définitivement arrêtée. Il s'agit pour l'instant de faire connaissance avec lui et de lui présenter ses nouveaux camarades, les professionnels et le fonctionnement de l'institution. Il faut déjà cependant suivre son activité épileptique qui semble assez énigmatique (aucune crise observée). Contenir les moments de colère et

d'angoisse qui le poussent à être menaçant et violent envers les autres enfants. Accompagner Gilles qui ne supporte pas les situations d'échecs et de frustration.

## 2.4 Objectif art-thérapeutique

Le médecin responsable pédopsychiatre, en accord avec le chef de service et les autres professionnels concernés, m'adresse Gilles pour les raisons suivantes : il présente des problèmes de comportement majeurs, avec de la violence, de l'agressivité et de l'opposition. La prise en charge est très difficile pour la structure. L'équipe se demande d'ailleurs si Gilles va pouvoir intégrer à plus long terme un groupe. Il a peur de tout (sentiment d'insécurité ?) Il veut imposer sa toute puissance qu'il proclame. Il a une attitude de défi avec les adultes aussi. Gilles peut se montrer très en opposition et faire preuve de très fortes colères. Il peut même être violent. Il fait preuve d'une grande difficulté face à la frustration et accepte mal la confrontation à l'échec. Son comportement crée des problèmes de vie en groupe.

Objectifs généraux : Utiliser la pratique de l'activité artistique pour faire émerger des moments de gratifications sensorielles et émotionnelles agréables lui permettant de restaurer la confiance en soi par les productions d'œuvres artistiques impliquant l'efficacité corporelle et mentale (les parties saines, la confiance étant fondée sur le ressenti corporel). Une image de soi et une estime de soi dégradées (par une organisation de la structure familiale compliquée, les échecs scolaires et relationnels répétés, l'isolement qui en a résulté et toutes les angoisses générées par un monde extérieur méconnu, l'arrivée en I.M.E. auprès d'enfants déficients qu'il imite et dont il se moque) peuvent être restaurées en vérifiant qu'il est capable de produire de belles œuvres artistiques.

Objectifs intermédiaires : Lui proposer de nouveaux moyens d'expression. Etablir une relation de confiance. Grâce au cadre art-thérapeutique en prise en charge individuelle, favoriser une expression artistique réalisée dans le calme, sans phénomènes associés (bruit, mouvement, favorisant les conflits).

## 2.5 Description des séances

**Séance 1 (19/02/10): (objectifs : prendre contact, commencer à faire connaissance, présenter l'activité et le matériel) (Réunion médico-psy 18/02/10 : plus calme mais vampirise les autres. Tout puissant. Vacances la semaine prochaine)** Je retrouve Gilles dans son groupe, il joue avec un autre enfant avec une certaine fermeté. Je lui rappelle qui je suis et pourquoi je viens le chercher. L'éducatrice lui dit de mettre son manteau, l'aide. Il semble souffrir d'apraxie motrice. L'éducatrice me dit qu'une tâche serait un « drame catastrophique ». Sur le trajet, il me dit être fatigué car il a regardé un dessin animé sur le foot tard le soir. Je lui propose de dessiner un personnage du dessin animé, il accepte. Il produit plusieurs dessins aux pastels secs dont un qu'il dessine avec ses deux mains de façon symétrique. Il ne semble pas savoir représenter son personnage de dessin animé. Il veut dessiner avec moi Dingo, une peluche posée sur le radiateur. Il peint Dingo de façon très surprenante car il le peint à l'envers (modèle face à lui et dessin orienté vers moi). Tous les éléments ne sont pas bien disposés. Les couleurs sont reproduites. Il me demande de dessiner moi aussi et je lui réponds que je suis là pour l'aider. Il marmonne alors « je n'ai pas besoin de toi, bis » Je lui dis alors, « je suis là, ne t'inquiètes pas, je t'aiderai si besoin ». Je me demande si j'aurai du dessiner : je ne l'ai pas fait de peur que je ne devienne uniquement que son exécutante et lui le spectateur passif (voire directif). Il a peur d'aller remplir le gobelet d'eau dans la petite salle à côté à cause du noir. Je l'accompagne pour le rassurer. Il me jette des coups d'œil pendant qu'il dessine. Il me dit ne pas être satisfait de son dessin de Dingo. Il esquisse un nouveau dessin de Dingo au crayon et dit que c'est très bien. C'est la fin de la séance. Il a un problème avec son pull qu'il met à l'envers. Il est plus agité, éparpillé, nerveux. A noter : il fait une fixation sur le chiffre 18 : dit qu'il a remarqué qu'un pinceau était 18 et qu'il voulait une feuille 18. Il laisse ses dessins. Bilan séance 1 : nous faisons connaissance.

**Séance 2 (04/03/10): (objectifs : prendre contact, commencer à faire connaissance,) (Réunion médico-psy 03/03/10 : Imite beaucoup un autre enfant. Va beaucoup mieux. Très bien à l'école. Mange mieux. Prend du Risperdal (antipsychotique indiqué dans les troubles de l'agressivité persistante). Revient de vacances)** Gilles m'attend l'air grave dans son groupe. Je lui questionne sur ses vacances, il me répond être très fatigué, qu'il n'a pas dormi pendant les vacances car il voulait regarder la télé. Je lui propose de dessiner le contour de ses mains il accepte et veut les peindre ensuite. Il prend toutes les couleurs, peintures pour faire sa palette. Il me dit que je le fais rire, rigoler. Puis il ajoute qu'il ne sait pas dessiner une maison. Il suit mes indications. D'après lui, c'est un échec. Il signe son dessin « ONOP » pour qu'on ne sache pas qu'il en est l'auteur. Je teste son imagination mais il est de suite en difficulté : inhibition ou problème d'imagination ? Fin de la séance « elle est finie la séance là ? » « Oui, si tu penses avoir fini. » Il est un peu agité. S'il oublie de me dire merci, et que je lui fais remarquer, il accepte de se reprendre. Il accepte de se salir les mains puisque je lui dis que cela partirait en les lavant. Il dit aimer la couleur noire : « c'est cool ! ». Il dit être content de la séance. Je lui dis qu'il a tout à fait le droit de me dire le contraire mais il répond « mais j'ai dit oui ! ». Il m'a parlé des « gens » pendant sa séance et je lui ai répondu que personne d'autre ne verrait ses dessins. Il se souvient de mon prénom, me dit au revoir. Bilan séance 2 : beaucoup de sourires.

**Séance 3 (11/03/10): (objectifs : étayer la relation, confiance, échange) (Réunion médico-psy 10/03/10 : est perturbé. A mangé seul sur le groupe « Passerelle » ce qui n'a pas arrangé les choses.)** Gilles m'attend caché sous la table. Quand il me voit il dit « non ! ». Il plaisante et chahute. Il se souvient très bien de ce qu'il a fait la semaine dernière. Il souhaite dessiner un grand Spiderman, je le préviens qu'il nous faudra sans doute au moins deux séances pour réaliser ce projet, « pas de soucis ». Je lui demande pourquoi est-ce qu'il aime beaucoup Spiderman. Il me répond « car si mon papa et ma maman et moi on était morts, il viendrait peut-être nous sauver au paradis ». Il a du mal à choisir pour finalement choisir un Spiderman qui se recueille sur la tombe d'une jeune femme et dit « elle est enterrée là ». Il fait remarquer que dans le prénom de la jeune fille, il y a deux lettres comme celles dans Gilles. Il veut que je dessine aussi. Je fais des repères pour situer les différentes parties du corps de Spiderman et il rejoint les points avec des traits de façon hachée mais continue puis, il dessine de façon de plus en plus fluide. Il me demande si nous allons l'accrocher, « oui si tu veux ». Il refait référence aux « autres » et dit « si je me trompe c'est de ta faute ». En dessinant Spiderman, il se perd un peu et se disperse avec les autres dessins sur le livre, aussi je dispose un cache autour du dessin de façon à l'isoler des « bruits visuels ». Il a l'air content et me dit à la semaine prochaine. Bilan séance 3 : souriant, initiatives, était engagé, en confiance.

**Séance 4 (18/03/10): (objectifs : poursuivre l'expression artistique et faire émerger le plaisir et la confiance en soi) (Réunion médico-psy 17/03/10 : en progrès. Parents contents qu'il soit à l'I.M.E. Imite les plus faibles chez lui, se moque. Manipule les autres. Peut se concentrer. A des capacités. Synthèse prévue le 15/04 en ma présence)** Je retrouve Gilles en train de jouer et de terminer un puzzle très rapidement avec un autre enfant qu'il ne laisse pas participer. Il m'accompagne. Il croise en sortant un enfant puni et le poursuit en courant. Je cours après lui et lui demande pourquoi il réagit comme ça « parce qu'il m'énerve ». Je lui demande comment il va : « Je suis fatigué. Je dors tard parce que mon chauffeur dort tard » (je ne comprends pas bien). Il poursuit son dessin de Spiderman, le costume demande beaucoup de concentration, d'effort mais il s'y tient plutôt bien. Je lui propose de dessiner seul, il a peur. Je lui rappelle que s'il a besoin d'aide je suis là. Je lui propose aussi de poser les repères du dessin et que c'est moi qui trace puis de dessiner seul. Il y arrive un moment puis nous repartons sur le travail avec les repères. Il me dit qu'il fait exprès de faire les yeux « noirs » aux gens qui lui disent non parce que ça le fait rire et que c'est là un secret qu'il me confie. Il semble avoir envie de parler, de raconter la vie de Spiderman et la sienne. Il semble vouloir être en contact physique avec moi (de quel type ?). Aujourd'hui, il est moins souriant mais très concentré. Il répète que s'il se trompe c'est de ma

faute. Je lui dis que non, ça ne serait pas de ma faute. Je lui demande s'il est content de lui « oui ». Je lui demande de reprendre ses traits hachés : ok. Il souhaite montrer sa production aux autres quand le dessin sera terminé. Il me dit au revoir cherche mon regard une nouvelle fois dans les escaliers. Bilan séance 4 : beaucoup de concentration, efforts, humour, expression, communication, se projette.

**Séance 5 (25/03/10): (objectifs : poursuivre l'expression artistique et faire émerger le plaisir et la confiance en soi) (Réunion médico-psy 24/03/10 : ca va à peu près. A eu une altercation avec une autre enfant car ils ne se supportent pas. Bien à l'école. Parfois des problèmes de comportement. A noter : changement de salle)** Quand j'arrive, l'éducatrice qui raconte un conte décide de stopper le récit et du coup Gilles est en colère après moi. Il reprend le dessin de Spiderman et continue à s'appliquer pour faire un beau dessin. Parfois, il colorie très vite car le dessin est grand et il s'agace un peu. Il évoque la mort dès le départ. Il cherche de nouveau, le contact physique avec moi, je me déplace pour vérifier que ce ne soit pas le hasard et il revient se mettre en contact. Il est beaucoup plus autonome dans le coloriage mais moins dans les repères. Pour la première fois il dit qu'il s'est trompé. Il lâche un « t'es nulle » dans un moment d'agacement. A noter : Il me vouvoie durant toute la séance : j'ai l'impression qu'il cherche à mettre une distance entre nous à cause de l'histoire interrompue ? Bilan séance 5 : potentiel de plus en plus important. Peu de plaisir apparent.

**Séance 6 (01/04/10): (objectifs : travailler le relationnel, la frustration - poursuivre l'expression artistique et faire émerger le plaisir et la confiance en soi) (Réunion médico-psy 30/03/10 : la semaine a été difficile. Beaucoup de provocations. Se bat avec un autre enfant. Mange mieux. « Veut s'échapper ». Papa souhaite que son fils augmente le Risperdal (antipsychotique indiqué dans les troubles de l'agressivité persistante)** Je retrouve Gilles qui dort debout jusqu'à la grille de l'I.M.E. Il est calme, même plutôt éteint. Il est là pour terminer son dessin auquel il semble tenir. Il dit deviner quelque chose car il est un « génie ». Il dit être président en montrant le drapeau sur son pullover. Il semble déterminé à finir son dessin de Spiderman. Il oublie de tracer des traits puis fini par les faire. Il termine son dessin. Je lui présente des productions artistiques d'art abstrait afin de lui faire découvrir d'autres techniques picturales. Il écoute poliment. Je lui propose alors de faire ce qu'il veut avec le matériel qu'il désire. Il regarde alors dans la salle, voit les pictogrammes que j'ai réalisés. Il dessine un visage souriant puis dessine un dragon et se laisse aller à créer. Il choisit des couleurs, avec son style, et laisse libre cours à son imagination et à son désir d'expression. Il m'offre son dessin parce qu'il ne l'aime pas. (Ou pour me faire plaisir ?) Il y inscrit mon prénom qu'il me demande d'épeler puis le sien en haut en me disant « tu en fais ce que tu veux ». Il repart avec son dessin. Nous nous revoyons dans 15 jours. Bilan séance 6 : très belle production personnelle. Dommage qu'il n'arrive pas à l'apprécier.

**Séance 7 (15/04/10): (objectifs : qu'il soit plus autonome et confiant et faire attention au mode relationnel) (Réunion médico-psy 14/04/10 : Des moments bien, des moments pulsionnels. Fait le caïd. A noter : aujourd'hui : réunion de synthèse de Gilles à laquelle je suis invitée à participer)** Gilles veut faire « une voiture avec quelqu'un dedans ». Je lui propose de la dessiner. Il me répond de suite qu'il n'y arrive pas. Il se sent en échec et est en colère. Je lui dis qu'il peut en découper une dans un magazine et la coller. Il a du mal à découper et pense qu'en collant la voiture sur sa feuille et en dessinant par-dessus le dessin va apparaître dessous. Je lui rappelle que je suis là et je l'encourage. Il choisit des couleurs mais me demande ce que j'en pense et me dit « c'est ta voiture ». Il dit être content. Alors qu'un autre enfant fait une colère et que l'institutrice l'a placé dans le couloir, Gilles ouvre la porte de l'atelier et va le chahuter pour dit-il « lui faire peur et faire une blague ». En fin de séance, il emporte le dessin fait sur le calque. Il le signe de son nom et celui de son père. Il veut me faire un dessin mais il ne reste plus assez de temps. Bilan séance 7 : était assez agité mais suffisamment concentré et investi pour produire le dessin qu'il souhaitait.

**Séance 8 (29/04/10): (objectifs : laisser émerger des choses spontanées personnelles et lui signifier qu'elles ont de la valeur. Faire attention au mode relationnel) (Réunion médico-**

**psy 28/04/10 : globalement mieux. Moins provocant)** Durant cette séance, Gilles réussi à produire plusieurs dessins de façon spontanée. Il réussi même à mettre ses mains et ses doigts dans la peinture sans que ce soit infranchissable à cause du salissement. La peinture dans la recherche de couleurs et les formes est assez grossière. Il ne semble pas vouloir s'appliquer particulièrement. Il est plus dans l'action, dans l'agir. Il redit être un génie et dit aussi des grossièretés. Il me laisse ses productions (car il ne les aime pas ou comme un cadeau ?) Je lui souhaite de bonnes vacances puisque nous nous revoyons dans 3 semaines. Bilan séance 8 : Gilles a osé produire des productions totalement personnelles mais sans les apprécier.

**Séance 9 (20/05/10): (objectifs : qu'il continue à oser s'exprimer artistiquement, qu'il élabore un projet personnel afin de le montrer aux autres) (Réunion médico-psy 19/05/10 : A été sur le groupe Aquila, dit « ma poule » aux éducatrices. Le chef de service le trouve plus apaisé, plus adapté malgré tout. Le père est « inquiétant ». L'orthophoniste va le prendre en charge.)** Je retrouve Gilles dans son groupe. Il me demande de suite « pourquoi t'étais pas là ? ». Il a oublié que je l'avais prévenu ? Il travaille le dessin de Spiderman à partir d'un calque, le colorie puis produit un dessin « un robot qui balaye » au feutre noir pour moi. Où il note « Pour Isabelle », son prénom et la date. A noter : que nous sommes dérangés plusieurs fois durant la séance : il est alors agressif avec un enfant et taquin avec l'institutrice qui vient répondre au téléphone. Bilan de la séance 9 : bonne séance, Gilles a produit encore un nouveau dessin et s'appuie sur les acquis.

**Séance 10 (27/05/10): (objectifs : trouver un nouveau projet : favoriser les initiatives, les choix basés sur la confiance en soi acquise) (Réunion médico-psy 26/05/10 : atelier pâtisserie. Piscine pas très bien passé. Père a dit que sa sœur a été agressée.)** Je le retrouve, il me dit « je croyais que t'étais pas là » en référence à sa réflexion de la semaine dernière. Il refuse plusieurs fois de mettre la blouse « c'est pour les poules mouillées qui ont peur de se salir ». Il dit être fatigué. Aujourd'hui, il est très bavard et très impliqué et il recherche le contact physique. Il dessine Superman sur un calque et me demande si c'était possible de le faire noir de peau (comme lui). Je lui dis « bien sûr mais si tu veux qu'il ait la même couleur de peau que toi il faut qu'il soit marron ». Une fois terminé, il est content mais me dit « j'aurai du le faire en blanc ». Son visage est plus ouvert aujourd'hui. Il signe seul de son prénom. Il dit qu'il signe car sinon les autres vont croire que les dessins sont de moi. Bilan séance 10 : Gilles savait ce qu'il voulait faire. Il sait ce qu'il veut faire la prochaine fois, se projette, a envie ? Semble avoir bien plus confiance.

**Séance 11 (03/06/10): (objectifs : favoriser les initiatives, les choix basés sur la confiance en soi acquise – veiller au mode relationnel) (Réunion médico-psy 02/06/10 : A planté sa fourchette dans le dos d'un enfant. Les parents ont été vus, la maman dit qu'elle a une « vie normale ». Les parents sont très contents.)** Je retrouve Gilles, il est contrarié car il a perdu à un jeu. Il est un peu agité et d'humeur taquine. Il a le visage très fermé dans son groupe. Je lui fais une petite démonstration du transfert au carbone : il dit c'est de la magie ! Je lui explique comment fonctionne le carbone. Il semble prendre du plaisir à l'utiliser. Il se salit, se nettoie, s'agite. Sa concentration est parfois très forte et parfois moindre. Bilan séance 11 : bonne séance, était agacé et agité (à cause du « Uno »). A fait doucement quand je lui ai conseillé, coopérait tout de même était de bonne volonté.

**Séance 12 (11/06/10): (objectifs : favoriser les initiatives, les choix basés sur la confiance en soi acquise – veiller au mode relationnel) (Réunion médico-psy 10/06/10 : Gilles va de mieux en mieux. Doit dormir une nuit à l'I.M.E.)** Je retrouve Gilles, il est agité. A l'atelier, il se souvient de Batman. Il me sollicite. Je lui dis de regarder son modèle. Il se débrouille plutôt bien même si ce n'est pas toujours bien placé. Il abîme son dessin, je lui explique comment réparer le trou. Il met du temps à comprendre. Il décide de faire les pieds en noir et pas en bleu après que je lui ai dis « tu fais comme tu trouves ça le plus joli ». Il semble donc être capable d'affirmer d'avantage ses goûts. Il centre plus les erreurs sur lui-même en disant « t'as de la chance sinon je me serais trompé ». Je le sens plus posé, centré. Il plaisante. Il accepte de dessiner à main levée. En fin de séance, je lui dis qu'il a fait d'énormes progrès

depuis la première séance qu'il a de quoi être fier de lui, il semble d'accord. Il me fait un dessin d'un monstre et d'un roi qui a un secret : le dessin est beaucoup plus élaboré avec des détails. Au retour, il me tient la main bien serrée. Il a peur d'abîmer son dessin, je lui roule. Bilan séance 12 : dit préférer venir à la séance qu'en sortie, très autonome, investi, confiant + **Séance 13 (17/06/10): (objectifs : favoriser les initiatives, les choix basés sur la confiance en soi acquise – veiller au mode relationnel) (Réunion médico-psy 16/06/10 : Bonne semaine. La nuit à l'internat s'est très bien passée. On a vu Gilles insulter son père et vice versa rôle pas bien défini.)** Nous nous rendons à l'atelier. Il ne veut pas mettre sa blouse. Il est énervé, dit beaucoup de gros mots, dit que les blouses c'est pour les femmes et que lui est un homme « mon père a dit que c'était pas à moi d'aller chercher le scotch » : je lui réexplique le cadre de l'atelier. Il choisit du calque. Il dessine Spiderman et commence à le colorier. Il fait preuve d'initiative au niveau des choix des techniques, et ajoute des détails inexistantes sur le modèle. Il recherche le contact physique sur mon genou s'appuie : domination ou chaleureux ? Je dois lui dire que c'est la fin. Je le raccompagne à l'école. Je le prévient que nous nous voyons encore 3 fois, ensuite, c'est la fin de mon stage : « ok ». Bilan séance 13 : assez agité et chaleureux à la fois.

**Séance 14 (24/06/10): (objectifs : favoriser les initiatives, les choix basés sur la confiance en soi acquise – rappeler les progrès réalisés - veiller au mode relationnel) (Réunion médico-psy 23/06/10 : bonne semaine - Aujourd'hui Fête de la musique à l'IM.E.)** Gilles joue au puzzle, il me dit ne pas être content car le jeu a été interrompu. Sur le chemin, il me parle de piège pour la peine et je lui dis « et bien tu vas me le dessiner ! » (dessin libre symbolisation). Il garde sa casquette blanche malgré mes conseils. Il dessine le piège : « un filet : 18 ça me fait disparaître et la croix c'est la place d'un faux trésor » (plus ou moins cohérent). Il me laissera le dessin du piège. Ensuite, il termine le Spiderman de la semaine dernière à sa demande sur du calque. Il est assez grossier. Puis, il dessine avec du papier carbone. Il est capable de positionner les différentes feuilles de cette technique sans se tromper ou en corrigeant par lui-même. (Compréhension + mémorisation). Il colorie son dessin, vite pour le terminer avant fin de la séance. Il dessine parfois debout, s'appuie sur moi, s'assied sur mes genoux. Je lui fais remarquer en plaisantant. Le regard est bien posé mais pas soutenu. Il se sert des dessins précédents comme modèle pour refaire sa signature. Il m'appelle maman. Il me dit aussi « je t'aime de la part de mon père ». Je lui dis que je ne suis pas sa maman mais il me dit qu'on lui a dit qu'on se ressemblait lui et moi. Quand il salit sa casquette, il n'est pas content mais gère sa colère et son angoisse. Il plaisante et blague beaucoup. Sur le chemin du retour, il veut me donner son bracelet noir que sa maman lui a donné, je le remercie mais je refuse car je sais qu'il tient beaucoup à son bracelet. Il semble avoir entendu que ses productions étaient les siennes. Il n'a pas voulu récupérer les autres dessins et m'a dit « c'est pour toi ». Bilan séance 14 : est de plus en plus autonome, confiant.

**Séance 15 (01/07/10): (objectifs : favoriser les initiatives, les choix basés sur la confiance en soi acquise – rappeler les progrès réalisés - veiller au mode relationnel) (Réunion médico-psy 30/06/10 : Semaine dernière a eu des hauts et des bas)** Séance annulée : E.E.G. (pour observer son traitement : neuroleptiques, rispéridal (antipsychotique), ritaline (neuroleptique pour hyperactivité), dipipéron (antipsychotique). Je le croise il me dit « j'ai mal à la tête c'est pour ça ».

## **2.6 Des items et faisceaux items ont été choisis afin d'évaluer l'évolution de Gilles.**

Voici la grille d'observation utilisée pour évaluer l'évolution de Gilles. (Inspirée par le modèle présenté par Richard Forestier dans *Tout Savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, 2007, p. 132 et 133). (La première page de cette grille d'observation reprend les mêmes items et faisceaux d'items pour les trois enfants présentés dans les études de cas. Merci de se reporter à la page 38 du mémoire pour en reprendre connaissance. En seconde page de la grille d'observation, apparaissent les items et faisceaux d'items plus spécifiques à chacun).

Voir page 38 : 1ère page de la grille d'observation commune aux trois études de cas

Items et faisceaux d'items spécifiques à Gilles

Physique/mental	Trace	Se souvenir repère/ projet	Position	Concentration	Application pour faire belle P <sup>2</sup>	Items empiriques Rythme	Dextérité
5- sophistiqué	5- autonome	5 - évocation spontanée	5 - dynamique	5 - grande	5 - intense	5 - très rapide	5 - fine
4- bon	4- encouragé au début	4 - souvenir partiel	4 - adaptée	4 - moyenne	4 - importante	4 - rapide	4 - bonne
3- simple	3- encouragé	3 - réminiscence	3 - inadaptée	3- faible	3 - moyenne	3 - soutenu	3 - normale
2 - débutant	2 - accompagné physique	2- oubli partiel	2 - inconfortable	2 - perturbée	2- faible	2- lent	2 - maladroite
1 - médiocre	1 - sans trace	1 - oubli total	1 - dangereuse	1 - non perçue	1 - nulle	1- très lent	1 - grossière
Objectif global	Objectif séance	Limites atteintes	Motif modification	Intérêt participation	Thymie / Humeur	Début travail	Projet participation
5- aboutissement	5 - aboutissement	a - physiques	a - souhait du participant	5 - enthousiasme	5 - enthousiasme	5 - rapide	5 - atteint
4- évolution importante	4 - évolution importante	b - mentales	b - risque d'échec	4 - acceptée	4 - bonne humeur	4 - lent	4 - poursuivi
3- évolution	3 - évolution	c - techniques	c - perturb. Atelier	3 - hésitante	3 - humeur égale	3 - hésitant	3 - modifié
2- sans évolution	2 - sans évolution	d - relationnelle	d- amélioration santé	2 - réticente	2 - mauvaise humeur	2- après stimulation	2 suspendu
1- régression	1 - régression	e - aucune	e - régression	1 - refusée	1 - geste d'humeur avant/ pendant/après	1 - après aide	1 - abandonné
Séparation	Volonté	Durée projet	Expression orale nature	Quantité	Items empiriques Qualité	Fonction	Signe sa production
5- regrettée	5 - forte	5 - + 30 séances	a - présent	5 - incessante	5 - élaborée	5 - réhabilitation	5 - autonome
4- cordiale	4 - certaine	4 - + 20 s.	b - souvenir	4 - importante	4 - claire	4 - reconnaissance	4 - guidée 1fois
3- polie	3 - mitigée	3 - + 10 s.	c - demande	3 - moyenne	3 - compréhensible	3 - porte-parole	3 - guidée plusieurs fois
2- indifférente	2 - faible	2 - + 5 s.	d - plainte	2 - rare	2 - troublée	2 - écoute	2 - accompagné
1- soulagée	1 - non perçue	1 - + 1 s.	e - angoisse	1 - sans	1 - incohérente	1 - aide matérielle	1 - arrivé aléatoire
Ambiance	Colère	Agressivité (orale ou physique)	Parle à voix basse Quantité	Parle à voix basse Qualité	Fait preuve d'humour Plaisante	A peur de rater sa production	Si échec la faute à qui ?
5- conviviale	5 - forte	5 - forte	5 - nombreuse	5 - élaborée	5 - nombreuse	5 - forte	la mienne
4- calme	4 - certaine	4 - certaine	4 - quelques	4 - claire	4 - quelques	4 - certaine	la sienne
3- animée	3 - mitigée	3 - mitigée	3 - rares	3 - compréhensible	3 - rares	3 - mitigée	autre
2- agitée	2 - faible	2 - faible	2 - 1	2 - troublée	2 - 1	2 - faible	
1- tendue	1 - non perçue	1 - non perçue	1 - aucune	1 - incohérente	1 - aucune	1 - non perçue	

Autres / à noter :

Crise d'épilepsie :

Bilan de la séance

Description et enchaînement des séquences, des moments :

Limites atteintes :

Modification ou faits surprenants apparus pendant la séance :

Humeur art-thérapeute :

Intérêt du patient pour l'activité :

Erreurs (nature, cause, importance, effets produits) :

Questions en suspend :

Pistes pour la prochaine séance :

Synthèse / description de la séance :

Parle des autres

5 - nombreuse

4 - quelques

3 - rares

2 - 1

1 - aucune

Fatigué

5 - intense

4 - importante

3 - moyenne

2 - faible

1 - nulle

Agacé/irrité

5 - fortement

4 - certainement

3 - de façon mitigée

2 - faiblement

1 - non perçue

Expression du visage

particulière

L'implication dans l'activité artistique est le premier faisceau d'items choisi.

Gilles semble en effet, malgré les apparences (et les propos qu'il tient à qui veut l'entendre « je suis le plus fort ») manquer profondément de confiance en lui. L'activité artistique, par les mécanismes qu'elle induit, peut le pousser à devoir faire des choix, à s'autonomiser, à reprendre confiance en lui et à restaurer une image de soi et une estime de soi dégradées. Cette observation s'appuiera sur un faisceau d'items dont la prise d'initiatives, la capacité à faire des choix, la demande d'aide ou le désir de réaliser seul sa production, son intérêt et sa volonté, etc. et également sur une observation ressentie.

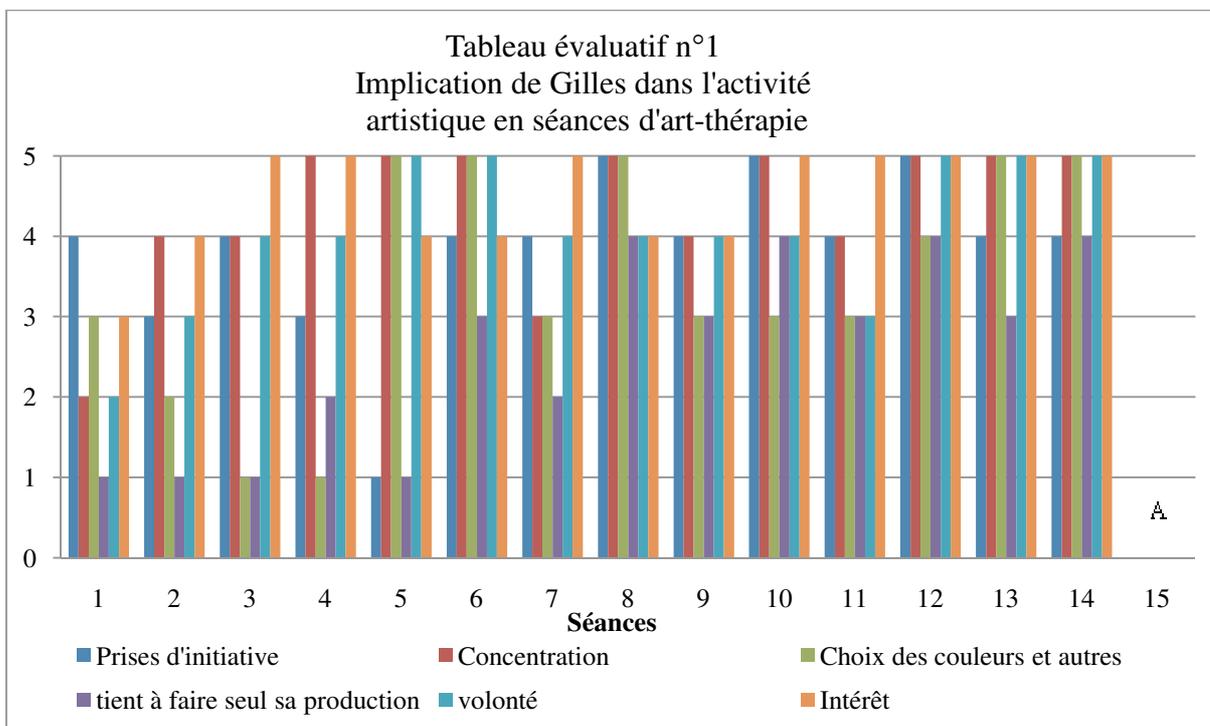


Table de lecture évaluative du tableau n°1 :

(A= séance annulée)

<b>Initiatives</b>	<b>Couleurs</b>	<b>Volonté</b>	<b>Concentration</b>	<b>Tient à faire seul sa production (demande)</b>
5 – nombreuse	5 - recherchées	5 - forte	5 - grande	5 - intense
4 - quelques	4 - superposées	4 - certaine	4 - moyenne	4 - important
3 - rares	3 - alternées	3 - mitigée	3- faible	3 - moyen
2 - 1	2 - monochromes	2 - faible	2 - perturbée	2- faible
1 - aucune	1 - non choisies	1 - non perçue	1 - non perçue	1- nulle

Le plaisir esthétique dans l'activité artistique est le deuxième faisceau d'items retenu. Jusque là, Gilles n'a que très peu dessiné car il évite de se confronter à toute difficulté potentielle. L'activité artistique est d'autant plus intéressante pour Gilles qui semble avoir besoin de se représenter le réel concrètement pour se rassurer et tout à la fois laisser émerger son imaginaire. L'activité artistique, par le plaisir esthétique, les gratifications sensorielles et émotionnelles et la capacité à produire de belles œuvres, peut restaurer sa confiance en lui et l'image dégradée qu'il a de lui. Cette observation s'appuiera sur des faisceaux d'items dont l'application à faire une belle production, l'évolution de la dextérité, le rythme de travail, la nature de la trace (seul ou accompagné) et sa qualité, la nature des formes, le choix des couleurs, les sourires, etc. et également sur une observation ressentie.

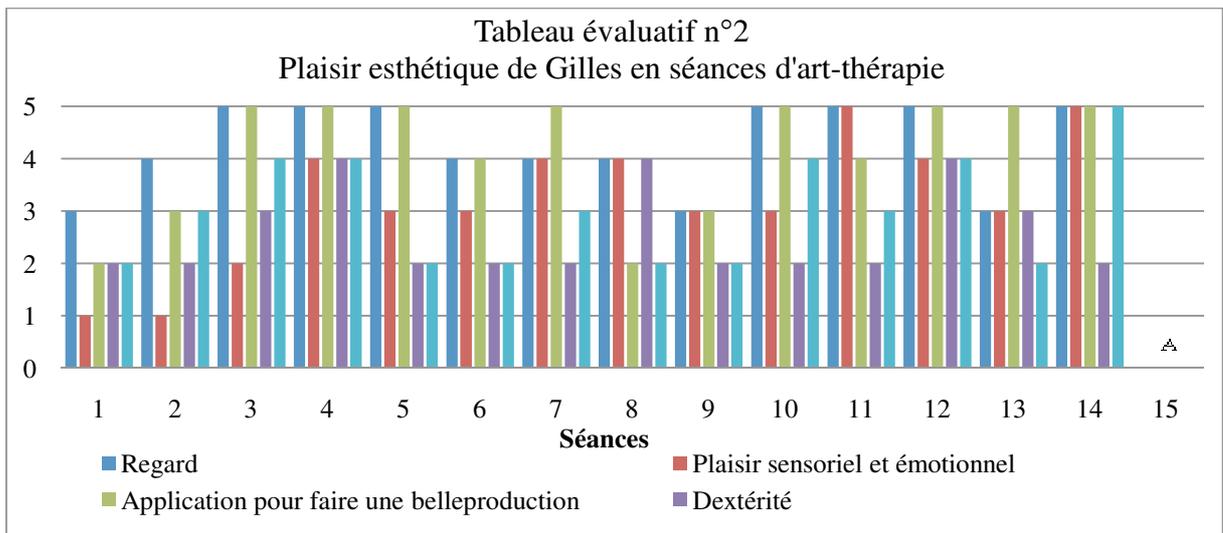
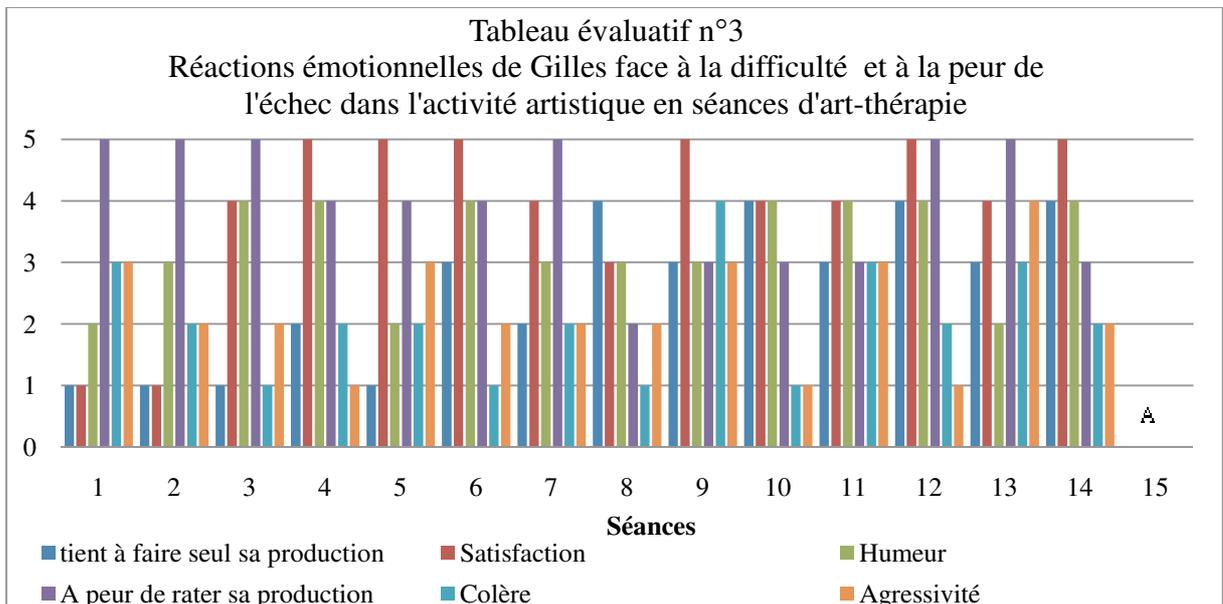


Table de lecture évaluative du tableau n°2 :

(A= séance annulée)

Regard	Plaisir sensoriel et émotionnel	Application pour faire une belle production	Dextérité	Sourires
5 - rayonnant	5 - plaisir rayonnant	5 - intense	5 - fine	5 - systématiques
4 - intéressé	4 - plaisir	4 - importante	4 - bonne	4 - nombreux
3 - présent	3 - peu	3 - moyenne	3 - normale	3- ponctuels
2 - triste	2 - indifférent	2- faible	2 - maladroite	2 - rares
1 - absent	1 - déplaisir	1 - nulle	1 - grossière	1- inexistantes

Enfin, le dernier faisceau d'items retenu sera sa capacité à faire face à la difficulté et à la frustration. Du fait, de ses très grandes difficultés à gérer les frustrations et les situations d'échecs, Gilles se comporte violemment, se met en colère, devient menaçant envers ses camarades et l'équipe. Il perturbe alors la vie du groupe et de l'institution. L'activité artistique pourrait permettre à Gilles d'apprendre graduellement à faire face à la difficulté et aux frustrations tout en lui permettant de comprendre que cela ne remet pas en cause l'estime qu'on lui porte et qu'il peut se porter. Cette observation s'appuiera sur des faisceaux d'items dont la tension nerveuse, sa peur de rater sa production, son humeur, la personne qu'il désigne comme responsable d'une de ses erreurs, etc. et également sur une observation ressentie.



<b>Tient à faire seul sa production (dde)</b>		<b>A peur de rater sa production</b>			<b>Agressivité (orale ou physique)</b>
	<b>Autoévaluation</b>	<b>Humeur</b>		<b>Colère</b>	
5 - intense	5 -fierté	5 - enthousiasme	5 - forte	5 - forte	5 - forte
4 - important	4 -autosatisfaction	4 - bonne humeur	4 - certaine	4 - certaine	4 - certaine
3 - moyen	3 - satisfaction mitigée	3 - humeur égale	3 - mitigée	3 - mitigée	3 - mitigée
2- faible	2 - indifférence	2 - mauvaise humeur	2 - faible	2 - faible	2 - faible
		1 - geste d'humeur		1 - non	1 - non
1 - nulle	1 - dévalorisation	avant/ pendant/après	1 - non perçue	perçue	perçue

## 2.7 Bilan de la prise en charge de Gilles.

Gilles a pu bénéficier de 14 séances sur les 15 prévues devant s'absenter 1 fois pour effectuer un E.E.G. Bien que les séances aient été quasi constamment marquées par une peur prononcée de rater sa production, il a non seulement été capable de s'exprimer artistiquement mais également, au fur et à mesure, d'avouer sa part de responsabilité quand il commettait une erreur. Cela correspondait à une preuve de la qualité de la relation qui avait pu s'installer entre nous (ses capacités relationnelles se sont développées) et à sa capacité à s'estimer et à garder confiance en lui malgré l'aveu d'un échec sans que cela ne devienne profondément dramatique pour lui et source d'angoisse, de détresse et de colère. Tout comme dans le cas de Quentin, la pratique des arts plastiques et spécifiquement le dessin a très vite mis en évidence chez Gilles des sites d'actions importants (phases 4 à 7 dans l'opération artistique et le phénomène artistique) : fonctions cognitives dégradées, représentations mentales très limitées, imagination et symbolisation très restreintes. Cependant, Gilles présentait une efficacité mentale beaucoup plus opérante permettant d'envisager de plus grandes perspectives d'exploitation de son potentiel d'expression artistique avec cette technique. Il n'avait jusque là que peu dessiné (voir état de base). Ses débuts en séance d'art-thérapie que j'encourageais étaient donc timides et difficiles. J'ai donc décidé de m'appuyer sur une technique de représentation immédiate avec un modèle et des matériaux spéciaux tels que le papier calque et le papier carbone en vue de favoriser ensuite l'émergence d'une expression artistique plus spontanée et plus sereine. Gilles a choisi lui-même ses modèles : des supers héros de bandes dessinées et de dessins animés, les couleurs, les matériaux. Bien que parfois hésitant et me demandant de valider ses choix, il a petit à petit su s'affirmer en exprimant ses goûts, son style. Bien qu'aidé au niveau technique, les dessins restaient tout de même très difficiles à réaliser et ce même pour un enfant valide : il s'agissait de faire preuve de beaucoup d'efforts de patience, de concentration, de volonté pour réussir à aller jusqu'au bout d'un projet nécessitant plusieurs séances. S'appuyant donc sur des modèles et utilisant la découverte du papier calque et du papier carbone pour minimiser les risques d'erreurs auxquels il était très attentif entre le modèle et le résultat espéré, il a su et désiré au fur et à mesure des séances, s'accorder, sans que cela ne lui soit demandé, des moments d'expression artistique sur un mode totalement libre par des dessins spontanés (à mon goût fort réussis et riches de détails) accompagnés d'un récit expliquant la scène représentée. Il produira alors systématiquement ce type de dessins totalement spontanés, intuitifs et basés sur la confiance renforcée par les résultats de l'autre méthode très encadrée qui lui permettait de produire des œuvres source d'une très grande satisfaction et fierté. J'ai tenu à lui faire remarquer vers la fin de la prise en charge que j'avais observé une très nette évolution de sa capacité à s'exprimer artistiquement et de la qualité de ses productions, il en a convenu timidement. Concernant ses productions spontanées, réalisées sans modèle, à partir de ses représentations mentales et de son imaginaire, il avait beaucoup de mal à en apprécier la qualité. Il laissera d'ailleurs toujours ces productions, là, à l'atelier, ou me les offrira alors que tous les dessins de supers héros seront

emportés systématiquement chez lui. Bien que toujours parfois plus ou moins grossier, il acceptera de se reprendre et de corriger son vocabulaire, ceci faisant partie du cadre thérapeutique présenté dès le départ.

Ces observations ont été partagées au cours d'une réunion de synthèse le concernant à laquelle j'ai été invitée à participer et ont été ajoutées à son dossier médical par le médecin responsable pédopsychiatre de l'I.M.E. L'équipe éducatrice, le chef de service ainsi que ses parents ont constaté une évolution favorable de son comportement au fil des mois malgré une impulsivité toujours menaçante. L'art-thérapie y a peut-être participé par la restauration de la confiance en soi, de l'affirmation de soi et de l'estime de soi.

### **3) Ophélie**

#### **3.1 Anamnèse**

Ophélie est née en 1997, elle va avoir 13 ans. Elle souffre d'épilepsie clonique (2 ou 3 par nuit) et d'un syndrome polymalformatif cérébral responsable de sa déficience mentale. Elle prend un traitement (et en a essayé plusieurs). Elle souffre également de troubles caractériels (dont un mutisme électif) et on s'interroge sur un problème de dépression. Sa mère était sous traitement antidépresseur pendant la grossesse. Le père a aussi des problèmes de dépression. On a observé une hypotonie à la naissance et on a observé aucun problème jusqu'à ses 4 mois (tenue de tête précoce). On a diagnostiqué des spasmes épileptiques lésionnels dus à un syndrome polymalformatif cérébral (découvert par I.R.M. à l'âge de 9 mois et confirmé par un nouvel I.R.M. en 2006) et une suspicion de tératogénicité. Elle est accueillie en internat. Elle est la cadette d'une fratrie de 2 enfants (1 frère de 17 ans). Il existe des cas de handicaps dans sa famille. Depuis son arrivée à l'IME, Ophélie est dans un mutisme total du lundi au vendredi alors qu'au domicile familial elle s'exprime normalement ou presque, chante, danse... Elle est grande (1 m 66 - 51kg en 2009) et « costaud ». Elle est pubère depuis peu.

Etablissements fréquentés : suivie en C.A.M.S.P.\* à 9 mois pour absence de tenue assise. Puis 2 années en grande section de maternelle. (4 ans de maternelle au total). Mutisme apparu à l'école. En C.L.I.S.\*, elle semble peut participer. Elle est alors suivie en psychothérapie en libéral. Elle arrive à l'I.M.E. en 2006 (9 ans). Elle est admise sur le groupe Pierre de Lune (internat 6 – 10 ans) fin août 2006 à 9 ans. Elle est actuellement dans le groupe Aquila (internat 10-14 ans) depuis fin janvier 2008. Bilan orthophonique en juin 2006 : inhibition très très forte, capacités évaluées correspondant à celles d'un enfant de 4 ans. Bilan psychomoteur en juin 2006 : hypotonie, lenteur, défaut d'initiation motrice et du geste, repère des parties du corps, bonhomme sommaire, repères temporels à voir, acquisitions spatiales correspondant à l'âge de 6 ans. Bilan et prise en charge psychologique : évaluée d'après des échelles de performance perceptive et quantitative homogènes autour de 4 ans, 4 ans  $\frac{3}{4}$  d'âge mental. La psychologue décide de mettre fin à la prise en charge car elle n'obtient pas de résultats.

Informations recueillies auprès de l'équipe éducative : à l'I.M.E., Ophélie ne communique que par deux esquisses de Makaton : oui et non (mais de façon très légère) ou parfois des pictogrammes. Elle est agressive physiquement. Elle est seule bien que sollicitée et stimulée par d'autres enfants. Elle passe par des périodes d'agressivité et de violence envers les autres enfants « elle tape pour tuer ». Elle se lève la nuit pour taper et « s'en prendre à plus faible qu'elle physiquement ». A déjà coupé le nez d'un enfant avec une paire de ciseaux. Elle dit chez elle qu'elle ne se plaint pas à l'I.M.E. et que Monsieur Naves (le chef de service) ne lui fait pas peur. Choisit seule ses vêtements avec goût mais pas toujours appropriés à la saison. Range Porte des couches la nuit.

MAIS CHEZ ELLE : Elle se déplace bien plus aisément, parle (même si de moins en moins) (parle encore à sa mère), chante (participe à des soirées karaoké et chante les chansons apprises à l'I.M.E.), danse. D'après ses parents, son lexique est riche et peut tenir une conversation qui a du sens (utilise le « je » et le « moi »). Ophélie sait se montrer très tyrannique (opposition, colère, violence, doigt d'honneur, etc.) à la maison. Les parents sont

parfois dépassés. Dort dans le lit des parents quand elle les retrouve le week-end. Elle semble toutefois régresser de plus en plus.

### **3.2 Etat de base**

Elle vit au ralenti au niveau moteur et n'a qu'une expression faciale plutôt triste. Elle répond aux consignes simples, donc elle les comprend. Elle se tient comme une personne âgée, le dos très voûté. Elle bave plus ou moins en fonction de son émotivité. Sa tête est à moitié baissée, elle observe son environnement avec un regard horizontal, évitant au plus tout échange de regard direct. Elle s'isole, se désintéresse. Il est difficile d'imaginer qu'elle se comporte tout autrement chez elle : c'est à la fois très impressionnant et source de différentes hypothèses : très forte inhibition, déficience mentale ou dépression ? Jusqu'où peut-elle aller réellement ?

### **3.3 Objectif de l'I.M.E.**

Suivre et maîtriser l'activité épileptique diurne et nocturne. Encourager Ophélie à participer aux activités et à entrer en relation avec les autres. Surveiller et prévenir son agressivité – la stimuler par des activités physiques (qu'elle refuse) et mentales afin de ralentir son repli sur elle - afin de favoriser l'apprentissage de la vie en collectivité, veiller à son mieux être physique et psychique, repérer et développer ses capacités et possibilités vers l'autonomie, la soutenir dans sa maturation psychosociale par des apprentissages et acquisitions.

### **3.4 Objectif art-thérapeutique**

Le médecin responsable pédopsychiatre, en accord avec le chef de service et les autres professionnels concernés, m'adresse Ophélie pour les raisons suivantes : elle régresse de plus en plus : son mutisme électif à l'I.M.E., depuis son arrivée en 2006 à 9 ans, s'aggrave. Elle devient de plus en plus silencieuse chez elle aussi et restreint le nombre de proches à qui elle parle. Elle se montre très agressive envers les plus faibles hors présence d'un adulte. Les éducateurs et l'équipe ne savent plus quoi ou comment faire avec elle. Une prise en charge en art-thérapie pourrait alors être une nouvelle modalité thérapeutique.

Objectifs généraux : Utiliser la pratique de l'activité artistique pour faire émerger des moments de gratifications sensorielles et émotionnelles et faire naître une source de motivation suffisamment forte pour lui donner envie de se projeter et de s'investir dans un projet. Qu'elle passe d'une position d'objet à celle de sujet. Qu'elle affirme sa personnalité par des choix, l'affirmation de son style et de ses goûts. En fonction de ses capacités physiques et mentales, et de son intention sanitaire qui devra être très fortement étayée, permettre à Ophélie de restaurer sa confiance en elle, l'estime d'elle-même en vue d'améliorer sa qualité de vie par la pratique d'une activité artistique.

Objectifs intermédiaires : Lui proposer de nouveaux moyens d'expression. (arts plastiques : expression non verbale). Etablir une relation de confiance où Ophélie accepterait d'échanger d'avantage et d'être en relation pendant les séances ou après avec d'autres.

### **3.5 Description des séances**

**Séance 1 (19/02/10): (objectifs : prendre contact, commencer à faire connaissance, présenter l'activité et le matériel) (Réunion médico-psy du 18/02/10 : participe moins aux activités sauf la peinture. La question de la réorientation se pose pour un internat en quinzaine : la maman est ok pour le papa c'est plus difficile)** Ophélie est dans son groupe, elle tient des magazines qu'elle emporte à l'atelier. A l'atelier, je lui présente le matériel en lui expliquant qu'elle est là pour se faire plaisir. Je n'observe pas d'intérêt visible. Je m'attarde sur la peinture, je lui demande si je peux mettre un pinceau dans sa main, je lui propose de la « peinture argentée comme ses bijoux ». Elle les lâche. Elle retourne doucement vers l'argile que je lui ai également présentée avec les outils. Elle prend un outil, creuse dans la terre, fait des trous et des petits tas avec les morceaux. Elle enfonce de plus en plus fort, avec de plus en plus d'intensité et de rapidité. Elle accepte la terre supplémentaire

que je lui propose au fur et à mesure. Je dois lui dire que la séance est terminée pour cette fois. Elle se rhabille seule et reprend ses magazines sans que je lui rappelle. Je la raccompagne. Une éducatrice qui lui demande si elle est contente de sa séance elle signe oui en Makaton (moi je n'ai rien vu). Bilan de la séance 1 : Le contact est en route. A noter : fait du modelage le mardi à l'I.M.E., donc pas la première fois. Ophélie est coquette : bijoux, choisi ses vêtements : intérêt par elle pour elle. Ce qui fonctionne : sa détermination.

**Séance 2 (05/03/10): (objectifs : mettre en place l'atelier, faire connaissance) (Réunion médico-psy du 04/03/10 : papa très triste car Ophélie parle de moins.)**

Je vais chercher Ophélie. Une petite du groupe me dit « oh lala, là, c'est non ! ». L'éducatrice vient la relancer. Elle s'habille seule. Je lui demande si elle a passé de bonnes vacances et j'ajoute que j'espère que oui. Je lui parle de ses nouveaux bijoux. Sur le trajet, dans la rue, elle tient sa tête plus haute. Arrivées à l'atelier, je lui dis que j'ai emporté des magazines avec des bijoux. Elle décide alors rapidement de les observer en passant d'abord plusieurs pages à la fois, puis elle reprend les pages une par une. Je lui propose de découper des images qui lui plaisent et de les coller sur une feuille. Elle trouve ses images : des pendentifs en forme de clef en or et diamant et un collier en diamant. Elle regarde ensuite d'autres magazines mais n'y trouve rien. A certains moments, elle observe la pièce et ce qu'il y a autour d'elle, sa tête est plus. Alors qu'elle fait tomber un ruban par terre, il me semble qu'elle veut les ramasser mais elle s'accroupie finalement au sol, cachée dans un coin. Je lui dis alors que nous allons retourner dans son groupe si elle le souhaite. Elle se relève, se rhabille après que je lui ai proposé. Je lui rappelle que nous nous revoyons la semaine suivante. Bilan de la séance 2 : a participé mais a manifesté très clairement son désir d'arrêter.

**Séance 3 (12/03/10): (objectifs : poursuivre les productions, qu'elle prenne confiance en elle et que le cadre art-thérapeutique la rassure) (Réunion médico-psy du 11/03/10 : Est revenue avec une photo « toute souriante », c.-à-d. apprêtée, entourée)** Je retrouve Ophélie qui se lève de façon assez dynamique. A l'atelier, elle s'oriente rapidement vers le magazine de bijoux. Elle découpe de nouveau un collier. Je lui prépare le matériel et une palette de peinture au cas où. Je lui propose des tissus mais elle ne réagit pas. A plus de la mi-séance, elle se lève (5) et va vers la terre (l'argile). Comme je ne suis pas bien sûre que c'est ce qu'elle désire je lui demande de bien vouloir toucher l'argile et elle le touche. Elle creuse, coupe, puis remet tout dans le bloc d'origine. Elle lève bien la tête pour observer l'atelier. Je la félicite du travail qu'elle a fait et du fait qu'elle m'ait montré ce qu'elle voulait en lui expliquant que cela nous permettait de mieux communiquer. Je lui propose également si elle le souhaite d'accrocher ses créations. Bilan de la séance 3 : très intéressée par l'argile avec intensité (Art I ? : partie développée dans son bilan). A communiqué.

**Séance 4 (19/03/10): (objectifs : étayer notre relation. Trouver un projet artistique qui lui plaise – Changement de salle car retour de l'orthophoniste dans son bureau) (Réunion médico-psy du 18/03/10 : R.A.S.)**

Ophélie m'attend. Dans le nouvel atelier, je lui présente l'installation du matériel pour qu'elle se repère. Elle se positionne à côté de la terre. Je lui propose de nouveaux outils. Elle les utilise, fait des empreintes avec des objets, utilise le rouleau. Elle fait des essais, puis reprend découpage, morcellement et les creux qu'elle fait dans la terre. (Toujours Art I). Elle serre la terre dans ses mains et appuie au point de devenir toute rouge et tremblante à cause de l'effort. Elle bave aussi. Je lui présente le papier calque et je lui demande si elle souhaiterait faire, par exemple, le personnage Charlotte aux fraises en dessin. Elle me signe en Makaton oui. Je dois la presser un peu en fin de séance. Bilan de la séance 4 : accepte de communiquer. Se situe en Art I.

**Séance 5 (26/03/10): (objectifs : étayer notre relation, vérifier qu'elle souhaite s'investir – Va-t-elle dessiner ?) (Réunion médico-psy du 25/03/10 : n'investie pas les activités. A beaucoup voulu dormir. Part le 25 faire une E.E.G. de sommeil. Se fâche pour venir à table) : Séance annulée pour E.E.G.**

**Séance 6 (23/04/10): (objectifs : étayer notre relation, vérifier qu'elle souhaite s'investir – Va-t-elle dessiner ? - favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique) (Réunion médico-psy du 22/04/10 : pas mal de bêtises, chipie)** Je propose à Ophélie de faire un dessin de Charlotte aux fraises mais elle ne répond pas. Je lui propose ensuite de dessiner sur le plan vertical, elle refuse également. Elle décide de faire de la terre. Elle est beaucoup plus verticale. Aujourd'hui, elle semble porter un très grand intérêt à la terre et à la peinture en tant que matière qu'elle aime recueillir dans une assiette en carton qui sert de palette. Elle sait utiliser le film alimentaire et touche plusieurs fois les choses pour déterminer et affirmer ses choix ou signe oui en Makaton. Au cours de la séance, elle signe en Makaton à plusieurs reprises. Elle repart avec sa production pour la première fois. Bilan séance 6 : Ophélie est très déterminée dans ses actions ce qui est à la fois peut-être un fort signe de détermination et d'affirmation de soi ou alors aussi un fort barrage à mes propositions et donc à un environnement agressant ? Plaisir avec la terre ++.

**Séance 7 (30/04/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique, qu'elle se détende et ne cherche plus à se maîtriser (vérification par sa verticalisation) (Réunion médico-psy du 15/04/10 : se réfugie dans le sommeil. Très voutée. Bien en sortie)** J'ai placé des objets dans son champs visuel et d'autres de façon à ce qu'elle ait à se déplacer. Je lui propose de la musique, pour moi en termes de phénomène associé, mais elle ne semble pas apprécier et cela semble même gêner la séance. Je travaille sur le plan vertical pendant qu'elle manipule la terre et elle observe beaucoup ce que je fais et m'observe beaucoup aussi. Je dois l'arrêter car la fin de la séance est arrivée. Je la raccompagne, la félicite pour son travail et lui souhaite une bonne semaine en attendant notre prochaine séance. Bilan séance 7 : Ophélie m'a beaucoup observé ce qui est plutôt exceptionnel car elle cherche toujours à éviter toute forme de contact, là elle semblait ne pas se soucier de ce que je pouvais en penser ou être absorbée par autre chose. Cependant, elle n'adhère toujours pas à mes propositions : est-ce par manque d'intérêt ou par refus ?

**Séance 8 (30/04/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique, qu'elle se détende et ne cherche plus à se maîtriser (vérification par sa verticalisation) (Réunion médico-psy du 29/04/10 : mutique avec ses parents et agressivité avec sa mère pendant les vacances)** Je propose à Ophélie un exercice de façon dirigée pour vérifier si elle accepterait enfin une de mes propositions ou si elle la rejetterait encore. Elle accepte. Je lui propose de travailler le dessin sur une feuille de papier à partir du contour de sa main. Il s'agit, puisqu'elle est très coquette et que je ne manque jamais de la complimenter sur ses nouveaux bijoux ou vêtements, d'utiliser l'attention qu'elle porte à son image. Je lui propose donc de poser sa main sur la page et je dessine avec elle le contour. Je dessine ensuite les ongles et ajoute des bagues et bracelets et lui montre comment mettre du vernis à ongle, mettre une pierre précieuse verte. Elle s'applique beaucoup. Ceci dit, au fur et à mesure, elle souhaite mettre de plus en plus de matière (plaisir archaïque ? : de patouillage, Art I) et finit par recouvrir en grande partie le dessin. Elle emporte ses productions avec elle en fin de séance et en laisse d'autres qui doivent d'abord sécher. Je lui souhaite de bonnes vacances. Bilan séance 8 : Ophélie a signé en Makaton pour accepter que j'accroche ses collages et qu'elle laisse donc une marque d'elle dans cet espace. Plaisir ? Intention ? Intensité ?

**Séance 9 (21/05/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique, qu'elle se détende et ne cherche plus à se maîtriser (vérification par sa verticalisation) (Réunion médico-psy du 20/05/10 : bon week-end mais a frappé sa sœur pendant le parcours qui lui semblait trop long – toujours passive)** Je sens qu'Ophélie aime être dehors : elle se redresse et semble curieuse et intéressée. Je lui propose une ballade dans le grand parc qui est entre l'I.M.E. et le pavillon, elle ne s'y oppose pas. Je ramasse des feuilles. J'ai déjà installé du matériel à l'atelier. Deux feuilles de dessin grand format sont installées à mi-hauteur sur le plan verticale de façon à

peindre assise et une toile plus haute de façon à lui permettre de peindre debout. Je lui propose de travailler sur le plan vertical et lui propose de peindre sur la toile. Elle dispose de gobelets où elle peut déposer sa peinture. Elle remplit avec plaisir ses gobelets. Je l'aide physiquement après lui avoir demandé sa permission à peindre sur les toiles. Elle s'arrête et se dirige vers la terre mais je lui explique qu'il reste trop peu de temps pour commencer cette activité. Je lui propose de regarder ce qu'elle a fait jusqu'à présent et que j'ai accroché au mur avec son accord. Nous nettoions le matériel et elle repart retrouver son groupe avec la petite toile qui a séché depuis la dernière séance. Bilan séance 9 : bonne implication.

**Séance 10 (28/05/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique, qu'elle se détende et ne cherche plus à se maîtriser (vérification par sa verticalisation) (Réunion médico-psy du 27/05/10 : sa mère ne va pas bien moralement à cause de sa fille. A l'I.M.E., ça va)** Ophélie s'assoit pour préparer ses couleurs dans les gobelets. Cette étape est très longue et elle utilise une très grande quantité de peinture (plaisir de la matière Art I ou évitement du plan vertical ?). Je la laisse faire puis je l'encourage à plusieurs reprises soit à se déplacer, soit à se lever ou enfin à rester assise pour commencer à peindre. Elle accepte. Elle ne semble pas pouvoir rester debout pour peindre, (fatigue, mauvais sommeil du aux crises ?, inhibition ?). Elle se met alors à peindre, à prendre l'éponge que j'ai déjà mouillée. Je dois l'interrompre car il est l'heure de ranger pour retourner à l'I.M.E. Je lui propose de nous serrer la main pour nous dire au revoir mais elle ne semble pas vouloir. (Était-ce adapté ?) Bilan séance 10 : a encore regardé ce qui était accroché au mur de l'atelier. S'est investie dans l'activité artistique.

**Séance 11 (04/06/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique, qu'elle se détende et ne cherche plus à se maîtriser (vérification par sa verticalisation) (Réunion médico-psy du 03/06/10 : se fait taquiner par un camarade. Il faut la stimuler un peu.)** Je la retrouve dans sa chambre, elle a caché des feuilles d'arbres sous son lit. Je lui propose une ballade au parc elle marche bien, a bon rythme, la tête assez levée. A l'atelier, elle débute la séance rapidement en préparant ses gobelets de peinture (Art I). Elle est toujours un peu plus lente à se mettre à peindre (Art II). Elle utilise des pochoirs, des pinceaux, des éponges, de l'aluminium froissé qui laissent également des traces. Elle se remet à remplir ses gobelets et je dois la stopper car la quantité de peinture devient trop importante. Elle repeint plus vite quand je lui annonce que la séance va se terminer (intention, action, production). Bilan séance 11 : elle participe à la proposition d'atelier dans un contexte qui lui demande un certain nombre d'efforts.

**Séance 12 (12/06/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique, qu'elle se détende et ne cherche plus à se maîtriser (vérification par sa verticalisation) (Réunion médico-psy du 11/06/10 : week-end pénible car elle pince, frappe, pleure. Les parents sont inquiets. Elle est mieux à l'I.M.E. mais tétanisée par Mathieu A. qui fait du bruit avec ses scratches).** Je lui rappelle ce qu'elle a fait la semaine dernière et lui explique que j'ai installé une nouvelle toile sur laquelle elle peut peindre si elle le souhaite. Pendant toute une première partie de séance elle va chercher à trouver un pinceau ou outil à modeler à placer dans chacun des gobelets de peinture. Elle remet de la peinture dans les gobelets et après 40 minutes de séance elle n'a toujours pas commencé à peindre. Elle peint et dépasse des contours des formes simples que j'ai préparés. Je lui montre comment aller doucement pour ne pas déplacer mais elle dépasse. Elle peint ensuite sur les 2 toiles. Elle prend des matériaux pour laisser des empreintes et pense de suite à réutiliser une éponge qu'elle semble beaucoup apprécier. Elle dépose son éponge face propre (et non sale) sur la table. Elle est bien redressée. Je la félicite de sa séance et lui dis que c'est bientôt l'heure. Bilan séance 12 : très bonne séance, de l'énergie, de l'investissement, du plaisir ?

**Séance 13 (18/06/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique) (Réunion médico-psy du 17/06/10 : Au cours d'une visite médicale du travail de sa maman qui était marquée sur le corps, le**

**médecin a suspecté son mari : il s'agit d'Ophélie).** Arrivée à l'atelier, elle prend ses outils seule, se met au travail seule et de suite. Je l'aide juste à se placer sur sa chaise de façon plus adaptée. Elle remet de la peinture dans les pots qu'elle ouvre sans suivre d'ordre particulier et elle remet de la peinture (Art I ?). Par contre, le choix du pinceau est plus précis. Quand je lui parle, elle semble être très inhibée. Elle accepte cependant que je lui montre comment faire certaines choses. Elle mélange sa peinture avec énergie, appuie sur le flacon avec puissance, va chercher un pinceau au fond d'un bac. Elle observe la salle de droite à gauche (je suis à sa gauche) en étant très verticale. Elle fait de même avec ce qui se trouve devant elle. Elle sait manipuler le scotch de façon à le dénouer ou à éviter qu'il ne se colle sur lui-même (motricité fine et capacités cognitives opérantes). Elle s'affaire avec le scotch. Elle peint ensuite. Je dois lui expliquer que c'est la fin de la séance. Bilan séance 13 : Autonomie + Initiatives + Communication et relation + A orienté son regard vers moi comme jamais auparavant.

**Séance 14 (25/06/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique) (Réunion médico-psy du 24/06/10 : une camarade qui a été mordue : Ophélie est suspectée. Le chef de service doit passer la voir. Elle fait des bêtises dès qu'on a le dos tourné (éducatrice) - A noter : hier, Fête de la musique à l'I.M.E.)** Je retrouve Ophélie dans son groupe. On me reparle discrètement des soucis actuels et on me dit que le chef de service doit passer lui parler. J'explique que ça m'ennuie d'être présente durant cet entretien. Une éducatrice me répond « Ben, tu la prends en charge aussi ! ». Nous allons à l'atelier. Ophélie retrouve le scotch. Elle prépare les pots de peinture et les pochoirs. Elle peint sur des petits supports. Je la sens très inhibée : peut-être à cause du contexte, voir réunion médico-psy. Je lui propose alors de coller les supports qu'elle a peints sur les toiles. Je décide de baisser la toile installée sur le plan vertical. Ophélie y colle un personnage. Bilan séance 14 : semblait triste et préoccupée. Je regrette qu'Ophélie ait compris que je connaissais le contexte actuel dans de pareilles conditions.

**Séance 15 (01/07/10): (objectifs : favoriser l'émergence de gratifications sensorielles afin qu'elle souhaite s'investir dans l'activité artistique) (Réunion médico-psy du 30/06/10 : Ophélie a dormi cette nuit dans le jardin du pavillon avec d'autres enfants sous une tente. Elle est innocentée c'est une autre enfant dans la même chambre qui mordait sa camarade. Elle est plutôt bien. Elle fait pas mal d'activités, est plus calme, plus présente. Sa mère s'est effondrée vendredi)** Je retrouve Ophélie et nous nous rendons avec une autre jeune fille de son groupe qui va en classe dans le pavillon qui me dit alors que nous discutons « elle rigole là ! » mais moi je ne vois rien. A l'atelier, Ophélie s'installe ouvre ses pots de peinture. (Va-t-elle être contrariée car j'en ai retiré certains ?) Elle prend du scotch (après avoir donné un coup de peinture sur le dessin du personnage de la semaine dernière). Elle met des pinceaux dans tous les pots. Elle peint un peu, transvase la peinture d'un pot à l'autre. Elle part chercher des pots de peinture loin derrière elle dans un carton qui est lourd. Elle semble très déterminée. Elle pense seule à protéger ses genoux de projections de peinture. Elle remet de la peinture dans les pots, ajoute de l'eau, mélange (Art I). Elle vide ses gobelets dans une assiette pour utiliser le rouleau (je lui ai proposé quelques minutes plus tôt). Il y a comme un décalage entre ma proposition et le moment où elle décide de le faire. Je la prévient qu'il ne reste plus beaucoup de temps. Elle accepte de se lever pour peindre avec dynamisme. Bilan séance 15 : elle est debout pour peindre sur le plan vertical : investissement (et plaisir esthétique sensoriel et émotionnel suffisamment fort ?)

### **3.6 Des items et faisceaux d'items ont été choisis afin d'évaluer l'évolution d'Ophélie.**

Voici la grille d'observation utilisée pour évaluer l'évolution d'Ophélie. (Inspirée par le modèle présenté par Richard Forestier dans *Tout Savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, 2007, p. 132 et 133). (La première page de cette grille d'observation reprend les mêmes items et faisceaux d'items pour les trois enfants présentés dans les études de cas. Merci de se reporter à la page 38 du mémoire pour en reprendre connaissance. En seconde page de la grille d'observation, apparaissent les items et faisceaux d'items plus spécifiques à chacun).

**Voir page 38 : 1ère page de la grille d'observation commune aux trois études de cas**

**Items et faisceaux d'items supplémentaires spécifiques à Ophélie**

Physique/mental	Trace	Se souvenir repère/ projet	Position	Concentration	Application pour faire belle P°	Items empiriques Rythme	Dextérité
Trace							
5- sophistiqué	5- autonome	5- évocation spontanée	5- dynamique	5- grande	5- intense	5- très rapide	5- fine
4- bon	4- encouragé au début	4- souvenir partiel	4- adaptée	4- moyenne	4- importante	4- rapide	4- bonne
3- simple	3- encouragé	3- réminiscence	3- inadaptée	3- faible	3- moyenne	3- soutenu	3- normale
2- débutant	2- accompagné physique	2- oubli partiel	2- inconfortable	2- perturbée	2- faible	2- lent	2- maladroite
1- médiocre	1- sans trace	1- oubli total	1- dangereuse	1- non perçue	1- nulle	1- très lent	1- grossière
Objectif global	Objectif séance	Limites atteintes	Motif modification	Intérêt participation	Thymie	Début travail	Projet participation
5- aboutissement	5- aboutissement	a- physiques	a- souhait du participant	5- enthousiasme	5- enthousiasme	5- rapide	5- atteint
4- évolution importante	4- évolution importante	b- mentales	b- risque d'échec	4- acceptée	4- bonne humeur	4- lent	4- poursuivi
3- évolution	3- évolution	c- techniques	c- perturb. Atelier	3- hésitante	3- humeur égale	3- hésitant	3- modifié
2- sans évolution	2- sans évolution	d- relationnelle	d- amélioration santé	2- réticente	2- mauvaise humeur	2- après stimulation	2- suspendu
1- régression	1- régression	e- aucune	e- régression	1- refusée	1- geste d'humeur avant/ pendant/après	1- après aide	1- abandonné
Séparation	Volonté	Durée projet	Communication avec moi (quant.)	Communication avec moi (qualitatif)	Fonction	Signe sa production ???	Observe la salle
5- regrettée	5- forte	5- + 30 séances	5- systématique	5- parle	5- réhabilitation	5- autonome	5- nombreuse
4- cordiale	4- certaine	4- + 20 s.	4- répétée	4- signe clairement	4- reconnaissance	4- guidée 1fois	4- quelques
3- polie	3- mitigée	3- + 10 s.	3- ponctuelle	3- signe au ralenti	3- porte-parole	3- guidée plusieurs fois	3- rares
2- indifférente	2- faible	2- + 5 s.	2- rare	2- esquisse un signe	2- écoute	2- accompagné	2- 1
1- soulagée	1- non perçue	1- + 1 s.	1- inexistante	1- presque inaperçu	1- aide matérielle	1- jamais	1- aucune
Ambiance	Autonomie habillement et blouse	Colère	Agressivité (orale ou physique)	Me retrouve	Regards vers art-t. (quantité)	Regards vers art-t. (qualité)	Coquetterie
5- conviviale	5- grande	5- forte	5- forte	5- avec joie (sourire)	5- systématiques	5- Adressés clairement	5- porte de nouveaux bijoux ou vêtements
4- calme	4- moyenne	4- certaine	4- certaine	4- « poliment »	4- nombreux	4- orientés vers moi	4- porte les mêmes
3- animée	3- faible	3- mitigée	3- mitigée	3- indifférente	3- ponctuels	3- timides	3- moins coquette
2- agitée	2- perturbée	2- faible	2- faible	2- réticente	2- rares	2- à l'horizontale	2- beaucoup moins
1- tendue	1- nulle	1- non perçue	1- non perçue	1- Agressive ou refuse	1- inexistants	1- inexistants	

**Autres / à noter :**

Crise d'épilepsie :

Bilan de la séance

Description et enchaînement des séquences, des moments :

Limites atteintes :

Modification ou faits surprenants apparus pendant la séance :

Humeur art-thérapeute :

Intérêt du patient pour l'activité :

Erreurs (nature, cause, importance, effets produits) :

Questions en suspens :

Pistes pour la prochaine séance :

Synthèse / description de la séance :

**Energie et puissance**

des gestes

5- intense

4- importante

3- moyenne

2- faible

1- nulle

**Élément nouveau**

Le plaisir esthétique est le premier faisceau d'items choisi.

En effet, le plaisir esthétique peut être un élément capital pour Ophélie qui a beaucoup de difficulté à s'investir dans une activité. Les gratifications sensorielles et émotionnelles provoquées par la pratique artistique et le plaisir esthétique peuvent favoriser la restauration de la confiance en soi, basée sur le ressenti corporel et l'estime qu'elle se porte. Cette observation s'appuiera un ensemble d'items dont l'application à faire une belle production, le rythme de travail, le regard, le plaisir sensoriel et émotionnel, etc. et également sur une observation ressentie.

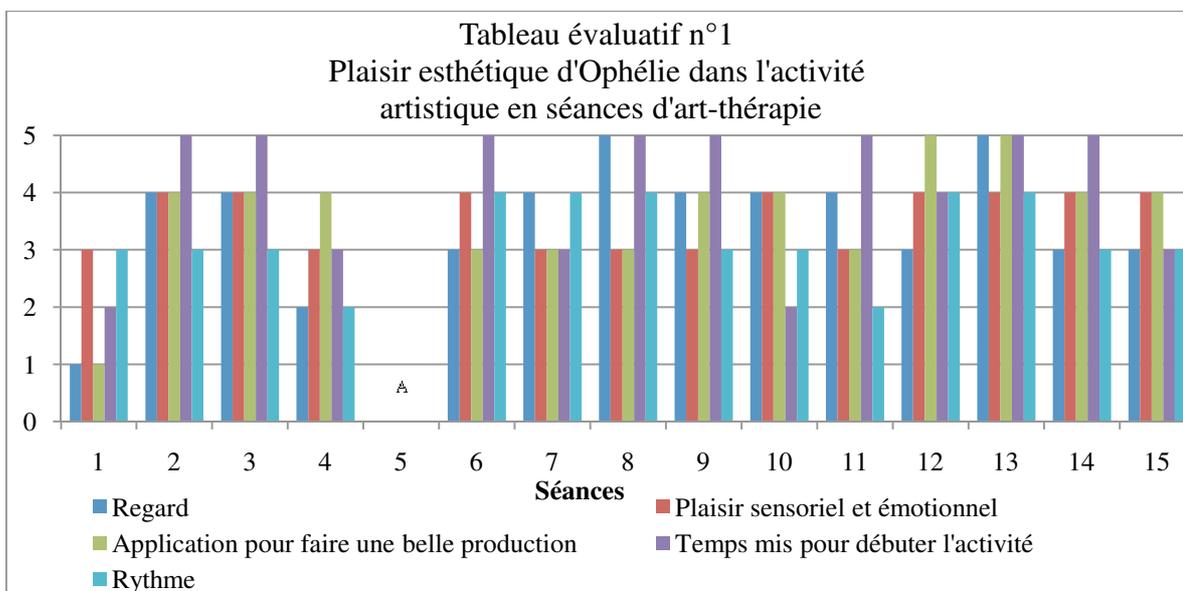


Table de lecture évaluative du tableau n°1 :

(A= séance annulée)

Regard	Plaisir	Application pour faire une belle production	Début d'activité	Items empiriques
5 - rayonnant	5 - plaisir rayonnant	5 - intense	5 - rapide	5 - très rapide
4 - intéressé	4 - plaisir	4 - importante	4 - lent	4 - rapide
3 - présent	3 - peu	3 - moyenne	3 - hésitant	3 - soutenu
2 - triste	2 - indifférent	2- faible	2- après stimulation	2 - lent
1 - absent	1 - déplaisir	1 - nulle	1 - après aide	1 - très lent

Son implication dans l'activité artistique est le deuxième faisceau d'items retenu.

L'équipe s'interroge sur un éventuel état dépressif d'Ophélie qui semble subir sa vie plutôt que d'en être actrice. L'activité artistique, par les mécanismes qu'elle induit, peut la pousser à devoir faire des choix, à trouver un mode d'expression privilégié et non verbal puisqu'elle présente un mutisme électif très marqué à l'I.M.E. et ainsi à reprendre confiance en elle et à restaurer une image d'elle-même et une estime d'elle-même dégradées. Cette observation s'appuiera sur un ensemble d'items dont la concentration, la volonté, la prise d'initiatives, son intérêt, etc. et également sur une observation ressentie.

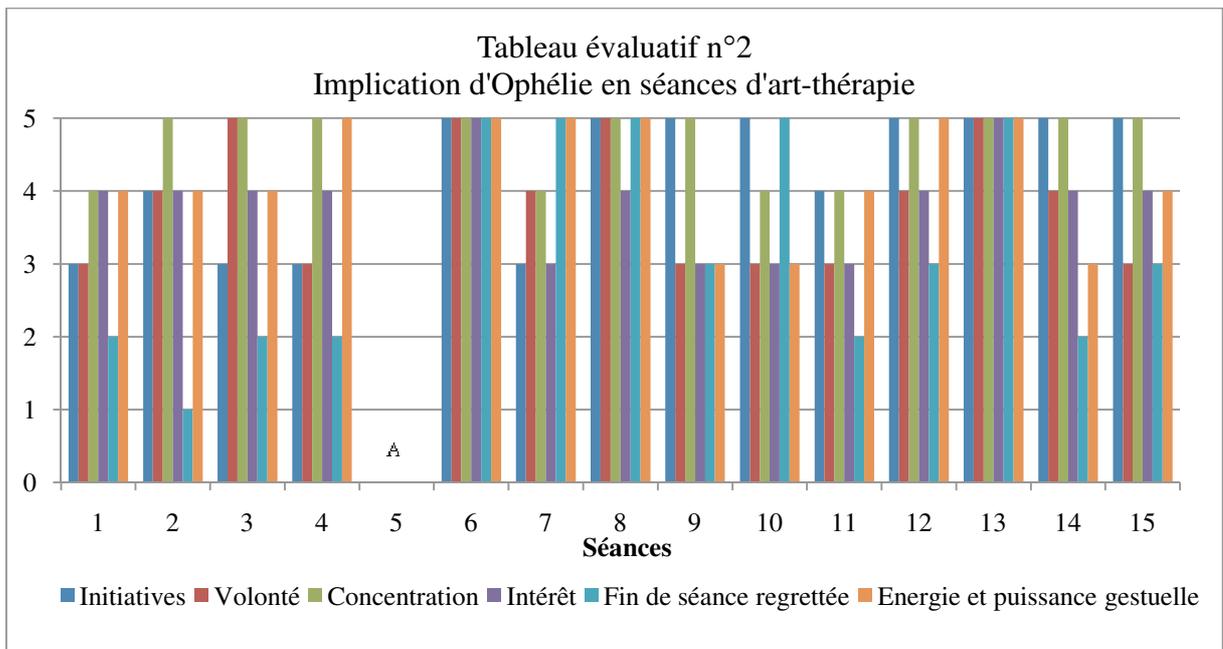


Table de lecture évaluative du tableau n°2 :

(A= séance annulée)

Initiatives	Volonté	Concentration	Intérêt participation	Fin de séance regrettée	Energie et puissance gestuelle
5 - nombreuse	5 - forte	5 - grande	5 - enthousiasme	5 - regrettée	5 - intense
4 - quelques	4 - certaine	4 - moyenne	4 - acceptée	4 - cordiale	4 - importante
3 - rares	3 - mitigée	3- faible	3 - hésitante	3 - polie	3 - moyenne
2 - 1	2 - faible	2 - perturbée	2 - réticente	2 - indifférente	2- faible
1 - aucune	1 - non perçue	1 - non perçue	1 - refusée	1 - soulagée	1- nulle

Enfin, le dernier faisceau d'items retenu sera les capacités relationnelles d'Ophélie.

L'activité artistique pourrait peut-être permettre à Ophélie de rentrer en relation avec autrui, peut-être encore d'avantage dans un cadre calme, intime, sécurisant. L'activité artistique pourrait permettre à Ophélie de développer une nouvelle modalité relationnelle. Cette observation s'appuiera sur l'observation de sa relation établie avec l'art-thérapeute durant les séances et sur un ensemble d'items dont le type de relation, le type et la nature de contact, l'expression grâce au Makaton et sa fonction, etc. et également sur une observation ressentie.

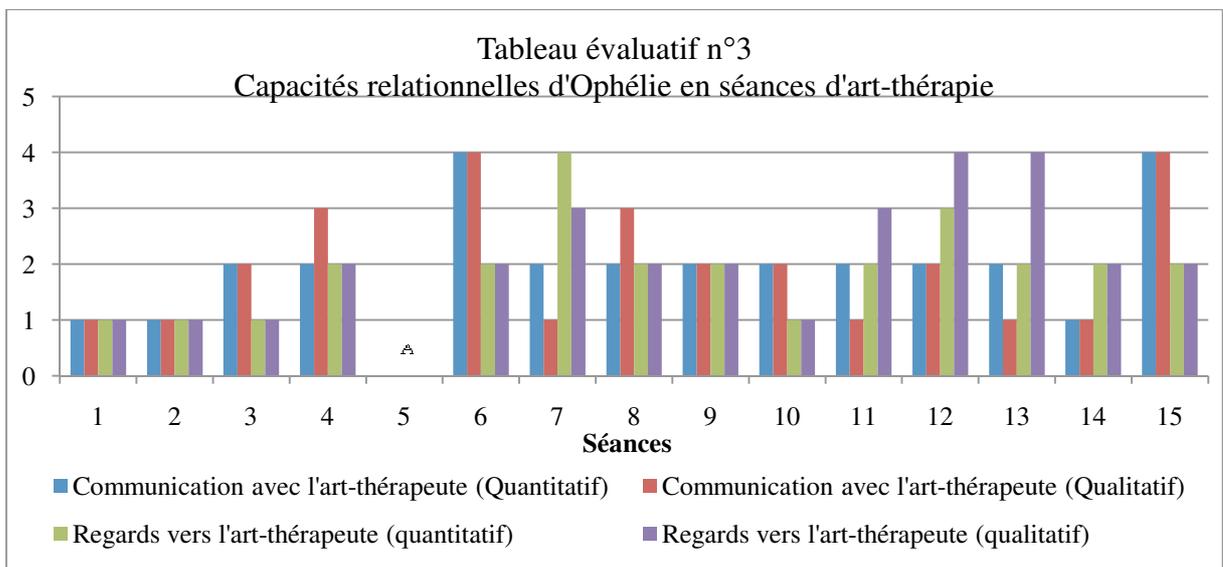


Table de lecture évaluative du tableau n°3 :

(A= séance annulée)

<b>Communication avec moi (quantitatif)</b>	<b>Communication avec moi (qualitatif)</b>	<b>Regards vers art-t. (quantitatif)</b>	<b>Regards vers art-t. (qualitatif)</b>
5 - systématique	5 - parle	5 - systématiques	5 – Adressés clairement
4 - répétée	4 - signe clairement	4 - nombreux	4 – orientés vers moi
3 - ponctuelle	3 - signe au ralenti	3 - ponctuels	3 – timides
2 - rare	2 - esquisse un signe	2 - rares	2- à l'horizontale
1 – inexistante	1 - presque inaperçu	1 - inexistants	1 – inexistants

### 3.7 Bilan de la prise en charge d'Ophélie

La prise en charge d'Ophélie en art-thérapie était prévue sur 15 séances. 14 séances seront assurées puisqu'une séance sera annulée pour cause d'examens médicaux (E.E.G.).

Bien que très ralentie et pénalisée physiquement, mentalement et sans doute psychiquement (voir anamnèse et état de base), Ophélie a su profiter de l'espace et du temps faisant partie du cadre des séances d'art-thérapie pour profiter de gratifications sensorielles qu'elle semblait rechercher intensément au cours de l'activité artistique à dominante arts plastiques. Son temps de prise en charge est d'ailleurs passé de 1 heure à 1 heure 30 en cours de sa prise en charge et là encore il me fallait l'arrêter car elle semblait vouloir rester. Son comportement et ses pénalités ne me permettaient pas de lui proposer une activité d'expression corporelle (danse ou théâtre) ou bien la musique ou le chant : elle refusait toute implication corporelle (rappelons que les arts plastiques impliquent bien évidemment le corps mais celui-ci ne devient pas partie intégrante de la production artistique et permet une distanciation spatio-temporelle). Les arts plastiques restaient la seule technique adaptée au regard de son éventuelle intention thérapeutique et des parties saines. L'observation de son expression artistique révélait un niveau de représentation picturale très limité. Ophélie aimait sans doute beaucoup plus jouer avec les matériaux qui devaient servir à produire (en les transvasant, patouillant, découpant, etc.) que passer à la partie plus sophistiquée de l'activité orientée vers un idéal esthétique. Son expression artistique relevait d'après le modèle art-thérapeutique tourangeau de l'Art I plus que de l'Art II présenté dans l'ouvrage de Monsieur Richard Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 55, 56, Editions Favre, Lausanne, 1999-2007. Elle s'attardait dans une phase relevant de l'instinct, de façon archaïque, mais pas tout à fait anarchique, s'investissant profondément physiquement (sensoriellement) (Art I) sans sembler chercher à basculer dans une phase d'intentionnalité orientée vers l'esthétique et de façon adaptée (Art II). Il lui arrivait parfois de se situer d'avantage vers l'Art II en tentant d'utiliser des techniques relatives à l'Art universel, de façon spécifique et ordonnée mais ce n'était pas globalement ce qui prévalait. Il était très difficile de pouvoir estimer l'intention esthétique d'Ophélie. Elle était d'ailleurs très troublante puisqu'on la voyait agir et évoluer à l'I.M.E. comme une personne âgée, complètement voutée, ralentie, bavant, absolument mutique et totalement inhibée, tout en sachant qu'elle était par ailleurs tout à fait capable de raconter sa journée à sa mère, d'en faire des critiques, de chanter, de danser (même si elle tendait à se replier de plus en plus sur elle-même chez elle aussi). Les équipes éducatives et médicales semblaient désarmées par un comportement pareil, ce qui les avait d'ailleurs poussés à me l'adresser puisque l'art-thérapie entraînait pour la première fois dans la structure et on espérait peut-être ainsi redonner une impulsion à l'équipe un peu à cours de solutions. A l'I.M.E, elle pouvait également se montrer très agressive physiquement, ce qui ne me laissait pas indifférente, et si avec le temps mes craintes se sont estompées, je restais vigilante, avec elle, peut-être plus qu'avec les autres enfants pris en charge, et je veillais à ce que ne disparaissent pas certains outils pouvant être potentiellement dangereux (ciseaux, etc.) sans pour autant les supprimer. Durant l'activité artistique, elle était toutefois très concentrée et pouvait affirmer ses goûts et sa volonté très fermement en n'acceptant que très rarement mes propositions présentées de façon dirigée ou semi-dirigée. Une partie des objectifs ont été atteints dans la mesure où les séances d'art-thérapie lui ont permis d'utiliser la pratique de l'activité artistique pour faire émerger des moments de gratifications sensorielles et émotionnelles et de faire naître une source de motivation suffisamment forte pour lui donner envie de se projeter et de s'investir dans un

projet. En effet, certaines productions notamment sur le plan vertical nécessitaient plusieurs séances et Ophélie reprenait l'activité là où elle l'avait laissée la semaine précédente. Par ailleurs, malgré toute son inhibition, elle était tout à fait en mesure de manifester un refus ferme et catégorique (en se prostrant au sol ou en s'immobilisant fermement). Or, elle est toujours venue en séance et a toujours participé à son rythme. Elle a par ailleurs tout de même accepté de communiquer avec moi, par quelques gestes ou via le makaton. Enfin, lors de la toute dernière séance, elle a accepté de se lever pour peindre sur le plan vertical ce qui lui demandait beaucoup d'efforts (physique et psychique) et ce qui représentait peut-être un espoir d'évolution fort alors même que je ne la reverrai plus.

L'évaluation est parfois difficile à réaliser car on doit pouvoir évaluer les performances de la personne et non pas la personne elle-même. Or dans le cas d'Ophélie, il est parfois difficile de distinguer ce qui résulte de la personnalité de ce qui résulte des pénalités qu'elle subit.

L'observation du comportement d'Ophélie durant la prise en charge laissait peut-être présager d'une évolution favorable de son état de base mais n'était pas encore assez manifeste pour être remarquée en dehors des séances par le reste des professionnels la prenant en charge.

#### **4) Le cube harmonique n'a pas pu être utilisé.**

Le cube harmonique est un outil dont dispose l'art-thérapeute et qui permet à la personne prise en charge de s'auto-évaluer. *« L'esprit de cet outil est de synthétiser, par une forme cohérente, connue, explicite et sensible, les trois composantes de la spécificité artistique soit le Beau, le Bien et le Bon (...) Ainsi, une modalité objective permet de mettre à jour la subjectivité des personnes »* Richard Forestier, *Tout Savoir sur l'art-thérapie*, p. 203, Editions Favre. Cet outil n'était pas accessible aux enfants pris en charge du fait de leur handicap mental qui ne leur permettait pas d'accéder à des notions beaucoup trop abstraites et complexes et de faire preuve de faculté critique et de critique. J'ai tout de même fait une tentative avec Gilles, qui était le plus efficient mentalement, mais qui se trouvait tout de même en difficulté. J'ai donc décidé de ne pas utiliser cet outil.

### **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION : LE CADRE INSTITUTIONNEL D'UN I.M.E. PEUT-IL INTEGRER L'ART-THERAPIE DANS SON PROJET DE PRISE EN CHARGE AFIN QUE LES ENFANTS PUISSENT PROFITER DE SES SPECIFICITES ET DE SON UTILITE ?**

#### **A) Le cadre institutionnel d'un I.M.E. peut intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge.**

##### **1) L'I.M.E. intègre l'art-thérapie pour la première fois de son histoire malgré de nombreuses sollicitations : quelque chose de nouveau s'est produit.**

L'art-thérapie est une discipline encore émergente dans bien des lieux de prises en charge de personnes en difficulté. Cependant, certains professionnels y sont de plus en plus sensibles. Depuis, dix ans que le chef de service est sollicité par de potentiels stagiaires art-thérapeutes, c'est la première fois qu'il accepte d'en accueillir un au sein de l'I.M.E. Il est intéressant de noter que celui-ci est musicien, il joue en effet de la guitare et est compositeur, auteur et interprète de ses propres textes (ce que j'apprendrai par la suite). Lors du premier contact téléphonique, je lui ai présenté l'art-thérapie, selon le modèle de Tours, basée sur une approche scientifique et utilisant des outils spécifiques. Lors des rencontres qui suivront avec le médecin responsable pédopsychiatre et le chef de service, cette présentation trouve un auditoire attentif et curieux. C'est peut-être la première fois qu'on ne présente pas l'art-thérapie avec une dimension psychothérapeutique et en tant que spécialisation (psychothérapie à médiation artistique), comme on l'enseigne à l'Université René Descartes à Paris. En effet, la discipline telle qu'elle est enseignée à l'Ecole de Tours est bien une

discipline assimilée paramédicale bien spécifique. Elle est unique et complémentaire et ne vient en aucun cas en remplacer une autre dans l'équipe, ni même avoir la même orientation. Elle vient enrichir un panel de prises en charge pluridisciplinaires par son originalité.

**2) L'institution et tous les professionnels qui la composent savent respecter le temps propre des enfants et adapter les prises en charge au rythme et aux difficultés de ceux-ci ce qui permet une cohésion avec le code de déontologie de la profession d'art-thérapeute.**

Les enfants et jeunes adolescents présentent presque toujours une lenteur mentale parfois accompagnée d'une lenteur physique et une efficacité mentale plus ou moins bonne. Tous les professionnels de l'I.M. E. (éducateurs, institutrice, médicaux, paramédicaux, etc.) prennent en compte très consciencieusement ces caractéristiques de la maladie et du handicap mental. Ils savent se montrer disponibles, attentifs, patients afin de s'adapter et de respecter le rythme et les difficultés des enfants. La profession d'art-thérapeute s'engage elle aussi au même respect de la personne prise en charge. Durant l'enseignement universitaire de l'Ecole de Tours, on nous rappelle qu'il est essentiel que la personne puisse pouvoir sentir que nous croyons sincèrement en elle et en ses capacités à améliorer sa qualité de vie et qu'il faut également savoir prendre toute la mesure des efforts qu'elle aura fournis pour nous accorder sa confiance et accepter de s'exprimer artistiquement avec tout ce que cela mobilise chez elle. On nous enseigne donc à agir avec loyauté, honnêteté et respect envers la personne en difficulté. Un code de déontologie a donc été établi par l'A.F.R.A.T.A.P.E.M. et rappelle à tous les futurs professionnels et professionnels art-thérapeutes que l'humanisme doit guider notre engagement auprès de personnes en difficulté. En cela, le souci permanent d'une prise en charge respectueuse de l'être humain est commun, à l'institution et aux professionnels de l'I.M.E., et au code de déontologie de la profession d'art-thérapeute selon le modèle de Tours.

**3) L'art-thérapeute a reçu le soutien constant du chef de service, du médecin responsable pédopsychiatre et de la directrice. La qualité du travail art-thérapeutique a également pu être assurée grâce à la collaboration des différentes équipes et à l'investissement des enfants.**

Le chef de service, la directrice et le médecin responsable pédopsychiatre se sont montrés très intéressés par la discipline art-thérapeutique dès sa présentation et durant tout le suivi des prises en charge. Peu de temps après mon arrivée à l'I.M.E., alors que je présentais les objectifs de mon stage, le chef de service et le médecin responsable pédopsychiatre préféraient à une prise en charge individuelle que je proposais, une prise en charge en groupe et accompagnée d'un éducateur. Il était tout à fait compréhensible et justifié qu'on ne souhaite pas confier des enfants et jeunes adolescents à une personne inconnue. Cependant, après une période d'observation mutuelle et de nombreux échanges, qui auront pu avoir lieu grâce à la disponibilité et à l'intérêt des différents professionnels de l'I.M.E., les responsables ont souhaité valider mon projet initial de prise en charge en individuel car mon comportement et mon engagement auprès des enfants leur avaient inspiré la confiance nécessaire. Le chef de service m'a par ailleurs reçue régulièrement toutes les semaines afin de me faire part des informations qu'il avait déjà diffusées lors de la « réunion hebdomadaire médico-psy » et à laquelle je ne pouvais assister puisque occupée en séance d'art-thérapie. En cas d'absence du chef de service, la directrice et le médecin responsable pédopsychiatre prenaient le relais et me transmettaient ces informations. Les équipes d'éducateurs étaient elles aussi très globalement intéressées par la discipline art-thérapeutique, posant des questions, me faisant part de remarques et assurant la continuité des séances par des rappels aux enfants, par l'organisation du planning. Toutes ces conditions et cette collaboration ont favorisé et consolidé l'investissement dont les enfants faisaient preuve pour participer aux séances d'art-thérapie.

#### **4) L'institution a soutenu financièrement et logistiquement la mise en place du cadre art-thérapeutique.**

Après que j'ai présenté mes besoins au chef de service qui supervisait mon stage (accompagné du médecin responsable pédopsychiatre), celui-ci a validé un budget financier que j'avais estimé à une centaine d'euros pour l'achat de matériel dont j'avais établi la liste, permettant ainsi de ne pas gêner le déroulement d'activité dans les groupes où j'aurai du emprunter du matériel. La discipline art-thérapeutique a donc pu bénéficier, en période de stage, d'un budget spécifique qui a pu être réapprovisionné si nécessaire. Le chef de service a également pris soin de trouver un local adapté. Malgré la configuration et l'organisation de l'occupation des locaux, le but était d'être isolée des groupes encadrés par les éducateurs et d'occuper un espace clairement identifiable afin d'assurer un cadre art-thérapeutique favorisant l'émergence de l'expression artistique dans les meilleures conditions possibles. Il était tout d'abord question d'une petite pièce, utilisée par les éducateurs et leurs groupes, servant habituellement à des moments interactifs et de salle télévision ce qui aurait pu gêner l'organisation des activités des groupes. Finalement, le chef de service m'a proposé d'occuper le bureau de l'orthophoniste, alors en congé parental, au premier étage du pavillon annexe se trouvant sur en face de l'I.M.E. occupé par l'équipe paramédicale (psychologue, psychomotricienne, orthophoniste) et l'école. Il s'agissait donc alors de prendre également en charge seule le trajet entre l'I.M.E. et le pavillon avec les enfants ce qui s'est révélé également très intéressant et bénéfique. Au retour de l'orthophoniste, on m'a proposé de rester dans le pavillon et de m'installer au rez-de-chaussée, dans une cuisine où je disposais ainsi d'un point d'eau sur place et surtout d'un plan vertical de travail pour pouvoir peindre et dessiner. Cette pièce présentait tout de même certains inconvénients : elle servait de point d'eau pour les enfants de l'école et un des téléphones permettant d'y joindre les professionnels y était installé, ce qui pouvait parfois gêner le déroulement des séances.

Il a été cependant très intéressant de constater qu'on a décidé de trouver une place à la discipline art-thérapeutique dans le pavillon accueillant l'ensemble de l'équipe paramédicale.

#### **5) Les équipes sont étonnées de me voir partir à la fin de mon stage, pensant que je suis employée par l'I.M.E.**

Il me faudra souvent rappeler au cours de mon stage aux équipes éducatives et équipes techniques que je suis stagiaire et non art-thérapeute professionnelle comme ils me présenteront à plusieurs reprises aux enfants. Il est vrai que la période d'observation, où j'ai pu notamment rencontrer l'ensemble des professionnels, a permis d'amorcer un travail en collaboration avec eux par de nombreux échanges. Par la suite, durant tout mon stage, ils ont pu être juges de mon intérêt pour le bien-être des enfants, de la capacité à la discipline art-thérapeutique à s'adapter au fonctionnement institutionnel et au public concerné tout en préservant ses spécificités (ils m'ont vu intervenir alors qu'un enfant faisait une crise d'épilepsie afin que celui-ci ne se blesse pas et faire ensuite le nécessaire afin de le rassurer), de ma capacité à être autonome et à la fois toujours en lien avec les différentes équipes.

Tout au long du stage, je me suis efforcée de recueillir un maximum d'informations actualisées notamment auprès des éducateurs quantitativement majoritaires au sein de l'I.M.E. car je leur ai rappelé à mon tour que leurs connaissances privilégiées du comportement et de la personnalité des enfants étaient des éléments très riches pour affiner et réadapter si nécessaire ma prise en charge. La fréquence de nos échanges bien qu'informels puisque l'organisation du planning ne permettait pas de faire autrement, la régularité des séances d'art-thérapie et mon engagement sont sans doute à l'origine de ce sentiment d'appartenir à l'équipe, qui pour ma part était très clairement limité dans le temps, mais pas pour certains éducateurs, qui ont été surpris d'apprendre que je devais partir. L'art-thérapie a pu ainsi petit à petit trouver sa place au sein de la structure.

**6) L'art-thérapie est une discipline assimilée paramédicale qui propose une approche thérapeutique différente et unique : l'art-thérapie est spécifique et peut utiliser des mécanismes comme aucune autre profession paramédicale ne pourrait le faire.**

*« Pour que l'art-thérapie soit pleinement reconnue, il va falloir intégrer des protocoles de recherche pour mieux l'évaluer. Si le corps médical a constaté ses bienfaits, il faut faire appel aux outils rigoureusement scientifiques pour valider les résultats. A ce titre la neurologie peut nous être d'une grande aide ».* (Richard Forestier). Comme nous avons pu le voir précédemment, l'art-thérapeute va utiliser des outils spécifiques à sa discipline pour réaliser ses prises en charge. Ceux-ci lui permettront d'établir un protocole de prise en charge afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques. Ses connaissances théoriques universitaires, son orientation scientifique et objective (c'est-à-dire basée sur des connaissances objectives du comportement humain, des pathologies et de l'activité humaine puisque l'opération artistique peut s'appliquer à bien d'autres champs d'activités humaines en dehors de l'activité artistique), sa qualité d'artiste (et le savoir-faire technique qu'il possède) lui permettront de réaliser des prises en charge utilisant l'activité artistique et l'observation du phénomène artistique comme aucune autre profession paramédicale ne pourrait le faire. Aucune autre profession n'utilise l'esthétique dans un processus thérapeutique comme le fait l'art-thérapie.

**7) Des activités « peinture », « dessin », « chant » sont animées par des éducateurs et des professionnels paramédicaux utilisent des médiations artistiques. Il ne s'agit pour autant pas d'art-thérapie.**

Des professionnels de l'I.M.E. tels que les éducateurs sont parfois amenés à utiliser des techniques artistiques mais il ne s'agit pas pour autant d'art-thérapie. En effet, par exemple, la peinture, le chant, l'expression corporelle et d'autres techniques artistiques peuvent servir de support à une activité occupationnelle : c'est-à-dire que l'on pourrait remplacer ces techniques par des activités jardinage, jeux de société, l'objectif étant d'occuper le temps qui est à disposition et ce, de façon agréable, afin d'assurer la pérennité de l'activité et dans l'attente d'une autre séquence de la journée. Pour des professionnels tels que les éducateurs, des consignes éducatrices viendront aussi compléter ces séquences occupationnelles par des objectifs éducatifs : respect du matériel, de l'autorité des adultes, de la vie en groupe, etc. Pour des professionnels paramédicaux, tels que la psychomotricienne, la psychologue ou l'orthophoniste, le chant et le dessin par exemple, pourront servir de moyens parmi d'autres (comme d'autres exercices ou tests spécifiques à leurs professions) pour évaluer l'efficacité ou les progrès dans une prise en charge, interpréter une expression. L'apprentissage de la technique dans le but d'un plaisir esthétique ne sera pas utilisé comme en art-thérapie. Par ailleurs, rappelons que sauf hasard, aucun de ces professionnels n'est nécessairement artiste.

**8) Malgré la méconnaissance de la discipline, l'art-thérapie selon le modèle de Tours permet d'être clairement identifiable parmi tous les autres professionnels intervenant dans la prise en charge et donc de trouver sa place au sein de l'institution.**

L'art-thérapie peut susciter des interrogations parce qu'elle est encore méconnue dans bon nombre de structures comme l'I.M.E. où certains professionnels peuvent même la découvrir pour la première fois. Comme nous venons de l'expliquer dans le paragraphe précédent, aucune confusion ne peut être faite notamment avec une prise en charge en psychothérapie à médiation artistique ou un atelier d'arts plastiques animé par des éducateurs.

Parce qu'elle est présentée et définie comme « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et sanitaire » (et qu'elle se distingue du modèle de l'Université René Descartes à Paris qui a une approche psychanalytique), l'art-thérapie se distingue de toutes les autres professions déjà présentes au sein de l'institution et peut donc tout à fait trouver une place dans l'équipe pluridisciplinaire de l'institution.

**9) De même qu'il cherche à en recueillir pour affiner sa stratégie thérapeutique, l'art-thérapeute peut transmettre aux autres professionnels des informations utiles pour la prise en charge des enfants.**

De nombreux échanges formels ou informels ont pu avoir lieu au sujet des enfants pris en charge en séance d'art-thérapie avec différents professionnels de l'I.M.E. : le chef de service, le médecin responsable pédopsychiatre, des éducateurs, l'équipe paramédicale (psychologue, orthophoniste, psychomotricienne). En effet, si j'étais moi-même désireuse de recueillir des informations éclairées par une approche différente de la mienne sur les enfants pris en charge, d'autres intervenants étaient eux-aussi curieux et intéressés de savoir comment réagissaient ces enfants en séance d'art-thérapie. Ils me questionnaient sur leur investissement, leur goût, leur humeur, leur comportement, leur modalité relationnelle, les résultats obtenus. Autant d'informations qui pourraient leur servir à leur tour à affiner ou réajuster leur prise en charge. J'ai par ailleurs été conviée à participer à la synthèse de Gilles réunissant tous les professionnels de l'I.M.E. le prenant en charge et à faire part de mes observations qui ont été intégrées au dossier médical tenu par le médecin responsable pédopsychiatre. Lors de ma rencontre hebdomadaire avec le chef de service, celui-ci était également attentif à mes remarques et hypothèses.

**10) L'art-thérapeute travaille avec ce qui fonctionne encore bien chez l'enfant ou ce qui est émergent.**

« Si l'art-thérapie s'adresse au dysfonctionnement de l'Homme pour y remédier, elle concerne aussi ce qui fonctionne pour le rendre opérant ». (Richard Forestier dans *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p.42, Editions Favre). Il est donc important de rappeler que l'art-thérapie exploite les parties saines des enfants pris en charge afin de travailler sur des sites d'actions (ou mécanismes défaillants) qui ont été identifiés. Les séances ne seront donc pas abordées sur la question de ce qui dysfonctionne, « tu vas apprendre à dessiner un trait bien fluide et continue car tu ne sais pas le faire : tes traits sont hachés, sans continuité », ce qui positionnerait l'enfant d'emblée dans une boucle d'inhibition et presque déjà en situation d'échec. L'art-thérapeute va plutôt tout mettre en œuvre pour favoriser un boucle de renforcement à force d'encouragements, de stimulations et en repérant ce qui fonctionne bien chez l'enfant afin de le revaloriser et de mettre en valeur ses capacités. Les mécanismes défaillants pourront ainsi être plus ou moins directement impliqués selon la stratégie et les objectifs fixés.

**11) L'art-thérapeute sait adapter sa stratégie au profit de l'enfant et sait diversifier son champ de compétences artistiques afin de proposer la technique la plus adaptée à une bonne évolution de l'enfant.**

Tout d'abord, il faut rappeler que l'art-thérapie n'a pas pour objectif de former des artistes au cours des séances. L'art-thérapeute doit par ailleurs, quelle que soit sa pratique et technique artistique personnelle, savoir s'adapter en fonction du goût de l'enfant et donc de sa personnalité, de ses capacités physiques et mentales, de la stratégie et des objectifs fixés. Ainsi, on peut tout à fait envisager que l'art-thérapeute qui pratique personnellement les arts plastiques, décide d'utiliser le chant comme cela a été le cas dans la prise en charge de Quentin où celui-ci semblait exploiter l'activité chant avec plaisir, satisfaction et donc beaucoup de gratifications. Une activité d'expression corporelle, telle que la danse, aurait peut-être pu être proposée à Ophélie, en fonction de son évolution et de son investissement et surtout d'un temps de prise en charge plus long que celui d'un stage. Sachant qu'elle apprécie cette activité chez elle, on aurait pu envisager la réhabilitation de l'image de soi et de l'estime de soi par des gratifications sensorielles et un plaisir corporel par une stratégie axée sur la danse.

L'art-thérapeute doit par ailleurs toujours réajuster sa stratégie dans le temps car il existe toujours un écart entre ce qui est prévu d'une semaine à l'autre, voire d'une minute à l'autre et ce qui advient au cours des séances.

**12) L'art-thérapie fonctionne sur un mode d'expression non-verbale et permet aux enfants de trouver un mode d'expression spécifique et privilégié.**

Pour des enfants qui souffrent de problèmes d'expression orale dont la cause peut être physique, mentale ou psychologique (Quentin et Ophélie), de déficience mentale et donc d'un langage plus ou moins riche (Quentin, Gilles et Ophélie), de troubles caractériels (Ophélie qui souffre d'un mutisme électif), la possibilité de pouvoir s'exprimer autrement que sur un mode verbal, qui les met plus ou moins en échec et en boucle d'inhibition, est une opportunité à saisir. L'objet de l'activité artistique étant de prendre du plaisir à s'exprimer artistiquement dans une visée esthétique, l'expression verbale n'est pas une fin en soi mais éventuellement un moyen de renforcer l'expression artistique, d'exprimer des émotions, de communiquer avec l'art-thérapeute. On peut tout à fait envisager une séance où la parole est quasi-inexistante, voire inutile. En cela, l'art-thérapie représente un mode d'expression tout à fait spécifique et privilégié.

**13) L'art-thérapie peut favoriser l'émergence de représentations mentales et aussi l'accès à la symbolisation grâce à l'activité artistique et aux mécanismes qu'elle induit.**

La fabrication par l'activité mentale de représentations mentales, c'est-à-dire des images que l'on peut lier à des mots, sont très souvent limitées chez des enfants atteints de handicap mental : exemple, dessiner un bonhomme. De même, la symbolisation, c'est-à-dire la capacité à extraire du contenu complet d'une idée, un signe ou symbole représentant à lui seul la signification de cette dernière répond à une activité mentale bien souvent très difficilement accessible aux enfants atteints de handicap mental : exemple, dessiner la tête d'un bonhomme qui sourit pour signifier le bonheur ou le fait d'être content. Tout ceci est très variable en fonction du degré de handicap mental et tout à fait spécifique à chaque personne étant donnée la complexité des atteintes cérébrales. L'art-thérapie, à dominante arts plastiques par exemple, peut s'appuyer sur la figuration comme modalité d'expression picturale et peut ainsi favoriser l'émergence de nouvelles représentations et l'accès à la symbolisation. En effet, lors de séances qui vont se succéder et reprendre les acquis d'une séance à l'autre (en fonction aussi d'une mémoire plus ou moins opérante), comme nous l'avons vu dans les études de cas (avec Gilles qui dessine Spiderman qui a l'apparence d'un homme, alors que Gilles a beaucoup de difficultés à la base à représenter un bonhomme, ou au cours des séances avec Quentin où deux traits parallèles symbolisent des routes pour y jouer avec ses voitures), la répétition des gestes, liée au plaisir sensoriel et esthétique vont permettre au fur et à mesure à l'enfant de consolider ou de faire émerger ces représentations et symbolisations. Les productions en arts plastiques auront par ailleurs la spécificité de pouvoir durer dans le temps et de solliciter à nouveau tous les mécanismes induits dans l'activité artistique et représentés dans le modèle établi par Monsieur Richard Forestier de l'opération artistique.

**14) La grande majorité des activités se déroulent en groupe au sein de l'I.M.E. et les prises en charge individuelles en art-thérapie sont des moments privilégiés où les enfants peuvent s'exprimer dans un cadre sécurisé, intime, calme et qui leur est adressé personnellement.**

L'organisation des groupes et des activités et la configuration de l'institution ne permet que peu souvent aux enfants de pouvoir s'extraire d'un environnement bruyant, animé ou agité et peu propice à l'intimité (mêmes les chambres sont partagées en internat). Comme il a été expliqué dans la présentation du cadre art-thérapeutique en deuxième partie, celui-ci est dans sa partie morale et relationnelle, basé sur des principes réciproques de respect en termes de comportement, de cordialité qui favorisent un environnement bien plus calme. Les prises en

charge individuelles diminuent de fait les risques de conflits avec des camarades, les bruits, les bousculades ou ambiances d'agitations. L'espace réduit est peu propice à l'envie de courir et d'échapper physiquement, à une personne ou situation, par la fuite. L'art-thérapeute rappelle les règles si nécessaire et la teneur confidentielle de ce qu'il s'y déroule. L'enfant comprend alors que cet espace lui est dédié le temps de sa séance, à lui tout spécifiquement. Gilles, Quentin et Ophélie ont osé et souhaité s'y exprimer artistiquement car chacun a saisi à sa façon l'opportunité de profiter de cet espace tout à fait privilégié.

**15) L'art-thérapie peut cependant être tout à fait envisagée en groupe afin notamment de travailler sur les problèmes de comportement qui se manifestent par de l'agressivité ou par un repli sur soi et qui peuvent être causés, par exemple, par un manque de confiance en soi ou un sentiment d'insécurité.**

Ces trois enfants et jeunes adolescents, Gilles, Quentin et Ophélie, présentés dans les études de cas, comme bien d'autres enfants, auraient tout à fait également pu bénéficier de prises en charge en groupe dans un second temps ou en parallèle de la prise en charge individuelle. Il aurait pu être tout à fait intéressant de leur proposer des séances d'art-thérapie où le cadre personnel deviendrait groupal afin de favoriser les échanges et les stimulations entre eux, de tempérer les oppositions et de les unir autour d'un projet artistique partagé ou non, leur permettant de dévoiler peu à peu leur personnalité en confiance et dans le respect de soi-même et d'autrui. Le sentiment d'appartenance à un groupe destiné à s'exprimer artistiquement aurait peut être pu être un liant groupal et social puissant car très gratifiant et revalorisant.

**16) L'art-thérapie, comme nous l'avons vu, restaure l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. Le plaisir sensoriel et émotionnel, la prise de confiance, la satisfaction et la fierté ont pu être observés chez les enfants pris en charge. Les résultats obtenus en période de stage, et donc très limités dans le temps et en termes de projection, laissent entrevoir les possibilités si un poste était créé.**

L'expérience d'art-thérapie s'est déroulée sur une durée de 140 heures dont une partie passée en observation. 14 séances ont permis à Gilles, qui n'avait jusqu'alors presque jamais dessiné, qui refusait l'activité avec certains matériaux de peur de se salir, qui supportait très mal les frustrations et les situations d'échec, de s'investir dans des projets qui l'engageait pour plusieurs séances. Il a su faire preuve de beaucoup patience et de maîtrise, de projection et de donc de confiance en lui et faire preuve d'une efficacité intellectuelle qui supposait un potentiel relativement important. Il a emporté ses productions afin de les montrer à ses camarades, aux professionnels de l'I.M.E. et à sa famille avec fierté. Quentin, qui a parfois eu du mal à canaliser ses émotions au point de ne pouvoir se décider à venir en séance, a tout de même trouvé de réels moments de plaisir dans la production de dessins, de chant et de paroles dont il était l'auteur comme en attestaient ses regards, ses sourires et ses éclats de rire. Ophélie a finalement accepté de se mobiliser très fortement physiquement, mentalement et psychiquement dans l'activité artistique.

Comme nous avons pu le voir dans la partie bilan des trois études de cas, chacun des enfants et jeunes adolescents a su tirer des bénéfices des séances d'art-thérapie même si la prise en charge méritait de se poursuivre au-delà de ce petit nombre d'heures. Par ailleurs, on peut concevoir que l'art-thérapeute ne peut pas se positionner de la même façon dans le cadre d'une situation de stage que dans celui d'un poste qui permet une projection beaucoup plus importante en termes de temps et d'objectifs.

**17) Rappelons que l'Art, par la présentation des œuvres produites, permet la réhabilitation de la personne handicapée dans la société par une revalorisation de son image et par le regard nouveau qu'on lui porte alors.**

La présence de séances d'art-thérapie au sein de l'I.M.E. a permis à des enfants et adolescents de produire des œuvres dans un cadre spécifique et privilégié propice à l'expression artistique dans une visée esthétique. Il est important de rappeler que l'exposition de productions artistiques, ici d'enfants et jeunes adolescents souffrant d'épilepsie pharmacorésistante et atteints de handicap mental, pourrait sans doute révéler au public toute la singularité émanant de la personnalité de chacun de ces enfants. L'Art permet régulièrement par le biais d'expositions de changer la vision que le public se fait de personnes souffrant de diverses maladies et atteints de handicap physique ou mental. C'est l'occasion pour le public de se rappeler ou de comprendre que la maladie et le handicap déterminent un état ou une situation et non pas une identité\* : la personne retrouve alors toute sa qualité d'être humain à part entière dans son intégrité.

**B) Le cadre institutionnel d'un I.M.E. ne peut pas intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge.**

**1) L'art-thérapie est encore très peu connue par certains professionnels et des confusions existent.**

En France, la profession d'art-thérapeute n'est pas officiellement enregistrée à la Direction du Travail et de la Formation Professionnelle (D.D.T.E.F.P.) comme un métier à part entière. Pôle emploi la répertorie dans ses fiches métiers parmi les spécialisations de la psychologie. De ce fait, il est difficile d'établir un statut professionnel clair au niveau administratif, juridique et donc aussi institutionnel.

Par ailleurs, j'ai pu constater qu'un très grand nombre de professionnels au sein de l'I.M.E. méconnaissaient totalement l'existence de l'art-thérapie, principalement les éducateurs majoritaires en nombre au sein de l'institution, même ceux formés depuis peu à leur profession et dont on pourrait imaginer que les connaissances seraient plus actualisées. Il est vrai aussi que la présentation de la profession durant le stage a été faite, systématiquement, du fait de l'organisation de la vie institutionnelle et des particularités comportementales des enfants, entre deux portes ou au cours d'activités, où l'éducateur devait gérer notre échange et un enfant qui le sollicitait. Les éducateurs avaient alors tendance à identifier l'art-thérapie comme une activité d'animation d'atelier d'art ou d'apprentissage artistique y affectant une dimension éducative, ayant des difficultés à mesurer la dimension thérapeutique de l'activité artistique.

**2) Les autres acteurs doivent donc accepter de travailler avec cette profession assimilée paramédicale méconnue. La question du secret médical auquel l'art-thérapeute est tenu est parfois respectée par certains professionnels et parfois ignorée ou niée par d'autres.**

Il est évident que pour travailler efficacement en collaboration autour d'un projet de prise en charge d'un enfant ou jeune adolescent, on doit pouvoir accorder de la confiance et du crédit à la profession des différents professionnels concernés. Or, comme nous venons de le voir, l'art-thérapie reste pour certains professionnels, une discipline méconnue, voire parfois même plus ou moins crédible au vue de certains.

L'organisation des locaux et des activités en groupe (donc les habitudes de fonctionnement institutionnel) et la vision faussée de l'art-thérapie n'a pas toujours favorisé la garantie du secret médical. Il semble peu probable que certaines questions, qui m'ont été posées alors que je raccompagnais un enfant pris en charge en séance d'art-thérapie dans son groupe, auraient été posées dans des conditions pareilles au médecin responsable psychiatre, à l'équipe paramédicale ou à l'infirmière. Il m'a donc fallu rappeler à certains interlocuteurs que je ne pouvais répondre à certaines questions posées devant l'enfant et le reste de son groupe et mettre ainsi en péril le caractère confidentiel du contenu du déroulement des séances d'art-thérapie. Le médecin responsable pédopsychiatre et le chef de service avec qui je me suis entretenue, au sujet de ce phénomène institutionnel qui me posait problème, m'ont invité très

clairement à choisir mes interlocuteurs selon mon jugement (eux-mêmes inclus) ainsi que la mesure des informations que je souhaitais transmettre et ne pas transmettre. Il est important de noter que ces difficultés se sont rapidement estompées après que j'ai réexposé le caractère confidentiel du cadre art-thérapeutique et par un réajustement du comportement des personnes concernées.

### **3) La charge de travail du personnel et l'organisation du travail des équipes éducatives impose parfois une transmission d'informations dans des conditions mettant en danger l'intimité et la confiance engagées auprès des enfants.**

La configuration des locaux où chaque groupe passe la journée dans sa salle et où ont lieu les activités en groupe, l'organisation de ces activités et les caractéristiques des enfants pris en charge poussent chacun des professionnels à prendre certaines habitudes institutionnelles. En effet, le manque de locaux, notamment des salles d'activités supplémentaires permettant aux éducateurs de créer de plus petits groupes au sein de leur groupe, et de personnels supplémentaires sont source d'une très grande charge de travail où le temps est souvent compté. Des réunions regroupant tous les professionnels de l'I.M.E. sont programmées régulièrement, ils peuvent alors échanger dans des conditions favorables. Je ne pouvais cependant pas y assister puisque mon temps de stage était occupé par les prises en charge. Les équipes qui travaillent en flux tendu ont pour habitude de se transmettre des informations au détour d'un couloir ou lors d'une courte pause en attendant de se revoir à la prochaine réunion. J'étais donc également soumise à adopter ces habitudes institutionnelles et à recueillir ou à donner des informations au plus vite et au mieux souvent au moment de retrouver l'enfant ou de le raccompagner dans son groupe. Dans la mesure du possible je m'isolais avec l'éducateur en dehors de la salle ou proposais un petit moment plus propice afin de garantir le caractère intime des séances d'art-thérapie et de préserver la confiance engagée auprès des enfants.

### **4) L'art-thérapeute peut être contraint de sortir de ses attributions par les équipes ou par des situations où il serait amené à agir sur un mode éducatif car la notion éducative est toujours sous-jacente au sein de l'institution où les éducateurs sont majoritaires.**

L'I.M.E., où les éducateurs sont majoritaires en nombre, est très empreint par la dimension éducative qui reste un de ses objectifs principaux de prise en charge. Il m'est arrivé à de nombreuses reprises d'assister à des situations conflictuelles (d'opposition, de colère) entre un éducateur et un enfant ou entre deux enfants. Les éducateurs réagissaient alors dans un premier temps par des rappels à l'ordre et à une bonne conduite, puis par des interventions physiques où l'enfant pouvait être maîtrisé physiquement s'il devenait violent ou s'il se mettait au sol et refusait de se relever. Il arrivait aussi qu'un enfant soit mis à l'écart du reste du groupe dans le couloir pour le sanctionner et faire revenir le calme dans le groupe.

Quelques récits d'expériences vécues au cours de mon stage vont illustrés la difficulté à ne pas se voir attribuer des comportements qui ne concernent en rien l'art-thérapie. Parmi les enfants pris en charge, Quentin faisait preuve d'un comportement très imprévisible et impulsif. Il pouvait faire preuve d'une forte opposition et se mettre très en colère. Un jour, où il a exprimé le fait qu'il ne souhaitait pas venir en séance (comme il le fera à plusieurs reprises avec une issue différente à chaque fois) et où je lui signifiais que j'entendais bien son souhait en lui souhaitant alors de passer une bonne semaine, une éducatrice m'a prise à partie, devant lui, considérant que ce « n'était pas à lui de décider ». J'ai tenté de lui expliquer que je ne pouvais travailler qu'avec un enfant désireux de s'investir et que je me devais de respecter son souhait de ne pas vouloir venir. J'expliquais à l'équipe (où le point de vue de cette éducatrice ne semblait pas faire l'unanimité) que je n'envisageais en aucun cas de forcer Quentin à venir en séance et à le traîner physiquement afin qu'il m'obéisse. Cet incident a permis à cette équipe éducative de décider de préparer différemment la proposition de participer aux séances d'art-thérapie. Les autres refus de Quentin ont été respectés. Un jour,

j'ai tout de même du intervenir physiquement en le soulevant alors qu'il restait prostré le visage dans un paillason sale et poussiéreux. Dans un autre groupe, alors que je retrouve Ophélie et que j'apprends qu'elle est suspectée d'avoir agressé physiquement une autre enfant pendant la nuit, on me prévient que le chef de service doit venir s'entretenir avec elle. Puisque la situation semble très tendue, j'explique discrètement aux éducatrices que je ne souhaite pas être présente durant cet entretien, que ce soit pendant la séance d'art-thérapie ou en dehors. Une éducatrice me répond alors vivement et sans discrétion, « et bien pourquoi, tu la prends en charge toi aussi non ? ». Je confirme en effet la prise en charge mais rappelle que la gestion de cette situation sort de mes attributions.

##### **5) Le lieu des séances doit assurer la continuité du déroulement d'une séance sans connaître de gêne.**

Le chef de service m'a aidé à mettre en place une partie du cadre physique du cadre art-thérapeutique et a veillé à me trouver une salle isolée du reste des groupes pour effectuer des prises en charge individuelles. Il a très bien compris que les séances d'art-thérapie devaient se dérouler dans un cadre permettant de favoriser l'expression artistique. Il s'agissait d'être préservé de certains aspects essentiels : ne pas être exposé au bruit produit par les enfants durant leurs activités dans les différents groupes, ne pas être dérangé par des mouvements, des déplacements. Il a tout d'abord évoqué la possibilité d'occuper une salle d'activité, qui servait aussi de salle télévision alors que j'effectuais ma période d'observation. Cette proposition avait l'avantage de nous isoler un peu des groupes mais pas suffisamment. Par ailleurs cela occasionnait une gêne pour les équipes qui utilisaient fréquemment cette salle qui allait alors leur manquer. Puis, il a décidé de me proposer le bureau de l'orthophoniste durant son congé parental dans le pavillon annexe se trouvant en face de l'I.M.E., ce qui avait l'avantage de nous préserver du bruit, des bousculades et aussi de placer l'art-thérapie au sein du pavillon accueillant toute l'équipe paramédicale. J'ai assez rapidement du quitter ce bureau (car l'orthophoniste revenait de son congé) pour investir une salle au rez-de-chaussée. Cette pièce avait pour avantage de disposer d'un point d'eau pour le nettoyage du matériel et d'un plan de travail vertical me permettant de fixer des supports. Elle avait cependant l'inconvénient d'être utilisée comme point d'eau pour les enfants de l'école qui venaient s'y laver les mains et où se trouvait un des téléphones pour joindre les professionnels du pavillon. Il est donc arrivé à plusieurs reprises, même si cela était fait avec beaucoup de précaution et de retenue de la part des enfants et de l'institutrice, que l'enfant pris en charge et moi, soyons dérangés pendant une séance. Ces petits incidents rompaient alors le cadre intime et privilégié de l'atelier art-thérapeutique et parfois peut-être l'élan tendant vers l'expression artistique ou son amorce.

##### **6) Les prises en charge simultanées par différents paramédicaux sont parfois évitées au sein de l'I.M.E. pour que l'enfant puisse identifier clairement l'enjeu thérapeutique et s'investir.**

Comme il a été expliqué précédemment dans le mémoire, les indications thérapeutiques ont été faites en accord avec le médecin responsable pédopsychiatre et le reste des équipes (éducatives et paramédicales). Il est arrivé que je soumette des propositions de prises en charge concernant certains enfants qui me semblaient pénalisés à différents niveaux. Deux propositions ont été validées sur trois. Alors que je soumettais la possibilité de prendre en charge un enfant qui semblait être pénalisé et qui pouvait alors bénéficier de séances d'art-thérapie, la psychologue qui le suivait déjà en psychothérapie a refusé cette prise en charge. Elle m'a expliqué que, dans l'intérêt de l'enfant, et afin de ne pas multiplier les risques de confusion d'identification des différents types de prise en charge, elle n'était pas favorable à ce qu'il bénéficie de séances d'art-thérapie. Elle estimait qu'il était déjà difficile pour cet enfant de comprendre tout ce qui se jouait en psychothérapie et qu'une prise en charge supplémentaire risquait de favoriser son éparpillement et son manque d'implication et de les mettre conjointement en difficulté. Elle avait peut-être comme projet d'utiliser une médiation

artistique avec lui comme support psychothérapeutique et craignait donc qu'il ne discerne pas les deux prises en charge du fait de sa déficience mentale et de ses problèmes cognitifs. La confusion pouvait peut-être naître également du fait que la psychothérapie et l'art-thérapie avaient lieu dans le même lieu, le pavillon annexe.

### **7) L'orientation non psychologique de la formation universitaire dispensée par l'Ecole d'art-thérapie de Tours a suscité des interrogations de la part de la psychologue de l'I.M.E.**

Lors des premiers entretiens avec le médecin responsable pédopsychiatre et le chef de service, ceux-ci m'ont demandé si j'étais en mesure de comprendre ce que le handicap mental, les différentes pathologies psychiatriques, telles que l'autisme, la psychose, signifiaient et impliquaient et si cela m'effrayait. Je leur ai alors répondu que ces notions de psychopathologies avaient été abordées au cours de mon enseignement universitaire et aussi que mon expérience en tant que personnel administratif en contact direct avec des patients dans un hôpital psychiatrique de jour adulte depuis 7 ans, me permettaient d'en mesurer assez correctement la nature et les incidences et de savoir que je n'en avais pas peur. J'ai cependant rappelé en effet la spécificité de l'Ecole de Tours à orientation scientifique qui se différenciait notamment de l'enseignement de l'université Descartes de Paris à orientation plus psychologique. J'ai d'ailleurs expliqué qu'évoluant dans un milieu de prise en charge psychologique, j'avais sciemment eu envie de découvrir un autre modèle que celui dispensé près de chez moi à Paris en choisissant l'Ecole de Tours. Je leur expliquais ainsi qu'à mon sens, une prise en charge abordée sous un angle différent (bien que prenant tout de même en compte cet aspect) pouvait en quelque sorte dégager les enfants d'une vision psychologique à laquelle ils étaient sans doute très souvent soumis et que ma discipline pouvait ainsi être tout à fait singulière, intéressante, bénéfique et complémentaire à celles déjà en place. J'ai cependant expliqué qu'il me semblait absolument incontournable et impossible d'aborder la prise en charge d'une personne sans la considérer dans sa globalité, dans son indivisibilité, à savoir, avec son activité physique, mentale et psychique ; que je pensais que tous ces éléments fondamentaux étaient étroitement liés. Je reconnaissais donc mes limites en termes de connaissances puisque cela ne répondait plus à mon champ de compétence mais bien à celui du pédopsychiatre et de la psychologue. Le médecin responsable pédopsychiatre et le chef de service ont, je pense, jugé favorablement nos échanges à ce sujet et manifesté leur soutien jusqu'à la fin de mon stage. La psychologue avec laquelle j'ai échangé à plusieurs reprises durant mon stage (et qui n'avait pas assisté aux entretiens que je viens de décrire) m'a avoué assez rapidement être surprise, voire sceptique de la non-orientation psychologique de mon enseignement, étant convaincue qu'on ne pouvait pas aborder une prise en charge autrement. Elle était étonnée de la proportion d'heures dispensées à l'Ecole de Tours sur la psychopathologie. Je lui ai expliqué que je pouvais comprendre son point de vue mais qu'en cela nos disciplines étaient bien clairement différentes et complémentaires. J'ai ajouté que j'étais également très sensible à de la dimension psychologique et psychopathologique des enfants pris en charge mais que cela ne correspondait pas au fil conducteur de ma démarche thérapeutique. Je ne pense pas que cette explication lui ait fait changer de point de vue totalement mais nous avons par la suite poursuivi nos échanges concernant les enfants pris en charge.

### **8) La déficience intellectuelle peut limiter les objectifs thérapeutiques.**

La déficience intellectuelle résulte d'une situation de handicap. Or, la situation de handicap est un état définitif qui peut, au mieux être stabilisé, au pire parfois évoluer défavorablement. L'art-thérapeute qui élabore un protocole de prise en charge rend compte d'un état de base où il identifie des sites d'actions (des mécanismes défaillants). La stratégie qu'il élabore s'appuie sur les parties saines de l'enfant tout en considérant les limites physiques, mentales et cognitives qui seront parfois quasiment immuables tout au long de la prise en charge. Dans ce

cas, on peut imaginer que les objectifs, en fonction du degré de handicap de l'enfant, peuvent assez rapidement être limités du fait du peu de ressources sur lesquelles l'art-thérapeute peut s'appuyer pour faire évoluer favorablement l'enfant. Comme cela a souvent été évoqué durant notre enseignement par le responsable d'enseignement, Monsieur Richard Forestier, j'ai souvent visualisé mentalement « le petit dé à coudre » illustrant joliment les capacités mentales d'une personne en situation de handicap durant tout mon stage. En termes de stratégies et d'objectifs, je me questionnais d'une part sur ma faculté à trouver des moyens adaptés à des enfants aux facultés mentales plus ou moins limitées et d'autre part parfois sur leur propre capacité à évoluer. Comme cela nous a été enseigné et aussi car il s'agit d'une question morale qui me semble fondamentale, j'ai toujours agi dans l'intérêt des enfants en veillant à ce qu'ils perçoivent que je les encourageais avec sincérité et confiance en leur capacité à bien faire. Il fallait donc veiller à rester humble malgré toute la bienveillance et l'espoir que j'engageais dans la prise en charge et ne pas en demander trop, (en voulant trop bien faire), à ces enfants qui seront confrontés à leurs limites plus ou moins rapidement. Il faut donc souligner que bien que paraissant minimes, de petits objectifs atteints restent dans certaines situations de grands témoignages d'un appétit de vivre profond et donc au combien respectables et précieux.

**9) Les objectifs atteints ou à atteindre peuvent être remis en question par l'évolution de la pathologie. L'art-thérapie peut-elle alors prendre une dimension préventive en termes d'entretien des acquis et de prévention de situations d'échec à venir ?**

Chaque semaine, quand je retrouvais les enfants et jeunes adolescents pris en charge en art-thérapie, je constatais ce qui était acquis et qui pouvait être répété et ce qui n'avait pas été acquis. Les troubles caractériels, les troubles du comportement, les problèmes mnésiques, les troubles de l'attention, les limites mentales, l'activité épileptique étaient autant d'éléments pouvant mettre en danger la pérennité de tout ou partie de ce qui avait été expérimenté et acquis lors des séances précédentes. Il fallait donc reprendre, rappeler ce qu'il ou elle avait déjà été capable de faire. Ce constat de grande fragilité et d'instabilité m'a poussé à me questionner sur une dimension préventive que pourrait revêtir l'art-thérapie, à savoir, d'une part permettre d'entretenir et de maintenir les acquisitions, et d'autre part, prévenir des situations d'échec auxquelles les enfants sont presque inévitablement confrontés dans de très nombreux actes de la vie courante du fait de leurs pénalités (déficience mentale et épilepsie pharmaco-résistante provoquant une perte de confiance en soi, d'estime de soi, voire de saveur existentielle). On pourrait peut-être imaginer alors une prise en charge sur une période plus longue qu'une prise en charge habituelle (tenant compte de la lenteur idéomotrice spécifique à ce public et comme le font certains paramédicaux pendant plusieurs années puisque les enfants restent souvent longtemps au sein de la structure) et aussi de façon très ponctuelle (comme le font également certains paramédicaux, orthophoniste, psychologue, psychomotricienne, en établissant des bilans à partir de tests) afin d'évaluer l'état de l'enfant et son évolution favorable ou défavorable durant son séjour dans la structure. L'art-thérapie pourrait-elle intervenir, en prévention, dans ce contexte bien spécifique, avant que l'enfant ne soit en situation d'échec et préserver ainsi une bonne qualité de vie basée sur des acquis entretenus ?

**10) Les enfants ne sont pas tous en mesure de tendre vers « l'esthétique qui est un effort de cohérence et d'orientation de l'activité humaine ». Il faut en tirer certaines conclusions.**

La déficience mentale liée au handicap mental et la maladie épileptique limitent le champ d'action de l'art-thérapie dans une certaine mesure. En effet, du fait des limites mentales dont les enfants souffrent, certaines notions très élaborées et abstraites ne peuvent être appréhendées par l'enfant atteint de handicap mental. Comme il a été expliqué l'activité artistique tend notamment vers un idéal esthétique. Or, comme l'explique Richard Forestier,

« l'esthétique est un effort de cohérence et d'orientation de l'activité humaine ». Cet effort de cohérence et d'orientation peut s'avérer difficilement réalisable par des enfants atteints de handicap mental et dont le corps échappe parfois à leur contrôle. Cette dimension de l'activité artistique qui nécessite des facultés mentales relativement importantes peut donc être réduite en fonction de l'efficacité intellectuelle des enfants même si la tension vers l'esthétique dans l'activité artistique reste toujours présente. Cependant la notion de plaisir, par les gratifications sensorielles et émotionnelles, reste tout aussi accessible et opérante dans l'activité artistique et dans la prise en charge art-thérapeutique.

**11) L'art-thérapeute, de façon tout à fait subjective et intime, peut se sentir impuissant et donc incapable de faire face à certaines pathologies qui le renvoient à ses propres limites.**

Dès ma période d'observation, j'ai été profondément et durablement marquée lors de l'observation de certains enfants ou jeunes adolescents tout particulièrement. Certains passaient leur journée prostrés au sol, inactifs, somnolents, me semblant totalement objets de leur propre vie. D'autres, cherchaient systématiquement à s'automutiler, à se frapper toute les parties de la face malgré le port d'un casque de protection contre toute surface pouvant provoquer un choc et un ressenti corporel, à se brûler, à agresser les autres. Certains enfants (dans des formes particulières d'autisme) semblaient difficilement capables de s'extraire d'écholalies (répétitions de phrases ou de sons) et de stéréotypies (répétitions de gestes) qui les accompagnaient tout au long de la journée. Ces enfants m'ont placée en toute sincérité face à mes propres limites subjectives et intimes tant leurs pathologies et handicaps me semblaient lourds et me troublaient. J'éprouvais de la peur, de la peine, un grand sentiment d'impuissance. Dans l'éventualité d'une prise en charge, j'aurais eu, je pense à ce moment là, beaucoup de difficulté à croire sincèrement en la possibilité d'une évolution favorable de leur état, ce qui n'aurait pas été leur rendre service, bien au contraire. Je pense que grâce à Mathieu, adolescent souffrant d'autisme, pris en charge en art-thérapie, et aux moments partagés avec tous ces enfants, je serai aujourd'hui bien plus à même d'accepter plus sereinement leur prise en charge avec toute l'humilité qu'il se doit.

**3) Conclusion de la discussion : tableau comparatif**

<b>Oui, le cadre institutionnel d'un I.M.E. peut intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge.</b>	<b>Non, le cadre institutionnel d'un I.M.E. ne peut pas intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge.</b>
Certains professionnels y sont de plus en plus sensibles et sont intéressés par la spécificité du modèle de l'Ecole de Tours.	Il est encore difficile d'établir un statut professionnel clair au niveau administratif, juridique et donc aussi institutionnel. Certains professionnels au sein de l'I.M.E. (éducateurs) méconnaissaient totalement l'existence de l'art-thérapie.
Le souci permanent d'une prise en charge respectueuse de l'être humain est commun à l'institution et aux professionnels de l'I.M.E., et au code de déontologie de la profession d'art-thérapeute selon le modèle de Tours.	L'art-thérapie est même plus ou moins crédible au vue de certains qui ne respectent pas le secret médical qui fait partie du cadre art-thérapeutique.
Le chef de service, la directrice et le médecin responsable pédopsychiatre ont soutenu la discipline durant tout le stage et se sont montrés intéressés.	

La discipline art-thérapeutique a pu bénéficier, en période de stage, d'un budget spécifique qui a pu être réapprovisionné si nécessaire. Le chef de service a également pris soin de trouver un local adapté.	Par manque de moyen, le lieu des séances d'art-thérapie n'était pas toujours garant d'intimité.
L'investissement de l'art-thérapeute, son adaptation au fonctionnement institutionnel, son autonomie et le souci de travailler en collaboration avec les équipes, a permis à l'art-thérapie de trouver une place que certains professionnels croyaient acquise définitivement au sein de l'I.M.E.	
L'art-thérapeute va utiliser des outils spécifiques à sa discipline pour réaliser ses prises en charge. Il possède à la fois des connaissances théoriques universitaires, (son orientation est scientifique et objective) et il est par ailleurs artiste. Aucune autre profession n'utilise l'esthétique dans un processus thérapeutique comme le fait l'art-thérapie.	On a tendance à attendre de l'art-thérapeute qu'il sorte de son champ de compétence pour agir sur un mode éducatif.
L'activité artistique en art-thérapie n'est ni occupationnelle (comme pour les éducateurs), ni un moyen d'évaluation ou une médiation (comme pour la psychologue ou autre paramédical). Elle tend vers un idéal esthétique.	Les capacités limitées des enfants peuvent réduire les possibilités qu'offre l'art-thérapie à cause d'un processus trop complexe pour eux tendant vers l'esthétique.
L'art-thérapie selon le modèle de Tours se distingue des autres formations en art-thérapie et de toutes les autres professions déjà présentes au sein de l'institution.	Des prises en charge simultanées par le personnel paramédical ne sont pas recommandées.
L'art-thérapeute peut lui aussi recueillir et transmettre des informations utiles pour les autres professionnels de l'I.M.E.	
L'art-thérapie travaille avec la partie saine des enfants.	Des capacités mentales réduites impliquent parfois des objectifs art-thérapeutiques limités.
L'art-thérapeute sait adapter sa stratégie au profit de l'enfant et propose la technique artistique la mieux adaptée à une bonne évolution de l'enfant.	L'art-thérapeute peut se sentir incapable de réaliser une prise en charge pour des raisons subjectives et intimes auprès d'enfants dont les pathologies le troublent profondément.
L'art-thérapie propose un mode d'expression qui peut être non verbal et permettre alors aux enfants de s'exprimer d'une façon privilégiée.	La psychologue s'interroge sur la non-orientation psychologique de la formation selon le modèle de Tours.
La répétition des gestes, liée au plaisir sensoriel et esthétique va permettre au fur et à mesure à l'enfant de consolider ou de faire émerger les représentations mentales et symbolisations. Les productions en arts plastiques auront par ailleurs la spécificité de pouvoir durer dans le temps et de solliciter à nouveau tous les mécanismes	L'art-thérapie peut-elle être aussi préventive ?

induits dans l'activité artistique.	
Les prises en charge individuelles en art-thérapie sont des moments privilégiés où les enfants peuvent s'exprimer dans un cadre sécurisé, intime, calme et qui leur est adressé personnellement.	J'ai dû me résoudre à adopter certaines habitudes institutionnelles et à recueillir ou à donner des informations au plus vite et au mieux dans des conditions peu favorables au maintien du secret médical et de la confiance engagée.
Proposer des séances en groupe pourrait permettre de favoriser les échanges et les stimulations entre eux, de tempérer les oppositions et de les unir autour d'un projet artistique partagé ou non, et d'affirmer leur personnalité dans la confiance et dans le respect de soi-même et d'autrui.	
Les résultats bénéfiques obtenus durant une période de stage laissent entrevoir les possibilités si un poste était créé.	
La personne pénalisée retrouve toute sa qualité d'être humain à part entière dans son intégrité quand le public découvre ses productions artistiques et apprend à la considérer autrement.	

## Conclusion générale

L'épilepsie pharmaco-résistante est une maladie difficile sous bien des aspects. Elle est imprévisible et même les traitements médicamenteux, qui comportent de lourds effets secondaires, ne parviennent pas à la maîtriser totalement. Le handicap mental quant à lui, reste un état déficitaire à vie. L'enfant ou le jeune adolescent peut rapidement passer de l'état de sujet à l'état d'objet et ne plus savoir comment faire face à toutes les pénalités que la maladie et le handicap peuvent engendrer.

Cette expérience d'art-thérapie permet de vérifier que la pratique de l'activité artistique par la pratique des arts plastiques en séances d'art-thérapie peut contribuer à restaurer des valeurs fondamentales, dégradées par de nombreuses pénalités, sur lesquelles reposent la qualité de vie et la saveur existentielle : l'image de soi, la confiance en soi et l'estime de soi.

Les enfants et jeunes adolescents pris en charge ont pu de façon plus ou moins prononcée :

- Éprouver du plaisir sensoriel, du plaisir émotionnel, du plaisir esthétique,
- Se rendre compte, non sans fierté ou satisfaction, qu'ils sont capables de produire de belles œuvres artistiques qu'ils vont pouvoir conserver comme des traces de tout leur potentiel artistique exploité et encore riche de nouvelles découvertes,
- Vivre des moments privilégiés d'autonomie, dans un cadre sécurisant et adapté à l'émergence d'une expression artistique,
- Disposer d'un moyen privilégié d'expression non-verbale favorisant la stimulation de représentations mentales et l'accès à la symbolisation et à l'imaginaire qui ont tendance à être limités par la déficience mentale,
- Contrôler leur corps de façon volontaire et orientée dans une tension vers l'esthétique,
- Affirmer leurs goûts, leurs styles, leurs choix et affirmer ainsi leur personnalité qui joue un rôle primordial dans la gestion de toutes leurs pénalités.

Les résultats obtenus le temps d'un stage de 140 heures laissent entrevoir les possibilités si un poste était créé. Il est d'ailleurs évident que le travail de l'art-thérapeute ne peut être appréhendé et approfondi de la même façon en situation de stage où la projection et les moyens sont beaucoup plus limités qu'en situation de poste intégré dans la prise en charge pluridisciplinaire des enfants et jeunes adolescents. Cette remarque ainsi que l'observation de la pratique des autres professions paramédicales m'ont d'ailleurs poussée à me questionner sur la dimension préventive que pourrait peut-être revêtir la profession d'art-thérapeute en veillant à préserver les acquis et la qualité de vie à un niveau suffisamment correct, sans pour autant verser dans l'animation d'atelier d'art puisque l'objectif resterait sanitaire et humanitaire.

Cette expérience révèle aussi le caractère tout à fait spécifique de cette discipline qui travaille à partir d'une tension toute particulière : le plaisir esthétique. La place de l'art-thérapeute reste donc tout à fait singulière au sein de l'équipe de soin puisque sa pratique suscite l'émotion, le plaisir esthétique, sensoriel et émotionnel, l'expression et la communication. Par sa combinaison de connaissances objectives et scientifiques et d'un savoir-faire pratique et technique acquis au cours de sa pratique artistique personnelle régulière puisqu'il est artiste, l'art-thérapeute propose une approche tout à fait singulière et complémentaire des professionnels déjà présents.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Maladie épileptique et handicap mental :**

BARAT C., BARTSCHI M., BATTISTELLI F., BAUDRY C., CALVET F., MAUSSION E., MAZEAU M., MAZEROLLES M., SVENDSEN F., *L'enfant déficient mental polyhandicapé, quelle réalité, quels projets*, Editions ESF, Paris, 1985

BERGERET J., *Psychologie pathologique*, Editions Masson, Paris, 1972, 1979

DIEBOLD Gilbert, *L'épilepsie, une maladie refuge*, Editions Calmann-Lévy, France, 1999

GALLAND Antoine, GAILLAND Janine, *L'enfant handicapé mental*, Editions Nathan, Paris, 1993

HAMONET Claude, *Les personnes handicapées*, Editions Que sais-je ? Presses Universitaires de France, 2009

HANUS Michel, LOUIS Olivier, *Psychiatrie de l'étudiant*, Editions Maloine, Paris, 2007

LABOVICI Serge, DIATKINE René, SOULE Michel, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Editions Presses Universitaire de France, Tome 2, Paris, 1985

LIBERMAN ROMAIN, *Handicap et maladie mentale*, Editions Que sais-je ? Presses Universitaires de France, 2009

PERON Roger, *Les enfants inadaptés*, Editions Que sais-je ? Presses Universitaires de France, 1972

PIAGET Jean, *La représentation du monde chez l'enfant*, Editions Presses Universitaires de France, Paris, 1947

### **Art et Art-thérapie :**

Collectif sous la direction de FORESTIER Richard, *L'évaluation en art-thérapie*, Editions Elsevier Masson, Saran, 2007

FORESTIER Richard, *Regard sur l'Art*, Editions See you soon, France, 2005

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Editions Favre, Lausanne, 1999-2007

FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, Lausanne, 2007

KLEIN Jean-Pierre, *L'art-thérapie*, Editions Que sais-je ? Presses Universitaires de France, Paris, 2001

### **Mémoires consultés :**

GIRARD Chloé, *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques au sein d'un centre hospitalier général en secteur psychiatrie adulte.*

LOSCHI Ilaria, *Une expérience d'art-thérapie à dominante danse auprès d'enfants atteints de déficience intellectuelle accueillis dans un institut médico-pédagogique.*

MALLET Annie, *Atelier d'art-thérapie à dominante arts visuels auprès de personnes âgées dépendantes.*

NATOLI Louise, *Une expérience en art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'enfants et d'adolescents épileptiques.*

### **Dictionnaires consultés :**

BAUMGARTNER Emmanuèle, MENARD Philippe, *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*, Editions le livre de poche, 1996

*Dictionnaire Hachette*, 1992.

*Dictionnaire Vidal.*

KERNBAUM Serge, HAMBURGER Jean, *Dictionnaire de médecine*, Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2001.

ZRIBI Gérard, POUPEE-FONTAINE Dominique, *Dictionnaire du handicap*, Editions Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004.

### **Sites internet consultés :**

Association Epilepsie France : <http://www.epilepsie-france.com/>

Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie : <http://www.fondation-epilepsie.fr/>

Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/>

Recherche sur l'épilepsie au Canada : <http://www.epilepsy.ca/>

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
UFR DE MEDECINE - TOURS

&

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

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

Titre

**Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques au sein d'un Institut Médico  
Educatif accueillant des enfants et jeunes adolescents souffrant d'épilepsie pharmaco-  
résistante et atteints de handicap mental.**

Résumé :

Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques au sein d'un institut médico éducatif accueillant des enfants et jeunes adolescents souffrant d'épilepsie pharmaco-résistante et atteints de handicap mental.

Dans un premier temps, nous présenterons cette pathologie neurologique chronique du cerveau et nous présenterons également l'état de handicap mental ainsi que les diverses pénalités dont les enfants seront susceptibles de souffrir au niveau physique, mental, social, psychique et affectif. Nous expliquerons ensuite que, par nature, l'Homme va naturellement aller vers l'Art et que la discipline art-thérapeutique selon le modèle universitaire de Tours va proposer une méthode et des outils évaluatifs spécifiques pour prendre en charge les enfants pénalisés par le biais de la pratique des arts plastiques et parfois la pratique du chant, stratégies qui seront justifiées.

Dans un second temps, nous présenterons la prise en charge de trois enfants et jeunes adolescents au travers de trois études de cas et établirons le bilan de leur évolution.

Enfin, nous nous interrogerons sur la possibilité dont peut disposer le cadre institutionnel d'un institut médico éducatif pour intégrer l'art-thérapie dans son projet de prise en charge afin que les enfants et jeunes adolescents pénalisés puissent profiter de ses spécificités et de son utilité.

**Mots clefs :** Epilepsie pharmaco-résistante, handicap mental, Institut Médico Educatif, art-thérapie, arts plastiques

This report tells an experience of art-therapy with dominant plastic arts within a medical educational institute welcoming children and young teenagers suffering from drug-resistant epilepsy and affected by mental handicap.

At first, we shall present this neurological chronic pathology of the brain and we shall also present the state of mental handicap as well as the diverse penalties from which they will may suffer at the physical, mental, social, psychic and emotional level. We shall explain then that, by nature, the Man is naturally going to go towards the Art and that the discipline art-therapeutic according to the university model of Tours is going to propose a method and specific evaluative tools to take care of the children penalized by means of the practice of the plastic arts and sometimes of the practice of the singing, the strategies which will be justified. Secondly, we shall present the coverage of three children and young teenagers through three case studies and shall establish the assessment of their evolution.

Finally, we shall wonder about the possibility which the institutional frame of a medical educational institute can have to integrate the art-therapy into its project of care so that the children and the young penalized teenagers can take advantage of her specificities and her utility.

**Keywords :** drug-resistant Epilepsy, mental handicap, Medico Educatif institute, art-therapy, plastic arts

**CORDEIRO Isabelle - 2011**