

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPERIENCE D'ART THERAPIE A DOMINANTE
PEINTURE AUPRES DE JEUNES DEFICIENTS MENTAUX
ET POLYHANDICAPES**

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

Présenté par Harmonie MENAGER

Année 2011

Sous la direction de
Morinière Bernard
Médecin généraliste

IME les "Grouëts"
33, rue de l'Amiral Querville
41000 Blois

Remerciements

Un grand merci à tous les jeunes rencontrés pendant mon stage.
Un remerciement tout particulier à mon directeur de mémoire, Bernard MORINIERE ainsi que toutes les personnes qui m'entourent pour leur écoute et leurs conseils avisés.

Je souhaite également remercier l'ensemble des professionnels de l'IME "les Grouëts" qui m'ont aidé à mettre en place des séances d'art-thérapie adaptées, et plus particulièrement Annette FAIVRE, infirmière, qui m'a épaulée tout au long de mon stage, Mme MOREAU, chef de service et Mr HAMILLE, directeur de l'établissement.

Ainsi que les personnes de la formation de Tours pour leur confiance et leur compréhension.

Sommaire

Remerciements	p.1
Glossaire	p. 5
Introduction	p. 6
I. Choisir la peinture comme outil thérapeutique permet de venir en aide aux jeunes déficients mentaux et polyhandicapés.	p. 7
1. <u>Le handicap est défini comme une limitation des interactions entre l'individu et son environnement.</u>	p.7
a. Le développement de l'enfance à l'adolescence est un cheminement complexe.	p. 7
b. La déficience mentale altère la construction de l'enfant dans son cheminement vers l'âge adulte.	p. 9
c. Le polyhandicap est un handicap à expressions multiples.	p. 11
2. <u>L'accompagnement éducatif et thérapeutique de l'enfant handicapé est un travail quotidien.</u>	p. 12
a. Les actions thérapeutiques et éducatives sont essentielles dans un espace d'accueil pour personnes handicapées.	p. 12
b. Les équipes mettent en place des objectifs d'accompagnement au quotidien.	p. 12
• Développer des expériences sensorielles • Permettre l'émergence d'une identité. • Favoriser la socialisation.	
3. <u>L'art est un outil privilégié de soin thérapeutique.</u>	p. 14
a. L'art est une expression de l'être humain.	p. 14
b. L'art-thérapeute est d'abord un artiste	p. 15
c. L'artiste est un être humain créatif.	p. 17
d. L'art permet à l'être humain de s'exprimer et de développer une communication non verbale.	p. 17

4. <u>La peinture en atelier d'art-thérapie participe aux objectifs d'accompagnement de l'enfant handicapé.</u>	p. 18
a. Peindre, c'est une expérience sensorielle.	p. 18
b. La peinture permet d'enrichir la construction de soi.	p. 18
c. La peinture permet une ouverture sur le monde	p. 19

II. Mon stage en IME m'a permis d'exploiter mes connaissances théoriques au service de personnes en situation de handicap. p. 20

1. <u>L'IME est un centre d'accueil d'enfants en situation de handicap.</u>	p. 20
a. L'IME comporte quatre sections : SEES, SIPFP, SETA, Poly.	p. 20
b. Une équipe pluridisciplinaire intervient auprès des jeunes.	p. 21
c. L'art-thérapeute offre une complémentarité aux actions de l'équipe pluridisciplinaire.	p. 22
d. Une semaine d'observation et d'organisation s'est déroulée avant de commencer les séances d'art-thérapie.	p. 22
2. <u>La stratégie thérapeutique est garante d'une prise en charge adaptée.</u>	p. 23
a. L'art-thérapeute possède des outils d'évaluation et d'observation.	p. 24
b. La mise en place d'un atelier adapté est nécessaire afin de favoriser et développer le potentiel créatif de chacun.	p.25
c. Les enfants sont indiqués par les équipes para-médicales et éducatives.	p. 25
d. Un matériel adapté a été mis à disposition.	p. 26
e. Un objectif art-thérapeutique de prise en charge est établi.	p. 26
f. Une stratégie thérapeutique basée sur l'opération artistique est mise en place.	p. 26
g. La pertinence du choix des items est importante.	p. 27
3. <u>Quelques études de cas permettent de mieux évaluer l'enjeu de l'art-thérapie.</u>	p. 27
a. Louis est un enfant présentant des troubles du comportement.	p. 27
b. Ugo est un adolescent polyhandicapé.	p. 35

c. Basile est un jeune adulte qui n'a pas l'usage de la parole.	p. 41
4. <u>Ma pratique art-thérapeutique a été évaluée par l'équipe pluridisciplinaire.</u>	p. 48
III. Le cadre est un élément fondamental pour le patient et l'art-thérapeute.	p. 49
1. <u>Un cadre d'intervention est nécessaire.</u>	p. 49
a. Un espace sécurisant est indispensable.	p. 49
b. Une prise en charge régulière est nécessaire.	p. 50
c. L'art-thérapeute doit être disponible pour le patient.	p. 50
d. L'atelier d'art-thérapie doit être un lieu où on se sent bien.	p. 52
e. Plusieurs règles sont importantes pour une bonne expressivité	p. 53
2. <u>L'art-thérapeute est soumis au secret médical et au code de déontologie.</u>	p. 54
Conclusion	p. 58
Bibliographie	p. 59
Annexe 1 : Tableau résumant le modèle d'Erikson.	p. 60
Annexe 2 : Présentation de l'établissement.	p. 61
Annexe 3 : Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.	p. 64
Annexe 4 : Code de déontologie des art-thérapeutes.	p. 67

Glossaire

L'Art :

Art : Acte volontaire dirigé vers l'esthétique.

art : Technique artistique.

Arts plastiques: Ensemble regroupant toutes les pratiques donnant une représentation artistique, esthétique ou poétique, au travers des formes et des volumes.

L'art-thérapie :

Anamnèse : Ensemble des renseignements que le médecin recueille en interrogeant un malade sur l'histoire de sa maladie.

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

Expression : Mise en forme extériorisée d'un état d'âme.

Faisceau d'items : Regroupement de plusieurs items.

Humanitaire : Ce qui concerne le bien de l'être humain.

Impression : Passage du monde extérieur vers le monde intérieur et qui implique la sensorialité.

Item: Plus petite unité observable.

Opération artistique : Ensemble organisé de l'activité artistique.

Pathologie : Étude scientifique, systématique des maladies.

Potentiel artistique : Pouvoir de l'art.

Stratégie : Organisation adaptée à une fin.

Thérapeutique : Processus de soin.

Le Handicap mental et le polyhandicap :

ADAPEI : L'Association Départementale d'Amis et Parents d'Enfants Inadaptés est une association française à but non lucratif organisée en délégations départementales. Elle est consacrée à l'aide aux personnes souffrant de déficience intellectuelle, facilitant leurs possibilités d'éducation et d'insertion sociale et professionnelle.

Handicap : Toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement.

Makaton : Système de communication qui utilise à la fois un vocabulaire gestuel ainsi que des symboles graphiques.

Polyhandicap : Handicap à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie.

L'Institut Médico-Educatif :

Poly : Section qui accueille des enfants et adolescents polyhandicapés.

SEES : Service d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé.

SETA : Section Éducative et Thérapeutique pour Adolescents.

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle.

Introduction

Au travers de ma propre pratique artistique, j'ai pu comprendre que peindre était une forme d'expression à part entière. Peindre, c'est un moment de création libérateur du corps et de l'esprit. C'est une danse du pinceau sur le support, c'est un choix de couleurs adapté, c'est laisser libre cours à son imagination, c'est transcrire une réalité, sa propre réalité. Une fois que l'on a perçu tout cela, comment ne pas avoir envie de le partager, de le témoigner, de le faire vivre à d'autres personnes, et d'autant plus à des personnes qui sont dans un besoin d'expression. Ainsi, j'ai souhaité en apprendre davantage sur l'utilisation d'une pratique artistique pour améliorer, voire restaurer la qualité de vie de personnes ayant besoin de ce type d'intervention. Je me suis intéressée à l'enseignement dispensé par l'école d'art-thérapie de Tours, et j'ai souhaité réaliser mon stage pratique de deuxième année au sein d'un Institut Médico-Educatif. Pouvoir mettre en place des ateliers d'art-thérapie auprès d'enfants déficients physiques et/ou mentaux était très motivant. Ces enfants ont un accompagnement éducatif et para-médical au quotidien, mais aucun art-thérapeute intervenait au moment de mon stage. Ainsi, j'ai souhaité leur offrir ma disponibilité et faire un bout de chemin avec eux dans la création et en tirer un enseignement pour ma future pratique.

Ce mémoire de fin d'étude est l'aboutissement de deux ans de formation en art-thérapie, et le début d'un long chemin d'expression et de création artistique.

Nous allons tout d'abord voir en quoi le choix de la peinture comme outil thérapeutique est pertinent pour venir en aide aux jeunes déficients mentaux et polyhandicapés. Puis, nous aborderons le déroulement de mon stage, de l'observation à l'évaluation en passant par la mise en place des séances. Enfin, j'ai souhaité appuyer la dernière partie de mon mémoire sur un point qui me semble primordial pour une qualité de séance et qui a peut-être fait défaut durant mon stage : le cadre. En effet, l'art-thérapeute évolue au sein d'un environnement qui se doit d'être rigoureux. Il est d'abord garant du cadre sécurisant permettant au patient de cheminer en toute quiétude. Avant de conclure, je rappellerais que la pratique même de l'art-thérapeute est régie par un cadre professionnel, celui de la déontologie.

I. Choisir la peinture comme outil thérapeutique permet de venir en aide aux jeunes déficients mentaux et polyhandicapés.

1. Le handicap est défini comme une limitation des interactions entre l'individu et son environnement.

a. Le développement de l'enfance à l'adolescence est un cheminement complexe.

Comprendre les différentes phases qui constituent le développement cognitif et moteur de l'enfant me paraît important. Nous allons distinguer quatre cycles :

- de la naissance à trois ans ;
- de trois ans à six/sept ans ;
- de six/sept ans à onze/douze ans ;
- de douze ans à seize ans.

De la naissance à trois ans, l'enfant se trouve dans une intelligence motrice et sensorielle. C'est une intelligence qui n'utilise pas encore la pensée, la représentation, le langage, le concept. L'enfant est principalement dans la pratique, dans l'expérimentation physique des choses et de l'environnement qui l'entourent. L'enfant « *fait intervenir la perception, les attitudes (le tonus) et les mouvements, sans évocation symbolique (faute de langage)* »¹. L'enfant va commencer à coordonner ses actes dans un but. Il est dans une recherche de sensorialité, ce qui peut se voir lorsqu'il met un objet à la bouche, afin d'essayer de lui trouver une fonction, de le comprendre et de l'appivoiser.

*« Jusqu'à trois ans, l'enfant découvre l'autre comme il découvre son propre corps et l'ensemble de son environnement : ses pairs sont des stimulus qui lui permettent d'exercer sa motricité, son intelligence, son langage et de commencer à s'affirmer en tant que personne. »*²

De trois ans à six ou sept ans, l'enfant est, selon Piaget³, dans un stade pré-opératoire. L'enfant commence à apprendre à se repérer dans l'espace et dans le temps. Il débute aussi un apprentissage de la parole. L'enfant oriente spontanément ses activités vers le jeu. L'enfant à cet âge a besoin de bouger et n'aime pas l'immobilité forcée. Les mouvements sont de plus en plus coordonnés.

*« La période de trois à six ans illustre bien les interactions existant entre le développement intellectuel, affectif et social : la sociabilité s'explique en grande partie par l'égoïsme et le jugement moral est influencé à cet âge par le réalisme, l'animisme, l'artificialisme et l'omnipotence que l'enfant accorde encore à l'adulte. »*⁴

Rappelons que Piaget explique que l'enfant animiste considère que tout ce qui l'entoure est vivant, que les objets ont une âme.

1 Bernard Golse, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, p.180

2 Deldime Roger, Vermeulen Sonia, *Le développement psychologique de l'enfant*, p. 65

3 Jean Piaget est un psychologue suisse connu pour ses travaux en psychologie du développement.

4 Deldime Roger, Vermeulen Sonia, *Le développement psychologique de l'enfant*, p. 116

Par exemple, si l'enfant se cogne dans une chaise, il va la disputer. Il ajoute que l'artificialisme est le fait que tout soit créé par l'être humain. Par exemple, c'est l'être humain qui a créé les montagnes.

De six à douze ans, l'enfant entre dans la vie scolaire, il apprend à vivre en groupe. A cet âge, la coordination des mouvements se précise, le goût pour la force et les jeux violents s'accroît. La rapidité, la précision et l'endurance se développent.

Le développement affectif de l'enfant dans cette période est complexe et changeant :

A six ans, l'enfant est hésitant et indécis, il peut difficilement choisir et peut passer très rapidement de la colère à la gentillesse.

A sept ans, l'enfant est plus introverti, il entre dans un stade de rêve et apprend l'auto-critique.

A huit ans, l'enfant se socialise et est plus extraverti.

A neuf ans, l'enfant se dirige plus facilement vers les personnes du même sexe. L'enfant commence à se repérer dans un groupe de son âge et se détache doucement de sa famille.

A dix ans, l'enfant accorde de l'importance à sa personne, à ses vêtements, à son look et a le sens de la solidarité envers ses amis.

A onze ans, l'enfant est dans un stade d'éveil à l'adolescence. L'enfant change, ce qui peut entraîner des conflits avec ses parents.

« Diminution de l'égoïsme, évolution de la coopération, développement de l'intelligence et élaboration de la personnalité vont de concert.

6-12 ans : c'est l'âge social par excellence, tant dans la rue (bande) qu'à l'école où les travaux en équipes deviennent possibles. La pratique de l'autogestion et du conseil de classe permise par l'apparition de la morale autonome contribuera aussi à affermir cette dernière. »⁵

De douze à seize ans, l'enfant entre dans l'adolescence. On peut considérer l'adolescence comme un stade intermédiaire qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. C'est le moment où l'enfant trouve sa propre identité. Ce stade est l'âge des idéaux et des projets d'avenir. Pour l'enfant, il est possible de réfléchir avant d'expérimenter. L'adolescent passe également par des transformations physiques à cause des modifications hormonales. Ces changements modifient l'image que l'adolescent a de son corps et peut générer des difficultés sociales. Le corps qui se dessine est celui que l'enfant aura à l'âge adulte. Son adaptation peut être difficile.

Ainsi, l'évolution de la personne du stade de nourrisson à l'âge adulte est complexe et longue. Nous avons vu ici les grandes étapes de la construction de l'enfant, d'un point de vue cognitif, moteur et social.

Il me paraît également intéressant de présenter la construction psycho-affective de l'enfant selon la théorie psychanalytique⁶ :

⁵ Deldime Roger, Vermeulen Sonia, *Le développement psychologique de l'enfant*, p.176

⁶ cf. Annexe 1

De zéro à douze mois, l'enfant est dans un stade oral : tout se passe par la bouche (boire, manger).

De deux à trois ans, l'enfant est en stade anal : l'enfant va prendre conscience de son corps.

De trois à six ans, l'enfant se situe en stade phallique : l'enfant découvre la masturbation, c'est le moment des théories sexuelles « *D'où viennent les bébés ?* ».

De six/sept ans à onze ans, stade de latence : l'enfant développe sa socialisation.

A partir de douze/treize ans, stade génital : l'enfant est en quête de l'autre, développement de la puberté.

Tous ces stades constituent l'évolution normale de l'enfant vers l'âge adulte. Mais dans notre société, chacun évolue à son rythme et cette évolution peut rencontrer une altération au niveau psychique ou physique qui va chambouler ce cheminement.

b. La déficience altère la construction de l'enfant dans son cheminement vers l'âge adulte.

Au regard de la loi, les personnes présentant une déficience sont reconnues comme personne handicapées.

Le mot "handicap" vient de l'expression anglaise "hand in cap" qui signifie "main dans le chapeau". Les personnes s'échangeaient des objets. Celui qui recevait l'objet de valeur supérieur devait mettre une somme d'argent dans le chapeau pour établir l'équité. L'expression s'est transformé pour constituer le mot "handicap" et s'est ensuite appliqué au domaine sportif (notamment pour les courses de chevaux). En hippisme, le handicap était la volonté de donner autant de chances à tous les concurrents en affligeant des difficultés supplémentaires aux meilleures.

L'article 114 de la loi du 11 février 2005 définit le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

A partir de cette définition, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi une classification internationale des handicaps et relève trois dimensions qui constituent le handicap : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Nous allons tenter de les définir.

" Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique." ⁷

La déficience ne concerne qu'une partie de l'individu et permet de cibler à quel niveau se trouve la pénalité.

Elle est soit d'ordre génétique, liées à l'accouchement ou soit une maladie contractée par l'enfant.

⁷ Définition de l'OMS.

La déficience altère la socialisation du jeune, même si aujourd'hui l'intégration scolaire est une priorité. Cette scolarisation, notamment, devient très compliquée car elle ne permet pas à des jeunes présentant un handicap de suivre le rythme imposé.

Autrefois, on associait la déficience mentale (que l'on appelait "fous" ou "aliénés") à différentes causes, en fonction des cultures : possession du diable, bénédiction des dieux, sorcellerie, exposition de la lune, etc. Au Moyen-Age, on croyait que le fou était possédé du diable. Ainsi, certaines femmes atteintes d'aliénation mentale étaient brûlées considérées comme des sorcières. Au XIX^{ème} siècle, on pensait qu'un choc pourrait rendre la raison aux fous. On plongeait sans avertir l'aliéné dans un bain glacé ou encore on le ligotait sur une chaise qu'on faisait ensuite tourner très rapidement. Certaines personnes considérées comme folles étaient transportées sur un bateau au hasard de la navigation et abandonnées en terre étrangère. La plupart mourraient sans secours. Dans certaines civilisations, néanmoins, la folie était interprétée comme une manifestation divine et le fou était béni et bien traité. Les asiles de fous où les patients étaient ligotés et traités comme des animaux dangereux ont disparu par l'éclosion des idées révolutionnaires de liberté, d'égalité et de fraternité. La libération de ces personnes a également vu le jour grâce à une meilleure connaissance du fonctionnement du cerveau et la mise en pratique des méthodes thérapeutiques. L'intégration de la folie dans la médecine a vraiment commencé il y a deux siècles avec l'arrivée de Philippe Pinel⁸, directeur de l'hospice Bicêtre à Paris.

*" Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. "*⁹

L'incapacité perturbe l'individu pour accomplir une activité. Cette incapacité entraîne un désavantage.

*" Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. "*¹⁰

Le désavantage est la résultante du handicap. La personne est désavantagée dans sa vie en société et dans son insertion sociale.

La déficience, l'incapacité et le désavantage sont les éléments qui constituent le handicap. Cependant toutes les déficiences n'entraînent pas systématiquement une incapacité et un désavantage.

On parle en effet ici de handicap et non de maladie. Le handicap est défini comme une conséquence socio-professionnelle d'une incapacité, alors que la maladie est une altération de l'état de santé, se manifestant en règle général par des symptômes et des signes. La maladie se soigne, on peut guérir d'une maladie, mais on ne guérit pas d'un handicap. On peut tenter de le compenser par des aides diverses.

8 Philippe Pinel (1745-1826) est un médecin aliéniste et philosophe français. Il a été le libérateur des aliénés mentaux dans les asiles de la Révolution française.

9 Définition de l'OMS.

10 Définition de l'OMS.

c. Le polyhandicap est un handicap à expressions multiples.

Une personne atteinte de polyhandicap, comme son nom l'indique, est une personne qui présente un handicap mental, physique et sensoriel. Le polyhandicap n'est pas une maladie : il s'agit de troubles cérébraux, de troubles du développement arrivés pendant la grossesse, à la naissance ou dans les premières années de vie. Beaucoup de ces troubles sont liés à une souffrance cérébrale au moment de l'accouchement. La personne polyhandicapée vit dans la dépendance de l'autre pour effectuer les gestes ou les actes de la vie quotidienne.

D'un point de vue historique, le terme « polyhandicap » est utilisé pour la première fois dans un écrit du docteur Zucman¹¹, en 1969. Avant, on qualifiait ces personnes comme « arriérées profondes ». Après plusieurs recherches sur ce sujet et donc diverses définitions, j'ai retenu la définition énoncée par G.Ponsot et P. Denormandie lors du Congrès national sur le polyhandicap de 2005:

« Enfants et adultes atteints de déficiences graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré et péri-natales, mais aussi acquises, ou liées à des affections progressives, maladies métaboliques et dégénératives, chez lesquels le retard mental, grave ou profond (QI inférieur à 50) est associé à d'autres troubles, des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation. »

La communication de la personne polyhandicapée est altérée par différents facteurs tels que :

- des troubles auditifs et visuels ;
- des troubles perceptifs ou gnosiques (les personnes entendent mais peuvent avoir des difficultés à identifier ce qu'ils ont entendu) ;
- des difficultés de décodage et d'évocation liées aux lésions neurologiques ;
- des difficultés de commande des organes phonatoires et respiratoires ;
- des difficultés motrices.

La personne polyhandicapée percevra des prises en charge médicales et paramédicales, non pas pour guérir, mais pour aller mieux. Ainsi, il est nécessaire de mettre à sa disposition des outils adaptés pour lui faciliter l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne tout en veillant à sa posture. Il est important qu'elle soit stimulée et aidée pour se construire tout en maintenant son identité. Au sein d'un groupe, le jeune peut rapidement être considéré non plus comme « Jérôme » mais comme « un poly ».

Après l'enfance, tout individu accède à l'adolescence. Ce stade est un moment compliqué de recherche d'identité, d'existence, de détachement, de sexualité etc. Ce passage à l'adolescence rajoute au handicap un chamboulement physique et psychique important à prendre en compte.

¹¹ Elisabeth Zucman est médecin et fait partie des pionniers qui ont su inventer une autre approche de la personne handicapée dans son environnement social et familial.

2. L'accompagnement éducatif et thérapeutique de l'enfant handicapé est un travail quotidien.

a. Les actions thérapeutiques et éducatives sont essentielles dans un espace d'accueil pour personnes handicapées.

Le thérapeutique relève du soin à la personne, au sens large du terme, alors que l'éducatif relève de son intégration dans le monde qui l'environne. Le terme « thérapeutique » signifie « service », se mettre à la disposition d'une personne, alors que « éduquer » signifie « conduire au dehors » et entraîne une progression. La démarche thérapeutique est plutôt orientée vers la restauration du « dedans » de la personne gravement handicapée, alors que la démarche éducative vise à emmener la personne vers une évolution de ses relations avec le « dehors ». Malgré tout, ces deux compétences travaillent sur le bien-être de la personne.

Le thérapeute cherche à améliorer voire restaurer la qualité de vie de la personne, l'éducateur vise davantage à développer ses capacités à comprendre et connaître le monde qui l'entoure.

Le soin thérapeutique et éducatif est au centre de la vie quotidienne des personnes accueillies au sein d'un établissement d'accueil pour personnes handicapées.

Ces deux approches sont complémentaires pour une prise en charge efficace des personnes handicapées.

b. Les équipes mettent en place des objectifs d'accompagnement au quotidien.

- Développer les expériences sensorielles.

C'est au travers des perceptions sensorielles que le rapport à la réalité se fait. Pour les personnes ayant un handicap lourd d'un point de vue psychique, le rapport avec le monde extérieur et la communication avec celui-ci sont altérés. Déficience de la vue, de l'odorat, de l'ouïe et du toucher, sont autant de facteurs qui leur rendent l'environnement difficile à appréhender et à comprendre.

Cependant les connaissances se construisent grâce aux interactions avec le monde extérieur. Il est donc nécessaire de travailler à restaurer et entretenir les fonctions sensorielles primaires.

Plusieurs activités sont mises en place afin de stimuler la sensorialité et la motricité de l'enfant. Il y a l'activité équitation, les ateliers jardins et cuisine, des activités motrices, un bassin thérapeutique, un espace multi sensoriel (approche snoezelen¹²).

- Permettre l'émergence d'une identité :

Sigmund Freud¹³, en 1921, définit le « Moi » comme un espace qui met en relation des éléments intérieurs à la personne et ses perceptions extérieures.

12 Le snoezelen est une pratique de stimulation visant à établir une relation personnelle, dans un milieu naturel ou non, permettant de vivre une expérience sensorielle, subjective et constructive. La pratique vise à éveiller la sensorialité de la personne stimulée.

13 Sigmund Freud (1856-1939) est un médecin neurologue autrichien, pionnier de la psychanalyse.

Le docteur Anzieu, en 1985, a repris et développé le concept de Freud en parlant du « Moi-peau », qui explique cette frontière entre un monde intérieur et un monde extérieur.

Chez les jeunes handicapés, bien souvent, cette réalité du Moi est très perturbée voire inexistante, ils n'ont souvent pas conscience de leurs envies ni de leur désirs. On observe au quotidien qu'ils sont davantage dans l'assouvissement du besoin immédiat. Quand la communication est absente, les observations fines de leur comportement peuvent aiguiller sur ce qu'ils apprécient ou non, ce qui les anime ou au contraire les freine. Malgré ces nombreuses altérations, l'objectif principal est de les rendre acteur de leur vie et permettre cette émergence de l'identité.

- Favoriser la socialisation.

La vie en société est une obligation pour tous. Elle s'expérimente tout d'abord dans la cellule familiale, puis en collectivité avec l'intégration scolaire ainsi que toutes les démarches faites à l'extérieur.

L'enfant évolue en s'identifiant à un groupe (à l'école, dans une bande de copains, etc.).

« Nous la développons en interne dans toutes les activités collectives puisqu'il faut pour tous respecter un minimum de règles communes pour que le groupe puisse fonctionner : accepter l'autre, savoir attendre, respecter les consignes, accepter de perdre. Il développe également chez certains une forme de communication, de complicité et d'échanges très positifs, donc stimulateurs. »¹⁴

Pour les personnes qui souffrent de troubles psychotiques, les relations sociales ont peu de sens car ils n'ont pu ébaucher une différenciation entre soi et l'autre et ce, dès la petite enfance.

Le groupe social n'existe pas pour eux en tant que tel et ils ne peuvent nouer des relations significatives avec les autres, dont ils semblent ignorer la présence. La démarche de socialisation repose alors sur une intégration minimale dans les rythmes de vie du groupe (activités, repas...) et dans l'apprentissage d'un comportement adapté.

L'espace de cette socialisation est représenté dans les institutions par des « groupes de vie » ou « unités de vie » qui accueillent une dizaine de jeunes pour y partager la vie quotidienne. La démarche socialisante vise alors à favoriser l'intégration de chacun dans cette collectivité qui, comme tout espace social, est régie par des lois permettant la vie commune et qui représente un élément important dans la constitution de l'identité individuelle.

Après avoir approfondi mes connaissances sur la pathologie des enfants et des jeunes adultes rencontrés à l'IME, nous allons voir pourquoi et comment l'activité artistique peut faire partie intégrante de l'accompagnement aux soins du public handicapé et polyhandicapé.

Après un détour théorique sur l'art et la naissance de l'art-thérapie, je montrerai que la peinture est un support intéressant et complémentaire dans l'accompagnement du jeune atteint de déficience.

14 Projet d'établissement de l'IME « Les Grouëts ».

3. L'art est un outil privilégié de soin thérapeutique.

a. L'art est une expression de l'être humain.

Depuis très longtemps, les êtres humains utilisent des techniques artistiques pour représenter le monde qui les entoure. Les peintures présentent dans les grottes de Lascaux, par exemple, réalisées il y a environ dix sept mille ans, témoignent de la vie paléolithique. C'est grâce à ses œuvres que l'on peut aujourd'hui retracer et comprendre nos origines.

Au début du XIX^{ème} siècle, l'utilisation des expressions de l'Art comme lien avec l'imaginaire, l'inconscient et le thérapeute commence à naître. Le marquis de Sade met en scène des pièces de théâtre où des acteurs professionnels se mêlaient avec des malades et des soignants. L'Art est envisagé comme une diversion à la souffrance pour les malades.

Jean-Martin Charcot¹⁵ fut un des premiers à décrypter des œuvres peintes par des malades mentaux. Son élève, Sigmund Freud, en fera une interprétation psychanalytique en classant des pathographies¹⁶.

Frida Kalho, née en 1907, est une artiste peintre mexicaine. A l'âge de dix-huit ans, Frida prend le bus pour rentrer chez elle après l'école. Son bus quitte la route et percute un tramway. De nombreuses personnes meurent et Frida est grièvement blessée. Elle reste alitée pendant trois mois, son accident l'empêchera d'avoir des enfants. Ensuite, Frida devra porter pendant neuf mois un corset en plâtre. C'est à ce moment là qu'elle commence à peindre. Ses amis lui installent un lit à baldaquin avec un miroir au plafond comme ciel. Elle voit ainsi son reflet, c'est le début de sa série d'autoportraits.

En 1922, Hans Prinzhorn, médecin à la clinique psychiatrique d'Heidelberg, publia une étude sur les productions artistiques d'aliénés, œuvres que l'on répertorie aujourd'hui comme art brut. Il a regroupé plus de cinq mille dessins, peintures et objets réalisés entre 1890 et 1920 par plus de cinq cent patients. Cette étude mit en évidence que la créativité n'était pas seulement le fruit d'une culture ou d'une éducation, mais était une caractéristique humaine, présente en chacun de nous dès l'enfance. Prinzhorn comprit le processus créateur grâce aux œuvres des malades mentaux. Il a ensuite établi un diagramme qui représente six pulsions fondamentales qui l'aidèrent à clarifier l'action créatrice. Ces six pulsions sont : l'expression, le jeu ou l'activité, la décoration ou l'ornement, la tendance à ordonner (rythme et lois), l'imitation et le besoin de symboles.

15 Jean-Martin Charcot (1825-1893) est un clinicien et neurologue français, professeur d'anatomie pathologique. En 1873, il devient membre de l'Académie de médecine et l'Académie des sciences en 1883. Avec Guillaume Duchenne, ils fondent la neurologie moderne et est le précurseur de la psychopathologie.

16 La pathographie est une branche de la paléopathologie qui s'intéresse à l'étude médicale de restes humains anciens mais dans les rares cas où l'on dispose de quelques connaissances biographiques ou d'un portrait.

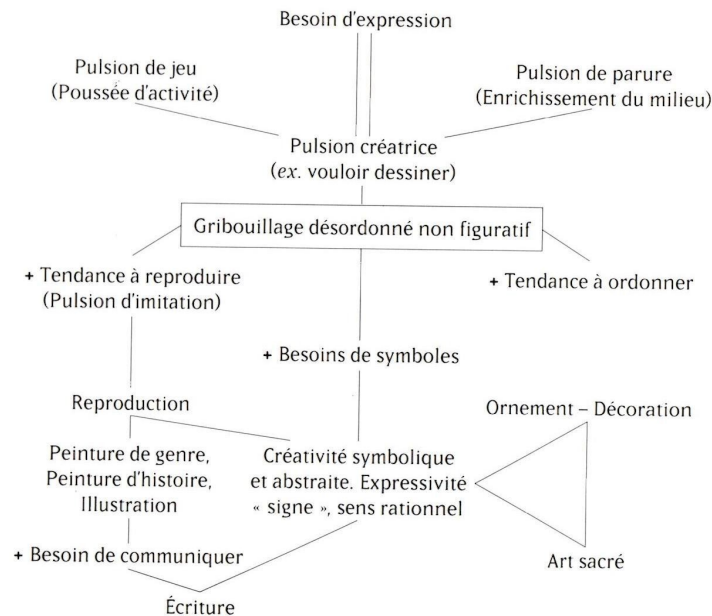


Schéma des tendances créatrices selon Prinzhorn.

Selon Prinzhorn, le processus créateur est le même pour des personnes handicapées, malades et valides.

L'art-thérapie se démarque néanmoins de l'art brut quant à la finalité des œuvres des patients : chaque patient s'exprime au travers de son œuvre devant un public restreint : l'art-thérapeute. Le but n'est pas de diffuser les œuvres devant une foule lors d'expositions.

En 1950, la première exposition internationale d'art psychopathologique a lieu à l'hôpital Ste Anne à Paris lors du premier congrès mondial de psychiatrie.

Tout être humain peut s'exprimer pour affirmer son existence au monde, par ce biais il défend sa présence et son droit d'être un élément d'un groupe. Dans cette démarche, j'associe "art" et "expression" dans une recherche d'un idéal de bonheur, de plaisir, de bien et de beau.

b. L'art-thérapeute est d'abord un artiste.

Un artiste, c'est un individu créant une œuvre. Ainsi, l'artiste est un être humain vivant maîtrisant une technique ou un savoir artistique dont l'originalité, la créativité est remarquée et appréciée ou non par d'autres être humains. L'artiste est avant tout un ouvrier.

L'être humain, que ce soit par l'art ou par toute autre discipline, a besoin de s'exprimer.

La pratique de l'art participe à un principe vital : l'expression. Ainsi l'expression entraîne l'art quand l'art entraîne l'expression. En terme thérapeutique, je pense que proposer l'art pour l'art a peu d'intérêt. C'est dans un soutien à l'être humain et son quotidien que la démarche artistique m'intéresse.

En étant outil et support de l'expression, l'art garde son bénéfice et lui évite d'être une fin en soi.

L'art est une activité humaine. Elle implique donc des mécanismes humains. Ces mécanismes sont répertoriés dans le schéma suivant :

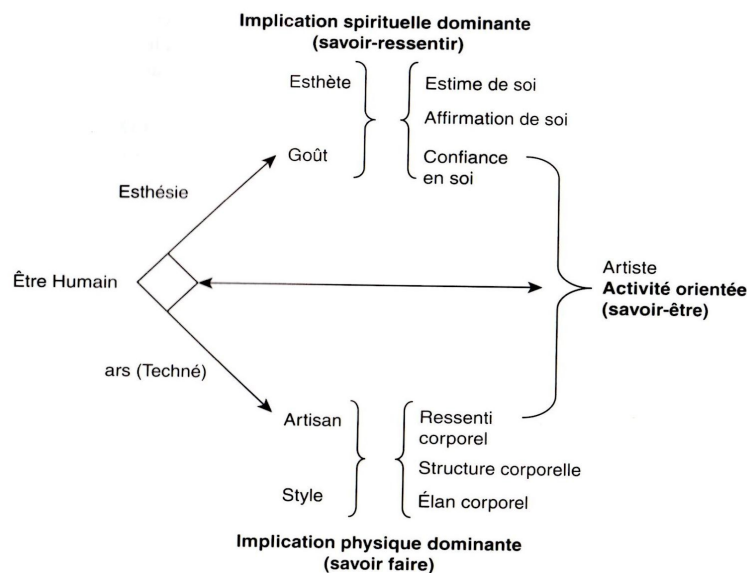
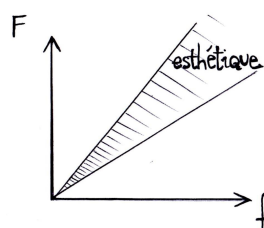


Schéma du savoir-ressentir¹⁷

Dès l'enfance nous sommes confrontés à des œuvres d'art. Que ce soit à l'école, où l'on étudie des œuvres littéraires, dans les lieux publics (musées, châteaux, concerts, spectacles) ou dans tout autre endroit, des œuvres réalisées par des artistes nous entourent. Celles-ci font partie de notre quotidien et lorsque nous voyons une peinture, elle rayonne en nous et nous savons de suite mettre un nom sur cette chose (nous l'appellerons "tableau", "œuvre", "toile", "peinture" ou tout autre terme appartenant au même champ lexical mais nous ne dirons pas "chaise" ou "fenêtre").

Une œuvre, qu'elle soit plastique, théâtrale, musicale, dansée, chantée, est constituée d'une forme (F), qui est l'aspect objectif, c'est-à-dire ce que l'on voit, et d'un fond (f), l'aspect subjectif, c'est-à-dire ce que l'on ressent, les émotions.

L'œuvre est réussie lorsque le fond et la forme sont associés le plus harmonieusement. Il y a sans cesse un rapport entre le fond et la forme.



Rapport entre la Forme et le fond

¹⁷ Forestier Richard et l'Université François-Rabelais, *Profession art-thérapeute*, p.20

L'équilibre entre le fond et la Forme d'une œuvre d'art crée l'esthétique.

c. L'artiste est un être humain créatif.

Le terme *création* désigne la capacité d'inventer quelque-chose ou de présenter une idée sous un nouvel angle. Il fait référence à l'imagination créatrice.

C'est parce que l'être humain se pose des questions et se permet de quitter le monde ordinaire que la création née. Mais ce ne sont pas les personnes les plus brillantes qui sont les plus créatives, car la pensée créative exige d'autres qualités que l'intelligence comme par exemple, se remettre en question. D'un point de vue biologique, la créativité relève de l'hémisphère droit du cerveau. L'hémisphère gauche s'occupe des tâches quotidiennes (raisonner, parler, écrire). L'hémisphère droit organise l'expérience, stimule les réactions émotives. Les deux hémisphères communiquent entre eux par le corps calleux.

L'artiste est donc doté d'une capacité à créer et à imaginer. Cette création a très souvent comme but premier de permettre à l'être humain de s'exprimer autrement que par le langage oral ou écrit, de transmettre des émotions et de les communiquer aux autres sans mettre des mots dessus.

d. L'art permet à l'être humain de s'exprimer et de développer une communication non verbale.

L'art est une activité que l'être humain pratique en mettant en œuvre un savoir-faire technique. Tout être humain vivant peut pratiquer une activité artistique. Par cette activité technique appelée « art », l'être humain devient artiste. Dans le cas d'ateliers d'art-thérapie, s'exprimer signifie perfectionner une capacité naturelle par le renforcement des moyens techniques.

Se donner, dire, apparaître, en somme s'extérioriser, pour tout cela il faut s'exprimer. C'est à dire mettre en lumière un contenu caché. C'est permettre à l'autre et à soi-même de voir ce que nous portons en chacun de nous, caché d'autrui. Cette communication avec l'extérieur est un acte créatif, une modification de l'être par ce qu'il a de plus essentiel et de plus personnel.

Pour faire naître quelque chose de nouveau, la création devra passer de l'inexistence à la présence. La matière prend forme et vie en se chargeant d'esprit, c'est alors que l'esprit communique.

Par définition, communiquer signifie le fait de passer quelque chose, transmettre quelque chose. Afin de transmettre une connaissance, un sentiment, il faut détenir des moyens de communication. Il y a deux formes de communication : la communication verbale et la communication non verbale. Comme le terme l'indique, la communication verbale utilise le verbe. Celle-ci n'utilise pas forcément la voix, car le makaton ou la langue des signes sont également des formes de communication verbale. Parallèlement, il existe aussi une communication non verbale. Celle-ci peut être définie comme une forme de communication qui n'utilise pas le verbe, c'est-à-dire qui n'a pas recours au langage ni au mot. Par exemple, les rires, les larmes, les émotions sont une forme de communication non verbale. Également, bien spécifiquement chez l'être humain, l'activité artistique est un moyen de communication non-verbale. Par toutes les formes d'art (peinture, musique, théâtre, chant, danse, etc.), la

personne qui pratique un Art extériorise et communique un sentiment, une émotion, une image, un ressenti.

4. La peinture contribue aux objectifs d'accompagnement de l'enfant handicapé.

a. Peindre est une expérience sensorielle.

« Il y a des sensations qui échappent au raisonnement et au conscient et dont nul ne peut parler avec des mots »¹⁸

Dès tout petit, l'enfant se sert du toucher comme d'un moyen de relation avec tout ce qui se trouve autour de lui. Au début, cette découverte tactile se fait par la bouche, puis l'enfant utilise sa main pour toucher, palper.

C'est un mode de relation très important dès la petite enfance. Le bébé, n'ayant pas encore de mots, l'utilise pour exprimer des choses et en percevoir d'autres. Cela lui permet d'entrer en relation avec les autres (l'enfant touche, tape).

L'homme a la capacité d'être en relation avec le monde, il s'agit d'une "relation perceptive", grâce aux cinq sens qui nous permettent de capter le monde qui nous entoure. Lorsque deux personnes se rencontrent, la connaissance de la présence de l'autre se fait par l'intermédiaire des sens. Suite à cette perception sensorielle des réactions se manifestent allant de la mimique au geste explicite. Ce langage des sens est plein de nuances, de comportements empreints de subjectivité.

En peinture, les sens sont également favorisés. Dans l'action de peindre, on est sans cesse en train de toucher, de sentir, de voir, d'entendre. La texture du papier, la douceur du pinceau sur le support, l'odeur de la peinture, la richesse des couleurs, tous ces éléments font partie intégrante du plaisir que procure la peinture. Il est également intéressant de noter que de nombreux artistes peintres ont consacré leur travail au thème des cinq sens. Prenons l'exemple de Hans Makart (1840-1884), peintre et décorateur autrichien. Il est un précurseur de l'art moderne et est qualifié de « peintre des sens ». Entre 1872 et 1879, il réalisa "*Les cinq sens*", œuvre picturale présentée en une série de cinq tableaux.

b. La peinture permet d'enrichir la construction de soi.

Aider les jeunes à construire leur propre identité, c'est le travail quotidien des équipes éducatives et thérapeutiques. Trouver son identité, se construire en tant qu'être humain c'est également le travail que fait l'artiste lorsque qu'il crée une œuvre. Peindre, c'est faire des choix de matériaux, de couleurs, de technique.

Se construire, c'est pouvoir faire des choix, s'habiller de telle manière pour appartenir ou non à tel groupe, pouvoir dire "non", etc. Mais cette identification de soi passe aussi par un ensemble d'émotions qui vont pouvoir nous aider à mieux comprendre notre propre fonctionnement. Les émotions naissent dans le cerveau, au niveau du système limbique, et agissent ensuite sur notre corps physique. Dans le cerveau, il y a deux hémisphères : l'hémisphère émotionnel et l'hémisphère relationnel.

¹⁸ Arno Stern, né en 1924, est un éducateur et consacre sa carrière à l'éducation créatrice par la peinture.

Certaines personnes ont peur de quelque-chose, alors que d'autres non, certaines personnes vont rire devant une situation alors que d'autres non, etc. Toutes ces situations de la vie quotidienne vont construire la personnalité.

Nous pouvons référencer six émotions qui sont pour l'être humain innées et inconscientes. Il y a la joie, la colère, le dégoût, la peur, la tristesse et la surprise. L'expression de ces émotions est un langage du corps. Ces émotions permettent de mettre une valeur à nos souvenirs. Sans les émotions, on n'apprécierait ni les arts, ni la littérature, ni les sports.

L'émotion est très souvent considérée comme la seule véritable richesse de l'être humain, ce qui illumine sa vie.

c. La peinture permet une ouverture sur le monde.

La peinture est un jeu, mais c'est aussi un dialogue entre l'enfant et l'adulte, c'est leur moyen de communication et de compréhension. Le propre de l'art enfantin est d'exprimer ce qui ne peut pas être dit par le langage verbal. L'art est ainsi le complément des mots. C'est l'expression de ce qui ne peut pas être dit.

Mais c'est aussi un moyen de s'amuser, de jouer avec le monde extérieur qui se retrouve mis à plat sur la toile. La maison peut-être bleue et les personnages gigantesque, peut importe, la peinture est libre.

Les œuvres d'art sont des réalités comme les autres, elles appartiennent au monde et sont visible comme n'importe quel objet. Cependant elle permettent une transcendance de soi et de sa vision. Grâce aux œuvres et à la pratique de la peinture en particulier, on accède à un monde, un imaginaire silencieux, touchant aux sens, et en cela la peinture n'est pas une réalité comme les autres.

Ainsi la peinture permet une ouverture sur le monde, car elle permet de voir le monde de manière différente, en jouant avec celui-ci, mais elle permet aussi de développer les sens et l'imaginaire par la vue, le toucher, et la mise en forme d'idées abstraites sur la toile. Voir des peintures permet de se représenter, de voir un monde que nous n'avons peut-être jamais vu auparavant, avec ses codes de couleurs, ses styles et paysages différents. La peinture permet ainsi à l'artiste de voyager.

Toutes ces possibilités qu'offrent la peinture ont pu être mises au service des jeunes déficients mentaux et polyhandicapés au travers des séances d'art-thérapie.

*« J'imaginai la peinture se mettant à saigner.
Blessée de la manière dont les gens peuvent être
blessée. Pour moi la peinture devenait une
personne avec des sentiments et des sensations. »*

Niki de Saint Phalle

II. Mon stage en IME m'a permis d'exploiter mes connaissances théoriques au service de personnes en situation de handicap.

1. L'IME est un centre d'accueil d'enfants en situation de handicap.

L'Institut Médico-Educatif « Les Grouëts » est un établissement pour enfants et adolescents construit et inauguré en 1972 et a une capacité d'accueil de cinquante places.

L'institut médico-éducatif accueille des enfants et adolescents handicapés mentaux et polyhandicapés. Certains jeunes adultes (vingt et un, vingt-deux ans) restent à l'IME lorsqu'ils ne trouvent pas de solutions de placement dans un secteur adulte (Maison d'Accueil Spécialisée,...).

L'IME « Les Grouëts » est géré par l'Association « Les Papillons Blancs de Loir et Cher ». Cette Association de Parents et d'Amis d'Enfants Inadaptés est départementale. Elle est régie par la loi 1901, et rattachée, au niveau national à l'Union Nationale des Associations et Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI). L'association a fêté cette année ses cinquante ans.

L'association « Les Papillons Blancs de Loir et Cher » gère onze établissements et services qui accueillent des enfants ou adultes handicapés mentaux :

- 1 Atelier Protégé
- 3 Centres d'Aide par le Travail
- 2 Structures d'hébergement
- 2 Services d'accompagnement
- 1 Structure d'Accueil et d'Activités de Jour
- 1 Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
- 1 Institut Médico-Educatif

L'IME est ouvert en demi-pension du lundi au vendredi de neuf heures à seize heures.

L'IME est régi par un cadre législatif et institutionnel qui définit les objectifs, les missions, les valeurs et les principes de l'établissement.¹⁹

« L'institution est un monde fermé qui se doit, pour aider au mieux les patients qui y sont accueillis, de perpétuellement s'ouvrir sur le monde extérieur, d'engager avec lui des mouvements d'échanges régulés, tout en gardant le rôle protecteur qui lui est imparti, particulièrement dans certaines pathologies sévères (autismes, psychoses, pathologies limites.) »²⁰

a. L'IME comporte quatre sections : SEES, SIPFP, SETA, Poly.

Pour les centres médico-éducatifs, la loi du 2 janvier 2002²¹ présente une réelle avancée quant à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

¹⁹ Cf annexe 2.

²⁰ Klein Jean-Pierre, Revue Art & Thérapie, *Clinique de l'art-thérapie*, décembre 2005, p.37.

²¹ Cf annexe 3.

Cette loi vise à valoriser davantage les personnes en situation de handicap en leur permettant une insertion scolaire, sociale et professionnelle en fonction de leurs moyens dans un souci de normalisation sociale.

L'Institut médico-éducatif (IME) "les Grouëts" appartient à l'Association Départementale d'Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (ADAPEI) Papillons Blancs. Il comporte 4 sections : une section qui accueille des enfants et adolescents polyhandicapés (poly), une Section Éducative et Thérapeutique pour Adolescents (SETA), une Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) et une Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé (SEES). Chaque groupe est composé d'une dizaine de jeunes, d'un éducateur, d'une aide médico-psychologique (AMP) et d'une aide éducateur.

Voyons quels enfants sont admis dans ces quatre sections :

La SETA accueille des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles envahissants du développement (autistes et/ou psychotiques).

La SEES accueille des enfants handicapés mentaux légers et des enfants souffrants de troubles du comportement. Les enfants bénéficient d'un enseignement spécialisé.

La SIPFP accueille des adolescents et jeunes adultes handicapés mentaux légers. Les jeunes bénéficient d'une pré-formation professionnelle (blanchisserie et jardinage).

La section poly accueille des enfants, adolescents et jeunes adultes polyhandicapés.

b. Une équipe pluridisciplinaire intervient auprès des jeunes.

Au sein de l'IME travaillent une équipe administrative, une équipe éducative (éducateurs spécialisés, éducateurs techniques, aide médico-psychologique (AMP), aide éducateurs, éducateur sportif), une équipe de soignants (orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, infirmière, psychomotricienne, assistante sociale), une équipe pédagogique (instituteurs) et un responsable technique.

L'équipe de soignants est une équipe para-médicale. Para-médical vient du grec *para* qui signifie "à côté de" : Associé à, complémentaire de la médecine. Une profession para-médicale est une profession de santé travaillant en collaboration avec les médecins.²²

Chaque profession offre sa spécificité au sein de l'établissement :

La psychomotricité a pour objet le corps, et pour but d'amener l'enfant à le découvrir : le connaître, le ressentir, bien l'utiliser et le maîtriser pour développer et augmenter son autonomie et agir sur le monde extérieur.

L'orthophonie vise à éduquer ou rééduquer le langage sous toutes ses formes : langage oral, langage écrit, communication verbale et non verbale. Les séances d'orthophonie sont complétées par un travail collectif autour de l'apprentissage du vocabulaire Makaton.

L'ergothérapie propose une éducation motrice ou une aide technique pour maintenir et/ou améliorer l'autonomie de l'enfant et de l'adolescent.

²² Delamare, Garnier, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Ed. Maloine, 2009.

L'infirmière s'occupe du suivi et de la mise à jour des dossiers médicaux, de la surveillance de la santé de l'enfant (poids, taille, régime particulier, absences), du suivi des traitements et de leurs distributions, des soins médicaux minimums, du travail de prévention et d'alerte, de l'équilibre alimentaire et de la variété des menus.

Un suivi social est maintenu par l'assistante sociale qui travaille sur une relation d'aide, d'écoute et de conseil plus spécialement centré sur la famille de l'enfant pris en charge dans l'établissement.

La psychologue vient en aide aux professionnels de l'IME et aux familles..

Un travail en équipe est incontournable pour un accompagnement efficace.

c. L'art- thérapeute offre une complémentarité aux actions de l'équipe pluridisciplinaire.

L'art-thérapeute n'est ni un psychothérapeute, ni un animateur d'atelier d'Art. Il utilise une technique artistique pour restaurer la qualité de vie d'une personne.

La plupart des prises en charge des personnes, qu'elles soient médicales ou paramédicales, soignent l'élément qui ne va pas, dans le but de rééduquer, de guérir. L'orthophoniste, par exemple, rééduque les capacités verbales de la personne afin d'améliorer sa communication orale.

L'art-thérapeute prend en considération ce qui dysfonctionne mais adresse son intervention aux parties saines existantes de la personne. Il adapte une ou plusieurs techniques artistiques en fonction des capacités du patient afin d'encourager une émotion sensorielle et un plaisir esthétique. Sa qualité existentielle sera ainsi revigorée.

d. Une semaine d'observation et d'organisation s'est déroulée avant de commencer les séances d'art-thérapie.

Avant de débiter mes séances, j'ai effectué une semaine d'observation au sein de l'IME. J'ai souhaité intégrer chaque jour une nouvelle section afin d'avoir un premier contact avec les enfants et de rencontrer l'équipe éducative.

Les séances d'art-thérapie peuvent être individuelles ou en groupe, et sont constituées avec le service éducatif de l'établissement. J'ai fait le choix de limiter les séances de groupe à un maximum de trois jeunes. Le choix des participants est effectué par l'équipe éducative et validé après une observation et une lecture des fiches individualisées par l'art-thérapeute. Ce choix est en lien avec l'objectif éducatif mis en place pour le jeune.

J'ai réparti mes prises en charge sur deux journées par semaine (le mercredi et le jeudi), pendant deux mois et demi. Les séances individuelles durent quarante cinq minutes et les séances de groupe durent une heure.

J'ai choisi d'organiser mes séances de peinture dans la salle de réunion car cette salle m'était de taille raisonnable (ni trop grande ni trop petite).

C'est également une salle qui est peu utilisée par le personnel et par les enfants, donc une salle disponible pour aménager un cadre de peinture sécurisant et adapté.

Toutes mes séances se sont déroulées au même endroit, afin d'apporter des repères spatiaux aux jeunes. Chaque jeune pourra ainsi s'approprier ce lieu comme étant un lieu d'expression artistique.

Au début de chaque séance, je vais chercher le jeune dans sa section et je l'accompagne dans la salle d'atelier.

Pendant la séance, l'art-thérapeute a un rôle d'observateur. Il est présent pour accompagner le jeune dans une démarche d'observation ou de production artistique, en visant un mieux-être. En gardant en tête l'objectif art-thérapeutique établi au préalable, il met en place une stratégie thérapeutique.

Lors des séances, j'ai laissé les jeunes libres de réaliser la peinture qu'ils souhaitaient, en ayant le choix de l'orientation de la feuille (horizontale ou verticale). J'ai ainsi pu observer leur appréhension par rapport à l'exercice. J'ai choisi de laisser libre cours à l'imagination et à la création de chacun à partir de leurs propres émotions. En choisissant cette démarche d'intervention, le jeune est libre de s'exprimer et ainsi de peindre ce qu'il souhaite, pour lui et non pour me faire plaisir.

2. La stratégie thérapeutique est garante d'une prise en charge adaptée.

L'art-thérapie est l'exploitation du potentiel artistique à visée humanitaire et thérapeutique. Ce métier de soin para-médical vise à favoriser l'expression, la communication et la relation. La peinture me semble une technique artistique très intéressante pour les jeunes présentant des troubles émotionnels, des troubles du comportement, des troubles psychologiques liés au handicap sensoriel et physique, des difficultés d'adaptation. L'activité artistique permet de travailler la concentration, les repères spatio-temporels, de développer les sens, d'exprimer des émotions et de développer l'expressivité artistique de chacun.

L'art-thérapeute n'est pas là pour interpréter les œuvres, mais pour observer et évaluer les actes mis en place par le patient dans la réalisation de sa peinture. L'art-thérapeute analyse également les couleurs choisies, les formes et représentations dessinées, sans aucune interprétation.

Ainsi, l'art-thérapie utilise le pouvoir de l'art dans un processus de soin.

Il me semble important de noter la différence que je perçois entre un atelier d'art et un atelier d'art-thérapie :

Dans l'art il y a généralement une recherche esthétique qui est moins présente en art-thérapie. En art-thérapie, le patient est davantage dans une recherche d'une communication avec lui-même et pour lui-même, et non dans la recherche du beau et du bien fait. Dans un atelier d'art, on sera plus dans une communication avec le monde extérieur, une production qui pourrait plaire à un public. Malgré tout, en atelier d'art comme en art-thérapie, la réalisation artistique fait office de passerelle entre notre monde intérieur et le monde extérieur, ainsi l'art sert d'intermédiaire entre l'inconscient et le conscient.

Le patient vient en atelier d'art-thérapie dans un but de découverte de soi, de recherche personnelle, alors que l'on ne va généralement pas dans un atelier d'art pour se découvrir soi-même, mais principalement pour acquérir ou approfondir une technique artistique. En art-thérapie, le développement créatif est très important, la qualité du résultat est bien moins importante que tout ce qui se passe pendant l'acte créateur.

L'être humain perçoit le monde avec tous ses sens. Chaque pratique artistique propose sa propre gamme de sensations, de richesses et de limites. Ainsi, à travers les différentes formes artistiques telles que la peinture, la musique, la danse, le théâtre, le modelage, etc, chaque personne qui le souhaite peut intégrer un atelier d'art-thérapie et trouver ses propres réponses à ses questionnements.

Dans l'activité d'art-thérapie, l'intellect est sollicité, mais avant tout les mécanismes sensoriels. *« Si l'enfant « défavorisé » réussit si bien l'atelier, c'est précisément parce que tout être a une vie sensorielle, même si son intelligence est peu développée. Ailleurs, dans la société, à l'école, on est surtout apprécié pour ses qualités objectives. Ici, dans le cadre particulier de l'atelier, seules valent des qualités subjectives. »*²³

a. L'art-thérapeute possède des outils d'évaluation et d'observation.

La stratégie thérapeutique est une organisation des différents éléments impliqués dans l'activité d'art-thérapie en vue d'atteindre un objectif. C'est une organisation adaptée à une fin. Elle regroupe l'ensemble des observations et des évaluations que l'art-thérapeute va mettre en place afin d'accompagner au mieux le patient dans sa démarche de soin. La stratégie thérapeutique commence par la prise de connaissance de l'état de base du patient. Cet état de base, c'est l'état dans lequel est le patient avant l'intervention de l'art-thérapie : l'art-thérapeute prend connaissance de son anamnèse, de sa pathologie et de ses pénalités.

Ensuite il y a la mise en place d'un objectif thérapeutique. Cet objectif thérapeutique est établi par l'art-thérapeute en fonction de l'état de base du patient. C'est en quelque sorte le but de la prise en charge, ce pourquoi le patient est indiqué en art-thérapie et ce qu'il faudra travailler en séance.

Par exemple, Mathilde est une enfant qui a un léger retard mental et qui arrive difficilement à se concentrer. Cela lui pose des problèmes dans la vie quotidienne, notamment pour suivre une scolarité. L'art-thérapeute reçoit une indication médicale de la part du médecin psychiatre de Mathilde afin qu'elle puisse bénéficier de séances d'art-thérapie. L'objectif thérapeutique de l'art-thérapeute pourra être de travailler sur la concentration avec Mathilde.

Une fois que l'on a établi un objectif, les séances d'art-thérapie commencent. A la fin de chaque séance, l'art-thérapeute remplit une fiche d'observation. Cette fiche permet de noter les observations remarquées pendant la séance. Cette fiche comprend des items, qui seront les plus petites unités observables. Un sourire, un regard, un geste, toutes ces observations seront regroupées dans des faisceaux d'items, et seront inscrits sur la fiche d'observation. D'une séance à l'autre, l'art-thérapeute peut établir des objectifs intermédiaires.

23 Arno STERN, *Initiation à l'éducation créative*, 1970, p.16

Ces observations seront mises en parallèle à l'opération artistique²⁴, qui permettra à l'art-thérapeute de voir où le patient se situe dans l'activité artistique (activité physique et mentale). L'art-thérapeute pourra ainsi cerner si le patient se situe dans l'impression (passage du monde extérieur vers le monde intérieur, qui implique la sensorialité), ou dans l'expression (mise en forme extériorisée d'un état d'âme).

Au cours de la prise en charge, l'art-thérapeute assistera à des réunions de synthèse, réunion où tous les professionnels qui travaillent avec un même patient parleront de son évolution.

A la fin de la prise en charge, l'art-thérapeute établira une fiche de synthèse, fiche qui regroupera l'ensemble des observations par rapport à l'objectif thérapeutique mis en place.

b. La mise en place d'un atelier adapté est nécessaire afin de favoriser et développer le potentiel créatif de chacun.

Dans un premier temps, ce qui me semble très important en art-thérapie, c'est le cadre d'intervention. Le choix de la pièce où se dérouleront les séances et l'aménagement intérieur sont primordiaux. Si l'espace n'est pas sécurisant, la personne ne sera pas en confiance et ne s'extériorisera pas. Il se peut que la personne venant à l'atelier passe la séance à repérer les lieux en marchant dans la pièce, sans produire. Il est nécessaire de laisser le temps à la personne accueillie de prendre ses marques.

La régularité des séances me semble également indispensable, afin que la vie du patient soit rythmée, et que celui-ci ait des repères temporels. La séance a lieu chaque semaine et dure quarante-cinq minutes. Pour les séances individuelles, cette régularité est également importante car la personne accueillie retrouvera à chaque fois le même groupe. La séance dure une heure. Cette notion temporelle, comme pour l'espace, permet au patient de se sentir en sécurité.

Les travaux réalisés pendant la séance sont laissés à l'atelier. La démarche d'art-thérapie s'oriente sur l'activité créatrice, c'est-à-dire ce qui se passe pendant la création. Ainsi, une fois l'œuvre terminée, elle appartient déjà au passé. Ce tableau sera une trace de son évolution. L'important est le moment présent. Mais pour l'art-thérapeute, la conservation des œuvres est importante car elle permet de voir l'évolution du patient, le chemin parcouru.

c. Les enfants sont indiqués par les équipes para-médicales et éducatives.

La plupart des enfants qui ont été indiqués par l'équipe éducative sont des enfants qui ont besoin d'un temps d'expression artistique hors du groupe. Un besoin d'individualité et de moment privilégié avec un adulte se ressent chez certains enfants. Or, pendant la journée, les équipes éducatives possèdent peu de temps pour privilégier ces moments là. Ainsi les prises en charge médicales ou para-médicales peuvent permettre ce temps de valorisation de la personne pour elle-même, dans son individualité et non de la personne dans un groupe.

24 L'opération artistique est un ensemble organisé de l'activité artistique. Cf. page 27.

d. Un matériel adapté a été mis à ma disposition.



Le personnel de l'IME a mis à ma disposition un matériel adapté aux séances d'art-thérapie :

- deux chevalets
- trois grands panneaux
- des feuilles Canson format raisin
- des pinceaux: pinceaux brosse, pinceaux à aquarelle et pinceaux adaptés.
- une table-palette (conçue par Arno Stern)
- des tubes de peinture acrylique (bleu, rouge, jaune, noir et blanc).
- des blouses et des chiffons.

Cette table en bois est faite d'une planche de deux mètres de long et de vingt centimètres de large. Elle est percée de dix huit trous afin d'insérer des gobelets profonds remplis d'eau et une deuxième rangée pour mettre d'autres gobelets pour la peinture. Entre ces trous, dix huit supports « porte-pinceaux » ont été construits. Cette table est maintenue par deux pieds. Elle est à environ soixante centimètres du sol.

Cette table-palette permet au jeune d'être autonome dans sa pratique. Celle-ci est à hauteur du jeune : il peut aller et venir ainsi que faire ses mélanges en autonomie.

e. Un objectif art-thérapeutique de prise en charge est établi.

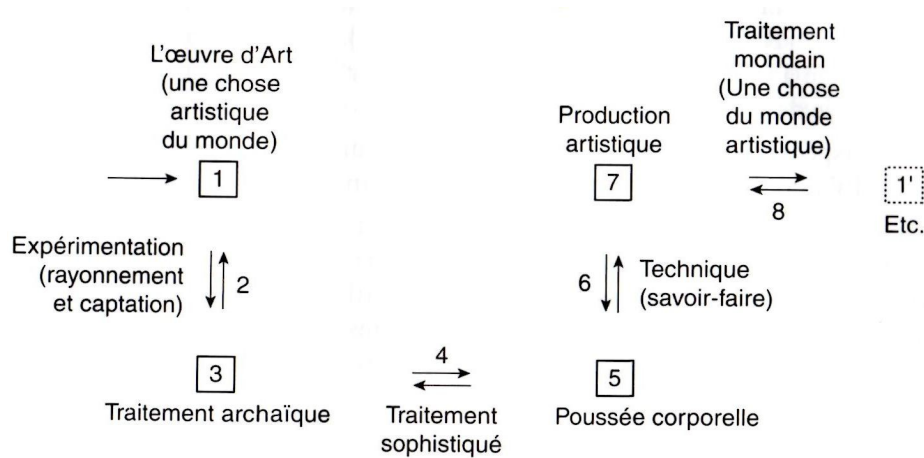
Cet objectif s'inscrit dans le projet thérapeutique du jeune mis en place par l'équipe soignante. C'est l'objectif que l'atelier d'art-thérapie doit atteindre.

Pendant la prise en charge, des objectifs intermédiaires peuvent apparaître, toujours dans le but d'atteindre l'objectif thérapeutique.

f. Une stratégie thérapeutique basée sur l'opération artistique est mise en place.

La stratégie thérapeutique prend en compte l'état de base du patient, l'objectif établi et les moyens utilisés.

L'opération artistique est définie comme l'organisation des éléments qui oriente l'expression humaine vers l'Art. L'Art implique un ensemble de mécanismes humains référencés dans l'opération artistique :



Synthèse de l'opération artistique²⁵

g. La pertinence du choix des items est importante.

L'item est par définition la plus petite unité observable. C'est l'élément essentiel de l'évaluation. Il concerne des faits précis observés pendant la séance. Ces items évaluent la quantité, la qualité, la fonctionnalité ou décrivent quelque chose.

Afin d'évaluer l'évolution d'un item ou d'un faisceau d'items, il est intéressant de les représenter sous forme d'un graphique.

3. Quelques études de cas permettent de mieux évaluer l'enjeu de l'art-thérapie.

a. Louis est un enfant présentant des troubles du comportement.

Louis²⁶ est né le 13 octobre 2004. Il est le troisième enfant d'une fratrie de trois. Il a un frère de onze ans et une sœur de neuf ans. Ses parents vivent en France depuis environ dix ans. Ils sont d'origine portugaise. A sa naissance, Louis est décrit comme un nourrisson « sans problème ». Puis en grandissant, il montre des signes qui attireront l'attention des services sociaux. La marche apparaît vers deux ans et demi, le langage est quasi-inexistant et ses modalités relationnelles ne sont élaborées (peu d'accroche du regard, bouge peu, corps parfois mou, cris, se met à terre).

C'est dans ce contexte que Louis part chez ses grands-parents paternels au Portugal pendant sept mois tandis que ses parents restent en France. A l'époque, Louis tète encore le sein de sa mère. Son père ira voir son fils une fois et l'enfant aura des contacts téléphoniques réguliers avec ses parents. Le retour chez ses parents se fait « normalement ».

Alors qu'il est âgé de trois ans, une tentative de scolarisation est faite et est rapidement stoppée en raison de l'inadaptation de Louis.

²⁵ Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p.187

²⁶ Le prénom des enfants ont été modifié par souci de confidentialité.

Au cours de sa quatrième année, Louis fréquente une première, puis une seconde halte garderie. Son adaptation au début est très difficile. Dans le même temps, Louis est inscrit à l'école maternelle de son quartier à la demande de ses parents. Le cadre proposé s'avère rapidement inadapté.

Objectifs art-thérapeutiques:

- travail sur la concentration.

Pendant les séances, Louis communique verbalement mais la relation reste compliquée étant donné qu'il parle portugais.

► Déroulement des séances (S : séance):

Louis vient à l'atelier tous les mercredis matins à dix heures. C'est le premier enfant de la journée.

S0 (rencontre) : Je suis allée passer une journée d'observation et de rencontre au sein de la section de Louis (SEES). Ainsi, j'ai eu l'occasion de me présenter et de décrire à Louis ce que nous allons faire ensemble. J'ai expliqué à Louis qu'il aurait la possibilité de s'exprimer en faisant de la peinture. Louis m'a montré son accord par un signe de tête.

S1 : Lorsque je suis allée chercher Louis dans sa salle, il était en train de jouer. Je l'ai sollicité oralement et il est venu vers moi. Nous sommes allés dans la salle d'art-thérapie, Louis ne semblait pas connaître cette salle. Le matériel était installé (table-palette et chevalet). Je lui ai expliqué oralement ce que nous allons faire ici mais Louis était très dispersé et s'est dirigé directement vers la photocopieuse. Il a joué avec et ne réagissait pas à mes sollicitations verbales. J'ai donc décidé de commencer à peindre. C'est à ce moment là que Louis est venu, a pris mon pinceau et a commencé à peindre sur la feuille entamée par moi-même. Le temps de peinture a été très court car il est vite retourné jouer avec la machine. Nous sommes donc allés nous laver les mains et les pinceaux, nous avons enlevé la blouse et nous sommes repartis vers sa section. Pendant cette séance, Louis m'a parlé mais j'ai eu du mal à comprendre car il mélange dans ses phrases le français et le portugais.

S2 : Je rentre dans la section, Louis me regarde et se dirige seul vers moi. Nous nous dirigeons vers la salle et Louis court jusqu'à la porte. Nous entrons. Dès le début de la séance, Louis a peint en utilisant trois pinceaux différents. Louis s'est montré très observateur quand au choix des couleurs et a passé beaucoup de temps à jouer à vider les pots d'eau les uns dans les autres. Au bout de vingt minutes, Louis n'était plus concentré et s'est intéressé d'avantage aux autres objets présents dans la pièce. La séance s'est arrêtée à cet instant, je l'ai raccompagné jusqu'à sa salle. L'accompagnement de la salle d'art-thérapie et la section a été difficile car Louis s'est mis à courir dans la direction opposée.

Observations : Louis semble avoir du mal à gérer les moments de passage d'une activité à l'autre, notamment le moment de fin d'atelier d'art-thérapie et le début du retour dans sa section.

S3 : Je suis allée chercher Louis et il a couru vers la salle d'art-thérapie. Dès l'entrée dans la salle, il s'est dirigé vers le chevalet et la palette de peinture.

Il a commencé à peindre sur le chevalet puis m'a montré qu'il voulait mettre la feuille au sol. Ainsi, Louis a continué à peindre par terre. Pendant cette séance, je me suis demandée si Louis prend le temps de choisir les couleurs ou s'il prend celle qui est devant lui, car Louis ne semble pas concentré à ce qu'il fait. Très vite, Louis a joué avec les pots de peinture et d'eau en mélangeant les couleurs. La séance s'est arrêtée au bout de quinze minutes.

S4 : Quand je suis allée chercher Louis, il m'a pris la main pour m'emmener vers la salle de peinture. Lors de cette séance, j'ai incité Louis à peindre au sol en faisant des projections de peintures sur la feuille. Cette technique a suscité son intérêt. A la fin de la séance, après s'être lavé les mains, Louis est revenu de lui-même vers sa peinture pour y ajouter quelques touches.

S5 : Dès l'entrée dans la salle Louis est allé chercher une blouse et a choisi d'accrocher sa feuille horizontalement. Pendant qu'il peignait, Louis était concentré. Lorsque sa peinture a été terminée, Louis a souhaité aller laver les pinceaux. La séance a duré trente minutes.

S6 : Louis prend seul l'initiative de commencer. J'observe que Louis m'écoute de plus en plus et est de plus en plus concentré sur l'activité malgré des moments de distraction où il joue avec l'eau. Louis semble intéressé à l'activité et gagne en autonomie. Malgré tout, le retour dans la section en fin de séance reste compliqué, Louis se met à courir, se montre indiscipliné.

Lorsque je vais chercher un de ses camarades de section, Louis se dirige vers moi, comme pour venir en séance d'art-thérapie. Il montre ainsi un plaisir à venir à l'activité, mais également un manque de repère temporel, dû notamment à son jeune âge.

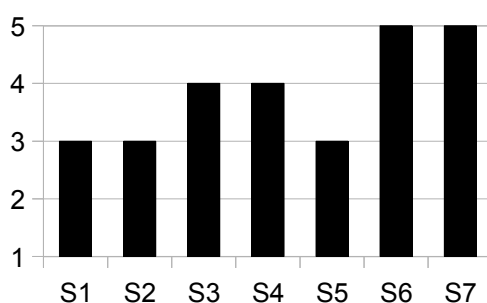
S7 : Quand je suis allée le chercher, Louis est venu vers moi et il m'a tenu la main jusqu'à la salle d'art-thérapie. Ensuite, il a regardé la palette, est venu vers moi pour mettre la blouse, a pris une feuille et a essayé de l'accrocher. Il est allé chercher un pinceau et a commencé à peindre. Une fois qu'il avait fini sa production, il a souhaité la décrocher et l'emmener dans sa salle. Je lui ai alors expliqué qu'il récupérerait ses œuvres bientôt. Ensuite il est allé se laver les mains et les pinceaux, et nous sommes retournés dans la salle. Louis m'a exprimé le désir de faire une autre production en prenant une nouvelle feuille.

► Items d'observation :

Intention

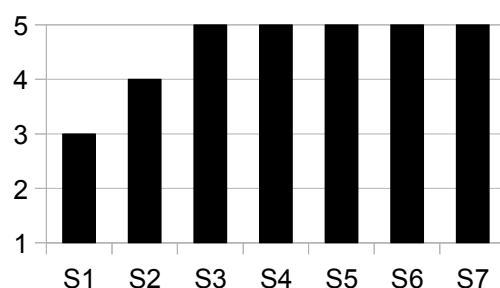
Quand je viens le chercher		Dans la salle		Intérêt pendant la production	
5	Se dirige seul vers moi	5	Prend seul l'initiative de commencer	5	Montre un grand enthousiasme
4	Attend que je vienne vers lui	4	Attend une consigne	4	Accepte de peindre sans enthousiasme
3	Vient après stimulation	3	Fait autre chose	3	Est réservé
2	Exprime qu'il ne désire pas venir	2	Reste en retrait et ne souhaite pas produire	2	Ne montre aucun intérêt
1	Est absent	1	Ne souhaite pas rester	1	Refuse de peindre

Graphique relatant les intentions de Louis lorsque je viens le chercher dans sa section :



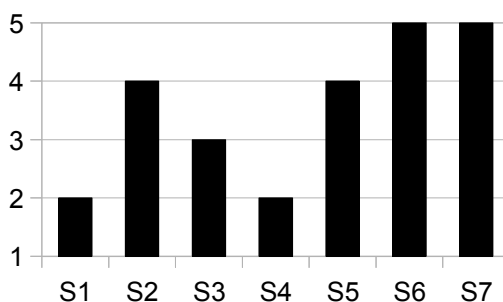
Nous pouvons observer que Louis, au fur et à mesure des séances, est venu de façon autonome et spontanée vers l'art-thérapeute. Ainsi, Louis était en confiance.

Graphique relatant les intentions de Louis lorsqu'il entre dans la salle d'art-thérapie :



Louis a pris très vite ses marques au sein de l'atelier et a été très vite autonome dans la préparation de la pratique picturale (mise de la blouse, installation de la feuille, choix du pinceau).

Graphique relatant les intérêts que Louis porte à la production de peinture :

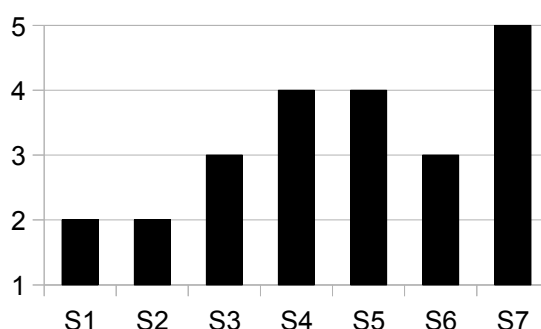


Louis est un enfant très dynamique qui présente une durée d'attention assez courte. Les séances étaient très irrégulières quant aux intérêts que Louis pouvait exprimer pendant la séance. Certaines fois il souriait et montrait une volonté de peindre, et d'autres fois ne témoignait d'aucun intérêt pour l'activité mais préférait vaquer à d'autres occupations.

Action

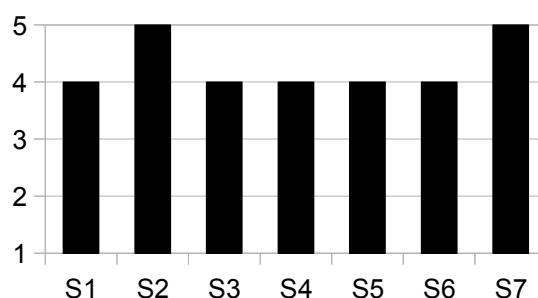
Louis peint		Louis arrive à faire des choix		Concentration		Durée de la séance	
5	Pendant toute la séance	5	Très souvent	5	Attentif	5	≥ 45 min.
4	>20 min.	4	De temps en temps	4	Moyenne	4	≥ 30 min.
3	<20 min.	3	Rarement	3	Distract	3	< 30 min.
2	Ne peint que très peu	2	Après stimulation	2	Perturbé par un élément extérieur	2	≤ 15 min.
1	Ne peint pas	1	Non	1	Aucune	1	nul

Graphique relatant le temps que Louis a passé à peindre :



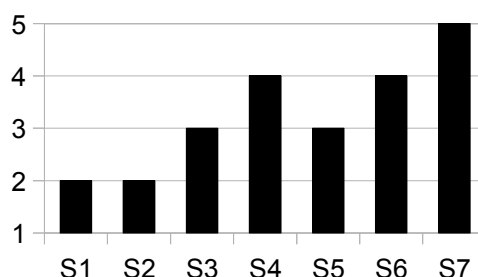
Louis, avec le temps, a peint de plus en plus longtemps en restant de plus en plus concentré. Cela est très positif pour Louis, car au début de la prise en charge, les éducateurs m'avaient indiqué que Louis était un enfant peu attentionné et qu'il fallait changer d'activité très souvent (pas plus de dix minutes d'attention).

Graphique relatant les choix que Louis arrive à faire :



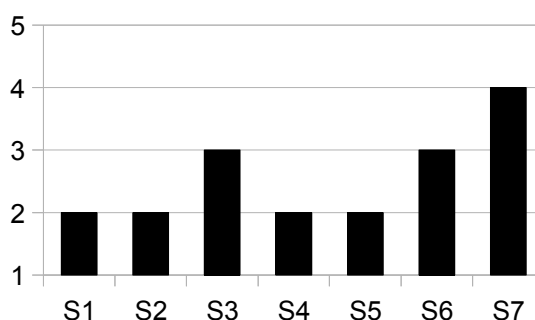
Louis est un enfant qui, dès le début de la prise en charge, a su exprimer des choix et se faire comprendre. Malgré la difficulté de communication dû à sa culture portugaise, Louis sait s'affirmer.

Graphique relatant la concentration de Louis pendant les séances :



Au début de la prise en charge, Louis n'était pas du tout concentré et préférait jouer et manipuler tous les objets présents dans la pièce plutôt que de peindre. Au fur à mesure du temps et des séances, Louis s'est intéressé à la peinture et s'est appliqué à manipuler le matériel mis à disposition.

Graphique relatant la durée de la séance :



Louis présentait des problèmes de concentration, ainsi les séances ne duraient généralement pas plus de trente minutes. La durée des séances variait en fonction de la disponibilité de Louis.

Production :

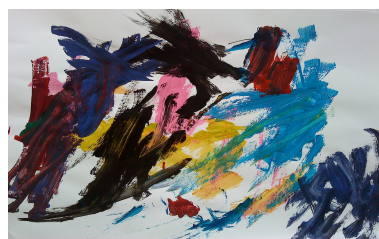
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Louis exprime qu'il a terminé sa peinture	non	non	non	+/-	oui	oui	+/-
Nombre de productions	1	1	1	2	1	1	2

Louis aimait peindre, mais cela ne durait pas longtemps. Lors de la première séance, j'ai commencé à peindre sur une feuille placée à côté de la sienne, et Louis est venu, intrigué, peindre sur ma feuille et n'a pas voulu peindre sur la sienne.

Voici les différentes productions réalisées par Louis . Lors de la séance une, Louis est venu peindre sur ma feuille ainsi qu'à la séance quatre, où il m'a exprimé le désir que je peigne avec lui, sur la même feuille. ²⁷



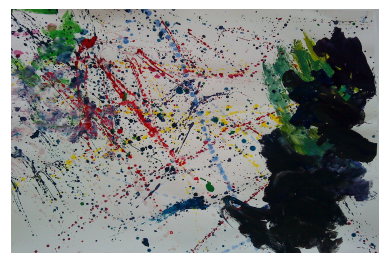
S1



S2



S3



S4



S4



S5



S6



S7



S7

²⁷ Les productions ont été diffusées après accord du jeune.

Au regard de l'opération artistique :

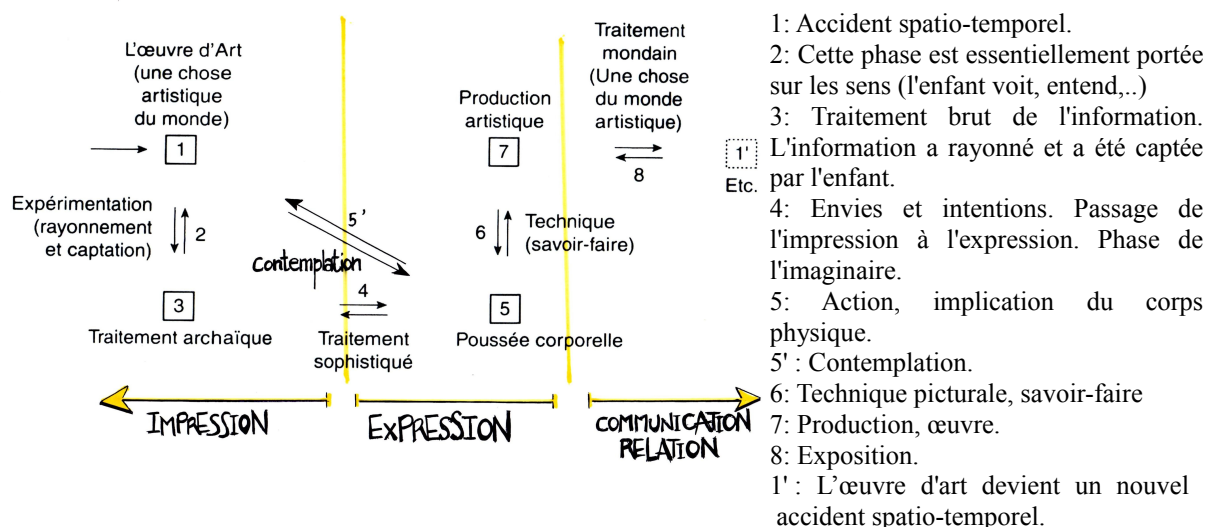


Schéma de l'opération artistique utilisé pour évaluer les mécanismes humains impliqués pendant la prise en charge de Louis.

Louis est un enfant très distrait qui n'arrive pas à se concentrer sur une activité. L'objectif est de l'aider à se poser et à s'intéresser à une activité qui est la peinture. J'arrête mon attention sur les phases 1 et 2 afin que Louis s'intéresse au matériel proposé. Louis me voit peindre et l'observe (2). Louis est intrigué et va vers la table-palette afin de prendre de la peinture (4 et 5). Avec le temps, Louis prend seul l'initiative de prendre la peinture et de peindre sur sa feuille (5, 6, 7). Je propose ensuite à Louis de prendre un temps de recul sur sa peinture et qu'il soit contemplateur afin de pouvoir exprimer s'il a terminé ou non sa peinture (5'). Louis se recule mais part directement vers une autre activité (1).

Bilan des séances :

Louis était un enfant très agité au début des séances d'art-thérapie, il n'arrivait pas à se concentrer à cause de certains éléments parasites présents dans la salle. Il n'était pas du tout attentionné et s'éparpillait vers d'autres activités.

Au fur et à mesure des séances, Louis a compris que l'atelier était un moment d'expression où je lui permettais d'avoir un moment privilégié avec un adulte. Il a ainsi réussi à se concentrer sur l'activité et venait à la fin juste pour peindre et non pour tenter d'explorer l'ensemble de la salle.

Il a fallu du temps pour que Louis apprenne à me connaître, mais pendant les trois dernières semaines, lorsque Louis me voyait, il me demandait si je venais le chercher pour la peinture. Cet atelier est très intéressant pour Louis. Au niveau de la production, Louis a la capacité de faire des mélanges dans un pot que je lui donnais. Il a toujours choisi de placer sa feuille horizontalement, non pas par hasard mais pour pouvoir accrocher les punaises dans les coins en haut de la feuille (Louis est de petite taille).

Je pense qu'il serait très intéressant pour Louis de continuer l'atelier l'année prochaine sur une durée plus longue (un ou deux ans minimum). Louis a beaucoup de choses à extérioriser et paraît prendre du plaisir à pratiquer la peinture.

Au niveau de la production artistique, il est plus intéressant que le jeune peigne seul et que l'art-thérapeute prenne une autre feuille pour l'accompagner.

Bilan remis à l'équipe éducative :

Louis s'est montré intéressé par l'atelier et a pris des initiatives. Lors de la première séance, Louis était très dispersé et ne semblait pas se préoccuper de l'activité. Au fur à mesure des séances, Louis s'est impliqué dans l'atelier, installant lui-même sa feuille et exprimant le désir de commencer à peindre. Il s'est approprié l'atelier et semblait prendre du plaisir à venir. L'objectif mis en place a été partiellement atteint mais une prise en charge sur le long terme serait nécessaire.

b. Ugo est un adolescent polyhandicapé.

Ugo est né le 15 novembre 1990. Il est polyhandicapé et présente des troubles épileptiques. Ugo se déplace à l'aide d'un fauteuil roulant.

Lorsqu'Ugo fait des chutes, il s'agit de cataplexie, qui est une *"dissolution brutale du tonus de posture et inhibition complète de la motilité volontaire responsable de chutes brusques, en l'absence de tout trouble de la conscience. Elle survient en plein éveil et dure de quelques secondes à quelques minutes. Elle peut être déclenchée par un facteur émotionnel, notamment le rire."*²⁸

Ugo est patient, persévérant et fait preuve d'une motricité fine. Lors d'un travail individuel, il se montre attentif et sérieux mais montre des difficultés en groupe, son attention est vite perturbée.

Ugo n'oralise pas, mais parle très bien le makaton, il connaît cent soixante dix gestes.

Ugo a actuellement 20 ans et est en attente d'une place dans un secteur adulte (Maison d'Accueil Spécialisée). Comme il sait qu'il doit partir, il se trouve dans un mal-être momentané. De plus, il va aller dans un internat (ce qui est nouveau pour lui). Ugo est très fatigable.

Les objectifs éducatifs :

- les activités de stimulation sont maintenues en attente d'une orientation dans un établissement de secteur adulte ;
- préparer son orientation.

Ugo vient à l'atelier d'art-thérapie à dominante peinture à raison d'une heure par semaine, en séance de groupe, avec deux autres adolescentes. Mes objectifs thérapeutiques sont les suivants :

- développer sa concentration lors d'un travail en groupe ;
- développer son expressivité artistique.

► Déroulement des séances :

Ugo vient en séance d'art-thérapie les mercredis à 13h30, après le repas. Il participe à l'atelier avec deux autres adolescentes d'une autre section.

28 Définition inscrite dans le dossier éducatif d'Ugo

S0 (rencontre) : J'ai passé une journée dans la section d'Ugo (poly). Lors de cette journée, j'ai participé à un temps musique le matin mis en place par l'éducatrice, puis il y a eu le temps du repas et l'après-midi était davantage un temps de repos/sieste pour certains, et balade dans la cours de l'IME.

S1 : Je suis allée chercher Ugo dans sa section, il dormait. Son éducatrice l'a amené à quatorze heures dans la salle d'art-thérapie. Les deux autres filles étaient en train de peindre. J'ai installé Ugo devant une feuille posée sur un chevalet. Je lui ai mis une blouse et j'ai tenté d'emmener Ugo à la palette de peinture et le ramener vers la feuille mais les navettes étaient très compliquées. J'ai donc établi une palette papier où j'ai indiqué toutes les couleurs présentes que je montre à Ugo. Celui-ci m'indique avec son doigt quelle couleur il souhaite et je lui amène le pot. Ugo peint avec un pinceau adapté. Ugo a été beaucoup dans l'observation de ses camarades, il n'a pas beaucoup peint.

S2 : Je suis allée chercher Ugo, et je l'ai installé dans l'atelier. Ugo a passé beaucoup de temps à regarder ses camarades. Ugo sourit beaucoup. Il n'a pas peint mais était dans la contemplation.

S3 : Ugo était couché quand je suis allée le chercher. Réveillé de sa sieste, je lui ai demandé s'il souhaitait se lever pour venir avec moi à l'atelier et il m'a fait un signe de tête affirmatif. Ses éducateurs l'ont installé dans le fauteuil et je l'ai amené à la séance.

Pendant la séance, Ugo n'a pas beaucoup peint mais est beaucoup resté dans l'observation. Il imite les gestes que font ses camarades et me sollicite pour me montrer ce qu'il fait.

Lorsque nous allons nous laver les mains, une de ses camarades l'a aidé volontairement à exécuter cette tâche, ce qui a semblé plaire à Ugo (il a souri).

S4 : Ugo était absent.

S5 : Ugo s'est montré dans l'observation. Ugo prend plaisir à participer à l'activité.

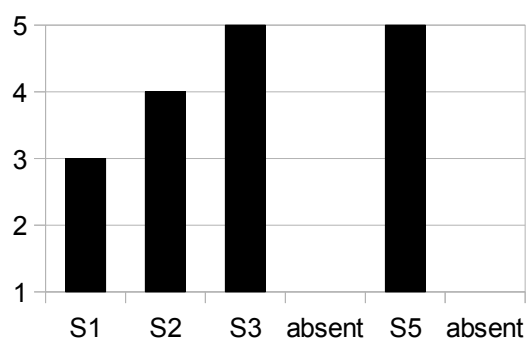
S6 : Ugo est absent.

► Items d'observation :

Intention

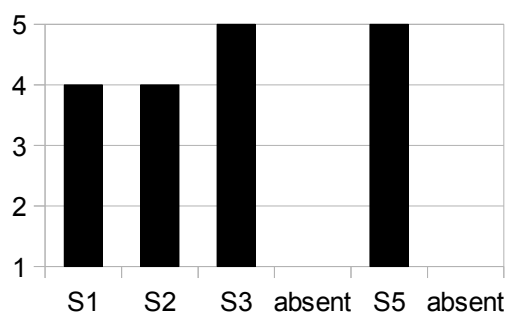
Quand je viens le chercher		Dans la salle		Intérêt pendant la production	
5	Me regarde	5	Exprime l'envie de commencer	5	Montre un grand enthousiasme
4	Ne me regarde pas	4	Attend que je vienne vers lui	4	Accepte de peindre sans enthousiasme
3	Vient après avec son éducateur	3	Est passif	3	Est réservé
2	Est occupé à autre chose	2	Reste en retrait et ne souhaite pas produire	2	Ne montre aucun intérêt
1	Est absent	1	Ne souhaite pas rester	1	Refuse de peindre

Graphique relatant les intentions d'Ugo lorsque je viens le chercher dans sa section :



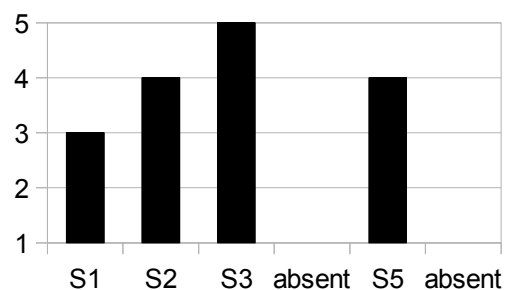
Ugo est un adolescent qui aime le contact avec les autres. Il a très vite montré par le regard et le sourire un intérêt pour l'atelier. Il aime beaucoup que l'on s'intéresse à lui.

Graphique relatant les intentions d'Ugo lorsqu'il entre dans la salle d'art-thérapie :



Ugo est quelqu'un qui peut rester discret dans la non participation. Ainsi, il me semble important de le stimuler et de le rendre participatif. Cependant, Ugo est très enjoué d'être à l'atelier (rires, mouvements agités des bras) et exprime ainsi l'envie de peindre.

Graphique relatant les intérêts qu'Ugo porte à la production de peinture :

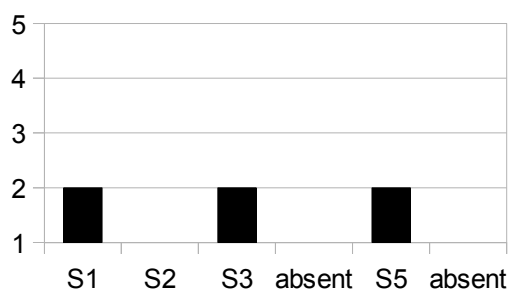


Ugo accepte de prendre un pinceau et de le tremper dans un pot de peinture de la couleur qu'il aura choisie.

Action

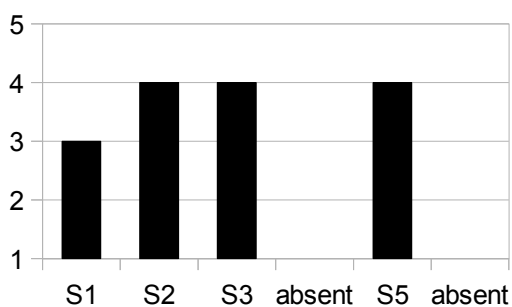
Ugo peint		Ugo arrive à faire des choix		Concentration		Durée de la séance	
5	Pendant toute la séance	5	Très souvent	5	Attentif	5	≥ 45 min.
4	>20 min.	4	De temps en temps	4	Moyenne	4	≥ 30 min.
3	<20 min.	3	Rarement	3	Distractif	3	< 30 min.
2	Ne peint que très peu	2	Après stimulation	2	Perturbé par un élément extérieur	2	≤ 15 min.
1	Ne peint pas	1	Non	1	Aucune	1	nul

Graphique relatant le temps qu'Ugo a passé à peindre :



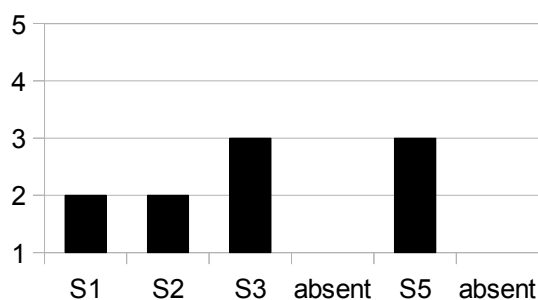
Ugo ne peint que très peu lors des séances et passe beaucoup de temps à observer ses camarades.

Graphique relatant les choix qu'Ugo arrive à faire :



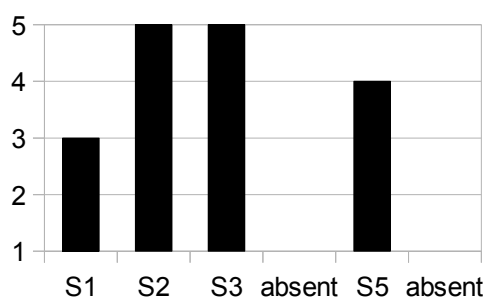
Ugo choisit lui-même les couleurs avec lesquelles il souhaite peindre.

Graphique relatant la concentration d'Ugo pendant les séances :



La concentration d'Ugo au regard de l'atelier peinture est assez réduite. Cependant, il peut rester très longtemps dans l'observation.

Graphique relatant la durée de la séance :



Les séances duraient généralement la totalité du temps imparti. Ugo n'a pas exprimé le désir de rentrer au sein de sa section.

Production :

	S1	S2	S3	absent	S5	absent
Ugo exprime qu'il a terminé sa peinture	non	non	non		non	
Nombre de productions	1	0	1		1	

Ugo n'a jamais exprimé que sa peinture était terminée, la fin de la séance déterminait la fin de la peinture.



S1



S3



S5

Au regard de l'opération artistique :

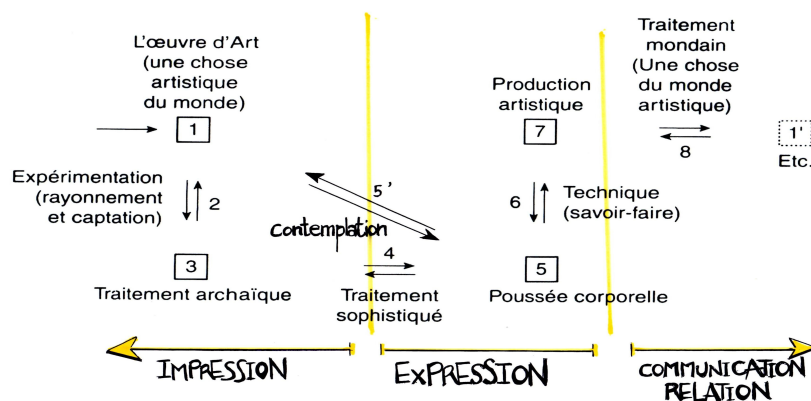


Schéma de l'opération artistique utilisé pour évaluer les mécanismes humains impliqués pendant la prise en charge d'Ugo.

Ugo est un adolescent qui aime le contact avec autrui mais a du mal à se concentrer dès qu'il y a d'autres personnes autour de lui. J'ai très vite remarqué qu'Ugo savait utiliser un pinceau, prendre de la peinture et la poser sur la feuille. Il choisissait également la couleur qu'il souhaitait prendre, mais une fois le pinceau imprégné de peinture, Ugo pouvait très bien la poser sur la feuille tout en regardant de l'autre côté ses camarades. Ainsi, il allait sans problème du 1 au 5 et empruntait le 5', c'est à dire la contemplation. Il y avait expression mais celle-ci n'était aucunement maîtrisée. Ainsi, le travail s'est porté sur le 6 et 7. Ugo n'est venu que rarement à l'atelier, ainsi le travail n'a pu aboutir.

Bilan des séances :

Ugo n'a pas pu assister à toutes les séances. Malgré cela, lorsqu'Ugo était présent, il avait réellement sa place dans l'atelier au sein du groupe. Il prenait plaisir et le montrait par de nombreux sourires. Il s'est montré actif, arrivant à faire des choix et à interpeller ses camarades lorsqu'il avait envie de montrer quelque chose.

Au niveau de sa production artistique, Ugo, malgré sa raideur due à son handicap, a fait des gestes amples, utilisant quasiment tout l'espace de la feuille. Ugo donne du mouvement à son expression par sa gestuelle et par la couleur.

Cet atelier était intéressant pour Ugo, d'un point de vue relationnel et artistique. Ugo est un adolescent qui aime être en contact avec d'autres jeunes de son âge.

Bilan rendu à l'équipe éducative :

Ugo a semblé prendre du plaisir à venir à l'atelier. Il s'est montré très attentif à ses camarades, étant davantage dans l'observation que dans la production. Ugo a réussi à faire des choix.

Ce type d'expérience me semble intéressante pour lui, mais une durée plus longue d'intervention ainsi qu'une régularité seraient plus judicieuses.

c. Basile est un jeune adulte qui n'a pas l'usage de la parole.

Basile est né le 28 juin 1991. Il vit chez ses parents et a subi à quatre mois une opération cardiaque. Basile est admis au sein de la SETA. Il utilise de nombreux rituels et a un comportement stéréotypé. Basile parle le makaton.

Basile a déjà participé à des ateliers de peinture deux ans auparavant et a ainsi déjà utilisé le matériel de l'IME.

Les objectifs éducatifs de son projet personnalisé sont les suivants :

- être dans un rythme de travail ;
- connaître et utiliser le matériel des ateliers ;
- maintenir sa concentration et sa mobilisation ;
- répondre aux consignes de travail et de sécurité.

Basile vient en séance individuelle d'art-thérapie à dominante peinture à raison de quarante cinq minutes par semaine le jeudi après-midi.

Les objectifs art-thérapeutiques fixés sont les suivants :

- développer sa concentration ;
- enrichir ses capacités motrices et sensorielles.

Avant de prendre Basile en séance, j'ai échangé avec l'animatrice de l'atelier "peinture" sur le comportement de Basile et celle-ci me disait que Basile était enfermé dans des peintures de couleur noire.

Ainsi, un de mes objectifs intermédiaires était que Basile sorte de la couleur noire et puisse expérimenter d'autres couleurs.

Au début de la prise en charge Basile était fasciné par les orages.

► Déroulement des séances :

S0 : J'ai passé une journée dans la section de Basile (SETA). J'ai ainsi pu découvrir le quotidien de cet enfant avec les autres jeunes du groupe et le dynamisme de l'équipe éducative.

S1 : Je suis allée chercher Basile dans sa section, il était en train de jouer. Dès qu'il m'a vue, il a rangé le jeu et nous sommes allés dans la salle de peinture. Arrivés dans la salle, je lui ai mis sa blouse et il a choisi un pinceau. Il a positionné la feuille horizontalement et s'est assis pour peindre. Une fois présenté et expliqué le fonctionnement de la palette, il a pris le pot de peinture noire et s'est installé. Il a peint tout le tour de la feuille. Il m'a exprimé l'envie que je remplisse de peinture le pot vide. Un peu après, il a pris du blanc, puis a repris du noir, en superposant les couleurs sur la feuille. Basile fait des mouvements minutieux avec le pinceau, par petites touches.

La séance s'est interrompue au bout de vingt minutes, par l'entrée du jardinier dans la salle. Basile n'a plus souhaité peindre. Nous avons convenu avec Basile de continuer la peinture la semaine d'après. Nous avons lavé les pinceaux et j'ai ramené Basile dans sa section.

S2 : Basile est venu vers moi et, une fois dans l'atelier, s'est installé seul. Je lui ai proposé de terminer sa peinture entamée la séance précédente, il a souhaité la continuer. A mon grand étonnement, Basile est allé directement vers la couleur bleue. La séance a duré trente minutes, Basile s'est levé lorsque la feuille était entièrement remplie de couleur.

S3 : Basile venait de finir de manger quand je suis allée le chercher. Je l'ai attendu le temps du brossage de dents et nous nous sommes dirigés vers la salle d'art-thérapie. Basile s'est installé et après avoir regardé l'ensemble des pots présents sur la palette, a pris la couleur rose. Il a peint entièrement sa feuille de deux roses différents. La séance s'est interrompue lorsqu'une personne du personnel de l'IME est entrée dans la salle. Basile a souhaité partir de l'atelier.

S4 : Basile est retourné dans le gris/noir.

S5 : Basile m'a beaucoup parlé de l'orage, imitant le geste et le bruit car il y en avait eu la veille au soir.

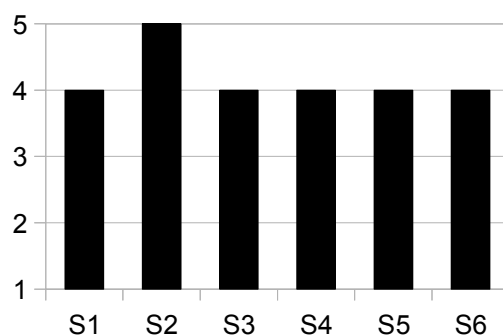
S6 : Basile était en train de jouer à un jeu de société quand je suis venue dans sa salle. Il a vu que j'étais là et a directement rangé le jeu. Nous nous sommes dirigés vers l'atelier. Une fois la blouse mise et la feuille positionnée, Basile a choisi un pinceau, a pris le pot de peinture noire et s'est assis sur la chaise devant la feuille. Il est resté quelques minutes statique, le regard dans le vide, puis il a commencé à peindre. Très vite, Basile a repositionné le pot noir et a pris le rose. Pendant la séance, un professionnel est entré dans la salle afin de prendre un papier, Basile a cessé de peindre et n'a repris que lorsque celui-ci était parti. Basile semble fatigué.

► Items d'observation :

Intention

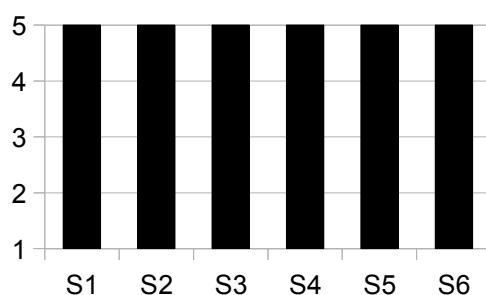
Quand je viens le chercher		Dans la salle		Intérêt pendant la production	
5	Se dirige seul vers moi	5	Prend seul l'initiative de commencer	5	Montre un grand enthousiasme
4	Attend que je vienne vers lui	4	Attend une consigne	4	Accepte de peindre sans enthousiasme
3	Vient après stimulation	3	Fait autre chose	3	Est réservé
2	M'exprime qu'il ne désire pas venir	2	Reste en retrait et ne souhaite pas produire	2	Ne montre aucun intérêt
1	Est absent	1	Ne souhaite pas rester	1	Refuse de peindre

Graphique relatant les intentions de Basile lorsque je viens le chercher dans sa section :



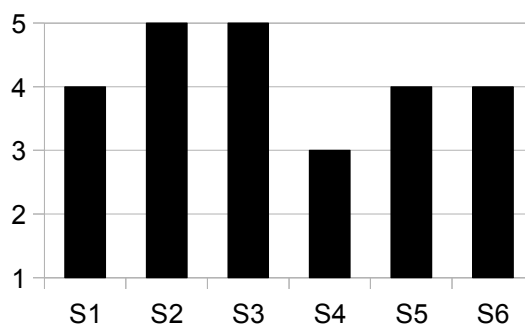
Basile avait participé à ce type d'atelier pendant deux ans auparavant. Ainsi, il connaissait très bien le fonctionnement. Lorsque j'allais le chercher, il était la plupart du temps en train de faire un jeu, il me voyait et rangeait spontanément le jeu. Il me montrait également à chaque fois Hélem du doigt avant de quitter la séance. Hélem est une jeune fille qui est dans sa section. L'équipe éducative m'a indiqué que Basile était amoureux d'Hélem.

Graphique relatant les intentions de Basile lorsqu'il entre dans la salle d'art-thérapie :



Basile savait parfaitement utiliser le matériel proposé. Ainsi, il était complètement autonome.

Graphique relatant les intérêts que Basile porte à la production de peinture :

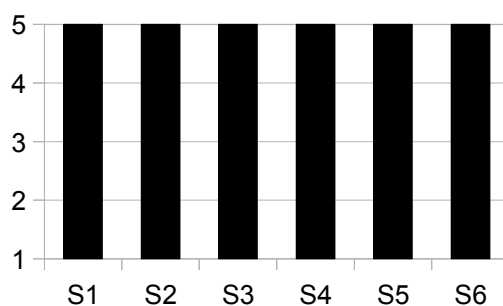


La manifestation des intérêts que Basile portait à sa production ont été très variables.

Action

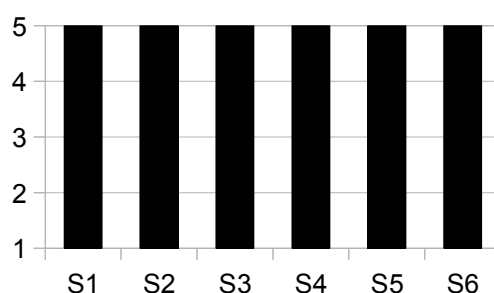
Basile peint		Basile arrive à faire des choix		Concentration		Durée de la séance	
5	Pendant toute la séance	5	Très souvent	5	Attentif	5	≥ 45 min.
4	>20 min.	4	De temps en temps	4	Moyenne	4	≥ 30 min.
3	<20 min.	3	Rarement	3	Distract	3	< 30 min.
2	Ne peint que très peu	2	Après stimulation	2	Perturbé par un élément extérieur	2	≤ 15 min.
1	Ne peint pas	1	Non	1	Aucune	1	nul

Graphique relatant le temps que Basile a passé à peindre :



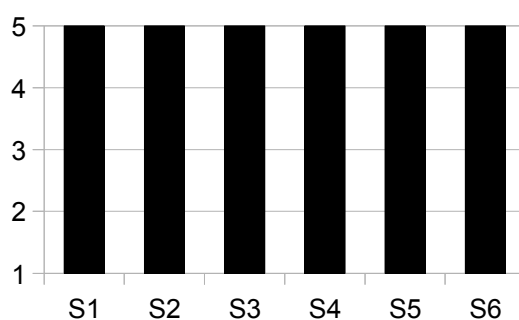
Basile entrait dans la salle, s'asseyait et passait la séance concentré sur sa peinture.

Graphique relatant les choix que Basile arrive à faire :



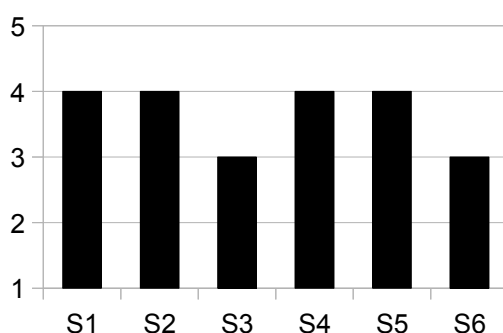
Basile savait exactement quelle couleur il souhaitait prendre et il souhaitait toujours placer sa feuille horizontalement.

Graphique relatant la concentration de Basile pendant les séances :



Basile était très concentré, passant ses séances à peindre la totalité de la feuille.

Graphique relatant la durée de la séance :



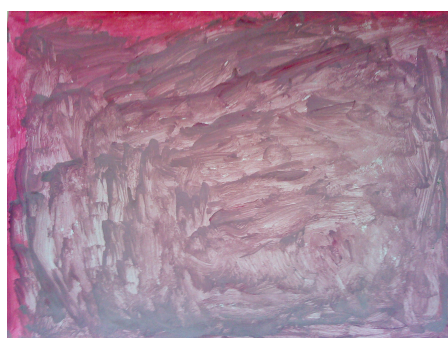
La durée des séances était variable en fonction du temps de production de Basile. Lorsqu'il avait terminé, il me montrait systématiquement la porte.

Production :

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
B. exprime qu'il a terminé sa peinture	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Nombre de productions	0,5	0,5	1	1	1	1



S1 et S2



S3



S4



S5



S6

Au regard de l'opération artistique :

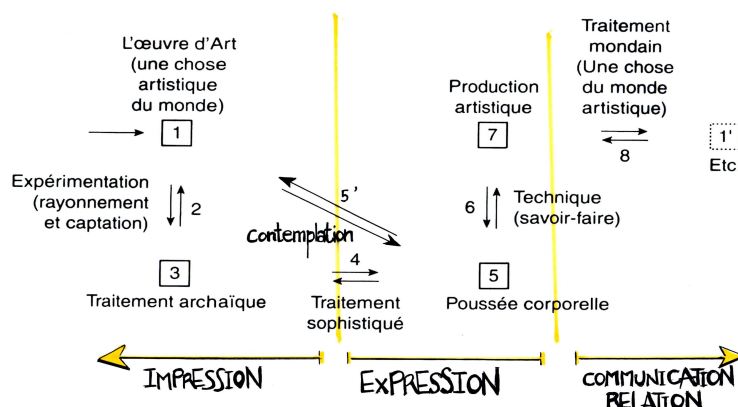


Schéma de l'opération artistique utilisé pour évaluer les mécanismes humains impliqués pendant la prise en charge de Basile.

Mon objectif premier pour Basile était de développer sa concentration. Mais au fur et à mesure des séances, j'ai pu observer que Basile était très concentré devant sa feuille. Il avait l'habitude de l'atelier et peignait de manière automatique, sans avoir besoin de lui rappeler les consignes. Ainsi, j'ai préféré travailler sur ses rituels. En effet, Basile a de nombreux rituels tels que l'orage dont il fait régulièrement le bruit et montre le ciel. Lors d'un précédent atelier encadré par une professionnelle, Basile peignait exclusivement sa feuille en noir. Ainsi, à la première séance, j'ai observé Basile, il prenait la couleur noire et peignait sa feuille. J'ai donc concentré le travail sur ce point : montrer à Basile qu'il existe d'autres couleurs. Je pense que Basile, à la première séance, se situait dans le 3, il prenait la couleur sans même observer les autres, comme une évidence, et passait directement au 5, c'est à dire à l'action de peindre. Nous avons donc travaillé sur le 4, sur le fait que Basile voit les autres couleurs possibles et qu'il expérimente celles-ci. A mon grand étonnement, dès la deuxième séance Basile a pris seul l'initiative de peindre en bleu.

Bilan des séances :

Basile est un jeune qui était habitué à l'atelier, il y a participé deux ans auparavant. Basile était toujours très concentré et autonome dans sa production.

Ce qui est très intéressant d'un point de vue de la réalisation artistique, c'est que Basile peint la totalité de ses feuilles et ne part de la salle que lorsque tout est rempli. Il commence à peindre le tour de la feuille, comme pour faire un cadre, et se recentre petit à petit vers l'intérieur. Il a toujours besoin de prendre le pot de peinture noire, puis change de couleur.

Les stéréotypies de Basile ne sont apparues qu'au départ et à la fin de l'atelier mais pas en train de peindre.

Nous pouvons également remarquer que l'intrusion d'une personne extérieure à l'atelier lors de la séance perturbe beaucoup Basile. L'institution doit prendre en compte cela et donc apprendre qu'un atelier d'art- thérapie n'est pas seulement une salle de peinture mais qu'il est un espace de travail qui ne doit pas être perturbé lorsqu'une séance est en cours.

Bilan rendu à l'équipe éducative :

L'atelier a été très intéressant pour Basile, qui a exprimé du plaisir à y venir. Basile s'est montré très attentif et autonome dans sa production. Il a su faire des choix. Il serait ainsi intéressant de proposer un autre type d'atelier (théâtre, musique, poterie, etc.) permettant à Basile de développer ses fonctions motrices, de découvrir de nouvelles pratiques et de se libérer de ses habitudes.

4. Ma pratique art-thérapeutique a été évaluée par l'équipe pluridisciplinaire.

Ce stage en IME m'a permis de mettre en pratique l'ensemble des théories étudiées pendant deux ans à l'école d'art-thérapie de Tours (AFRATAPEM). Mon intervention de deux mois et demi était relativement courte. Après avoir pris du recul quant à la cohérence de mes prises en charge je me suis aperçue que les objectifs fixés étaient trop larges et impossibles à atteindre en deux mois. La chef de service m'a dit : « *Vous savez, nous ça fait dix ans qu'on travaille sur cet objectif avec ce jeune et on n'y est toujours pas parvenu* ». En effet, des objectifs plus précis et moins ambitieux auraient été plus adaptés.

Cependant, les différents professionnels qui ont pu m'accompagner ont remarqué la pertinence d'une telle intervention au sein de leur établissement. Ce type d'atelier permet aux jeunes d'avoir un temps d'expression pour eux, loin du groupe auxquels ils sont constamment rattachés. Ces prises en charge ont permis aux jeunes de passer un moment agréable dans l'expérimentation d'une nouvelle technique artistique.

Pendant mon stage, j'ai été pénalisé car je n'ai pas instauré dès le début un cadre rigoureux et n'ai pas osé imposer des règles précises. Tout d'abord, le lieu n'était pas adapté à ce genre de prise en charge. Ensuite, les professionnels oubliaient fréquemment de me prévenir lors d'une sortie, ou d'une absence d'un jeune. Le fait que je sois stagiaire a du jouer en ma défaveur vis à vis de certains professionnels. Avec du recul, je pense que j'aurais dû imposer clairement un cadre d'intervention.

Ainsi, j'ai pu me rendre compte de l'importance d'établir un cadre de prise en charge précis, en accord avec l'administration et les professionnels médicaux et éducatifs de l'établissement. L'art-thérapeute doit être vigilant sur l'heure des séances (après le repas, certains font la sieste, d'autres vont à l'école le matin) pour ne pas empiéter sur une autre activité ou une autre prise en charge qui pourrait pénaliser le jeune. Le cadre, c'est aussi un lieu, une ambiance, une relation de confiance qui s'établit entre le professionnel et le patient, et tout cela doit s'organiser en établissant des règles que l'art-thérapeute doit garder en mémoire et partager avec l'équipe. Ce cadre permet également d'être crédible auprès des professionnels.

C'est principalement ce point qui a été le plus problématique lors de mon stage, j'ai souhaité consacrer la dernière partie de mon mémoire à une réflexion sur l'importance du cadre pour le patient et pour l'art-thérapeute. Ce n'est pas uniquement celui de la prise en charge mais aussi dans le domaine professionnel. En effet, l'art-thérapie est régie par un code de déontologie des art-thérapeutes.

III. Le cadre est un élément fondamental pour le patient et l'art-thérapeute.

J'ai souhaité terminer ce mémoire par une réflexion sur la déontologie (cadre professionnel) et l'éthique (valeurs morales) en art-thérapie et ainsi souligner l'importance de ce thème. Il ne peut y avoir de travail thérapeutique sans une certaine vision morale de l'être humain et sans l'assimilation de règles dictant des conduites.

1. Un cadre d'intervention est nécessaire.

L'enfant qui vient à une séance d'art-thérapie pour la première fois ne connaît ni les lieux, ni la personne qui l'accueille, ni ce qu'il va faire pendant la séance. Même si préalablement j'ai pris le temps d'observer et de rencontrer les personnes dans les sections et d'expliquer à chacun ce que nous allons faire ensemble, c'est une nouvelle activité qui leur est proposée. De plus, certains enfants ont beaucoup de prises en charge pendant la semaine et sont amenés à rencontrer de nombreuses personnes (à l'IME, beaucoup de stagiaires et de remplaçants viennent au sein de la structure). Ainsi, les enfants ont besoin de temps et de repères précis pour se rendre disponible pour l'activité.

« La confusion, le chaos des espaces, constituent peut-être le phénomène le plus anti-thérapeutique qui soit. »²⁹

a. Un espace sécurisant est indispensable.

Je pense avec l'expérience de mon stage qu'il est très important de bien choisir l'endroit où se déroulent les séances d'art-thérapie. Tout d'abord, la salle doit être un lieu spécifique à la pratique de l'art thérapie. Il est difficile de partager la salle avec un autre professionnel. Le jeune doit savoir à quoi cette salle est dédiée. Mettre en place des repères précis quant au lieu de l'atelier me paraît très importants. Ensuite, l'atelier ne doit pas être trop grand. Une petite salle est suffisante afin de permettre à l'enfant de se sentir en sécurité et de pouvoir se plonger dans sa peinture sans être perturbé par des éléments extérieurs. La pièce ne doit être ni trop petite (afin de pouvoir évoluer dedans), ni trop grande. Dans une salle trop grande, on se perd. Si cette salle est grande, soit elle contient trop de choses, donc le patient risque de ne plus savoir se repérer, soit elle est extrêmement vide, auquel cas cela peut être déstabilisant.

Il est également important d'informer le personnel de l'endroit où se déroulent les séances d'art-thérapie et de l'importance de ne pas intervenir dans cette salle au cours d'une séance. Au début de mon stage, un rideau opaque obstruait la porte vitrée, mais je n'avais pas mis de mot précisant « Séance d'art-thérapie ». Ainsi, plusieurs personnes sont entrées pendant qu'un jeune était en train de peindre. J'ai tout de suite senti une gêne de la part du professionnel, mais surtout chez l'enfant. La concentration est perdue, et quelquefois l'enfant n'a plus envie de peindre, peut être avec un sentiment de trahison.

29 Darrault Ivan, Klein Jean-Pierre, *Pour une psychiatrie de l'ellipse, les aventures du sujet en création*, Paris, Ed. PUF, 1993, p.101.

Dès son entrée dans la salle, l'enfant doit se sentir à l'aise et je pense qu'un aménagement simple est bien pour cela. Juste le nécessaire, pas de superflu.

Il n'y a pas besoin de choses qui encombrent l'œil, qui peuvent l'intriguer. Pendant mon stage, une photocopieuse était dans la salle. Je n'avais pas anticipé que cela pourrait être gênant et pourtant, lors de la première séance, un enfant a passé les trois quart de la séance à jouer avec celle-ci, ne répondant pas à ce que je pouvais lui dire. Ainsi, moins il y a d'objets parasites, plus la concentration sera portée sur la création.

Je pense que la salle idéale serait une salle strictement réservée à l'atelier d'art-thérapie, permettant de laisser le matériel en place, sans avoir peur de la salir. Les murs peints par les traces d'activité des enfants, pourraient contribuer à l'ambiance de la pièce. Si l'enfant n'a pas peur de faire tomber de la peinture, il sera davantage disponible pour lâcher prise sur la feuille.

Arno Stern, dans son livre *Les enfants du Closlieu*³⁰, nous parle d'un espace de création clos, sans fenêtre, favorisant ainsi l'expression. Cet espace permet de se recentrer sur soi-même. De plus, avec la table-palette, chaque enfant est autonome dans l'activité. Il peut aller et venir entre la table-palette et sa feuille comme il le désire.

L'espace de la feuille est également très important. Il faut choisir le bon format, ni trop petit, ni trop grand, afin que le patient puisse se libérer mais ne soit pas noyé dans l'espace de la feuille blanche. Le centre de la feuille, pour un regard global, doit se situer au niveau des yeux de l'enfant.

b. Une prise en charge régulière est nécessaire.

Comme nous l'avons dit précédemment, l'enfant qui vient en séance d'art-thérapie a besoin de repères. C'est une nouvelle activité qui intervient dans son quotidien et l'enfant doit prendre le temps de l'intégrer.

En IME, les enfants ont des emplois du temps organisés sur une semaine, et celui-ci se répète toutes les semaines pendant l'année. Entre les prises en charge médicales, paramédicales, les temps de classe, leur semaine est souvent bien chargée. Alors, pour que l'art-thérapie ait du sens pour eux et pour l'art-thérapeute, il est nécessaire que les séances soient régulières. La fréquence d'une fois par semaine me semble intéressante.

Un suivi dans le temps et dans la durée est important afin d'obtenir de meilleures observations et une meilleure évolution.

c. L'art-thérapeute doit être disponible pour le patient.

- Avant la séance :

Avant de commencer les prises en charge, il est nécessaire de prendre un temps de rencontre avec les professionnels de l'établissement afin de se présenter, de leur parler du métier d'art-thérapeute, de ce que l'on souhaite mettre en place et de répondre à leurs interrogations.

30 Arno STERN, *Les enfants du Closlieu*, éditions Hommes et Groupes, 1989, Paris.

Chaque professionnel référent de chaque section m'a indiqué les jeunes qu'ils souhaitent faire participer à l'atelier d'art-thérapie. J'ai pris le temps d'observer chaque jeune dans son quotidien et nous avons ensuite convenu d'une prise en charge en individuel ou en groupe.

Très souvent, les jeunes que l'on m'indiquait n'étaient pas ceux qui en avaient nécessairement le plus besoin mais plutôt ceux qui savaient tenir un pinceau et arrivaient physiquement à s'exprimer par le biais de la peinture.

Ainsi, il est important de bien préciser aux équipes que l'art-thérapie n'est pas un atelier d'animation par la peinture, qu'il s'agit bien d'un métier paramédical qui utilise l'art dans un processus thérapeutique.

Ensuite, j'ai pris le temps de lire chaque dossier éducatif. Les professionnels de l'établissement m'ont laissé le choix de consulter ou non les dossiers, mais cette consultation m'a paru utile, cela me mettait davantage en confiance et me permettait plus facilement d'établir un objectif art-thérapeutique. J'ai rencontré par la suite les paramédicaux par le biais d'une réunion mensuelle, je leur ai présenté les objectifs mis en place pour chaque jeune, et après approbation de l'équipe, j'ai pu commencer mes séances.

J'ai choisi d'aller chercher chaque enfant dans sa section au début de l'atelier afin de faire connaissance avec l'enfant. La rencontre et le temps de relation entre le patient et l'art-thérapeute peut être long et délicat, ainsi, le fait d'aller chercher le jeune dans son univers me permet de passer du temps avec lui dans un autre contexte : le temps d'accompagnement. Ce moment peut paraître anodin mais cela permet de voir très rapidement si le jeune est réceptif, disponible, content ou non. C'est un moment privilégié avec le jeune.

Ce temps d'accompagnement est très intéressant car il permet de travailler les transitions d'une activité à l'autre, ce qui est difficile pour beaucoup de jeunes.

Une jeune fille me dit à chaque fois que je vais la chercher : « *C'est l'heure de maman ?* ». Ainsi, on se rend vite compte que les notions temporelles ne sont pas du tout intégrées. De plus, l'art-thérapeute doit être rassurant car on emmène le jeune dans un nouvel univers où l'on a le droit de s'exprimer sans que rien ne sorte de la salle, et sans la présence des professionnels de l'établissement, ni des parents : personne ne voit les productions réalisées.

- Pendant la séance :

J'ai pu remarquer pendant les séances que chaque enfant possède un rythme différent de travail, ainsi qu'une concentration et une disponibilité variables. Ainsi, il me semble important que l'art-thérapeute puisse s'adapter à chaque moment de la séance. En effet, chaque séance est différente, car chaque réalisation est différente d'un enfant à l'autre, d'une séance à l'autre. Cela est d'autant plus intéressant qu'il est ainsi possible de noter une évolution dans les productions des enfants, et de pouvoir cerner, par le biais des peintures, si l'enfant était disponible pendant l'atelier ou non.

L'art-thérapeute est celui qui observe, mais également celui qui va animer l'atelier, celui qui va mettre le jeune en confiance afin qu'il puisse entrer dans une expression et une libération presque totale. Dès que l'art-thérapeute est fatigué, moins disponible pour le patient, cela se ressent pendant la séance et le jeune prendra moins de plaisir à peindre. Une barrière pourrait ainsi se créer entre le professionnel et le patient. Il est donc nécessaire de se montrer disponible et impliqué dans l'atelier. Le but de l'art-thérapie n'est pas juste que l'enfant peigne, mais qu'il prenne du plaisir en peignant.

Le plaisir n'est pas seulement dans l'action de peindre, mais dans l'intention qu'il met dans cette peinture et ainsi, cela se ressent dans sa production.

A chaque séance, la même consigne est donnée. Il est préférable que l'enfant se concentre sur une même technique de peinture, sur un même format, en réalisant ce qu'il souhaite. Ainsi sa technique artistique, en se perfectionnant, lui permettra d'obtenir une expression qui lui est propre. Si je lui propose trop de possibilités, l'enfant va se perdre dans les différentes techniques, les différents supports et ne pourra pas se concentrer sur lui. Ainsi les séances d'art-thérapie deviendront des ateliers d'animation artistique. « *Le langage plastique possède une grammaire commune à tous les enfants, mais l'usage qu'ils en font pour l'expression de leurs préoccupations intimes est tout à fait propre à leur personnalité.* »³¹

Une fois qu'un enfant a terminé sa peinture, je ne lui demande pas de me raconter ce qu'il a peint. Cela lui appartient et, avec les enfants qui étaient présents à l'atelier, l'expression verbale était souvent très compliquée. Ainsi, je pense que leur réalisation était justement l'expression de tout ce qu'ils ne peuvent pas dire avec des mots.

- Après la séance :

A la fin de chaque séance, je raccompagne le jeune dans sa section. C'est un moment privilégié où il me confie s'il a passé, ou non, un agréable moment et me parle sur la suite de la journée. Certains jeunes aiment à savoir quels enfants je vais prendre par la suite, ils me posent diverses questions auxquelles je prends le temps de répondre.

Ensuite, je m'accorde un temps après chaque séance pour remplir la fiche d'observation de l'enfant. J'ai remarqué que si je ne remplis pas la fiche aussitôt, de nombreux éléments m'échappent, parasités par l'attention donnée à la séance suivante. Après avoir noté les observations, je range la peinture de l'enfant dans un placard utilisé seulement à cet effet. A chaque fois que je déplace une production, je fais attention qu'il n'y ait personne dans les couloirs car il me semble très important que seuls le jeune et l'art-thérapeute voient les productions. C'est une condition mise en place avec les jeunes que je tenais à respecter : Si une tierce personne regarde volontairement une production, par curiosité, je ressentirai un sentiment de trahison à l'égard du jeune.

L'art-thérapeute doit être une force rassurante pour la personne accueillie.

d. L'atelier d'art-thérapie doit être un lieu où l'on se sent bien.

Comme nous l'avons vu auparavant, un cadre spatio-temporel rigoureux est très important. L'art-thérapeute joue également un rôle primordial dans le bon déroulement des séances. Mais l'aménagement de la pièce est également un élément qui peut jouer sur l'ambiance et le climat de la séance. Il est nécessaire que le patient soit dans un endroit idéal en confiance pour pouvoir s'extérioriser au maximum sans la moindre gêne ni perturbation extérieure. La moindre petite chose peut déconcentrer le patient.

31 Arno STERN, *Initiation à l'éducation créatrice*, p.110.

La séance d'art-thérapie est un lieu de rencontre, d'échange pendant laquelle le patient devient acteur. Il peut produire comme il le désire, prendre des décisions, choisir selon ses goûts esthétiques. La production du patient deviendra l'axe relationnel avec l'art-thérapeute.

e. Trois règles sont importantes pour une bonne expressivité artistique.

- Personne n'intervient sur la feuille de l'autre.

La feuille, c'est l'espace de création propre à chacun. Cet espace est l'endroit où tout est permis. Elle appartient à la personne. Il n'est donc pas judicieux, dans un atelier d'art-thérapie où l'expression est au centre de la thérapie, de partager cet espace.

Dans des ateliers d'animation peinture, où le seul but est de faire du beau afin de décorer une pièce, il est tout à fait concevable de réaliser une fresque ou un travail en commun. En art-thérapie, la démarche est différente et le patient doit s'évader dans la création. Ainsi, en ayant la trace d'un camarade sur sa feuille, l'expression ne sera pas totale et sera perturbée par cette intervention. L'action est la même pour l'art-thérapeute, si l'art-thérapeute a une couleur, une technique à montrer au patient, il prendra bien soin d'intervenir sur une feuille à côté et non sur la feuille du patient.

- Personne ne juge le travail de l'autre.

L'atelier d'art-thérapie est un espace libre d'expression et de création. Aucun jugement de valeur esthétique est porté sur les productions, cette règle est rappelée aux patients en début de prise en charge.

C'est une des spécificités de l'art-thérapie. Dans tous les autres ateliers d'art, l'enfant fait une production pour la ramener à la maison et entendre « c'est beau », « t'as bien fait la maison », ou encore « pourquoi t'as peint les nuages en vert ? », « t'aurais du faire comme ça. »

Dans l'atelier, les travaux appartiennent au jeune. Tout le long de la prise en charge, les travaux restent à l'atelier, sont tenus secrets et ainsi ne sont pas jugés.

Lors de séances de groupe, il est convenu dès le début de la prise en charge que personne ne fait de commentaire sur le travail de l'autre, chacun est libre de s'exprimer comme il a envie.

- Les productions restent dans l'atelier jusqu'à la fin de la prise en charge.

Chaque jeune est libre de sa propre création, je l'accompagne par des conseils techniques si celui-ci me le demande. A chaque séance, le jeune peut réaliser une ou plusieurs productions, la finir la semaine d'après s'il le souhaite. L'important est que toutes les productions réalisées dans l'atelier restent dans celui-ci.

Après avoir évalué l'importance d'établir un cadre spatio-temporel adapté, nous allons voir le rôle de la déontologie et de l'éthique dans la profession d'art-thérapeute.

2. L'art-thérapeute est soumis au secret médical et au code de déontologie³².

Le premier serment dictant une conduite à suivre dans un milieu professionnel date d'avant Jésus-Christ et est encore d'actualité aujourd'hui :

« Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants : je mettrai mon maître de médecin au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la Loi médicale, mais à nul autre. Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille. Dans quelque maison que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de ma vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire. »

Serment d'Hippocrate³³

Ce serment est encore aujourd'hui utilisé par les étudiants en médecine, futurs médecins. Il établit la confraternité entre médecins, la défense de la vie, l'égalité des hommes devant la maladie et le respect du secret médical.

Le secret médical représente un des fondements de la médecine dans un but de discrétion et de respect du patient. Ce secret médical est imposé à toute personne amenée à suivre l'état de santé d'une personne. Ainsi, les art-thérapeutes y sont également soumis :

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose aux art-thérapeutes dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de l'art-thérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce que l'art-thérapeute a vu, entendu ou compris. » Code de déontologie des art-thérapeutes, titre I, article 3.

Cet article est référencé dans le code de déontologie des art-thérapeutes, code qui permet de rappeler les fondements essentiels de la profession.

Le mot déontologie vient du grec *deon* "ce qu'il faut faire, devoir" et *logos* "science, discours, parole".

³² cf. annexe 4.

³³ Hippocrate (450-356 avant J.C.) est un médecin grec. Il définit les rapports entre le médecin, son patient et la collectivité, ainsi que les principes qui doivent régir l'exercice de la profession à travers le serment d'Hippocrate.

La déontologie est un ensemble de règles morales, professionnelles et sociales. C'est également un engagement que les professionnels prennent envers les usagers, clients ou patients.

Chaque corps de métier a son code de déontologie : code de déontologie médicale, code de déontologie sociale, ... Mais de nombreux métiers ont leur propre code de déontologie. Il y a, par exemple, le code de déontologie des psychologues, le code de déontologie des experts comptables, le code de déontologie des art-thérapeutes ou le code de déontologie des médecins.

Le code de déontologie des médecins date d'après guerre et est né suite à la prise de conscience de l'implication du monde médical dans les expériences de tortures biologiques menées par les nazis. Ce code a été approuvé par le Conseil d'État en 1947.

Au regard de ce code, dans une situation précise, le professionnel s'engage à tel comportement ou s'interdit telle attitude. Au delà du code déontologique, l'acte professionnel devra être conforme à la loi civile et pénale, à la déontologie des professionnels concernés, aux règles mises en place par le service auxquels ils appartiennent et à la conscience individuelle.

Au sein d'une profession, le code de déontologie permet d'avoir des points de repères pour guider la pratique et instaure un cadre pour répondre aux attitudes les plus délicates. C'est aussi la possibilité d'affirmer une identité professionnelle devant des employeurs qui souhaitent tel ou tel comportement. Ce document affichera un savoir-faire et un ensemble d'engagements.

Un code de déontologie est important pour le professionnel, mais je pense que chaque personne, surtout lorsque l'on travaille auprès d'êtres humains, doit avoir une approche éthique. L'éthique, c'est la science de la morale et des mœurs. C'est une réflexion sur les comportements à adopter pour rendre le monde humainement habitable.

Pour commencer, je pense que chaque professionnel doit faire attention à l'éthique de sa pratique. Personnellement, plusieurs valeurs morales me tiennent à cœur telles que le **respect de l'intégrité** et des valeurs propres du patient, la **confidentialité** des séances, la **rigueur** sur les observations et évaluations, les obligations envers les autres professionnels.

Chaque professionnel a son histoire personnelle et colorera différemment ces notions.

Il est nécessaire de prendre des engagements sincères envers le patient. On ne transmet pas le respect de l'autre par de grandes déclarations verbales mais par la manière de l'accompagner pendant les séances.

- Respect de l'intégrité de la personne :

« L'art-thérapeute, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa profession dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. » Code de déontologie, titre I, article 1.

« L'art-thérapeute doit proposer un soin adapté à l'état physique ou psychique du patient et ne présentant pas un caractère manifeste de dangerosité. » Code de déontologie, titre II, article 13.

« Lorsque l'art-thérapeute discerne qu'un patient est victime de sévices ou de privations, tous les moyens adéquats doivent être mis en œuvre pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection. Sauf circonstances particulières, une alerte peut être envisagée auprès des autorités médicales, administratives ou judiciaires soumises au secret professionnel.

L'art-thérapeute ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. » Code de déontologie, titre II, article 14.

Lorsque l'on parle d'éthique et de respect de l'intégrité de l'autre, il me semble pertinent de parler du handicap. Le handicap est très souvent le reflet d'injustices dont sont victimes une grande partie des êtres humains. Et ces injustices se traduisent souvent par l'appellation et la stigmatisation de ces personnes.

Il me semble intéressant tout d'abord de regarder la dénomination des personnes dans les différents secteurs. En médecine, on désigne la personne souffrante sous le terme de « patient » ou de « malade ». En commerce, ce sont des « clients ». Les personnes recevant des prestations sociales, telles que le RMI ou les Allocations familiales sont des « bénéficiaires ». Dans le secteur socio-éducatif, beaucoup d'appellations sont employées en fonction de :

- L'âge : les enfants, les jeunes, les ados, les jeunes majeurs.
- Le statut : stagiaire, résident.
- La pathologie, généralement péjoratif : malade mental, pimpin, zinzin, mongol, fou, tétra, légume, grabataire...
- Le handicap social : cassos (pour cas social), toxico, SDF, érémitiste...

On parle également de personnes démunies comme des « sans-abris, sans emploi, sans domicile, sans famille ».

Tous ces termes servent à stigmatiser une partie du corps social, et surtout à rassurer tout le reste de la communauté quant à sa normalité.

Erving Goffman³⁴ a écrit deux ouvrages en proposant une théorie sur la stigmatisation sociale des handicapés. Il définit les stigmates comme des « *attributs qui jettent le discrédit sur certaines personnes et les font montrer du doigt* ». Il répertorie trois types de stigmates :

- les anomalies corporelles (handicaps physiques, sensoriels ou moteurs) ;
- les problèmes sociaux (délinquance, toxicomanie, homosexualité...) ;
- les attributs collectifs (race, religion, nationalité, couleur de peau...).

La personne stigmatisée, dans la dénomination qui lui est attribuée par les autres, est rapidement exclue. Dans le secteur social, toutes ces personnes sont désignées comme « population à risque ». Cette exclusion me rappelle la légende très ancienne du « bouc émissaire ». En Israël, chaque année, un bouc était chargé des péchés de l'ensemble de la communauté puis était chassé dans le désert. Il emportait ainsi sur son dos toute la misère du monde.

François Tosquelles, psychiatre, suggéra d'établir un terme pour désigner les gens normaux. Il proposa celui de « normopathe » ou « normosé ».

³⁴ Erving Goffman (1922-1982) est un sociologue canadien.

- Confidentialité :

« Les productions réalisées par un patient lors des séances en atelier d'art-thérapie relèvent du secret professionnel. Toutes traces de ces productions et de ces œuvres sont la propriété du patient. Cependant l'utilisation de ces productions ou traces est autorisée uniquement à des fins scientifiques et d'enseignement, et ce, de façon totalement anonyme. Toute autre utilisation devra avoir le consentement libre, éclairé et écrit du patient ou de son représentant légal. » Code de déontologie, titre II, article 17.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'art-thérapeute est soumis au secret médical, c'est à dire que tout ce qui est su, d'un point de vue médical, sur un patient ne peut être répété ou divulgué.

L'art-thérapeute est également soumis au secret professionnel. Tout ce qui est dit pendant la séance reste dans la salle. L'art-thérapeute pourra, lorsque cela sera nécessaire, aller parler d'un événement précis au professionnel le plus adapté, mais cela après en avoir parlé avec l'enfant. Mais attention, l'art-thérapeute n'est pas pour autant le confident. L'art-thérapeute est là pour permettre au patient de s'exprimer par le biais d'une technique artistique. Ainsi, si un enfant passe la majorité du temps de séance à parler de choses personnelles, il serait peut-être judicieux d'en parler à la psychologue et de le diriger vers un professionnel adapté.

Le secret professionnel passe également par les œuvres des patients. Les productions faites dans l'atelier restent à l'atelier jusqu'à la fin de la prise en charge et appartiennent au patient. Seul le patient décidera de ce qu'il souhaite en faire.

- Rigueur :

« L'art-thérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; l'art-thérapeute doit, soit participer à des activités à caractères scientifique agréées par une autorité scientifique reconnue, soit participer aux actions de la formation continue de l'AFRATAPEM pour un minimum annuel de vingt-deux heures, soit participer à tout autre activité à caractère scientifique orientée vers l'art-thérapie agréée par l'AFRATAPEM. » Code de déontologie, titre I, article 6.

L'art-thérapeute est une profession au service de l'être humain. Comme dans toute profession, les techniques et les approches théoriques et pratiques évoluent. Ainsi, il me semble important que l'art-thérapeute suive régulièrement des formations de manière à se renseigner pour se perfectionner. Il est également indispensable que l'art-thérapeute pratique activement une technique artistique, cela faisant partie intégrante de sa profession.

Pendant sa pratique professionnelle, l'art-thérapeute doit être rigoureux sur l'observation et l'évaluation de ses patients. Il doit transmettre son analyse de manière objective à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Conclusion

L'art-thérapeute travaille sur les mécanismes humains suscités dans l'activité artistique afin que le patient soit acteur de son processus de soin. L'art-thérapeute oriente la personne vers une expression de ses goûts, de son idéal esthétique afin de lui permettre de revigorer voire de restaurer ses qualités existentielles. Il s'agit donc bien de mettre l'art au service des personnes, et non les personnes au service de l'art.

Lors de mon stage, j'ai partagé et observé le quotidien des jeunes pendant une semaine. Ensuite, avec l'aide de l'ensemble des professionnels de l'IME, j'ai mis en place un atelier d'art-thérapie à dominante peinture afin d'offrir aux patients un espace d'expression et de créativité. Une stratégie thérapeutique adaptée à chaque prise en charge a été établie. Les séances se sont déroulées individuellement ou en groupe durant deux mois et demi. Les jeunes ont su profiter de cet atelier comme un moment privilégié avec l'adulte. Ils y ont été les acteurs. Durant les deux mois et demi de stage, j'ai pu voir l'importance de travailler auprès d'une équipe pluridisciplinaire, au sein de laquelle j'ai apporté ma spécificité et mon originalité. Cette expérience en qualité de stagiaire m'a permis de prendre conscience que l'art-thérapeute est garant d'un cadre sécurisant. Afin que le patient puisse investir l'espace d'expression qui lui est offert, il doit se sentir en sécurité. Cette sécurité physique et morale passe également par le professionnalisme de l'art-thérapeute. Un code de déontologie des art-thérapeutes a été instauré et doit être connu du professionnel. De plus, je pense que chaque personne qui est amenée à travailler au service de l'être humain doit défendre une éthique constituée de valeurs morales.

L'approche art-thérapeutique auprès de jeunes handicapés m'a beaucoup apporté et m'a permis de mettre en place mon propre atelier, essayant de proposer aux patients des séances les plus adaptées possibles. Je remercie encore les jeunes et les professionnels pour leur sympathie, leur dynamisme et leur sincérité.

Ce travail marque la fin de plusieurs années d'études universitaires mais, pendant l'écriture de ce mémoire, je me suis rendue compte du plaisir que j'avais à lire, me documenter et rechercher. Ainsi, c'est pour moi le début d'un travail de documentation et de pratique art-thérapeutique.

Bibliographie

Art :

DESCAMPS Marc-Alain, *Art et créativité*, éditions Trismégistes, 1991.
HUYGUE René, *L'art et l'âme*, éditions Flammarion, 1960.
MATISSE Henri, *Ecrits et propos sur l'art*, collection Savoir, Hermann, Paris, 1972.
MORANA Cyril, OUDIN Eric, *L'Art de Platon à Deleuze*, éditions Eyrolles, Paris, 2010.
TOLSTOI Léon, *Qu'est ce que l'art ?*, PUF, Paris, février 2006.
THEVOZ Michel, *L'art brut*, éditions d'Art Albert Skira, 1995.

Art-thérapie :

Actes du congrès international d'art-thérapie 2010 organisé par l'AFRATAPEM et la Faculté de médecine de Tours pour le 25e anniversaire du 1er diplôme universitaire français d'art-thérapie, *Profession art-thérapeute*, direction scientifique Forestier Richard, éditions Elsevier Masson, 2010.
FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, éditions Favre, Lausanne 2007.
FORESTIER Richard, CHEVROLLIER Jean-Pierre, *Art-thérapie, des concepts à la pratique*, 1982.
Revue Lien Social, *Créer pour mieux vivre avec son handicap*, n°761, 14 juillet 2005.
Revue Lien Social, *Rencontre du handicap avec les arts*, n°724, 7 octobre 2004.
STERN Arno, *Initiation à l'éducation créatrice*, Librairie d'éducation nouvelle Montréal, 1970.
STERN Arno, *Les enfants du Closlieu*, éditions Hommes et Groupes éditeurs, 1994

Enfance :

DELBIME Roger, VERMEULEN Sonia, *Le développement psychologique de l'enfant*, éd. De Boeck, 1997.
GOLSE Bernard, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 3^{ème} édition, éd. Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2001.

Handicap, polyhandicap et déficience mentale:

CHAVAROCHE Philippe, *Travailler en MAS, l'éducative et le thérapeutique au quotidien*, éd. Erès, fév. 2005.
GAILLARD J.-P., *L'éducateur spécialisé, l'enfant handicapé et sa famille*, éditions esf, coll. Actions sociales/société, 2008.
GARNIER & DELAMARE, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 30e édition, éd. Maloine, 2009.

Annexe 1 : Développement psycho-affectif de l'enfant.

158 L'enfant de 6 à 12 ans

TABLEAU RÉSUMANT LE MODÈLE D'ERIKSON ¹¹

Stades psycho-sexuels de Freud	Âges approximatifs	Crises psychosociales d'Erikson	Etendue des relations significatives	Modalités psychosociales	Vertus d'Erikson ou qualités dominantes
oral-respiratoire, kinesthésique (incorporatifs)	0-1	Confiance versus méfiance	mère ou substitut maternel	recevoir, donner en retour	<i>Espoir</i> : la ferme conviction que des souhaits fervents peuvent être exaucés en dépit des «sombres besoins et des rages qui marquent les débuts de l'existence»
anal-urétral, musculaire (rélinquif, éliminatif)	2-3	Autonomie versus honte, doute	parents	retenir, laisser aller	<i>Volonté</i> : la détermination d'exercer à la fois le libre choix et la restriction personnelle en dépit de la honte et du doute éprouvés pendant l'enfance
général infantile, locomoteur (intrusif, inclusif)	3-6	Initiative versus culpabilité	famille de base	faire, faire «comme si» (jeu)	<i>Bul</i> : le «courage d'envisager et de poursuivre des buts valables sans être inhibé par la défile des fantasmes infantiles, par la culpabilité et par la peur inhérente de la punition»
latence	7-12 environ	Travail versus infériorité	voisins et camarades d'école	terminer les choses, mettre les choses ensemble	<i>Compétence</i> : le libre usage de l'adresse et de l'intelligence à effectuer des tâches «sans être handicapé par l'infériorité infantile»
puberté et adolescence	12-18 environ	Identité versus diffusion	groupe de pairs et groupes extérieurs; modèles de leadership	être soi-même ou ne pas être; partage de soi-même	<i>Fidélité</i> : libre support des loyautés assumées en dépit des contradictions dans les systèmes de valeurs
maturité génitale	de 20 à 30 ans env.	Intimité et solidarité versus isolement	associés en amitié; sexe, compétition, coopération	se perdre et se retrouver soi-même dans l'autre	<i>Amour</i> : mutuelle dévotion — surmontant toujours les antagonismes inhérents dans une fonction divisée
	de 30 ans à 50 ans env.	«Généricité» versus infériorisation	travail partagé avec la maisonnée	réaliser, prendre soin de	<i>Soi</i> : souci des obligations générées par l'amour, la nécessité ou l'accident
	au-delà de 50 ans	intégrité versus désespoir	humanité; mon espèce	être, après avoir été; accepter de ne pas être	<i>Sagesse</i> : attitude détachée envers la vie et face à la mort

11. Théories du développement de l'enfant, De Boeck. (Fusion des tableaux 9.1 et 9.2).

II) Positionnement de l'établissement :

2.1 : Le cadre législatif et réglementaire :

Le secteur médico-social connaît depuis plusieurs années une grande évolution :

- évolution des commandes sociales
- évolution des théories sur lesquelles se réfèrent les professionnels
- évolution de la population prise en charge
- évolution des connaissances

d'où une évolution des pratiques professionnelles.

Tous ces mouvements, évolutions, interrogations, depuis la loi d'orientation de 1975, les annexes XXIV et XXIV ter de 1989, viennent de trouver un nouveau sens dans la Loi Sociale et Médico-Sociale n°2002-2 du 2 Janvier 2002.

Cette loi fait obligation aux établissements tels que les IME sur le plan des méthodes de travail, des applications et de leurs évaluations.

Elle re fixe les objectifs de l'action sociale et médico-sociale, en ce qui concerne :

- L'autonomie de la personne
- La cohésion sociale
- L'exercice de la citoyenneté
- La prévention des exclusions

Elle définit également des missions en termes:

- **d' Evaluation et prévention des risques** sociaux et médico-sociaux
- **de Protection administrative et judiciaire** de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficultés
- **d'Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation**, adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentiels, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge
- **d'Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, d'insertion ou de réinsertion professionnelle**
- **d'Actions d'assistance, de soutien** dans les divers actes de la vie quotidienne, de soins et d'accompagnement.
- **d'Actions contribuant au développement social et culturel**

Cette loi réaffirme également le statut et les droits de l'usager :

- **Le respect** de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité
- **Le libre choix** entre les prestations adaptées qui lui sont offertes (sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger)
- **Le droit d'exprimer sa volonté et de participer aux décisions** qui le concerne, à défaut le consentement de son représentant légal doit être recherché
- **La confidentialité** des informations le concernant
- **L'accès à toutes informations** ou documents relatifs à sa prise en charge (sauf dispositions contraires)
- **Une information sur ses droits et ses recours**
- **Sa participation directe** ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et la mise en œuvre du projet individuel

Dans son projet l'Association « Les Papillons Blancs de Loir et Cher », ré affirme les mêmes droits pour l'usager et sa famille, en développant des missions d'accompagnement, de socialisation, d'intégration, d'accès à l'autonomie.

2.2 : Le cadre institutionnel :

2.2.1 : Nos missions :

En référence aux textes en vigueur : Annexe XXIV, les agréments de 93, la Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 mais aussi le projet d'Association, nous pouvons définir les Missions essentielles et principales de l'IME de la façon suivante:

L'IME a une mission d'Accueil : il est agréé pour recevoir des enfants et des adolescents de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle, avec ou sans troubles associés et également des enfants et adolescents polyhandicapés

L'IME assure des prises en charge éducatives, pédagogiques, techniques et para médicales permettant de **développer toutes les potentialités** intellectuelles, affectives et corporelles des personnes accueillies

L'IME développe l'autonomie pratique, sociale, culturelle et professionnelle et renforce les acquis

L'IME favorise l'intégration qu'elle soit sociale, culturelle ou professionnelle

L'IME assure l'orientation des personnes vers des lieux adaptés aux potentialités et à l'âge de la personne

L'IME favorise et développe les relations avec la famille, l'accompagne dans la compréhension du handicap dans chaque étape de la vie de leur enfant

2.2.2 : Nos valeurs:

L'IME fonde son action sur un ensemble de valeurs partagé par l'Association :

Reconnaître la citoyenneté de la personne handicapée, la considérer comme une personne à part entière et lui reconnaître ses droits.

Le respect :

de la personne accueillie en lui fournissant la meilleure prise en charge possible au regard de ses besoins.

de sa famille en l'associant au projet mis en place, dès l'entrée de l'enfant et jusqu'à sa sortie.

de l'équipe éducative en reconnaissant le travail de complémentarité et de partenariat, qu'il soit interne ou externe à l'établissement.

La tolérance :

dans la compréhension et l'acceptation des différences, que ce soit pour l'usager, pour sa famille ou pour les différents professionnels engagés dans sa prise en charge.

La discrétion :

Son histoire est unique et singulière, nous devons donc être capable, d'une part, de garder pour soit ce qu'il ne serait pas utile de transmettre à d'autres, et d'autre part, de ne pas chercher à savoir ce qui ne nous serait pas utile.

La discrétion professionnelle s'impose à tous

Ces valeurs doivent permettre de mettre en œuvre des actions cohérentes pour répondre aux missions de l'établissement :

2.2.3 : Nos principes :

Les professionnels de l'établissement ont donc dégagé un certain nombre de principes de fonctionnement:

Avoir de la disponibilité, de l'écoute, une ouverture d'esprit indispensable dans toute relation à l'autre.

Favoriser l'évolution de l'enfant et son adaptation dans la société

Promouvoir les capacités de la personne accueillie dans le respect des règles sociales.

Mettre en place les relations d'aide, de soutien et d'accompagnement dont l'usager a besoin.

Travailler en partenariat afin de répondre le mieux possible aux besoins de la personne.

Exercer une vigilance permanente afin d'assurer la sécurité physique, morale et psychique de la personne accueillie pour limiter tout risque de maltraitance.

Avoir le respect des décisions prises et mettre en œuvre des évaluations afin de repenser nos méthodes de prise en charge

Annexe 3 : Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Article 2 : « Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

Article 3 : « Art. L. 116-2. - L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

Article 7 : « Art. L. 311-3. - L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

« 1o Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

« 2o Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

« 3o Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

« 4o La confidentialité des informations la concernant ;

« 5o L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

« 6o Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

« 7o La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

« Les modalités de mise en oeuvre du droit à communication prévu au 5o sont fixées par voie réglementaire. »

Article 8 : « Art. L. 311-4. - Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

« a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique ;

« b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

« Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies. »

Article 9 : « Art. L. 311-5. - Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général après avis de la commission départementale consultative mentionnée à l'article L. 312-5. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 10 : « Art. L. 311-6. - Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en oeuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret.

« Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »

Article 11 : « Art. L. 311-7. - Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

« Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.

« Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 12 : « Art. L. 311-8. - Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation. »

Article 13 : « Art. L. 311-9. - En vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale des membres des familles accueillies dans les établissements ou services mentionnés aux 1o et 7o de l'article L. 312-1, ces établissements ou services doivent rechercher une solution évitant la séparation de ces personnes ou, si une telle solution ne peut être trouvée, établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse.

« Dans ce but, chaque schéma départemental des centres d'hébergement et de réinsertion sociale évalue les besoins en accueil familial du département et prévoit les moyens pour y répondre. »

TITRE I

Devoirs généraux de l'art-thérapeute

Article 1 : L'art-thérapeute, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa profession dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Article 2 : L'art-thérapeute doit en toutes circonstances respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art-thérapie.

Article 3 : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose aux art-thérapeutes dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de l'art-thérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce que l'art-thérapeute a vu, entendu ou compris.

Article 4 : L'art-thérapeute doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son art-thérapeute. L'art-thérapeute doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Article 5 : L'art-thérapeute ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers le patient.

Article 6 : L'art-thérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; l'art-thérapeute doit, soit participer à des activités à caractère scientifique agréées par une autorité scientifique reconnue, soit participer aux actions de la formation continue de l'AFRATAPEM pour un minimum annuel de vingt-deux heures, soit participer à toute autre activité à caractère scientifique orientée vers l'art-thérapie agréée par l'AFRATAPEM.

Article 7 : Lorsque l'art-thérapeute participe à une action d'information du public à caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, l'art-thérapeute ne doit faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public.

Article 8 : L'art-thérapeute doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte et propos de nature à déconsidérer celle-ci.

Article 9 : L'art-thérapeute est sous l'autorité médicale ou par défaut sous l'autorité institutionnelle de l'établissement accueillant le patient. Dans le cas de clientèle libre, l'art-thérapeute fera le nécessaire pour se mettre sous l'autorité médicale.

Article 10 : L'art-thérapeute pourra transmettre des synthèses et des bilans thérapeutiques à l'autorité médicale compétente. L'art-thérapeute doit en informer le patient et expliquer, si nécessaire, le contenu des documents transmis. Si le patient est un mineur ou un patient protégé, l'art-thérapeute a les mêmes devoirs envers son représentant légal.

TITRE II

Devoirs envers les patients

Article 11 : Dès lors que l'art-thérapeute a accepté de répondre à une demande, l'art-thérapeute s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article 12 : L'art-thérapeute doit à la personne qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur les soins. Si le patient est un mineur ou un patient protégé, l'art-thérapeute a les mêmes devoirs envers son représentant légal.

Article 13 : L'art-thérapeute doit proposer un soin adapté à l'état physique ou psychique du patient et ne présentant pas un caractère manifeste de dangerosité.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 14 : Lorsque l'art-thérapeute discerne qu'un patient est victime de sévices ou de privations, tous les moyens adéquats doivent être mis en œuvre pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection. Sauf circonstances particulières, une alerte peut être envisagée auprès des autorités médicales, administratives ou judiciaires soumises au secret professionnel.

L'art-thérapeute ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

Article 15 : Hors le cas où l'art-thérapeute manquerait à ses devoirs d'humanité, l'art-thérapeute a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Si l'art-thérapeute se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient ou son représentant légal, l'informer si besoin est, pour sa recherche d'un thérapeute qualifié et il transmet un bilan au thérapeute désigné.

Article 16 : Les honoraires ou le salaire de l'art-thérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en considérant ce qui se pratique par et pour les professions paramédicales, en tenant compte des soins dispensés ou de circonstances particulières.

En clientèle libre, l'art-thérapeute doit préciser en début de prise en charge thérapeutique et sans ambiguïté les conditions financières du soin.

Article 17 : Les productions réalisées par un patient lors des séances en atelier d'art-thérapie relèvent du secret professionnel. Toutes traces de ces productions et de ces œuvres sont la propriété du patient. Cependant l'utilisation de ces productions ou traces est autorisée uniquement à des fins scientifiques et d'enseignement, et ce, de façon totalement anonyme. Toute autre utilisation devra avoir le consentement libre, éclairé et écrit du patient ou de son représentant légal.

Article 18 : Si l'art-thérapeute est agréé par la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes, il devra en informer le patient ou son représentant légal ainsi que les autorités dont il dépend. La seule présentation du code de déontologie art-thérapeutique n'assure pas l'agrément à la guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes.

TITRE III

Rapports avec les médecins, entre les confrères paramédicaux et les étudiants en art-thérapie

Article 19 : Les art-thérapeutes doivent entretenir des rapports de bonne fraternité avec les professionnels de la santé.

Article 20 : Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit.

Article 21 : L'art-thérapeute doit respecter l'indépendance et les orientations professionnelles des autres professions médicales et paramédicales et le libre choix du patient.

Article 22 : L'exercice de l'art-thérapie est personnel : chaque art-thérapeute est responsable de ses décisions et de ses actes dans le respect des indications médicales.

Article 23 : L'art-thérapeute doit une aide sincère et désintéressée aux étudiants en art-thérapie.

TITRE IV

Clauses particulières

Article 24 : Des membres d'honneur peuvent être acceptés dans la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes selon son règlement.

Article 25 : Les membres d'honneur sont proposés par deux parrains membres de la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes. Ils sont élus par le conseil d'administration et le comité d'éthique de l'AFRATAPEM.

Article 26 : Le membre d'honneur ne peut pas revendiquer le titre d'art-thérapeute agréé par la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes avec la seule élection à la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes.

Article 27 : Peut être membre d'honneur toute personne qui a œuvré scientifiquement, techniquement, ou moralement au développement de l'art-thérapie.

Article 28 : Toute personne inscrite à la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes ne respectant pas ce code ou suite à des plaintes reçues et validées par le comité d'éthique perdrait son agrément à la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes temporairement ou définitivement.

Article 29 : Le comité d'éthique signifiera expressément à l'intéressé la perte de son agrément par la Guilde AFRATAPEM des art-thérapeutes.

Article 30 : Le comité d'éthique établira un règlement intérieur de nature à régler son activité.

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS**

&

AFRATAPEM

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

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

De la faculté de Médecine de TOURS

Soutenu en 2011

Par **Harmonie MENAGER**

**UNE EXPERIENCE D'ART THERAPIE A DOMINANTE PEINTURE
AUPRES DE JEUNES DEFICIENTS MENTAUX ET
POLYHANDICAPES.**

L'art-thérapie est une profession para-médicale qui vise à favoriser le potentiel artistique du patient, afin de revigorer voire restaurer sa qualité de vie. Cette pratique thérapeutique vient compléter le travail mis en place par une équipe pluridisciplinaire, en y apportant sa spécificité. Afin d'accompagner au mieux le patient, une stratégie thérapeutique est instaurée.

Ce mémoire illustre le travail art-thérapeutique mené auprès de jeunes déficients mentaux et polyhandicapés. Pour mener à bien cette expérience, il est essentiel de mettre en place un cadre adapté et sécurisant.

Mots clefs : Art-thérapie, cadre, déficience, polyhandicap, équipe pluridisciplinaire.

Art therapy is a para-medical profession that aims to enhance the patient's artistic potential to reinvigorate, or even to restore his /her quality of life.

This therapeutic practice complements the work done by a multidisciplinary team , making it more specific and tailored to the individual. In order to better support the patient , a therapeutic strategy is introduced.

This document illustrates therapeutic work done with art where we target mentally deficient and multiply disabled young people. In order to take full advantage of this experience, a suitable and safe environment is essential.

Key words: Art therapy, environment, mental deficiency, multi-disabled,
multidisciplinary team.