

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
UFR DE MEDECINE-TOURS  
&  
AFRATAPEM  
Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques  
en Pédagogie et Médecine

**Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts corporels en  
Institut Médico Educatif auprès d'enfants atteints de déficiences  
intellectuelles et troubles associés**

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

de la faculté de Médecine de TOURS

**Présenté par Anne-Laure BORENCE**

Année 2012

Sous la direction de :

**Jean-Pierre TREMORIN**

Médecin généraliste homéopathe

Lieu de stage :

IME l'Astrolabe  
Route de Changé  
72250 Parigné l'Evêque





UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
UFR DE MEDECINE-TOURS  
&  
AFRATAPEM  
Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques  
en Pédagogie et Médecine

**Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts corporels en  
Institut Médico Educatif auprès d'enfants atteints de déficiences  
intellectuelles et troubles associés**

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

de la faculté de Médecine de TOURS

**Présenté par Anne-Laure BORENCE**

Année 2012

Sous la direction de :

**Jean-Pierre TREMORIN**

Médecin généraliste homéopathe

Lieu de stage :

IME l'Astrolabe  
Route de Changé  
72250 Parigné l'Evêque

## **REMERCIEMENTS**

A Richard FORESTIER pour son enseignement de qualité et pour les différents échanges que nous avons eu, même lorsque ceux-ci étaient très animés ils ont toujours été porteurs de sens et m'ont permis d'aller toujours plus loin dans ma réflexion.

Aux enfants de l'IME qui m'ont fait confiance et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

A Claire TERRADES et Stéphanie MEME, coordinatrices des équipes de l'IME l'Astrolabe, pour leur confiance, et leur ouverture d'esprit.

A Dominique, Florent, et Patricia pour leur implication dans leur rôle de co-thérapeutes lors des séances de groupe à l'IME, et plus particulièrement à Roselyne pour son soutien, son ouverture d'esprit, et sa grande disponibilité.

A Jean-Luc CHORIN, directeur de l'IME L'Astrolabe, qui a accepté ma demande de stage en Art-thérapie dans la structure et m'a fait confiance pour y introduire un nouveau type d'accompagnement.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Docteur Jean-Pierre TREMORIN, mon directeur de Mémoire, qui a donné de son temps pour m'accompagner tout au long de ce travail de recherche et de rédaction, et m'a soutenue depuis le début de ce projet en Art-thérapie.

Un grand merci également à Thierry AUREGAN pour son soutien, son dynamisme intellectuel, et sa grande disponibilité. Merci de m'avoir poussée à toujours aller plus loin dans ma réflexion, cela en valait la peine.

Et enfin un grand merci à ma famille et mes amis qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de mon parcours dans les bons comme les mauvais moments.

## PLAN

REMERCIEMENTS.....	1
PLAN .....	2
GLOSSAIRE.....	9
INTRODUCTION .....	13
<b>PARTIE 1 : LES DEFICIENCES INTELLECTUELLES ET LEURS TROUBLES ASSOCIES PEUVENT ALTERER L'AUTONOMIE DE L'ENFANT ET PENALISER SA QUALITE EXISTENTIELLE .....</b>	<b>14</b>
<b><u>I). Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent pénaliser l'enfant dans son épanouissement .....</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b>A.</b> Les déficiences intellectuelles entraînent des troubles de la compréhension et du fonctionnement social.....	14
1. <i>Il existe différents types de déficiences intellectuelles.....</i>	<i>14</i>
2. <i>Les déficiences intellectuelles sont souvent accompagnées de troubles dits « associés » .....</i>	<i>15</i>
<b>B.</b> Pour qu'un enfant puisse s'épanouir il doit développer son autonomie physique, mentale, et sociale. ....	16
1. <i>Un enfant a besoin d'expérimenter de nouvelles choses afin de s'épanouir*.....</i>	<i>16</i>
2. <i>Les échanges sociaux sont nécessaires au bon épanouissement de l'enfant.....</i>	<i>16</i>
3. <i>La définition de la bonne santé selon l'OMS est un «état de complet bien-être physique, mental, et social » .....</i>	<i>17</i>
<b>C.</b> Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés nécessitent une aide quotidienne auprès de l'enfant pour l'accompagner dans ses apprentissages et le développement de son autonomie. ....	18
1. <i>Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent entraîner des difficultés psychomotrices chez l'enfant.....</i>	<i>18</i>
2. <i>Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent engendrer des difficultés de compréhension chez l'enfant.....</i>	<i>18</i>
3. <i>Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent entraîner des difficultés relationnelles chez l'enfant.....</i>	<i>19</i>
<b><u>II). Les arts corporels qui rassemblent différentes techniques telles que le théâtre, le mime, et la danse et font partie de l'Art. ....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b>A.</b> L'Art est une activité spécifiquement humaine, volontaire et orientée vers l'esthétique.....	19
1. <i>Le théâtre, le mime, et la danse sont des techniques artistiques (arts) qui mettent volontairement en mouvement le corps moteur et l'activité mentale dans une visée esthétique.....</i>	<i>19</i>
2. <i>La question de l'esthétique en Art est étudiée depuis l'Antiquité Grecque .....</i>	<i>20</i>

3.	<i>Baumgarten définit l'esthétique comme la science du Beau</i> .....	20
B.	Le théâtre est l'art de représenter une action ou un sentiment par des jeux d'interprétation* gestuels et verbaux dans un lieu et un temps déterminés.....	21
1.	<i>Le théâtre est à la fois un lieu et une activité</i> .....	21
2.	<i>Le théâtre met en mouvement le corps moteur et sollicite l'activité mentale dans une visée esthétique</i> .....	21
C.	Le mime est une technique artistique qui mobilise le corps moteur dans sa totalité sans l'intervention de la voix ni d'objets.....	22
1.	<i>Le mime interprète une action ou un sentiment par des jeux d'interprétation corporelle « à la muette »</i> .....	22
2.	<i>La technique du mime nécessite une grande précision corporelle</i> .....	22
D.	La danse est la mise en mouvement rythmée du corps moteur en accord avec une musique.....	22
1.	<i>La danse mobilise le corps moteur dans une recherche esthétique en accord avec la musique</i> .....	22
2.	<i>La danse stimule les capteurs sensoriels du toucher, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, et la proprioception</i> .....	23
E.	L'interprétation gestuelle et verbale requière de l'assurance. ....	24
1.	<i>Le comédien et le mime doivent réussir à donner l'illusion que ce qu'ils interprètent est réel</i> .....	24
2.	<i>L'interprétation gestuelle et verbale en théâtre, en mime, et en danse nécessite une bonne connaissance de son corps</i> .....	24
3.	<i>C'est un gage de confiance* lorsque la maîtrise corporelle et verbale est exposée dans une interprétation</i> .....	24
F.	Le théâtre, le mime, et la danse peuvent assumer une fonction sociale. ..	25
1.	<i>Le théâtre, le mime, et la danse peuvent nécessiter des échanges entre interprètes</i> .....	25
2.	<i>Le théâtre, le mime et la danse se déroulent devant un public</i> .....	25
G.	Les arts corporels nécessitent de l'autonomie. ....	25

**III). L'Art-Thérapie à dominante arts corporels peut aider les enfants déficients intellectuels à améliorer leur qualité existentielle.....26**

A.	L'Art-thérapie* c'est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique* et humanitaire* .....	26
1.	<i>L'Art-thérapie utilise le pouvoir d'entraînement de l'Art et ses vertus éducatives à travers une stratégie thérapeutique</i> .....	26
2.	<i>L'Art-thérapie exploite ce qui fonctionne bien chez le patient</i> .....	27
B.	L'acquisition de techniques artistiques peut favoriser la confiance de l'enfant atteint de déficiences en ses capacités. ....	27
1.	<i>L'apprentissage de techniques artistiques permet aux enfants atteints de déficiences intellectuelles de s'approprier de nouvelles connaissances</i>	

2. *La maîtrise de nouveaux savoir-faire encourage l'enfant atteint de déficiences intellectuelles à vouloir découvrir de nouvelles connaissances*  
28

3. *L'enfant atteint de déficiences intellectuelles qui acquière de nouvelles connaissances peut prendre de l'assurance*.....28

C. Par des choix d'interprétation l'enfant atteint de déficiences intellectuelles peut valoriser ses préférences. ....28

D. Grâce aux jeux d'interaction entre les interprètes une relation d'échange peut se mettre en place.....29

E. Les arts corporels pratiqués dans un cadre thérapeutique peuvent augmenter l'autonomie de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles et troubles associés et ainsi améliorer sa qualité existentielle. ....29

## **PARTIE 2 : UN ATELIER D'ART-THERAPIE À DOMINANTE ARTS CORPORELS A ETE MIS EN PLACE AU SEIN DE L'IME L'ASTROLABE .....31**

### **I). L'institut médico-éducatif l'Astrolabe accueille des enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés.....31**

A. L'IME\* l'Astrolabe est géré par l'Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe. ....31

B. L'IME l'Astrolabe accueille 60 enfants de 6-14 ans présentant des handicaps et incapacités intellectuelles. ....31

C. L'équipe éducative de l'IME est constituée d'éducateurs et d'instituteurs spécialisés. ....31

D. L'équipe paramédicale de l'IME est composée de psychologues, psychomotriciennes et orthophonistes. ....32

E. En l'absence de médecin psychiatre dans la structure les indications se font après discussion en réunion d'équipe thérapeutique. ....32

F. L'IME l'Astrolabe n'a jamais accueilli d'Art-thérapeute au sein de son équipe soignante. ....33

### **II). Des ateliers de groupe en Art-thérapie à dominante arts corporels ont été mis en place auprès de 8 enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés....33**

A. Les accompagnements en Art-thérapie s'effectuent par groupe de deux à quatre enfants.....33

1. *Les indications des enfants pouvant bénéficier d'accompagnements en Art-thérapie se sont faites après discussion avec l'équipe éducative..33*

2. *Une discussion avec l'équipe thérapeutique a permis de soulever les difficultés et questionnement concernant les enfants indiqués par l'équipe éducative pour un accompagnement en Art-thérapie.....34*

3. *Un co-thérapeute est désigné pour chaque groupe accompagné par la stagiaire Art-thérapeute .....34*

4. *Dans chacun des groupes des difficultés d'expression et de relation sont relevées .....34*

B. Un accompagnement en co-thérapie avec une psychomotricienne a été mis en place. ....35

1. *Une psychomotricienne a proposé à la stagiaire Art-thérapeute un travail commun dans le cadre de la prise en charge individuelle en psychomotricité de M.....35*
2. *M semble avoir des difficultés de communication et de relation.....35*
3. *Un protocole thérapeutique commun est mis en place après discussion entre la stagiaire Art-thérapeute et la psychomotricienne .....36*

### **III). L et S ont bénéficié d'accompagnement de groupe en Art-thérapie.....36**

L.....36

**A.** L'anamnèse et l'état de base de L révèlent une déficience intellectuelle, un manque de confiance en soi, et des troubles de la relation. ....36

**B.** Les objectifs thérapeutiques généraux fixés pour L sont de favoriser sa disponibilité relationnelle et d'améliorer sa confiance en lui. ....37

1. *La diminution de l'agitation et la construction de repères temporels sont déterminés comme objectifs intermédiaires.....37*

2. *Les compétences et les goûts\* de L sont valorisés en pratiquant le théâtre et le mime .....38*

3. *L'utilisation du cube harmonique comme processeur a permis à L d'exprimer son opinion et de donner de la valeur\* à celle-ci.....39*

4. *Trois faisceaux d'items sont observés : la « concentration » de L est évaluée par l'observation des items « coupe la parole » « va toucher l'ordinateur » « agit avant la fin des consignes » ; « l'expression du goût » de L est évaluée grâce aux items « fait des propositions » « exprime oralement son opinion » « participe à l'auto-évaluation » ; la « disponibilité relationnelle » de L est évaluée à travers l'observation des items « propose de l'aide » et « bouscule ses camarades » .....41*

S.....45

**A.** L'anamnèse et l'état de base de S révèlent une déficience intellectuelle, un manque de confiance en soi, de l'anxiété\*, et de l'agitation. ....45

**B.** Les objectifs thérapeutiques généraux fixés pour S sont la diminution de son agitation et de son angoisse, favoriser sa confiance en elle et sa disponibilité relationnelle. ....46

1. *Des objectifs intermédiaires de régulation de l'engagement relationnel et d'encouragement à l'expression de ses goûts sont déterminés.....46*

2. *L'apprentissage de savoir-faire techniques en théâtre, en mime, et en danse permet à S d'éprouver des gratifications sensorielles et intellectuelles personnelles mais également fondées sur l'échange.....47*

3. *L'utilisation du cube harmonique à chaque fin de séance permet à S d'affirmer son avis par elle-même et pour elle-même.....48*

4. *Trois faisceaux d'items sont évalués : « l'anxiété » de S est évaluée en observant les items « se mord les bras » « plaintes physiques » et « se touche la langue avec les doigts » ; « l'agitation » de S est évaluées à travers les items « produit des bruits de gorge » « crie » et « sautille sur place » ; « l'engagement relationnel » de S s'évalue à travers l'observation des items « serre fort l'adulte référent dans ses bras »*

« verbalisation de l'affection pour les référents adultes » et « change de partenaire d'exercice »..... 50

**IV). Des bilans de l'accompagnement de L et S révèlent une évolution positive mais non définitive.....55**

**A.** Le bilan de l'accompagnement de L révèle une amélioration de ses capacités relationnelles et de sa confiance en lui..... 55

1. *L'expression de L s'est améliorée, elle est devenue plus fine, ce qui le rend fier de lui et l'amène à une recherche esthétique précise..... 55*

2. *L'imagination de L s'est développée et a concourue à l'amélioration de l'expression de son goût, de son style, et de son engagement dans l'activité artistique.....55*

3. *L est capable d'apporter de l'aide aux autres sans faire à leur place, sans précipitation, et avec moins d'agressivité dans ses mouvements..... 56*

4. *L est capable d'adapter son attitude calmement en fonction des remarques qui lui sont faites ..... 56*

5. *L accepte avec sérénité que la séance se termine..... 56*

**B.** Le bilan de l'accompagnement de S atteste d'une amélioration de ses capacités d'expression, d'une meilleure estime d'elle-même, ainsi que d'un gain de confiance en elle. .... 56

1. *S a progressé dans ses capacités d'expression grâce à une amélioration de sa précision et à un gain de patience .....56*

2. *S accepte d'apprendre de nouvelles choses et exploite ensuite ces nouvelles connaissances pour se faire plaisir..... 57*

3. *Une recherche esthétique motivée par des gratifications sensorielles agréables et propres à S est apparue ..... 57*

4. *L'anxiété de S a diminué au fil des séances..... 57*

5. *L'agitation de S est en baisse malgré des pics ponctuels..... 57*

6. *S a constaté qu'elle était capable de produire de belles choses ce qui la rend fière d'elle ..... 57*

**V). Les bénéfices des accompagnements en Art-thérapie dans la vie quotidienne des enfants n'ont pas pu être évalués de manière satisfaisante. ....58**

**A.** Des difficultés de disponibilité et d'emploi du temps ont favorisé le manque d'échanges réguliers entre professionnels..... 58

**B.** Le manque de travail au préalable du cadre de stage de l'étudiante en Art-thérapie n'a pas favorisé la mise en place d'ateliers d'Art-thérapie dans les meilleures conditions pour les enfants..... 59

**PARTIE 3 : L'ACCOMPAGNEMENT EN CO-THERAPIE D'UN ENFANT ATTEINT DE DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET TROUBLES ASSOCIÉS NE PEUT ÊTRE REELLEMENT EFFICIENT QUE S'IL S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE INTERDISCIPLINAIRE EN COHERENCE AVEC LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ .....60**

**I). La psychomotricité et l'Art-thérapie sont des disciplines paramédicales distinctes mais complémentaires dans un travail en co-thérapie sur l'autonomie auprès d'enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés. .... 60**

- A. La psychomotricité a pour but le développement global de la personne..60
  - 1. *La psychomotricité étudie l'ensemble des comportements moteurs en fonction de leur lien avec l'activité cérébrale, la vie psychique, affective, intellectuelle, et relationnelle. ....60*
  - 2. *Différents médias peuvent être utilisés en séance de psychomotricité afin de restaurer ou renforcer le lien entre l'activité cérébrale et l'activité motrice.....60*
  - 3. *L'activité artistique est utilisée en psychomotricité comme simple outil ce qui limite son champ d'action thérapeutique. ....60*
- B. L'Art-thérapie exploite le pouvoir et les effets de l'Art en utilisant l'activité artistique comme processeur thérapeutique.....61
  - 1. *L'Art-thérapie stimule les mécanismes d'esthésie de l'être humain afin de l'encourager à exprimer sa subjectivité.....61*
  - 2. *L'apprentissage de techniques artistiques permet de se diriger vers un idéal esthétique.....61*
  - 3. *L'Art-thérapie offre à l'être humain la possibilité de réaliser de belles productions (goût), bien faites (style), et bonnes (engagement). ...62*
  - 4. *L'Art-thérapie atteint cependant ses limites lorsque l'enfant accompagné présente des troubles importants de la compréhension et n'est pas en capacité de décoder ses émotions ce qui peut entraîner des comportements troublés dangereux pour lui et son entourage. ....62*
- C. Le psychomotricien active ou réactive les liens entre le corps moteur et l'activité cérébrale, et l'Art-thérapeute les oriente vers une gratification sensorielle par un travail de recherche esthétique. ....63
  - 1. *Le psychomotricien travaille sur le sens de ce qui est ressenti à travers le rétablissement du lien corps moteur/ activité cérébrale. ....63*
  - 2. *L'Art-thérapeute travaille sur la nature des émotions en stimulant l'esthésie par des gratifications sensorielles orientée vers un idéal esthétique personnel.....63*
  - 3. *Chacune des disciplines permet de renforcer et rendre plus pertinent le travail de l'autre dans l'accompagnement d'un l'enfant atteint de déficience intellectuelle dont l'objectif est d'améliorer l'autonomie.....63*

**II). Pour qu'un travail en co-thérapie dans une dynamique interdisciplinaire fonctionne bien le cadre institutionnel doit être clair pour les professionnels comme pour les usagers.....64**

- A. Le rôle et la place de chaque soignant doivent être clairement précisés par la structure d'accueil dans le projet d'établissement. ....64
  - 1. *Le projet d'établissement permet de poser un cadre d'intervention structuré et cohérent.....64*
  - 2. *Chaque professionnel a un champ de compétences spécifique et précis qui ne doit pas être outrepassé. ....64*
- B. Un travail en co-thérapie permet de croiser les compétences des différents professionnels impliqués afin d'explorer le plus de champs d'action possible...65

1.	<i>Le travail de co-thérapie doit permettre à la personne accompagnée de mobiliser efficacement différentes capacités vers un même objectif...</i>	65
2.	<i>L'interdisciplinarité permet à la personne accompagnée d'avoir différents regards sur l'évolution de sa situation.....</i>	65
<b>A.</b>	Lorsque l'on a pour objectif l'amélioration de l'autonomie de la personne on ne peut pas parler de « prise en charge » mais « d'accompagnement personnalisé ».....	66
1.	<i>Le terme « prise en charge » est issu du vocabulaire médical.....</i>	66
2.	<i>Le « projet d'accompagnement personnalisé et le « projet d'accompagnement individualisé » sont à distinguer.....</i>	66
3.	<i>Si l'on veut stimuler l'autonomie de la personne accompagnée il est important qu'elle soit active dans son projet.....</i>	66
<b>B.</b>	Un cadre institutionnel structuré et cohérent permet à chacun d'exercer son rôle sereinement et efficacement.....	67
1.	<i>Le rôle et les limites du champ d'action de chaque professionnel dans le projet d'accompagnement personnalisé doivent être clairement identifiés par chacun.....</i>	67
2.	<i>Le projet d'accompagnement personnalisé nécessite une alliance dynamique entre les différentes parties prenantes.....</i>	67
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>69</b>

## GLOSSAIRE

- **Affectif** : qui relève des affects, de la sensibilité, des sentiments en général. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Agitation** : toute augmentation de l'activité motrice, qui devient désordonnée, associée à une excitation mentale. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Anxiété** : sensation de malaise psychique caractérisée par la crainte d'un danger imminent réel ou imaginaire. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Art** : activité spécifiquement humaine, volontaire et orientée vers l'esthétique. (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **art** : technique artistique (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **Art-thérapie** : exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours)
- **Autoagressivité** : tendance à s'attaquer, à se combattre, dans le sens de l'hostilité et de la destruction de soi-même. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Automutilation** : mutilation volontaire faite sur soi-même, notamment dans certains cas d'aliénation mentale. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Beau, Bien, Bon** : trois valeurs cotées dans l'autoévaluation du cube harmonique en Art-thérapie. Le Beau correspond à ce qui suscite un plaisir esthétique, le Bien correspond à la qualité de la réalisation technique, le Bon correspond à l'agréable lors de l'activité. (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **Besoin** : ce qui est nécessaire et indispensable. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Cognitif** : qui se rapporte à la connaissance, aux capacités intellectuelles. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Communication** : Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Compréhension** : aptitude à comprendre ; intelligence. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Comprendre** : concevoir, saisir le sens de. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Confiance** : sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un, à quelque chose. *Avoir confiance en soi* : être assuré de ses possibilités. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Cube harmonique** : outil d'évaluation en séance d'Art-thérapie, composé du Beau, du Bien, et du Bon.
- **Déficiência** : insuffisance du développement ou du fonctionnement d'un organe, d'un système ou de l'organisme dans son ensemble. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)

- **Déontologie** : éthique, ensemble de devoirs qui incombent au professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Les règles déontologiques se fondent sur les usages et traditions observées dans la profession. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Encoprésie** : incontinence des matières fécales, d'origine fonctionnelle. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Enfant** : garçon ou fille dans l'âge de l'enfance. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Enfance** : période de la vie humaine de la naissance à la puberté. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Enurésie** : incontinence d'urine, sans cause organique, le plus souvent nocturne, se produisant à un âge où le contrôle sphinctérien devrait fonctionner normalement. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **s'Epanouir** : se développer dans toutes ses potentialités. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Etiologie** : étude des causes des maladies. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Expression** : manifestation (pensées, impressions) par le geste, la parole, le visage. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Goût** : prédilection, penchant particulier, préférence. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Handicap** : désavantage quelconque, infirmité qui met quelqu'un en état d'infériorité. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Homéostasie** : tendance de l'organisme à maintenir constantes les conditions physiologiques. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Hypertonie** : augmentation anormale du tonus musculaire, ou du tonus d'un organe. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Hypothyroïdie** : ensemble des troubles dus à l'insuffisance de la sécrétion hormonale de la glande thyroïde. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Hypotonie** : diminution du tonus musculaire, ou de la tonicité d'un organe. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Humanitaire** : qui recherche le bien de l'humanité, qui vise à améliorer la condition des hommes. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Impression** : sentiment ou sensation résultant de l'effet d'un agent extérieur. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Inhibition** : phénomène d'arrêt, de blocage ou de ralentissement d'un processus chimique, psychologique ou physiologique. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)

- **Intelligence** : aptitude à s'adapter à une situation, à choisir en fonction des circonstances ; capacité de comprendre, de donner un sens à telle ou telle chose. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Interaction** : influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Interprétation** : action ou manière de représenter, de jouer, de danser une œuvre dramatique, musicale, chorégraphique, etc. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Jeu** : activité physique ou intellectuelle non imposée et gratuite, à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Objectif** : qui existe indépendamment de la pensée. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Œuvre**: production d'un artiste, notamment de celle réalisée au moyen d'une technique particulière. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Opération artistique** : ensemble des mécanismes humains impliqués dans le processus artistique de l'impression à l'expression en passant par l'intention, l'action et la production. Elle est détaillée en 8 phases (ainsi qu'une phase 5' et une phase 1'). (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **Perception** : connaissance des phénomènes du monde extérieur au moyen des sens, notamment prise de connaissance sensorielle d'objets ou d'événements extérieurs qui ont donné naissance à des sensations plus ou moins nombreuses et complexes. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Personnalité** : ensemble des comportements, des aptitudes, des motivations, etc., dont l'unité et la permanence constituent l'individualité, la singularité de chacun. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Poiesis** : mouvement au service d'un résultat. (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **Praxie** : mouvement pour lui-même. (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **Proprioception** : sensibilité propre aux os, aux muscles, aux tendons et aux articulations et qui renseigne sur la statique, l'équilibration, le déplacement du corps dans l'espace. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Psychique** : qui se rapporte aux fonctions mentales. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Qualité existentielle** : rapport entre le savoir et la saveur qui permet d'être conscient d'exister et d'être en vie. (définition selon le modèle de l'Ecole de Tours en Art-thérapie)
- **Sensoriel** : qui se rapporte aux sens et aux sensations. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)

- **Social** : qui concerne les rapports entre un individu et les autres membres de la collectivité. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Subjectif** : se dit de ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)
- **Thérapeutique** : partie de la médecine qui s'occupe du traitement des maladies : tous les traitements. (Dictionnaire médical Manuila. 2007)
- **Valeur** : ce par quoi on est digne d'être sur le plan moral intellectuel, physique, etc. (Le Petit Larousse Illustré. 1993)

### **GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS**

- **A.F.R.A.TA.P.E.M.** : Association Française de Recherches et d'Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie Et Médecine
- **AHSS** : Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DSM IV-R**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4e édition. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).
- **IME**: Institut Médico-Educatif
- **MDPH**: Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **OMS** : Organisme Mondial pour la Santé
- **TED** : Troubles Envahissants du Développement

## INTRODUCTION

Ce travail est le résultat de deux années d'études en Art-thérapie avec l'AFRATAPEM et l'Université de Médecine de Tours, ainsi que le fruit des différentes observations et analyses nées des expériences pratiques en stage dans différents cadres institutionnels.

Le choix de la formation en Art-thérapie est né de l'envie d'allier une passion pour le théâtre et la volonté d'aider les personnes en difficulté physique, mentale, et/ou sociale. Notre expérience personnelle dans le milieu de l'animation et le milieu scolaire nous a conduit à observer les bénéfices de la pratique artistique chez l'enfant tant sur le plan physique et mental que social, et ce dans un cadre purement récréatif ou technique. Ce constat nous a mené rapidement à nous questionner sur les effets de l'Art de manière générale, puis de manière plus spécifique et ciblée, par exemple avec un public désavantagé par différents troubles. En effet, si l'Art semblait avoir un pouvoir éducatif et d'entraînement avec un public non-spécifique, qu'en serait-il si on l'orientait dans un but thérapeutique ? L'orientation de l'AFRATAPEM nous a paru être le modèle le plus pertinent pour nous former et répondre à nos interrogations sur l'Art-thérapie.

Le stage d'observation de l'année d'ISA a eu lieu dans une école de théâtre ouverte à tout public, au sein d'un atelier dit « mixte » mêlant personnes en situation de handicap et personnes « ordinaires ». Nous avons pu constater l'apport de la pratique théâtrale au sein de ce groupe et ce dans un milieu extérieur au milieu du soin ou de l'éducation. Cela nous a conforté dans l'idée que l'Art exercé dans un cadre de soin avec un protocole et des objectifs thérapeutiques adaptés à la problématique du patient devait avoir d'autant plus de bénéfices. Durant l'année du D.U. en Art-thérapie, nous avons souhaité effectuer notre stage pratique en Institut Médico Educatif afin de préciser les connaissances acquises en cours ainsi que lors du stage d'observation. Le public enfant et adolescent nous semblait intéressant au vu des connaissances que nous en avons déjà de par notre expérience professionnelle. Le milieu du handicap intellectuel et physique nous semblait particulièrement intéressant en Art-thérapie.

Le terme « déficience » ne signifie pas une atteinte globale ou partielle de TOUTES les fonctions de la personne qui en est atteinte. L'Art-thérapie permet de stimuler les mécanismes impliqués lors de l'activité artistique, et ce sont bien les mécanismes qui fonctionnent bien qui sont sollicités. Ainsi, des troubles de l'expression liés aux déficiences intellectuelles ou leurs troubles associés n'altèrent en rien la créativité et le potentiel artistique de la personne qui en est atteinte. Ces potentiels demandent d'autant plus à être explorés et exploités qu'ils sont fonctionnels et permettent une nouvelle forme d'expression : celle de la subjectivité à travers l'objectivité de la technique artistique.

Notre travail de rédaction se décline en trois temps : une première partie traitant des déficiences intellectuelles et de leurs troubles associés qui peuvent altérer l'autonomie de l'enfant et pénaliser sa qualité existentielle, ensuite nous aborderons la mise en place d'un atelier d'Art-thérapie à dominante arts corporels au sein de l'IME l'Astrolabe (avec deux études de cas précis), et pour finir nous discuterons de l'intérêt de l'accompagnement en co-thérapie d'un enfant atteint de déficiences intellectuelles et troubles associés qui ne peut être réellement efficient que s'il s'inscrit dans une dynamique interdisciplinaire en cohérence avec le projet d'accompagnement personnalisé.

# **PARTIE 1 : LES DEFICIENCES INTELLECTUELLES ET LEURS TROUBLES ASSOCIES PEUVENT ALTERER L'AUTONOMIE DE L'ENFANT ET PENALISER SA QUALITE EXISTENTIELLE**

## **D). Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent pénaliser l'enfant dans son épanouissement**

- A. Les déficiences intellectuelles entraînent des troubles de la compréhension et du fonctionnement social.

### *1. Il existe différents types de déficiences intellectuelles*

« On entend par déficiences intellectuelles la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement.»<sup>1</sup> Cette définition de l'OMS\* tente de poser un regard descriptif global mais précis sur les manifestations et conséquences des déficiences intellectuelles\*. Cependant il existe trois conceptions différentes des déficiences intellectuelles : les conceptions classiques, les conceptions psychodynamiques, les conceptions descriptives de l'OMS ou du DSM IV-R\*. L'étiologie\* des déficiences intellectuelles est toujours d'ordre pathogène, génétique, ou accidentelle.

Dans tous les cas les déficiences intellectuelles, par les troubles de la compréhension et du fonctionnement social qu'elles entraînent, conduisent à un manque d'autonomie\* physique, mentale, et/ou sociale partiel ou total (et ces différentes sphères peuvent se cumuler).

« La déficience concerne l'altération d'un organe ou la modification d'une fonction chez un individu. »<sup>2</sup> Elle peut se situer à différents niveaux de fonctionnement de l'être humain, et si l'on prend la définition ci-dessus elle concerne alors chaque individu. La déficience peut concerner un organe ou une fonction. Ainsi il ne faut pas confondre maladie et déficience, c'est à dire la cause et l'effet. C'est pourquoi dans le cas des déficiences intellectuelles il faut être attentif à ne pas parler de « traitement » curatif de la déficience elle-même puisqu'il ne s'agit pas d'une maladie mais bien de la conséquence au niveau structurel d'une maladie, de la génétique, ou d'un accident. La déficience s'établit en rapport à une norme sans nécessairement impliquer de maladie. Cela reste toujours très délicat de définir la déficience.

La première Classification Internationale des Handicaps définit la déficience comme « toute perte ou anomalie au niveau psychologique, anatomique ou physiologique »<sup>3</sup> mais distingue deux niveaux différents dans sa deuxième version (CIH-2\*) : le niveau fonctionnel et le niveau structurel. Ainsi, la notion même de déficience comporte des subtilités de définition et prend en compte la complexité du fonctionnement de l'être humain.

Dans son ouvrage Découvrir les déficiences intellectuelles, Denis VAGINAY explique toute la complexité et la difficulté de définir les déficiences intellectuelles, et tente d'en donner une définition déduite de toutes les autres, et qui pourrait être la suivante « Un déficient intellectuel présente des difficultés d'apprentissage, en lien avec des capacités

---

<sup>1</sup>Site internet de l'OMS : <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

<sup>2</sup> DALLA PIAZZA Serge et DAN Bernard *Handicaps et déficiences de l'enfant*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001. Chap. 2, La concept de handicap, 1.2 Typologie, p.35.

<sup>3</sup> DALLA PIAZZA Serge et DAN Bernard *Handicaps et déficiences de l'enfant*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001. Chap. 2, La concept de handicap, 2.1 Dimensions du CIH-2, tableau 8, p.39.

intellectuelles réduites (le QI donne une idée de cette déduction), ce qui lui pose un problème pour accéder à une autonomie satisfaisante (pour lui ? Pour les autres ?) dans une société donnée »<sup>4</sup>.

Au sein des déficiences on distingue deux types : les déficiences harmoniques et les dysharmoniques Cette distinction permet d'affiner un peu plus les conceptions de déficiences intellectuelles et d'en prendre en compte la complexité<sup>5</sup>.

Il reste un paramètre à ne pas négliger, celui de la difficulté de définir le terme même d'intelligence\* ou d'intellectuel. Ce sont là des notions complexes car il existe plusieurs formes d'intelligences : concrète, abstraite, sociale, c'est pourquoi la déficience intellectuelle ne peut pas se résumer à un développement et un fonctionnement insuffisant des capacités intellectuelles globales. Il faut également prendre en compte les différents facteurs principaux de développement de l'intelligence : héréditaire, organiques (intégrité cérébrale, motricité, sensorialité), affectifs\*, culturels. Tous ces paramètres compliquent grandement la tâche des professionnels de la santé et de l'éducation dans le travail de définition des termes autant que dans leur travail de prise en charge des personnes atteintes de déficiences intellectuelles. C'est pourquoi pour déterminer le type et le niveau de déficience intellectuelle chez un enfant\* (puisque l'on tâche de déceler cela dès les premières années de la vie d'un enfant) il n'y a pas que le QI\* qui est considéré, sont également pris en considération : l'âge chronologique, le profil d'adaptation générale, un bilan intellectuel est établi ainsi qu'un bilan cognitif\*.

Les déficiences intellectuelles sont variées et peuvent ou non se cumuler, elles peuvent toucher différents fonctionnements de l'intelligence et s'accompagner de troubles secondaires dits « associés » sur le plan du langage, de la perception\*, de la sensorialité\*, de la motricité, de l'attention, du comportement, de l'expression\*, de la communication\*, et de la relation\*.

Il résulte de la déficience une ou des incapacités qui correspondent à la diminution des capacités à accomplir une tâche habituelle à l'activité humaine, ou à se comporter de la manière attendue dans une situation précise.

Le résultat de la déficience et de l'incapacité est le handicap\*, ou désavantage. Dans le cas des déficiences intellectuelles cela peut entraîner des troubles de l'apprentissage et parfois des comportements inadaptés (incapacités) qui réduisent l'intégration sociale.

## 2. *Les déficiences intellectuelles sont souvent accompagnées de troubles dits « associés »*

Les déficiences intellectuelles peuvent ou non s'accompagner de divers troubles « secondaires » que l'on appelle troubles associés et qui peuvent toucher un large champ fonctionnel. Ces troubles associés apparaissent en fonction de l'intensité de la déficience, de l'environnement familial et extra-familial, des stimulations dont la personne déficiente est l'objet ou non. Lorsqu'il s'agit d'une déficience légère ou moyenne, les troubles associés sont souvent moins nombreux et plus rares. Mais lorsqu'il s'agit d'une déficience lourde ou profonde, les troubles associés sont présents en nombre. Parmi eux on trouve l'épilepsie, les troubles sensoriels, troubles de l'attention, troubles du comportement, de l'alimentation, du langage, de l'apprentissage, de la relation. Cette liste est non-exhaustive, les troubles varient en fonction de chaque individu, de son histoire, de sa déficience et des autres paramètres cités plus haut.

Les déficiences intellectuelles altèrent d'une part les processus cognitifs et les comportements adaptatifs, mais lorsqu'elles s'accompagnent de troubles associés il est encore plus complexe de les définir, de les diagnostiquer, et d'y répondre de manière adaptée en termes éducatifs, médicaux, paramédicaux, mais également en termes humains.

---

<sup>4</sup> VAGINAY Denis *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Ramonville Saint Agne : éditions Erès. 2005. Chap. 2, Définir le handicap : décrire ou condamner ? La déficience intellectuelle, Une définition, p. 44.

<sup>5</sup> HANUS Michel et LOUIS Olivier *Psychiatrie de l'étudiant*. 10<sup>è</sup> éd. Paris : Maloine, 2003. Chap. 21, Les déficiences mentales, A) Déficiences harmoniques, B) Déficiences dysharmoniques, p.314-315.

- B.** Pour qu'un enfant puisse s'épanouir il doit développer son autonomie physique, mentale, et sociale.

*1. Un enfant a besoin d'expérimenter de nouvelles choses afin de s'épanouir\**

L'enfance est couramment admise comme étant « *la période de la vie humaine de la naissance à l'âge de 13-14 ans* »<sup>6</sup>. Le terme enfant vient du latin *infans* qui signifie « celui qui ne parle pas ». Chez les Romains ce terme désignait l'enfant de sa naissance à ses 7 ans. Cependant la traduction de *infans* nous renseigne sur la caractéristique principale mise en avant dans ce terme, qui est la non-acquisition du langage oral. Cette vision semble quelque peu restrictive si l'on essaye de déterminer précisément ce qu'est un enfant. En effet, tous les enfants n'acquièrent pas le langage oral à la même vitesse d'une part, et d'autre part le terme *infans* questionnerait la condition des adultes qui ne parlent pas, des personnes muettes, des personnes ayant des troubles du langage de manière générale, et surtout ce terme se focalise essentiellement sur une caractéristique et n'englobe pas le fonctionnement global de l'enfant.

Cette définition a bien évolué depuis l'époque Romaine heureusement, et prend à présent en compte le développement physiologique dans son ensemble, ainsi que les acquisitions fonctionnelles (cognitives, langage, abstraction, déduction, sociales\*)

Si l'on se reporte à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989, on voit apparaître une nouvelle définition du terme enfant : « [...] *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.* »<sup>7</sup> L'enfant est donc un jeune être humain en cours de développement physique, mental, et social. Il est vulnérable de par son état de croissance (à tous les niveaux) et son manque d'expérience, mais surtout parce qu'il n'est pas mature sur ces différents plans.

L'enfant a besoin d'expérimenter de nouvelles choses afin de se développer et s'épanouir physiquement, mentalement et socialement, et ce dans un cadre sécurisant et contenant. Il peut ainsi expérimenter les limites de son corps physique, de ses capacités intellectuelles, de la sphère sociale, et celles du monde extérieur, et ainsi apprendre à se connaître et connaître ce qui lui est extérieur. Tout au long de son développement, l'enfant teste et expérimente donc un certain nombre de comportements, d'actions... qui enrichissent ses sensations et développent ses capacités motrices, psychologiques et sociales. Par exemple, l'enfant doit passer par différentes expérimentations de son équilibre avant de pouvoir apprendre à marcher, de même il passe par différents stades du babillage à la lallation avant d'acquérir le langage oral. Pour une explication plus détaillée du sujet, car ce n'est pas ici le noyau de notre travail, on se reportera aux travaux des différents pédagogues, psychanalystes, psychologues, et médecins qui ont étudié le développement affectif et intellectuel de l'enfant.<sup>8</sup>

Il est nécessaire que l'enfant fasse ces expériences, afin de se développer le plus librement possible dans toutes ses possibilités, c'est à dire afin qu'il puisse s'épanouir le mieux possible.

*2. Les échanges sociaux sont nécessaires au bon épanouissement de l'enfant*

Tout au long de sa croissance et de ses apprentissages, l'enfant découvre et expérimente les relations avec le monde qui l'entoure et avec les personnes qui y vivent. Dès les premières heures de sa vie, le nourrisson a besoin\* de ses parents pour le soigner, le nourrir, l'éduquer. Un nourrisson ne peut pas vivre s'il est seul car il est dépendant. Les relations qui le lient à ses parents sont essentielles. Dès les premières semaines, le nourrisson apprend à différencier les personnes qu'il connaît et les personnes étrangères à son

---

<sup>6</sup> Déf. Dictionnaire *Le Littré*, 1997.

<sup>7</sup> Site internet des Droits de l'Enfant : <http://www.droitsenfant.org/les-droits-de-l-enfant/>

<sup>8</sup> Cours d'ISA de CHARDON Fabrice sur *le développement psychologique de l'enfant et les psychopathologies* ; GOLSE Bernard *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 3<sup>è</sup> éd. Paris : Masson. 2005.

environnement quotidien. Différentes phases de socialisation entrent en jeu et participent au développement social de l'enfant: dès les premières semaines de sa vie les jeux\* de sourires et d'interaction\* avec sa mère puis avec ceux qui lui apportent de l'attention, apparition de la ségrégation sociale vers 6 mois, découverte des personnes à sa hauteur, apparition de la jalousie, de la compassion etc. Son premier terrain d'apprentissage des échanges sociaux est son environnement familial direct, puis lorsqu'il va à l'école son champ d'apprentissage social s'élargit. Tous ces apprentissages cumulés au fur et à mesure de l'enfance, permettent la distinction entre soi et autrui mais également de construire les notions de justice et de règles, et ainsi permettre à l'enfant d'acquérir les différents codes et limites de la vie en société.

Les échanges sociaux participent au bien-être de l'enfant puisqu'ils lui permettent d'apprendre et de se développer sur le plan affectif et intellectuel, mais aussi sur le plan des fonctionnements adaptatifs (communication, soins personnels, compétences domestiques, habilités sociales, autonomie, santé et sécurité) Les échanges permettent à l'enfant d'apprendre des expériences des autres afin de devenir le plus autonome possible. Il s'enrichit de l'échange d'expériences pour apprendre à vivre mieux dans son environnement. Les échanges permettent la découverte de la solidarité, de l'affection, et amènent à l'intégration de l'enfant, puis de l'adulte, parmi les autres, ces autres qui lui donnent ensuite un statut (quel qu'il soit). En cela, les échanges sociaux sont nécessaires au bon épanouissement de l'enfant.

### *3. La définition de la bonne santé selon l'OMS est un «état de complet bien-être physique, mental, et social »*

Pour pouvoir dire que quelqu'un est en bonne santé il faut prendre en compte son bien-être physique, mental, et social et apprécier cet état comme celui d'un « complet bien-être », c'est à dire un état dans lequel aucun manque ne se fait ressentir. Cette définition de l'OMS permet de se questionner sur ce qui constitue le bien-être « complet ». Certes cela implique qu'il n'y ai aucun manque, mais cela semble également pointer l'importance d'un épanouissement sur le plan physique, mental et social. C'est à dire que l'être humain a besoin de se réaliser dans toutes ses possibilités, ou au moins dans un maximum de ses possibilités pour ne ressentir aucun manque.

Si l'on prend le modèle de la pyramide de MASLOW concernant les besoins fondamentaux de l'être humain, le « besoin de s'accomplir » se situe en haut de la pyramide. Ce besoin de s'accomplir correspond bien au besoin de s'épanouir, c'est à dire à la nécessité de se réaliser pleinement dans toutes ses capacités. Le bien-être correspond à la satisfaction des besoins fondamentaux, et le besoin correspond à ce qui est nécessaire à l'existence. Cependant, il ne faut pas négliger l'autonomie de l'être humain. En effet, il ne s'agit pas simplement de pouvoir satisfaire ses différents besoins fondamentaux pour ne pas ressentir de manque.

La définition de l'OMS ne précise pas les moyens mais seulement la finalité de la bonne santé. Ainsi, la question de l'autonomie se pose pour les personnes handicapées (maladies, déficiences).

L'être humain a cette capacité de pouvoir « s'accomplir », c'est à dire s'épanouir, et c'est l'une des choses qui le différencie de l'animal. Mais pour pouvoir s'accomplir l'autonomie joue un rôle essentiel. En effet, l'autonomie permet à l'être humain de définir par et pour lui-même ses choix, ses décisions, ses actes. C'est la capacité de s'approprier les règles préexistantes. L'autonomie physique, mentale, et sociale, permet donc à l'être humain de ne plus dépendre entièrement de l'autre et de réaliser ses propres expériences.

La première condition au bon épanouissement de l'enfant est qu'il soit en bonne santé, la seconde est qu'il ait un minimum d'autonomie, et c'est là que réside toute la complexité du problème en ce qui concerne l'enfant atteint de déficiences intellectuelles car il a besoin d'une

aide quotidienne pour apprendre et se construire et ne peut pas toujours exercer son autonomie. Ce manque d'autonomie peut amener l'enfant à un manque d'assurance dans ses capacités, et une dévalorisation de lui-même, dans certains cas la dépendance entraînée par le manque d'autonomie peut être vecteur de colère ou/et d'agressivité de la part de l'enfant envers lui-même ou envers son entourage.

Ces différentes problématiques peuvent altérer les capacités d'expression, de communication, et de relation de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles, et faire souffrir celui-ci lorsqu'il ne peut pas réaliser ce qu'il a eu l'intention de faire. Ses intentions ne peuvent pas toujours être suivies de leur réalisation, ou ces réalisations ne sont pas en adéquation avec ce qui avait été imaginé. Dans certains cas l'enfant atteint de déficiences intellectuelles peut même avoir des troubles de « l'intention », c'est à dire qu'il aimerait avoir une intention mais ne peut pas car cette capacité est altérée du fait de sa déficience.

C. Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés nécessitent une aide quotidienne auprès de l'enfant pour l'accompagner dans ses apprentissages et le développement de son autonomie.

*1. Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent entraîner des difficultés psychomotrices chez l'enfant*

Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés impliquent parfois des troubles moteurs, surtout dans le cas des déficiences intellectuelles graves ou profondes. Ces troubles peuvent toucher la motricité fine ou/et globale, ou la sensorialité (ouïe, vue, odorat, goût, toucher, proprioception). L'enfant nécessite alors une aide pour ses soins (toilette, brossage de dents, WC), pour son alimentation, et/ou pour ses déplacements. Son autonomie physique est altérée et sa qualité de vie s'en ressent puisqu'il est dépendant d'une aide extérieure quasi permanente et ne peut pas toujours se suffire à lui-même.

L'expression par les mimiques faciales et par des mouvements du corps est parfois difficile, ce qui altère la qualité des échanges avec autrui (le message exprimé n'est pas toujours compris par le récepteur).

Des troubles comme l'énurésie\* et l'encoprésie\* peuvent amener l'enfant déficient à ressentir de la culpabilité ou de la honte et être source d'une souffrance quotidienne.

L'hypotonie\* et l'hypertonie\*, sont eux, des troubles moteurs qui ont pour conséquence que l'enfant nécessite parfois une aide dans ses déplacements (surtout si il s'agit d'une hypotonie en masse) mais également et surtout dans les activités mobilisant sa motricité fine (maladresse dans la préhension liée aux mouvements mous et lents, fatigue rapidement), ou dans des activités physiques mobilisant le corps moteur de manière plus générale (sport).

A l'inverse, les enfants hypertoniques ont besoin d'une aide extérieure mais pour se canaliser et éviter de se mettre en danger (mouvements parasites, épuisement, comportements trop intrépides). Un tonus musculaire équilibré et un fonctionnement optimal des réflexes fonctionnels sont essentiels à la survie et au développement de l'enfant dans sa motricité globale et fine.

Lorsque l'enfant est conscient de ses troubles, cela peut engendrer une véritable double souffrance : physique et psychique\*. Se rendre compte de ses incapacités et des limites de son corps peut être une expérience difficile, cela peut entraîner des difficultés d'expression et de communication.

*2. Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent engendrer des difficultés de compréhension chez l'enfant*

Les déficiences intellectuelles impliquent une altération des facultés cognitives : langage, lecture, repères spatio-temporels, communication, compréhension\* des conventions admises qui régissent l'échange d'informations entre êtres humains, concentration, capacités d'abstraction et de projection, troubles du comportement. Ces troubles entraînent des difficultés d'appréhension du monde extérieur, une mauvaise compréhension des événements et des messages échangés avec autrui, et par conséquent des comportements inadaptés (peur, colère, tristesse). Pour l'aider à développer au mieux ses capacités, l'enfant atteint de déficiences intellectuelles va recevoir une éducation spécialisée et adaptée à ses troubles dans un cadre sécurisant et contenant. Différentes stratégies sont établies dans ce but et se complètent : suivi éducatifs, prises en charge médicales et paramédicales. L'enfant est vulnérable et dépendant sur le plan intellectuel du fait de ses difficultés de compréhension. Son autonomie est mise à mal.

3. *Les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés peuvent entraîner des difficultés relationnelles chez l'enfant*

Nous venons de voir que les déficiences intellectuelles et leurs troubles associés entraînent une diminution voire empêchent totalement le bon fonctionnement d'un certains nombres de mécanismes physiologiques et intellectuels. Cependant elles entraînent également des troubles de la relation. En effet, le développement altéré du langage oral, voire l'absence de celui-ci, conduit à des difficultés d'expression et de communication, et rend les échanges plus complexes. Il faut adapter les outils de communication à l'enfant déficient et à ses capacités d'expression et travailler ces outils avec son entourage, afin que chacun puisse communiquer et échanger au mieux et au plus juste de ses besoins. Mais les troubles du langage ne sont pas les seuls à être source de difficultés relationnelles. Les troubles du comportement que les déficiences intellectuelles peuvent entraîner altèrent également les capacités relationnelles de l'enfant, et provoquent souvent de l'incompréhension de la part de l'entourage, ce qui peut rendre les relations plus difficiles. Les troubles de la compréhension et de l'adaptation de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles concourent à rendre les relations avec le monde extérieur moins aisées. Ainsi, l'enfant peut souffrir d'une rupture sociale, d'un sentiment d'exclusion, mais aussi être dans l'incompréhension du monde qui l'entoure et en ressentir de l'angoisse, de la colère ou de la tristesse, ce qui peut le conduire à des actes de violence envers autrui ou envers lui-même (auto-agressivité\*, voire automutilation\*).

**II). Les arts corporels qui rassemblent différentes techniques telles que le théâtre, le mime, et la danse et font partie de l'Art.**

A. L'Art est une activité spécifiquement humaine, volontaire et orientée vers l'esthétique.

1. *Le théâtre, le mime, et la danse sont des techniques artistiques (arts) qui mettent volontairement en mouvement le corps moteur et l'activité mentale dans une visée esthétique*

L'Art\* comprend différents arts (se reporter au glossaire pour la distinction Art/art\*) dont les arts corporels. Les arts corporels ont la spécificité de confondre la poiesis\* et la praxie\*. C'est à dire que l'on ne peut distinguer l'œuvre\* finie du moment où elle est en train d'être réalisée. Le temps, l'espace, l'artiste et l'œuvre d'art se confondent en une représentation mobile dans l'espace et le temps : celui de la représentation. Le théâtre, la

danse, et le mime sont des techniques artistiques qui demandent un savoir-faire précis et ordonnent les mouvements du corps moteur dans une recherche esthétique.

## 2. *La question de l'esthétique en Art est étudiée depuis l'Antiquité Grecque*

Les philosophes et pédagogues de l'Antiquité Grecque se sont questionnés et ont étudié la question de l'esthétique en cherchant à en cerner ses tenants et ses aboutissants et son importance fondamentale en Art. L'esthétique correspond à cette époque à ce qui répond au modèle directement issu de l'observation de la nature. En effet, la nature ayant été créée par le divin et le divin étant bon, tout ce qui se trouve dans la nature ne peut qu'être beau. Si l'on copie précisément la nature alors on est sûr de produire une belle œuvre. Mais pour cela il faut observer quelque chose d'immuable dans cette nature. Le monde des étoiles a pour particularité de montrer des points qui sont immuables. Ainsi, les critères esthétiques de l'Antiquité sont fondés sur l'observation du mouvement des étoiles car les étoiles sont organisées en répondant à des critères de proportion. Ces proportions sont ensuite appliquées aux activités humaines. C'est le principe de mimesis qui est mis en avant. C'est ce que Platon mettra en avant comme modèle esthétique fondé sur l'objectivité\*. L'objectivité étant l'observation du monde créé par le divin. Aristote complètera ce modèle fondé sur l'objectivité par sa théorie de l'harmonie des sphères qui comprend un ensemble de principes mathématiques permettant de déterminer les rapports parfaits entre les planètes.<sup>9</sup>

## 3. *Baumgarten définit l'esthétique comme la science du Beau*

Cette approche de l'esthétique\* a évolué au cours des siècles. Ainsi, la Renaissance a été un véritable tournant pour l'étude de l'esthétique. La question des proportions est de nouveau posée mais à travers le questionnement de l'infiniment petit, au contraire des Grecs qui se questionnaient sur l'infiniment grand. L'étude du corps humain et de ses proportions va participer à l'établissement d'une nouvelle approche de l'esthétique. Les limites, le cadre, le contenant, font leur apparition en Art et entre en jeu dans l'esthétique. La personnalité de l'artiste (jusqu'à la Renaissance on ne parle pas d'artiste, les œuvres ne sont pas signées) transparait dans ses œuvres, et l'esthétique se fonde sur un modèle subjectif. La production artistique doit être originale et unique. Il est demandé aux artistes d'empreindre leurs œuvres de leur vision du monde. Il s'agit d'œuvres heuristiques et non plus mimétiques. Kant détermine une théorie de l'esthétique à orientation subjective. « *Comme dans l'objectivité où il s'agissait d'éliminer l'homme, dans la subjectivité il va s'agir d'éliminer l'œuvre d'Art* »<sup>10</sup>.

Que l'esthétique soit ou non subjective ou objective, il est nécessaire de lui trouver une définition. Baumgarten introduit pour la première fois le terme « esthétique » et le définit comme étant la science du Beau. Pour définir ce terme et établir ce qu'est cette science, Baumgarten prend pour point de départ les écrits de Leibniz sur la connaissance sensible. Baumgarten ne définit pas la beauté par la symétrie ou les proportions pythagoriciennes (qui résident dans l'objet), mais bien en fonction de l'intensité propre de la sensation esthétique (qui sont du domaine du ressenti, donc du sujet).

Il est essentiel de noter l'effort de distinction à chaque époque entre l'objectif et le subjectif, entre le monde extérieur et le monde intérieur. L'esthétique semble résider dans un rapport d'échange permanent et changeant.

---

<sup>9</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris : Favre. 2004. Deuxième partie : la théorie de l'art opératoire. L'orientation objective de l'esthétique. P. 135-136.

<sup>10</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris : Favre. 2004. Deuxième partie : la théorie de l'art opératoire. L'orientation subjective de l'esthétique. p. 137.

**B.** Le théâtre est l'art de représenter une action ou un sentiment par des jeux d'interprétation\* gestuels et verbaux dans un lieu et un temps déterminés.

### *1. Le théâtre est à la fois un lieu et une activité*

Le mot théâtre vient du grec « theatron », puis du latin « theatrum » qui signifie « lieu de représentation ». Le mot grec vient lui-même du verbe grec « theaomai » qui signifie « regarder, contempler ». Ainsi l'étymologie même du mot théâtre renseigne sur un lieu et non une pratique. C'est bien plus tard que le nom du lieu devient le nom de l'activité qui est pratiquée dans ce lieu : le théâtre. Le théâtre est à la fois un lieu, un genre littéraire, et une activité. Dans l'Antiquité Grecque le théâtre est le lieu où sont jouées des tragédies ou des comédies qui mettent en scène l'orgueil de l'être humain, ses passions, et sa démesure. Aristote prête au théâtre une fonction cathartique<sup>11</sup>. Les spectateurs viennent purger leurs passions en assistant aux représentations théâtrales. La tragédie Grecque sert à rappeler aux citoyens comment et pourquoi respecter les lois divines<sup>12</sup>.

Nous ne développerons pas ici l'évolution du lieu et de la technique artistique propre au théâtre au cours des siècles car ces informations peuvent aisément être trouvées dans des ouvrages spécialisés, et notre développement ne concerne pas une histoire de l'évolution de cette technique. Nous noterons simplement l'importance et la place de la représentation théâtrale auprès du public quelle que soit l'époque. En effet, cet art rassemble toutes les classes sociales et ce à toutes époques.

L'art théâtral est très riche car il permet de solliciter tous les autres arts (musique, danse, mime, conte, arts-plastiques etc.) dans un seul espace-temps : celui de la représentation.

### *2. Le théâtre met en mouvement le corps moteur et sollicite l'activité mentale dans une visée esthétique*

Le théâtre demande une organisation d'un texte et de déplacements, et de donner un ton à l'histoire qui est jouée et représentée. L'organisation de ces différents composants doit correspondre à un idéal esthétique. Ce dernier est l'objectif à atteindre par les comédiens, c'est ce qui va guider leur pratique. La mise en scène et la direction des comédiens se fait par un metteur en scène. C'est lui qui prend la distance nécessaire à l'organisation des différents éléments constituant la pièce, afin d'orienter celle-ci vers un idéal esthétique déterminé. Le metteur en scène est celui qui dirige le jeu des comédiens, il les guide et les oriente dans leur interprétation. L'apprentissage de techniques de diction, de déplacements, de placement de voix, d'interprétation permet de se rapprocher au mieux de l'idéal esthétique déterminé pour la représentation. Un décor, des costumes, des fonds sonores peuvent être utilisés dans une pièce de théâtre pour donner « l'illusion du vrai » au spectateur (théâtre naturaliste) ou tout au contraire pour créer un décalage (comme dans le théâtre épique de Brecht). Le théâtre est une technique qui peut s'exercer seul mais le plus souvent en groupe.

Le théâtre sollicite le corps moteur et ses capteurs sensoriels dans leur totalité : vue, ouïe, odorat, toucher, proprioception\*. L'échange d'informations entre le corps moteur et le cerveau s'exerce en permanence dans un principe d'autorégulation (homéostasie\*). La mémoire est sollicitée par l'apprentissage par cœur de textes et de déplacements dont il faut se souvenir lors des répétitions et de la représentation.

---

<sup>11</sup> ARISTOTE, *Poétique*. Paris : Gallimard. 2005.

<sup>12</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris : Favre. 2004. Première partie : les fondements de notre culture artistique. Le théâtre présente l'activité artistique d'une façon nouvelle. p.74.

C. Le mime est une technique artistique qui mobilise le corps moteur dans sa totalité sans l'intervention de la voix ni d'objets.

*1. Le mime interprète une action ou un sentiment par des jeux d'interprétation corporelle « à la muette »*

L'art du mime n'est pas le plus répandu dans les pratiques artistiques, en tout cas pas en pratique seule. En effet, il est souvent sollicité en théâtre ou en danse, mais beaucoup plus rarement pratiqué comme discipline à part entière, en tout cas moins connu du grand public. Le mime Marceau a été le plus célèbre technicien de cette discipline durant le XX<sup>ème</sup> siècle. Ses représentations ne reposaient sur aucun décor, tout résidait dans la gestuelle, les attitudes et les mimiques. La technicité de cette discipline repose sur une maîtrise précise du corps et de ses mouvements. Pour que le spectateur puisse saisir l'histoire que le mime représente, l'artiste doit créer l'illusion du vrai, notamment grâce à la précision de ses gestes et à leur amplification. La difficulté réside dans l'absence de l'usage de la voix et de la parole.

*2. La technique du mime nécessite une grande précision corporelle*

Il s'agit de créer un monde, une atmosphère, une histoire, uniquement à partir des gestes et mimiques, et il n'y a pas d'autre metteur en scène pour le guider que le mime lui-même. Le mime est souvent seul sur scène. L'expression doit être précise pour réussir à communiquer l'information au public. « *Le mime couvre l'essentiel des composantes de la scène : la danse, le théâtre, l'expression corporelle... Un mime sait tout faire !* »<sup>13</sup> disait le Mime Marceau dans une interview à propos de la technique du mime. Et lorsqu'il lui était demandé dans cette même interview si les mimiques d'émotions variaient d'un pays à un autre, ce qui aurait pu rendre la technique spécifique à chaque pays, le Mime Marceau répondait : « *L'expression de la douleur ou de la joie est la même partout, ce qui montre la pureté du mime. Il n'y a pas de code. Seuls les signes conventionnels donnent place à des variations : hochement de tête pour signifier oui et non, signes des mains, haussement des épaules, etc. mais l'émotion ne connaît pas de frontières.* »

Ce sont les gestes et les mimiques, et non plus la parole, qui sont seuls porteurs de signification. C'est pourquoi une grande précision et une amplification des gestes, voire une exagération de ceux-ci est nécessaire. Pour cela il faut maîtriser son corps et en connaître le fonctionnement. Le travail du mime demande une grande rigueur, autant en terme de concentration et de capacité d'imagination (pour mimer quelque chose il faut réussir à en avoir une image mentale d'abord), qu'en terme de condition physique.

D. La danse est la mise en mouvement rythmée du corps moteur en accord avec une musique.

*1. La danse mobilise le corps moteur dans une recherche esthétique en accord avec la musique*

La danse peut se concevoir sur deux plans : un plan sportif et un plan esthétique. En effet les mouvements en eux-mêmes sont emprunts de technicité et d'une précision pouvant trouver un intérêt dans le geste en lui-même, ou il peut être orienté vers une recherche esthétique. Nous distinguons donc la danse où le mouvement prime sur l'harmonie entre le mouvement et la musique, et la danse où l'accord rythmique entre le mouvement et la

---

<sup>13</sup> Interview conduite par Jean-Pierre JUMEZ : Marcel Marceau : L'art d'accommoder les gestes. <http://www.jumez.com/html/marcel-marceau.html>

musique prime. Cette distinction est valable dans toute représentation dansée et dépend du principe de dominante : tantôt la technicité sportive du geste est dominante, tantôt c'est la coloration esthétique qui prend le dessus. Nous devons cependant préciser que la danse « gymnique », comme la qualifie Richard FORESTIER<sup>14</sup>, peut tout à fait être esthétique sans pour autant avoir ce but premier, au même titre qu'un coureur de 100 mètres lors de sa performance peut voir sa technique emprunte d'esthétique aux yeux du public qui trouvera cette performance « belle ». Cependant, la danse gymnique en tant que telle ne sera pas considérée comme artistique car sa fin ne tend pas vers l'esthétique, il s'agit d'un sport où la performance est dominante.

Une des spécificités de la danse est la chorégraphie. Ce terme provient de la « chorée » grecque qui unifiait l'ensemble danse/chant/musique. Les chanteurs et les danseurs créaient une unité au sein de laquelle il n'était plus possible de distinguer qui commandait l'autre<sup>15</sup>. Aujourd'hui la chorégraphie est l'organisation et l'enchaînement des mouvements dansés en accord avec la musique. Un cas particulier cependant existe avec la danse contemporaine où parfois aucun fond sonore quel qu'il soit n'accompagne la danse, ce qui questionne sur la définition toujours présente dans les dictionnaires de la « danse ». Il semblait important de soulever ce point, même si ce n'est pas notre propos que de discuter de cette problématique ici. Le danseur interprète la chorégraphie en fonction de l'orientation esthétique de celle-ci mais également en fonction de sa sensibilité. La danse a cette particularité qu'elle peut s'exercer seul ou en groupe, et même dans le groupe le danseur peut être isolé (par des enchaînements différents de ceux des autres, ou parce qu'il n'y a pas de contacts entre danseurs).

Nous pouvons distinguer différents types de danse : les danses de salons, les danses artistiques (jazz, classique, moderne, contemporaine), et les danses rituelles ou religieuses.

## 2. *La danse stimule les capteurs sensoriels du toucher, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, et la proprioception*

La danse met en mouvement le corps moteur dans sa totalité. Le regard du danseur l'espace. La tactilité est sollicitée en permanence lors des déplacements et différents mouvements du danseur, par ses pieds principalement (les deux principaux appuis liés à la position verticale) mais également par tous les autres capteurs présents au niveau de l'épiderme. Le danseur peut sentir sa vitesse grâce à l'air déplacé lors de ses mouvements, il peut ainsi sentir sur sa peau ce déplacement d'air plus ou moins intense en fonction de la vitesse. Le fond sonore, le bruit des déplacements sur le sol et dans l'air sont également perçus par le danseur qui doit y être attentif pour être en rythme et en harmonie dans la chorégraphie. Le rythme entendu par le danseur permet de se repérer dans le temps : où en est la chorégraphie, combien de temps avant le prochain enchaînement, contretemps. Ces notions sont toutefois liées à la proprioception du danseur : il est conscient de ses points d'équilibre corporels, de la direction qu'il prend dans l'espace, il ressent son poids et celui de ses partenaires lors de mouvements collectif. Même l'odorat peut être sollicité avec les odeurs corporelles dégagées dans l'effort physique, odeurs qui permettent de se repérer également dans l'espace par rapport à ses partenaires.

La danse stimule ces capteurs sensoriels et les sollicite comme différents points de repères, et comme participants à la mémorisation des mouvements et enchaînements. Ces sens semblent indispensables pour pratiquer cette discipline artistique.

---

<sup>14</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris : Favre. 2004.

<sup>15</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'Art occidental*. Paris : Favre. 2004. Première partie : les fondements de notre culture artistique. La chorée est supérieure à la danse. p.82-83.

E. L'interprétation gestuelle et verbale requière de l'assurance.

1. *Le comédien et le mime doivent réussir à donner l'illusion que ce qu'ils interprètent est réel*

Comme nous l'avons déjà dit il existe plusieurs orientations esthétiques en théâtre, mais le travail d'interprétation est toujours central. Le comédien doit donner vie à ce qu'il joue. Pour cela il doit être précis et savoir moduler sa voix et ses attitudes. Le spectateur sait que ce qu'il voit est du théâtre mais veut croire que ce qu'il voit est vrai. Des exercices de diction, de déplacements, d'improvisation, d'interprétation d'émotions permettent au comédien de s'approprier les outils à la bonne maîtrise de son corps moteur, de sa mémoire, et de sa justesse de jeu (correspondre le plus possible à la réalité du personnage interprété). Que ce soit dans le théâtre naturaliste, dans le théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal, ou dans le théâtre épique de Brecht (malgré le principe de distanciation), l'illusion du vrai est centrale. La distance entre ce qui est joué et la réalité s'efface au profit d'un seul espace-temps : celui de la représentation.

Le mime suit les mêmes principes que le comédien de théâtre concernant l'illusion du vrai qu'il doit faire naître lorsqu'il joue. La différence réside dans la place centrale du corps moteur dans le mime, où la parole est inexistante. Le seul porteur de sens est le corps du mime en mouvement. L'exercice de précision est donc plus difficile que dans le théâtre où le recours à la parole ou au son aide à créer l'illusion. Le mime est seul face au public et doit convaincre celui-ci que ce qu'il voit est vrai, et réussir à lui raconter une histoire sans mots ni son.

2. *L'interprétation gestuelle et verbale en théâtre, en mime, et en danse nécessite une bonne connaissance de son corps*

Pour que l'illusion soit parfaite, le comédien et le mime doivent connaître suffisamment leur corps et leurs mimiques afin d'en mesurer le moindre effet. L'un et l'autre doivent pouvoir avoir une image mentale précise de ce qu'ils vont produire ou produisent comme effet afin d'être crédibles et vraisemblables. Il faut connaître son corps pour l'utiliser au mieux. Connaître son corps c'est également connaître ses limites et ses faiblesses et les travailler afin de les amoindrir, voire les supprimer.

Le danseur doit également connaître parfaitement son corps, tant pour des raisons physiologiques que pour des raisons esthétiques. En effet, il est nécessaire de bien connaître son anatomie pour préparer son corps (échauffement) et le reposer (étirements), c'est à dire pour en prendre soin afin de ne pas se mettre en danger, ou risquer de rompre la magie de la représentation en exécutant un pas de danse et en se blessant devant le public. Le corps est sollicité en permanence, comme nous l'avons vu, dans la danse. Afin de produire des mouvements les plus esthétiques possibles, il est important de maîtriser ce corps et de l'entraîner.

L'interprétation dansée, jouée, ou mimée doit pour beaucoup sa précision et sa justesse à une bonne connaissance de son anatomie et de son fonctionnement général et plus spécifique.

3. *C'est un gage de confiance\* lorsque la maîtrise corporelle et verbale est exposée dans une interprétation*

Pour parler en public il faut être un minimum sûr de soi, donc avoir confiance dans ses capacités et ne pas trop craindre la confrontation à un auditoire. Nous avons tous en mémoire l'exemple de l'enfant interrogé par son professeur devant la classe entière et qui soit répond avec clarté et confiance, soit dont le passage à l'oral est la hantise et se trouve mal à l'aise lorsqu'il est interrogé. Dans ce dernier cas de figure, que ce soit par timidité ou bien parce que

l'enfant n'est pas sûr ou sait qu'il n'a pas la bonne réponse, c'est bien le manque de confiance en ses capacités qui le paralyse.

Le comédien, le mime, le danseur se retrouvent dans une situation d'exposition face au spectateur. Ils se mettent en danger en s'exposant dans une mise en scène. Bien entendu il ne s'agit pas d'un danger mortel, mais du même type de danger que l'élève qui doit prendre la parole devant ses camarades. Les artistes doivent avoir confiance dans leur maîtrise et leur capacités afin d'assumer leur rôle sur scène en maintenant l'illusion du réel. L'artiste expose son savoir-faire dans la représentation comme un peintre expose sa toile lors d'une exposition. C'est ce qu'on appelle le traitement mondain de l'œuvre d'Art. L'artiste se confronte aux regards extérieurs en exposant son art.

**F.** Le théâtre, le mime, et la danse peuvent assumer une fonction sociale.

*1. Le théâtre, le mime, et la danse peuvent nécessiter des échanges entre interprètes*

Les arts corporels tels que le théâtre, et la danse sont souvent pratiqués en groupe et impliquent des échanges entre les artistes. Même en mime il existe des mises en scène avec plusieurs interprètes qui interagissent. Ces relations impliquent une bonne communication et surtout une bonne écoute. Chaque artiste doit être attentif aux autres afin de créer une harmonie dans les échanges et que ceux-ci soient les plus fluides possible.

Chaque artiste a un rôle bien déterminé au sein du travail collectif, ce qui lui confère un certain statut. L'artiste existe à travers son interprétation, mais derrière cet artiste il y a la personne avec sa sensibilité qui est reconnue par le groupe.

*2. Le théâtre, le mime et la danse se déroulent devant un public*

Comme nous l'avons évoqué pour le théâtre, la représentation est faite pour être vue par un public. Sans public la représentation n'a pas lieu d'être, et sans représentation le public n'existe pas. Les spectateurs ont différentes attentes lorsqu'ils viennent assister à une représentation : plaisir esthétique, plaisir intellectuel, divertissement, besoin d'identification. Les artistes en représentation interprètent des émotions, des attitudes, racontent des histoires à travers le jeu théâtral, le mime, ou la danse, et communiquent cela au public. Une relation d'échange naît du va et vient entre ce qui est exprimé sur scène par les artistes et ce qui est reçu par le public, les impressions que la représentation suscite. Les deux sphères coexistent et interagissent durant toute la durée de la représentation.

La représentation devant un public consiste également en un traitement mondain de l'œuvre présentée par les artistes comme nous l'avons évoqué plus tôt. Cette confrontation est emprunte d'une dimension sociale car le regard du public et son avis, sa critique vont participer à donner à l'artiste un statut : celui d'artiste de qualité ou non, celui d'artiste sensible ou non etc. Les spectateurs ont le pouvoir de conférer des qualités diverses (positives ou négatives) à l'artiste.

**G.** Les arts corporels nécessitent de l'autonomie.

Comme nous avons pu le voir, les arts corporels mobilisent le corps moteur dans sa totalité, ainsi que l'activité mentale, et nécessitent des échanges entre les différents artistes. Le corps moteur, l'activité mentale et les échanges entre les différents artistes doivent pouvoir s'exercer de manière libre par chaque artiste, sans l'assistance d'une tierce personne. Le comédien, le danseur, et le mime doivent avoir un minimum d'autonomie pour pratiquer les arts corporels. L'artiste doit pouvoir prendre des initiatives, faire des choix, affirmer et valoriser ceux-ci à travers son interprétation. Si l'autonomie physique, mentale ou sociale est altérée, il est important que l'artiste puisse être maître de ses décisions et choix. L'autonomie

implique une activité volontaire et choisie. L'artiste qui pratique les arts corporels mobilise donc en permanence celle-ci. L'autonomie à la confiance que l'artiste peut avoir en lui-même, à l'estime qu'il a de lui-même, et à l'affirmation de sa personnalité et de ses choix.

### **III). L'Art-Thérapie à dominante arts corporels peut aider les enfants déficients intellectuels à améliorer leur qualité existentielle.**

A. L'Art-thérapie\* c'est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique\* et humanitaire\*.

#### *1. L'Art-thérapie utilise le pouvoir d'entraînement de l'Art et ses vertus éducatives à travers une stratégie thérapeutique*

L'Art a différentes qualités dont des vertus exploitables dans un cadre éducatif ou thérapeutique. Aristote l'avait bien compris lorsqu'il développa dans son traité *La Poétique* la théorie de la catharsis<sup>16</sup>. Le spectateur purge ses émotions par identification aux personnages de la pièce de théâtre à laquelle il assiste. Lorsqu'une personne écoute une musique qui lui est plaisante elle se surprend souvent à battre la mesure ou bouger son corps en rythme avec cette musique, ou encore fredonner en même temps qu'elle l'écoute, c'est le pouvoir d'entraînement de l'Art. Platon observe cette vertu de l'Art dans son *Phèdre*<sup>17</sup>. C'est lui qui conduit le spectateur à toujours plus contempler/écouter ou lui donne envie de pratiquer, d'accompagner l'activité artistique dont il est spectateur. Prenons à présent le comédien qui travaille un texte en vue d'une représentation, il va travailler sa diction (articulation), sa modulation (le ton), son interprétation (sensibilité), sa concentration, sa mémoire... ce travail technique permet d'améliorer et d'augmenter ses qualités de comédien, il perfectionne son expression et sa communication. C'est là une des vertus éducatives de l'Art.

L'Art et son lien avec la médecine a toujours suscité de l'intérêt. Richard Forestier recense quelques une des observations qui ont pu être faites à différentes époques à propos de l'Art et des bénéfices sanitaires qui peuvent en ressortir<sup>18</sup>. Plus récemment, lors du Congrès International d'Art-thérapie de Juin 2012 à Lille, une étude menée par une art-thérapeute et un médecin de la douleur a démontré l'intérêt de la pratique des arts corporels (danse contemporaine, expression théâtrale, chœur grec, poésie) dans le traitement de la douleur de femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. Cette étude montrait une diminution significative de la douleur chez les patientes prises en charge à la fin de leurs ateliers d'Art-thérapie<sup>19</sup>. Lors de ce même congrès Claire OPPERT, Art-thérapeute et violoncelliste, a présenté les résultats de son travail en soins palliatifs où elle a pu constater la diminution de la douleur chez des patients douloureux chroniques refusant tout soin lorsqu'elle leur jouait du violoncelle. Elle a dénommé cet effet le « pansement Schubert », terme ensuite repris par l'équipe soignante après constat des résultats positifs de cette pratique chez les patients<sup>20</sup>.

Afin d'exploiter les vertus de l'Art dans un cadre de soins, discipline nommée Art-thérapie, il est nécessaire de former des professionnels ayant à la fois des connaissances artistiques importantes, et à la fois des connaissances spécifiques au soin. Cet enseignement suit plusieurs courants différents : la psychothérapie à support artistique, l'atelier d'Art, et

<sup>16</sup> Aristote *La Poétique*. Chap. 6. « *La tragédie est donc l'imitation d'une action noble, conduite jusqu'à sa fin et ayant une certaine étendue [...] ; c'est une imitation faite par des personnages en action et non par le moyen d'une narration, et qui par l'entremise de la pitié et de la crainte, accomplit la purgation des émotions de ce genre.* »

<sup>17</sup> PLATON *Phèdre*. Paris : Garnier Flammarion. 1964.

<sup>18</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5<sup>ème</sup> éd. Paris : Favre. Les fondements médicaux. p.17.

<sup>19</sup> *Impact de l'art-thérapie à dominante corporelle auprès de patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde*. Intervention de Clara BREUIL et Anne DUMOLARD. Congrès international d'Art-thérapie. Lille. 2012.

<sup>20</sup> *La musicothérapie en soins palliatifs concilie démarche globale et analyse des résultats d'observations cliniques*. Intervention de Claire OPPERT. Congrès international d'Art-thérapie. Lille. 2012.

l'Art-thérapie. Nous nous intéresserons au modèle de l'Art-thérapie et plus particulièrement à l'enseignement du diplôme universitaire en Art-thérapie fondé sur le modèle de l'école de Tours (AFRATAPEM). L'Art-thérapeute connaît les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique à travers notamment le schéma de l'opération artistique\* et la théorie de l'art opératoire\*, et sait exploiter les vertus de l'Art dans une visée thérapeutique en élaborant une stratégie thérapeutique. Cette stratégie est établie en fonction des objectifs thérapeutiques fixés. L'art-thérapeute adapte ses outils aux objectifs thérapeutiques et à la progression du patient en respectant le code de déontologie\* Art-thérapeutique rédigé par l'AFRATAPEM en 2007. L'évolution du patient et l'évaluation de celle-ci sont reportées dans une fiche d'observation spécifique à l'Art-thérapie. L'observation de faisceaux d'items et d'items\* spécifiques et précis permet à l'Art-thérapeute d'évaluer cette évolution. Ces items correspondent aux sites d'action repérés au regard du schéma de l'opération artistique. Des bilans réguliers de l'accompagnement sont réalisés afin d'évaluer la dynamique de la prise en charge et sa progression. L'Art-thérapeute est intégré dans l'équipe de soin avec le statut de professionnel paramédical, il est sous l'autorité médicale et les prises en charge se font sur indication médicale.

## 2. *L'Art-thérapie exploite ce qui fonctionne bien chez le patient*

Une des spécificités de l'Art-thérapie est qu'elle stimule la partie saine du patient, c'est à dire ce qui fonctionne bien. En effet, l'Art-thérapie vient d'abord stimuler et activer ce qui fonctionne bien chez le patient, même quand cette part semble très mince, afin de restaurer la qualité existentielle\* du patient. Le patient n'est pas une maladie, il est un être humain avec une sensibilité, une histoire, des potentiels, des capacités exploitées et non exploitées. L'Art-thérapie va chercher tous ces potentiels afin de les activer ou les réactiver. L'Art-thérapeute « *ne considérera pas le malade objet de sa maladie, mais l'homme sujet avec une maladie* »<sup>21</sup> comme le dit si bien Claire OPPERT, Art-thérapeute.

**B.** L'acquisition de techniques artistiques peut favoriser la confiance de l'enfant atteint de déficiences en ses capacités.

### 1. *L'apprentissage de techniques artistiques permet aux enfants atteints de déficiences intellectuelles de s'approprier de nouvelles connaissances*

Quels que soient les nouveaux apprentissages proposés aux enfants atteints de déficiences intellectuelles cela permet une ouverture sur des potentiels jusque-là non-sollicités et non-exploités. L'apprentissage de techniques artistiques jusque-là inconnues, ou parfois seulement abordées en initiation permet à l'enfant de se perfectionner dans une pratique plaisante et valorisante. La découverte de techniques artistiques plaisantes et gratifiantes pour les sens peut stimuler l'envie d'apprendre et de progresser de l'enfant déficient. La pratique régulière encadrée et des conseils avisés concernant ces techniques permettent à l'enfant de progresser dans un cadre sécurisant. Il peut expérimenter ces techniques et les réexploiter au sein des différents temps d'apprentissage, jusqu'à s'être approprié ces connaissances. Une fois ces connaissances acquises, l'enfant peut décider de quand et comment les réutiliser. Ce savoir lui devient personnel et si ce savoir est plaisant il en tire un plaisir, c'est ce rapport entre le plaisir et le savoir qui active et stimule la conscience d'être vivant et humain (qualité existentielle)<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> OPPERT Claire. *Une expérience d'Art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs*. Tours. Université de médecine de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 71 p. Mémoire : Art-Thérapie : AFRATAPEM. 2011.

<sup>22</sup> FORESTIER Richard *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5<sup>ème</sup> éd. Paris : Favre. Schéma récapitulatif de l'exploitation sanitaire de l'activité artistique. p.171.

Les arts corporels permettent à l'enfant atteint de déficiences intellectuelles de travailler la rigueur et la précision du geste ce qui l'amène à avoir une meilleure connaissance de son corps, de sa structure et de son ressenti corporel. Sa concentration est sollicitée afin d'être précis dans ses gestes et sa mémoire est stimulée lors de la phase d'apprentissage et de restitution. L'apprentissage de ces techniques artistiques mobilise également ses capacités de repérage dans l'espace (la scène) et le temps (le temps de l'activité, les différentes phases de jeu et d'interprétation) ce qui peut aider l'enfant à se donner des repères structurés. La danse et le mime ne nécessitant pas l'usage de la parole permettent aux enfants les plus inhibés ou qui n'ont pas ou peu de langage oral de participer sans être mis en difficulté par un aspect verbal.

*2. La maîtrise de nouveaux savoir-faire encourage l'enfant atteint de déficiences intellectuelles à vouloir découvrir de nouvelles connaissances*

Le fait de s'être approprié un nouveau savoir et d'en tirer un plaisir peut stimuler l'envie d'apprendre de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles. Sa capacité à intégrer de nouvelles informations et à les réexploiter, ainsi qu'à se les réapproprier est valorisée. L'enfant entame un processus de progression valorisant pour lui. Si l'enfant maîtrise une technique artistique, il doit pouvoir produire des œuvres qui lui plaisent et correspondent à son idéal esthétique, à ce qu'il a projeté de réaliser, qui répondent le plus possible à ses attentes. Nous pouvons citer l'exemple de l'enfant qui jubile devant la découverte de quelque chose de nouveau et plaisant, il répète l'expérience de nombreuses fois après cette découverte, afin de retrouver cette gratification sensorielle ou intellectuelle. L'acquisition de nouveaux savoir-faire qui ont été expérimentés et vécus comme gratifiants doit pouvoir encourager l'enfant à transposer cette découverte vers de nouvelles connaissances à acquérir et susceptibles de provoquer cette même gratification des sens. De même cela doit stimuler son envie de se perfectionner afin de s'approcher toujours plus de son idéal esthétique : c'est la capacité d'autocritique qui intervient. Celle-ci permet à l'enfant d'affiner son observation et ses préférences.

*3. L'enfant atteint de déficiences intellectuelles qui acquière de nouvelles connaissances peut prendre de l'assurance*

L'appropriation de nouvelles connaissances est une expérience positive car si on se réapproprie des connaissances c'est que nous les avons comprises et intégrées, nous avons eu les capacités de les comprendre. Or, l'enfant atteint de déficiences intellectuelles a souvent peu confiance en ses capacités vu les nombreuses conséquences de son handicap. Il vit souvent des situations d'échec ou est renvoyé à ce qu'il ne sait pas ou ne peut pas faire dans la vie quotidienne. La maîtrise de nouveaux savoirs est donc valorisante pour l'enfant atteint de déficiences intellectuelles. C'est une expérience positive. Par ce nouvel apprentissage et l'acquisition de ces nouvelles connaissances, l'enfant peut prendre confiance dans ses capacités. Cette nouvelle confiance et l'expérience positive de l'apprentissage de techniques artistiques aide à restaurer la qualité de vie de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles. En effet, si ce dernier prend confiance en lui il pourra affirmer ses préférences sans crainte et ainsi faire des choix par lui-même.

C. Par des choix d'interprétation l'enfant atteint de déficiences intellectuelles peut valoriser ses préférences.

L'interprétation dans la pratique des arts corporels a une place essentielle comme nous avons pu le voir. La pratique du théâtre, du mime, ou de la danse nécessite des choix de la part de celui ou celle qui la pratique. L'enfant atteint de déficiences intellectuelles a souvent des difficultés à choisir. Il nécessite une aide extérieure pour l'accompagner dans la plupart de

ses activités quotidiennes, ce qui entretient cette difficulté à faire des choix et affirmer ses propres envies et préférences. Il est bien trop peu souvent demandé à l'enfant ce dont il a envie et ce qu'il préfère, mais plus souvent ce dont il a besoin... Une preuve de ce problème réside dans le manque d'informations concernant le vécu de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles dans les ouvrages spécialisés. En effet toutes les conséquences psychosociales sont balayées mais toujours d'un point de vue de la famille, ou de la société. Rares sont les ouvrages où les conséquences du handicap de l'enfant sur sa propre vie et ses propres relations sociales sont rapportées. Si un enfant atteint de déficiences intellectuelles s'affirme « trop » dans ses préférences, son goût, on aura tendance à assimiler cela à son handicap et non pas à un trait de personnalité, il est plus facile d'imaginer que si il refuse telle ou telle chose c'est à cause de ses troubles du comportement ou de sa déficience, et pas simplement parce qu'il s'agit de l'expression de sa personnalité\*<sup>23</sup>.

Dans la pratique artistique des arts corporels il est demandé à l'enfant de choisir comment il souhaite interpréter telle attitude, situation, émotion. Il ne lui est pas demandé de se justifier, seulement d'interpréter avec sa personnalité et sa sensibilité. En lui proposant un cadre défini et sécurisant pour l'encourager, l'enfant peut valoriser ses préférences à travers son interprétation. Dans un travail de groupe l'enfant peut s'impliquer et laisser son empreinte dans la réalisation collective, ce qui est valorisant pour lui.

**D.** Grâce aux jeux d'interaction entre les interprètes une relation d'échange peut se mettre en place.

Le théâtre, le mime, et la danse encouragent les échanges comme nous avons pu le voir. Les différentes interactions entre interprètes nécessitent de prendre en compte le rôle de chacun dans le travail collectif et d'être attentif à chacun. En effet, il faut respecter le travail de chaque interprète, ne pas l'interrompre quand c'est son tour, l'observer et l'écouter quand il intervient si l'on veut en retour que l'on respecte notre travail. Cette dynamique est nécessaire au bon déroulement et à la bonne coordination du travail collectif. La mise en scène travaillée organise les échanges entre interprètes dans un but commun : réaliser une production artistique esthétique. Pour cela le groupe d'interprètes et le metteur en scène (quand il y en a un) doivent établir une bonne communication : les informations doivent être transmises de manière claire et cohérente. L'enfant atteint de déficiences intellectuelles peut donc apprendre à mieux communiquer en pratiquant des arts corporels. Le travail autour d'une activité commune permet à chacun de s'intégrer dans le groupe et d'y trouver sa place.

**E.** Les arts corporels pratiqués dans un cadre thérapeutique peuvent augmenter l'autonomie de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles et troubles associés et ainsi améliorer sa qualité existentielle.

La qualité existentielle des enfants atteints de déficiences intellectuelles est pénalisée par leur manque d'autonomie et de confiance en eux. Leur capacité à faire des choix liés à leur goût et leurs préférences est peu stimulée et donc limitée, ce qui ne les encourage pas à affirmer leur sensibilité.

L'acquisition de techniques artistiques telles que le théâtre, le mime, et la danse incitent l'enfant à développer ses capacités relationnelles, sa mémoire, sa concentration, et l'encouragent à prendre confiance en ses capacités et à faire des choix par lui-même. Ce nouvel élan peut lui permettre de développer son autonomie et ainsi améliorer sa qualité existentielle.

Pour que la pratique des arts corporels soit bénéfique et thérapeutique, un cadre de soin doit être posé et un protocole et des objectifs thérapeutiques doivent être déterminés.

---

<sup>23</sup> Exemple de l'illustration clinique que propose Denis Vaginay dans *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Ramonville Saint Agne : Editions Erès. 2005. Chap. 5 : Le déficient intellectuel, caractéristiques psychiques et comportementales. La dépendance et l'autonomie. Illustration clinique : Lazarre. p.144-152

Pour cela, seul un professionnel connaissant l'ensemble des mécanismes humains impliqués au cours de l'activité artistique peut encadrer un accompagnement thérapeutique par la pratique d'une discipline artistique. Ce professionnel est un Art-thérapeute diplômé, c'est à dire ayant suivi une formation spécifique sanctionnée par un diplôme reconnaissant ses compétences et sa qualification. L'Art-thérapeute connaît l'incidence de la pratique artistique sur un patient avec une problématique donnée, ce qui lui permet de tirer bénéfice des vertus éducatives et du pouvoir d'entraînement de l'Art pour le patient.

## **PARTIE 2 : UN ATELIER D'ART-THERAPIE À DOMINANTE ARTS CORPORELS A ETE MIS EN PLACE AU SEIN DE L'IME L'ASTROLABE**

### **D. L'institut médico-éducatif l'Astrolabe accueille des enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés.**

**A.** L'IME\* l'Astrolabe est géré par l'Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe.

L'IME « l'Astrolabe » est un établissement de l'Association de l'Hygiène Sociale de la Sarthe (AHSS\*), et est placé sous le contrôle de la DDASS\* et de l'Education Nationale. L'AHSS est reconnue d'utilité publique depuis 1924, et travaille dans le domaine du médico-social. Elle reçoit des financements publics de l'ARS\* Pays de la Loire, du Conseil Général de la Sarthe, du Ministère de l'Education Nationale, et d'autres Ministères. Cette association emploie 500 personnes et gère 10 structures en Sarthe dont l'IME l'Astrolabe. L'association compte différents axes de travail qu'il incombe à l'IME de respecter et d'intégrer dans son projet d'établissement : répondre au mieux aux besoins des usagers, développer une éducation à la santé ou thérapeutique et mieux l'intégrer aux pratiques, placer l'utilisateur au cœur de sa prise en charge, mener une réflexion et apporter des solutions concrètes au vieillissement de la population, développer des partenariats vers d'autres acteurs du champ sanitaire et médico-social pour assurer des prises en charge cohérentes et efficaces et prévenir les ruptures de prise en charge, et mettre en place une stratégie liée au développement durable et à l'éthique. L'AHSS s'est fixé le projet institutionnel de « soigner, éduquer, accompagner ». Le projet associatif est fondé sur la volonté d'une prise en charge des usagers dans le milieu ordinaire de vie. L'adaptation des prises en charge aux besoins médico-psycho-sociaux et éducatifs des usagers est également un axe de travail important à l'AHSS.

**B.** L'IME l'Astrolabe accueille 60 enfants de 6-14 ans présentant des handicaps et incapacités intellectuelles.

L'Institut Médico Educatif l'Astrolabe a pour vocation d'accueillir et proposer une scolarité adaptée, une éducation spécialisée, et un projet thérapeutique pour les enfants de 6 à 14 ans atteints de déficiences intellectuelles légère ou moyenne et troubles associés. Le fonctionnement est organisé en trois unités (en fonction de l'âge et de la déficience des enfants), accueillant chacune environ 10 enfants, et deux unités spécifiques pour enfants atteints d'autismes et/ou présentant des troubles envahissants du développement (TED) ainsi que deux classes délocalisées qui comptent une vingtaine d'élèves qui naviguent entre deux écoles primaires partenaires et l'IME. Un internat pouvant accueillir 24 enfants est également en place afin d'accueillir des enfants une à plusieurs nuits par semaine. L'objectif de l'établissement est de permettre à chaque enfant, en collaboration avec sa famille, d'acquérir un maximum d'autonomie et de compétences dans une démarche la plus intégrative possible tant sur le plan scolaire que sur le plan de la vie quotidienne.

**C.** L'équipe éducative de l'IME est constituée d'éducateurs et d'instituteurs spécialisés.

Chaque unité est encadrée par un instituteur spécialisé et trois éducateurs. Les instituteurs spécialisés dispensent les heures de classe selon des objectifs généraux fixés dans les nouveaux programmes de l'Education Nationale (cycle 1, cycle 2), et les éducateurs encadrent et accompagnent les enfants sur tous les temps de vie hors classe. Les objectifs généraux de la prise en charge éducative sont travaillés en accord et avec le soutien des familles. L'équipe éducative travaille à favoriser chez l'enfant la prise de conscience

« d'être » (propreté, hygiène, alimentation. En fonction des possibilités de chaque enfant un travail sur l'acquisition d'une indépendance la plus complète possible est établi en matière de propreté, d'alimentation, d'habillement, de toilette, de connaissance de son corps et de sa sexualité, et de déplacement. Les stratégies éducatives mises en place doivent stimuler l'envie d'apprendre et le respect des règles de vie collective et les codes sociaux. Il faut également mettre en place et développer pour chaque enfant des stratégies et des outils de communication adaptés. Et l'un de ces nombreux axes de travail vise à développer les capacités de créativité et l'imaginaire de chaque enfant à travers des activités ludiques et artistiques. L'apprentissage de la vie en collectivité, avec la reconnaissance de ses pairs, les supporter et les respecter est fondamental. L'enfant doit prendre conscience d'appartenir à un groupe et se confronter aux règles et aux lois. Le modèle sur lequel s'appuient les équipes pour accomplir leur mission éducative et pédagogique est le socio-constructivisme (BRÜNER ; VYGOTSKI) qui permet à l'élève d'être acteur de ses apprentissages dont les interactions avec l'adulte et ses pairs font partie intégrante.

**D.** L'équipe paramédicale de l'IME est composée de psychologues, psychomotriciennes et orthophonistes.

L'équipe paramédicale assure la mission thérapeutique de l'IME en se basant sur les modèles théoriques comportementalistes, systémiques et psychanalytiques. Elle accomplit une mission de prévention, de dépistage, d'évaluation des besoins de chaque enfant, de suivi de santé. Ce travail s'exerce en permanence tout au long de la prise en charge. Les indications de soins et de rééducation sont posées lors des réunions de synthèse et réévaluées en fonction de l'évolution des enfants. Un compte-rendu écrit se fait en fin de prise en charge. L'équipe est également chargée de faire le lien avec les différents centres de soins et de rééducation acteurs dans le projet thérapeutique de l'enfant, et avec le médecin de famille.

Une infirmière et une assistante sociale sont présentes à l'IME. L'infirmière gère le suivi des traitements de chaque enfant et a une mission d'information et de prévention. Elle gère également les problèmes de santé ponctuels (maux divers, blessures, malaise). L'assistante sociale a un rôle important puisqu'elle gère les listes d'attente, l'accueil des nouveaux arrivants, les allocations en lien avec la MDPH\*, les renouvellements d'orientation, le montage des dossiers d'admission, le traitement des signalements... en plus de répondre aux questions habituelles qui peuvent lui être posées par les familles.

**E.** En l'absence de médecin psychiatre dans la structure les indications se font après discussion en réunion d'équipe thérapeutique.

Habituellement un IME doit avoir un médecin psychiatre en poste au sein de l'établissement. C'est lui qui doit coordonner l'équipe paramédicale et donner les indications de prises en charge. C'est lui qui doit également coordonner les décisions des familles quant aux soins hors IME et faire en sorte qu'il y ait une cohérence entre les différentes prises en charge.

Cependant, l'IME L'Astrolabe a ce poste vacant ce qui complique le fonctionnement de l'équipe soignante. Ainsi, les indications de prises en charge se font après discussion en réunion d'équipe thérapeutique et non pas sur prescription médicale. L'équipe thérapeutique se rassemble une fois par semaine afin d'échanger diverses informations essentielles au bon fonctionnement de l'équipe et au bon déroulement des prises en charge, et de rendre leur démarche la plus cohérente et pertinente possible. En l'absence de médecin psychiatre c'est principalement l'une des psychologues qui a un rôle fédérateur et de coordination de l'équipe thérapeutique, même si cela n'est pas établi de manière officielle.

F. L'IME l'Astrolabe n'a jamais accueilli d'Art-thérapeute au sein de son équipe soignante.

Aucun poste d'Art-thérapeute n'existe actuellement au sein de l'IME, et aucun stagiaire en Art-thérapie n'avait jamais été accueilli avant cette année. Le projet d'établissement de l'IME n'exclue cependant pas la création d'un poste en fonction des besoins de la structure et des projets thérapeutiques établis.

L'accueil d'une stagiaire en Art-thérapie a été perçu par le directeur de la structure et par les coordinatrices des équipes comme une opportunité d'ouverture sur un nouveau type de prise en charge apportant des nouveaux outils originaux. Cette nouvelle discipline a semblé pouvoir s'intégrer dans le projet d'établissement et dans la dynamique de l'équipe pluridisciplinaire déjà en place.

La méconnaissance de l'Art-thérapie dans la structure et l'arrivée tardive de la stagiaire dans l'année (janvier) ont rendu difficile l'intégration de celle-ci aux différentes équipes. Cependant, après explication des caractéristiques et spécificités de cette discipline aux membres des différentes équipes, l'Art-thérapie a semblé pouvoir compléter les différentes prises en charge en place et apporter un nouveau regard sur les différentes progressions des enfants.

## **II). Des ateliers de groupe en Art-thérapie à dominante arts corporels ont été mis en place auprès de 8 enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés.**

A. Les accompagnements en Art-thérapie s'effectuent par groupe de deux à quatre enfants.

### *1. Les indications des enfants pouvant bénéficier d'accompagnements en Art-thérapie se sont faites après discussion avec l'équipe éducative*

Dans un premier temps, la stagiaire Art-thérapeute s'est entretenue avec la coordinatrice des équipes qui a suggéré de proposer les ateliers d'accompagnement de groupe en Art-thérapie dans chaque unité, exceptées les deux unités spécialisées pour les enfants atteints d'autisme et TEDs. Après une présentation aux différentes équipes éducatives il est apparu que les enfants qui semblaient pouvoir bénéficier d'accompagnement en Art-thérapie ne pouvaient pas toujours être disponibles aux moments d'intervention de la stagiaire. Les éducateurs ont donc suggéré des enfants pouvant être disponibles sur les temps de présence de la stagiaire. Il a été précisé que les groupes ne dépasseraient pas 4 enfants maximum dans un souci de respect de chaque enfant et d'efficacité du travail d'accompagnement de groupe en Art-thérapie.

Dans un deuxième temps a eu lieu une rencontre avec la psychologue coordinatrice de l'équipe thérapeutique afin de discuter des enfants suggérés par les différents éducateurs des différentes unités. Selon la psychologue, il semblait « compliqué » de démarrer un accompagnement en Art-thérapie avec les  $\frac{3}{4}$  des enfants suggérés... et aucun espace de travail commun entre la psychologue et la stagiaire n'a semblé pouvoir prendre forme. C'est pourquoi c'est la coordinatrice des équipes et le directeur de la structure qui ont déterminés que les ateliers pourraient démarrer avec les enfants suggérés par l'équipe éducative malgré l'indication très liée à des soucis d'emploi du temps.

La stagiaire Art-thérapeute s'est entretenue avec chaque éducateur afin de déterminer des axes de travail cohérents pour chaque groupe accompagné en Art-thérapie. Des demandes particulières ont parfois été faites à la stagiaire, qui a adapté celles-ci en fonction des objectifs et des problématiques de chaque groupe.

*2. Une discussion avec l'équipe thérapeutique a permis de soulever les difficultés et questionnement concernant les enfants indiqués par l'équipe éducative pour un accompagnement en Art-thérapie*

Après la première prise de contact avec chaque groupe accompagné en Art-thérapie, la stagiaire a sollicité une rencontre avec l'équipe thérapeutique afin de faire le point sur les enfants accompagnés ainsi que sur les objectifs déterminés pour chaque groupe en fonction de la problématique de celui-ci. Cette rencontre a permis d'obtenir différentes informations supplémentaires au sujet de chaque enfant accompagné (parfois des informations non signalées dans le dossier des enfants), et de faire le point sur les difficultés que l'Art-thérapeute pourraient rencontrer avec chaque enfant. Cela a permis d'être vigilant sur des points précis qui semblaient pouvoir compliquer les accompagnements. Chaque membre de l'équipe thérapeutique a pu entendre les spécificités et le champ d'action de l'Art-thérapie lors de cette rencontre ce qui a pu dissiper (ou non) les inquiétudes et questionnements présents dans les esprits.

*3. Un co-thérapeute est désigné pour chaque groupe accompagné par la stagiaire Art-thérapeute*

Il a été précisé par la coordinatrice des équipes et par la direction que la stagiaire Art-thérapeute devrait être accompagnée d'un co-thérapeute (co-animateur, selon les termes de la structure) dans chacun de ses groupes. Le co-thérapeute est désigné dans chaque unité selon ses disponibilités. Ainsi, chaque accompagnement en Art-thérapie a été suivi par la stagiaire et un éducateur ou un instituteur spécialisé. Ce choix a été fait par souci d'efficacité d'observation et pour une raison de sécurité (la structure ne souhaitait pas que la stagiaire accompagne seule des enfants au vu de son statut de stagiaire). Il a été précisé par la stagiaire qu'il était très important que le co-thérapeute soit toujours le même d'une séance sur l'autre pour chacun des groupes afin de ne pas perturber les enfants et de rester cohérents dans l'observation de chaque séance.

Le rôle du co-thérapeute est d'aider la stagiaire dans ses observations de séance, de compléter, affiner ou infirmer celles-ci afin d'être le plus précis possible. Il participe activement à l'atelier tout comme l'Art-thérapeute dans un effort de stimulation et d'accompagnement des enfants. Son rôle est également d'aider à la dynamisation de la séance grâce à sa connaissance précise des enfants accompagnés. Il permet dans les premières séances d'être un repère connu des enfants, ce qui aide à construire un cadre sécurisant et contenant pour le groupe. Le co-thérapeute peut relayer auprès de la stagiaire les événements ou situations marquantes ou particulières concernant chaque enfant, afin d'anticiper les conséquences éventuelles sur la séance.

*4. Dans chacun des groupes des difficultés d'expression et de relation sont relevées*

Trois groupes d'accompagnement en Art-thérapie sont mis en place. Le groupe accompagné de l'unité 1 (les plus âgés : entre 8 et 13 ans) est composé de quatre garçons. Tous les quatre ont acquis le langage oral, mais seul deux d'entre eux sont en capacité de faire des phrases construites et compréhensibles. Les deux autres peuvent dire une suite de mots (3 ou 4) ou des mots seuls. Les quatre garçons semblent avoir un répertoire expressif très limité et peu nuancé tant dans les mimiques\* que dans la gestuelle\*. Leur interaction les uns avec les autres est limitée à de l'agressivité, de la provocation ou de l'absence d'interaction. Les éducateurs les ayant orientés vers un accompagnement en Art-thérapie notent ces difficultés expressives et relationnelles également.

Le groupe de l'unité 3 (les plus jeunes : entre 6 et 8 ans) est composé d'une fille et d'un garçon. La jeune fille est porteuse du syndrome de Dawn et n'a quasiment aucun langage oral acquis hormis quelques mots et elle s'exprime par gestes SESAME. Ses facultés de compréhension sont également très limitées (comprend des consignes très simples). Elle a des difficultés relationnelles particulièrement avec les personnes peu connues d'elle, et est souvent dans l'agressivité vis à vis de ses camarades. Il faut la solliciter en permanence pour qu'elle exprime ce qu'elle aime ou non. Le garçon a un langage oral tout à fait correct, voire utilise des mots qu'il ne comprend pas. Il a de grosses difficultés d'expression de ses impressions, ses goûts, ses envies (change beaucoup d'avis, fait des phrases qui n'ont pas de lien avec la situation ou la phrase précédente). Ses capacités relationnelles sont altérées par sa difficulté d'expression, mais aussi par ses comportements parfois troublés (très boudeur, peut être vulgaire dans son langage, agressivité). Les éducateurs notent également ces difficultés pour les deux enfants.

Un accompagnement de groupe a également lieu sur un temps d'internat avec deux enfants de 9 et 12 ans, une fille et un garçon. Les deux enfants ont un langage oral acquis mais ont de grandes difficultés d'expression. La jeune fille est très troublée par ses impressions et ressentis et peut ne pas réussir à les interpréter correctement ce qui altère ses relations avec les autres en déclenchant des comportements inhabituels (auto agressivité, cris, agressivité, angoisses). Le garçon est atteint du syndrome du X fragile ce qui a pour conséquence un malaise régulier face au regard de l'autre et une inhibition\* assez conséquente. Son répertoire expressif est peu nuancé et limité, et il ne mesure pas toujours ce que ses gestes et mimiques peuvent suggérer comme impression\* chez autrui. Les éducateurs ont également relevé ces difficultés.

**B.** Un accompagnement en co-thérapie avec une psychomotricienne a été mis en place.

1. *Une psychomotricienne a proposé à la stagiaire Art-thérapeute un travail commun dans le cadre de la prise en charge individuelle en psychomotricité de M.*

Une des deux psychomotriciennes de la structure a spontanément proposé de travailler avec la stagiaire Art-thérapeute dans le cadre de l'une de ses prises en charge individuelles, l'objectif étant de croiser les compétences de chacune pour construire une prise en charge enrichie et adaptée à l'orientation esthétique des séances de psychomotricité de M. Lors de ses séances de psychomotricité il aime inventer des histoires courtes et simples et les mettre en scène, toujours avec une recherche esthétique importante. La psychomotricienne a pensé que l'intervention de la stagiaire Art-Thérapeute dans ses séances pouvait être intéressante afin d'aider M. à approfondir et d'utiliser l'orientation esthétique qu'il donnait à ses séances.

2. *M semble avoir des difficultés de communication et de relation*

M. a 11 ans, il présente une déficience intellectuelle et a des troubles du langage et de la parole conséquents d'une hypothyroïdie\* de naissance décelée et soignée tardivement. Il a des difficultés à faire confiance à l'adulte, et tolère mal la frustration. M semble avoir des difficultés à se repérer dans le temps ce qui le conduit à un manque d'assurance quant à la permanence des objets et des personnes dans le temps. Il a peur de ne pas retrouver ce qu'il a pu construire, et les personnes qu'il rencontre d'une semaine sur l'autre. Il est précipité dans ce qu'il fait ce qui peut l'amener rapidement à s'énerver quand il ne réussit pas à faire ce qu'il avait prévu exactement comme il l'avait prévu (très perfectionniste). M essaye de se faire comprendre mais perd vite patience quand il n'y arrive pas rapidement. Il est très limité dans son vocabulaire et son articulation est très sommaire. Cependant il possède un répertoire expressif très riche (mimiques, gestuelle corporelle, sons vocaux) ce qui l'aide à essayer

d'exprimer au mieux ce qu'il souhaite communiquer. Son impatience et sa tendance à s'énerver lorsqu'il n'est pas ou ne se sent pas compris compliquent ses relations avec les autres. Bien souvent les réactions de M surprennent son entourage qui ne le comprend pas toujours.

3. *Un protocole thérapeutique commun est mis en place après discussion entre la stagiaire Art-thérapeute et la psychomotricienne*

Il a été convenu entre la psychomotricienne et la stagiaire Art-thérapeute qu'aucune dominante artistique ne serait définie et que les séances se construiraient en fonction des envies de M. et des histoires qu'il voudrait mettre en scène. Ainsi le théâtre a dominé mais la musique est également intervenue (percussions), ainsi que le jeu de rôles et le mime. Ce sont toujours les arts corporels qui ont été sollicités par M au cours des séances.

Afin de l'aider à se repérer dans les séances et à comprendre que ses histoires et constructions ne disparaissent pas d'une séance à l'autre (rien ne peut effacer le fait qu'elles aient existées) la stagiaire propose de prendre des photos des différents temps de la séance et de demander à M de reconstituer la séance photographiée précédemment à chaque nouveau début de séance, en collant les images dans un cahier qui lui est propre. Ainsi à chaque séance M peut se remémorer la séance précédente grâce aux photos et constater qu'il en reste donc une trace. Puis M va dans la salle de psychomotricité construire son décor et sa mise en scène du jour en nous demandant de patienter à l'extérieur le temps qu'il prépare son spectacle. Il est convenu entre la psychomotricienne et la stagiaire Art-thérapeute d'attendre la sollicitation de M pour participer à sa mise en scène afin de travailler un axe relationnel sur le mode de l'échange. M nous positionne toujours d'abord en tant que spectatrices puis sollicite notre participation et nous intègre à sa mise en scène. Nous veillons à ce que M ne se mette pas en danger ni ne nous mette en danger, et pouvons être force de proposition si M nous sollicite. A chaque fin de séance il est proposé à M de ranger la salle et de déconstruire sa scène. Ce moment permet de voir son évolution quant à la frustration et à la permanence des objets dans le temps. M boit ensuite un verre d'eau et donne spontanément son avis sur la séance avant d'être raccompagné vers sa classe.

### **III). L et S ont bénéficié d'accompagnement de groupe en Art-thérapie.**

#### **L.**

- A. L'anamnèse et l'état de base de L révèlent une déficience intellectuelle, un manque de confiance en soi, et des troubles de la relation.

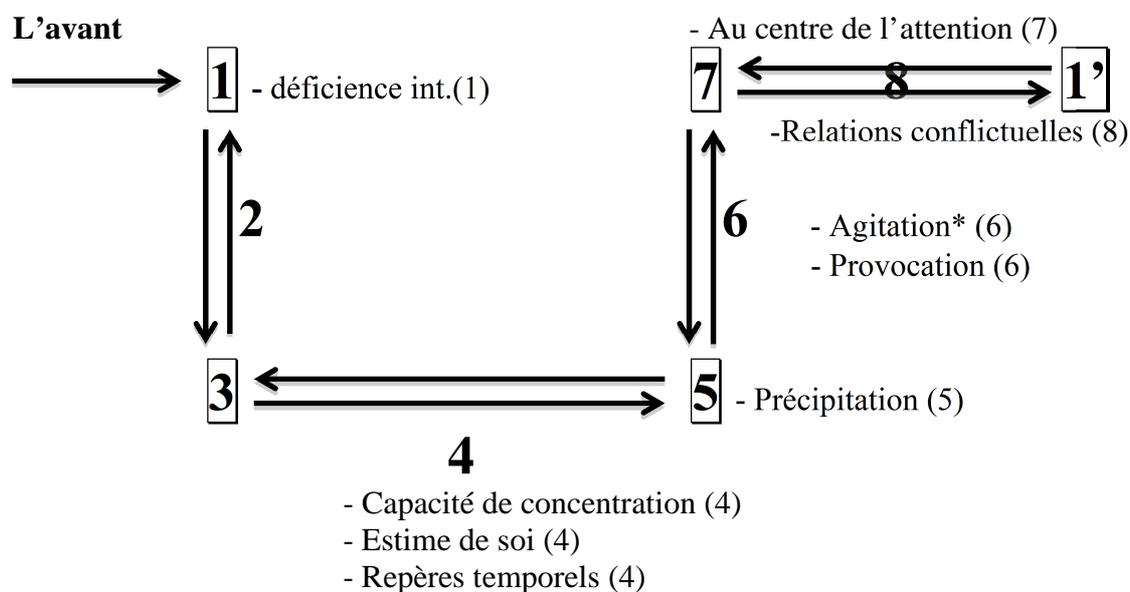
L a bénéficié de 15 séances de groupe d'accompagnement en Art-thérapie de janvier à juillet, à raison de 45 minutes par semaine (sauf vacances scolaires) le lundi de 16h00 à 16h45. Le retour dans sa famille se faisait à 17h.

Avant de commencer les accompagnements de groupe en Art-thérapie il a été demandé à la stagiaire Art-thérapeute de prendre connaissance des dossiers de chaque enfant qui bénéficierait de celui-ci. L'état de base de L est complété par la stagiaire lors de leur première rencontre en atelier de groupe en Art-thérapie ce qui permet de repérer des sites d'action et de déterminer des objectifs thérapeutiques généraux adaptés.

Le dossier de L, âgé de 10 ans, dépendant de l'unité 1 (grands), rend compte d'une déficience intellectuelle (sans en préciser le niveau) et d'un contexte familial compliqué : mauvaise entente avec son frère (maltraitance), maman surprotectrice. L semble troublé par le handicap des autres. Il rappelle toujours les règles aux autres mais ne se les applique pas à lui-même. Il est dans une précipitation permanente, dans l'immédiat. L'attente lui est difficile. Il bouge beaucoup mais ne sait pas s'arrêter seul. A souvent besoin d'être arrêté physiquement, les consignes orales ne semblant pas être suffisantes. Il prend beaucoup d'espace et cherche

toujours à faire beaucoup de bruit, à se faire remarquer. Il est dans le rapport de force avec l'autre. L semble manquer de confiance en lui. L est souvent « puni » (mis à l'écart) dans les différents temps de vie à l'IME à cause son comportement agressif envers ses camarades et de sa provocation envers les adultes également. Il aime jouer avec ses camarades mais ne sait pas se canaliser et a des difficultés à interagir sereinement avec eux.

Son projet individualisé inclue les objectifs suivants : apprendre à s'exprimer, travailler le respect des règles et le sens du cadre, et continuer les observations (enfant très observateur).



*Schéma n°1 : sites d'actions dans l'opération artistique concernant L*

**B.** Les objectifs thérapeutiques généraux fixés pour L sont de favoriser sa disponibilité relationnelle et d'améliorer sa confiance en lui.

*1. La diminution de l'agitation et la construction de repères temporels sont déterminés comme objectifs intermédiaires*

Un travail sur les « émotions » a été suggéré par l'équipe éducative de l'unité 1 car le groupe accompagné en Art-thérapie est composé d'enfants semblant avoir des difficultés d'expression des émotions. Cependant, après une première rencontre, les observations de la stagiaire ont permis de déterminer avec précision des sites d'action et des objectifs thérapeutiques généraux allant dans le sens d'un travail sur les émotions, mais prenant en compte de nombreux autres axes de travail adaptés aux problématiques relevées. Un travail autour du développement et de la compréhension des ressentis corporels (qu'est ce qui est exprimé par les mimiques et le corps moteur ?), ainsi que la diminution de l'agitation ont été ciblés. Il est également apparu nécessaire d'améliorer la disponibilité relationnelle de chacun afin de favoriser l'expression des goûts de chacun au sein du groupe et de valoriser ceux-ci.

Lors de la première rencontre avec L en atelier de groupe en Art-thérapie, celui-ci semble particulièrement intéressé par le théâtre, le mime, et la musique. Son expression orale est très développée et L affiche une assurance et une détermination certaine face à ses camarades et fait preuve d'une grande application. Cependant il témoigne d'une grande agitation et provoque souvent le reste du groupe (bouscule ses camarades, réflexions peu commodes à ceux-ci). Il a souvent besoin d'être arrêté physiquement pour se calmer. Un manque d'autonomie à ce niveau a été relevé par la stagiaire. Malgré les explications précises

de la stagiaire quant au déroulement des séances et à leur structuration, L semble perturbé lors des différents changements (passage d'une phase de travail à une autre) dans la séance. L utilise beaucoup d'espace physiquement comme oralement et essaye d'être au centre de l'attention le plus souvent possible. L est très à l'aise à l'oral mais ne maîtrise pas toujours ses gestes et ses émotions. Il a beaucoup de difficultés à être autonome quant à sa maîtrise de lui-même ce qui rend son interaction avec les autres parfois compliquée. Il n'arrive pas toujours à exprimer ses impressions et ressentis, ce qui l'empêche d'accorder de la valeur à ses ressentis, ses goûts et ses choix.

La stagiaire détermine, après discussion avec son co-thérapeute (l'instituteur spécialisé de l'unité 1) des objectifs thérapeutiques généraux pour L: favoriser sa disponibilité relationnelle et améliorer sa confiance en lui. Afin d'atteindre ces objectifs il a rapidement semblé nécessaire de fixer des objectifs intermédiaires : construction de repères temporels, et diminution de l'agitation de L.

## *2. Les compétences et les goûts\* de L sont valorisés en pratiquant le théâtre et le mime*

Une stratégie thérapeutique est mise en place. Celle-ci consiste à valoriser les compétences de L à travers le théâtre et le mime et ainsi améliorer sa confiance en lui, canaliser son agitation et la rendre moindre, ce qui lui permettra d'être plus disponible à la relation et améliorera la qualité des échanges avec ses camarades et les adultes de son entourage. Les séances sont construites selon plusieurs phases : l'arrivée (enlever les chaussures, les manteaux, installer les coussins sur le sol), l'ouverture ritualisée avec un enchaînement mimé pour se saluer, une phase « active » de jeux théâtraux et mimes, la fermeture ritualisée avec un enchaînement mimé pour se dire au-revoir, phase du cube harmonique\*, et le départ (remettre les chaussures, les manteaux). Cette structuration permet à L de se repérer dans le déroulement de la séance et ainsi de se sentir en sécurité dans un cadre connu. La structuration précise de la séance aide également beaucoup L à canaliser son agitation.

Une fois des repères temporels construits et intégrés, L est moins agité et donc plus disponible et disposé à la relation et aux échanges avec ses camarades. Il constate qu'il peut interagir calmement avec les autres et même leur proposer de l'aide si besoin. Le travail en Art-thérapie va donc se faire dans la phase d'action et de production au regard de l'opération artistique.

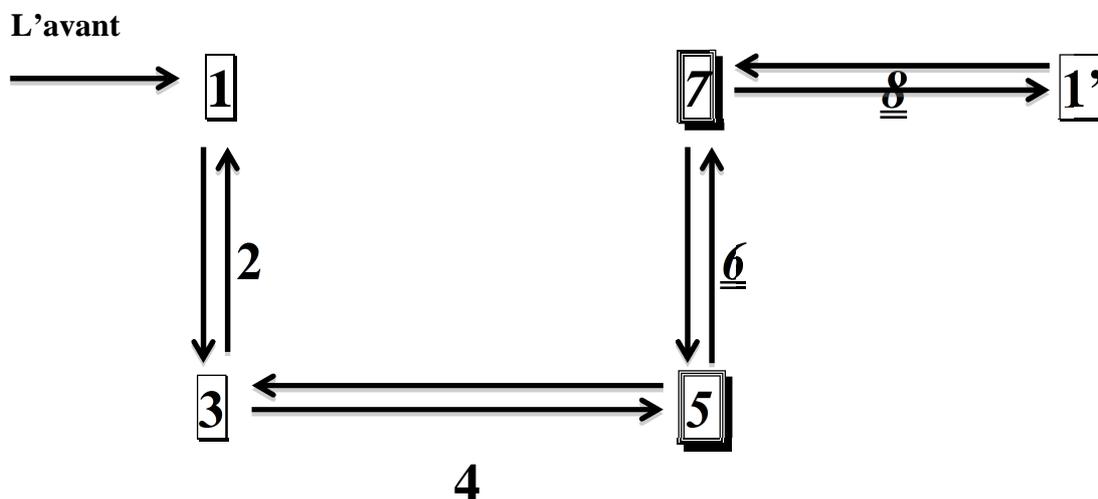
L peut canaliser son agitation et diminuer celle-ci progressivement, notamment à travers des exercices de théâtre et de mime avec des variations de rythme et une recherche de précision.

La stratégie thérapeutique vise à encourager L à faire des choix et à exprimer son goût à travers des exercices de théâtre et de mime qui lui plaisent et qui lui permettent de ressentir des gratifications sensorielles. L peut alors valoriser ses goûts et ses choix en les affirmant dans l'espace de jeu. Il peut également laisser libre cours à son imagination sans se sentir désorienté grâce au cadre structuré des séances qui est rassurant et sécurisant pour L.

L est très précis dans ses gestes et ses mimiques. Cette application et cette précision servent d'exemple à ses camarades, ce qui valorise L et le rend fier de lui. Il peut prendre confiance en ses capacités et les mettre à profit des autres, ce qui le responsabilise. L ressent l'envie d'entretenir cette possibilité d'aider ses camarades et s'applique donc à chaque séance un peu plus (sauf exceptions). Cette démarche permet à L d'acquérir une certaine autonomie au fur et à mesure de l'accompagnement en Art-thérapie et d'entamer un processus de travail de précision orienté vers l'atteinte de son idéal esthétique. La stagiaire Art-thérapeute veille toujours à ce que L acquière de nouvelles compétences techniques facilitant ce processus de recherche esthétique.

Ses capacités relationnelles s'améliorent. Il doit cependant apprendre à mesurer ses interventions et à ne pas faire à la place de l'autre lorsqu'il propose de l'aide.

Au regard de l'opération artistique, les cibles thérapeutiques se situent en 5 (envie de s'appliquer), en 6 (choix d'exercices plaisants ; construction de repères temporels ; précision du geste), en 7 (retour sur l'activité par le cube harmonique => expression objective de sa subjectivité) et en 8 (aide aux autres).



*Schéma n°2 : cibles thérapeutiques dans l'opération artistique concernant L*

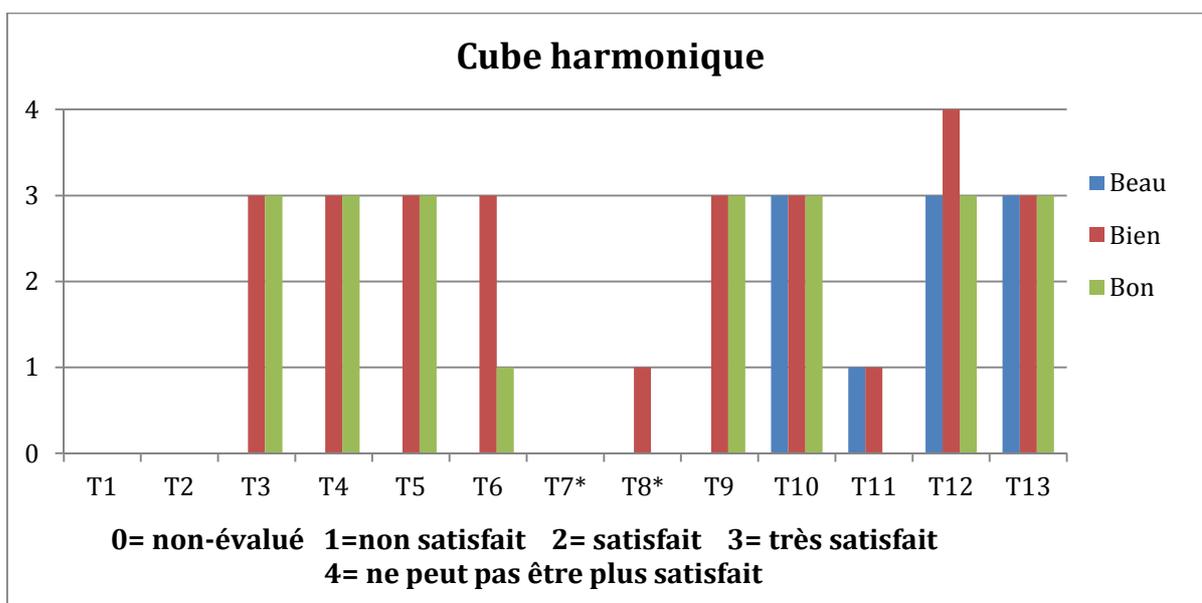
3. *L'utilisation du cube harmonique comme processeur a permis à L d'exprimer son opinion et de donner de la valeur\* à celle-ci*

Le cube harmonique est utilisé à chaque fin de séance par L, et est même réclamé lorsque la stagiaire tarde à le proposer. Cette phase est divisée en trois temps :

- ⇒ choisir son outil d'évaluation (étoiles argentées, billes plates roses, plumes blanches ou noires)
- ⇒ disposer devant soi 1 à 3 éléments à chaque question (Beau, Bien, Bon) « Est-ce ce que tu as fait t'as plu? » (Beau\*), « Es-tu content de ton travail ? » (Bien\*), « Avais-tu envie de continuer la séance ? » (Bon\*). Un élément = déplaisant. Deux éléments = plaisant. Trois éléments = très plaisant. Cette évaluation s'accompagne parfois de commentaires oraux plus précis (« J'aime tel exercice » « Je ne veux pas refaire tel exercice »)
- ⇒ ranger les éléments outils d'évaluation

La première phase est très importante car elle permet d'exercer un choix qui correspond à son goût ou qui correspond à une imitation des autres (choisir comme eux). Dans cette phase L peut s'affirmer ou suivre ses camarades. Il est important de noter la diversité de formes, de couleurs, et de textures dans les objets proposés pour l'auto-évaluation, cela permet de stimuler les gratifications sensorielles de L est de l'encourager à choisir quelque chose qu'il trouve esthétique. La seconde phase permet à L d'exprimer de manière objective (disposer 1 à 3 éléments devant soi) sa subjectivité\* (son avis, son sentiment). Cela permet également de faire le point sur la séance. La troisième phase de rangement permet à L d'exercer sa patience et de lui apprendre à ranger sans jeter les éléments (ce qui peut arriver suivant son humeur et sa patience).

Le fait de solliciter l'avis de L à chaque séance lui permet de comprendre que son opinion a une valeur et qu'il peut l'exprimer sans danger dans un cadre déterminé et sécurisant. Cet espace est un espace privilégié d'expression personnelle.



*Graphique n°1 : auto-évaluation de L de T1 à T13*

Lors de la première séance le cube harmonique n'a pas été proposé par la stagiaire par choix, puisque les enfants accompagnés n'avaient pas encore assez d'éléments de comparaison ni assez confiance en l'atelier pour exprimer leur subjectivité sans se sentir en danger. La première séance a été très perturbée : un enfant en retard (rdv orthophoniste juste avant la séance), neige donc taxis en avance pour venir chercher les enfants, téléphone qui sonne plusieurs fois pour avertir de l'arrivée avancée des taxis, départ au compte-goutte des enfants à cause des taxis... le cadre ne permettait pas l'utilisation sereine et utile du cube harmonique en fin de séance.

La deuxième séance n'a pas eu lieu pour raison de fermeture exceptionnelle de l'IME à cause de la neige (transports ne circulant pas, IME quasi-inaccessible).

C'est en séance 3 (T3) que les enfants ont pu découvrir le cube harmonique mais avec seulement deux axes à coter : le Bien et le Bon. Ce choix de la stagiaire a été motivé par la nécessité de ne pas proposer trop d'éléments dès le début des séances puisqu'il s'agissait d'enfants ayant beaucoup de difficultés à exprimer leur avis et à le nuancer. La stagiaire a donc préféré proposer les éléments progressivement et attendre que les enfants aient bien pris confiance dans les séances pour leur proposer le cube harmonique en entier. La différence entre le Beau et le Bon a été difficile à comprendre dans un premier temps pour les enfants, C'est pourquoi ce n'est seulement qu'à partir de la T10 que le Beau apparaît en plus du Bien et du Bon.

En T7 la séance se déroule très bien pour L qui s'y investit pleinement jusqu'à 10 minutes avant la fin de la séance, à l'annonce de l'Art-thérapeute du dernier exercice avant le mime de fermeture de séance. A ce moment précis L n'a plus écouté les consignes, a provoqué ses camarades et les deux adultes, a lancé des objets, a dit « Je ne veux plus revenir ! » et a dû être sorti de la salle par le co-thérapeute pour se calmer. Il n'a pas voulu participer à l'auto-évaluation.

En T8 le même scénario se reproduit 10 minutes avant la fin de séance mais cette fois-ci L participe à l'auto-évaluation mais ne souhaite pas coter le Bon.

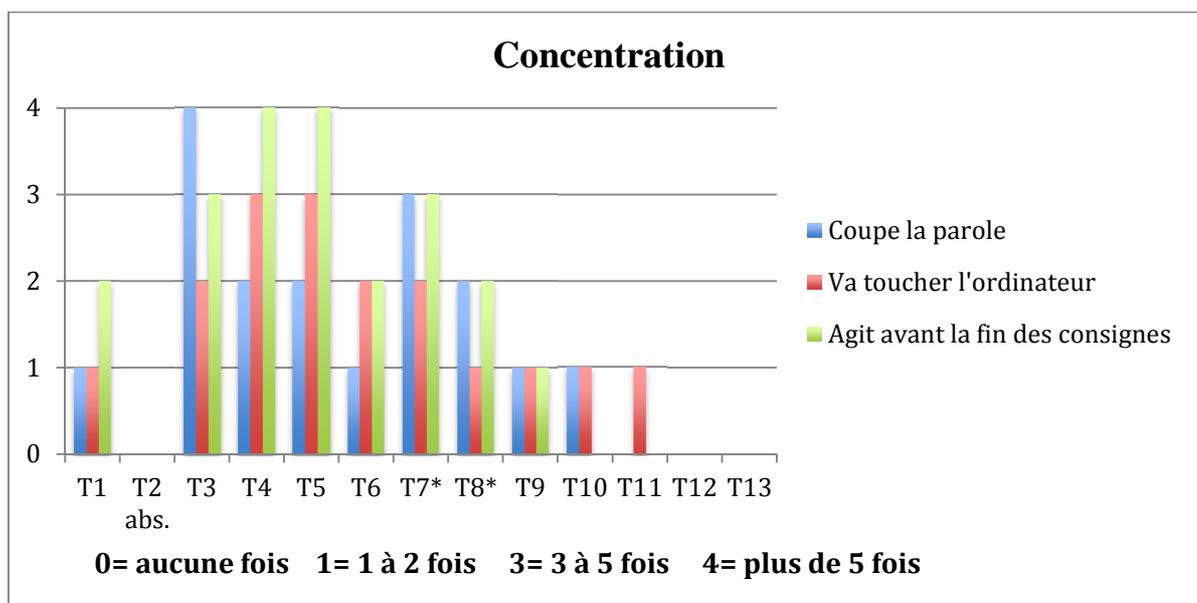
En T11 L s'investit pleinement et avec un plaisir apparent dans la séance mais dit ne pas être satisfait de lui-même et ne souhaite pas coter le Bon lors de l'auto-évaluation.

En T12 L est tellement satisfait de lui-même qu'il veut absolument coter sur 4 le Bien.

D'une manière générale L aime cette phase d'auto-évaluation et ose donner son avis en l'appuyant souvent de commentaires oraux « J'ai bien aimé aujourd'hui ! » ou « Moi je reviens la semaine prochaine ! » ou « Je trouve que ce que j'ai fait c'était pas bien ! »

« C'était bien mais je ne veux pas revenir la semaine prochaine ! » Il a appris petit à petit à nuancer son avis sur les séances et son travail à l'image de sa progression au sein de l'atelier.

4. Trois faisceaux d'items sont observés : la « concentration » de L est évaluée par l'observation des items « coupe la parole » « va toucher l'ordinateur » « agit avant la fin des consignes » ; l'expression du goût de L est évaluée grâce aux items « fait des propositions » « exprime oralement son opinion » « participe à l'auto-évaluation » ; la « disponibilité relationnelle » de L est évaluée à travers l'observation des items « propose de l'aide » et « bouscule ses camarades »



Graphique n°2 : items correspondants au faisceau d'items « Concentration » de T1 à T13

Pendant la première séance il a été observé rapidement que L coupait régulièrement la parole aux adultes et à ses camarades. Après discussion avec le co-thérapeute il a été clairement identifié que cet item correspondait à un manque de concentration. L a également régulièrement été touché l'ordinateur de la stagiaire (qui servait de support sonore) sans autorisation au cours des différents exercices. Cet item a également été choisi pour observer la concentration de L en séance. L'agitation permanente de L l'empêche également de se concentrer d'un bout à l'autre d'une séance et en particulier d'un bout à l'autre des consignes données par l'Art-thérapeute, ce qui se traduit par une tendance à commencer avant même la fin des consignes. Ces trois items prennent beaucoup d'espace dans la capacité de concentration de L, ce qui a déterminé leur choix pour l'observation de l'évolution de la concentration de L.

Après deux séances, L a pris une certaine aisance, et se permet beaucoup plus d'aller toucher l'ordinateur et d'agir avant la fin des consignes. Ce pic est lié à la prise de ses marques dans l'atelier et il semble donc s'autoriser plus rapidement à se déconcentrer. En T7, la séance se déroule bien jusqu'aux 10 dernières minutes, où L devient alors agressif et provocant. L'item « coupe la parole » a donc augmenté en proportion de son état d'énervement et d'agitation. Cependant on peut observer que ces deux items sont moins fréquemment observés à partir de la séance T8 jusqu'en T13 où L ne coupe plus la parole depuis la séance T10 après une baisse déjà significative en T9. L'item « coupe la parole » disparaît donc en T11 et « va toucher l'ordinateur » disparaît en T12 après une baisse également significative depuis T8.

T7 et T8 sont marquées d'un astérisque car ces deux séances se sont parfaitement bien déroulées jusqu'aux 10 dernières minutes de séance où L a complètement changé de comportement dès l'annonce du dernier exercice avant la fermeture de séance. L a alors commencé à jeter des objets, à bousculer ses camarades, et ne plus écouter. Il a fallu que le co-thérapeute l'isole hors de la salle pour qu'il ne se mette pas en danger ni les autres. Lors d'une discussion en réunion d'équipe thérapeutique, après avoir rapporté ces deux séances particulières, la psychologue a informé la stagiaire que L s'était fait agressé (étranglé) par son frère lors de l'absence de la maman et qu'heureusement que celle-ci a fini par arriver et sonner à l'interphone, sinon peut-être que la situation aurait été plus grave. Depuis cet événement effectivement L semblait plus agité et perturbé que d'habitude. Mais la stagiaire n'avait pas eu cette information avant de parler de la situation particulière. Il a donc été pensé que l'annonce de la fin de séance, après laquelle L retournait dans sa famille, devait être l'élément déclencheur du comportement troublé de L après qu'il ait vécu une séance où il avait pris du plaisir et s'était senti en sécurité.

A partir de la séance T9, la mise en place d'un timer permet à L d'avoir un repère visuel sur le déroulement de la séance, ce qui l'aide à se situer et se préparer à l'arrivée de la fin de séance. Les séances se déroulent sans problème à partir de ce moment. L semble apaisé par le timer. En T10 une amélioration à ce repère est apportée : un emploi du temps imagé (selon les exercices et les phases de séance) à scratches est mis en place à la place du timer pour un meilleur repère. Cette nouveauté plaît beaucoup à L.

L'item « Agit avant la fin des consignes » subit une augmentation jusqu'en T6, ce qui a été relié à la prise de confiance de L dans le cadre des séances et à sa capacité de compréhension rapide des consignes, au contraire de ses camarades qui nécessitaient plus de temps. L est très impatient et précipité, le temps des consignes est donc vécu comme long et parfois pénible si elles doivent être répétées pour les autres. A partir de la T6 on observe une diminution (exceptée en T7 et T8 pour les raisons évoquées plus haut) de la fréquence de cet item jusqu'à sa disparition en T10 jusqu'à la fin de l'accompagnement. En T6 il a été suggéré après discussion entre la stagiaire et son co-thérapeute de tenter de responsabiliser L en lui proposant d'aider ses camarades dans la réalisation des exercices si lui-même s'appliquait du début à la fin de ceux-ci (y compris dans l'écoute des consignes). Cet investissement supplémentaire a semblé l'aider à améliorer sa patience et sa concentration même si cela a pu lui demander beaucoup d'efforts.

### Expression du goût de L

		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13
Fait des propositions	oui			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	non	x												
Exprime oralement son opinion	oui			x		x	x	x	x	x	x			
	non	x			x							x	x	x

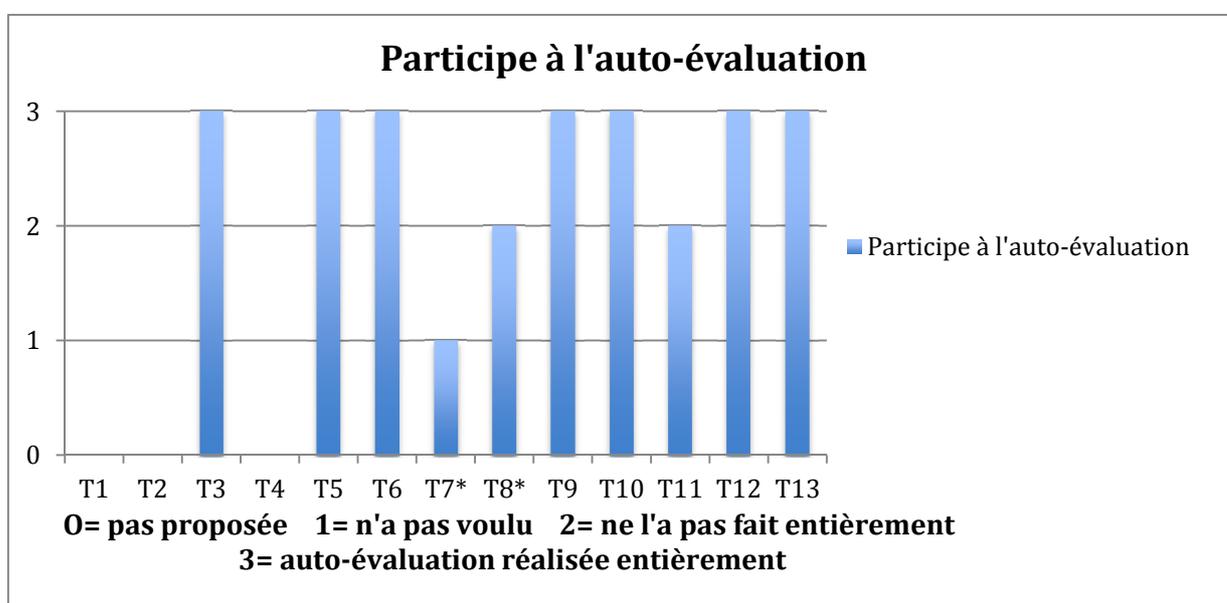
**Tableau n°1 : items correspondant à l'expression du goût de L de T1 à T13**

Le faisceau d'item concernant l'expression du goût de L comprend les items « fait des propositions », ce qui signifie que L propose des exercices qu'il apprécie ou propose des éléments nouveaux (sans copier les autres) au sein d'exercices où il faut improviser (un son, un geste), propose des déplacements dans l'espace de jeu différents de l'habituel. Le seul fait de faire une ou plusieurs propositions est un élément d'observation de l'expression du goût de

L. On constate que L est très participatif et suggère à chaque séance des exercices ou autres propositions.

Cependant l'item « exprime oralement son opinion » n'est pas relevé à chaque séance malgré l'aisance de L à s'exprimer oralement. Il n'exprime pas son opinion sur les exercices ou son travail à chaque séance. Il le fait avec continuité de la T5 à la T10 mais se contente de l'auto-évaluation pour les 3 dernières séances. Cela est attribué à sa progression dans sa capacité à nuancer et tempérer ses interventions. L n'exprime son opinion que dans l'espace qu'il estime alors être celui le plus adapté pour donner son avis : l'auto-évaluation. Si les séances avaient continuées, peut-être que cette expression orale se serait régulée au fur et à mesure et aurait évolué différemment. »

En T10 avec la mise en place de l'emploi du temps à scratches, il est proposé aux enfants du groupe de choisir, chacun leur tour à chaque séance les exercices qu'ils veulent scratcher dessus et réaliser en séance. Cela permet à L d'exercer sa capacité à choisir et affirmer ses goûts.

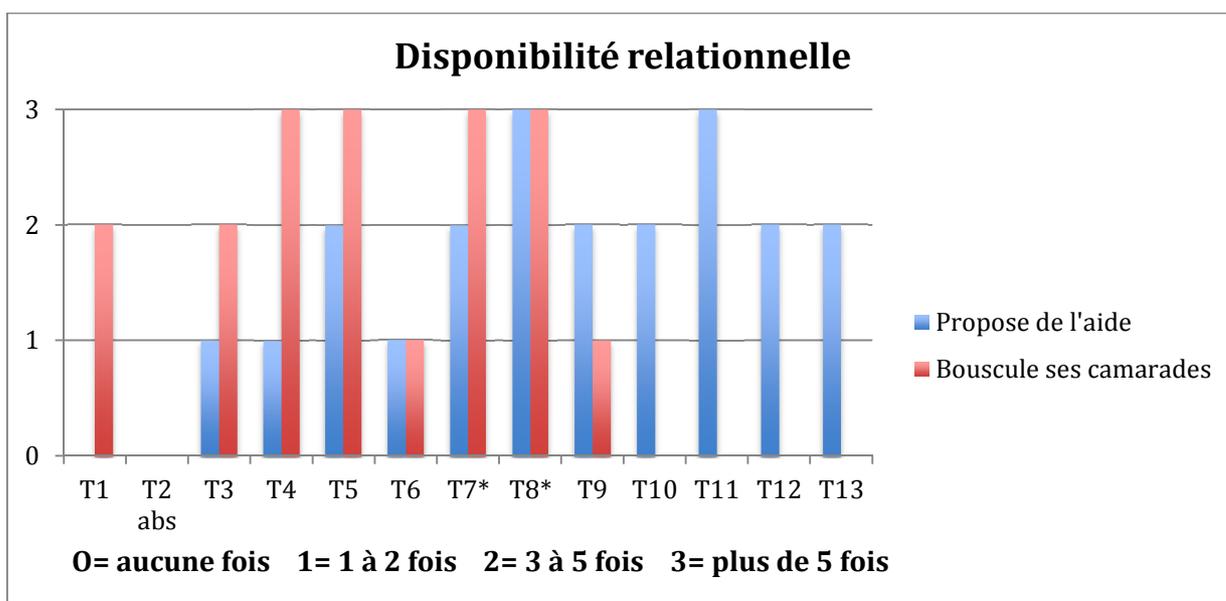


*Graphique n°3 : item de l'auto-évaluation de T1 à T13*

Se reporter au commentaire du graphique n°1 pour le déroulement de l'auto-évaluation à chaque séance.

La participation de L à l'auto-évaluation en fin de séance a semblé être un élément clé à observer afin d'évaluer l'évolution de sa capacité à exprimer son goût.

Il est important de noter que L utilise l'espace de l'auto-évaluation pour illustrer sa provocation lors des séances T7 et T8 où il n'a pas souhaité participer au cube harmonique ou pas dans sa totalité. Il a très bien assimilé que cet espace était celui où il pouvait s'affirmer et exprimer précisément ses impressions.



*Graphique n°4 : items correspondants au faisceau « Disponibilité relationnelle »*

La disponibilité relationnelle de L est l'un des axes principaux du travail en Art-thérapie avec lui. L'observation de l'évolution de ce faisceau d'items se fait à travers la quantification des propositions d'aide (à ses camarades, à installer la salle) de L en séance, ainsi que celle du nombre de fois où il bouscule volontairement ses camarades en séance. Ces deux items sont fondamentaux car ils correspondent à des comportements très fréquents et révélateurs de l'état de disponibilité de L pour l'échange avec les autres.

On constate que L a une tendance prononcée à la provocation de ses camarades par le biais de bousculades volontaire de la séance T1 à T5, avec une augmentation en T4 et T5, qui correspond au retour des vacances d'hiver. A cette période, le comportement de L s'est particulièrement détérioré. Il s'amuse des provocations faites envers ses camarades et tente d'attirer l'attention de tous de cette manière.

En T6 une amélioration nette se fait sentir, et L est beaucoup plus calme en séance vis à vis de ses camarades.

Puis un pic est observable en T7 et T8 (pour les raisons précisées précédemment).

En T9 une amélioration se profile puis à partir de T10 l'item disparaît complètement à mesure que L s'apaise et s'ouvre à l'échange avec les autres autrement que par la provocation.

L est très volontaire dans les séances d'Art-thérapie et a souvent tendance à vouloir faire à la place de l'autre plutôt que de proposer de l'aide (et accepter donc une réponse positive comme négative !) L est toujours enclin à aider, cependant parfois cela peut être vécu comme une agression par ses camarades au vu de son manque de délicatesse : L impose son aide mais ne la propose pas, de la séance T3 à T8. Puis il apprend à accepter le refus d'aide sans s'en offusquer, et propose plutôt qu'impose. Il fini par trouver un équilibre dans ses interventions en travaillant sa patience et son ouverture aux autres.

En T 11 il propose plusieurs fois de l'aide mais attend également qu'une demande lui soit faite pour intervenir. Son mode de relation se tempère et se construit petit à petit grâce à une meilleure disponibilité relationnelle.

S.

A. L'anamnèse et l'état de base de S révèlent une déficience intellectuelle, un manque de confiance en soi, de l'anxiété\*, et de l'agitation.

S. a bénéficié de 11 séances (hors vacances scolaires) d'accompagnement de groupe en Art-thérapie à raison d'une séance de 40 minutes par semaine le lundi de 17h20 à 18h, sur le temps de l'internat en transition avec la journée à l'IME(ou classe délocalisée) juste après le temps du goûter. S dormait à l'internat le lundi soir. Les ateliers se sont déroulés de Mars à Juillet. Cet accompagnement s'est déroulé avec un de ses camarades de l'internat avec qui elle s'entend très bien. La stagiaire Art-thérapeute a eu pour co-thérapeute une AMP (Aide Médico Psychologique) responsable du groupe de S sur l'internat. Cette co-thérapeute a été remplacée à plusieurs reprises pour des raisons de santé, puis de départ de la structure. Ce sont donc 4 personnes différentes qui ont été co-thérapeutes lors des ateliers entre le début de l'accompagnement et la fin de celui-ci. Il faut noter que ces changements ont pu être vécus comme difficiles, compliqués et de manière générale perturbants pour les deux enfants accompagnés en Art-thérapie dans ce groupe.

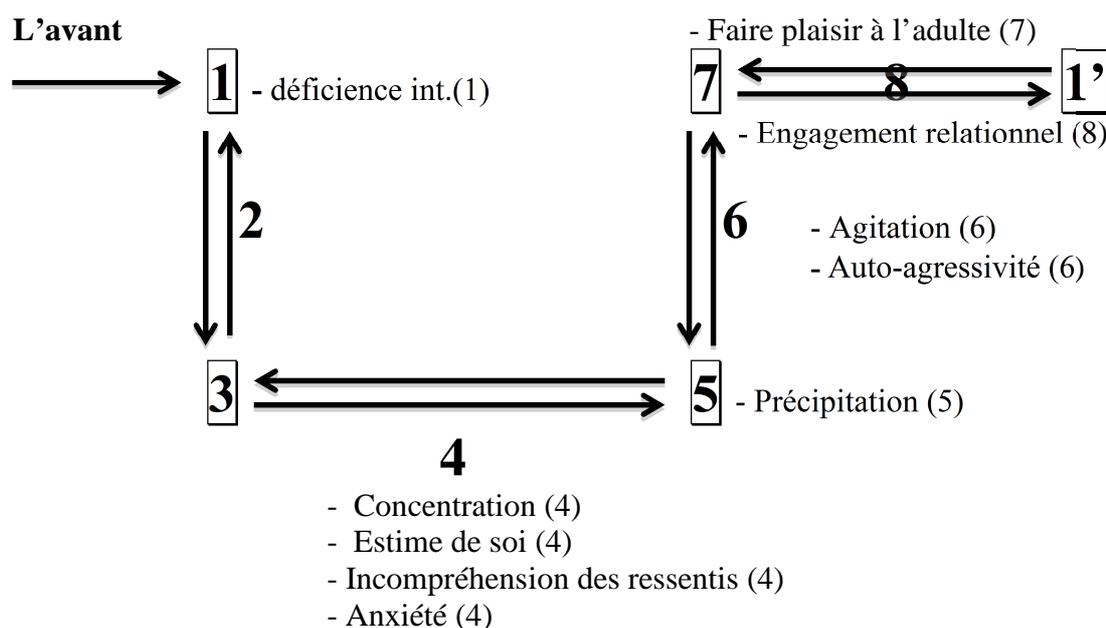
Le dossier de S rend compte d'une déficience intellectuelle (dont le niveau n'est pas mentionné), de réactions parfois excessives, d'une exclusivité dans la relation et d'une difficulté à accepter le partage de l'amitié. Elle mélange parfois des éléments de son imaginaire ou de ses angoisses à la réalité et à du mal à faire la part des choses. Elle a besoin de l'adulte pour clarifier les choses. S peut vite s'inquiéter, il faut donc faire attention à ce qu'on lui dit et comment cela lui est dit. Elle a besoin d'un discours clair et rassurant. A la maison elle entretient des rapports conflictuels avec son frère. Elle n'est pas soigneuse et abîme vite les choses. Elle fait des colères où elle peut jeter les objets à travers la pièce à la maison. Sa maman dit qu'elle est beaucoup après les animaux et qu'elle a même déjà tué le lapin de son frère il y a quelques années. Elle semble être cruelle avec les animaux. Elle les manipule comme des jouets et leur fait mal. y a eu plusieurs procédures de signalement d'entamées lorsque S a commencé à évoquer avec la psychologue des attouchements et divers abus sexuels à la maison. L'un de ses frères a été clairement identifié comme auteur de ces abus et S a été longtemps placée en famille d'accueil tant que la procédure était en cours. La situation n'a pas entièrement été clarifiée et les soupçons ne pèsent pas que sur le frère. La situation reste compliquée et très floue. Lors des premières séances d'accompagnement de groupe en Art-thérapie, S est ne voit ses parents que le week-end. S a beaucoup d'appréhension autour de son corps. Elle aime beaucoup les contes de fées et de princesses. Lorsqu'elle fait un dessin ou qu'elle réalise quelque chose de matériel c'est pour faire plaisir à l'adulte. Elle a du mal à faire des choix et est très agitée. Elle a tendance à se précipiter et ne pas reprendre son souffle quand elle parle.

Les psychomotriciennes déconseillent fortement un travail de relaxation avec S et la psychologue semble trouver qu'un travail sur les ressentis corporels et tout ce qui met en scène le corps moteur est déconseillé et pourrait renforcer l'anxiété de S.

Lors de la première séance en Art-thérapie, la stagiaire repère rapidement que S cherche son approbation et son intérêt. Elle a des difficultés de concentration, n'arrive pas à se détendre, et a une coordination motrice très peu développée. S semble très anxieuse, est très agitée et ne semble pas avoir confiance en ses capacités. S se dévalorise très souvent et très vite, et se plaint très souvent de maux divers (mal au ventre, tête qui tourne, mal à la tête, mal aux chevilles...) S a très souvent des comportements auto-agressifs (se mord les bras, se frappe). Elle aime que l'on s'occupe d'elle. S a beaucoup de difficultés à comprendre ce qu'elle ressent, ce qui l'angoisse et provoque son agitation et de l'auto-agressivité.

Un cadre thérapeutique personnalisé en psychomotricité a été mis en place pour S., cependant il n'y a aucun suivi psychologique au sein de l'IME. S a des rendez-vous tous les 3 mois avec au Centre Médico Psychologique pour faire un point sur son évolution, mais tant

que ces rendez-vous ont lieu, aucun suivi psychologique ne peut être entamé à l'IME malgré les demandes de l'équipe thérapeutique de la structure.



**Schéma n°3: sites d'actions dans l'opération artistique concernant S**

**B.** Les objectifs thérapeutiques généraux fixés pour S sont la diminution de son agitation et de son angoisse, favoriser sa confiance en elle et sa disponibilité relationnelle.

*1. Des objectifs intermédiaires de régulation de l'engagement relationnel et d'encouragement à l'expression de ses goûts sont déterminés*

L'équipe éducative a suggéré à la stagiaire Art-thérapeute de travailler sur une régulation des débordements (affectifs et de comportement) pour le groupe de l'internat. Après une première séance, la stagiaire a dégagé des axes de travail à partir des sites d'actions repérés et a ainsi fixé des objectifs thérapeutiques adaptés à S. Les objectifs thérapeutiques généraux ont rapidement été déterminés comme ce qui suit : aider S à diminuer son agitation et son anxiété, et favoriser sa confiance en elle ainsi que sa disponibilité relationnelle. En effet, il est apparu que S était particulièrement gênée par différents troubles compulsifs du comportements (TOCs) tels que le battement des bras dans le vide, les cris, les bruits de gorge ou encore les auto-morsures dont la fréquence augmentait en fonction de son état d'anxiété. S se dévalorise souvent et remet en question sa capacité à apprendre de nouvelles choses et à bien les réaliser, ce qui semble dénoter un certain manque de confiance en soi. De plus S entretient des rapports parfois très ambigus avec les adultes qui l'accompagnent. Elle a tendance à beaucoup rechercher leur affection et ne nuance pas son implication relationnelle. Elle peut ainsi « sauter au cou » de sa référente ou de la stagiaire plusieurs fois par séances ponctuellement, sans aucun rapport avec la situation, ou exprimer oralement son affection en lançant des « Je t'adore » ou « Je ne veux pas que tu partes ! » impromptus en plein exercice.

Afin d'atteindre ces objectifs thérapeutiques généraux il a semblé nécessaire de passer par des objectifs intermédiaires de régulation de cet engagement et implication relationnels et d'encourager l'expression de S concernant ses goûts. Ces objectifs doivent aider S à comprendre qu'elle peut exister par elle-même sans se sentir obligée de faire des choix dans l'optique de faire plaisir à l'adulte dont elle recherche l'affection. S doit apprendre à mesurer et tempérer son engagement relationnel afin de se protéger.

2. *L'apprentissage de savoir-faire techniques en théâtre, en mime, et en danse permet à S d'éprouver des gratifications sensorielles et intellectuelles personnelles mais également fondées sur l'échange*

Une stratégie thérapeutique a été adoptée afin d'atteindre les objectifs intermédiaires et généraux. En apprenant de nouveaux savoir-faire techniques précis à S d'abord en théâtre et en mime, puis en danse elle a pu ressentir de nouvelles gratifications sensorielles qui lui étaient agréables et personnelles, et cela lui a également apporté une gratification intellectuelle : celle d'être fière d'être capable d'apprendre et d'appliquer de nouvelles connaissances. La pluralité des disciplines artistiques proposées à S doivent l'aider à découvrir différentes gratifications sensorielles, afin de stimuler son esthésie et de l'encourager à affirmer ses préférences.

L'accompagnement de S en Art-thérapie en séances de groupe lui permet d'apprendre à réguler ses échanges avec les autres, notamment en théâtre et en danse lors d'exercices avec un ou plusieurs partenaires à prendre en compte. Apprendre expérimenter des activités artistiques qui provoquent des sensations agréables et une envie de continuer à apprendre afin d'approfondir ces gratifications sensorielles et d'exister par et pour soi-même, c'est ce que prend en compte la stratégie thérapeutique imaginée par la stagiaire Art-thérapeute.

L'apprentissage de techniques en arts corporels permet également à S d'améliorer sa patience et de diminuer son agitation.

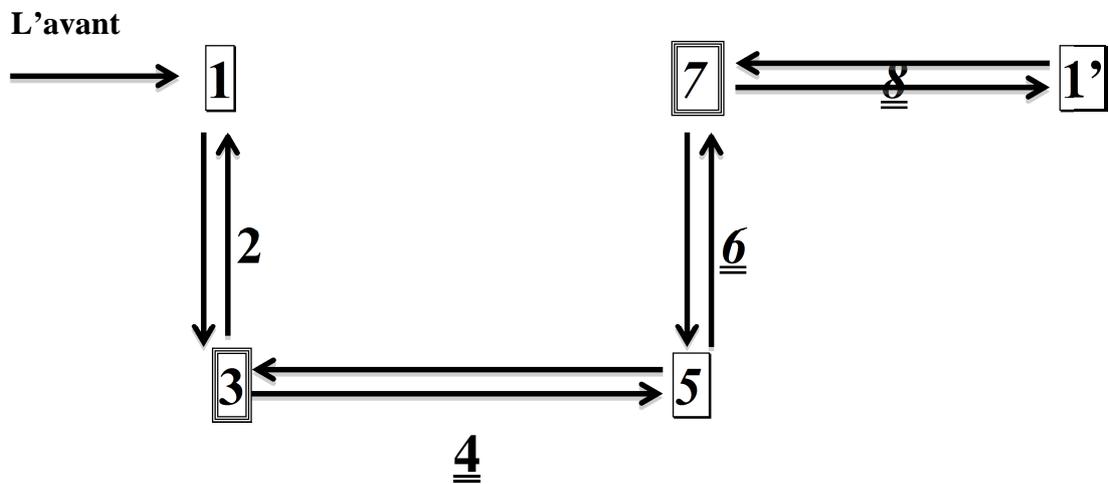
Les séances sont construites selon plusieurs phases comme dans chaque groupe accompagné en Art-thérapie (cf structuration de séance dans l'étude de cas de L). Cette structuration permet à S de se sentir en sécurité dans un cadre déterminé et clairement établi.

La mimesis est beaucoup utilisée dans les séances avec S dans un premier temps afin de la rassurer et de ne pas la mettre en difficultés devant quelque chose d'inconnu. Petit à petit l'improvisation est suggérée à S et elle prend plaisir à proposer des choses elle-même, affirmant ainsi ses goûts et ses choix par elle-même et pour elle-même et non plus pour faire plaisir à l'adulte. S apprend à travers les différentes techniques artistiques qui lui sont proposées qu'elle peut ressentir des gratifications sensorielles lorsqu'elle s'applique et qu'elle réussit à exercer sa patience. Elle apprend à interagir sans étouffer l'autre à travers les exercices de théâtre et de danse à deux. En effet, elle doit maîtriser ses gestes et sa force afin de ne pas brusquer l'autre si elle veut atteindre l'idéal esthétique qu'elle s'est fixée.

La stagiaire encourage S à faire part de ses demandes quant aux exercices qu'elle apprécie et qu'elle souhaiterait travailler.

Lors de la séance T3 S est très agitée et anxieuse et est en permanence parasitée par son agitation (TOCs), en T5 cela continue malgré l'adaptation de la stagiaire à la situation. Puis la stagiaire décide de proposer de la danse à S lors de la séance T6 afin de canaliser son agitation en impliquant uniquement le corps en lien avec une musique calme. Ce passage à la danse a permis à S de diminuer son agitation physique, mais celle-ci s'est déplacée vers de l'agitation verbale (interventions orales permanentes de S). Cependant à partir de la T7 les séances ont allié mime, danse et théâtre, ce qui a semblé être un équilibre convenable pour S. La stratégie thérapeutique a donc été d'adapter les outils de l'Art-thérapie aux changements de comportement de S jusqu'à trouver une association qui l'aidait à maintenir son calme et diminuait son anxiété.

Au regard de l'opération artistique, les cibles thérapeutiques se situent en 3 (gratifications sensorielles), en 4 (volonté d'apprendre ; volonté de s'améliorer), en 6 (pluralité des disciplines artistiques; précision du geste ; adaptation du rythme), en 7 (retour sur l'activité par le cube harmonique => expression objective de sa subjectivité) et en 8 (régulation de l'implication relationnelle).

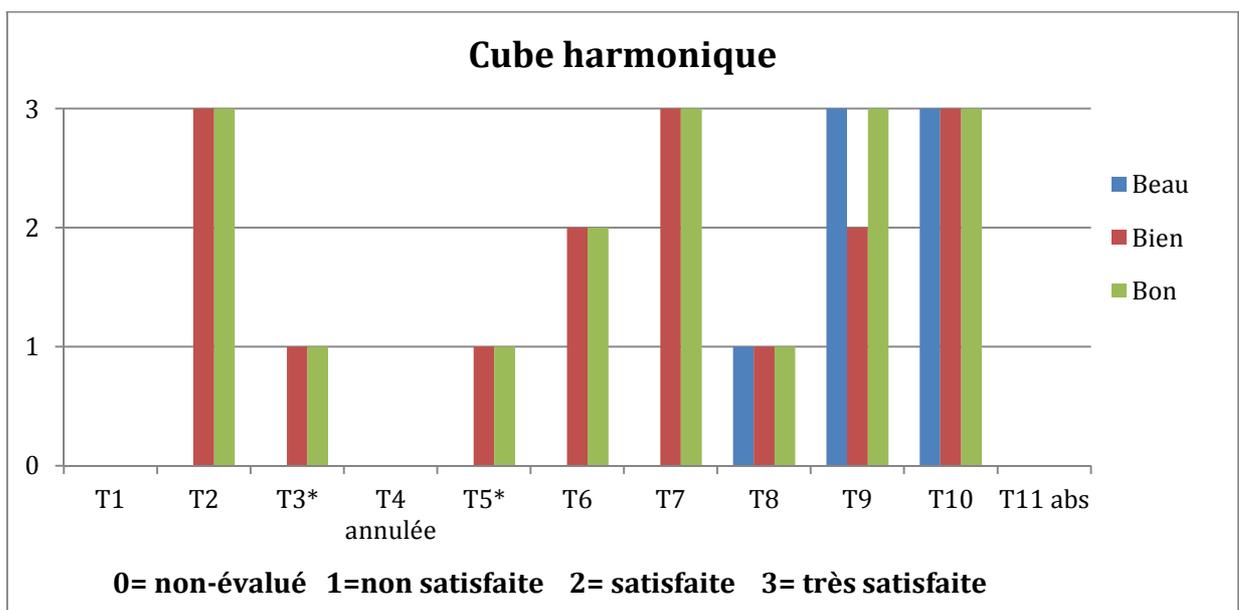


**Schéma n°2 : cibles thérapeutiques dans l'opération artistique concernant L**

3. L'utilisation du cube harmonique à chaque fin de séance permet à S d'affirmer son avis par elle-même et pour elle-même

A chaque fin de séance le cube harmonique est proposé à S afin qu'elle donne son avis sur sa séance. Le déroulement est le même qu'avec L et la stratégie également. Le cube harmonique est utilisé comme processeur pour que S apprenne à accorder de la valeur à son opinion.

Dans ce temps d'auto-évaluation, S s'autorise à préciser ce qui lui a plu et moins plu, et critique toujours son travail réalisé en séance. Elle apprend à nuancer son regard et ses propos au fur et à mesure de l'accompagnement jusqu'à ce qu'elle comprenne que ce temps d'auto-évaluation est pour elle et n'a aucun impact sur l'image que la stagiaire Art-thérapeute et sa co-thérapeute ont d'elle, ni sur le regard de son camarade.



**Graphique n°5 : auto-évaluation de S de T1 à T11**

Le cube harmonique n'a pas été proposé en première séance pour les mêmes raisons que dans le groupe de L. Les enfants n'ayant pas encore d'éléments de comparaison ni de repères dans les séances, il n'a pas semblé judicieux de leur proposer l'auto-évaluation lors de cette première séance. La cotation du Beau est intervenue à partir de la séance T8, lorsque la stagiaire Art-thérapeute a estimé que le groupe était prêt à intégrer un nouvel axe d'évaluation au cube harmonique, pour ne pas les perturber. Ce choix a également été motivé par la nécessité de travailler la nuance dans l'expression des enfants du groupe.

On peut observer que l'auto-évaluation de S est très irrégulière, ce qui peut correspondre à son caractère agité et anxieux. En T2, lors de la première auto-évaluation elle a coté au maximum car la nouveauté des séances l'enchantait et elle pensait ainsi faire plaisir à l'Art-thérapeute. Puis elle a pris conscience qu'il s'agissait d'un moment où son avis lui appartenait, un espace d'expression personnelle par soi et pour soi.

De même, S pouvait avoir effectué une séance tout à fait correcte, y avoir pris un plaisir apparent, et l'évaluer de manière très négative, comme en T8 par exemple. S est très facilement perturbée par le moindre changement, et cela peut se repérer dans l'auto-évaluation car à chaque apparition d'une nouveauté en séance (nouvelle technique artistique, apparition de la cotation du Beau...) ses cotations descendent ou augmentent considérablement. Cette observation est importante dans l'évolution de S en séance. Elle illustre la fragilité de S et l'importance pour elle d'un cadre connu, sécurisant et rassurant.

Les séances T3 et T5 correspondent à une période où S est devenue plus agitée et anxieuse qu'à l'ordinaire. Elle voulait absolument participer aux séances mais ne réussissait pas à se concentrer tellement elle était parasitée par son anxiété et son agitation. Elle a donc coté ces deux séances en conséquences.

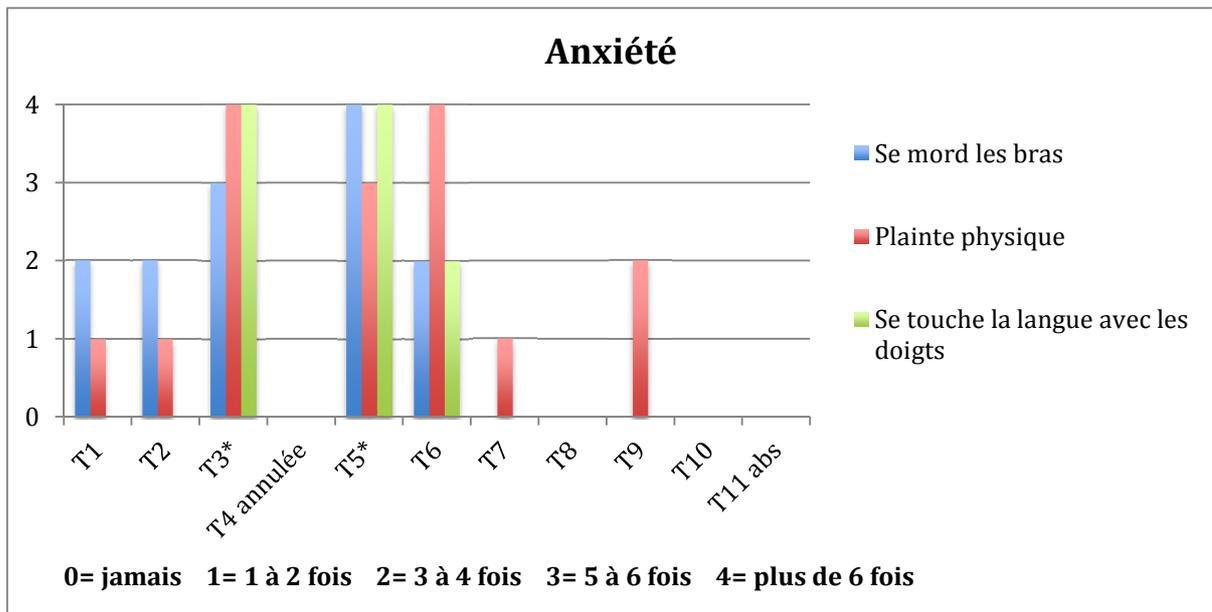
La séance T4 a été annulée car aucun co-thérapeute ne pouvait accompagner la stagiaire (absence de l'AMP habituellement co-thérapeute) par manque de personnel.

En T6, avec l'apparition de la danse en séance, S est davantage satisfaite de sa séance, ce qui est encourageant pour la suite et s'est confirmé dans la pratique.

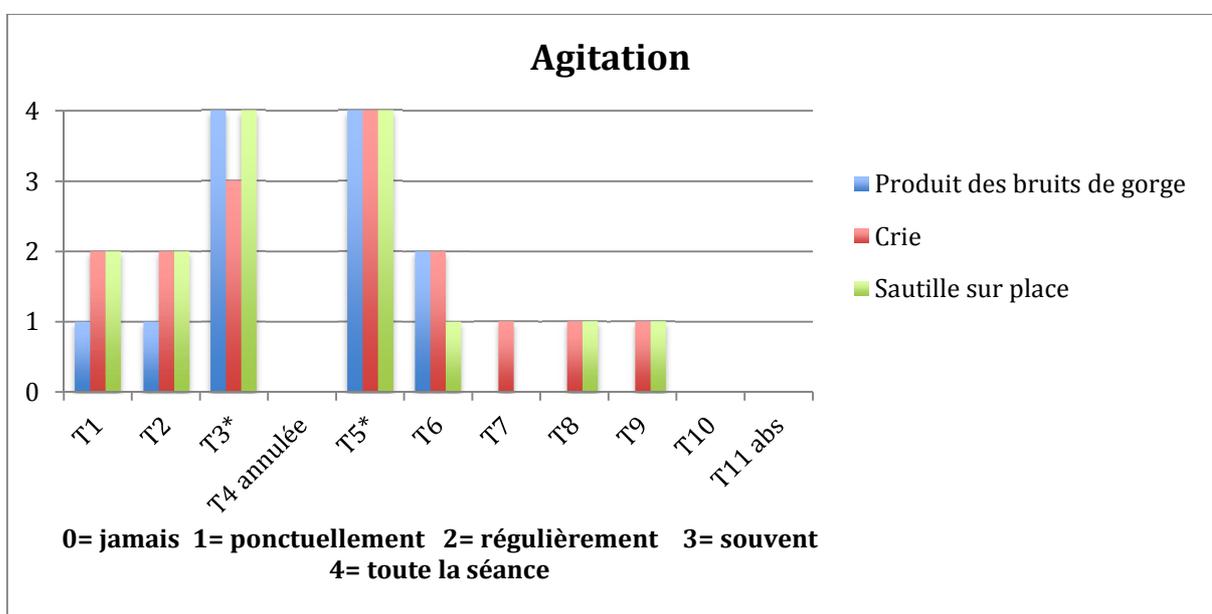
Il est très vite apparu que S pouvait donner un avis et son contraire en quelques secondes, ce qui ne facilitait pas l'auto-évaluation.

Cependant, à partir de la T8, elle a commencé à stabiliser ses avis et à ne prendre position qu'une seule fois. Elle a appris à nuancer son avis sur son travail et à apprécier de donner celui-ci. S a fini par réaliser que ce qu'elle produisait pouvait lui plaire et la rendre fière. Son estime d'elle-même s'est améliorée ce qui lui a permis de prendre confiance en elle.

4. Trois faisceaux d'items sont évalués : « l'anxiété » de S est évaluée en observant les items « se mord les bras » « plaintes physiques » et « se touche la langue avec les doigts » ; « l'agitation » de S est évaluée à travers les items « produit des bruits de gorge » « crie » et « sautille sur place » ; « l'engagement relationnel » de S s'évalue à travers l'observation des items « serre fort l'adulte référent dans ses bras » « verbalisation de l'affection pour les référents adultes » et « change de partenaire d'exercice »



Graphique n°6 : faisceau d'items relatif à l'anxiété de S. de T1 à T11



Graphique n°7 : faisceau d'items relatif à l'agitation de S. de T1 à T11

Le faisceau d'items de l'anxiété de S a semblé essentiel dans l'observation de son évolution en séance d'Art-thérapie face aux objectifs thérapeutiques fixés. En effet, elle est très souvent angoissée et les changements la perturbent facilement. Elle a besoin d'un cadre clair et sécurisant et d'être rassurée par l'adulte très régulièrement. Il est vite apparu que cette anxiété se manifestait principalement par des plaintes physiques (douleurs, tête qui tourne, maux de ventre), et que S se mord les bras lorsqu'elle se sent particulièrement anxieuse. Elle

se touche aussi la langue avec les doigts (plusieurs fois de suite) quand elle est très angoissée. S somatise beaucoup dès qu'elle est anxieuse.

L'agitation de S découle de son anxiété et vice-versa. Trois items ont été cernés comme fondamentaux dans l'évaluation de cette agitation : la production de bruit de gorge, les cris, et le sauttillement sur place. L'agitation de S pouvait être liée soit à un état très anxieux, soit à une euphorie ponctuelle. Les bruits de gorge intervenaient principalement lors d'épisodes anxieux, au contraire des cris et du sauttillement qui pouvaient intervenir dans n'importe quel cas.

L'agitation et l'anxiété de S sont deux faisceaux étroitement liés et dont l'observation s'est croisée en permanence.

De manière générale, ce qui revient le plus fréquemment en séance c'est l'auto-agressivité de S qui se mord les bras lorsqu'un changement intervient ou qu'elle est extrêmement contente. Les bruits de gorge et les cris de S sont également très récurrents. Ces comportements ne sont pas adaptés aux situations rencontrées. Ils découlent du mauvais traitement des informations sensorielles répertoriées par S et de leur mauvais décodage.

Par exemple lorsque S est très contente cela la rend très anxieuse car elle ne décode pas bien cette émotion et peut se sentir en danger car submergée par l'émotion. Cela se manifeste le plus souvent par un pic d'agitation.

Lors des premières séances, S n'a pas encore pris ses marques et se sent parfois submergée par l'anxiété lorsqu'elle découvre de nouvelles sensations qui lui sont agréables à travers le théâtre et le mime. On peut ainsi repérer la fréquence de « se mord les bras » et la présence de la « plainte physique », ainsi que la fréquence moyenne du « cri » et du « sauttillement sur place ». Les nouvelles gratifications sensorielles induites par la pratique du théâtre et du mime sont étrangères à S et la confronte à beaucoup de nouveauté d'un seul coup, ce qu'elle vit plutôt comme une agression et un phénomène perturbant en T1 et T2 qu'un réel plaisir (qu'elle dit prendre dans ces pratiques artistiques).

Un exercice de mouvements en miroir (à deux) a été proposé en T1 ce qui a perturbé S qui s'est rapidement plainte de tournis et de mal au ventre. Cet exercice a donc été stoppé et n'a pas été reproposé au vu de sa réaction et de son malaise. Il s'est ensuite avéré que la frontalité de l'exercice et son caractère déstabilisant (voir l'autre faire les mêmes mouvements que soi) a été trop brutal pour S pour qui cela a pu être vécu comme un vecteur de confusion entre son monde imaginaire et la réalité. La stagiaire a immédiatement pris note de cet aspect afin de ne pas reproduire une telle erreur. Cela a permis de cibler très rapidement et précisément à quel moment les choses pouvaient devenir confuses pour S dans son rapport aux évènements.

En T3 S a un pic d'anxiété et un nouvel item apparaît : « se touche la langue avec les doigts ». Cet item est clairement apprécié comme illustrant le niveau le plus élevé de manifestation de l'anxiété de S. Les plaintes physiques, les cris et le sauttillement sur place sont très présents et fréquents lors de cette séance même si S dit apprécier celle-ci. Son auto-agressivité augmente également et elle se mord à plusieurs reprises pendant la séance et se jette dans les coussins au sol. Elle produit beaucoup de bruits de gorge et ce de manière. Elle verbalise le fait d'avoir « peur » et de ne se sentir « pas bien » à plusieurs reprises, mais sans vouloir préciser plus l'objet de ses propos, malgré les questions de la stagiaire et de sa co-thérapeute. Elle précise simplement que ce n'est pas la séance qui la rend anxieuse. Il faut noter à ce propos qu'en T3 l'habituelle co-thérapeute et référente des enfants est absente et remplacée par une nouvelle éducatrice qu'ils ne connaissent pas encore et ont beaucoup de mal à intégrer. L'absence de sa référente habituelle perturbe beaucoup S et renforce son anxiété.

La séance T4 est annulée pour les raisons évoquées dans le commentaire du graphique n°5.

En T5 l'anxiété de S est particulièrement présente tout au long de la séance. A tel point que la stagiaire propose à S de reporter la séance si S ne se sent pas assez bien pour continuer. Mais cette dernière insiste pour finir la séance malgré son anxiété et son agitation décuplées. Elle ne cesse de se toucher la langue, de se mordre et de se plaindre de maux physiques. Elle pousse des cris à plusieurs reprises, sautille sur place et produit des bruits de gorge durant toute la séance par intermittences. Elle verbalise également son mal-être « J'ai peur ! » « Je ne me sens pas bien ! » « J'ai envie de pleurer ! » « J'aime pas être toute seule le soir dans l'internat, ça me fait peur quand je n'entends plus les veilleuses de nuit ! » La stagiaire prend note de ses propos et de son agitation et en fait part en réunion d'équipe thérapeutique, ainsi qu'à la coordinatrice des équipes. Elle apprend alors que S est retournée vivre chez ses parents après qu'elle en ait fait la demande, depuis deux semaines. Tous les membres de l'équipe paramédicale et éducative ont noté une recrudescence de son agitation et de son anxiété. Rien de plus n'est précisé lors de la réunion, hormis l'éventualité d'un arrêt des séances d'Art-thérapie si son agitation et son anxiété ne diminuent pas (suggéré par la psychologue). La stagiaire décide d'adapter ses outils aux difficultés que traverse S et d'intégrer un travail en danse pour impliquer toute la corporalité de S dans une recherche esthétique et ainsi démobiliser son activité mentale source d'anxiété.

En T6, avec l'apparition de la danse S se plaint tout au long de la séance de maux physiques divers, malgré son plaisir apparent et verbalisé de participer à l'activité danse. La nouveauté la perturbe et l'angoisse mais l'intrigue à la fois. Elle se mord moins souvent les bras et se touche moins la langue, même si ces items restent encore présents.

La danse doit permettre à S de se focaliser sur des mouvements corporels en accordant une importance à la musique afin d'être en rythme avec celle-ci. Cela doit l'encourager à se focaliser sur autre chose que ce qui lui parasite l'esprit en étant dans le mouvement sans être dans l'imaginaire. Ce travail doit également l'aider à intégrer les limites de son corps, par la maîtrise de l'activité. En effet, lorsque S se mord les bras, cela peut s'apparenter à un moyen de vérifier les limites de son corps lorsqu'elle est dépassée par ses sensations. S demande à la stagiaire de mettre la musique de Cendrillon comme support musical afin de danser « comme une princesse ». Cet aspect est noté par la stagiaire et réexploité dans les propositions théâtrales et mimées, ainsi que dans les pas et enchaînements de danse proposés par la suite.

En T7 la co-thérapeute et référente d'internat de S est revenue de son arrêt maladie, ce qui réjouit vraiment S qui le verbalise tout au long de la séance « Je suis vraiment contente que P soit revenue ! »

Cette séance est mixte (théâtre et danse), sur demande de S et de son camarade. Durant cette séance elle fait des demandes très précises d'exercices mais aussi de musiques pour accompagner la danse ET les exercices théâtraux. Elle prend particulièrement plaisir à deux exercices théâtraux dans lesquels son équilibre (exercice du funambule au-dessus d'une rivière) et la transformation par les mimiques d'un extrême à un autre (exercice de transformation de l'Ange au petit Démon) sont mis en jeu. Elle ne se mord pas les bras ni ne se touche la langue de toute la séance. Seules les plaintes physiques, mais moindres, persistent quelques peu. Durant cette séance, S ne sautille pas sur place, ni ne produit des bruits de gorge. Seuls les cris persistent mais moins fréquemment, en réponse au plaisir que S peut ressentir lors de ses exercices favoris.

En T8 une co-thérapeute remplaçante encore différente de celle de la T3 est présente sur la séance car P est en vacances. Ce changement perturbe S mais moins qu'en T3 car cette fois-ci elle connaît la remplaçante. La séance se déroule sans que S ne se morde les bras, ne se plaigne ou se touche la langue. Son anxiété s'est amoindrie et elle semble prendre beaucoup

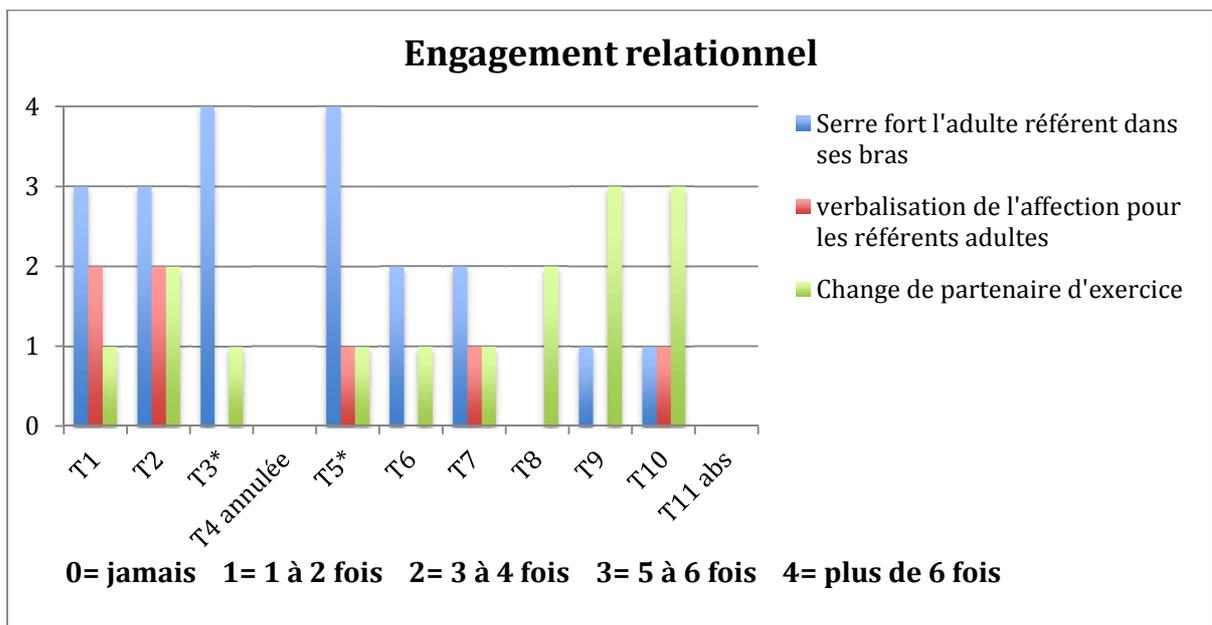
de plaisir aux séances mixtes théâtre/danse/mime. Elle sautille de nouveau sur place et crie ponctuellement durant la séance en réponse toujours à son plaisir face à certains exercices. Une nette diminution de son agitation est observée.

En T9 les plaintes reviennent mais deviennent morales « Je n’y arrive pas ! » « C’est trop dur ! » « J’suis nulle ! » « ça m’énerve de ne pas y arriver ! ». Lors de cette séance de nouveaux pas de danse sont proposés afin d’enrichir les possibilités d’enchaînements du groupe, qui se bloque souvent aux quelques enchaînements vus précédemment. La difficulté à improviser se fait ressentir, c’est pourquoi ces nouvelles propositions sont faites par la stagiaire. S n’accepte pas que l’apprentissage de techniques ne soit pas immédiatement couronné de succès (de son point de vue). Elle se sent dévalorisée lorsque de nouvelles choses lui sont proposées. Pourtant, du point de vue de la stagiaire S se débrouille très bien en séance et s’applique malgré la difficulté. Elle persiste malgré tout jusqu’à atteindre son but. S témoigne cependant clairement d’un manque de confiance en ses capacités.

La stagiaire propose à S de réaliser les mouvements avec un partenaire différent à chaque fois et d’en changer plusieurs fois, puis de le faire tous ensemble. Ainsi, la difficulté est amoindrie à ses yeux car elle se sent appuyée et soutenue physiquement par la présence proche des autres et réalise qu’elle n’est pas la seule à avoir des difficultés et que cette phase est normale dans tout apprentissage. En réalisant de nouveaux les gestes et enchaînements qu’elle a appris précédemment et qu’elle maîtrise mêlés à ceux qu’elle vient d’apprendre, S se sent plus confiante et son anxiété diminue face cette nouveauté, elle prend son temps et accepte que cela ne corresponde pas immédiatement à son idéal. Lors de cette séance S est plus anxieuse qu’agitée, du fait des nouveaux apprentissages.

En T10 les items observés concernant l’anxiété et l’agitation de S ont complètement disparus. S est investie pleinement dans sa séance et commence à moins être précipitée. Elle réussit à suivre le rythme calme des différentes musiques en danse et s’applique du début à la fin des exercices de théâtre et de mime, sans s’impatier ni s’agiter. S semble accorder de la valeur à ce qu’elle réalise et est fière d’elle. Elle prend confiance dans ses capacités et s’affirme en improvisant seule, à sa demande, une petite danse devant ses trois spectateurs (son camarade, la stagiaire et sa co-thérapeute). Elle invite ensuite ses spectateurs à la rejoindre et à danser avec elle en leur montrant les enchaînements dansés qu’elle a imaginé pour eux.

En T11 S est malade et est renvoyée dans sa famille juste avant la séance.



*Graphique n°8 : faisceau d'items relatif à l'engagement relationnel de S de T1 à T11*

Comme nous l'avons vu dans l'état de base de S, ses relations sont parasitées par un caractère possessif et exclusif et une tendance à des comportements parfois débordant en terme d'affectivité. Le faisceau d'items de l'engagement relationnel semblait donc un moyen adapté d'évaluer la progression de S quant à ses relations et échanges avec les autres. Trois items ont été relevés de manière assez fréquente pour qu'ils soient observés afin de mesurer cet engagement relationnel : S serre fort l'adulte référent ou la stagiaire dans ses bras de manière impromptue et imprévisible (souvent en lien avec son anxiété et son agitation), elle verbalise son affection pour ces mêmes adultes également de manière impromptue et imprévisible (toujours en relation avec son anxiété et son agitation la majeure partie du temps), et sa capacité à changer de partenaire d'exercice lors des séances permet également de mesurer cet engagement relationnel (plus elle change moins elle est dans une relation d'exclusivité et de possession).

En T1 et T2 elle est très « accrochée » à P (sa référente d'internat, co-thérapeute de séance) et la serre plusieurs fois très fort dans ses bras en lui disant « P je t'adore ! J'suis contente que tu sois avec nous ! » et la co-thérapeute lui a expliqué qu'elle la serrait trop fort dans ses bras et qu'elle lui faisait mal. Il a été expliqué à S que cette attitude n'était pas approprié au moment, ni au lieu. Elle prend confiance dans le cadre de la séance en T2 et accepte alors de changer plusieurs fois de partenaire d'exercices.

En T3 et T5 on observe une augmentation très forte de l'item « serre fort l'adulte dans ses bras », en effet, S étant très anxieuse et agitée lors de cette séance, elle se « jetait » littéralement dans les bras de la co-thérapeute ou de la stagiaire Art-thérapeute de manière fréquente et intense. Cependant cette attitude ne durait que quelques secondes à chaque fois et S repartait ensuite sautiller sur place, se mordre les bras ou se toucher la langue. Lors de la T3 elle ne verbalise aucune fois son affection, mais l'item réapparaît en T5 mais moins fréquemment qu'en T3.

De la T3 à la T7, d'abord à cause de son pic d'anxiété et ensuite avec l'apparition de la danse en séance, S change peu de partenaire d'exercice. Elle souhaite travailler avec sa référente ou l'Art-thérapeute et sollicite très peu son camarade.

A partir de la T6 jusqu'à la T10 S apprend à « lâcher » les adultes et à être moins exclusive. Elle vient moins souvent serrer fort dans ses bras les adultes, et lorsqu'elle le fait

elle essaie d'être moins brutale et moins étouffante. Elle verbalise de moins en moins souvent son affection pour eux, et quand elle le fait elle choisit un moment qui lui semble plus adapté (début ou fin de séance) mais ne l'exprime pas pendant les exercices.

C'est à partir de la T8 que S invite son camarade de séance à danser et à réaliser les différents exercices de théâtre et de mime. Elle change régulièrement de partenaire et s'applique à être plus douce dans ses mouvements avec celui-ci.

#### **IV). Des bilans de l'accompagnement de L et S révèlent une évolution positive mais non définitive.**

A. Le bilan de l'accompagnement de L révèle une amélioration de ses capacités relationnelles et de sa confiance en lui.

*1. L'expression de L s'est améliorée, elle est devenue plus fine, ce qui le rend fier de lui et l'amène à une recherche esthétique précise*

L. aime particulièrement les exercices de théâtre dans lesquels il faut interpréter par une pause « statue » un mot, une situation, un sentiment. Il demande beaucoup cet exercice et est très concentré lors de celui-ci. Au fil des séances ses propositions se sont nuancées, affinées et variées et sa concentration s'est perfectionnée. Cette recherche de toujours plus d'originalité et de précision est née à mesure qu'il réalisait qu'il était capable de progresser (ce dont il a pris connaissance par le biais du regard des autres et des encouragements de l'Art-thérapeute et de son co-thérapeute). Le regard du co-thérapeute sur la progression de L a été essentiel. En effet, l'instituteur spécialisé et co-thérapeute de la stagiaire pointait régulièrement du doigt le manque de concentration de L et son application très sommaire dans tous les temps de vie de l'IME, ainsi que son caractère provocant très fréquent. C'est pourquoi, lors des séances d'accompagnement de groupe en Art-thérapie, L a pu montrer à D (le co-thérapeute) qu'il était capable d'imagination, de créativité et d'application dans l'activité théâtrale et mimée. Les félicitations et les encouragements de D envers L ont permis à ce dernier de vouloir s'améliorer et d'être fier de lui lorsqu'il produisait quelque chose de plaisant. L a donc entamé un travail de recherche esthétique afin d'atteindre son idéal et de ressentir à nouveau cette fierté et ce plaisir du « bien » fait.

*2. L'imagination de L s'est développée et a concourue à l'amélioration de l'expression de son goût, de son style, et de son engagement dans l'activité artistique*

Grâce à des exercices d'improvisation mimée ou théâtrale et notamment un travail collectif de rythmes improvisés, L a développé son imagination et a affirmé celle-ci grâce à ses propositions dans le jeu. Il a saisi l'espace du jeu comme celui où son imaginaire pouvait prendre vie sans danger grâce au cadre contenant et sécurisant proposé en séance. Cela a aidé L à avoir envie de s'engager dans l'activité, afin de ressentir le plaisir de donner vie à son imagination. Il a ainsi pu développer et exprimer ses préférences et son empreinte artistique.

L a appris à estimer ses capacités et leur donner une véritable valeur, et a ainsi pu prendre confiance en lui en affirmant sa personnalité dans ses choix artistiques.

3. *L est capable d'apporter de l'aide aux autres sans faire à leur place, sans précipitation, et avec moins d'agressivité dans ses mouvements*

Alors que L a appris à nuancer son expression et estimer ses capacités et ses réalisations artistiques, il a augmenté sa confiance en lui et ainsi compris qu'il pouvait avoir une place dans le groupe et exister sans avoir recours à la provocation. Il a appris à s'affirmer à travers l'activité artistique et son application dans celle-ci, ce qui a encouragé les autres à le prendre comme modèle dans certains exercices.

L s'applique davantage afin de pouvoir aider ensuite ses camarades en les encourageant. Si il est sollicité pour aider les autres il accepte et essaye de les orienter sans faire à leur place (ce qui reste encore un peu difficile parfois) et sans se précipiter. Il n'a plus recours à l'agressivité ou la provocation pour entrer en relation avec les autres car il a compris que ce n'était pas le seul mode d'échange possible et qu'il pouvait interagir avec eux sans cela.

4. *L est capable d'adapter son attitude calmement en fonction des remarques qui lui sont faites*

L a développé sa patience et sa précipitation a presque disparue à la fin de l'accompagnement en Art-thérapie. Alors que lors des 5 premières séances il n'acceptait pas ou mal les remarques qui lui étaient faites pour l'aider à canaliser son agitation et à se concentrer, à partir de la T9 une nette amélioration se fait ressentir. Lors des deux dernières séances L adapte son attitude en fonction des différentes remarques et conseils qui lui sont faits sans se précipiter ni s'énerver.

5. *L accepte avec sérénité que la séance se termine*

La mise en place de repères temporels de plus en plus précis (construction de la séance différentes phases identifiées, apparition du timer, mise en place de l'emploi du temps à scratchs) a permis à L de se sentir rassuré et d'apprendre à se préparer à la fin des séances. L'emploi du temps à scratchs a semblé être l'outil le plus efficace dans ce sens, peut-être parce qu'il est fréquemment utilisé sur les différents temps de vie à l'IME. Les images scratchées étaient un mélange de dessins et de photos prises des différents exercices en séance, ce qui pouvait permettre la visualisation d'un espace et de gestes connus. L a donc appris à accepter que les séances se terminent, sans s'agiter et sans devenir agressif.

**B.** Le bilan de l'accompagnement de S atteste d'une amélioration de ses capacités d'expression, d'une meilleure estime d'elle-même, ainsi que d'un gain de confiance en elle.

1. *S a progressé dans ses capacités d'expression grâce à une amélioration de sa précision et à un gain de patience*

Malgré les difficultés rencontrées et les pics d'agitation et d'anxiété, S a réussi à améliorer l'expression de ses ressentis et de ses goûts grâce à un travail sur la précision des gestes, qui nécessite d'exercer sa patience. Lors des trois dernières séances, S a compris que pour être précise et atteindre (ou s'approcher de) son objectif esthétique, elle doit s'accorder le droit à l'erreur pour progresser, et que pour cela elle doit faire preuve de patience. Elle a constaté la différence entre une réalisation artistique précipitée et une réalisation où la patience et l'application s'exercent.

2. *S accepte d'apprendre de nouvelles choses et exploite ensuite ces nouvelles connaissances pour se faire plaisir*

S rencontre de grandes difficultés à accepter que ce qu'elle fait ne puisse pas forcément être parfait dès le premier essai, et même puisse ne jamais être parfait (ce qui pousse à une recherche esthétique). C'est pourquoi elle se sent en danger devant de nouveaux apprentissages, par peur de ne pas réussir tout de suite à combler ses attentes. Durant son accompagnement en Art-thérapie, S a commencé à accepter l'apprentissage de nouvelles choses car elle s'est rendue compte que cela lui permettait d'enrichir les outils qu'elle pouvait ensuite réexploiter pour se faire plaisir.

3. *Une recherche esthétique motivée par des gratifications sensorielles agréables et propres à S est apparue*

La pratique des arts corporels a stimulée la sensorialité de S et lui a permis de découvrir des sensations agréables à travers ces différentes disciplines tout en s'amusant. Ces gratifications sensorielles sont propres à S, ce qu'elle apprécie car elle ne se sent pas obligée de faire plaisir à l'adulte à ce moment-là. Ses sensations lui appartiennent et sont source de plaisir pour elle seule. Après une période d'adaptation face à ses nouvelles gratifications sensorielles, d'abord vécues comme angoissantes car inconnues, S a appris à les apprivoiser et à en tirer un bienfait. Dans cette optique elle a commencé à entamer un processus de recherche esthétique afin de stimuler ses sensations et d'atteindre ses objectifs esthétiques pour que cela lui soit agréable. Ainsi, en T10 S réalise même une petite chorégraphie à l'intention de son camarade de séance, de la co-thérapeute, et de la stagiaire Art-thérapeute.

4. *L'anxiété de S a diminué au fil des séances*

L'anxiété de S est une problématique dominante. C'est pourquoi l'observation de la diminution de celle-ci à partir de T6 est fondamentale car elle illustre l'intérêt et le bénéfice de l'accompagnement de S en Art-thérapie.

Il a fallu un certain temps pour trouver la « formule » qui permettrait à S de progresser, mais dès lors que les séances ont mêlées danse, théâtre et mime, S a semblé trouver un équilibre lui permettant de se sentir rassurée et de canaliser son anxiété. Un travail d'implication intensive du corps moteur semble très indiqué pour aider S à gérer son anxiété.

5. *L'agitation de S est en baisse malgré des pics ponctuels*

Il en va de même pour l'agitation de S. Cependant quelques pics peuvent apparaître en fonction de son état moral. En effet, l'agitation de S n'apparaît pas seulement lors d'épisodes anxieux, mais aussi lorsqu'elle est contente, ce qui complique le travail en Art-thérapie et demande un accompagnement de plus longue haleine pour apprendre à tempérer cela. Cependant, l'accompagnement en Art-thérapie a semblé bénéfique pour S car son agitation a été en baisse malgré quelques pics ponctuels.

6. *S a constaté qu'elle était capable de produire de belles choses ce qui la rend fière d'elle*

S a amélioré son estime d'elle-même en réalisant qu'elle pouvait produire des choses qui lui plaisaient et correspondaient à ses attentes, mais aussi en constatant qu'elle pouvait accorder de la valeur à son opinion et affirmer celle-ci (grâce notamment au cube harmonique). Elle a constaté sa progression au cours des séances, ce qui l'a rendue fière d'elle

et lui a permis de prendre confiance en elle. La séance T10 illustre cette progression avec la création spontanée d'une petite chorégraphie de S. Après l'avoir exposée S a verbalisé son contentement et sa fierté, ce qui est un très grand progrès dans son évolution et son parcours au sein de l'atelier, car elle avait plutôt tendance habituellement à se dévaloriser.

## **V). Les bénéfices des accompagnements en Art-thérapie dans la vie quotidienne des enfants n'ont pas pu être évalués de manière satisfaisante.**

### **A. Des difficultés de disponibilité et d'emploi du temps ont favorisé le manque d'échanges réguliers entre professionnels.**

Chaque professionnel au sein de la structure a un emploi du temps bien précis et ne dispose que de peu de plages horaires « libres ». Différents temps de réunion et de bilans entre les équipes sont établis à des moments bien précis. En-dehors de ces temps, chaque professionnel a différents rendez-vous ou suivis d'enfants à réaliser. Ainsi, l'arrivée d'un nouveau membre, même stagiaire, après que les emplois du temps de chacun aient été clairement établis (autour du mois de novembre) a complexifié les emplois du temps.

La stagiaire n'était présente d'abord qu'une journée complète par semaine, puis, au vue des difficultés que cela semblait créer au sein des équipes en termes de communication, elle a proposé de diviser son temps d'intervention en deux et donc d'intervenir à deux moments différents dans la semaine. Cela semblait pouvoir donner plus de possibilités d'échanges entre les différents professionnels. La stagiaire Art-thérapeute ayant un emploi le reste du temps, ne pouvait pas avoir plus de disponibilités, ni répartir davantage ses interventions au cours de la semaine. Le temps d'intervention de celle-ci était réparti entre le lundi après-midi jusqu'à 18h et le jeudi matin jusqu'à 12h (puisqu'elle travaillait à partir du milieu d'après-midi).

Cependant, la réunion d'équipe thérapeutique avait lieu le jeudi de 12h45 à 14h. Cela a donc représenté un handicap pour l'échange entre la stagiaire et l'équipe thérapeutique. Elle a malgré tout réussi à assister à cette réunion 4 fois entre février et juillet, ce qui est très peu compte tenu de l'importance des informations partagées pendant ce temps de regroupement.

Les éducateurs avec lesquels la stagiaire travaillait n'avaient que très peu de temps disponible pour échanger avec elle sur les séances, ce qui compliquait également la tâche. En effet, les seuls temps proposés à la stagiaire pour échanger étaient ceux de la récréation dans le cadre d'un roulement entre les différents membres de l'équipe éducative. Ce qui se traduisait par des plages de 10 minutes maximum pour échanger les informations et faire le point sur les groupes accompagnés en Art-thérapie. Chaque atelier avait lieu entre deux temps de travail des co-thérapeutes, ce qui ne laissait pas de temps en fin de séance pour échanger correctement les informations non plus.

La difficulté à trouver des temps commun d'échanges et de bilan n'a donc pas facilité le travail d'équipe entre la stagiaire et les différents professionnels de la structure. Ce problème a concouru au manque d'informations quant aux éventuelles répercussions des séances en Art-thérapie sur le quotidien à l'IME des enfants accompagnés.

Les difficultés permanentes de contact avec les familles n'ont pas permis d'obtenir d'informations sur les progrès des enfants dans leur environnement familial.

Une autre problématique s'est rapidement posée, celle de la mesure des éventuels effets dans le temps des accompagnements en Art-thérapie sur la vie quotidienne au sein des familles des enfants accompagnés. En effet, le contact entre les familles et l'IME pouvaient être parfois très difficile et les parents parfois injoignables ou ignorants les sollicitations de la structure, même pour une rencontre avec les professionnels. C'est pourquoi, la stagiaire Art-thérapeute n'a pas réussi à obtenir de données concernant l'impact éventuel des séances sur la vie familiale des enfants. Ces données auraient pourtant pu être intéressantes dans le cadre de la mesure de l'impact de l'accompagnement en Art-thérapie des enfants dont la séance se déroulait juste avant le retour dans les familles. Aucune information n'a été donnée par les chauffeurs de bus ou de taxi également, vu la difficulté que cela pouvait représenter pour eux-ci.

- B.** Le manque de travail au préalable du cadre de stage de l'étudiante en Art-thérapie n'a pas favorisé la mise en place d'ateliers d'Art-thérapie dans les meilleures conditions pour les enfants.

L'IME l'Astrolabe a un fonctionnement très précis. Chaque enfant a un emploi du temps qui allie temps éducatifs, temps pédagogiques, et temps thérapeutiques. Cet emploi du temps est souvent très chargé et il ne reste que peu de disponibilité pour insérer un nouveau temps de travail supplémentaire. L'intervention de la stagiaire Art-thérapeute n'a démarrée qu'en janvier, et les emplois du temps des unités, des professionnels et des enfants étaient déjà fixés depuis le mois de novembre. La stagiaire a été acceptée en stage dans la structure sans qu'un cadre précis d'intervention ne soit réellement travaillé et posé en équipe avant le début du stage. C'est pourquoi, les différentes équipes ont pu vivre l'arrivée de la stagiaire comme perturbante et compliquée à insérer dans les différents espaces et temps d'intervention des uns et des autres.

Les enfants indiqués pour des accompagnements en Art-thérapie n'ont pas été déterminés en réunion d'équipe mais bien par défaut en fonction des disponibilités de chacun sur les temps d'intervention de la stagiaire. Cela a semblé très compliqué à cette dernière de proposer des accompagnements dans ces conditions mais il est vite apparu qu'aucune réelle alternative ne semblait envisageable. Il est cependant important de noter que les enfants ayant bénéficié d'accompagnements de groupe en Art-thérapie y ont tous trouvé un bénéfice et que chacun a suivi une évolution positive au cours des séances, bien qu'ils n'aient pas été indiqués par un médecin ou l'équipe thérapeutique d'emblée. Ces conditions n'ont pas nuit aux enfants mais n'étaient malgré tout au départ pas idéales pour que tous les bénéfices puissent être tirés de ces accompagnements.

## **PARTIE 3 : L'ACCOMPAGNEMENT EN CO-THERAPIE D'UN ENFANT ATTEINT DE DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET TROUBLES ASSOCIÉS NE PEUT ÊTRE REELLEMENT EFFICIENT QUE S'IL S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE INTERDISCIPLINAIRE EN COHERENCE AVEC LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ**

### **D). La psychomotricité et l'Art-thérapie sont des disciplines paramédicales distinctes mais complémentaires dans un travail en co-thérapie sur l'autonomie auprès d'enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés.**

A. La psychomotricité a pour but le développement global de la personne.

1. *La psychomotricité étudie l'ensemble des comportements moteurs en fonction de leur lien avec l'activité cérébrale, la vie psychique, affective, intellectuelle, et relationnelle.*

La psychomotricité utilise un ensemble de techniques mobilisant l'expérience corporelle sensorielle et motrice. Cela peut s'adresser aux personnes ne présentant pas de symptômes psychomoteurs proprement dits, mais chez lesquels on peut estimer que ce type d'approche représente une approche intéressante susceptible de mobiliser les difficultés psychiques. La psychomotricité peut également être décrite comme l'éducation du geste au service de la pensée. C'est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu à son milieu par le biais d'apprentissages perceptifs et moteur en lien avec l'activité mentale. Un des objectifs principaux de la psychomotricité est d'améliorer l'activité mentale à travers l'exercice physique et la communication du corps. Il s'agit d'aider la personne à apprendre à s'adapter au mieux aux exigences de la vie et (ou se réadapter) de son environnement en rétablissant des liens équilibrés entre l'activité motrice et mentale à travers un travail d'engagement et de vécu corporel.

La psychomotricité se situe à l'interface du corporel et du psychologique.

2. *Différents médias peuvent être utilisés en séance de psychomotricité afin de restaurer ou renforcer le lien entre l'activité cérébrale et l'activité motrice.*

En psychomotricité plusieurs médias peuvent être sollicités pour atteindre les objectifs fixés dans le cheminement thérapeutique du patient. Les médias utilisés dépendent également du type d'axe thérapeutique déterminé pour le patient en fonction du bilan psychomoteur effectué en début d'accompagnement. Trois grands axes thérapeutiques sont définis en psychomotricité : l'éducation psychomotrice, la rééducation psychomotrice, et la thérapie psychomotrice. Les médiations thérapeutiques peuvent être des jeux moteurs et symboliques, des supports sportifs, de la relaxation, de l'expression graphique ou plastique, de l'expression corporelle, de la musique, de la danse, du mime, des massages... autant de supports possibles que de limites à la créativité du psychomotricien.

3. *L'activité artistique est utilisée en psychomotricité comme simple outil ce qui limite son champ d'action thérapeutique.*

L'activité artistique est utilisée comme instrument, comme média thérapeutique en exploitant l'acte moteur et perceptif de la pratique artistique en psychomotricité. En aucun cas le pouvoir d'entraînement de l'Art n'est exploité. L'activité artistique comme support en psychothérapie n'est pas utilisé comme processeur, les mécanismes humains impliqués dans

chaque phases de la dynamique de l'expression artistique (opération artistique) ne sont pas connus du psychomotricien et de ce fait aucun objectif thérapeutique n'est ciblé à travers l'activité artistique. Ce savoir est propre à l'Art-thérapeute. C'est pourquoi lorsque le psychomotricien fait appel à une technique artistique ce n'est qu'en tant qu'outil. Ses objectifs ne sont pas les mêmes que ceux de l'Art-thérapeute.

**B.** L'Art-thérapie exploite le pouvoir et les effets de l'Art en utilisant l'activité artistique comme processeur thérapeutique.

*1. L'Art-thérapie stimule les mécanismes d'esthésie de l'être humain afin de l'encourager à exprimer sa subjectivité.*

Nous avons expliqué dans notre première partie que l'Art-thérapie stimule les mécanismes sensoriels à travers la pratique artistique. La perception sensorielle est orientée vers des sensations de plaisir, des sensations agréables et gratifiantes. En effet, les récepteurs de sensation de plaisir sont les plus nombreux dans le corps humain. Ainsi, l'Art-thérapie sollicite ces gratifications sensorielles qui orientent vers un plaisir. En mémorisant ces sensations plaisantes, la personnes accompagnée sait ce qui lui procure ces gratifications sensorielles à chaque séance, ainsi elle repère ce qui correspond à son goût, à sa personnalité. Elle repère et mémorise les activités, ou les moments précis d'une activité artistique qui lui procurent ce bien-être. La personne accompagnée tend vers ces expériences gratifiantes, c'est ainsi que l'expression de son goût est stimulée. Il faut qu'elle soit en mesure d'exprimer sa subjectivité (ce qu'elle aime ou n'aime pas, ce qu'elle ressent) afin de d'explorer de nouveau l'activité artistique plaisante et gratifiante. Elle prend position en faveur de telle ou telle phase de l'activité, en fonction de l'expression de cette subjectivité.

*2. L'apprentissage de techniques artistiques permet de se diriger vers un idéal esthétique.*

Nous avons expliqué dans la partie I, en II.C.3, l'apparition du terme « esthétique » et son évolution. Cependant, l'évolution de ce terme et de ce qui s'y rapporte a continuer d'évoluer au cours des siècles même après l'étude de Baumgarten.

Bergson a fait encore évoluer la notion au XIXème siècle en concevant une théorie de l'esthétique illustrant un va et vient entre l'objectivité (le monde extérieur : l'œuvre d'Art, ou le modèle de l'œuvre d'Art) et la subjectivité (le monde intérieur : l'être humain et ses ressentis). L'émotion esthétique ressentie par le contemplateur d'une œuvre d'art appartient au subjectif, mais l'œuvre qui a suscité cette émotion appartient bien au monde sensible, elle est objective.

A chaque époque l'appréciation de l'esthétique évolue, en fonction du contexte et des nouvelles découvertes scientifiques. Il est probable que l'approche de l'esthétique change encore à notre époque au vu de la récente découverte d'une nouvelle dimension plus petite que l'infiniment petit. Les scientifiques ont en effet découvert un élément plus petit que l'atome, ce qui remet en question ce qui pouvait sembler le plus objectif jusqu'ici : l'atome. Et probablement que dans le futur cela évoluera de nouveau.

Cependant ce qu'il faut retenir de ces propos c'est l'effort de distinction à chaque époque entre l'objectif et le subjectif, entre le monde extérieur et le monde intérieur. L'esthétique semble résider dans un rapport d'échange permanent et changeant.

L'Art-thérapie permet de poser de l'objectif sur du subjectif. Ainsi, les techniques artistiques peuvent être considérées comme l'élément objectif, et ce qui est produit par le patient par le biais de ces techniques peut être considéré comme le subjectif. L'idéal esthétique est un équilibre entre ce subjectif et l'objectif produit dans l'œuvre d'Art. C'est

pourquoi l'apprentissage de techniques artistiques peut aider à se diriger vers un idéal esthétique propre à chacun.

3. *L'Art-thérapie offre à l'être humain la possibilité de réaliser de belles productions (goût), bien faites (style), et bonnes (engagement).*

Ainsi avec des techniques et outils universels (objectifs) il est possible d'exprimer une subjectivité (son propre idéal) en produisant des œuvres dans un esprit de recherche esthétique. Cette recherche est propre à chacun et permet à la personne de réaliser des productions qui lui plaise (goût), qu'il trouve bien faite (en accord avec sa personnalité= style), et qu'il prend plaisir à réaliser (bon) ce qui l'implique davantage dans l'activité (engagement).

Pour des enfants atteints de déficiences intellectuelles, dont l'autonomie et l'espace d'expression de leur subjectivité sont très réduits, l'apprentissage de techniques artistiques permet d'ouvrir un espace d'expression personnelle et un champ de sensations nouvelles. Cela peut les encourager à exprimer leur goût et à l'affirmer à travers un style qui leur est propre à travers leur engagement dans l'activité, au contraire de leur vie quotidienne où ils sont en permanence assistés et orientés. Ces différents points aide à construire et renforcer l'autonomie de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles.

4. *L'Art-thérapie atteint cependant ses limites lorsque l'enfant accompagné présente des troubles importants de la compréhension et n'est pas en capacité de décoder ses émotions ce qui peut entraîner des comportements troublés dangereux pour lui et son entourage.*

L'Art-thérapeute n'a pas des connaissances aussi approfondies que le psychomotricien en ce qui concerne les liens spécifiques entre l'activité motrice et l'activité psychique. Ses connaissances s'exercent toujours au regard de l'opération artistique et de l'activité artistique, même si il a acquis des notions multiples dans différents domaines (physiologie, pharmacologie, psychologie...).

C'est pourquoi dans le cas d'un enfant dont les troubles de la compréhension, sont tels qu'il décode très mal ses sensations et ses émotions, ce qui peut entraîner des comportements troublés imprévisibles et parfois dangereux pour l'enfant et son entourage, un accompagnement en Art-thérapie peut être très complexe et même dangereux. En effet, si l'Art-thérapeute propose à l'enfant un travail dans une discipline artistique particulière et qu'au cours de celui-ci l'enfant se sent affecté mais ne comprend pas, ne décode pas bien quel est ce sentiment, cette émotion qui l'affecte, il peut entrer dans une colère vive, ou être pris d'un élan de tristesse incontrôlable, ou d'un pic d'agitation et d'anxiété. Sous l'influence de cette émotion il peut se blesser, ou blesser quelqu'un physiquement, mais le danger peut également résider dans le fait que l'enfant est incapable de comprendre ce qui a déclenché un tel comportement ce qui peut l'angoisser profondément et lui faire peur pour la suite de l'accompagnement. Dans ces cas où l'Art-thérapeute n'a pas les outils nécessaires à la compréhension de ce types de mécanismes car rien dans l'état de base et l'anamnèse du patient ne peut le renseigner sur ces mécanismes, l'accompagnement en Art-thérapie sans relais en psychomotricité ou en psychologie, peut s'avérer plus néfaste que bénéfique pour le patient. Il suffit d'une séance où le cas se présente pour réduire à néant tout un travail d'accompagnement. C'est bien pour ces raisons, entre autres, que les accompagnements en Art-thérapie se font sur indication médicale par un médecin.

- C. Le psychomotricien active ou réactive les liens entre le corps moteur et l'activité cérébrale, et l'Art-thérapeute les oriente vers une gratification sensorielle par un travail de recherche esthétique.

1. *Le psychomotricien travaille sur le sens de ce qui est ressenti à travers le rétablissement du lien corps moteur/ activité cérébrale.*

Comme nous l'avons vu, le psychomotricien effectue un travail de rééquilibrage des liens psychomoteurs en sollicitant les vécus sensoriels et émotionnels à travers différents médias. Son objectif est de travailler sur le sens de ce qui est ressenti, en apprenant ou réapprenant au patient à décoder ces informations et à y répondre de manière adaptée.

Le système sensoriel du corps moteur envoie des messages au cerveau afin que les sensations soient décodées et qu'une réponse adaptée puisse être activée en conséquence. Cependant, si les messages envoyés sont mal interprétés ou pas interprétés du tout cela peut avoir des conséquences très néfastes sur l'être-humain. En effet c'est un principe d'autorégulation permanent qui permet à l'être-humain de maintenir ses fonctions vitales en équilibre (homéostasie). Il en va de même avec les émotions : lorsqu'une situation extérieure produit une réaction émotionnelle chez l'être-humain, l'émotion ressentie doit être décodée par le cerveau comme telle afin de réagir en conséquence. Par exemple si de la peur est ressentie, cela se manifestera par des sueurs, une sensation de malaise au niveau de l'estomac, des tremblements... mais il faut que le cerveau decode ces signes comme étant un ensemble de symptômes correspondant à de la peur afin d'établir une réaction en conséquence. Certaines personnes sont parasitées dans leur capacité de décodage, ou ne décode pas du tout ces vécus sensoriels correctement, ce qui peut entraîner des comportements inadaptés (violence, auto et hétéro-agressivité, panique, angoisse...). Ces troubles peuvent également se manifester dans le sens inverse : le cerveau envoie une information qui n'est pas bien ou pas du tout traitée par le corps moteur. Le psychomotricien travaille dans ces deux sens.

2. *L'Art-thérapeute travaille sur la nature des émotions en stimulant l'esthésie par des gratifications sensorielles orientée vers un idéal esthétique personnel.*

Nous avons vu que l'apprentissage de techniques artistiques en Art-thérapie permettait aux patients d'orienter leur travail vers un idéal esthétique qui leur était propre. La pratique artistique offre des gratifications sensorielles qui sont orientée vers cette recherche esthétique : plus on s'approche de son idéal plus, logiquement, les gratifications sensorielles sont agréables. L'Art-thérapie stimule donc l'esthésie des patients ce qui renvoie à la nature des émotions, c'est à dire à leur point de naissance : à quel moment telle émotion surgit dans la pratique artistique ? Comment la stimuler ? Ce sont autant de questions qui peuvent animer la recherche esthétique du patient. L'Art-thérapie permet de laisser émerger l'émotion sans essayer de lui attribuer un sens, mais seulement de la vivre et repérer à quelle moment du processus artistique elle naît afin de pouvoir la solliciter de nouveau éventuellement.

3. *Chacune des disciplines permet de renforcer et rendre plus pertinent le travail de l'autre dans l'accompagnement d'un l'enfant atteint de déficience intellectuelle dont l'objectif est d'améliorer l'autonomie.*

L'Art-thérapie et la psychomotricité sont complémentaires dans un travail axé sur l'amélioration de l'autonomie d'un enfant atteint de déficiences intellectuelles. En effet, afin que l'enfant puisse être le plus possible autonome il doit être capable de décoder ses vécus sensoriels et leur attribuer la bonne interprétation pour adapter au mieux sa réponse sans aide extérieure. Mais il doit également comprendre et mémoriser ce qui déclenche ces vécus sensoriels et ces émotions afin de savoir comment les solliciter ou ne pas les stimuler. Il doit

donc être en capacité de décoder le sens de ses émotions et leur nature, afin d'être autonome sur ce plan. L'un sans l'autre est incomplet et ne peut pas réellement aider l'enfant à se construire une meilleure autonomie. Lorsque l'autonomie psychomotrice est améliorée, cela permet d'augmenter son autonomie sociale également. En effet, la nécessité d'une aide extérieure pour adapter ses comportements et choix à son milieu de vie n'est plus nécessaire quotidiennement, ou l'est moins.

L'Art-thérapie et la psychomotricité ont des spécificités qui se complètent et une mutualisation de leurs compétences doit permettre de travailler à améliorer l'autonomie de l'enfant accompagné afin d'améliorer sa qualité existentielle.

## **II). Pour qu'un travail en co-thérapie dans une dynamique interdisciplinaire fonctionne bien le cadre institutionnel doit être clair pour les professionnels comme pour les usagers.**

A. Le rôle et la place de chaque soignant doivent être clairement précisés par la structure d'accueil dans le projet d'établissement.

*1. Le projet d'établissement permet de poser un cadre d'intervention structuré et cohérent.*

Dans chaque structure, un projet d'établissement définit et précise le rôle et les objectifs de celle-ci ainsi que les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs en termes humains, matériels et financiers. Ces précisions permettent de poser un cadre d'intervention dont les limites sont claires et dont les différents aspects s'imbriquent en cohérence avec les objectifs généraux de la structure. Le projet d'établissement peut être apparenté aux fondations d'un bâtiment, qui doivent être solides et se compléter parfaitement pour que la structure finale tienne debout et résiste aux intempéries et à l'âge.

Chaque intervenant, chaque professionnel connaît ainsi le cadre et les limites de son intervention au sein de la structure.

*2. Chaque professionnel a un champ de compétences spécifique et précis qui ne doit pas être outrepassé.*

« A chacun sa tâche et chacun son métier ! » comme le dit si bien l'expression. Ainsi le dentiste n'a pas les compétences du dermatologue et inversement. C'est pourquoi il est essentiel que chacun connaisse son champ d'action et ses compétences et sache passer le relais au professionnel compétent lorsqu'une situation dépasse ses propres compétences.

L'Art-thérapeute n'est pas un psychomotricien, ni un psychologue, ni un ergothérapeute. Il doit savoir, au même titre que les autres, à quel moment un accompagnement en Art-thérapie emprunte des chemins qui lui sont étrangers et dont il ne maîtrise rien. Il doit être en capacité de savoir vers quel professionnel envoyer son patient pour prendre le relais dans le champ de compétences nécessaire à ce moment précis de l'accompagnement. Un bon professionnel doit être en mesure de repérer rapidement une situation qui dépasse ses compétences, et doit surtout être assez honnête pour accepter de passer le relais et ne pas se mettre, ni lui ni le patient, en danger.

Ce professionnalisme évite également des conflits éventuels entre les professionnels craignant pour leur place, lorsque les différences entre les compétences de chacun ne sont pas explicitées ou sont floues. Ainsi, l'exemple des structures où la présence d'un Art-thérapeute a pu être perçue comme une volonté de remplacer des éducateurs spécialisés, ou les structures où l'ergothérapie dans ses débuts a rendu les psychomotriciens anxieux pour leur poste.

Pourtant chacune de ces disciplines est spécifique et ne peut en aucun cas en « remplacer » une autre, malgré des champs communs d'action.

**B.** Un travail en co-thérapie permet de croiser les compétences des différents professionnels impliqués afin d'explorer le plus de champs d'action possible.

*1. Le travail de co-thérapie doit permettre à la personne accompagnée de mobiliser efficacement différentes capacités vers un même objectif.*

La pluridisciplinarité dans une structure devrait enrichir les accompagnements des patients en proposant un champ d'action toujours plus large, ne laissant que peu d'espaces inexplorés et donnant ainsi plus de chance au patient d'améliorer sa qualité existentielle.

L'être-humain est un être complexe. On peut tout apprendre de son fonctionnement physiologique, psychologique, émotionnel, et ne pas réussir à cerner ce qui l'anime profondément. Chacun a sa personnalité propre, construite en fonction de son histoire, de sa culture, de son éducation, de sa perception sensorielle du monde. L'être-humain est un être sensible dont la subjectivité ne peut être touchée comme telle. C'est ce qui le rend si complexe. Cette complexité doit être prise en compte dans les accompagnements thérapeutiques de patients car c'est ce qui fait que tous ne réagissent pas de la même façon aux mêmes stimulations, à la même stratégie thérapeutique, même si il s'agit de patients atteints de la même pathologie. Pourtant, actuellement, ce sont souvent les mêmes outils qui sont mobilisés pour des patients dont la problématique semble identique ou similaire. Peut-être par manque de moyens humains, ou par manque de temps, ou d'argent. Peut-être les trois raisons sont-elles présentes de concert.

Cependant, la pluridisciplinarité dans une structure devrait conduire à une interdisciplinarité avec une mutualisation des compétences dans un travail de co-thérapie dont les objectifs seraient communs aux deux (ou plus) disciplines. Chacun pourrait agir avec ses propres compétences dans l'accompagnement du patient et mobiliser ses différentes capacités vers ce même objectif. Cela décuplerait le champ d'action dans le projet thérapeutique du patient et rendrait peut-être plus efficace son accompagnement.

Certaines structures fonctionnent déjà sur ce modèle, mais elles ne sont malheureusement pas les plus nombreuses.

*2. L'interdisciplinarité permet à la personne accompagnée d'avoir différents regards sur l'évolution de sa situation.*

Un travail en interdisciplinarité peut permettre aux patients d'enrichir les points de vue sur leur progression dans l'accompagnement. En effet, au regard des compétences spécifiques de chaque professionnel, le point de vue exprimé pourra être plus centré sur certains axes de travail, et l'observation pourra être affinée dans chaque domaine spécifique. Cet aspect n'est pas à négliger car les patients peuvent parfois avoir besoin d'entendre de personnes différentes quelle est leur évolution. De plus ils peuvent être plus réceptifs avec certains professionnels qu'avec d'autres, selon leurs affinités. La pluralité des points de vue peut permettre de nuancer la progression du patient dans sa globalité.

**III). Le positionnement clair de la structure quant au rôle de chaque professionnel doit permettre de construire des projets d'accompagnements personnalisés dans un cadre structurant et sécurisant.**

A. Lorsque l'on a pour objectif l'amélioration de l'autonomie de la personne on ne peut pas parler de « prise en charge » mais « d'accompagnement personnalisé ».

1. *Le terme « prise en charge » est issu du vocabulaire médical.*

Il semble important de déterminer ce que le terme « prise en charge » implique. Ce terme est clairement issu du milieu médical dans lequel on « soulage » les souffrances d'un patient en « prenant en charge » celle-ci : prise en charge médicamenteuse, rééducative, économique... ce terme met en avant la pathologie, le handicap, le désavantage du patient. En aucun cas ce terme ne valorise l'humanité du patient et sa personnalité. Pourtant le patient est avant tout un être-humain, une personne avec une sensibilité, une existence propre en-dehors de ce pourquoi il doit recevoir des soins ou une aide thérapeutique quelle qu'elle soit. C'est pourquoi en Art-thérapie, discipline qui prend en compte l'être-humain dans toute sa sensibilité, il ne semble pas cohérent ni adapté d'utiliser le terme « prise en charge ». Cette observation semble avoir davantage d'impact quand l'un des objectifs thérapeutiques des patients accompagnés en Art-thérapie est l'augmentation de leur autonomie en vue d'une amélioration de leur qualité existentielle.

2. *Le « projet d'accompagnement personnalisé » et le « projet d'accompagnement individualisé » sont à distinguer.*

Dans la même logique de recherche sur le vocabulaire et les termes employés dans le milieu du soin, le terme « prise en charge » a été utilisé en alternance avec celui « d'accompagnement » en suivant le flou de la loi de 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En effet, dans son orientation n°1, la loi parle de « Mise en place du projet individuel : avec une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement de la personne, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins ». Les deux termes sont utilisés sans que l'un et l'autre ne soient réellement définis. Le terme d'accompagnement permet une approche humaine des personnes fragilisées par différentes problématiques et dont l'autonomie peut être mise à mal dans leur vie quotidienne.

Si l'on reste dans l'optique d'un vocabulaire axé sur l'humain et non la pathologie, la déficience ou le désavantage, il faut distinguer « individualisé » et « personnalisé ». Un projet est individualisé lorsqu'il peut s'appliquer à plusieurs personnes qui ont la même problématique, et prend donc en compte un ensemble de caractéristiques particulières à la problématique. Un projet personnalisé prend en compte la personne dans sa sensibilité, sa personnalité, ses goûts et ses envies. Ce type de projet ne s'arrête pas aux éléments constitutifs de la problématique ciblée. C'est en appliquant ce raisonnement qu'un accompagnement personnalisé peut être mis en place au sein d'un accompagnement de groupe.

3. *Si l'on veut stimuler l'autonomie de la personne accompagnée il est important qu'elle soit active dans son projet.*

L'autonomie implique la capacité à adapter seul ses comportements à l'environnement et aux exigences de la vie. Dans un projet d'accompagnement personnalisé dont les objectifs sont de stimuler et renforcer l'autonomie de la personne, il semble important que celle-ci puisse participer activement à la construction du projet. Ainsi, il est important de prendre en

compte ses demandes, ses envies, ses goûts, et de solliciter son avis de manière régulière. Cette implication est d'autant plus importante qu'elle participe réellement à la restauration de l'estime de soi et de la confiance qui en découle. En effet, si l'avis de la personne accompagnée est sollicité régulièrement cela lui montre que celui-ci a un poids et une valeur et mérite d'être exprimé, et l'encourage à être actif dans son projet.

Pour des enfants atteints de déficience intellectuelle et troubles associés, la valorisation de leur opinion et la stimulation de leur participation active à la construction de leur projet semblent essentielles.

De plus, en Art-thérapie c'est bien la sensibilité profonde de la personne qui est sollicitée et valorisée, on ne s'adresse pas à la personne atteinte de telle ou telle pathologie ou désavantage mais bien à l'être-humain capable de sentir des gratifications sensorielles propres. Ces gratifications sensorielles sont valorisées lorsque la personne les affirme par ses choix artistiques qui vont participer à la construction de son projet d'accompagnement personnalisé.

**B.** Un cadre institutionnel structuré et cohérent permet à chacun d'exercer son rôle sereinement et efficacement.

*1. Le rôle et les limites du champ d'action de chaque professionnel dans le projet d'accompagnement personnalisé doivent être clairement identifiés par chacun.*

Richard VERCAUTEREN, sociologue et psychologue, spécialiste en gérontologie, a développé une réflexion sur la dynamique d'équipe dans les structures sanitaires et sociales, et sur la notion de projet personnalisé. Ses travaux mettent en exergue l'importance d'une équipe dont les membres ont la capacité de produire ensemble un travail efficace, coordonné et utile à la structure mais surtout aux bénéficiaires. Pour cela la bonne communication entre les différents membres des équipes est essentielle, et chacun doit bien identifier son rôle, son statut et les limites de son champ d'action au sein de la structure.

Lorsqu'un projet d'accompagnement personnalisé est construit avec une interdisciplinarité, il est essentiel que le rôle de chacun soit bien défini dans celui-ci, afin d'être efficace et de rendre claire auprès du patient et éventuellement de ses responsables légaux (ainsi que pour les différents professionnels) le champ d'intervention de chacun.

*2. Le projet d'accompagnement personnalisé nécessite une alliance dynamique entre les différentes parties prenantes.*

La mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé implique que les différentes informations concernant l'évolution du projet soient relayées de manière claire et régulière afin de conserver une cohérence d'action. Il est également important que la personne accompagnée fasse part de ses questionnements ou de sa volonté d'intégrer de nouveaux objectifs dans son projet, ce qui peut être l'objet d'une discussion avec les différents professionnels. La famille de la personne accompagnée doit également éventuellement pouvoir exprimer son point de vue dans la progression et l'organisation du projet d'accompagnement personnalisé. Cette dynamique d'échanges doit permettre d'établir un climat de confiance entre les différents acteurs du projet et ainsi participer à l'élaboration d'un projet cohérent et de qualité correspondant aux attentes de la personne accompagnée et de ses proches.

## CONCLUSION

Les enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés sont bien souvent peu considérés comme capables d'augmenter un jour leur autonomie, et sont cantonnés à une éducation souvent rigide et formatée qui ne laisse que peu de place au développement de leur personnalité. Cela peut les conduire à se sentir incapables, dans nombre de situations, de s'adapter en fonction de leur personnalité et non en fonction du schéma qui leur a été appris. En effet, quand ces enfants seront adultes, pourront-ils continuer à interagir avec le monde de cette façon « préprogrammée » et « automatique » ? Ils rencontreront des situations où leurs acquis ne leur serviront pas ou peu si ceux-ci n'ont pas été intégrés dans un processus de construction d'autonomie en accord avec leur personnalité.

L'Art-thérapie mobilise l'humanité de ces enfants, leur sensibilité. Elle stimule leur esthésie par des gratifications sensorielles à travers des pratiques artistiques plaisantes où leur goût et leur capacité décisionnelle sont en permanence mobilisées.

La qualité existentielle des enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés est souvent atteinte et dépend beaucoup de leur capacité à se faire confiance et à s'estimer. Or, pour qu'ils puissent s'estimer et avoir confiance en eux il faut qu'ils puissent s'affirmer en exprimant leur subjectivité, et ce n'est pas toujours le cas dans les structures d'accueil dans lesquels ils évoluent. L'Art-thérapie peut les aider à mettre en place ce processus.

Si l'accompagnement personnalisé de ces enfants se construit dans une dynamique interdisciplinaire avec pour objectif d'augmenter et de consolider leur autonomie, leur qualité existentielle peut encore s'améliorer davantage. En effet, la mise en place d'une multitude d'outils et de compétences différentes permet d'élargir le champ d'action vers les objectifs fixés et donc donne plus de chance à l'enfant de les atteindre efficacement.

L'Art-thérapie est une discipline originale avec des outils spécifiques qui trouve une efficacité particulière dans un travail interdisciplinaire. Une situation problématique a plus de chances d'être résolue lorsque les réponses offertes sont diversifiées et explorent différents aspects du problème. En reprenant l'expression commune « L'union fait la force », nous la compléterons ainsi « L'union fait la force et la qualité de celle-ci ». En effet, en croisant les différentes compétences de chaque professionnel du milieu sanitaire, social et éducatif c'est une multitude de possibilités et d'ouvertures qui apparaît pour les projets d'accompagnements.

Le vocabulaire utilisé doit être lui aussi spécifique et prendre en compte un aspect fondamental de l'Art-thérapie : la dimension humaine. L'Art est spécifique à l'être-humain, et orienté vers le soin l'Art doit toujours toucher et révéler cette humanité présente en chacune des personnes accompagnées, afin de les aider à améliorer leur qualité existentielle.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- AFRATAPEM. *L'atelier d'Art-thérapie*. Tours : Publication de l'université de Tours. 2001
- AFRATAPEM. *Code de déontologie Art-thérapeutique*. Tours. 2007
- ANZIEU Didier. *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.2004
- ARISTOTE. *Poétique*. Paris : Gallimard. 2005
- ANESM. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : les attentes de la personne et projet personnalisé*. Décembre 2008.
- BRETEAU Nadège. *Une expérience d'Art-thérapie à dominante théâtre auprès d'adolescents délinquants accueillis dans un centre éducatif fermé*. Tours. 77 p. Diplôme Universitaire : Art-thérapie. Université de Médecine de Tours. 2008
- BREUIL Clara et DUMOLARD Anne. *Impact de l'Art-thérapie à dominante corporelle auprès de patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde*. Congrès International d'Art-thérapie. Lille. 2012
- CALECA Catherine. *Symptôme mots pour maux*. Paris. N°82 Thérapie psychomotrice. 1989
- CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF. 1984
- CHOMSKY Noam. *Le langage et la pensée*. Paris : Petite bibliothèque Payot. 1973
- COMITE REGIONAL SANTE DRPJ RHÔNE-ALPES AUVERGNE. *Education pour la santé : méthodologie*. Document photocopié. Juin 2005
- DALLA PIAZZA Serge et DAN Bernard. *Handicaps et déficiences de l'enfant*. 1<sup>o</sup> édition. Bruxelles : Editions De Boeck Université. 2001
- DOYON Johane. *Art dramatique et déficience intellectuelle*. Québec : Les Presses de l'université Laval Lyon. 2007
- EQUIPE de l'EHPAD « Les jardins d'Emilie » Hôpital local de Caussade (82). *Les compétences d'une équipe pluridisciplinaire au service d'un projet personnalisé*. N°22 Doc' Animation en gérontologie. Janvier>Mars 2009
- FORESTIER Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5<sup>o</sup> édition. Paris : Favre. 2007
- FORESTIER Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Paris : Favre. 2004
- FORESTIER Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris : Favre. 2011
- FORESTIER Richard, AFRATAPEM. *L'évaluation en Art-thérapie, pratiques internationales*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson. 2007

- FORESTIER Richard, AFRATAPEM. *Profession Art-thérapeute*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson. 2010
- GOLSE Bernard. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson. 2005
- GUIDETTI Michèle et TOURETTE Catherine. *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Armand Colin. 2004
- GUTTON Philippe. *Le jeu chez l'enfant*. Montrouge : Larousse Université. 1972
- HANUS Michel et LOUIS Olivier. *Psychiatrie de l'étudiant*. 10<sup>e</sup> édition. Paris : Maloine. 2003
- LAFONT Alain. « *La pratique psychomotrice aujourd'hui* ». Paris. N°54 Thérapie psychomotrice. 1982
- *LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ*. Paris : Larousse. 1993
- LINDSAY et NORMAN. *Traitement de l'information et comportement humain*. Montréal : éditions Etudes Vivantes Montréal. 1980
- MANUILA. *Dictionnaire Médical Manuila*. 10<sup>e</sup> édition. Paris : Masson. 2004
- MARET Marguerite et VIDAILHET Colette et Michel. *Soins infirmiers en pédiatrie et pédopsychiatrie*. Issy les Moulineaux : Masson. 2000
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE. *Fondements de la démarche qualité*. Document photocopié.
- OPPERT Claire. *Une expérience d'Art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs*. Tours. 71 p. Diplôme universitaire : Art-thérapie. Université de Médecine de Tours. 2011
- OPPERT Claire. La musicothérapie en soins palliatifs concilie démarche globale et analyse des résultats d'observation clinique. Congrès International d'Art-thérapie. Lille. 2012
- PENICAUD Valérie. *Une expérience d'Art-thérapie à dominante théâtre peut favoriser la communication chez les adolescents présentant une surdité avec handicaps associés*. Tours. 78 p. Diplôme Universitaire : Art-thérapie. Université de Médecine de Tours. 2011
- PLATON. *Le banquet. Phèdre*. Paris : Garnier Flammarion. 1964
- SAUSSARD Brigitte. *Sketches et contes à mimer*. Paris : Retz. 2002
- VAGINAY Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Ramonville sur Agne : Erès. 2005
- VERCAUTEREN Richard. *Une dynamique d'équipe : pourquoi et pour quels enjeux ?* N 22 Doc'Animation en gérontologie. Janvier>Mars 2009



UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
UFR DE MEDECINE-TOURS

&

AFRATAPEM

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

**Présenté par Anne-Laure BORENCE en 2012**

**Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts corporels en Institut Médico Educatif  
auprès d'enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés**

Pour grandir et s'épanouir l'enfant a besoin d'expérimenter par lui-même de nouvelles choses sur le plan physique et mental, mais aussi social en échangeant avec les autres. Ces expériences lui permettent d'apprendre et de se construire et sont essentielles à son développement. Elles contribuent à améliorer sa qualité existentielle. Les enfants atteints de déficiences intellectuelles et troubles associés nécessitent une aide quotidienne pour les tâches essentielles comme pour le reste de leurs activités par manque d'autonomie physique, mentale, et/ou sociale. Leur capacité à faire des choix n'est pas toujours stimulée et il ne leur est pas toujours simple de s'affirmer dans leurs envies et leur goût. Le cadre très précis qui est posé dans les Instituts Médico Educatifs peut renforcer le manque d'autonomie de l'enfant dans une intention pourtant de développement de celle-ci. L'Art-thérapie à dominante arts corporels permet de mobiliser l'autonomie physique, mentale, et sociale de l'enfant atteint de déficiences intellectuelles et troubles associés, dans une dynamique d'affirmation de soi à travers des choix esthétiques dans un travail d'interprétation. L'interdisciplinarité des équipes et le travail en co-thérapie permet de construire des accompagnements personnalisés cohérents, enrichis, qui croisent les différentes compétences des professionnels, contribuant ainsi à raviver et améliorer la qualité existentielle des enfants accompagnés.

Mots clefs : Art-thérapie/ déficiences intellectuelles/ enfant/ autonomie/ qualité existentielle/ épanouissement/ accompagnement/ interdisciplinaire/ co-thérapie

To grow and blossom children need to experience new things on their own from physical experiences to mental experiences, but also social experiences by exchanging with others. These experiences build their knowledge and help them to structure themselves and are\* essential for their development which contributes to improve their quality of life. Children with mental disabilities and other associated difficulties need help on a daily basis to execute all kinds of tasks even the most basic ones due to their lack of physical, mental and/or social autonomy. Their capacity to choose isn't always stimulated and it isn't always easy for them to assert themselves through their desire and taste. The appropriate environment provided in medical and educational institutions may sometimes increase the lack of autonomy of children, though it is done in order to develop their autonomy. Art-therapy with performing arts moves the physical, mental and social autonomy of children with mental disabilities and other associated difficulties, through a dynamic of self-assertion by making esthetic choices and working on interpretation. A medical team with different specialties and a work in co-therapy, in partnership, build consistent, enriched and customized caring, which crosses all the medical team skills. This work may revive and improve the quality of existence of the children cared for.

Key words: Art-therapy/ mental disabilities/ children/ autonomy/ quality of existence/ blossom/ caring/ co-therapy