Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, Rue de la Milétrie
TSA 5115
86073 POITIERS CEDEX 9 - FRANCE

Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie

-MEMOIRE de fin d'étude-

L'Alliance Art-Thérapeutique Universelle

Un défi humain relevé auprès de quatre jeunes adolescents en situation de handicap mental au sein d'un Institut Médico-Educatif, via les arts-plastiques

« Universelle » car applicable à tout Être en souffrance, ou en quête de considération créative et libératrice d'élan vital

Cécile FOURNIER

2017

Sous la direction du
Professeur Jean-Jacques GIRAUD
Référent Universitaire

Lieu du stage :
Institut Médico-Educatif « du Breuil »
17220 Saint-Ouen d'Aunis

Directrice de mémoire :
Docteur Françoise ROMETTI
Psychiatre*

Tutrice de stage :
Florence Maillot
Psychomotricienne*

REMERCIEMENTS

À

Docteur Françoise ROMETTI, psychiatre, directrice de ce mémoire, Dame de confiance et de référence depuis de nombreuses lunes.

Florence MAILLOT, psychomotricienne, tutrice, guide et planificatrice de stage hors pair.

Docteur René Cassou de Saint-Maturin, pédopsychiatre, directeur du CMPP* à La Rochelle, pour le partage de ses lumières.

Toute l'équipe de l'Institut Médico-Educative du Breuil 17220, pour son accueil, sa confiance et sa bienveillante adoption au sein de la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé, ainsi que Florent DERBOULE et son acceptation dans sa classe adaptée du Collège Marc Chagall 17139.

Monsieur Le Professeur Jean-Jacques GIRAUD ainsi que toute l'équipe pédagogique du Diplôme Universitaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, sans oublier les nombreux intervenants dûment choisis, aux apports empiriques et généreux.

Nos collègues de formation, aux échanges constructifs et sympathiques.

Une pensée pour Laurence BAILLY, étudiante de notre promotion, décédée en cette fin d'année d'études … Laurence, tu es un peu dans ce mémoire, aussi.

Ce travail est dédié à Nicole et Sylvain FOURNIER, les angles de notre triangle vital, « générateurs de construction personnelle » …

Cécile.

PREAMBULE

Vivre l'Art et le transmettre compte parmi les pôles principaux de notre existence.

Le premier pôle est intérieur, profondément ancré et nécessaire : C'est notre espace de liberté, nourri par ce besoin brut d'expression personnelle, ce jardin plus ou moins secret où nous cultivons en tant qu'artiste plasticienne* les créations picturales et autres.

Le second pôle, oblatif*, aussi important que le premier, est tourné vers l'extérieur : c'est un besoin équilibrant de partager ce que nous vivons avec l'Art ; un besoin de transmettre ce que nous observons, ce qui nous anime et nous porte en tant qu'artiste.

Nous utilisons alors cette facette extérieure, soutenue de l'intérieur dans le cadre éducatif et culturel, puisque nous enseignons les arts-plastiques (*diplômée de l'Université Panthéon-Sorbonne*) depuis plus de quinze ans en collèges.

Formatrice en arts-appliqués (*diplômée de L'Ecole Nationale Supérieure des Arts Appliqués et des Métiers d'Art rue Olivier de Serres Paris 15è*), nous avons également touché plusieurs publics lors d'expériences professionnelles variées : adultes, enfants, étudiants, personnes en reconversion.

Dans tous les cadres cités et selon les exigences de chacun, notre principale cible est : l'ELAN créatif. Peu importe les moyens, l'essentiel pour nous, en tant que guide artistique étant de déceler, initier ou ré initier cet élan créatif, cet élan de découverte expérimentale, d'émerveillement, de surprise parfois, de quête de soi, cet élan d'entrainement positif qu'est la pratique d'un art.

Nous sommes créative et cultivons cette créativité car, comme l'écrit Cat Bennett : « *Être créatif signifie être dans le courant de l'exploration vitale* » où « *le moyen de nous connaitre consiste à revenir dans notre espace de calme et de paix, à retrouver notre unité*[1]… »

L'art-thérapie nous aimante donc depuis bien des années, car nous ne cessons de souhaiter rallumer cette étincelle de vie motrice, en nous et chez nos congénères, abimés ou non, de tous horizons, âges et milieux.

D'où le terme « universelle » du titre de ce mémoire.

POUR UN APERCU GENERAL, consultez directement les tableaux COMPLETS des prises en charges (PEC) aux pages : 29 et 30 , 41 et 42 ainsi que **50 et 51 .**

[1] Cat Bennett. *Créativité*. Editions Dangles. Page 63.

PLAN

Remerciements (page 3)

Préambule (page 4)

Plan (page 5, 6, 7)

Partie I INTRODUCTION (page 8)

1-1 Le handicap mental chez le jeune adolescent (p.8, 9 & 10)
1-2 Constat (avec ou sans art-thérapie, hypothèse) (p.11)
1-3 Définition de l'art-thérapie (p.11, 12 & 13)
1-4 ***« L'ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE UNIVERSELLE »***, pourquoi ce titre ? (p.13)

Partie II MATERIELS, METHODES et RESULTATS

2-1 MATERIELS (p.14)
2-1-1 L'Institut Médico-Educatif (IME*) (p.14)
2-1-2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique (p.15)
2-1-3 Grilles d'évaluation et schéma utilisé (p.16) (à l'aide de grilles scientifiques validées)
2-1-4 Critères d'inclusion et de non inclusion des jeunes (p.17)
2-1-5 Stratégies thérapeutiques (travail avec **L'EQUIPE** médicale et paramédicale) et besoins des patients (p.17) (p.18) (voir chapitre précédent, « **critères d'inclusion et non inclusion des jeunes** »)
2-1-6 Durée de la recherche (p.19)
2-1-7 Retombées attendues (p.19)
2-1-8 Organisation des séances (p20 & 21)
2-1-9 ***LES ARTS PLASTIQUES « THERAPEUTIQUES »*** ***(p.22)***
2-1-10 Evaluation des séances (p.23)

2-2 METHODES et RESULTATS **(p.24)**
2-2-1 Jeune homme « C. » METHODES : (p.24)
2-2-1-1 Anamnèse* (p.24)
2-2-1-2 Objectifs thérapeutiques (p.25)
2-2-1-3 Séances d'art-thérapie (p.26 & 27)

2-2-2 Jeune homme « C » RESULTATS : (p.28)
2-2-2-1 Grille d'évaluation et schéma utilisés (p.28)
2-2-2-2 Items scientifiques personnalisés (p.28)
2-2-2-3 Grilles d'observation des séances (p.29)
2-2-2-4 Graphique d'observation des séances (p.30)
2-2-2-5 Bilan pour « C » (p.31)

2-2-3 Jeune fille « L. » METHODES : (p.32)
2-2-3-1 Anamnèse* (p.32)
2-2-3-2 Objectifs thérapeutiques (p.32)
2-2-3-3 Séances d'art-thérapie (p.33 & 34)
2-2-4 Jeune fille « L. » RESULTATS : (p.35)
2-2-4-1 Grilles utilisées (p35)
2-2-4-2 Items utilisés (p.35)
2-2-4-3 Bilan pour « L » (p.36)

2-2-5 Jeune homme « A. » METHODES : (p.37)
2-2-5-1 Anamnèse* (p.37)
2-2-5-2 Objectifs thérapeutiques (p.37)
2-2-5-3 Séances d'art-thérapie (p.38 & 39)
2-2-6 Jeune homme « A » RESULTATS : (p.40)
2-2-6-1 Grille d'évaluation et schéma utilisés (p.40)
2-2-6-2 Items scientifiques personnalisés (p.40)
2-2-6-3 Grilles d'observation des séances (p.41)
2-2-6-4 Graphique d'observation des séances (p.42)
2-2-6-5 Bilan (p.43)

2-2-7 Jeune homme « E. » METHODES : (p.44)
2-2-7-1 Anamnèse* (p.44)
2-2-7-2 Objectifs thérapeutiques (p.45)
2-2-7-3 Séance d'art-thérapie (p.45, 46, 47 et 48)
2-2-8 Jeune homme « E » RESULTATS : (p.49)
2-2-8-1 Grille d'évaluation et schéma utilisés (p.49)
2-2-8-2 Items scientifiques personnalisés (p.49)
2-2-8-3 Grilles d'observation des séances (p.50)
2-2-8-4 Graphique d'observation des séances (p.51)
2-2-8-5 Bilan pour « E » (p.52)

BILAN POUR LES 4 JEUNES (p.53)

Partie III DISCUSSION (p.54)

3-1 Apports et bénéfice de l'étude (p.54)

3-1-1 Echelles scientifiques (p.54)

3-1-2 Items* scientifiques personnalisés (p.55)

3-1-3 Grilles d'observation des séances (p.55)

3-2 Limites de l'étude (p.56)

3-2-1 Nombre de séances (p.56)

3-2-2 Déroulement des séances (p.56)

3-2-3 Grilles d'évaluation et schéma utilisés (p.57)

3-2-4 Auto-Evaluation générale (p.57)

3-3 Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie (p.58)

3-3-1 Cadre thérapeutique (p.58)

3-3-2 Relation thérapeutique (p.58)

3-3-3 *L'ALLIANCE (ART-)THERAPEUTIQUE* , notre thème (p.60, 61, 62)

3-3-4 Sources documentaires pour l'Alliance Thérapeutique (p.61, 62)

3-3-5 Besoins des patients (p.63)

3-4 Discussion de la posture soignante en tant que future art-thérapeute (p.64)

3-4-1 Cadre thérapeutique (p.64)

3-4-2 Besoins des patients (p.65)

3-4-3 Travail en collaboration avec les autres personnels (p.66)

Partie IV CONCLUSION (p.67)

BIBLIOGRAPHIE & sources documentaires (p. 68)

GLOSSAIRE (p. 69, 70)

ANNEXES (p.71)

- Fiches d'Observation et d'Evaluation
- Grilles et documents utilisés, adaptés à ce mémoire
- Information Confidentielle

RESUMES *Français et Anglais en* 4ème de couverture.

PARTIE I INTRODUCTION

1-1 PATHOLOGIES* ETUDIEES

Lors du stage, au sein de cet IME*, nous accompagnons 4 jeunes gens de 12 à 14 ans porteurs de handicaps mentaux plus ou moins sévères, couplés de handicap(s) physique(s), selon l'Association Des Amis et Parents des personnes handicapées, anciennement ADAPEI (Enfants Inadaptés)* de Charente-Maritime.

LE HANDICAP MENTAL chez L'ENFANT et L'ADOLESCENT :

D'après l'ouvrage « *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* » de Jean E. Dumas (3è édition revue et augmentée), Ouvertures Psychologiques, aux éditions De Boeck, 2008.

Depuis un siècle environ, l'intelligence mesurée à l'aide d'un **test de QI*** est le critère principal utilisé pour définir le retard mental, bien qu'intelligence et QI* ne soient pas synonymes. Il existe des tests qui permettent une estimation fiable de l'intelligence d'un enfant ou d'un adolescent tel que : *L'Echelle d'intelligence de Wechsler ou WISC-IV (Wechsler, 2003)* et *la Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant, ou KABC (Kaufman et Kaufman, 1993).*

Si les dimensions **épidémiologiques, développementales et étiologiques*** sont importantes, il est également utile de souligner les **différences individuelles** et l'**héritabilité** de l'intelligence :

Deux enfants d'un QI* de 30 à 35 peuvent avoir des comportements sociaux et moteurs différents par exemple.
Chaque enfant construit activement son intelligence. Il n'hérite pas d'un patrimoine intellectuel comme on hérite d'un patrimoine familial.

Retard mental : Critères diagnostiques de la CIM-10[2] et du DSM-IV[3] :

CIM-10* ... Niveau des capacités cognitives*

Retard	QI*	Âge mental
Léger	50-69	de 9 à moins de 12 ans
Moyen	35-49	de 6 à moins de 9 ans
Grave	20-34	de 3 à moins de 6 ans
Profond	Inf à 20	en dessous de 3 ans

DSM-IV* ...

Retard mental léger : niveau de QI* de 50-55 à 70 environ

Retard mental moyen : QI* de 35-40 à 50-55 environ

Retard mental grave : niveau de QI* de 20-25 à 35-40 environ

Retard mental profond : QI* inférieur à 20-25

[2] CIM-10/ICD-10 : Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Organisation Mondiale de la Santé. Masson, Paris, 1994.
[3] DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4è édition. Masson. Paris. 2003.

Retard mental léger :
Les enfants acquièrent de nombreuses compétences affectives, sociales et instrumentale.
Ils apprennent à parler sans difficulté majeure, mais souvent lentement.
Ils utilisent un langage limité et concret.
Leur niveau d'autonomie personnelle et sociale est comparable à la normale mais ils ont besoin de plus de temps et de soutien.
Les facteurs socio-économiques et culturels peuvent jouer un rôle important sur la détermination et l'évolution d'un tel retard.

Retard mental moyen :
Ces enfants apprennent à parler mais ont des difficultés majeures à communiquer avec leur entourage.
L'apprentissage des règles et des conventions sociales est difficile. Il faut alors un encadrement soutenu.
Niveau limité d'autonomie.
Problèmes de motricité.
Acquisitions scolaires particulièrement difficiles.
Les personnes atteintes d'un retard mental moyen peuvent apprendre des tâches simples et travailler à l'âge adulte dans des ateliers protégés.

Retard mental grave ou « sévère »:
Caractéristiques semblables à celles du retard mental moyen mais plus prononcées.
Difficultés multiples ralentissant considérablement leur développement, limitant leur autonomie.
Langage fonctionnel et accomplissement de tâches rudimentaires.
Peuvent reconnaitre leur nom écrit.
Nécessitent une surveillance étroite toute leur vie, en particulier à cause d'une mobilité réduite.
Des affections médicales compliquent souvent leur état.

Les enfants et adolescents atteints de retard mental présentent un nombre considérable d'affections médicales ou somatiques*, bien qu'aucune d'entre elles ne soit spécifique au retard. Ces affections dépendent du degré de sévérité et de l'étiologie* de ce retard.

Les **symptômes et troubles psychopathologiques qui accompagnent ces retards** sont généralement les suivants :
Immaturité et insensibilité sociale, passivité ou agitation extrêmes, troubles psychopathologiques. Troubles envahissants du développement (TED*),du comportement, de l'humeur, ainsi que les problèmes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, à écouter, comprendre et se souvenir des exigences contextuelles (consignes) …

Les **troubles affectifs** sont particulièrement présents chez les personnes atteintes de retard mental. Ainsi, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont accrus. Ils s'accompagnent souvent de comportement agressifs et perturbateurs, qui plus est chez les jeunes gens ayant des problèmes de communication importants. La **dépression** peut aussi survenir.

Le tableau personnel ci-dessous expose les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des 4 jeunes patients accompagnés lors du stage, cela illustre donc :

NOTRE PREMIER CONTACT AVEC LA DEFICIENCE MENTALE, ici en IME.

Nous précisons que les indications médicales dans les dossiers de chacun d'entre eux étaient faibles voire inexistantes. Nous avons donc interrogé les personnels encadrants (assez peu informés) et surtout notre OBSERVATION. Il n'y a pas de médecin au sein de notre IME.

DEFICIENCE MENTALE	PATHOLOGIE	CLINIQUE
Addiction au Virtuel **« C »** **Troubles du comportement**	-Détachement de la réalité -Dépendance aux jeux vidéo -Rejet de la réalité et de l'intégration à l'environnement	-Sautes d'humeur -« ailleurs », isolement -brutalité des mots et des actes -agitation -écholalie* -lit mal, n'écrit pas
Handicap mental, **« L »** **Trouble Envahissant du Développement (TED*)**	Jeune fille qui n'intègre pas son corps ; elle vit « à l'extérieur » d'elle-même	-errance -important manque de concentration -parasitage perpétuel de l'environnement -manque total d'autonomie -langage & compréhension basiques
« A » **Psychopathologie** **Associée à un Trouble de Spectre Autistique (TSA*)⇨**	-Troubles du comportement -TSA* découvert durant le stage via analyse (voir dossier personnel de ce jeune)	-craintes -prostration -mutisme -colères, crises, cris -observation insistante -imprévisible -intrigué perpétuel
Handicap mental **A 80% (dossier médical)** **« E »** **Epilepsie**	-Asphyxie grave à la naissance -handicaps physique et mental	-2 mots à son actif -expression gestuelle, limitée et répété -« déconnexion », « absences »= épilepsie -colérique

1-2 CONSTAT

Lorsque notre entrée en stage est validée, nous sommes accueillie avec extrême bienveillance.

L'équipe de la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé (SEES*) en particulier, et l'IME* au complet a une idée de ce qu'est et apporte l'art-thérapie ; nous sommes attendue et immédiatement intégrée dans les lieux et l'équipe.

- *« Ah voilà qui va nous aider dans notre travail avec les jeunes »*
- *« Nous avons besoin d'un art-thérapeute à l'IME* du Breuil »*
- *« Nous sommes à court d'idée pour nous en sortir avec certains jeunes, l'art-thérapie est la bienvenue » …*

Dès notre arrivée, nous constatons une attente au travers de l'accueil qui nous est réservé et une réflexion déjà avancée sur le sujet.
L'art-thérapie est donc espérée, son utilité et sa crédibilité au sein de l'IME* et du groupe SEES* ou nous effectuons précisément le stage, ne font pas de doute.

Notre intégration suscite un vif intérêt, une confiance presque acquise et un beau terrain d'investigation pour notre formation et sa mise en pratique.

1-3 DEFINITIONS DE L'ART-THERAPIE

A/ Placée dans le contexte de nos stage et mémoire :

Dans ce terreau accueillant et propice à l'accomplissement d'un stage, les premiers éléments de définition que nous apportons alors sont ceux, épurés, que nous donnons aux jeunes eux-mêmes :

Aux questions : « Qui es-tu, que fais-tu là ? Pourquoi es-tu avec nous ? C'est qui elle ? », Nous répondons : « Je suis étudiante art-thérapeute, c'est-à-dire que je veux aider les gens en les faisant créer » … Ou : « Quand on danse, chante, dessine, peint, écrit, fabrique de ses mains, et bien on va un peu, voire beaucoup mieux ».

Nous voyons alors dans leur regard interrogateur qu'ils captent la notion de soin, d'accompagnement, et que nous sommes donc là pour leur bien. Le mystère créatif attire déjà, et l'intérêt des jeunes patients se manifeste …

L'alliance thérapeutique commence ici.

De fait, nombre de jeunes gens viennent à notre rencontre afin de savoir si nous pouvons les prendre en charge.

B/ D'un côté scientifique, voici notre définition de l'art-thérapie : L'art-thérapie est un accompagnement créatif et empathique* de toute personne en souffrance physique et/ou morale. Souffrance à laquelle le corps médical ne peut répondre ou que partiellement.

C'est un cheminement que l'on fait à deux ou plus, où l'art-thérapeute insuffle au(x) patient(s) un élan de vie, en aidant la libération des potentiels et facultés créatives même les plus infimes et insoupçonnées.

L'art-thérapie est un suivi paramédical* où le thérapeute révèle au patient la part universellement créative de chacun, ce qui lui offre d'évoluer, voire de guérir.

A propos du terme de « SOIN » … Un art-thérapeute n'est pas médecin, même s'il peut être apparenté selon certaines définitions comme pratiquant une « médecine non conventionnelle ». La notion de soin liée au terme de « thérapie » concerne ici davantage l'attention, l'accompagnement à la personne, que la réponse purement médicale avec traitement, intervention, médicaments des professionnels de la santé.

Créer, c'est déjà marcher sur le chemin du mieux-être. Jean-Pierre KLEIN écrit : la pratique de l'art-thérapie est un *« aller mieux, un Être davantage*[4] ».

Origines de l'Art-Thérapie (selon le *Canadian Art Therapy Association* *):

« Quoique la profession que nous connaissons aujourd'hui sous le nom d'art-thérapie, ne soit apparue qu'au siècle dernier, la pratique artistique a toujours été d'une importance cruciale dans les méthodes de guérison de plusieurs cultures tout au long de l'histoire de l'Humanité. Les débuts de l'art-thérapie moderne remontent au début des années 1900 lorsque les psychiatres se demandèrent s'il existait une relation entre l'œuvre produite par le patient et sa maladie.

A la même époque, des enseignants en art-plastiques remarquèrent que les dessins libres et spontanés des enfants constituaient une sorte d'autobiographie, qui communiquaient des messages significatif au niveau émotionnel et symbolique. Ces deux domaines d'intérêt furent à l'origine de la création d'une discipline distincte dans les années 30. Au cours de la seconde moitié du 20ème siècle, les art-thérapeutes s'organisèrent davantage, créant des programmes de 2è cycle, des associations et des journaux [5]».

[4] KLEIN J-P. *L'Art en Thérapie*. Hommes et perspectives . 1993. 4ème de couverture.
[5] Association de Art-Thérapeutes Canadiens, Montréal, Québec, 2015.

Les pratiques Art-Thérapeutiques : Arts-plastiques (peinture, modelage, découpage-assemblage, déguisement, marionnettes, Land-Art* ...) , Danse (mouvement), Chant, Ecriture, Théâtre (mime, clown), Jeu du Sable[6] ...

Les milieux de pratique de l'art-thérapie :

Santé :
Hôpitaux généraux et psychiatriques
Cliniques externes
Centres de traitement de la douleur
Cliniques médicales
Centres de réhabilitation physique
Centres d'accueil pour personnes âgées
Centres de prévention

Services sociaux :
Centres jeunesse
Ressources résidentielle
Maisons de transition
Refuges
Ressources correctionnelles

Education :
Ecoles
Universités

Services communautaires :
Ateliers
Centres communautaires
Centres interculturels

Dans quels cas fait-on appel à l'ART THERAPIE : Développement personnel, Névroses psychoses, Troubles de l'apprentissage scolaire, Insertion professionnelle et sociale, Exclusion rupture sociale enfermement, Violences, Addictions, Lésions cérébrales, Maladie dégénérative, Oncologie, Soins palliatifs ...

« L'ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE UNIVERSELLE » ,
Pourquoi ce titre ?

Alliance : **Lien, expression d'un accord, d'une aide, d'un accompagnement. Echange confiant. Adopter, apprivoiser l'Autre afin qu'il se sente bien, reconnu, considéré.**

Art : **Le domaine créatif de prédilection dans notre cas sont les arts-plastiques, accessibles à tous. Construction, élaboration, invention, imagination ; moyens de fabrication physique et mental qui animent et maintiennent l'élan vital ... Peintures, dessins, modelages, découpages, assemblages, installations, décors, déguisements.**

Thérapie : **Amélioration, prise en charge, en soin, prévention, accompagnement, aide active lorsque la médecine conventionnelle stagne.**

Universelle : **L'art-thérapie touche tout le monde, les malades avec des pathologies diagnostiquées ou non, ainsi que les blessés ou fatigués de la vie, les personnes en souffrance passagère ou chronique.**

« Tout le monde » dans le sens : l'Art est un langage pour tous, fédérateur intrinsèquement BON pour chacun.

Cécile Fournier

[6] *Jeu du Sable* : Le patient combine en plusieurs étapes des objets miniatures dans un bac de sable, puis le thérapeute et lui observent l'image obtenue. Les étapes permettent l'évolution de l'état du patient, aidé de discussions et de silences créatifs. Il y s'agit d'utiliser le potentiel d'émergence des idées et émotions.

PARTIE II

MATERIELS, suivis des METHODES et RESULTATS

2-1 MATERIELS

2-1-1 CONTEXTE, INSTITUTION …

L'Institut Médico-Educatif « du Breuil » (IME*):

L'Institut Médico-Educatif du Breuil fait partie du pôle -Petite Enfance-Enfance-Adolescence- de l'Association Départementale de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales de la Charente Maritime (ADAPAPEI*17).

Cet IME* est un établissement dont l'agrément a été fixé par l'arrêté N°06-3948 le 17/11/206.

Sa capacité (autorisée) est de 87 places pour enfants et adolescents de 10 à 20 ans, présentant un retard mental sévère ou moyen, répartie en 35 places de semi-internat et 52 places d'internat.

L'IME réunit 3 services :

- « **Petit Bois** » : accueil spécifique d'enfant et d'adolescent ayant des Troubles Envahissants du Développement TSA* et TED*.
- **SEES*** : **S**ection d'**E**ducation et d'**E**nseignement **S**pécialisé, où nous avons effectué le stage.
- **SIPFP*** : **S**ection d'**I**nitiation et de la **P**remière **F**ormation **P**rofessionnelle.

La scolarisation sous différentes formes des enfants peut avoir lieu grâce à une collaboration avec l'Education Nationale… C'est ainsi que nous avons connu la classe IME* adaptée au Collège Marc Chagall (17139) où nous étions professeur d'arts plastiques durant plusieurs années. Nous avons pu y animer des ateliers créatifs hebdomadaires.

2-1-2 OBJECTIFS DES PRISES EN SOIN

Les objectifs des 4 PES* pour les 4 jeunes adolescents accompagnés sont :

« C » (m)

- Développer les compétences sociales
- Apprendre à s'exprimer de manière posée
- Valoriser l'image avec un travail calme sur l'expression et la communication
- Soutenir, avec un temps d'expression et un temps où l'on essaye de résoudre ses questionnements
- Réduire les propos et préoccupations morbides
- Favoriser l'ancrage à la réalité et voir la valeur des choses

« L » (f)

- Améliorer la confiance et l'affirmation de soi
- Se détendre
- Travailler sur les émotions et leurs expressions
- Travailler sur le schéma, la structure corporelle
- Ajuster ses attitudes à des situations précises
- Rattacher ses émotions à des situations vécues

« A » (m)

- Se rassurer
- Confiance en soi, valorisation
- Travail sur les émotions, surtout sur les émotions négatives
- Travail sur le relationnel
- Travail sur la frustration
- Canaliser la colère

« **E** » (m)

- Avoir un comportement psycho-affectif socialement adapté
- Accepter la nouveauté
- « Faire ce que je sais faire »
- Respecter ses limites
- Se concentrer
- Travailler avec les deux mains pour plus d'habileté
- Travail sur l'expression, la communication

2-1-3 GRILLES SCIENTIFIQUES VALIDEES

Présentées en annexe, dès la page 71

B- Deux grilles remises et utilisées par la SEES* de l'IME*

T- AQPRM* : « Echelle québécoise de comportement adapté »

D- EDC* : « Echelle de Discontrôle Comportemental »

F- GED-DI* : Grille d'Evaluation de la Douleur pour des cas de Déficience Intellectuelle. La douleur est remplacée par certaines émotions dans les cas étudiés, nous adaptons alors la grille ou **les termes**.

H- « Inventaire d'Alliance de Travail au cours de consultations mère-nourrisson », **pour les termes**. Version courte observateur

G- CARE* pédiatrique, **pour les termes**, adaptables aux items en art-thérapie. Soins fondés sur les habitudes de vie, les coutumes et les croyances. C'est « le souci des autres », le « prendre soin ».

E- Grille d'aide à l'observation en classe d'un élève dyspraxique

C- Profil clinique évolutif (autisme dans un Centre d'Action Médico-Social Précoce*). Régine Vivier-Larue et Gérard Darnaud p303.

2-1-4 CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

Nous exposons ici les contextes ayant motivé la prise en charge des quatre jeunes gens en art-thérapie.

« C » … Est venu de lui-même vers nous, lors d'une pause « temps choisi », alors que nous dessinions au milieu des enfants, ceci lors de la semaine d'observation du stage. L'objectif était de voir qui serait intéressé par cette activité calme.

« L » … A été proposée par notre tutrice, psychomotricienne, car nous voulions travailler au départ sur les émotions et le corps. Nous aborderons ici le travail avec elle, pas les résultats, jugés trop minces.

« A » … Nous a intrigué dès le début, prostré, craintif, tout en étant très observateur, presque inquisiteur. Son attitude soucieuse, voire énigmatique nous a interrogée. Nous l'avons appréhendé d'emblée tel un défi.

Au terme d'un repas « épique », avec le groupe de la SEES* où nous étions face à **« E »,** le coordinateur nous a demandé instamment de voir ce que donnerait l'art-thérapie avec ce jeune homme de 14ans … Demande qui en disait long sur l'impuissance avouée de l'équipe éducative face aux problématiques de ce jeune porteur d'un handicap mental à 80%, selon le barème noté uniquement dans le dossier de « E ».

2-1-5 L'EQUIPE

Le stage à effectuer s'est déroulé au sein de la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé : la SEES*. La liste ci-dessous concerne les personnels avec lesquels nous avons eu un ou plusieurs contacts.

Le groupe « SEES* » se compose de 25 personnes :

- 3 coordinatrices sur le dispositif scolaire
- 4 médico-éducatifs
- 4 médico-psychologues
- 1 coordinatrice Service Adapté
- 1 coordinatrice hébergement
- 1 coordinateur SEES Educateur Spécialisé
- 2 maitresses de maison
- 1 chef de service

Pour tout l'IME* et donc pour la SEES* également :

- **1 psychomotricienne, notre tutrice de stage**
- 2 psychologues
- 1 musicothérapeute
- 3 infirmières
- 1 éducateur sportif spécialisé

Ainsi que les « bureaux » avec …

- 1 directeur
- 1 chef de service
- 3 secrétaires
- 1 comptable
- 1 chargé du tutorat

2-1-6 DUREE DE LA RECHERCHE

La durée du stage de 140 heures à l'IME* du Breuil s'est déroulée en étapes :

1. Prise de contact spontanée avec le chef de service
2. Rendez-vous avec le chargé du tutorat
3. Rendez-vous avec la tutrice de stage, psychomotricienne
4. Une semaine d'observation dans la SEES*, avec choix des jeunes à prendre en charge
5. Trois semaines de Prises En Charge en Mars 2017 dont : 5 à 6 PEC pour chacun des 4 jeunes accompagnés.

2-1-7 RETOMBEES ATTENDUES

Enseignante en arts visuels depuis une quinzaine d'années, les attentes d'une formation en art-thérapie et de sa mise en pratique lors du stage étaient :

Inciter l'Autre à créer et s'exprimer via le procédé des art-plastiques qui lui convient.

Les 4 jeunes accompagnés ont progressé dans les PEC*, à leur rythme.

Nous attendions surtout qu'ils se sentent mieux dans leur corps et leur moral, plus apaisés, en accord avec leurs entourage personnel et structure d'accueil.

Les items récurrents, communs à chaque jeune afin qu'ils progressent sont :

- ✓ L'amélioration de la confiance en soi, de l'estime de soi et de l'expression de soi
- ✓ Donner de « l'élan à oser créer », générant de la vie et équilibrant les émotions
- ✓ La concentration constructive sur le *faire,* afin que cela agisse sur l'équilibre intérieur.

2.1.8 ORGANISATION DES SEANCES

Chaque séance se déroule comme suit :

Le jeune adolescent rejoint seul ou accompagné la salle d'art-thérapie.

Nous pouvons aller le chercher sur le lieu de sa précédente activité suivant son autonomie.

Un petit temps de préparation et de discussion ouvre la séance.

Une ambiance sonore est proposée au jeune, suivant son acceptation. Les ambiances sont des bruits de la nature essentiellement qu'il peut choisir, tels que : l'eau qui coule, des sons des champs, l'orage etc.

A l'aide de 8 petits ballons de baudruche de couleurs variées, fixés sur un bâton montrant des expressions dessinées différentes (émoticônes*), l'état de base 1/II[7]* est retenu et donc évalué.

Figure 1 : Ballons émoticônes ... Voir l'« **Annexe L** », **page 81**

En fonction de chaque personne et de ses besoins , suivant le protocole* établi avec l'équipe, et d'après la Fiche d'Ouverture* personnalisée, l'action s'oriente vers un nouveau travail, ou bien le précédent travail est repris, discuté, terminé, corrigé. Il arrive qu'un travail soit abandonné pour en entamer un autre.

Nous discutons de l'évolution de la création. Les langues se délient, les gestes et émotions s'expriment.

Nous vivons le moment présent.

Puis il est temps d'arrêter la séance. Le fond sonore est baissé ou stoppé.

Une discussion éventuelle clôt la séance. Le jeune patient est invité à choisir le ballon de l'état de base 2/II* avant de se rendre à sa prochaine activité. Il arrive que la séance commence par une « chasse aux matériaux » (de récupération pour des constructions), ainsi nous traversons toute l'établissement jusqu'à l'atelier bois à l'opposé. Le fait de partir « à l'aventure » hors de la salle

[7] « *Etat de base I et II* » : comment le jeune se sent en arrivant (I) puis en partant (II) de la séance d'art-thérapie.

apporte de l'intrigue créative et une part de responsabilisation au jeune. ***« C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »*** **selon Winnicott.**

Nous pouvons aller faire un tour dehors pour respirer, observer, se ressourcer, s'inspirer (costume de « A »).

Une heure pleine est consacrée, seule, à la préparation et au bilan en dehors de la présence du jeune adolescent.

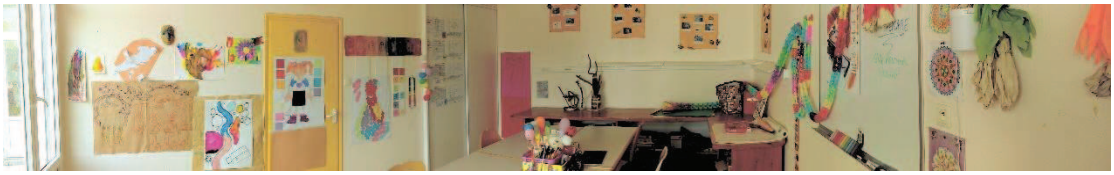
Hors premier contact, où nous complétons ensemble la Fiche d'Ouverture, les séances d'art-thérapie sont limitées à 5 pour chacun, faute de plus de temps lors du stage.

Ces séances se déroulent dans notre emploi du temps de la semaine, suivant le tableau ci-après : … En gras, les prises en charges des 4 jeunes gens.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Taxis + Accueil	Accueil SEES*	Accueil SEES*	Accueil SEES*	Accueil SEES*	Accueil SEES*
M1	**« C »**	Autour du livre	**« C »**	**« E »**	Temps avec la tutrice, discussion
M2	Autour de la musique		Atelier des artistes	Préparation du repas pédagogique	**« E »**
Repas	Repas SEES*	Repas SEES*	Repas SIPFP*	Repas pédagogique SEES*	Repas salle du personnel
M3	**« A »**	**« L »**		Psychomotricité. Groupe gym	**« A »**
M4	Psychomotricité. Habiletés sociales			Activité au choix	**« L »**
Taxis ou goûter				Balnéothérapie pour « L » (16h30)	

Chaque jeune et sa famille est informé des dates de prise en charge art-thérapeutique qui lui sont réservées (dans le cadre du stage pour le Diplôme Universitaire), via un cahier de liaison.

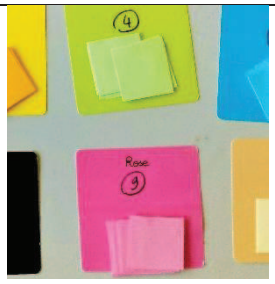
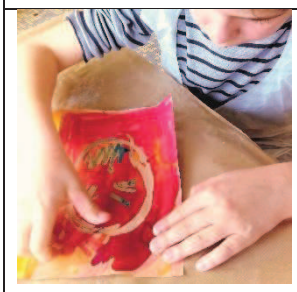
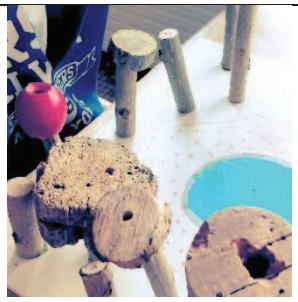
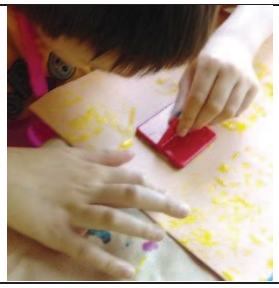
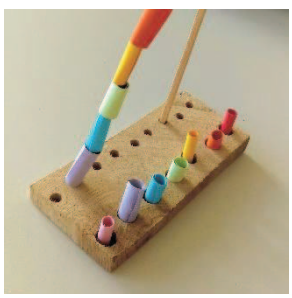
Notre salle d'art-thérapie :



Salle d'accueil du ***groupe d'inclusion*** au Collège Marc Chagall… 35m2, nombreux rangements et sources lumineuses. Point d'eau dans la salle en face. Nombreux plans de travail. La pièce se trouve à une extrémité du bâtiment IME* mais est accessible, pratique.

2-1-9 Les ARTS-PLASTIQUES « thérapeutiques »

Tableaux des médiums et techniques utilisés lors des prises en charge du stage,
par Cécile Fournier.

	« Encres Aléatoires » … -Encres acryliques liquides -Eau -Pipettes -Vaporisateur Pour LACHER PRISE et se laisser surprendre		**Repérages couleurs et mosaïque de papier …** Beaucoup d'exercices utilisent les couleurs et les jeunes y sont sensibles. C'est un vecteur de communication, d'échange, un « fil rouge ».
	**Gomme liquide …** Excellent et amusant pour faire apparaitre des dessins, matières. Propice à l'émergence d'une émotion, ici la « colère »		**Eléments de récupération …** Accessibles, pas chers, modulables à l'infini ; une des meilleures façons de créer, avec liberté, simplicité et authenticité.
	Pâte à papier durcissante à l'air, puis peinture acrylique … Expression d'une émotion forte ; ici : le cauchemar		**Découpage, collage …** Avec ou sans aide, nécessite une praxie assez fine, sinon, utiliser le déchirage Afin de se repérer dans l'espace.
	Dessin et peinture sur GRANDS FORMATS … Ici dessin d'un jardin sur 50x65cm, puis peintures acryliques Libération		**Tampons …** Permettent une utilisation ciblée et une couverture rapide d'un espace
	**Papiers de couleurs roulottés en perles …** Technique utilisée pour la praxie fine, dans le but de fabriquer des bijoux avec « L » en lien avec **son** CORPS.		**Déguisement de papiers …** Toutes sortes de papiers permettent une transformation de l'apparence ; cela aide l'expression pour l'estime de soi.

2-1-10 EVALUATION DES SEANCES

BILAN DES SEANCES …

Un bilan est réalisé pour chaque séance, soit juste après la prise en charge, soit au plus tard dans la journée, pour une meilleure retranscription.

Les tableaux, grilles et graphiques sont complétés, combinés et évalués pour une approche complète et étayée.

En fonction, les objectifs thérapeutiques sont revus, peaufinés, agrémentés.

Tout fait et geste particulier durant la séance est noté, voire estimé avec l'équipe médico-éducative si besoin.

A noter que des échanges fréquents avec l'équipe encadrante sont entretenus, sans compter l'importance des bilans des PEC* pour les 4 jeunes accompagnés, exposés lors d'une réunion générale en fin de stage.

Ainsi, nous avons expliqué chaque accompagnement et notre manière de travailler (modulable et évolutive), à l'aide de supports scientifiques tels que les grilles d'évaluation, les graphiques et les termes inhérents à l'art-thérapie (éléments de travail transmis par la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers durant notre formation).

Cette présentation fut indispensable, démontrant alors le cheminement des jeunes gens et l'impact, même à court terme, de l'art-thérapie sur chacun.

Voyons dans les chapitres suivants les étapes détaillées de la progression …

2-2 METHODES et RESULTATS

PRESENTATION DES QUATRE JEUNES GENS ACCOMPAGNES en art-plastiques ici, dans l'ordre de rencontre.

2-2-1 Jeune homme « C »

2-2-1-1 Anamnèse* :

- « C » est un jeune homme de 12 ans ½ au moment du stage
- Il a une sœur de 17 ans et un frère de 11 ans
- Il vit avec sa maman son frère et sa sœur et voit son père une fois par mois, mais ce n'est pas régulier
- « C » aime les mangas, les Pokémons, les tortues, les dauphins et les chats.
- Il adore construire, dessiner, inventer et copier (Art I* et II* surtout, forts)
- Il lit mal et ne sait pas écrire
- « C » a le vertige
- Il n'aime pas les légumes
- Il est handicapé par une déficience intellectuelle et une dépendance aux jeux vidéo.
- Il prend :
  ALVITYL (complément vitaminique).
  RISPERDAL (*RISPERDONE* **:** neuroleptique à mécanisme d'action antipsychotique*). ***EFFETS SECONDAIRES :*** ***symptômes extrapyramidaux**** ***(tremblements, agitation). Et aussi des symptômes comme sédation*, somnolence, céphalée*.***
  RISPERDAL est indiqué dans le traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines)de l'agressivité persistante dans le trouble des conduites chez les enfants à partir de 5 ans et les adolescents présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne ou un retard mental diagnostiqués conformément aux critères du DSM-IV, chez lesquels la sévérité des comportements agressifs ou autres comportements perturbateurs nécessitent un traitement pharmacologique. Le traitement pharmacologique doit faire*

partie intégrante d'un programme de traitement plus large, incluant des mesures psychosociales et éducatives. VIDAL 2016

- Son **intention sanitaire*** est d'aller mieux pour retourner dans une école « normale » (Classe aménagée au Collège) et « *pouvoir se promener avec son amoureuse main dans la main une fois adulte* ».
- Son **intention artistique*** est d'inventer un vaisseau « *impossible à créer* » en volume, ainsi qu'une « *planète tranquille sans arme pour ne pas détruire* ».
- A la maison, la mère et la sœur vaquent à leurs occupations. « C » est sans arrêt sur les consoles de jeux ; il veut d'ailleurs en devenir créateur.
- « C » est un jeune adolescent souriant et avenant qui réfléchit, voire cogite beaucoup sur sa situation. Il veut s'en sortir, progresser, améliorer son expression et ses relations avec son entourage.

2-2-1-2 Objectifs Thérapeutiques pour « C » :

- Développer les compétences sociales
- Apprendre à s'exprimer de manière posée
- Valoriser l'image avec un travail calme sur l'expression et la communication
- Accompagner, avec un temps d'expression et un temps où l'on essaye de résoudre ses questionnements
- Réduire les propos et préoccupations morbides et négatives
- Favoriser l'ancrage à la réalité et voir la valeur des choses simples

ANNEXES utilisées pour « C » :

A, B, C, D, E, L, M, Q, S, T, U dès la page 71

2-2-1-3 SEANCES d'ART-THERAPIE avec « C » :

Les étapes et résultats sont détaillés et illustrés dans le chapitre suivant du même nom : « résultats ». Nous exposons les thèmes et sujets ici :

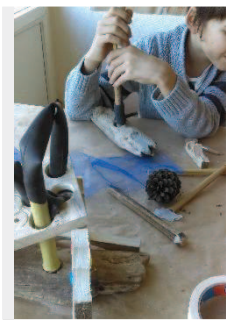
A. **06 Mars 2017 …** Contact : discussion, présentation, Fiche d'Ouverture, anamnèse*, goûts, intentions sanitaires* et artistiques*, puis premier exercice avec les « encres aléatoires » (explicitées dans l'encadré ci-dessous) ; pour se laisser aller et surprendre …

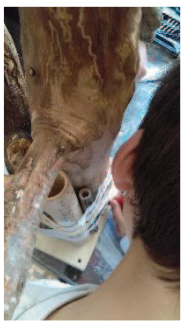
Figure 1

Figures 1 et 2 … Les encres aléatoires consistent à se laisser surprendre par le mélange des acryliques liquides colorées, pour, une fois sèches, y découvrir des formes qui serviront l'imaginaire …. Ici, le « monstre gentil » ⇨

Figure 2

B. **08 Mars 2017 …** « Chasse aux matériaux » dans l'atelier (des grands) de la SIPFP* pour faire de la récupération. Puis début de construction du vaisseau avec ces éléments simples (morceaux de bois, ficelle, pneus, bouchons etc…).





« C » jubile à fouiller dans l'ateliers aux trésors … Il ne cesse d'avoir de nouvelles idées de créations . Nous essayons de les canaliser ensemble. Son imagination débordante l'embarque et il en oublie son addiction, au moins le temps de la séance d'art-thérapie !

C. **13 Mars 2017** … Trois actions sont prévues :

- « dessine ton vaisseau de l'impossible » ; debout au mur « C » en fera 2.
- « découpe et assemble ta « planète tranquille »
- « commence une nouvelle construction libre en 3D* »

Figure 4 : dessin du « labyrinthe des ténèbres » au-dessus du vaisseau « simple », protégé par une armure. L'autre vaisseau dessiné à coté étant plus gros et compliqué, « C » s'identifie de lui-même au vaisseau le plus petit, car, dit-il, « il est plus rapide, moins chargé » …

D. **15 Mars 2017 …** L'encre de la première séance est transformée en « monstre gentil » avec des rehauts au feutre fin noir, afin de travailler sur le positif de l'élan créatif (voir figure 2, page 26).

E. **27 Mars 2017** … Le « Vaisseau » de bois (seconde séance) s'est transformé en totem, c'est maintenant un « Taureau protecteur » (voir figure 5 page 27).

2-2-2 RESULTATS POUR « C »

2-2-2-1 Grilles utilisées :

Voir annexes A et B pages 71, 72

2-2-2-2 Items d'évaluation scientifiques :

Issus de l'Echelle de Discontrôle Comportemental (« EDC* » annexe D, page 74):

- Incapable de résister à mes envies
- Ne supporte pas d'attendre
- Se décide trop rapidement
- Facilement agacé, irrité
- L'entourage se plaint de la brutalité de mes réactions
- Agir pour calmer la tension intérieure
- Problème majeur : manque de contrôle de moi-même

Personnalisés :

- STOP termes négatifs et violents
- Fabriquer de ses mains : construction personnelle
- Evaluation du comportement général, et de l'état d'esprit
- Suivre les consignes, collaborer
- Chercher des idées dans son propre imaginaire et en fonction de ce que nous avons en face de soi
- S'ancrer dans le réel
- Attention, calme, élan
- **ALLIANCE THERAPEUTIQUE**

Lorsque l'ITEM* n'apparait plus comme expression pertinente d'une difficulté, cela veut dire que le difficulté a été surmontée ou que l'ITEM* n'est plus valable. L'item peut disparaître[8] ».

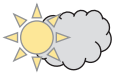
« Item » … Qu'est-ce ? …

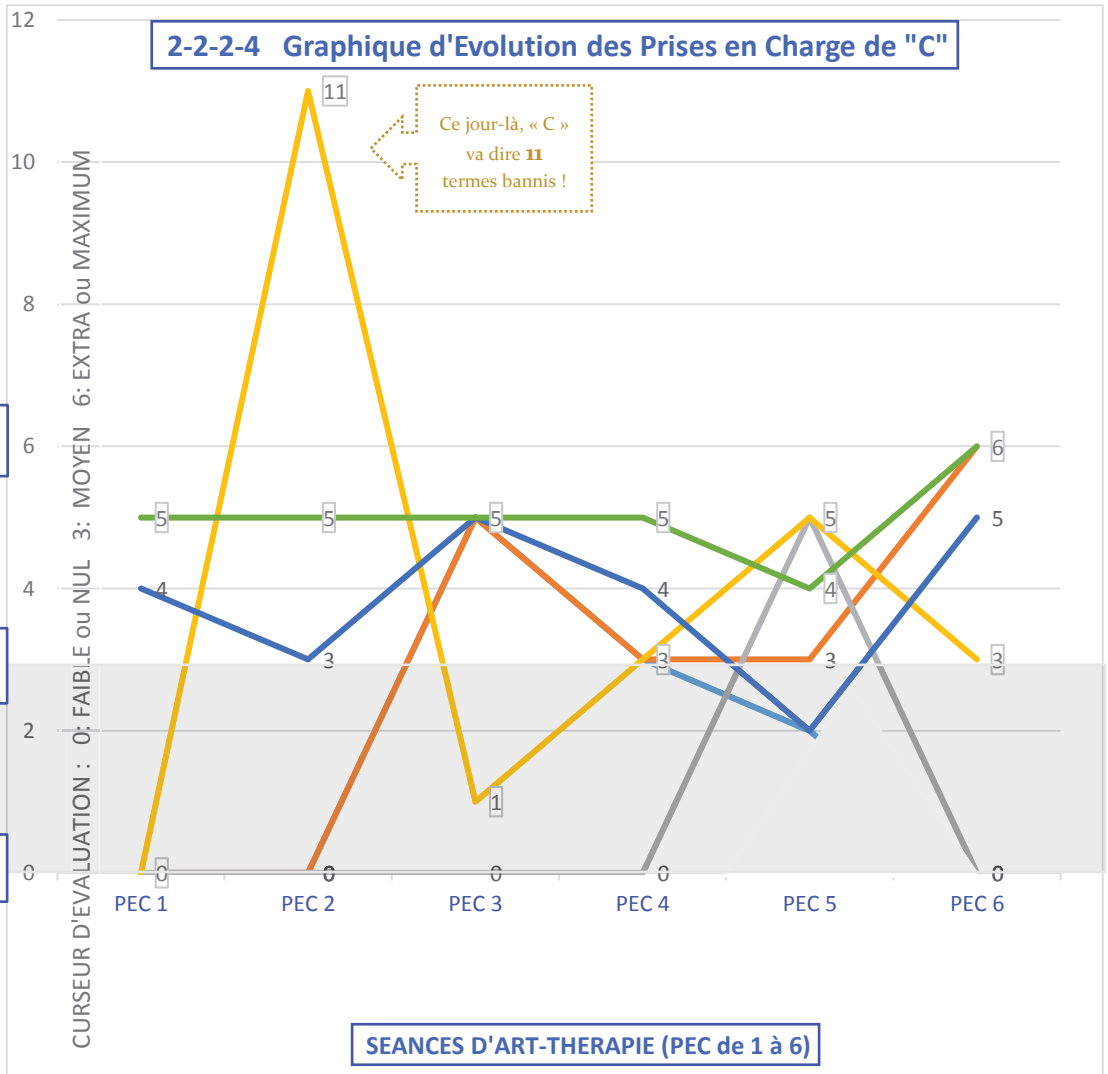
« L'item est la plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation. L'item est un élément sensible caractéristique de la difficulté. Il est le fondement de l'évaluation 6».

Richard FORESTIER.

[8] Richard FORESTIER. ***L'ART-THERAPIE (tout savoir sur).*** Favre. 2012. Page 63

2-2-2-3 GRILLE - Tableau complet des OBSERVATIONS des prises en charge art-thérapeutiques de « C », par Cécile Fournier à l'IME* du Breuil … Mars 2017

« C » 12 ans M *Addiction aux jeux vidéo* *Retard intellectuel* *Troubles du comportement*	**PEC 1** 06/03/2017	**PEC 2** 08/03/2017	**PEC 3** 13/03/2017	**PEC 4** 15/03/2017	**PEC 5** 27/03/2017	**PEC 6** 29/03/2017
Météo extérieure						
Heure de la journée	Matin 2ème hr	Matin 2ème hr	Matin 2ème hr	Matin 2ème hr	Matin 2ème hr	Matin 2ème hr
Durée de la Prise en Charge	½ heure	1 heure	1.10 heure	¾ heure	1 heure	1.20 heure
Etat de Base 1 Arrivée					Nerveux 	
Etat de Base 2 Départ					Fatigué Agité 	Triste d'arrêter
Thème d'Action Sujet	Discussion Contact Présentation Fiche d'Ouverture	Récupération et création à base de matériaux/ atelier bois du SIPFP. +Encres	3 créations sur le thème de « la planète ». Consigne de non-violence …	Transformation des encres PEC2 en « monstre gentil » issu de l'imaginaire	Créations suite à base de matériaux de récupération. Plante à 2 têtes	« Habitation de l'espace » en matériaux de récupération. Aucune aide.
Moyens Techniques, Matériaux, Matériels, Supports, Installations	Fiche d'Ouverture, ballons émotions Assis, sur table	Bois, bouchons, ficelles, pneu, carrelage, tissu, perles … Assis, sur table	Papiers tailles ≠, feutres, ciseaux, colle Assis, sur table, puis debout au mur	Encres aléatoires/papier aquarelle, et feutres Debout proche table et au mur	Idem PEC 2	Idem PEC 2
ITEM 1 Ecoute Attention	Sans	4.5	5	3	2	5
ITEM 2 Implication Action **Ancrage au Réel**	Sans	4.5	5	3	3	6
ITEM 3 Agacement Négation Pas d'accord	Sans	2.5	0	0	5	0
ITEM 4 **Contrôle de Soi** Mots et termes négatifs, répétitifs	Non noté	11 termes (tuer, démon, arme)	1 terme (console)	3 termes (console, casino, magasin)	5 termes (ténèbres, maléfique, jeux, magasins, « blinde »)	3 termes
ITEM 5 Expression Calme	4	3	5	4	2	5
ITEM 6 **Alliance Thérapeutique**	5	5	5	5	4	6
Avis Général	Beaucoup d'élan pour ce jeune qui a hâte de commencer les séances d'Art-Thérapie	« C » est très motivé, heureux. Il emploi bcp les termes - : arme, destruction, mort. En fin de séance il semble fatigué.	Le jeune est très positif, mobile et créatif ; il s'investi dans son projet « à fond »!	« C » a moins d'allant durant cette séance. Il ne pense qu'à aller faire des courses et à acheter !	Après une semaine sans le voir, Jedi revient agité, employant bcp de termes « bannis ». A du mal à se mettre au travail.	« C » n'a pas envie que les séances d'Art-Thérapie s'arrêtent. Il est triste et veut conserver notre lien à l'IME.
Elan pour les séances futures	5	4	5.5	4	3.5	6



… Les couleurs ci-dessous correspondent aux couleurs des courbes du graphique …

Item 1 : ECOUTE ATTENTION … *"C" est intéressé par le domaine créatif, aussi, il est régulièrement attentif et enthousiaste, participatif, ouvert.*

Item 2 : ANCRAGE AU REEL (implication, action) … *Au départ, "C" est dans son monde virtuel, s'agitant beaucoup; mais il veut faire de son mieux pour suivre les séances. S'il revient à son univers (surtout en paroles), il se corrige ensuite.*

Item 3 : AGACEMENT, NEAGATION … *"C" a un pic d'agacement en PEC 5, sinon, il est positif et calme, affairé à ses créations.*

Item 4 : CONTROLE DE SOI (nombre de termes négatifs, de répétition) … *Gros accès de virtuel en PEC 2 et 5 où il se défoule verbalement surtout, avec force termes guerriers et cybernétiques.*
A ce sujet, nous avons instauré un jeu avec « C » : il perd des points s'il répète trop de termes « bannis ». Le jeu fonctionne bien avec ce jeune, et pour cause !

Item 5 : EXPRESSION CALME … *La PEC 5 est un moment de relâche (à la suite d'un week-end de jeux intenses. Le reste des PEC, "C" parvient à se contenir.*

Item 6 : ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE : *Toujours très bonne, nous dirions même parfois osmotique ! Nous sentons que « C » veut progresser ET « faire plaisir », aussi …*

2-2-2-5 BILAN pour « C »

« Cécile, je vais dire à maman qu'elle ne m'achète plus de jeux vidéo ; mais qu'elle m'aide à trouver des éléments de récupération pour faire des constructions »

« Je ne m'arrêterai jamais de fabriquer des créations »

« Je n'oublierai pas ce que tu m'as dit et ce que nous avons fait ensemble en art-thérapie. Je voudrais que tu restes à l'IME pour continuer à faire de l'art-thérapie avec moi »* dit le jeune homme.

« C » a besoin de travailler en « Art II* », c'est-à-dire dans l'invention générée par l'imaginaire, ses propres idées et mains.

Avec peu de choses, il se rend compte qu'il est capable de fabriquer des merveilles, qui plus est, le passionnent. *« C'est de son niveau d'implication dans sa production artistique que résulte l'effet gratifiant de l'art* [9]*»,* c'est réel chez « C ».

Il est conscient que le monde virtuel lui pollue la vie et l'empêche, finalement, de s'exprimer personnellement et librement ; d'être acteur de SON monde et non de celui aliénant et subi des écrans .

La considération de son potentiel ainsi qu'une alliance art-thérapeutique forte lui rendent l'estime dont il a besoin, au moins pendant les PEC.

Au dire des collègues de l'IME*, en particulier du musicothérapeute qui suit également « C », le jeune s'est calmé, recentré, dès les premières PEC art-thérapeutiques. Cet intervenant a noté un changement d'attitude particulièrement positif à partir du moment où « C » s'est investi dans la création artistique. Précisément, lors de la préparation de la séance de musicothérapie, « C » mimait toujours des combats et faisait du bruit (onomatopées de bataille, armes, cris) … Durant la période des PEC, il s'est apaisé.

De tempérament plutôt solitaire et en retrait par rapport au groupe de jeunes et d'encadrants, « C » a pris la parole lors d'un rassemblement surprise pour la fin du stage de l'étudiante art-thérapeute. Devant une trentaine de personnes, enfants et adultes donc, il a exprimé son vif intérêt pour l'art-thérapie et nous a vivement remerciée, promettant l'amélioration de l'état d'esprit en famille et au-delà.

Ce qui nous a tous fortement émus.

Puissance de l'Alliance Art-Thérapeutique ici !

---

[9] ***ART-THERAPIE***, Johanne Hamel et Jocelyne Labrèche, Larousse Poche. 2010. P.71.

2-2-3 Jeune fille « L »

2-2-3-1 Anamnèse* :

- « L » est une jeune fille de 13 ans ½ au moment du stage
- Elle a un frère de 11 ans
- Elle vit avec ses parents et son frère le week-end, mais est demi pensionnaire à l'IME* en semaine.
- « L » aime les animaux, chanter (les chansons à la mode), les fleurs, le poisson, le Portugal, être avec les copains, son « bébé » : poupon dont elle parle beaucoup et qui l'attend à l'hébergement.
- Elle parle relativement correctement mais n'écrit pas, sauf son prénom.
- « L » est porteuse d'une déficience intellectuelle moyenne associée à une attitude craintive, perpétuellement inquiète, pour son environnement surtout
- Le traitement de « L » est le suivant: **RISPERDAL** (*RISPERDONE*) **1,5mg le soir.** ***Les effets secondaires ont été cités à l'occasion du traitement de « C », pages 22 et 23 du présent mémoire*** …
- Cette jeune fille n'a pu répondre à nos questions de la Fiche d'Ouverture concernant ses « intentions sanitaires et artistiques ». Parler d'elle lui est difficile ; elle préfère parler de ce(ux) qui l'entoure(nt), des copains, de la famille.

2-2-3-2 OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

- Améliorer la confiance et l'affirmation de soi
- Se détendre
- Travailler sur les émotions et leurs expressions
- Travailler sur le schéma, la structure corporelle
- Ajuster ses attitudes à des situations précises
- Rattacher ses émotions à des situations vécues

2-2-3-3 SEANCES D'ART-THERAPIE pour « L »

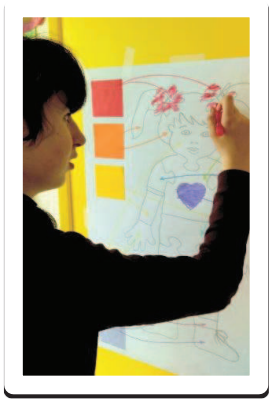
1. **07 Mars 2017 …** Contact : discussion, présentation, Fiche d'Ouverture*, anamnèse*, goûts, intentions sanitaires et artistiques, puis premier exercice avec les « encres aléatoires » pour découvrir la magie de ce que l'on peut faire avec ses mains.

2. **14 Mars 2017 …** Second exercice : « Tableau aux découpages » pour investir l'espace d'une feuille… Nous découpons des pétales et des disques dans les encres sèches de la séance passée. « L » doit les placer sur une feuille A4* (21 x 29,7cm) vierge de manière à former des fleurs. Elle doit ensuite colorier certains espaces que nous lui indiquons.

Figure 1: Les cercles blancs ciblent les tracés et collages réalisés par "L" à la suite de nos exemples et guidage. Nous observons que ces tracés (sur les encres réalisées lors de la première séance donc) sont décalés, hachés, plutôt systématiques et composés de petits traits répétitifs, qu'elle trace d'ailleurs avec une attention faible, parfois même sans regarder la pointe du feutre.

3. **17 Mars 2017 …** Nous dessinons une fillette sur un grand format de papier blanc fixé au mur. Des repérages colorés sont ajoutés et « L » doit les colorier avec les feutres correspondants, afin de travailler sa concentration et la correspondance entre le dessin et son propre corps.

   But : peaufiner sa praxie*



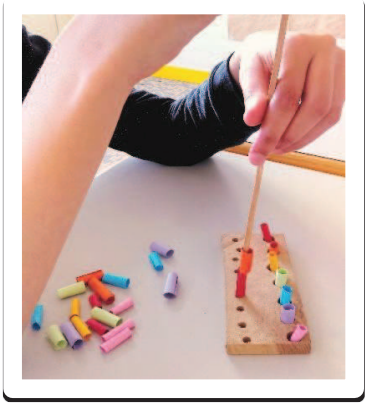


Figure 1, 2 et 3 : « L » concentre son attention sur les détails de ses créations. Ainsi, le temps de la séance, elle pense à son action et à son origine : ELLE-MEME … C'est de court effet, mais cela fonctionne !

En deuxième partie de séance, des perles de papiers colorés sont roulées entre nos paumes de mains et la table (« L » a besoin de beaucoup d'aide et d'exemples). Ces perles sont organisées par couleur sur des baguettes plantées dans une planchette de bois.

La jeune fille parle sans arrêt de son environnement, du « dehors », mais parvient un peu à se concentrer en silence lorsqu'elle essaye (difficilement) de placer les perles, ou de colorier, de peindre.

4. **28 Mars 2017 …** Le dessin de la fillette est colorié de manière assez précise au feutre en début de cette quatrième séance. Nous notons d'ailleurs que la concentration diminue lorsque « L » passe d'un côté à l'autre du dessin : d'un bras à l'autre par exemple. La symétrie semble la perturber. Elle ne sait pas toujours nommer les éléments du corps humain, et ce, malgré les répétitions, incitations, et repérage sur son propre corps. Nous préparons en fin de séance l'empreinte de son corps sur un grand morceau de papier. « L » a des difficultés de compréhension et des craintes pour s'allonger sur ce « lit de papier » posé sur la grande table afin que nous puissions en tracer le contour. Elle reconnait difficilement sa silhouette une fois le dessin fixé au mur ; heureusement, elle reconnait sa queue de cheval !

5. **31 Mars 2017 …** Les derniers espaces du dessin de la fillette sont peints, avec une certaine application au début. « L » ne veut surtout pas se salir et ce, malgré le tablier. Cette jeune fille est très sensible aux odeurs et salissures. Puis, des tampons aux motifs et couleurs variés sont appliqués sur les différentes parties du corps dessiné de la jeune fille selon nos indications et repérages, toujours sur son propre corps.

2.2.4 RESULTATS pour « L » …

2-2-4-1 Grilles, schémas et documents utilisés pour « L »:

Voir les annexes A, B, E, G, H, K, L, N, O, R, S, T à partir de la page 71

2-2-4-2 ITEMS utilisés :

Items scientifiquement validés :

Echelle Québéquoise de Comportement Adaptatif/Atelier Québéquois des Professionnels sur le Retard Mental (« **EQCA/AQPRM** » **annexe page 91**)

- Hygiène et Habillage
- Motricité globale
- Demande qu'on la rassure de façon exagéré (Item 264)
- Se rend seule à une destination nouvelle (Item 192)
- Embrasse ou caresse trop intensément en public (Item 303)
- Intolérance au changement
- Hypersensibilité à l'environnement
- Se pend aux autres lorsqu'ils arrivent ou partent (294)
- Touche les autres de façon inappropriée (295)
- Comportement sexuel inadéquat (câline et démonstrative, item 308)

Items personnalisés :

- Investissement, écoute
- Comportement général
- Penser et agir pour soi
- Réassurance, se reposer, se détendre
- Prendre du plaisir à utiliser ses mains
- Espace individuel d'expression et d'acquisition de nouvelles compétences
- Confiance en soi
- Mise en valeur de soi
- Autonomie
- Repérage dans l'espace, des limites de la forme
- Rattacher des émotions aux situations vécues.
- Ajuster ses attitudes et comportements aux situations
- **ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE**

2.2.4.3 Bilan pour « L » :

« L » est très agitée.

Elle papillonne sans arrêt, physiquement et surtout mentalement, en fonction de son environnement, de son entourage.

Elle n'est pas ancrée dans son corps et le maintenant, même si nous nous efforçons, comme l'indique l'un des postulats de base de la gestalt-thérapie de travailler avec cette jeune fille *« dans la reconnaissance que le vrai pouvoir de transformation réside dans l'instant présent, l'aidant à reprendre contact avec ce que « L » vit d'unique*[10] » .

L'apport de concentration via l'art-thérapie est de courte durée et de faible efficacité.

Gentille et douce, cette jeune fille s'éparpille à la moindre sollicitation extérieure.

Les efforts de part et d'autre pour canaliser son attention et sa *créAction*[11]* ont été minces par rapport aux autres jeunes pris en charge.

Une prise en charge plus fréquente et sur plus long terme lui permettrait de ritualiser ces moments de concentration individuelle sur sa propre personne, elle qui est particulièrement sensible et impressionnable en communauté.

Pour ces raisons, nous avons choisi de ne pas discuter de « L » en dernière partie .

Nous n'irions pas jusqu'à dire que nous avons échouée avec les PEC de cette jeune fille, même si nous n'avons pas obtenu les effets escomptés, comme avec les trois autres jeunes.

Néanmoins, au bout de 5-6 séances, lorsque l'on voit que rien ne bouge, malgré l'accompagnement ciblé et progressif, la ténacité doit redoubler. Il est délicat d'encourager une personne en vain. Nous avons ici perçu nos limites. Le temps n'aidant pas dans ce cas, nous restons un peu frustrée, mais nullement abattue. Justement, le cas de « L » serait un bon défi à relever « art-thérapeutiquement » lors de prises en charges renouvelées.

A suivre …

---

[10] ***ART-THERAPIE***, Johanne Hamel et Jocelyne Labrèche, Larousse Poche. 2010. P128

[11]« ***CréAction*** » : terme de Cécile Fournier indiquant **l'élan à créer**, l' « *OSER créer* ».

2-2-5 Jeune homme « A »

2-2-5-1 Anamnèse* :

- ✓ « A » est âgé de 11 ans
- ✓ Il a une sœur de 13 ans
- ✓ Il vit avec sa sœur et ses parents et réalisera durant notre stage une première semaine en hébergement à l'IME*.
- ✓ « A » aime les activités artistiques : la pâte à modeler, le dessin, le découpage, le maquettisme. Il aime jouer dehors, apprécie les petits travaux au jardin de l'IME, le ping-pong et la Grande Bretagne.
- ✓ Il ne trouve pas de réponse à la question de *souhait sanitaire*, mais exprime le souhait de peindre en grand (*intention artistique*).
- ✓ Ce jeune homme semble écrire et lire correctement.
- ✓ « A » présente des troubles envahissants du développement (TED*). Au moment du stage, le résultat d'une analyse révèle une «délétion du chromosome 17q12» . Cette délétion est associée à des Troubles du Spectre Autistique (TSA*).
- ✓ Il prend **10 mg de QUASYM LP** (*METHYLPHENIDATE*), le matin. *Ce médicament appartient à la classe pharmaco thérapeutique des psychoanaleptiques*, psychostimulants* et agents utilisés pour les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité…* ***EFFETS SECONDAIRES*** ***(fréquents et très fréquents) : insomnie, nervosité, anorexie*, labilité* émotionnelle, agressivité, agitation, anxiété, dépression, irritabilité, bruxisme*, comportement anormal. Et aussi : céphalée*, vertige, dyskinésie*, hyperactivité psychomotrice, somnolence[12].***
- ✓ Son papa a été suivi en Action Educative en Milieu Ouvert*.

2-2-5-2 OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

- Se rassurer
- Confiance en soi, valorisation
- Travail sur les émotions, négatives surtout
- Travail sur le relationnel
- Travail sur la frustration
- Canaliser la colère

[12] VIDAL 2016.

2-2-5-3 SEANCES D'ART-THERAPIE pour « A »

Nous rappelons que, lorsque nous le rencontrons durant la semaine d'observation, « A » est un jeune homme prostré, regardant avec insistance l'inconnue que nous sommes, visiblement très inquiet et curieux à la fois. Il dit à son encadrante référente qu'il a peur.

1- **10 Mars 2017 … Première rencontre à 2 :** Discussion, échange, présentation, puis dessin d'un arbre et peinture aux encres aléatoires. Encres qui dépassent, débordent du dessin, au départ très géométrique et construit.

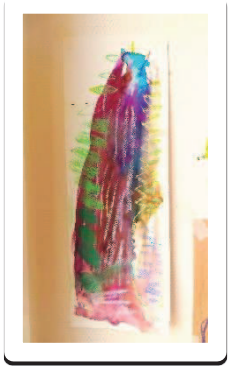


Figure 1 : « Arbre »

Figure 2 : « Colère »

Figure 3 : « Cauchemar »

1. **13 Mars 2017 …** Nous avons préparé un support « livre accordéon » en amont de la séance. En fonction des ballons « à émotions », nous demandons à « A » de dessiner dans l'ordre de ses ressentis les plus fréquents. Les dessins sont repassés à la gomme liquide. La colère est la première émotion de « A », la plus fréquemment ressentie et donc dessinée. *« Les médiums, tel les formats de papier et le type de crayons ou de peinture ont pour rôle de contenir la partie « inquiétante » de soi tout en la laissant s'exprimer « en douceur* [13]*» …*

2. **17 Mars 2017 …** Pâte à modeler qui durcit à l'air aujourd'hui. Nous l'invitons à fabriquer des aliments qu'il aime manger. Il choisit bon nombre de pâtisseries. « A » demande à être proche de l'adulte. Durant la séance, alors que le jeune homme est plutôt souriant, actif, coopératif, à l'écoute, il lance : « *je défonce çà si tu veux* », parlant du morceau de pâte que je façonne à ses côtés. Le faisant alors expliciter ce terme « défonce », il dit que c'est comme « *son père qui défonce sa sœur* ». Le coordonnateur du groupe SEES* et la

[13] ***ART-THERAPIE***, Johanne Hamel et Jocelyne Labrèche, Larousse Poche. 2010. P. 227

référente du jeune sont informés dès la fin de la séance. Les suspicions de violences au sein de la famille sont confirmées. A la suite de quoi, « A » sera d'accord pour passer une semaine en hébergement à l'IME ; dont il sortira d'ailleurs heureux et fier, pour une première expérience hors du cercle familial.

Chaque émotion est encrée avec une couleur différente. Les ballons étant déjà classés colère/rouge, fatigue/orange, peur/vert etc. « A » les peint en fonction, ce qui nous permet d'échanger en même temps si le jeune le souhaite, exemple : « quand as-tu peur, qu'est-ce qui te rend joyeux ? … ». La peinture permet l'apaisement et la confidence.

3. **27 Mars 2017 …** Durant la semaine en hébergement, les émotions dessinées sur le dépliant ont été repassées à la gomme liquide lors d'une séance précédente. Le fait d'enlever la gomme liquide alors sèche opère la similitude avec les émotions et leur refoulement : « A » « gratte » chaque expression pour la faire apparaitre et en exprimer l'origine, sur le papier et finalement en lui.

4. **31 Mars 2017 …** Afin d'exprimer une émotion positive lors de la dernière séance, un déguisement est proposé. Ce sera « Monsieur Pissenlit » (au vu du petit tour dehors que nous faisons juste avant.

   Et il sera rayonnant malgré la fatigue en fin de semaine d'hébergement et les pics de colère (sorte de râles de frustration lorsque « A » ne parvient pas à découper par exemple).

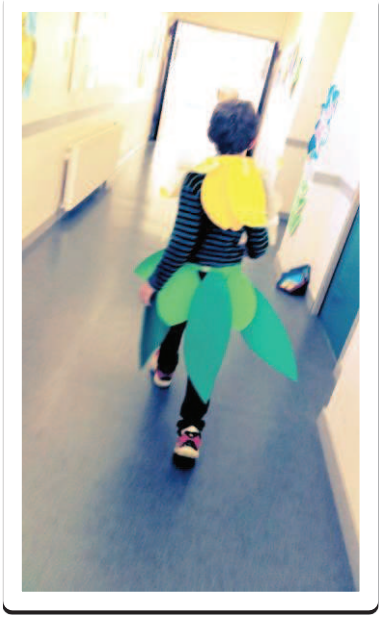


*Figure 1 : « **Monsieur Pissenlit** » … D'habitude craintif et discret, « A » fera le tour de l'IME* pour montrer son habit … Nous apprendrons que le déguisement aura été porté jusqu'à chez lui, via le taxi, avec quelques dommages !*

2-2-6 RESULTAT POUR « A »

2-2-6-1 Grilles utilisées, schémas et documents pour « A » :

Voir les annexes A, B, C, F, G&H, J, K, L, N, O, P, R, S, à partir de la page 71

2-2-6-2 Items* …

Scientifiques :

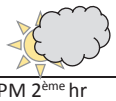
- ✓ Mutisme
- ✓ **Echelle de Discontrôle Comportemental (EDC*)** : Cris (nombre de)
- ✓ EDC* : Voix monocorde
- ✓ Réaction marquée pour le bruit
- ✓ Petites expressions (« je te tape »)
- ✓ EDC* : Regard soutenu : « manger des yeux », fixation
- ✓ Apparition de l'EXPRESSION des émotions
- ✓ **Grille d'Evaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle (GED-DI*)** : recherche du confort, de la proximité physique
- ✓ GED-DI* : fronce les sourcils
- ✓ GED-DI* : changement dans les yeux : écarquillés, plissés, air renfrogné.

Personnalisés :

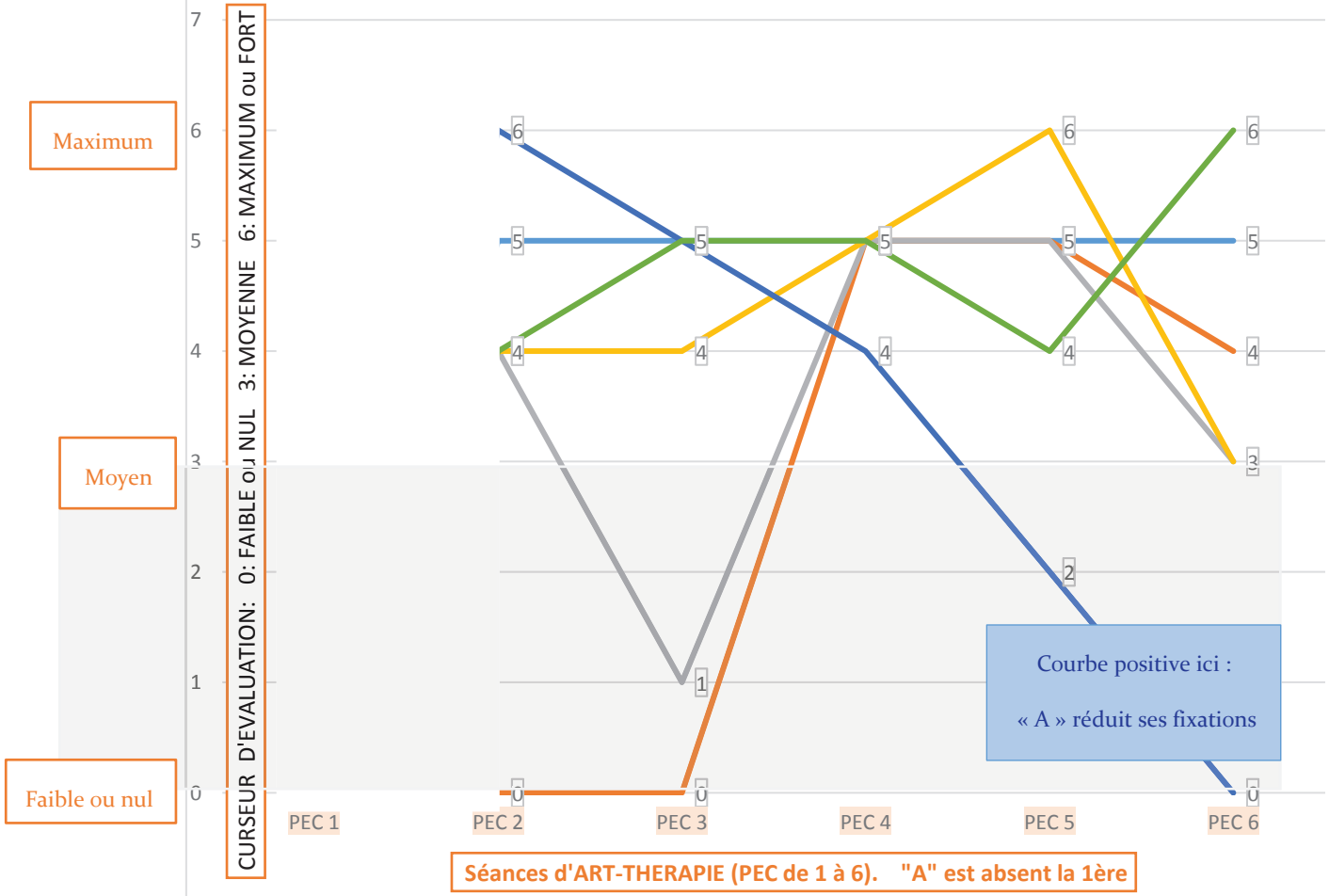
- ✓ Ecoute attention
- ✓ Expression « je ne sais pas » (nombre)
- ✓ Expression « reste avec moi » (nombre)
- ✓ Expression « c'est nul » (nombre)
- ✓ Oser (autonomie, élan)
- ✓ Nombre de sourires
- ✓ Regard craintif, intrigué (nombre)
- ✓ **ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE**

2-2-6-3 GRILLE d'OBSERVATION des PEC* art-thérapeutiques de « A »

par Cécile Fournier. IME* du Breuil. Mars 2017

« A » 12 ans M *Trouble Envahissant du Comportement (TED) Immaturité neurologique*	PEC 1 06/03/2017	PEC 2 10/03/2017	PEC 3 13/03/2017	PEC 4 17/03/2017	PEC 5 27/03/2017	PEC 6 31/03/2017
Météo extérieure						
Heure de la journée	APM 2ème hr	APM 2ème hr	APM 2ème hr	APM 2ème hr Avant : essai flash mob, joie	APM 2ème hr	APM 2ème hr
Durée de la Prise en Charge	ABSENT	3/4 d'heure	1 heure	¾ heure	1 heure	1.20 heure
Etat de Base 1 Arrivée	//	tif	gué	é	gué++	eux
Etat de Base 2 Départ	//	Rassuré, Content	Souriant	Très content, oyeux !	atisfait	Très heureux
Thèmes d'Action Sujets	//	Discussion Contact Présentation Fiche d'Ouverture ***Encres « ARBRE »***	*Accordéon aux* ***8 EMOTIONS***, dessinées dans l'ordre des plus vécues/ballons (1°/ Colère …)	Modelage Thème du *métier* qui lui plaît (boulanger) puis masque à ***EMOTION FORTE '-'***	Les 8 émotions sont repassées à la gomme liquide, puis encrées dans l'ordre des ballons ***Peinture masque***	*Emotions* redécouvertes avec retrait de la gomme ***COSTUME 'de vie'***
Moyens Techniques, Matériaux, Matériels, Supports, Installations	//	Fiche d'Ouverture, ballons émotions Puis exercice avec des encres « aléatoires » Assis, sur table	Papiers découpés joints pliés Crayon de bois Encres liquides Assis, sur table,	Terre à modeler durcissante à l'air Petits outils, eau. Masque recouvert de cette terre, grise	Encres liquides, assis à une table, art-thérapeute à proximité. Peinture acrylique 55x65 fixée au mur	Papiers grand format colorés, ciseaux, ruban adhésif Création sur table & dans l'herbe
ITEM 1 Ecoute Attention	Sans	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
ITEM 2 Implication Action **Autonomie**	Sans	**3.5** « C'est comme ça qu'on fait ? »	**4.75** « Tu restes à côté de moi … »	**5** « Tu fais quoi toi ? », « Je ne sais pas faire »	**5** « Assieds-toi là » (proche de moi)	Pics de colère mais **4** motivé ++ pour créa. costume avec beaucoup d'aide
ITEM 3 Sourires (nombre) **Décrispation, libre expression**	Sans	**4**	**1**	**5** **Expression lâchée :**	**5**	Dernière PEC et **3** fin de semaine d'hébergement : fatigue, excitation
ITEM 4 **Affirmation de soi** dans le calme, sans nervosité	Absent	**4**	**4**	**« Si tu veux je le défonce çà …» au** **5** **sujet du modelage que je fais à côté**	**6**	Grande nervosité, mais libération des **3** émotions positives aussi : JOIE, allant
ITEM 5 Fixation du regard (intrusif) Item scientifique « manger des yeux »	Absent	**6**	**5**	**4**	**2**	**0**
ITEM 6 **Alliance Thérapeutique**	Absent	**4** Inquiet et curieux	**5**	**5**	**4**	Osmose totale mm **6** si agitation forte ☹
Curseur Général Sentiment de succès de l'étudiante ART-THERAPEUTIQUE	Absent	**4/6**		Libération, confiant **6/6**	**5/6**	**6/6**
Avis Général	Absent	« A » est surpris et ravi d'être Pris En Charge ; il nous suit en rasant les murs jusqu'à la salle, curieux	Calme et réservé, « A » s'affaire à ses créations. Il sollicite bcp notre présence.	La danse avant la PEC lui a fait bcp de bien. Il est tellement joyeux qu'il libère une expression, dure ici	Exige notre proximité. Assez nerveux et vindicatif ; veut faire tout seul … Irritable	Sa 1ère semaine en hébergement à l'IME l'a libéré. « A » est volcanique et/mais expressif, ouvert.
Elan pour les séances futures	Absent	**4**	**4**	**6**	**4**	Dernière PEC **6**

2-2-6-4 Graphique de l'évolution des PEC de "A"



… Les couleurs ci-dessous correspondent aux couleurs des courbes du graphique …

Item 1 : ECOUTE ATTENTION … *"A" est toujours extrêmement attentif; sans doute "trop"; car à l'affût de tous mouvements et paroles, très inquiet*

Item 2 : IMPLICATION, ACTION, AUTONOMIE … *Il demande beaucoup d'aide et de présence au début, puis, dès le PEC 2, il prend confiance et devient plus autonome*

Item 3 : NOMBRE DE SOURIRES (décrispation, libre expression) … *C'est le plus aléatoire: "A" est irrégulier dans ce domaine*
"Chassez le naturel …" (surtout en si peu de PEC)

Item 4 : AFFIRMATION DE SOI, dans le calme … *Belle progression, sauf lors de la dernière PEC où "A" s'agace facilement et crie. La fatigue de l'hébergement sûrement …*

Item 5 : FIXATION DU REGARD (item scientifique « manger des yeux ») … *Décroissance fulgurante et régulière: "A" ne nous "mange plus des yeux" mais au contraire, nous sourit de + en +, se détend*

Item 6 : ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE … *Progressivement confiant et créatif, libéré (ce n'était pas gagné au début de la prise en charge !!)*

2-2-6-5 BILAN pour « A »

L'apprivoisement réciproque fut lent entre « A » et nous.

L'énigme que semblait cacher ce jeune et la difficulté à le cerner ont paradoxalement contribué à s'en approcher. Nous avons redoublé de volonté pour aller vers cet enfant apparemment tétanisé par notre présence, toujours seul, isolé, chargé de craintes et de négations … Le « défi » à relever art-thérapeutiquement, justement, pensions-nous.

Mue par l'envie d'en savoir davantage, et de relever une sorte ce défi, nous avons eu la bonne idée d'explorer ce personnage.

Des éléments d'observation correspondants aux Trouble du Spectre Autistique (TSA*) se sont avérés justes, étayés par les récents résultats d'analyses médicales.

La considération individuelle renforcée par l'utilisation de médium artistique ont aussi permis, durant un temps imparti, d'ouvrir ce jeune homme à une expression plus aisée de ses émotions.

Au vu du tableau et du graphisme, « A » s'est épanoui dans tous les domaines aux items ciblés : il s'est libéré en faits et gestes créatifs, ainsi qu'au niveau de l'expression, du visage en particulier. Il s'est avéré moins crispé, renfrogné, scrutateur et aussi moins énervé avec les adultes comme avec les autres jeunes.

Une prise en charge en art-thérapie de « A » plus longue et régulière serait la bienvenue.

Défi relevé.

2-2-7 Jeune homme « E » …

2-2-7-1 Anamnèse* :

- « E » vient d'avoir 14 ans
- C'est un adolescent porteur d'un handicap estimé à un taux d'incapacité de 80% catégorie 3 en 2011 par la Maison Départementale des Personnes Handicapées *. Sa déficience intellectuelle et son retard psychomoteur sont la conséquence d'un trouble périnatal avec convulsions et asphyxie.
- Il a un strabisme divergent et ne voit bien que si l'on se place à sa droite.
- Il a besoin de séances d'orthoptie
- Il prend un traitement antiépileptique : **MICROPAKINE LP** (acide valproïque sel de sodium, acide valproïque), à raison de **500mg**, (granulés à Libération Prolongée), 1 sachet **matin et soir**. *Ce médicament est proposé dans le cadre du traitement des épilepsies généralisées ou partielles: crises cloniques, toniques, tonicloniques, absences, crises myocloniques, atoniques, syndrome de Lennox-Gastaut*[14], *crises partielles avec ou sans généralisation secondaire.* ***POUR L'ENFANT*** *: prévention de la récidive de crises après une ou plusieurs convulsions fébriles, présentant des critères de convulsions fébriles compliquées, en absence d'efficacité d'une prophylaxie* intermittente par benzodiazépines*[15]. ***EFFETS SECONDAIRES :*** *tremblements, troubles extrapyramidaux*, stupeur*, trouble de la mémoire, céphalée*, mais aussi, coma, encéphalopathie*, léthargie*, syndromes parkinsoniens réversibles, ataxie*, paresthésie*. Au niveau des affections psychiatriques, les effets indésirables peuvent être : état confusionnel, hallucinations, agressivité, agitation, trouble de l'attention, comportement anormal, hyperactivité psychomotrice, difficultés d'apprentissage. Ces effets sont observés essentiellement dans la population pédiatrique*[16].
- « E » est très sensible aux couleurs
- Il aime trier les images variées par couleurs, thèmes
- Il aime les animaux et en particulier il voue une affection aux ânes dont il répète à longueur de journée le « hihan » qui lui vaut son surnom à l'IME*.

---

[14] *Cloniques, toniques, tonicloniques, myoclonique, atoniques* : concerne différentes manifestations de l'épilepsie.
[15] Benzodiazépine : nom générique de divers substances aux propriétés sédatives, tranquillisantes.
[16] VIDAL 2016.

Il a une vingtaine d'objets représentant cet animal dans sa chambre où il est en hébergement permanent hors week-end.

- Ne parlant pratiquement pas, sauf pour signifier « papa et hihan », nous échangeons ensemble, à l'aide de quelques signes appris sur place en ce qui nous concerne, mimant, guidant ce qu'il doit faire.
- « E » comprend les termes de couleurs qui lui sont donnés, formulés et montrés.
- Lors d'une séance, il peut faire jusqu'à 6 absences, étant sujet à l'épilepsie de façon croissante en fonction de sa fatigue.
- Du fait de son aphasie*, ses intentions sanitaires et artistiques ne sont pas exprimées. Néanmoins, son allant et sa curiosité le rendent partant pour tout. Dès que nous nous croisons dans la structure, il exprime d'un geste qu'il veut aller en art-thérapie.

2-2-7-2 OBJECTIFS THERAPEUTIQUES pour « E » :

- Avoir un comportement psycho-affectif socialement adapté
- Accepter la nouveauté
- Faire ce que je sais faire
- Respecter ses limites
- Se concentrer
- Travailler avec les deux mains pour davantage d'habileté
- Travail sur l'expression, la communication

2-2-7-3 SEANCES D'ART-THERAPIE

1. **9 Mars 2017 …** Lors de la première séance, « E » arrive accompagné et souriant dans la salle d'art-thérapie. Après une rapide présentation (il nous est difficile d'expliquer le rôle et l'objectif art-thérapeutique des séances, mais nous essayons). Il saisit sans doute plus de choses que ce qu'il donne à voir ; ce qui sera vérifiable lors des séances suivantes.

   Il est invité à classer des images avec des couleurs dominantes suivant des repères eux-aussi colorés et placés en ligne sur la table.

L'efficacité est surprenante et sera le point d'une progression art-thérapeutique ciblée, afin de l'amener à se concentrer sur des actions de plus en plus délicates.

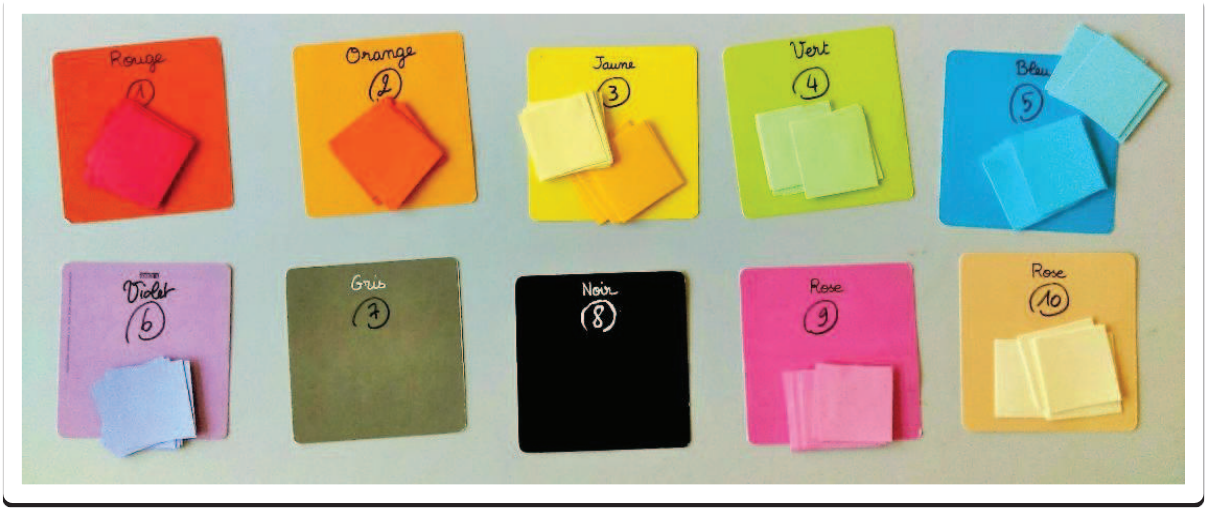


Figure 1 : repérages couleurs pour les classer et tenter de les nommer

1. **10 Mars 2017 …** Ce jour-là, « E » nous suit, enjoué, dans la salle. Il est même plutôt excité et se met à fouiller dans les boîtes de jeux. Il n'en fait qu'à sa tête mais l'invitation à s'assoir et à se concentrer sur des morceaux de papier à classer lui convient. Il obtempère un moment pour le tri (qu'il maitrise), mais lorsqu'on lui demande de compléter l'oiseau dessiné sur une grande feuille au mur, il se rebiffe, se réfugie au sol avec d'autres jeux, jusqu'à se rouler de colère. La reprise du tri en fin de séance le calme.

2. **16 Mars 2017 …** Cette fois-ci, l'oiseau va être animé, grâce aux carrés de papier colorés, suivant un repérage et guidage de la main adulte.

   La durée d'application est assez courte, mais « E » est attentif, délicat et précis. Petit à petit, le jeune voit que sa patience fait progresser sa création. Il montre du contentement mais aussi une certaine fatigue.

3. **17 Mars 2017** … Aujourd'hui, nous proposons une création en volume. Nous voulons observer la praxie* et la finesse de travail dont il sera capable.

   Sur un support de carton rigide, nous dessinons le plan-masse succinct d'un jardin. Des éléments de récupération (de l'atelier bois de la SIPFP*) sont étalés devant le jeune avec des contenants vides. Sans consigne, « E »

commence par classer les brindilles, bouchons et autres morceaux de bois et mosaïques. Puis nous expliquons que le dessin bleu au centre du carton est une mare ; il y a un chemin, des cercles pour la base des arbres et des traces pour construire une cabane. « Il va falloir animer cet espace pour y accueillir un animal, mais lequel ? … »

« E » s'applique au maximum pour coller de petits rondins de bois aux emplacements des arbres et de la cabane. Il sait bien-sûr que cette création accueillera un ou plusieurs ânes.

Cette séance est positive pour lui comme pour l'intervenante, hélas ternie par une grosse colère à la fin.

Figure 1 et 2 … Le Jardin de l'Âne …

6. **30 Mars 2017 …** Voyons comment le jeune se comporte avec de la peinture lors de cette cinquième séance.

   Nous rappelons que « E » a été confié par la SEES* afin de voir si une approche art-thérapeutique pouvait améliorer certains comportement de la vie quotidienne.

   Il nous avait d'ailleurs été possible de l'observer à table lors de notre première rencontre : « E » mange avec les doigts, tient mal ses couverts lorsqu'il les tient, en met partout, s'agite avec ses voisins, bouche et mains pleines, ne tient pas en place sur sa chaise, a rapidement envie de se lever … C'est « du sport » pour s'en occuper à ce moment !

   Trois couleurs primaires plus le noir et le blanc sont déposés sur une feuille A3* (21,7 x 42cm) en petits pâtés. Nous l'invitons à voyager dans l'espace de la feuille à l'aide d'un pinceau-brosse humidifié.

La consigne qu'il comprend au départ est de ne pas déborder de la feuille. Cela dure 2 minutes, puis le « voyage » se fait plus mouvementé et moins respectueux des limites.

On fait remarquer à la fin du mélange que la couleur ainsi obtenue ressemble à … celle du pelage d'un âne.

« E » est épuisé à la fin de cette séance.

5 petits pâtés de peintures acrylique (3 primaires + N&B), 1 pinceau brosse … 1 invitation (voyage) … 1 consigne (ne pas dépasser de la feuille)… Résultat : ça dépasse très peu et nous avons obtenu la couleur de l'âne ! Surprise et joie

7. **31 Mars 2017** … Dernière séance pour « E »

Sur le précédent travail à la peinture, désormais sèche, des pièces de puzzles autocollants de personnages sont proposées.

Il s'agit de les recomposer où il le souhaite sur la peinture, de manière à créer un univers, une histoire.

Les éléments sont d'abord collés avec des décalages et des erreurs (tête sur le bassin, chapeau sur les pieds …), mais au fur et à mesure, avec notre aide, « E » parvient à recomposer ces personnages, malgré 6 absences épileptiques constatées durant cette séance.

Le jeune quitte la salle, épuisé, titubant, mais souriant.

2-2-8 RESULTATS pour « E » ...

2-2-8-1 Grilles et schémas utilisés :

Voir les annexes A, B, E, G & H, I & J, K, L, N, O, R, S, T, à partir de la page 71

2-2-8-2 ITEMS utilisés

Items validés scientifiquement :

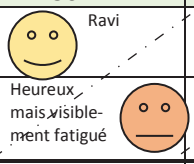
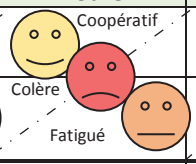
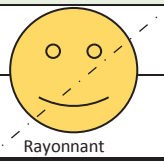
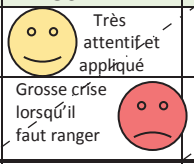
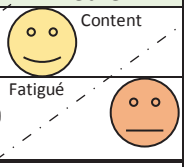
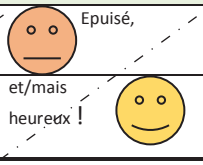
Echelle Québéquoise de Comportement Adaptatif/Atelier Québéquois des Professionnel sur le Retard Mental* **(EQCA*/AQPRM*):**

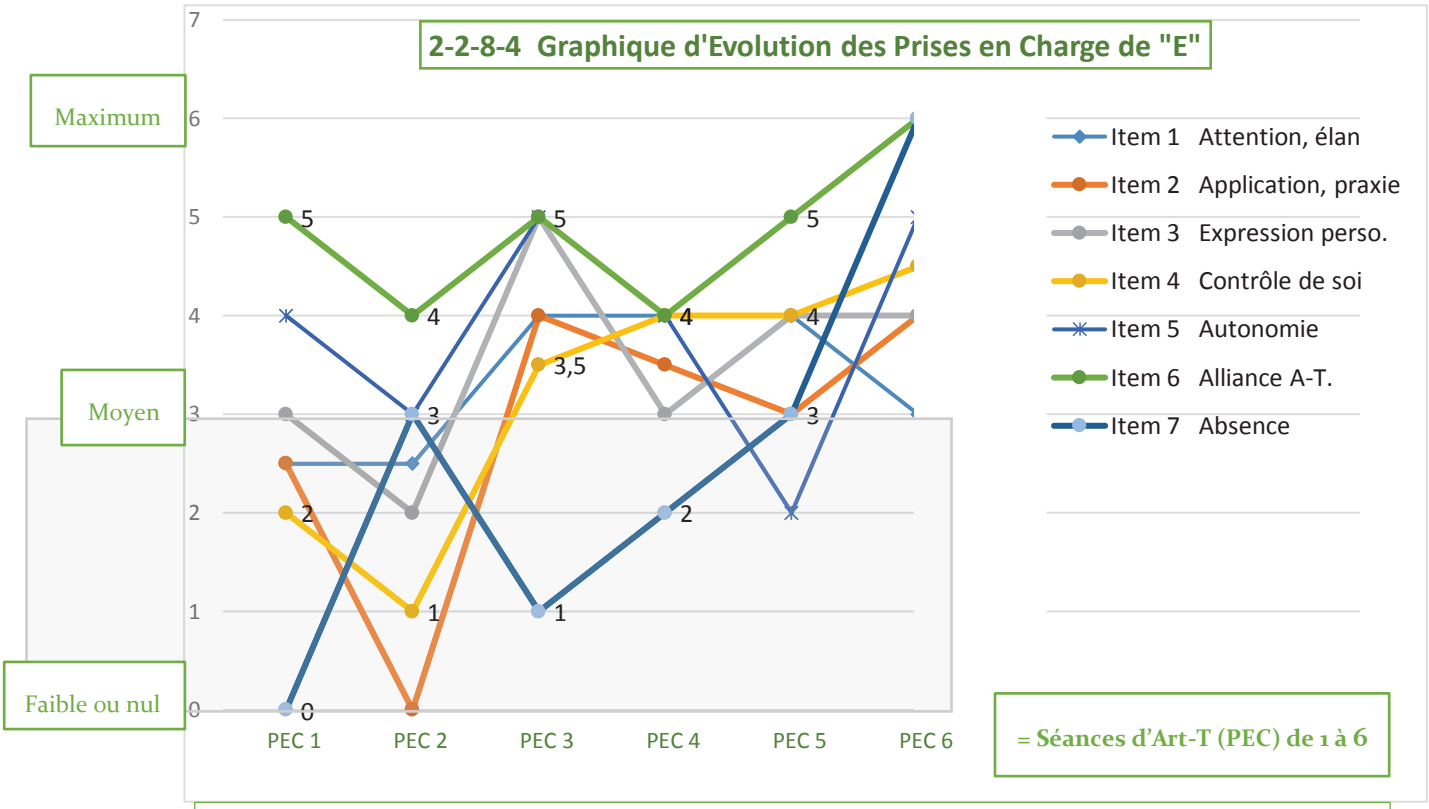
- se pend aux autres
- touche les autres (câlins)
- crie ou hurle si colère
- motricité fine : suit des yeux, attrape, cherche des yeux, plie, découpe
- langage : capable de vocaliser (item 116) Annexe T, page 91
- capable d'imiter 2 mots familiers (item 117) Annexe T, page 91
- GRAPHISME : trace, dessine, observe et imite
- SOCIALISATION : établir un contact visuel, sourire, observer les autres, interagir, participer, imiter

Items personnalisés

- Ecoute attentive
- Implication – action
- Classement couleurs et images
- Autonomie
- Soin et limites dans l'espace
- Sourires (nombre de)
- Absences épileptiques (nombre de)
- Expression de ses besoins
- Accepter la nouveauté
- Précision et praxie
- Obéissance et observation
- Colère (nombre de)
- **ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE**

2-2-8-3 GRILLE d'OBSERVATION des Prises En Charge de « E », par Cécile Fournier. Mars 2017. IME* 17220

« E » 14 ans M *Déficient intellectuel* *Retard psychomoteur* *Taux d'incapacité intellectuelle à 80% (MDPH* 2011)*	**PEC 1** 09/03/2017	**PEC 2** 10/03/2017	**PEC 3** 16/03/2017	**PEC 4** 17/03/2017	**PEC 5** 30/03/2017	**PEC 6** 31/03/2017
OJECTIFS (Art-) **Thérapeutiques** Principal et intermédiaires	Avoir une expression et un comportement socialement adaptés (obj./IME)	Suivre les consignes et répondre aux demandes des encadrants	Respecter des limites, savoir s'arrêter, à table, en ateliers, dehors	Observer et reproduire un geste simple : collage, dessin, rangement	Trouver du bonheur et de l'apaisement en créant pour soi, DANS LE CALME	Accepter la nouveauté. Utiliser ses 2 mains
Météo extérieure						
Heure de la journée	Matin 1ère hr	Matin 1ère hr	Matin 1ère hr	Matin 1ère hr PEC décalée d'1hr : « E » occupé avant	Matin 1ère hr	Matin 1ère hr
Durée de P.E.C	50 mn	1 heure	1 heure	30 mn	1 heure	50 mn
Etat de Base 1 Arrivée **Etat de Base 2** Départ						
Thème d'Action Sujet … *L'expression orale de « E » est quasi inexistante : la présentation est jugée inutile. La fiche d'ouverture est complétée avec l'équipe en amont, le dossier médical et nos observations.* *Nous communiquons essentiellement par signes & gestes*	***Classement d'images*** selon des couleurs … Féru de tri, nous voulons observer cette faculté chez « E » (impressionnant !)	***Tri suivant des couleurs*** suite et fin Nous laissons « E » évoluer dans la salle où il dispose de jeux variés, et donc d'images. Il reconnait les photos des encadrants et copains	***Un Oiseau*** imaginaire est dessiné sur grand format, fixé au mur. « E » y ***colle des carrés de couleurs*** (triés) avec repères et notre guidage	Fin de l'Oiseau et début de la ***maquette pour l'âne*** … Après avoir classé des petits éléments de récupération, « E » va les coller suivant un repérage dessiné …	Suite et fin de la composition 3D du « jardin de l'âne » … Triage cartes animaux … Peinture aléatoire sur A3 (limites)	Essai tamponnages dans zones déterminées … Collage autocollants sur peinture du 30/03 : former des personnages
Moyens Techniques, Matériaux, Matériels, Supports, Installations	Un jeu que nous trouvons dans la salle disposant de nombreuses cartes avec dessins et des couleurs : jeu « motivateur »	Des photos des personnes de l'IME, et des jeux éducatifs variés … Jeux pour apprentissage niveau maternelle	Papier 55x65. Feutres. Petits carrés de papier colorés. Colle. Travail debout	Carton Colle Bois (bâtons et plaquettes) Bouchons de liège Feutres	Idem PEC 4 + Peinture acrylique. Feuille papier A3. Pinceaux, rouleau. Travail assis & debout	Tampons. Acrylique. Papier kraft. Autocollants aux morceaux de corps (à recomposer)
ITEM 1 Attention élan	**2.5**	**2.5**	**4**	**4**	**4**	**3**
ITEM 2 Implication **Application Praxie**	**2.5**	**1.5**	**4**	**3.5**	**3**	**4**
ITEM 3 Expression des besoins et sentiments	**3**	**2**	**5**	**3**	**4**	**4**
ITEM 4 **Contrôle de Soi** Colère et limites Item scientifique (ECQA)	**2**	**1**	**3.5**	**4**	**4**	**4.5**
ITEM 5 **Autonomie**	**4**	**3**	**5**	**4**	**2**	**5**
ITEM 6 **« Alliance Art- Thérapeutique »**	**5**	**4**	**5**	**4**	**5**	**6**
Item 7 **Absences** épilepsie	**0**	**3**	**1**	**2**	**3**	**6**
Avis Général **Dont posture de l'Art-Thérapeute**	Le **tâtonnement** est total : il s'agit lors de cette 1ère PEC de faire connaissance via l'**action libre** … Nous suivons « E » dans son élan pour **l'observation** et le tri des images, **communiquant par signes et gestes instinctifs**	**Nous utilisons la capacité** flagrante **de « E »** pour envisager un guidage vers les objectifs thérapeutiques : **se servir de cette faculté d'observation et d'organisation** via le tri … Cela fonctionne même si le jeune tente une colère	**Le guidage permet à « E » de canaliser son attention et son application** afin de compléter sa composition. Il travaille si bien qu'en fin de séance, fatigué, il ne veut plus partir	La création en 3D convient ++ à « E » et son besoin d'**action ciblée, concrète** : « *le jardin pour l'âne* » lui 'parle', il y met tout son soin, ultra précis ici et nous l'en félicitons. C'est une erreur : il profite de la brèche pour se rouler à terre de colère !	« E » est très fatigué en cette fin de PEC, il a de + en + d'absences et cela minimise ses actions. Il reste très motivé pour créer, touchant. Il est moins précis. **L'alliance art-thérapeutique permet l'élan de vie, de sourire et de calme propice**	Dans un état d'épuisement élevé, « E » garde le plaisir visible à venir en art-thérapie. **Le lien tissé permet cette considération individuelle évolutive** dont il a grandement besoin. Dès que nous nous croisons, « E » veut aller en art-t.
Elan pour les séances futures	**5**	**5**	**6**	**6**	**6**	**6**



Item 1: ATTENTION ELAN ...

La fatigue pousse « E » à faire de nombreuses pauses durant les séances, surtout en fin de prise en charge. Nous notons qu'il fait des « efforts » en PEC 3, 4 et 5

Item 2: APPLICATION PRAXIE ...

C'est faible au début, puis nous observons une progression, au-dessus de la moyenne de 3 : la praxie est même fine à court terme, et le jeune fait montre de patience lorsque des éléments se décollent par exemple.

Item 3: EXPRESSION PERSO ...

« E » parvient à exprimer davantage ses envies et ses émotions, et nous captons de mieux en mieux ce qu'il veut dire et faire. La ligne grise reste au-dessus de la moyenne de 3 à partir de la 3ème PEC. Cela n'empêche pas les crises

Item 4: CONTROLE DE SOI ...

Echo à l'item précédant, le jeune progresse dans un certain contrôle de lui. Il a compris qu'il n'obtiendrait rien de nous par la colère, il est de plus en plus calme et de + en + fatigué

Item 5: AUTONOMIE ...

C'est l'item le plus fluctuant. « E » a énormément besoin de nous. Nous sommes persuadée qu'avec davantage de PEC, ce jeune gagnerait en autonomie.

Item 6: ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Nous sentons que « E » est en totale confiance et motivation avec nous, pour créer, et être en notre compagnie. Il nous sollicite beaucoup, y compris en dehors des PEC.

Item 7: ABSENCES (épilepsie)...

Gros pics en fin de prise en charge générale. « E » est épuisé par sa dernière semaine et s' « éteint » de plus en plus. Ses absences épileptiques sont croissantes et touchantes, car le jeune en revenant, s'active de plus belle. Nous sommes affectée et au summum de l'empathie.

2-2-8-5 BILAN pour « E »

Objectif : répondre à la demande du coordinateur de la Section d'Education et d' Enseignement Spécialisée (SEES*) pour tenter une démarche art-thérapeutique pouvant apporter une amélioration au quotidien.

Utiliser le potentiel organisationnel fut le point de départ du travail avec « E ».

D'images en petits éléments, il s'est montré constructif et particulièrement habile pour créer la saynète prévue pour son animal préféré.

Ses nombreuses absences n'ayant que peu d'impact sur sa motivation à créer et s'activer en art-thérapie.

Donc, un travail sur une durée plus longue pourrait lui apporter davantage de concentration et d'équilibre.

Ainsi, « E » améliorerait sa praxie, sa notion de limites, des siennes d'abord.

« E » est un modèle d'alliance art-thérapeutique réussi, prometteur et utile car efficace.

Expérience touchante et marquante pour l'étudiante art-thérapeute, car le jeune, qui semblait inaccessible au départ, s'est avéré d'une sensibilité fine, voire troublante.

L'empathie fut à son maximum avec « E ».

Défi relevé.

RESULTATS,

d'un point de vue général :

pour les 4 jeunes gens

. . .

Les quatre adolescents ont montré un vif intérêt pour la démarche art-thérapeutique, se sentant considérés en tant qu'individu avant tout.

L'alliance thérapeutique, base de tout échange constructif et de confiance visant à l'amélioration des santés mentale et physique s'est avéré d'autant plus importante ici que l'approche était innovante pour tous les protagonistes, étudiante art-thérapeute comprise.

Aussi, les premiers contacts, plus ou moins directs, se sont-ils construits sur des fondations accueillantes et respectueuses.

Les entrées en matière développées ci-après ont alors contribué aux bons résultats que nous avons obtenus.

PARTIE III DISCUSSION

3-1 APPORTS ET BENEFICES

3-1-1 Echelles d'évaluation scientifiques :

Les échelles d'évaluation scientifiques utilisées permettent une organisation et une visualisation tangibles indispensables à l'étude et la pratique art-thérapeutique.

Les grilles du terrain de stage (SEES*/IME*), associées aux échelles retenues (2-1-3) permettent une lecture plurielle et précise des objectifs et potentiels de chaque patient.

La combinaison personnalisée et adaptée aux jeunes pris en charge illustre l'apport clinique et **relie l'art-thérapie aux domaines médicaux** ainsi référencés ; *c'est en tout cas notre souhait et celui des responsables de notre formation.*

Afin de maintenir et donner une place à la pratique art-thérapeutique dans le milieu médical, il est utile de montrer que des items issus de grilles scientifiques sont transposables, adaptables à la pratique artistique ciblée en vue d'atteindre les objectifs thérapeutiques.

Ainsi, dans nombre de grilles existantes, il y a matière à justifier d'une évolution du projet de soin.

Afin de clarifier la notion « scientifique » de l'ART-THERAPIE, nous citerons Richard FORESTIER :

« *L'artiste, par sa connaissance des rouages nécessaires à l'activité artistique, peut susciter, aider, voire guider autant l'intention, l'action, que la production artistique, tout en veillant à la cohérence et à l'équilibre du processus mis en œuvre . Afin de maitriser les phénomènes provoqués, et forte de la complexité de ceux-ci, une modalité d'observation et d'analyses adaptées, pertinentes et très précises permet de comprendre, donc d'agir sur les mécanismes humains concernés dans l'espoir d'atteindre les objectifs souhaités. C'est peut-être avec cette approche de l'activité que l'art-thérapie peut revendiquer sa nature scientifique. Donc, répondre à la condition de base du thérapeute qui est de ne rien affirmer qui ne soit attesté. Il est donc possible de suivre un patient dans une prise en charge en Art-Thérapie. De même, il est possible d'agir sur les difficultés et d'aider médicalement les patients . En cela, l'art-thérapie permet de soigner*[17] ».

[17] Richard FORESTIER. ***L'ART-THERAPIE***. Favre. 2012. Page 113.

3-1-2 Items personnalisés, visant à objectiver les changements observés :

Les items scientifiques personnalisés ont été choisis suivant deux approches :

1°) **Avant** les PEC*, selon le dossier médical et les objectifs pluridisciplinaires de l'équipe encadrante de l'IME* : Objectifs principaux et secondaires ET d'après les notes d'observation prises lors de la première semaine de stage.

2°) Nous nous sommes également servi de nos notes d'observation **au fur et à mesure** des PEC*, en fonction des réactions et attitudes des jeunes patients, en suivant son évolution.

En effet, des items de départ se sont avérés moins importants et marquants que ceux générés par et au cours des PEC*.

3-1-3 Grilles d'observation des séances :

Voir annexes A et B pages 71 et 72

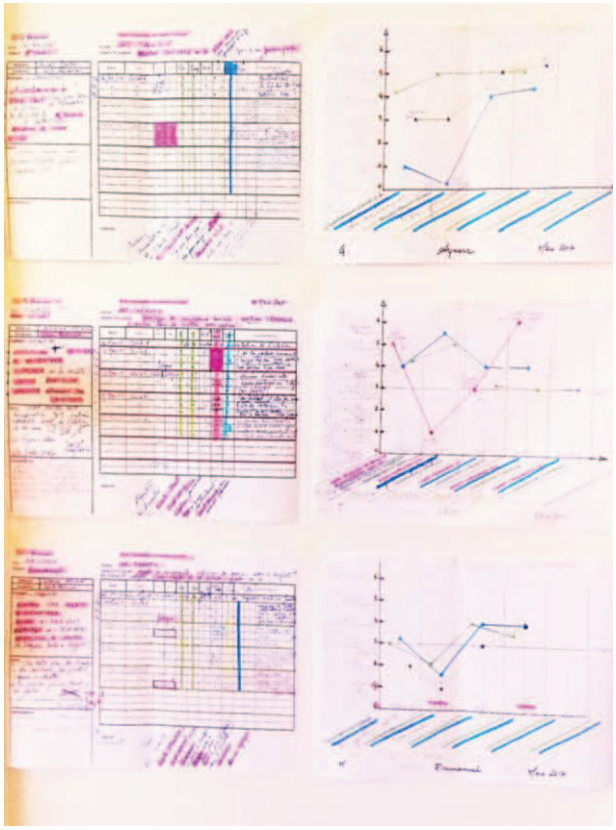


Figure 1: présentation de nos résultats d'observation des séances pour « C, L et A » lors de la réunion de fin de stage. Grilles et graphiques d'OBSERVATION.

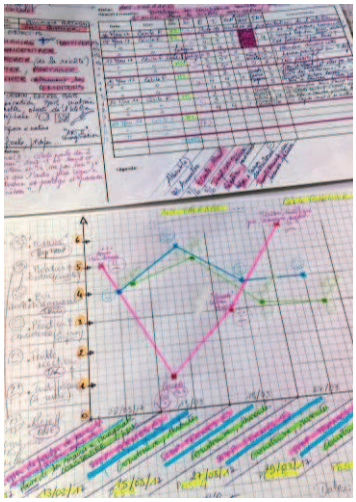


Figure 2: en haut, une des grilles d'observation, avec les items et les côtes, en bas, le graphique correspondant

3-2 LIMITES DE L'ETUDE

3-2-1 Nombre de séances :

Le cadre du stage impose un nombre réduit d'heures, et donc de séances d'art-thérapie, en accord et disponibilité du groupe SEES*/IME*.

La volonté et possibilité de concentrer ce stage de 140 heures sur une semaine d'observation et trois semaines de PEC nous ont permis la concentration et l'efficacité, intenses certes, mais adéquates.

Nous l'avons dit, seule la PEC* de « L » s'est avérée trop courte pour pouvoir en développer puis en évaluer les bénéfices.

3-2-2 Déroulement des séances :

A D A P T A B I L I T E, tel est le maître mot de ce stage.

Bien gérer l'emploi du temps du jeune patient et se fondre dans la structure.

Nous avons eu la chance d'être intégrée telle une professionnelle dans cet IME* et plus précisément dans le groupe SEES* où notre tutrice nous a construit un « emploi du temps art-thérapie » judicieux.

A peu de choses près, les séances se sont déroulées en temps et en heure.

Avec un maximum de deux prises en charges par demi-journée, il était confortable d'organiser un temps de préparation avant la séance (environ 15-20mn) et un temps de rédaction/bilan juste après ; environ 30mn. Voir l'EDT[18] page 17.

Pour une rédaction plus détaillée, un temps plus long était nécessaire en fin de journée, allant jusqu'à deux bonnes heures.

Le déroulement d'une séance :

- Accueil, et discussion, si possible
- Choix du ballon « état de base I* » et l'échange éventuel s'ensuivant.
- Nouvel exercice ou suite et fin, adapté à l'humeur et à l'état de santé du jeune patient. Sa durée dépend aussi de ces paramètres.
- Fin de la séance annoncée, préparée, (« *Que penses-tu de ce que tu as fait, nous continuerons …, Que fais-tu ensuite, quelle activité as-tu » etc…),* puis choix du ballon émotion (« état de base II* ») et discussion éventuelle.

[18] EDT : Emploi Du Temps.

3-2-3 Grilles d'évaluations et schémas utilisés

Pour la meilleure visibilité d'un ensemble, nous avons créé un document qui se tient sur une feuille de format A3* (29.7 x 42cm). **Voir l'annexe A page 71.**

La Fiche d'Ouverture se trouve ainsi au centre et un premier tableau d'évaluation se trouve au dos.

Dans l'idéal, nous aimerions que cette partie évaluation figure également sur une seule feuille de format A3*(29.7 x 42cm), pour en améliorer la lisibilité globale et détaillée.

3-2-4 « Auto-évaluation générale » :

Positif, intégré	A revoir, peaufiner, changer
Adaptabilité « ok »	Pas assez de temps de PEC encore, prendre 2 bonnes heures par personne pour tout évaluer et retranscrire
Communication	Nombreuses fiches d'évaluation : n'en faire qu'une
Lien avec le métier d'enseignante : organisation, savoir rebondir, ne pas rester coincée	Trop de grilles adaptées aux pathologies aussi : cibler les bonnes parmi celles utilisées. Combiner
Travail à l'instinct et d'observation	Ne pas s'éparpiller, tout concentrer sur un document de bilan/évaluation
Créativité au service du soin : « top »	ORGANISATION +++

3-3 DISCUSSION du CADRE CONCEPTUEL

3-3-1 Le cadre thérapeutique e(s)t notre thème de mémoire

Ayant pour objectifs de départ l'évolution positive et constructive des situations abordées, nous pouvons dire que l'art-thérapie a porté ses premiers fruits, y compris lors du stage, même court.

Générer un mieux-être et un « être davantage » (Jean-Pierre KLEIN) en accompagnant la personne amoindrie sur le chemin de la création artistique, effectivement cela fonctionne.

Les attentes en 2-1-7 ont été satisfaites et même au-delà, de toutes parts.

Hormis la PEC* de « L » (vraiment trop courte compte tenu de la lenteur d'investissement et donc d'action de cette jeune fille), l'impact des travaux avec les trois garçons a dépassé nos espoirs et ce, encore une fois, au vu du faible nombre de séances (5-6 maxi), de notre tâtonnement, et de l'approche complexe de certains cas.

Les bilans présentés à l'équipe lors de la réunion de fin de stage ont été étayés d'avis positifs d'autres encadrants.

Ainsi, le musicothérapeute a pu dire que les passages de « C » en art-thérapie l'avaient apaisé.

Ce qui initie et tisse l'allant créatif à la base de cette progression positive, c'est d'abord l'ALLIANCE entre le thérapeute et le patient.

Grâce à ce germe communicatif originel, le contact, la confiance, la curiosité, le moteur (re)constructif se met en marche, doucement et sûrement.

De la même manière qu'on « adopte » un médecin, l'art-thérapeute et son patient doivent s'apprivoiser l'un l'autre, gagner leur confiance réciproque.

C'est pour nous la base de toute relation harmonieuse art-thérapeutique : S'apprivoiser d'abord, par le biais de l'art, fédérateur et de surcroît thérapeutique, cela donne alors le meilleur.

3-3-2 Notre vision de **la Relation Thérapeutique**

« Être solidement accueillant(e) »

C'est ce nous attendons de la part de tout personnel de santé, médecins, infirmiers, paramédicaux. Dans notre cas, montrer que nous sommes une personne de confiance, compétente, structurante et initiatrice d'expression, bienveillante.

« Là pour aider »

Dans un état physique et mental rassurant, une relation équilibrée et équilibrante d'accompagnement thérapeutique fiable, ouverte et professionnelle, qui génère et fixe des objectifs concrets et réalisables.

« Il est important pour la réussite de l'intervention, comme pour tout processus psychothérapeutique de créer un ***grand sentiment de sécurité*** *chez les participants*[19] *»,* comme l'écrivent les québécoises Johanne HAMEL et Jocelyne LABRECHE.

« Garder une distance »

Cultiver une relation de soin, mais garder le recul nécessaire pour ne pas tomber dans l'excès : le patient n'est pas notre ami, ni cet être que nous voulons guérir à tout prix et de tous les maux. L'art-thérapie n'étant pas miraculeuse, nous ne pouvons tout résoudre par ce biais. Quoique …

« Dans les institutions thérapeutiques pour enfants et adolescents, la relation avec le personnel est l'élément fondamental de l'action thérapeutique. Il n'est pas demandé au personnel d'adopter telle ou telle attitude définie par avance. Cela conduirait à un manque total de ***spontanéité*** *et d'****authenticité*** *dans la relation avec les enfants*[20].

[19] ***ART-THERAPIE***, Johanne Hamel et Jocelyne Labrèche, Larousse Poche. 2010. P236.
[20] ***PSYCHANALISE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT,*** *La Relation Thérapeutique.* P.Mazet-D.Houzel. Edition De Boeck. P235.

3-3-3 L'alliance (ART-)thérapeutique (UNIVERSELLE)

Notre souhait de devenir Art-Thérapeute remonte à presque 30 ans, aidé de notre expérience comme enseignante en art-plastiques et appliqués pour tous. Nous ressentons depuis toujours que l'essence d'une telle vocation réside dans ce « lien partageur habité ».

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'intituler ce mémoire : ***« L'ALLIANCE ART-THERAPEUTIQUE UNIVERSELLE ».***

L'alliance thérapeutique se situe alors au-dessus de la simple et néanmoins constructive relation de même nom. Dans le sens où les deux parties, patient et art-thérapeute « signent » une sorte de contrat humain qui les mènera vers une collaboration réussie.

Qui dit humain, dit variations d'états, de fonctions, de sensations et de sentiments. Eléments sous-jacents qu'il ne faut pas mésestimer ni refouler, au risque de passer à côté de l'essentiel : le cœur du sujet.

Tout ce qui tourne autour des personnalités, du contact entre les protagonistes entre en jeu.

L'altruisme, la bienveillance, la notion d'aide et même l'affectif, dès l'instant qu'ils sont distillés avec justesse contribuent pour l'essentiel à la bonne prise en charge de l'individu et à son évolution positive.

Dans le cadre d'une alliance issue d'une bonne relation thérapeutique, et selon Benoît PAIN :

« La personne malade demande au médecin technicien de le guérir de sa maladie mais il demande aussi d'autres choses : (…) soutien, réassurance, sécurité et affection [21]».

Nous sommes persuadée qu'un technicien sans fibre affective soigne moins bien que s'il déploie toutes ses antennes, y compris celle empathique reliée à notre second moteur : le cerveau oui, mais toujours associé au cœur !

Il est fascinant de voir à quel point les art-plastiques et la création en général sont alors un puissant vecteur d'adhésion mutuelle.

L'art fédérant et libérant le fluide constructif de l'empathie :

---

[21] Benoît PAIN. ***LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES.*** Cours du 11 Janvier 2017. P.6

S'exprimer, être soi, vivre et Exister …

Cette connexion à l'autre s'effectue d'abord par un regard, un geste, un intérêt discret qui relie doucement deux êtres et rassure, apaise. Cette connexion, c'est la considération, l'essence même de l'alliance art-thérapeutique.

3-3-4 L'Alliance Thérapeutique, termes, sources et documents

Dossier « CAIRN*» : annexe H page 77

- ✓ percevoir un accord
- ✓ il y est question d'une bonne relation, de confiance mutuelle, d'entente, de compréhension, d'estime
- ✓ où l'on fait part de ses doutes et partage des opinions parfois différentes
- ✓ où l'on ressent l'autre, où règne l'EMPATHIE*
- ✓ travail sur des objectifs vu ensemble, discutés en corrélation avec les besoins et potentiels du patient

Dans le CARE* pédiatrique ; relevé de termes : annexe G, page 77

- ✓ Permettre
- ✓ Accueillir
- ✓ Observer
- ✓ Relier
- ✓ Soutenir
- ✓ Répondre
- ✓ Encourager, valoriser
- ✓ S'appuyer
- ✓ Prendre soin

L'Alliance Thérapeutique pour le Docteur Charly CUNGI :
Médecin psychiatre et enseignant à l'Université de Lyon.

Annexe R, page 88

- ✓ C'est le rapport collaboratif entre le soignant et le soigné
- ✓ **Où il existe une dimension affective : Relation empathique**
  Relation authentique
  Relation chaleureuse

- ✓ Où il existe une dimension professionnelle en lien avec un *statut* et des *compétences*.
- ✓ L'alliance est alors le mélange de ces deux dimensions, affectivo-professionnelle.
- ✓ C'est aussi savoir faire face aux réactances* et résistances !
- ✓ L'art-thérapie est un **vecteur** (entre deux ou plusieurs personnes donc)

Tisser l'alliance, c'est aussi, au niveau personnel :

- ✓ **L'auto-observation du thérapeute (regard, mimiques, voix, posture, positionnement et distance)**
- ✓ **Etre à l'écoute de ses propres sensations physiques, ses émotions et sentiments, les repérer et les définir, pour mieux s'en servir et éviter qu'elles nous desservent.**

L'EMPATHIE …

« *Dans le contexte de la psychothérapie, il ne convient donc pas seulement d'écouter les représentations ou les croyances personnelles du patient, ni de seulement l'entrevoir comme « sujet » de la relation qu'il entretient avec lui-même.* ***Il convient aussi de le considérer comme partie prenante dans l'élaboration et la mise en œuvre de la relation thérapeutique****. Il revient au thérapeute de créer les conditions propices à l'échange en même temps que de laisser au client toute sa part de responsabilité au cœur du dispositif thérapeutique. La personne étant un organisme qui possède des ressources, la tendance à* ***l'actualisation des forces de croissance qui existent en elle*** *est agissante comme facteur essentiel d'une thérapie centrée sur la personne* [22] ».

L'empathie nécessaire à l'alliance art-thérapeutique est pour nous bien davantage qu'une aptitude à « *reconnaître les émotions de* », c'est le don de générer chez l'autre sa propre auto-(re)-construction. **C'est capter ce qui anime l'Autre afin qu'il s'en sorte, au final, seul, avec ses outils, ses moyens propres.** Cécile Fournier.

---

22 Lamboy, G. (2011). ***La relation empathique selon Carl Rogers*** . *Santé mentale*, n° 158, pp. 52-55.

3-3-5 Besoins des patients (cadre conceptuel de l'art-thérapie)

Nous pouvons dire ici que la personne abîmée ne veut pas de médicament, ni dessiner ou chanter en premier lieu.

Ce qu'elle souhaite c'est être **considérée** en tant qu'être à part entière, dans son ensemble et individuellement, **d'abord.**

Nous avons relevé plus haut les termes de ce que nous appellerons l'OSMOSE THERAPEUTIQUE entre le patient et son thérapeute.

Rien de tout cela ne peut être efficacement mis en valeur sans ce fondement :

LA CONSIDERATION INDIVIDUELLE

Le stage en IME* nous a permis de relever cette valeur, ce dénominateur commun à toute prise en charge thérapeutique :

La personne malade, déprimée, mourante, porteuse d'un handicap, a le besoin vital d'être considérée tel un individu à part entière, unique, singulier, avec une histoire passée et présente, dans sa personnalité, sa souffrance.

Les PEC* individuelles sont pour beaucoup dans l'évolution positive des pathologies même durant le court temps du stage.

Pour les 4 jeunes patients de l'IME*, et parce que les conditions et les objectifs s'y prêtaient, l'octroi de séances particulières leur donnait déjà un élan de reconnaissance, de mise en valeur de leur existence intrinsèque.

Aussi, d'autres jeunes gens insistaient pour que nous les prenions en charge, cherchant à exister, voire peut-être « s'en sortir » (du cadre, du groupe, de leur routine) et se libérer un peu des contingences environnementales.

Benoît PAIN écrit (dans son cours cité ici page 59):

« *Le malade est reconnu comme une personne au-delà de sa maladie* »

En cela nous rejoignons le modèle holistique qui prône cette considération générale, ce que nous appelons de manière imagée (artiste visuelle oblige) « la planète humaine » en face de nous.

3-4 POSTURE DE L'ART-THERAPEUTE

3-4-1 Cadre thérapeutique

Notre potentiel est la créativité.

La générosité oblative, tournée vers l'Autre, son éducation et son mieux-être est aussi un héritage maternel, que nous louons ici.

La création artistique est notre moteur de vie : plasticienne pratiquante nous sommes.

Persuadée également que « *l'Esprit est une force volontaire et* active » (Benoît PAIN), le pouvoir de transmission d'un savoir ÊTRE et créer, peut améliorer des états de santés, embellir des âmes, sauver des vies, oui.

Il ne suffit pas de suivre une formation (n'importe quelle formation) pour Être, VIVRE le métier auquel elle prépare.

Notre posture art-thérapeutique est humaniste, holistique, empirique car habitée, depuis longtemps. D'abord pour nous en tant qu'artiste, puis en tant qu'enseignante (**incitation à avoir l'élan créatif** d'abord, souvenons-nous).

L'apport d'un cadre ainsi que les expériences vécues au sein de l'Education Nationale, les centres de formation (GRoupement ETAblissements/GRETA*), l'Institut Médico-Educatif, ainsi que l'enseignement à teneur scientifique du Diplôme Universitaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers structurent nécessairement cette posture en devenir.

3-4-2 Besoins des patients (posture soignante)

Si possible, nous aurions pris en charge une dizaine de jeunes, voire davantage dans cet IME*.

Les apports en art-thérapie y sont particulièrement adaptés et préconisés.

L'adolescent en situation de handicap mental est friand d'action créative. Il a un grand besoin de considération individuelle, pour lequel l'art-thérapie à base d'arts-plastiques est adaptée.

Au sein du groupe SEES*, sur une trentaine de jeunes, plus des 2/3 nécessiteraient une Prise En Charge art-thérapeutique en complément d'activités.

D'ailleurs, durant le stage, nombre d'entre eux fait la demande à l'étudiante art-thérapeute et aux encadrants, pressentant que cela « leur ferait du bien » et voyant leurs 4 camarades aller ou revenir des séances avec le sourire, de meilleure humeur.

3-4-3 Travail en collaboration avec les autres personnels

L'accueil au sein de l'équipe Section Educative et d'Enseignement Spécialisé* a été particulièrement chaleureux. Nous l'en remercions encore vivement ici.

Nous étions attendue. Et notre considération réciproque a été fondatrice.

Le personnel éducatif avait une notion de ce qu'est l'art-thérapie et une certaine hâte d'estimer sa mise en œuvre.

La plupart des encadrants mettaient beaucoup d'espoir dans la pratique selon eux à « connotation *miraculeuse* de l'art-thérapie », nous demandant avec insistance parfois de prendre en charge certains jeunes.

Effectivement, en IME*, lorsque l'éducation spécialisée, les traitements médicamenteux et toutes les prises en charges sont utilisées sans résultats convaincants, la pratique art-thérapeutique ouvre des perspectives d'amélioration des santés mentales et physiques.

L'exemple de « C » lors de la réunion improvisée de fin de stage, (regroupant tout le groupe SEES*, jeunes et adultes compris), le démontre : voir page 31.

*"Le thérapeute, dont (...) **l'implication émotionnellement authentique**, lui permettait d'entrer davantage en **résonance** avec le vécu émotionnel de son patient, sera probablement d'autant plus efficace comme **passeur, accompagnateur**, qu'il participera à la construction d'un espace suffisamment sécurisant en sachant s'ajuster aux besoins de son passager, pour lui **permettre ainsi d'éprouver en toute sécurité, l'expérience de la transformation** ...*[23] »

[23] Edouard COLLOT , ***L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE*** . Psychothérapies Pratiques, Edition Dunod. 2011. (Extraits de son ouvrage en format Kindle/web).

PARTIE IV CONCLUSION

Suivre la formation en art-thérapie au sein de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers nous a apporté une structure, dont les étapes protocolaires indispensables à une construction de travail fiable, efficace et transmissible.

Les personnes qui travaillent dans les établissements médicaux, auprès de publics porteurs de handicaps –comme en IME*- sont demandeuses d'observation et de résultats dans ce domaine paramédical.

Et moi aussi, en tant que future Art-Thérapeute.

A ce stade du mémoire, permettez que je réincarne mon identité propre. Aussi, j'emploie maintenant la première personne du singulier.

Asseoir ses pratiques et interventions (ici en arts-plastiques) sur des progressions mesurées, étayées, logiques et vérifiées, illustre ce métier.

Je le sais depuis toujours : « créer fait du bien ». En IME*, j'ai tout de même été surprise de l'efficacité d'une telle approche pour des êtres « abîmés ».

L'art et sa pratique ne sont pas seulement du rêve, c'est une merveilleuse clef ouvrant à une meilleure connaissance de soi, induisant un mieux-être ; mental et physique. Si *Winnicott perçoit la créativité comme la capacité à créer des liens avec (et entre) le monde extérieur et sa vie intérieure*, c'est également ainsi que je vois le métier d'art-thérapeute (et celui d'enseignante), « accoucheur de créativité ».

Tout Être en souffrance plus ou moins sévère peut un jour avoir besoin d'une telle considération créative adaptée et évolutive.

L'art-thérapeute est d'abord un tisseur d'alliance entre les personnes et leur moi profond, mais aussi, il est initiateur d'échanges plus riche au sein de leur environnement .

La conscience de ce puissant potentiel créatif intrinsèque à chaque individu pourrait même générer une alliance constructive planétaire, plutôt que l'inverse, trop souvent.

L'Art(-Thérapie) seraient alors LE vecteur positif d'évolution universelle …

Cécile Fournier.

BIBLIOGRAPHIE

BENNETT Cat *Créativité* Edition Dangles 2014.

COLLOT Edouard *L'Alliance Thérapeutique* Psychologie Pratique Edition Dunod 2011.

DUMAS Jean *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* Ouvertures Psychologiques Edition De Boeck 2007.

FORESTIER Richard *L'Art-Thérapie (tout savoir sur)* Edition Favre 2012.

GINGER Serge *La Gestalt* Marabout 1997.

HAMEL Johanne et LABRECHE Jocelyne *Art-Thérapie* Edition Larousse 2015.

JUNG Carl Gustav *Le Livre Rouge* Edition les Arènes 2012.

KLEIN Jean Pierre *L'Art en Thérapie* Hommes et perspectives Edition Le journal des psychologues 1993.

MAZET Philippe et HOUZEL Didier *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* Edition Maloine 1999.

SUDRES Jean Luc *Soigner l'Adolescent en Art-Thérapie* Edition Masson 2007.

VIDAL *Dictionnaire Vidal* 2016.

WINNICOTT Donald *L'Enfant et le Monde Extérieur* Edition Payot 2001.

WEBOGRAPHIE

https://www.cairn.info

https://www.cofemer.com

https://www.instit.info

https:/www.pedialog.org

GLOSSAIRE

dans l'ordre alphabétique

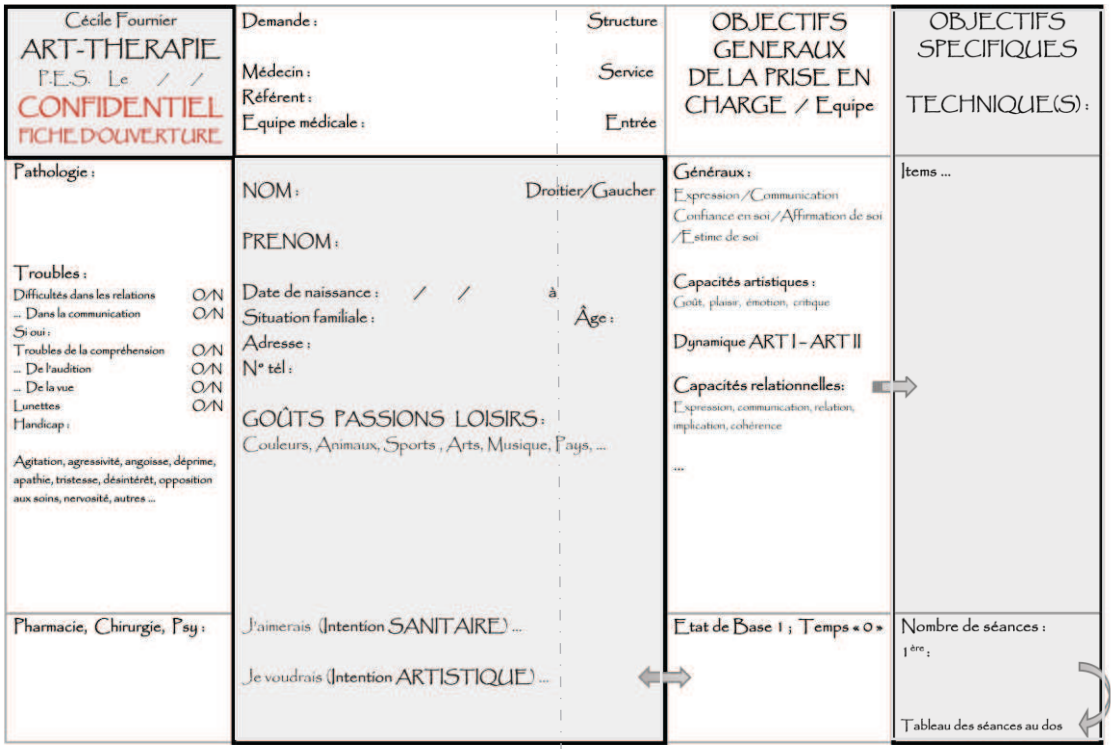
- **A4, A3 :** formats standards de feuille de papier : **A4** : 21 x 29.7cm **A3** : 29.7 x 42cm
- **AEMO :** Action Educative en Milieu Ouvert
- **Anamnèse :** histoire de vie
- **Anorexie :** trouble du comportement alimentaire
- **Antipsychotique** : substances agissant sur les symptômes psychotiques tels que : hallucinations, autisme, accès mélancolique, délire, excitation maniaque. Terme préféré à celui de ***neuroleptique***, car moins limitatif.
- **AQPRM :** Atelier Québécois des Professionnels du Retard Mental
- **ART I et ART II :** pratique artistique qui a besoin d'un modèle en I. Qui utilise l'imaginaire personnel en II.
- **Ataxie** : absence ou difficulté de coordination des mouvements volontaires.
- **Bruxisme** : « grincement de dents »
- **CAIRN (info):** portail internet d'informations générales
- **CAMSP :** Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.
- « **CARE** » **pédiatrique :** ICI, ce sont les **termes** qui ont été retenus en rapport avec les soins médicaux des enfants.
- **CATA :** Association Canadienne d'Art-Thérapie
- **Céphalée :** maux de tête
- **CIM-10 / ICD-10 :** nomenclature publiée par l'**Organisation Mondiale de la Santé** (10è révision), dont le chapitre V concerne les troubles mentaux ou du comportement.
- **CréAction** : création active : terme de Cécile Fournier pour indiquer un élan à créer, un « oser créer »
- **2D, 3D :** 2 dimensions et 3 dimensions : à plat (surface) et en volume (objet)
- **DSM-IV :** Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. 2000.
- **Dyskinésie :** mouvement anormal apparaissant ou s'accentuant à l'occasion d'un mouvement volontaire. S'arrête lors du sommeil.
- **EDC :** Echelle de Discontrôle Comportemental
- **Emoticône :** figuration symbolique d'une émotion
- **Empathie :** compréhension des sentiments et émotions des autres, captation
- **Encéphalopathie :** affection du cerveau d'origine toxique dégénérative ou métabolique.
- **EQCA :** Echelle Québécoise de Comportement Adaptatif
- « **Etats de base** » **I et II :** thymie (humeur) en arrivant (I) et en partant (II)
- **Etiologie :** étude des causes et facteurs d'une maladie
- **Extrapyramidaux** : **troubles** qui touchent les fibres nerveuses motrices, lesquelles donnent des ordres aux muscles pour effectuer des mouvement.
- **Fiche d'Ouverture :** sorte de carte d'identité et de route du patient complétée lors du premier contact. Regroupe l'anamnèse, les indications médicales, les intentions sanitaires et artistiques, les objectifs thérapeutiques, les goûts, les envies ...

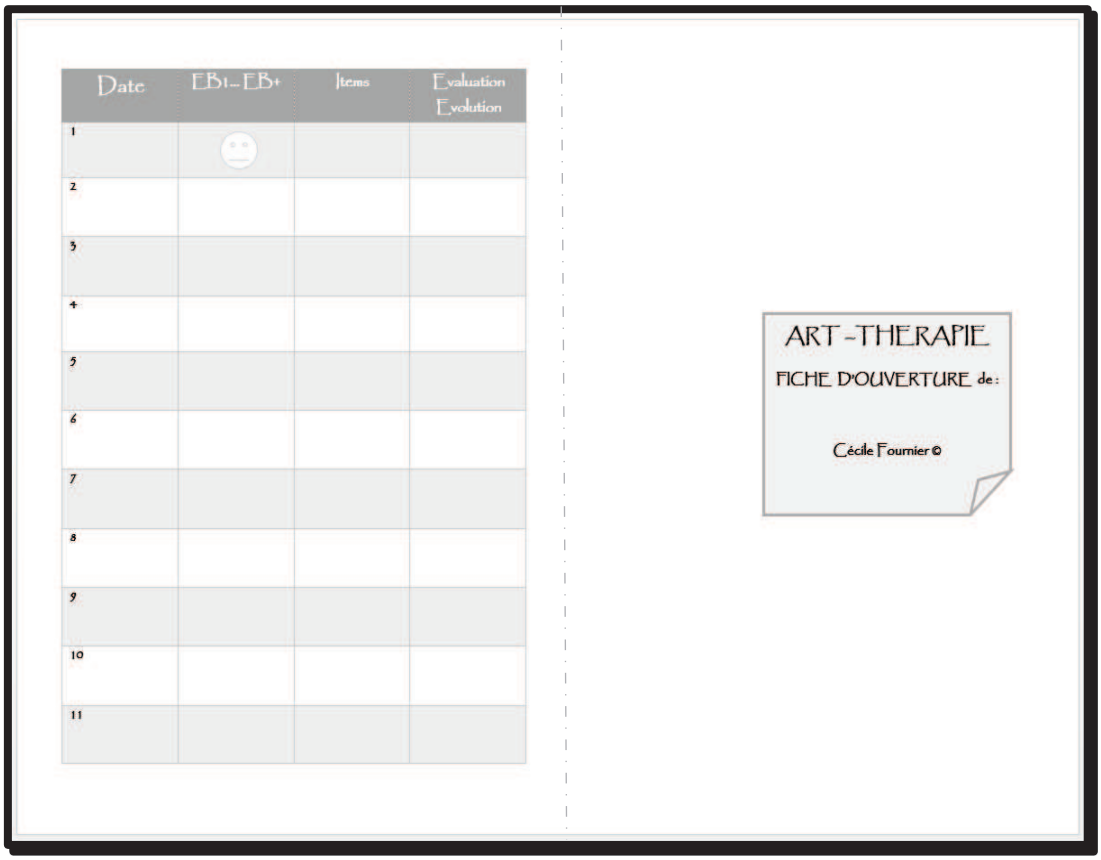
- **GED.DI :** Grille d'Evaluation de la Douleur et (dans le cadre de) Déficience Intellectuelle (adapté dans ce mémoire aux émotions)
- **GRETA : GR**oupement d'**ETA**blissements (centre de formations pour adultes)
- **Holistique :** Vision d'un TOUT. Pour un être humain, tient compte de ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, spirituelle.
- **IME : I**nstitut **M**édico-**E**ducatif
- **Intentions (sanitaire et artistique) :** souhaits, projets pour l'avenir : au niveau de la santé et au niveau créatif. Que veux-tu améliorer dans ta vie pour aller mieux, et, que veux-tu créer ? …
- **Item :** ici, élément de mesure et de réflexion, afin d'évaluer une progression (ex : item du sourire = combien de fois une personne va sourire lors d'une séance, *et donc se détendre*). Voir la définition de Mr Forestier, page 27.
- **Labilité, ici émotionnelle :** instabilité émotionnelle, humeur changeante
- **Léthargie :** diminution considérable de l'activité d'un individu. Sommeil profond.
- **MDPH :** Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **Oblatif :** qui donne, qui sert une personne ou une cause
- **Paramédical :** professions de santé que l'on peut exercer sans être docteur en médecine et aux soins délivrés par les personnes qui exercent ces métiers.
- **Paresthésie :** trouble du sens du toucher ; fourmillements, engourdissements, picotements
- **Pathologie :** étude des maladies ; terme utilisé pour indiquer la maladie elle-même
- **PEC :** Prise En Charge
- **PES :** Prise En Soin
- **Plan-masse :** vue de dessus, plan au sol
- **Plasticien(ne) :** créateur ayant pour médias d'expression artistique des techniques ou des supports variés, dits « plastiques » (la forme).
- **Praxie :** coordination motrice volontaire, orientée vers un but et issue d'un apprentissage.
- **Protocole :** règles utilisées afin de pouvoir communiquer lors de constructions d'actions
- **Psychiatre :** médecin spécialiste des souffrances psychiques, des troubles du comportement, de l'anxiété, des dépendances et des problèmes relationnels
- **Psychomotricien(ne) :** personne qui réconcilie le patient avec son corps par le biais d'une rééducation, et d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs
- **QI :** Quotient Intellectuel
- **Réactance :** mécanisme de défense quand le patient se sent limité dans sa liberté
- **Sédation :** apaisement au moyen d'un sédatif (douleur), action dépressive sur le système nerveux central. Produit une relaxation, une réduction de l'anxiété, une somnolence, un ralentissement de la respiration et une diminution des réflexes.
- **SEES :** Section Educative d'Enseignement Spécialisé (au sein de l'IME*)
- **SIPFP :** Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (en IME*)
- **Somatique :** relatif au corps physique. Relatif au contrôle volontaire des mouvements du corps en neurologie.
- **TED :** Trouble Envahissant du Développement
- **TSA :** Troubles du Spectre Autistique

ANNEXE A

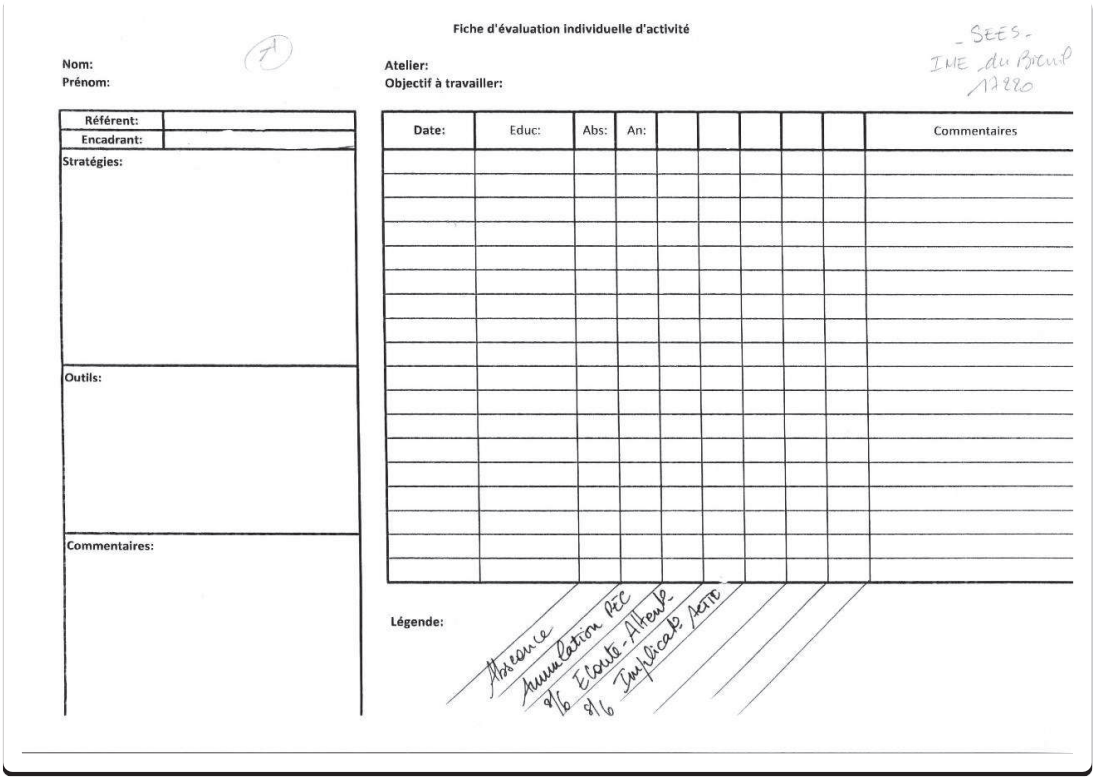
FICHE d'OUVERTURE *de Cécile Fournier*

Recto Verso sur format A3 (29.7 x 42cm)





ANNEXE B



Fiche d'évaluation individuelle d'activité

- SEES - IME du Breuil 17220

Nom:
Prénom:

Atelier:
Objectif à travailler:

Référent:	
Encadrant:	

Stratégies:

Outils:

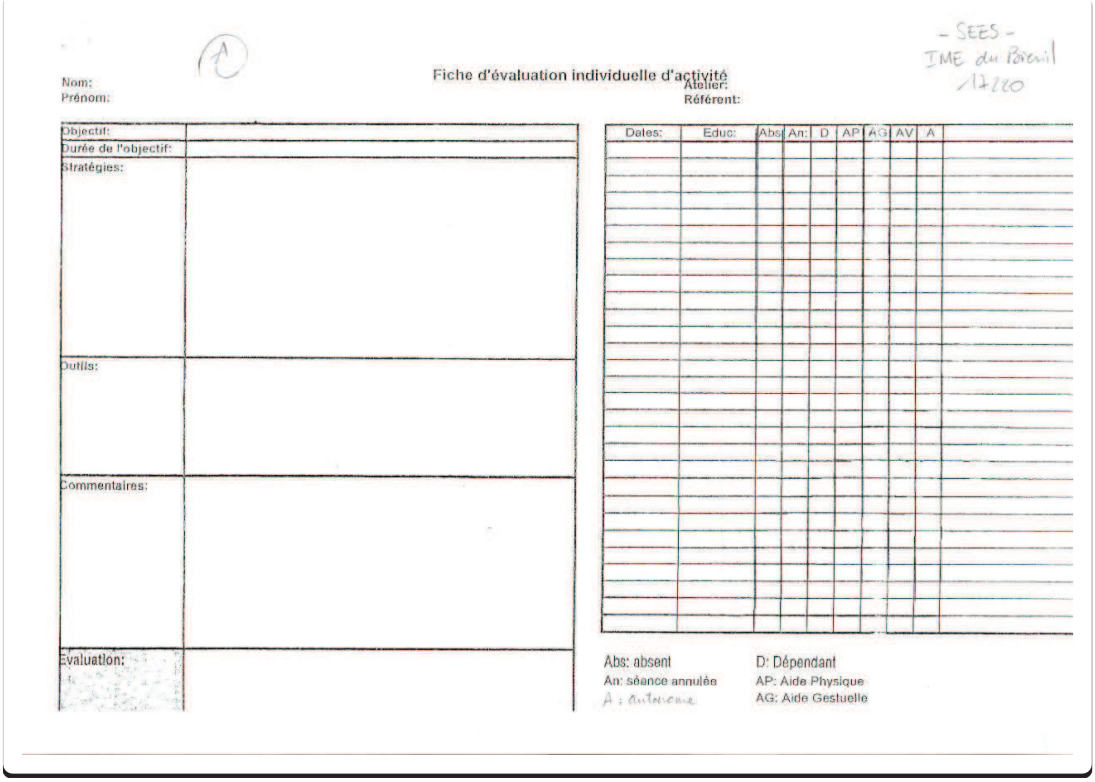
Commentaires:

Date:	Educ:	Abs:	An:						Commentaires

Légende:

Absence
Annulation PEC
P/o Etoile - Attente -
8/6 Inscription Acte

GRILLES D'EVALUATION et d'OBSERVATION *des jeunes, remises en début de stage par le groupe SEES* de l'IME* du Breuil.*
<u>La première étant plus lisible, c'est celle que nous utiliserons le plus</u>.



- SEES - IME du Breuil 17220

Fiche d'évaluation individuelle d'activité

Nom:
Prénom:

Atelier:
Référent:

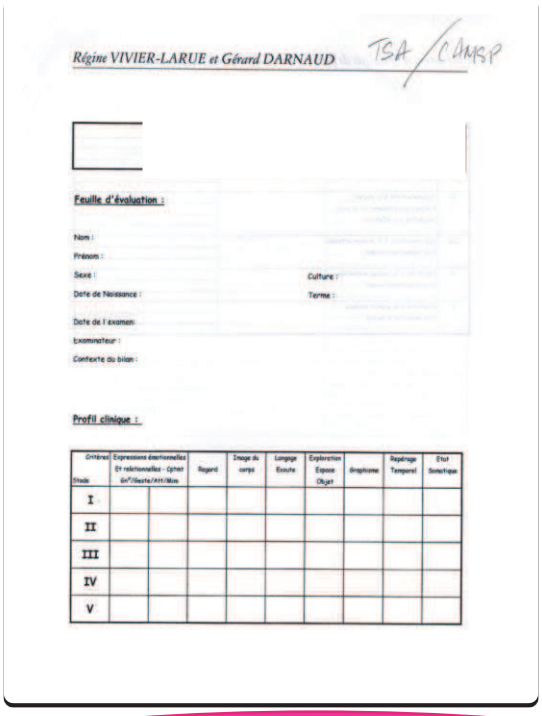
Objectif:	
Durée de l'objectif:	
Stratégies:	
Outils:	
Commentaires:	
Evaluation:	

Dates:	Educ:	Abs	An:	D	AP	AG	AV	A

Abs: absent
An: séance annulée
A : Autonome

D: Dépendant
AP: Aide Physique
AG: Aide Gestuelle

ANNEXE C



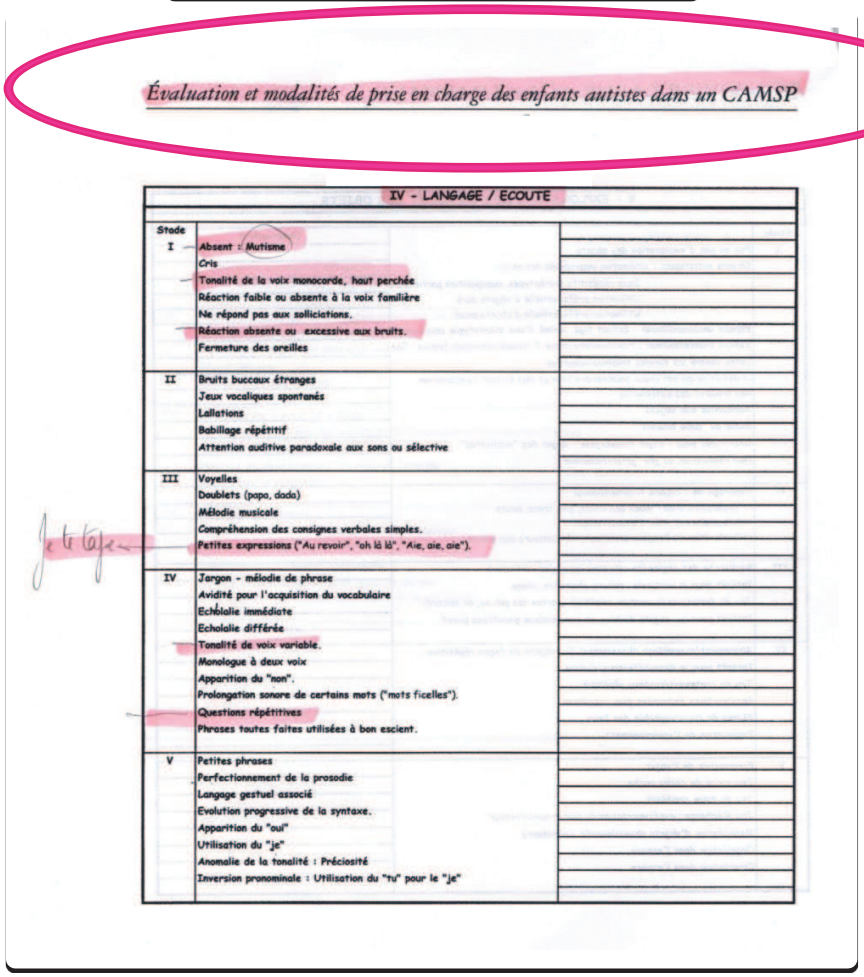
Régine VIVIER-LARUE et Gérard DARNAUD TSA / CAMSP

Feuille d'évaluation :

Nom :
Prénom :
Sexe : Culture :
Date de Naissance : Terme :
Date de l'examen :
Examinateur :
Contexte du bilan :

Profil clinique :

Critères / Stade	Expressions émotionnelles Et relationnelles - Qui/Quoi/Où/Comment		Regard	Image du corps	Langage Ecoute	Exploration Espace Objet	Graphisme	Repérage Temporel	Etat Somatique
I									
II									
III									
IV									
V									



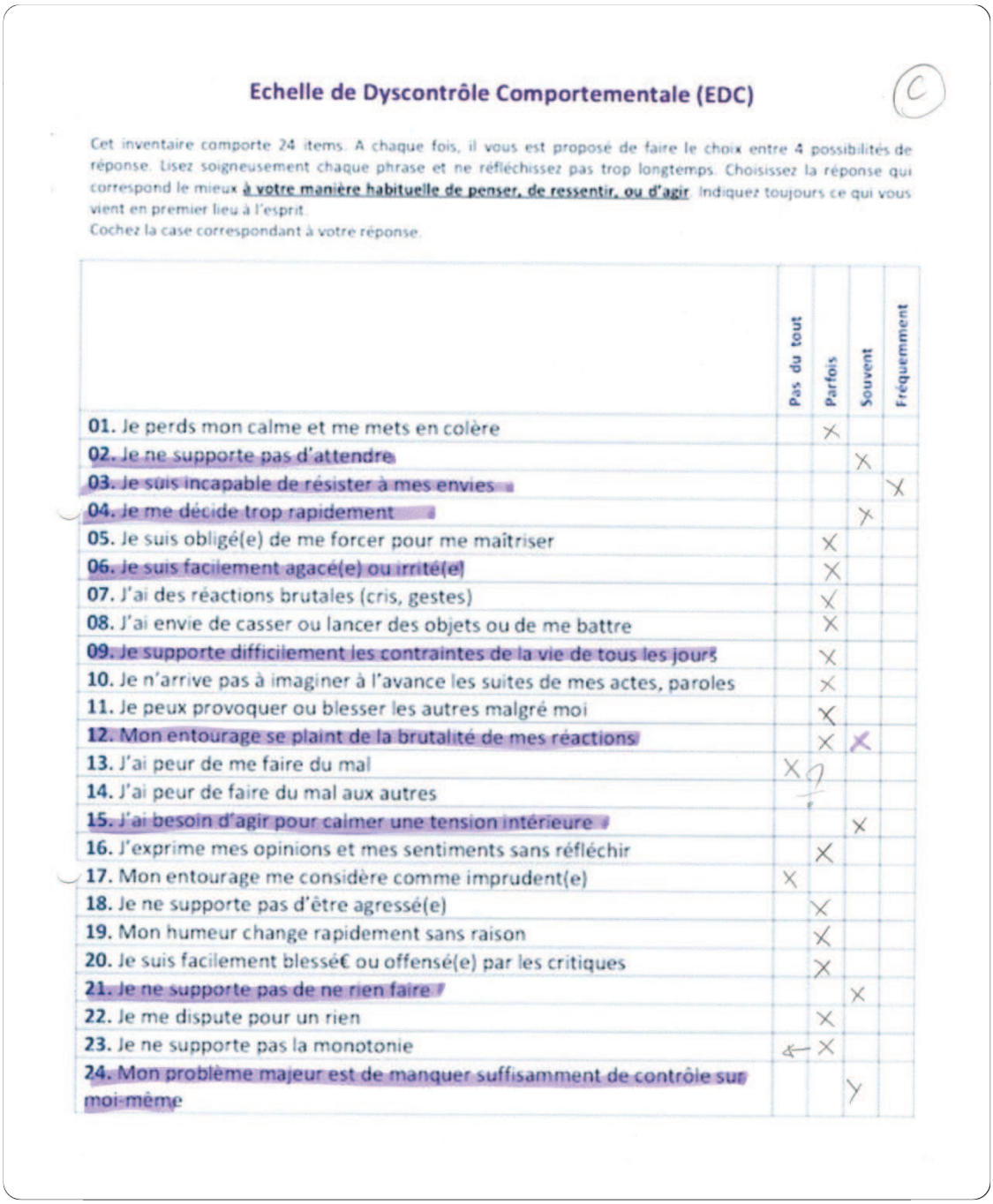
Évaluation et modalités de prise en charge des enfants autistes dans un CAMSP

IV - LANGAGE / ECOUTE

Stade		
I	Absent : Mutisme Cris Tonalité de la voix monocorde, haut perchée Réaction faible ou absente à la voix familière Ne répond pas aux sollicitations. Réaction absente ou excessive aux bruits. Fermeture des oreilles	
II	Bruits buccaux étranges Jeux vocaliques spontanés Lallations Babillage répétitif Attention auditive paradoxale aux sons ou sélective	
III	Voyelles Doublets (papa, dada) Mélodie musicale Compréhension des consignes verbales simples. Petites expressions ("Au revoir", "oh là là", "Aie, aie, aie").	
IV	Jargon - mélodie de phrase Avidité pour l'acquisition du vocabulaire Echolalie immédiate Echolalie différée Tonalité de voix variable. Monologue à deux voix Apparition du "non". Prolongation sonore de certains mots ("mots ficelles"). Questions répétitives Phrases toutes faites utilisées à bon escient.	
V	Petites phrases Perfectionnement de la prosodie Langage gestuel associé Evolution progressive de la syntaxe. Apparition du "oui" Utilisation du "je" Anomalie de la tonalité : Préciosité Inversion pronominale : Utilisation du "tu" pour le "je"	

« CAMSP »: Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

ANNEXE D



Echelle de Dyscontrôle Comportementale (EDC)

Cet inventaire comporte 24 items. A chaque fois, il vous est proposé de faire le choix entre 4 possibilités de réponse. Lisez soigneusement chaque phrase et ne réfléchissez pas trop longtemps. Choisissez la réponse qui correspond le mieux **à votre manière habituelle de penser, de ressentir, ou d'agir**. Indiquez toujours ce qui vous vient en premier lieu à l'esprit.
Cochez la case correspondant à votre réponse.

	Pas du tout	Parfois	Souvent	Fréquemment
01. Je perds mon calme et me mets en colère		X		
02. Je ne supporte pas d'attendre			X	
03. Je suis incapable de résister à mes envies				X
04. Je me décide trop rapidement			X	
05. Je suis obligé(e) de me forcer pour me maîtriser		X		
06. Je suis facilement agacé(e) ou irrité(e)		X		
07. J'ai des réactions brutales (cris, gestes)		X		
08. J'ai envie de casser ou lancer des objets ou de me battre		X		
09. Je supporte difficilement les contraintes de la vie de tous les jours		X		
10. Je n'arrive pas à imaginer à l'avance les suites de mes actes, paroles		X		
11. Je peux provoquer ou blesser les autres malgré moi		X		
12. Mon entourage se plaint de la brutalité de mes réactions		X	X	
13. J'ai peur de me faire du mal	X			
14. J'ai peur de faire du mal aux autres				
15. J'ai besoin d'agir pour calmer une tension intérieure			X	
16. J'exprime mes opinions et mes sentiments sans réfléchir		X		
17. Mon entourage me considère comme imprudent(e)	X			
18. Je ne supporte pas d'être agressé(e)		X		
19. Mon humeur change rapidement sans raison		X		
20. Je suis facilement blessé€ ou offensé(e) par les critiques		X		
21. Je ne supporte pas de ne rien faire			X	
22. Je me dispute pour un rien		X		
23. Je ne supporte pas la monotonie		X		
24. Mon problème majeur est de manquer suffisamment de contrôle sur moi-même			Y	

ECHELLE de DYSCONTROLE COMPORTEMENTAL
Ou
L'ECHELLE d'EVALUATION des DIMENSIONS du COMPORTEMENT
-Version parents-

(EDC-P ; Poirier, Tremblay, Perreault, Morizot, Maranda et Freeston, 1998)

Est un outils destiné à détecter les troubles du comportement (TC) chez les enfants d'âge primaire, en milieu scolaire.

ANNEXE E

GRILLE D'AIDE À L'OBSERVATION EN CLASSE D'UN ELEVE DYSPRAXIQUE

	COORDINATION MANUELLE ET MOTRICE	OUI	NON
	Ce que l'enfant touche, se renverse, se casse, se déchire...		
	Il a des difficultés à attraper, à envoyer un ballon.		
*	Il est maladroit pour découper, colier.		
	Il court de façon désordonnée.		
*	Il saute difficilement, il a du mal à s'équilibrer sur un pied, il n'arrive pas à sauter à cloche-pied, à pédaler.		
	Il se cogne souvent, il a du mal à coordonner les bras et les jambes.		
*	Il a besoin d'aide pour s'habiller (laçage, boutonnage, fermeture... orientation des vêtements), il a besoin d'aide pour se laver, pour s'essuyer...		
*	Il mange lentement, n'arrive pas à couper sa viande ni à éplucher les fruits.		
	LE REGARD ET LE GESTE.		
*	Il est maladroit dans les jeux de cubes, les légos, les puzzles, les jeux de construction ou il ne va jamais de lui-même dans ces activités.		
	LA PRISE D'INFORMATIONS VISUELLES		
	Il a du mal à s'orienter dans un tableau.		
	Il a du mal à lire des cartes.		
*	Il a du mal à situer l'emplacement de différents éléments les uns par rapport aux autres, d'un schéma, d'un puzzle, d'une figure géométrique.		
	Il a du mal à reconnaître une droite dans sa continuité, et percevoir des obliques.		
	Il est lent ou il se perd dans un support écrit pour y trouver des informations.		
	Il se perd dans les changements de plans (du tableau au cahier)		
	ORGANISATION DU TRAVAIL.		
	Il a du mal à organiser son travail (par exemple : utiliser et gérer le cahier de texte).		
	Il éprouve des difficultés à enregistrer des informations nouvelles et à évoquer des informations plus anciennes.		
	GRAPHISME ET ECRITURE.		
*	En dessin et en graphisme : il est lent, malhabile, le résultat du travail est peu lisible, grossier, sale, brouillon, froissé et coûteux.		
*	Il ne sait pas colorier à l'intérieur d'une figure.		
*	Il ne réalise pas les formes attendues en fonction de l'âge (dans l'ordre suivant entre 2 et 6 ans : trait horizontal ou vertical, cercle, croix, carré, triangle, copie du prénom)		
*	Il ne maîtrise pas le geste graphique, tient mal l'outil scripteur.		
*	Il a des difficultés de repérage dans l'espace : par exemple : suivre du doigt, relier plusieurs points, former correctement les lettres dans les interlignes, s'organiser sur la page du cahier, faire des tracés précis, reproduire un modèle.		
*	Il n'aime pas écrire.		
*	Il est en difficulté pour effectuer un travail de copie dans les normes graphiques (sur les lignes, dans l'espace feuille...)		

Document « GRILLE D'AIDE à L'OBSERVATION EN CLASSE D'UN ELEVE DYSPRAXIQUE » ; trouvé sur le site «**www.instit.info** »

ANNEXE F

GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur–Déficience Intellectuelle

Nom: _____ Date : _____(jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.
Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».
1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.
2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continuelle.
3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continuelle. Un observateur noterait facilement l'action.
NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action

0 = PAS OBSERVÉ 1 = OBSERVÉ À L'OCCASION 2 = PASSABLEMENT SOUVENT 3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0 1 2 3 NA
Pleure (modérément)	0 1 2 3 NA
Crie / hurle fortement	0 1 2 3 NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0 1 2 3 NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0 1 2 3 NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0 1 2 3 NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0 1 2 3 NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0 1 2 3 NA
Fronce les sourcils	0 1 2 3 NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0 1 2 3 NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0 1 2 3 NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0 1 2 3 NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0 1 2 3 NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0 1 2 3 NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0 1 2 3 NA
Présente un faible tonus, est affalé	0 1 2 3 NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0 1 2 3 NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0 1 2 3 NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0 1 2 3 NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0 1 2 3 NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0 1 2 3 NA
Frissonne	0 1 2 3 NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0 1 2 3 NA
Transpire, sue	0 1 2 3 NA
Larmes visibles	0 1 2 3 NA
A le souffle court, coupé	0 1 2 3 NA
Retient sa respiration	0 1 2 3 NA
Total:	0 + 0 =

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2011 © 2011 Zabalia M., Breau L.M., Wood C., Leveque C., Hennequin M., Villeneuve E., Fall E., Vallet L., Gregoire M.-C. Et Breau G. (2011) Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur - déficience intellectuelle – version post-opératoire. Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie, published online 2 september 2011. DOI 10.1007/s12630-011-9582-7

Cette grille nous a servi de référence scientifique en matière de critères d'évaluation pour « A » en particulier. Les éléments de la douleur pouvant être transposés aux émotions, selon nous.

ANNEXES G & H

Facteurs favorisant le *CARE* selon Jean Watson	*NIDCAP*®	Pistes pour formaliser le concept de *care* pédiatrique	Prendre soin W. Hesbeen
Expression des sentiments		Permettre à l'enfant d'exprimer ses sentiments Accueillir les émotions, favoriser leurs expressions Favoriser la communication positive	
Création d'une méthode scientifique de résolution de problèmes	Programme d'observation et d'interventions codifié	Observer les réactions de l'enfant	« prendre soin » peut être démontré et pratiqué de façon efficace uniquement au travers de relations interpersonnelles
L'enseignement - apprentissage transpersonnel		Relier les éléments du corpus théorique des soins à l'enfant en lien avec le *care*	Pratique du « prendre soin » est au centre de la discipline infirmière
Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel	Soutien à la parentalité	Soutien à la parentalité ET valorisation des ressources propres de l'enfant en favorisant un environnement respectueux du rythme et des capacités de l'enfant	Le milieu du « prendre soin » est propice au développement de potentialités en permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné
La gratification des besoins humains des bénéficiaires	Réponse aux besoins psycho-affectifs, physiologiques et développement	Réponse aux besoins psycho-affectifs, physiologiques et développement Encourager, féliciter Valoriser la parole de l'enfant en l'invitant à exprimer ce qu'il ressent sans disqualifier ses dires	« prendre soin » consiste en facteurs caratifs dont le résultat est la satisfaction de certains besoins humains
- Les forces existentielles – phénoménologiques spirituelles	S'appuie sur les compétences du bébé	S'appuie sur les compétences de l'enfant et celles de sa famille à le soutenir Les compétences de l'enfant doivent être dissociées d'une quelconque compétence intellectuelle ou rationnelle Le recours à l'imaginaire doit permettre à l'enfant d'accéder à ses ressources intérieures	Pour être efficace, le « prendre soin » doit promouvoir la santé ainsi que la croissance individuelle ou familiale

Le CARE selon Jean Watson … Grille utilisée surtout pour l'encadré mauve : les termes en CARE PEDIATRIQUE

« (…) Les résultats de cette analyse montrent que le sens d'origine du care *s'ancre sur les* ***affects et le ressenti****, qui amènent au* caring*. Par conséquent, une* ***dimension personnelle*** *lui est inhérente »*

2015/3 (N° 122) Pages : 98. Éditeur : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

Annexe 1 : Inventaire d'Alliance de Travail au cours de consultations mère-nourrisson
Version courte Observateur

Echelle traduite du *Working Alliance Inventory* (A.O. Horvath) et adaptée à un contexte de consultations mère-nourrisson, M.J. Hervé, M. Maury

Codeur n° ..... Date ..... Cas n° .....

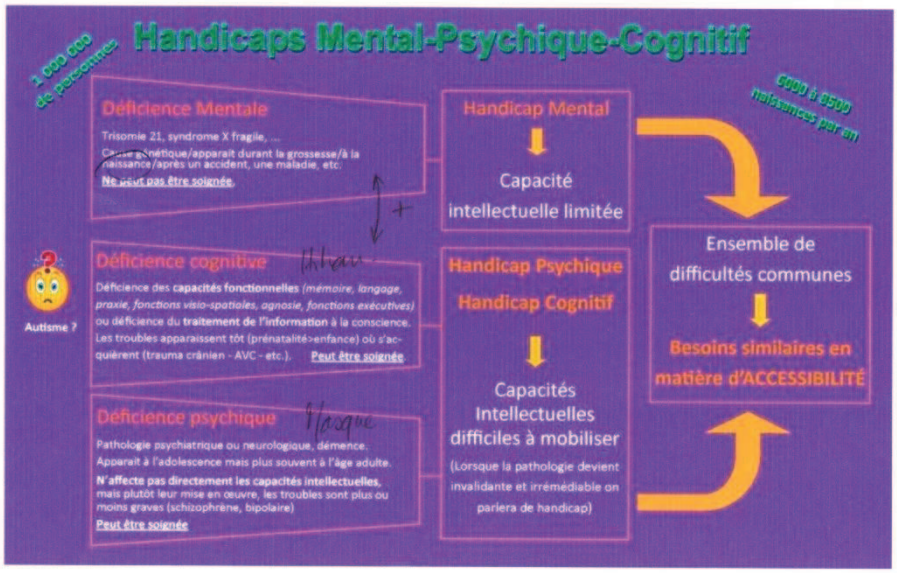
Les phrases dans les pages qui suivent décrivent différentes façons possibles pour un thérapeute, une mère et un nourrisson d'interagir dans la thérapie. En dessous de chaque énoncé figurent 7 choix de réponses allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Lorsque la situation décrite exprime la façon dont vous percevez la dyade (ou la triade), entourez le chiffre 7 ; si elle ne s'applique pas à la dyade (ou la triade), entourez le chiffre 1. Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces deux extrêmes.
Ce questionnaire est confidentiel.
Répondez le plus rapidement possible, car ce sont vos premières impressions qui nous intéressent (SVP n'oubliez pas de répondre à chacun des items). Merci de votre collaboration.

	Pas du tout d'accord			Modérément d'accord			Tout à fait d'accord
1. On perçoit un accord sur les dispositions prises pour aider à améliorer la situation	1	2	3	4	5	6	7
2. On perçoit un accord sur l'utilité de ce qui se passe dans les consultations (c'est-à-dire, la mère découvre de nouvelles façons d'envisager le problème)	1	2	3	4	5	6	7
3. On perçoit une bonne relation (une relation de sympathie) : a) entre la mère et le thérapeute b) entre le thérapeute et le bébé c) a 3	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5	6 6 6	7 7 7
4. On perçoit des doutes ou un manque de compréhension quant à ce que les participants cherchent à réaliser dans les consultations	1	2	3	4	5	6	7
5. On perçoit que la mère a confiance dans la capacité du thérapeute à les aider, elle et son bébé	1	2	3	4	5	6	7
6. On perçoit que la mère et le thérapeute travaillent sur des objectifs sur lesquels ils se sont entendus	1	2	3	4	5	6	7
7a) La mère paraît ressentir que le thérapeute l'apprécie en tant que personne 7b) La mère paraît ressentir que le thérapeute apprécie son bébé	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7
8. On perçoit un accord sur ce qu'il est important pour la mère de travailler	1	2	3	4	5	6	7
9. On perçoit une confiance mutuelle entre la mère et le thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
10. On perçoit que la mère et le thérapeute ont des opinions différentes quant à la nature des problèmes	1	2	3	4	5	6	7
11. On perçoit que la mère et le thérapeute sont parvenus à une bonne compréhension des changements qui seraient bénéfiques	1	2	3	4	5	6	7
12. On perçoit que la mère estime que la façon dont ils travaillent sur le problème est correcte	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXES I & J

« E »

« Tous »



ANNEXE K

« Tous »

Maladie	Erreur ! Signet non défini.Déficiences/fonctions	Incapacités/activités	Handicap/participation
Infirmité motrice cérébrale (IMC) *(séquelle d'anoxie ou d'hémorragie cérébrale)*	Motricité *(diplégie, hémiplégie, tétraplégie)* Spasticité Cognition	Locomotion et posture Communication Apprentissages	Mobilité réduite Nécessité d'une scolarisation adaptée
Myopathie de Duchenne *(anomalie du gène de la dystrophine)*	Motricité *(tétraplégie progressive)* Atteinte cardiorespiratoire	Locomotion Insuffisance respiratoire Insuffisance cardiaque	Mobilité réduite Perte d'autonomie Décès prématuré
Trisomie 21 *(chromosome surnuméraire)*	Déficit intellectuel Dysmorphie Cardiopathie	Communication Troubles des apprentissages Vieillissement précoce	Perte d'autonomie Handicap esthétique Scolarisation adaptée
Souffrance cérébrale diffuse *(polyhandicap)* *(séquelles d'anoxie, d'encéphalite, ou de traumatisme crânien)*	Déficit moteur *(tétraplégie spastique)* Épilepsie Rétractions tendineuses Syndrome algique Troubles de la déglutition	Locomotion Communication	Mobilité réduite Perte de la vie de relation Décès prématuré
Scoliose idiopathique de l'adolescente *(idiopathique)*	Déformation rachidienne Risque d'insuffisance respiratoire	Limitation de la locomotion Retentissement psychologique	Handicap esthétique Restriction de la pratique sportive et de l'autonomie
Ostéosarcome *(processus tumoral malin)*	Amputation du membre inférieur Appareillage prothétique	Locomotion Retentissement psychologique	Mobilité réduite Handicap esthétique Décès prématuré
Hémophilie *(anomalie des gènes codant un des facteurs hémophiliques)*	Troubles de la coagulation Arthropathies et déformations articulaires	Locomotion	Mobilité réduite Restriction de la pratique sportive
Mucoviscidose *(anomalie du gène CFTR)*	Troubles respiratoires Troubles digestifs	Dépendance ventilatoire Intolérance à l'effort	Mobilité réduite Perte d'autonomie Décès prématuré
Fracture des 2 os de l'avant-bras *(origine traumatique)*	Douleur Immobilisation plâtrée	Mobilité limitée et transitoire Difficultés pour les repas, l'habillage et l'écriture	Dépendance pour l'hygiène et les activités de vie quotidienne

Exemples ordonnés selon la classification des handicaps/classification du fonctionnement. **L'enfant handicapé. COFEMER.** *Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de réadaptation*. 2007

ANNEXE L

Création des « *Ballonticônes*©», par Cécile Fournier,
pour davantage de ludique …

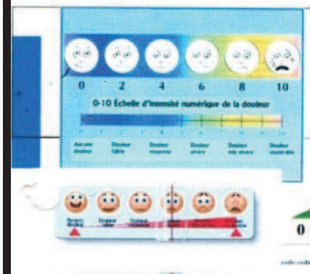
« Tous »

Douleur → Transposé à ÉMOTIONS Tous les jeunes

Recherche !!

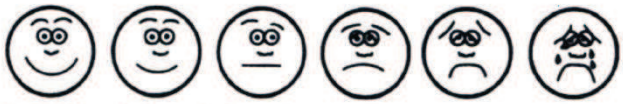
INTENSITE

© SH - Association SPARADRAP



L'ÉCHELLE DE WONG-BAKER

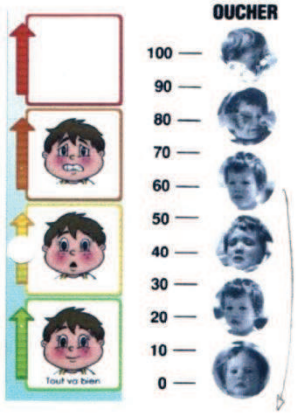
Cette échelle est utilisée de façon courante en pré-hospitalier et en urgence. Elle présente l'avantage d'être très graphique et elle est donc facilement et rapidement comprise par les enfants. Elle est utilisable à partir de l'âge de trois ans.



L'enfant désigne simplement le visage qui correspond le mieux à son état du moment. On lui demande par exemple : « Montre-moi le bonhomme qui a mal comme toi ».

L'ECHELLE DES VISAGES DE BIERI

La question à poser est la même que pour l'échelle précédente : « Montre-moi le bonhomme qui a mal comme toi ».



Content "Bof" Pas envie Inquiet Énervé Colère Crise

Super Content Heureux Joyeux Bien Fatigué Peu Mal Malade Triste Malheureux Effondré

ANNEXE M

« C »

CAIRN INFO
CHERCHER, REPÉRER, AVANCER

L'ADDICTION AUX JEUX VIDÉO, UNE DÉPENDANCE ÉMERGENTE ?
Marc Valleur

ERES | « Enfances & Psy »

2006/2 n° 31 | pages 125 à 133

ISSN 1286-5559
ISBN 2-7492-0557-3

Article disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-2-page-125.htm

Pour citer cet article :

Marc Valleur, « L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ? », *Enfances & Psy* 2006/2 (n° 31), p. 125-133.
DOI 10.3917/ep.031.0125

À PROPOS

Marc Valleur

L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ?

Quelques consultations d'addictologie – dont celle du centre médical Marmottan – commencent depuis peu à recevoir et à suivre des personnes, et notamment des jeunes, dans le cadre de dépendances à Internet, et particulièrement aux jeux vidéo. Il y a donc des personnes qui, spontanément ou après bien des pressions de l'entourage, désirent réduire ou cesser leur conduite de jeu, parce que celle-ci nuit à leurs investissements affectifs et sociaux, n'y arrivent pas seuls et demandent de l'aide.

Il se constitue ainsi progressivement une clinique émergente en réponse à une forme d'addiction réellement nouvelle.

La médiatisation dont cette addiction fait l'objet paraît toutefois sans commune mesure avec un phénomène dont l'importance quantitative est très difficile à évaluer et dont les conséquences en termes de santé publique sont indéniablement moindres que celles de l'usage de drogues licites ou illicites, ou du « classique » jeu pathologique (au sens de jeu de hasard et d'argent).

Les demandes adressées aux centres proviennent la plupart du temps de parents inquiets, et une majorité de ces demandes ne se traduisent pas par des prises en charge de joueurs, car après un entretien avec les parents concernés et une évaluation de la situation, il apparaît en effet souvent qu'il n'y a pas de réelle dépendance : soit l'inquiétude s'avère rapidement infondée et une simple information est une réponse suffisante, soit la mise en avant des problèmes de jeu paraît l'effet d'un déplacement de problématique, comme par exemple quand il s'agit de difficultés psychologiques majeures qui inquiètent tellement les parents que ceux-ci préfèrent les mettre au compte d'une supposée addiction.

Ou de tensions familiales non dites qui conduisent le groupe à faire une demande indirecte, à travers la mise en question de la pratique du jeu…

Ces demandes « symptômes » sont quantitativement au moins aussi importantes que les vrais cas de dépendance. Elles sont souvent la traduction du fait que les pratiques d'Internet et des jeux vidéo ne sont pas encore bien connues et maîtrisées par certains parents, alors qu'elles

Marc Valleur est psychiatre, médecin chef du centre médical Marmottan à Paris.

ANNEXE N

CAIRN INFO
CHERCHER, REPÉRER, AVANCER

LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE
Lydia Fernandez, Jean-Louis Pedinielli

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2006/1 N° 84 | pages 41 à 51

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm

Pour citer cet article :

Lydia Fernandez, Jean-Louis Pedinielli« La recherche en psychologie clinique », *Recherche en soins infirmiers* 2006/1 (N° 84), p. 41-51.
DOI 10.3917/rsi.084.0041

LA RECHERCHE CLINIQUE

LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Lydia FERNANDEZ,
Maître de Conférences en Psychopathologie et de Psychologie Clinique, Habilitée à diriger des recherches. Université de Provence, Aix-Marseille I, UFR de Psychologie/Laboratoire PsyClé

Jean Louis PEDINIELLI,
Professeur de Psychopathologie et de Psychologie Clinique. Université de Provence, Aix-Marseille I, UFR de Psychologie/ Laboratoire PsyClé

RÉSUMÉ

La psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Les domaines d'intervention se composent de multiples champs qui ne se limitent ni aux sujets atteints de troubles mentaux ni à la stricte référence à la dimension individuelle. L'évolution de la discipline a entraîné l'apparition de nouvelles pratiques, de nouveaux lieux, de nouveaux objets : aide aux mourants, handicap, marginalité, souffrance sociale…, institutions non psychiatriques (crèche, hôpital général, prison…), moments du développement normal (nourrisson, adolescent, sujet âgé…). Quatre types de recherche existent : la recherche en clinique ; la recherche clinique ; la recherche-action et la recherche évaluative. Les méthodes et les techniques sont : l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests et les échelles et les questionnaires.

Mots clés : démarche clinique, script, enseignement médical

dimension individuelle. La Psychologie Clinique – qui, contrairement à certaines doctrines, ne représente pas une doctrine « forte » et unitaire - peut s'intéresser à des situations qui impliquent qu'elle dialogue avec d'autres sous-disciplines de la psychologie, des sciences humaines et des sciences du vivant (y compris la Médecine) et avec différentes théories. Il n'y a pas d'incompatibilité entre la Psychologie Clinique et les autres disciplines puisque, en tant que discipline empirique, elle ne se réfère pas à une doctrine unique.

La pathologie mentale.

La recherche des origines des troubles psychiques est, en psychologie clinique, secondaire car l'étude de la pathologie mentale implique des modes de causalité portant plus sur la maladie que sur le malade. Le modèle bio-médical qui préside à l'étude des maladies laisse peu de place à la dimension psychologique et à la singularité. Les principes directeurs de ce modèle, issus de l'étude des maladies infectieuses et de la méthode expérimentale, sont bien connus. Réductionniste et monocausal, il suppose que les symptômes sont les manifestations d'un trouble (ou d'une maladie) sous-jacent qui peut être décrit en termes d'entité morbide possédant une cause (étiologie) spécifique. L'origine du trouble se trouve dans l'individu et il est provoqué par une rupture de l'équilibre naturel: cette origine (étiologie) est organique.

Les phénomènes psychologiques sont des effets de l'atteinte organique, ou bien ils sont réduits à la conscience et à la volonté qui permettent une alliance thérapeutique (recueil des signes et observance du traitement). Mais dans les troubles névrotiques, du comportement, de la personnalité…, tous les troubles dans lesquels les facteurs psychologiques sont au premier plan, l'utilisation de modèles de causalité multifactorielle (modèle bio-psycho-social) a amené la production de théories psychologiques des troubles et des personnes qui en sont atteintes. La Psychologie Clinique s'est ainsi intéressée à l'expérience subjective des malades et aux processus psychologiques qui interviennent dans les symptômes et les comportements quelle que soit l'étiologie de ces troubles: le psychologique est tout aussi important qu'il soit la cause, la conséquence ou le modulateur d'un trouble. Dans les troubles où l'organicité domine (neuropsychologie, maladies somatiques, certaines psychoses), la Psychologie Clinique analyse ainsi les manifestations psychologiques associées en dehors de toutes références à l'étiologie.

Les objets actuels.

L'évolution de la discipline a entraîné l'apparition de nouvelles pratiques, de nouveaux lieux, de nouveaux objets: aide aux mourants, handicap, marginalité, souffrance sociale…, institutions non psychiatriques (crèche, hôpital général, prison…), moments du développement normal (nourrisson, adolescent, sujet âgé…). Dans le domaine de la *souffrance*, on relève l'approche des malades atteints de troubles organiques ou handicapés, de patients en traitement. La question n'est donc pas seulement celle de l'origine des maladies mais des comportements, du vécu, des discours, des émotions de ceux qui les approchent: malades, familles de malades, soignants. La psychologie clinique s'intéresse aux rapports que le patient entretient avec sa condition de malade, occasionnellement à la manière dont il participe à l'apparition, au maintien, ou à l'aggravation de sa maladie. Les malades – les familles dans une moindre mesure - édifient aussi, en rapport avec des conceptions culturelles, des théories (« *maladie-du-malade* ») qui rendent compte de l'intériorité corporelle, des relations entre les organes, des sensations ressenties et des causes (événementielles, magiques, traumatiques, psychologiques, biologiques…) de la souffrance. Les différents âges de la vie et leurs difficultés font ainsi l'objet de réflexions en psychologie clinique sans que la référence à la pathologie soit dominante: il y a une clinique du développement normal, tant affectif que psychomoteur ou cognitif. Les relations précoces entre l'enfant et le monde extérieur, l'adolescence, les contraintes de l'entrée dans l'âge adulte, la «crise du milieu de la vie», l'approche de la sénescence, la vieillesse, le grand âge représentent des problèmes auxquels se consacre la Psychologie Clinique. Ces moments du développement possèdent leurs pathologies qui intéressent les psychologues, mais son intérêt se porte aussi sur le développement normal perçu à partir des principes de la Psychologie Clinique: référence au concret, à la totalité des situations, à la singularité. Les *institutions*, leurs modes de fonctionnement et leurs conséquences sur les individus ou les petits groupes représentent aussi un domaine d'intérêt de la Psychologie Clinique: les hôpitaux, les lieux d'éducation, de rééducation, de formation, les lieux de détention, d'accueil de sujets en difficulté… sont étudiés d'autant plus logiquement qu'ils sont des aires de souffrance, de conflits et d'interaction. Toute institution est productrice d'un ensemble de normes, de forme de chronicité, mais peut provoquer une pathologie secondaire qui rend impossible la réalisation de ses objectifs. Les phénomènes économiques actuels, la prise de conscience de l'aliénation des individus par les hiérarchies (harcèlement), les phénomènes d'exclusion ont amené la Psychologie Clinique à s'ouvrir à ces réalités et à se doter d'une dimension sociale. Il en va de même des difficultés sociales entraînées par les transformations économiques (chômage de longue durée, difficultés de reconversion…) et les changements culturels: apparition des conduites à risques, effets des nouvelles modalités de communication, banalisation de comportements interdits, disparition du sentiment de solidarité…

L'institution *judiciaire* et celles qui collaborent avec elle (Aide Éducative en Milieu Ouvert notamment) constituent un autre domaine: victimes, prévenus, détenus, condamnés, enfants maltraités, mineurs en difficulté… Les recherches portent tant sur les modalités et critères des expertises et évaluations que sur les effets des prises

Approche HOLISTIQUE : chronologique et environnementale du patient

…

UN TOUT !

ANNEXE O

CAIRN INFO
CHERCHER, REPÉRER, AVANCER

L'ESPACE SPIRITUEL ET L'ART-THÉRAPIE EN SOINS PALLIATIFS
Béatrice Dolder

Médecine & Hygiène | « InfoKara »

2007/3 Vol. 22 | pages 79 à 87

ISSN 1021-9056

Article disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-3-page-79.htm

Pour citer cet article :

Béatrice Dolder, « L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs », *InfoKara* 2007/3 (Vol. 22), p. 79-87.
DOI 10.3917/inka.073.0079

fait la différence entre la « créativité spécifique d'un art » et la « créativité requise pour la réalisation de soi ». L'art-thérapie active la créativité en vue de la réalisation de soi à l'aide d'un média artistique. Mais son objectif n'est ni l'esthétique, ni la maîtrise technique, c'est la créativité dans laquelle il y a absence de classification et ouverture à l'expérience. (Image : « Rose des sables »).

Les élans de la création sont *« (…) directement inspirés par une énergie qui jaillit de la base et de la source même de toute chose. »*[12]

Les qualités à développer

Il s'agit d'explorer l'espace spirituel en ayant la transcendance comme horizon sans se leurrer soi-même et croire que nous sommes des mystiques accomplis. En revanche, nous pouvons nourrir tout ce qui peut nous rapprocher de cet idéal et laisser tomber tout ce qui nous en éloigne. Il est possible de développer des qualités intérieures qui nourrissent l'alliance thérapeutique afin de créer l'espace nécessaire pour accueillir l'autre.

Le lien entre l'espace spirituel et l'art-thérapie se situe pour moi dans ce développement de vertus intérieures plutôt que dans une technique ou un rituel religieux inclus dans les séances.

Quelles seraient alors ces qualités ?

Un regard non jugeant qui peut voir ce qui est au-delà

Notre regard sur le patient et l'œuvre devrait être de même nature.

La discrétion

Les « pères du désert »[13] disaient que la discrétion était la « mère des vertus ». La discrétion n'est pas une restriction de notre personne, mais la mise au deuxième plan de notre ego.

Le discernement

Il devrait être accompagné de compassion pour ne pas engendrer une « distance froide ». Il permet de sortir de l'ignorance et de reconnaître nos propres limites et renoncer ainsi aux rêves de la « toute puissance infantile » (Mélanie Klein).

La compassion

La compassion serait l'empathie élargie à la dimension *« d'amour altruiste »*, ce que les bouddhistes appellent la « boddhicitta » (mettre le bonheur des autres en premier).

La compassion implique l'ouverture du cœur : c'est la capacité d'être touché.

Le silence

Savoir être présent dans le silence avec tout son être. Le calme intérieur et le silence offrent un espace qui fait partie de l'espace spirituel, dans lequel le patient se trouve inclus.

L'authenticité

Elle fait partie des objectifs de notre institution parce qu'elle est « contagieuse » (C. Rogers). Elle s'articule avec :

- *La confiance* …dans le patient et en nous-même…
- *La patience* …qui est le grand antidote à la colère.

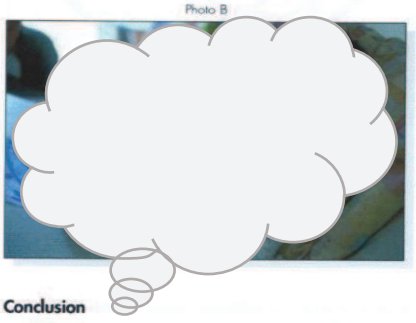
La joie

Elle naît du calme intérieur. A ne pas confondre avec l'euphorie superficielle. La joie est plus vaste et profonde et surtout indépendante de facteurs extérieurs : *« L'indice, c'est la joie ! »*[14]

L'humilité

C'est une attitude souvent difficile pour l'homme d'aujourd'hui, car il l'a confond avec la soumission. (Photo B).

Photo B



Conclusion

Le patient en fin de vie nous conduit souvent vers l'immatériel et le mystère. Nous ne pouvons alors plus faire abstraction de l'espace spirituel et de la transcendance. Si l'espace spirituel est en soi toujours présent partout, c'est à nous de trouver la porte d'accès : l'art-thérapie peut être l'une de ces portes, pour autant que le patient soit ouvert

[12] Sogyal Rimpoché, *Le livre tibétain de la vie et de la mort*, Ed. De la Table Ronde, 1993, p. 458.

[13] Les milliers d'ermites chrétiens qui ont fui au désert d'Egypte entre le IV[e] et le XIV[e] siècle.

[14] Gitta Mallasz, *Dialogue avec l'Ange*, Ed. Aubier, 1990, p. 114.

Document d'information personnelle, dont les termes illustrent les qualités utiles et nécessaires au « bon » art-thérapeute, selon nous.

ANNEXE P

« A »

LES PEURS

- Définition :

La peur crée une retenue, une contraction de tout le corps, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. L'énergie circule au ralenti, on hésite, on doute, on attend, on n'ose pas, on imagine. Un malaise s'installe qui provoque des perturbations dans le fonctionnement du corps, telles que palpitations, mal de tête (on s'inquiète de ce qui va arriver), mal aux jambes (peur d'avancer), sciatique (peur de ce qui va arriver), constipation (peur de lâcher prise), mal au cou (peur de prendre une nouvelle direction), problèmes de vue (peur de se voir dans une situation difficile), anxiétés, angoisses.
La peur est liée au passé. Elle cause des malaises, des maladies, des phobies. Peur égal peur de souffrir. La peur de souffrir est une fuite d'une situation émotionnelle que l'individu se croit incapable d'assumer. Fuite égal étourdissement, évanouissement, paralysie, angoisse, nausée.
Ce que l'individu souhaite fuir le poursuit constamment, fuir n'est pas la solution.

- Les différentes peurs :

° Peur d'aimer. Aimer = souffrir.

° Peur de s'engager. Souvenir où l'individu s'est senti restreint dans sa liberté, ou a été témoin d'un manque de liberté.

° Peur de perdre son emploi ou de quitter celui qu'on n'aime plus. Privation ou manque égal souffrir.

° Peur de perdre les êtres aimés. Souvenirs de douleurs liées à la séparation, solitude ou abandon.

° Peur de mourir. Fin, séparation, anéantissement. Développement des protections, réactions, fuite, adaptation, séduction.

- Moyens pour combattre ses peurs :

Le meilleur antidote est la confiance.

° Pour certaines peurs, l'individu pourra faire face.

° Pour d'autres, il devra les apprivoiser.

° Pour d'autres encore, il faudra du temps pour s'en affranchir.

Il faut étudier les moyens appropriés à chaque situation. Pensée positive, images mentales, autosuggestion, imagination, raisonnement logique.
Etre attentif à tout ce qui fait hésiter l'individu, ou ne pas dire, pourquoi, etc. Reconnaître qu'agir c'est toujours faire un pas de plus, ne pas tenir compte des options des autres. En un mot, oser.
Pour les anxiétés, angoisses, phobies, pratiquer la respiration (oxygène le coeur, détend le plexus solaire), les massages (mémoire cellulaire), faire émerger le chagrin, la colère, les cris, les sentiments qui font mal, (sentiments d'impuissance, injustice, culpabilité).

LA COLERE

- Définition :

La colère fait référence à des sentiments anciens ou à des expériences désagréables, telles que se sentir abandonné, humilié, dénigré, incompris, abusé, non respecté, ou être victime d'injustice.
Elle se traduit par plusieurs réactions : Critique, exaspération, frustration, rage.

- Les différentes réactions :

° Extériorisées : Cris, pleurs, insultes, violences verbales ou physiques, etc.

° Intériorisées ou refoulées : C'est l'organisme qui assume les répercussions.

- Comment gérer la colère :

° Accepter la colère, reconnaître l'émotion qui habite l'individu, et admettre qu'il est en colère. La gérer et non pas la refouler, car la colère refoulée donne naissance à des explosions de violence.

° Ne pas s'en prendre aux autres et les accuser.

° Chercher le sentiment qui a donné naissance à la violence (voir situation de non respect dans ses besoins).

° Aller vers la compréhension de l'événement.

Serge-Reiver NAZARE

LA SANTE

***

Tome 4

LES EMOTIONS GENERATRICES DE MALADIES

ANNEXE Q

« C »

L'addiction au virtuel : une présence sans absence

Addiction to the virtual: a presence without absence

Bertrand Disarbois
Psychologue clinicien
Laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie EA 4056
Institut de psychologie – Université Paris Descartes
71, avenue Édouard Vaillant – F-92774 Boulogne-Billancourt cedex Courriel : bertrand.disarbois@yahoo.fr

Résumé : *Dans cet article, nous nous sommes intéressés à l'addiction aux jeux vidéo en ligne et plus particulièrement aux MMORPG, jeux de rôle sur Internet. Inspirés par les constatations cliniques des centres d'addictologie, nous avons conçu cette nouvelle forme de dépendance en lien avec le processus adolescent et la problématique de séparation qu'il implique. Le jeu virtuel devient chez le joueur dépendant un objet transitoire (McDougall) se manifestant à travers une socialisation non socialisante, un jeu sans risque et une lutte antidépressive. Au final, l'addiction aux jeux virtuels vient empêcher le second processus de séparation-individuation (P. Blos) que constitue l'adolescence. Nous pouvons analyser cette addiction comme le fruit de la conservation des attaches morbides du sujet avec ses objets infantiles, entravant ainsi le processus adolescent et hypothéquant l'avenir de l'individu.*

Abstract: *This paper examines addiction to on-line video games and especially to MMORPG, (massive multiplayers on-line role playing*

DOI: 10.3917/psyt.151.0041

games). Inspired by the observations of addiction treatment centres, we have elaborated this new form of dependence which is related to the adolescent process and the problematic separation

PSYCHIATRIE-PSYCHOTHÉRAPIE

L'alliance thérapeutique

Par le Dr Jean Cottraux

Préface

Psychiatre des hôpitaux,
directeur de l'unité de traitement de l'anxiété au CHU de Lyon, chargé de cours à l'université Lyon-I

Charly Cungi, dans ce livre moderne et pratique, présente les divers aspects d'une problématique centrale dans toute psychothérapie : **patients et thérapeutes doivent nouer une relation positive de collaboration pour que le travail psychothérapique aboutisse.**

Son ouvrage très concret va au cœur du problème de la motivation au changement et de sa gestion par la dyade thérapeute-patient. Toute psychothérapie, en particulier les psychothérapies comportementales et cognitives, repose sur l'établissement d'une relation thérapeutique positive. C'est la base de sécurité nécessaire au changement (Bowlby, 1988 ; Young *et coll.*, 2005).

Même si la plupart des psychothérapies sont collaboratives dans leur structure et leur mode d'application, des méthodes spécifiques pour établir le « travail d'équipe » qu'est l'alliance thérapeutique sont utiles, parfois indispensables. Les négliger peut ralentir le processus, réduire l'efficacité ou interrompre la thérapie.

Savoir engager, développer et maintenir un rapport collaboratif n'est pas seulement bénéfique pour la psychothérapie : les procédures de soin en général, les méthodes éducatives, l'enseignement peuvent aussi en bénéficier.

Ce livre est un manuel pratique. Les méthodes et les théories sont exposées de manière opératoire, les exemples cliniques sont nombreux. Des exercices permettent d'expérimenter les techniques. Un DVD interactif de formation montre les méthodes et propose des exercices pratiques, selon le principe qu'un bon modèle vaut mieux qu'une longue explication.

Après les définitions indispensables qui constituent la première partie, la deuxième partie, cœur de l'ouvrage, présente le « thérapeute dans la thérapie ». Notre métier a ceci de particulier que notre personne et la relation que nous établissons font partie des « instruments thérapeutiques ». Il est donc important de bien connaître notre fonctionnement, de savoir de quelle manière celui-ci influence la thérapie et de comprendre comment se servir de soi pour recueillir des informations et agir en conséquence.

Les techniques d'entretien sont ensuite exposées dans les différents contextes d'intervention : les consultations individuelles, les consultations de couple, les consultations familiales, les consultations avec un autre professionnel ou un bénévole et, enfin, l'animation des groupes.

ANNEXE S à joindre à H

« Tous »

Recherche

Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. Etude préliminaire

Adaptation of a therapeutic alliance scale in mother-infant consultations. A preliminary study.

Marie-Joëlle Hervé[24], Mélanie White-Koning[25], Martine Paradis-Guennou[1], Anne Guiraud[1], Marie-Christine Picot[26], Hélène Grandjean[2] et Michèle Maury[1]

Intérêt clinique de la notion d'alliance thérapeutique

Dès le début du XX[e] siècle, Freud (1913, 1946) soulignait l'importance d'un sérieux intérêt et d'une attitude compréhensive de l'analyste pour que le patient développe un **attachement positif** à celui-ci. Par la suite, plusieurs auteurs ont décrit la capacité de la partie rationnelle du moi du patient à former une **relation positive avec le thérapeute** (Greenson, 1967; Sterba, 1934; Zetzel, 1956). En 1967, Greenson a défini l'alliance de travail comme la relation relativement non névrotique s'établissant entre le moi raisonnable du patient et le moi analysant de l'analyste. Les conceptions de Rogers (thérapie centrée sur le client, 1957) et de Strong (théorie de l'influence sociale, 1968) ont aussi influencé l'élaboration théorique sur l'alliance. A partir des années 1970, un regain d'intérêt pour cette question s'est manifesté à la suite de recherches qui montraient que la majorité des thérapies entraînaient des gains thérapeutiques équivalents malgré des théories et des pratiques différentes. L'alliance a alors été considérée, dans une perspective Trans théorique, comme un facteur commun à toutes les thérapies, différent du transfert (Lecomte et Castonguay, 1987).

L'alliance thérapeutique correspond à un aspect de la relation entre le thérapeute et le patient relatif à leur capacité à investir de façon mutuelle la thérapie et à collaborer, comprenant la relation interpersonnelle et la relation de collaboration (Hervé, Lamour, Moro, *et al.*, 2000; Pinsof et Catherall, 1986). La plupart des définitions différencient d'une part, une **composante affective**, établissement

d'un climat favorable à un échange relationnel, et d'autre part, une composante cognitive, partage d'une représentation commune du problème et des moyens à employer pour le résoudre ainsi que d'une responsabilité dans sa résolution (Bordin, 1994; Gaston, 1990; Marziali, 1984).

Les études sur l'alliance thérapeutique (Hougaard, 1994; Horvath, 1994a; Horvath et Luborsky, 1993; Luborsky, 1994) ont conduit au **développement d'échelles de mesure et ont montré que l'alliance était liée à l'évolution du patient**. Cette association n'est pas influencée par la longueur ou le type de traitement, ni par la sévérité des symptômes initiaux du patient. La plupart des instruments existent en plusieurs versions: auto-questionnaires pour le patient ou le thérapeute et **échelles** remplies par un observateur. La plupart des études ont été effectuées dans un contexte de thérapie d'adulte (psychodynamique, cognitivo-comportementale, gestalt thérapie, etc.) et plus récemment dans un contexte de thérapies d'enfants ou d'adolescents (Faw, Hogues, Johnson, *et al.*, 2005; Karver, Handelsman, Fields, *et al.*, 2006). Il n'existe à notre connaissance aucune étude réalisée en psychiatrie du nourrisson et aucune échelle adaptée à ce contexte. Le développement d'une échelle d'évaluation apparaît pourtant intéressant, car elle permettrait d'étudier les facteurs susceptibles de favoriser une alliance, encore peu connus.

Plusieurs cliniciens de la petite enfance ont souligné, depuis les travaux de S. Fraiberg (1980), l'importance d'**une alliance thérapeutique forte avec les parents**, notamment dans les familles à risques multiples (Dore et Alexander, 1996; Lieberman et Zeanah, 1999; McDonough, 1993; Moralès-Huet, Rabouam et Guedeney, 2004). Seligman (1994) considère que l'effort principal du thérapeute doit se centrer sur **l'établissement et le maintien des conditions de base d'une alliance thérapeutique, grâce à laquelle les autres interventions pourront se faire**. Les travaux sur l'attachement ont apporté un éclairage intéressant, en soulignant le fait que toute demande d'aide réactive les stratégies protectrices liées au système d'attachement chez les parents (Koback et Esposito, 2004; Mallinckrodt, Gant et Coble, 1995). Ces stratégies doivent être prises en compte par le thérapeute afin de diminuer l'angoisse soulevée par la rencontre et faire en sorte que le thérapeute et le contexte thérapeutique proposé puissent devenir une base de sécurité pour les parents (Bowlby, 1988). On peut faire l'hypothèse que, dans le contexte des interventions précoces, la qualité de l'alliance constitue, comme dans les thérapies d'adultes, un facteur prédictif du devenir de l'enfant et des parents. Une meilleure connaissance des processus de mise en place d'une alliance permettrait d'améliorer les interventions précoces et leurs résultats et de réduire la fréquence des ruptures de soin. Celles-ci sont fréquentes en psychiatrie de l'enfant (45% dans une étude de Fombonne, 1990) et peuvent empêcher de mettre en place les soins qui seraient nécessaires. Or on sait l'importance de traiter les troubles précoces afin de prévenir l'apparition de troubles ultérieurs chez l'enfant ou l'adolescent, et l'efficacité des interventions à cette période de la vie (Cramer et PalacioEspasa, 1993; Heinicke, Beckwith et Thompson, 1988).

[24] Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents, CHU de Montpellier, France.
E-mail: mj-herve@chu-montpellier.fr

[25] Inserm U558, Université Paul Sabatier, Toulouse, France.

[26] Département de biostatistique, CHU de Montpellier, France.

ANNEXE T

« L » et « E »

AQPRM

Échelle Québécoise de Comportement Adaptatif

ÉQCA©

PERSONNE ÉVALUÉE						
PRÉNOM ET NOM:						
MILIEU DE VIE:						
DATE DE NAISSANCE:	Jour	Mois	Année	**Âge:**	Années	Mois
SEXE:	Entourez: M ou F					

ÉVALUATEUR - ÉVALUATRICE			
PRÉNOM et NOM:			
FONCTION:			
LIEU DE TRAVAIL:			
DATE DE PASSATION:	Jour:	Mois:	Année:

Développée par l'Atelier québécois des professionnels sur le retard mental (AQPRM) en collaboration avec le Laboratoire de Mesure du Comportement Adaptatif et le Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

2014-03

Dans le présent document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Page couverture de l'ÉQCA

Il est important de répondre à **toutes** les questions de la page couverture **y compris l'ÂGE S.V.P.**

Cotation

Le questionnaire de l'ÉQCA est divisé en deux parties, «Comportement adaptatif» et «Comportements inadéquats», chacune avec son propre système de cotation.

Partie 1: Comportement adaptatif (items 1 à 225)

A SUIVRE CI-DESSOUS UN EXEMPLE DE CE TABLEAU EQCA: Items de 83 à 101 …
Nous avons ajouté une colonne afin de le compléter pour 2 de nos jeunes pris en charge : « L » et « E »

	« L »	« E »
83. Fait passer les objets d'une main à l'autre		
84. Tire sur une corde		
85. Attrape, avec les mains, une balle roulant vers lui sur le plancher		
86. Trace des lignes ou des courbes avec ses doigts à l'aide de peinture digitale ou autre		
87. Insère des pièces de monnaie dans une fente		
88. Tourne les pages d'un livre une à la fois		
89. Tourne les pages d'un journal une à une		
90. Découpe du papier, du carton ou du tissu avec des ciseaux		
91. Plie une feuille de papier en quatre (des écarts de 1cm sont acceptés)		
Motricité globale		
92. Est capable de s'asseoir et de rester en position assise (on n'évalue pas ici l'hyperactivité mais bien la capacité de s'asseoir physiquement)		
93. Couché sur le dos, s'appuie sur les avant-bras		
94. Est capable de ramper en se servant de ses bras et de ses jambes		
95. Est capable de passer de la position assise à la position pour ramper		
96. Se balance sur une chaise berçante ou sur une balançoire		
97. Est capable d'adopter la position «quatre-pattes» et de la maintenir		
98. En position debout, se penche et ramasse un objet sans tomber		
99. Est capable d'avancer et reculer à quatre pattes		
100. Monte un escalier en alternant les pieds		
101. Est capable de marcher à reculons sur demande sur une longueur d'environ 3 mètres		
102. Est capable de courir		

0 : Ne le fait pas 1 : le fait mais … 2 : Le fait NP : non possible

Développée par l'Atelier québécois des professionnels sur le retard mental (AQPRM*) en collaboration avec le Laboratoire de Mesure du Comportement Adaptatif et le Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) :

ITEMS RELEVES POUR « L » dans l'EQCA* ;

items de « limitation » : fait peu ou pas

Hygiène

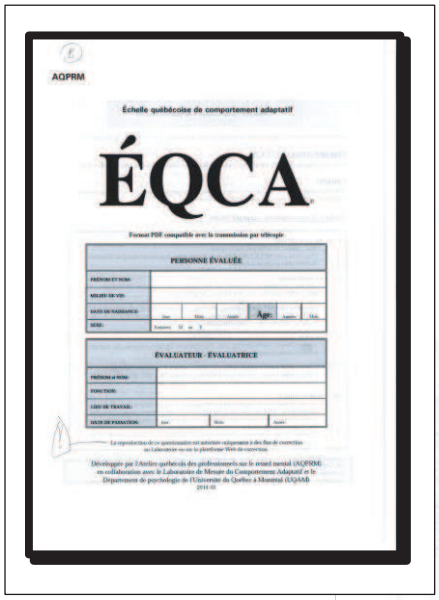
24. Présente ses mains et sa figure lorsqu'on le lave
25. Présente les bras et les jambes lorsqu'on l'essuie
26. Est capable de laver et d'essuyer, au moins grossièrement, ses mains
27. Tente de se savonner et de se laver
28. Peigne ou brosse ses cheveux
29. Se baigne ou se douche lorsqu'on le lui rappelle
30. Lave ses cheveux quand on le lui dit
31. Lave ses cheveux au besoin

Habillage - Déshabillage

37. Bouge ses membres afin d'aider quand on l'habille
38. Enlève, de lui-même, un des vêtements suivants: chapeau, tuque ou mitaines
39. Pousse ses bras ou ses jambes afin d'enfiler un chandail ou un pantalon
40. Enlève ses bas
41. Enlève son pantalon
42. Met son pantalon seul (sans nécessairement pouvoir l'attacher)
43. Met son chandail seul et l'ajuste
44. Monte sa fermeture-éclair
45. Ferme ou attache 2 des systèmes d'attache suivants : boutons, fermeture-éclairs ou agrafes
46. Choisit ses vêtements selon l'occasion, l'endroit et la température
47. Choisit des vêtements dont les couleurs et les styles s'harmonisent

2. Habiletés domestiques: Vêtements

48. Place ses vêtements sales à l'endroit prévu à cette fin
49. Range ses vêtements dans la commode
50. S'habille correctement en fonction de la situation sociale
51. Lave son linge sale à la main ou à la machine



AQPRM

Échelle québécoise de comportement adaptatif

ÉQCA

Format PDF compatible avec la transmission par télécopie

PERSONNE ÉVALUÉE	
PRÉNOM ET NOM:	
MILIEU DE VIE:	
DATE DE NAISSANCE:	Âge:
SEXE:	

ÉVALUATEUR - ÉVALUATRICE	
PRÉNOM et NOM:	
FONCTION:	
LIEU DE TRAVAIL:	
DATE DE PASSATION:	

Développée par l'Atelier québécois des professionnels sur le retard mental (AQPRM) en collaboration avec le Laboratoire de Mesure du Comportement Adaptatif et le Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

Graphisme !

120. Nomme cinq objets familiers	2	0
121. Combine de façon spontanée au moins deux ou trois mots	2	0
122. Exprime la possession (moi, mon, à moi)	≠ 2	1
Réception		
123. Réagit à son nom	2	2
124. Regarde autour de lui quand un son est produit dans son environnement	2+	2
125. Tourne la tête et localise visuellement la source d'un bruit	2	2
126. Regarde la personne qui parle	2	2
127. Écoute de la musique	2	1
128. Montre ou donne un objet sur demande	2	1
129. Identifie 5 objets qu'on lui nomme	1+	1-
130. Écoute des histoires simples	1	
Langage élaboré et complexe		
131. Comprend des instructions conditionnelles (p.ex.: «si tu ne fais pas ceci, tu n'auras pas cela»)	2	1
132. Nomme cinq éléments d'une image lorsqu'on les pointe	1	0
133. Emploie des qualificatifs	2	0
134. Utilise la forme négation dans ses phrases (p.ex. "je ne veux pas")	2	0
135. Emploie les noms avec la forme possessive (p.ex. ma, ton, leurs)	/	0
136. S'exprime sur des événements futurs	2	0
137. Raconte des faits de façon cohérente	1	0
138. Emploie les pronoms personnels (p.ex. je, tu, il, nous, vous, elles)	2	0
139. Dit son numéro de téléphone sur demande	0	0
140. Interrompt poliment une personne lorsqu'il a besoin de lui parler	0	0
141. Discute d'un sujet d'actualité	0	0
5 – Habiletés préscolaires et scolaires:		
Graphisme		
142. Trace un trait horizontal	0	0
143. Trace un trait vertical	0	0
144. Dessine une échelle à partir d'un exemple (les montants ondulés sont acceptés tout comme les barreaux qui dépassent)	0	0
145. Trace un carré à partir d'un exemple	0	0
146. Trace un triangle à partir d'un exemple	0	0
Notion du temps		
147. Identifie au moins un objet servant à déterminer l'heure		
148. Nomme ou exprime les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir)		

0 = Ne le fait pas 1 = Le fait mais ... 2 = Le fait NP = Non possible 7

E Q C A

		L	H
149.	Lit l'heure à la minute près sur n'importe quelle montre ou horloge quelque soit le cadran (analogue et numérique)	0	0
150.	Estime le temps que peut prendre une activité habituelle	0	0
151.	Planifie ses activités de la semaine	0	0
	Mathématiques pratiques		
152.	Compte au moins jusqu'à vingt	0	0
153.	Identifie si un prix marqué est inférieur ou supérieur à $1.00	0	0
154.	Après un achat, vérifie la monnaie qui lui revient	0	0
155.	Utilise les services bancaires	0	0
156.	Utilise les mesures de poids (p.ex.: grammes, kilogrammes, livres)	0	0
157.	Fait un chèque	0	0
158.	Évalue les longueurs ou distances (p.ex.: mètres, kilomètres, pieds, milles)	0	0
	Lecture		
159.	Identifie des services publics désignés par des mots simples ou des sigles (p.ex.: toilettes, sortie)	1	1
160.	Lit et connaît la signification de 4 mots ou sigles reliés à la sécurité (p.ex.: danger, poison, sortie)	0	0
161.	Lit des chiffres écrits en lettres	0	0
162.	Lit un horaire de télévision de façon à choisir ses émissions	0	0
	Écriture		
163.	Écrit son prénom	1	0
164.	Écrit son prénom et son nom	0	0
	6 - Socialisation **Interactions**		
165.	Est capable de réagir au bruit	2	2
166.	Réagit lorsqu'on lui donne la main ou lorsqu'on lui tend les bras	2	2
167.	Établit le contact visuel	2	1 dû à L
168.	Sourit lorsqu'on lui sourit	2	1
169.	Manipule un jouet ou un objet	2	2
170.	Est capable de surveiller et observer les autres	2	0
171.	Est capable d'attirer l'attention des autres en faisant du bruit lorsque cela est nécessaire	2	2
172.	Explore son environnement	2	2
173.	S'approche des personnes qu'il connaît	1	2+
174.	Procède à de courtes interactions avec ses pairs	1	1
175.	Salue une personne qu'il connaît	2	2
176.	Participe activement aux activités de groupe (sur demande)	2	1
177.	Est capable d'imiter les autres	1	1

0 = Ne le fait pas 1 = Le fait mais ... 2 = Le fait NP = Non possible 8

ANNEXE U

« C »

***Psychology of addictive behaviors*,** 18(4), 398-401.

Psychologie des Comportements Addictifs

4.1 Mythes associés à la cyberdépendance

- La cyberdépendance chez les jeunes n'affecte que quelques aspects bien spécifiques de leur vie. Faux!
- ***Les heures passées devant l'écran de l'ordinateur ou les consoles de jeu peuvent être à l'origine de fatigue, d'une diminution de la concentration et de la vigilance, tout en contribuant à l'isolement du jeune.***
- Les garçons sont surtout dépendants à la pornographie et aux sites de rencontres. Faux!
- *Les sites les plus utilisés par les garçons sont les sites de jeux vidéo en ligne.*
- Les relations sociales développées en ligne sont suffisantes pour atteindre un certain bien-être. Faux!
- *Malgré un sentiment de bien-être lorsqu'ils sont en ligne, les jeunes vivent de la dépression, un sentiment de vide et de la culpabilité lorsqu'ils ne sont pas en ligne.*

4.2 Définition

Il s'agit d'un état de dépendance résultant de l'utilisation abusive d'Internet ou d'appareils électroniques (console de jeu, etc.) et qui engendre des difficultés chez l'individu. La dépendance se manifeste par un besoin incontrôlable et insatiable d'utiliser l'ordinateur. Comme les autres dépendances (alcoolisme, toxicomanie, etc.), la cyberdépendance amène un sentiment de détresse et des problèmes aux niveaux psychologique, social ou professionnel.

La cyberdépendance peut prendre plusieurs formes :

des sites pornographiques ;

du clavardage ; 25

du jeu compulsif ;

de la navigation obsessive ;

des jeux vidéo (Xbox, Wii, Playstation, etc.) et du jeu en ligne avec d'autres jeunes.

4.3 Prévalence

En 2008, plus de 248 millions de personnes ont utilisé Internet sur le continent nord- américain. Au Québec, c'est plus de 65 % des adultes qui l'utilisent hebdomadairement. Bien que la prévalence de la cyberdépendance varie beaucoup selon les études, et qu'il soit relativement difficile d'en avoir une idée exacte, on estime qu'environ 6 % des internautes en souffrent. En 2006, au Québec, le temps passé à l'ordinateur pour les 15 ans et plus était de 11,8 heures en moyenne par semaine. Chez les jeunes, les domaines d'intérêt diffèrent selon le sexe : les garçons sont tournés vers les jeux, alors que les filles sont attirées par la discussion en ligne.

4.4 Indices

On peut reconnaitre certains indices physiologiques et psychologiques associés à la cyberdépendance tels que :

Au niveau physiologique :

- syndrome du canal carpien ;
- sécheresse des yeux ;
- maux de tête et migraines chroniques ;
- négligence de l'hygiène personnelle ;
- maux de dos ;
- **alimentation irrégulière** (repas non pris ou encore de mauvaise qualité) ;
- **insomnie ou modification dans le cycle du sommeil**.

Au niveau psychologique, les indices de cyberdépendance sont :

- un sentiment de bien-être, de soulagement ou d'euphorie durant l'utilisation ;
- **un sentiment de vide, de dépression, d'anxiété ou d'irritabilité, lorsque l'accès à Internet est impossible ;**
- **des pensées obsédantes** à propos d'Internet ;
- un sentiment de culpabilité ou de honte face à l'utilisation d'Internet ;
- **une incapacité de cesser ou de diminuer l'usage** d'Internet ;
- **une diminution de l'intérêt et du temps consacrés aux activités hors ligne**.

4.5 Risques

Une surutilisation d'Internet peut aussi entrainer une altération du niveau de fonctionnement (difficultés relationnelles, pertes d'emploi, isolement social, etc.), une baisse d'intérêt pour les activités sociales, une diminution du rendement académique ou professionnel, de la dépression et de l'anxiété. Un jeune cyberdépendant peut aussi mentir à propos de l'utilisation d'Internet (durée, activités en ligne, etc.) et investir des sommes d'argent importantes afin d'entretenir sa dépendance (temps de connexion, téléchargements excessifs, etc.).

4.6 Ressources

En cas de doute concernant un jeune, vous pouvez demander de l'aide :

- à un intervenant scolaire spécialisé ;
- au CLSC de votre région ;
- à un professionnel de la santé (médecin familial, pédiatre) ;
- à Tel-jeunes : www.teljeunes.com (1-800-263-2266).

Si vous voulez en savoir plus concernant la cyberdépendance, vous pouvez consulter la ressource suivante :

- Le centre Dollard-Cormier : www.centredollardcormier.qc.ca

4.7 Références

Caplan, S.E. (2002). Problematic internet use and psychosocial well-being : development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instruments. *Computers in human behaviors*, 18(5), 553-575.

Hayez, J.-Y. (2006). When teens waste their time to computer use:

do they have limits. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(3), 189-199.

Nayebi, J.-C. (2007). *La cyberdépendance en 60 questions*. Paris: Retz.

Sergerie, M.-A. & Lajoie, J. (2007). Internet : usage problématique et usage approprié. *Revue québécoise de psychologie*, 28(2), 149-159.

Tremblay, N. (2008). La cyberdépendance vous dites ? *Bulletin*

« La route de Sam », Mai 2008. Association canadienne pour la santé mentale – section Saguenay.

Vaugeois, P. (2006). La cyberdépendance : fondements et 27 perspectives. Centre Québécois de lutte aux dépendances. Dépôt légal : 4e trimestre 2006.

Young, K.S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and behavior*, 1(3), 237-244. Young, K.S. (2004). Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *American behavioral scientist*, 48(4), 402-415.

INFORMATION CONFIDENTIELLE

. . .

Ce mémoire est un travail personnel de très longue haleine,
empirique et chargé d'émotion.

Je vous remercie alors chers lecteurs de le respecter en évitant de le copier, de quelque manière que ce soit.

Qu'il vous nourrisse et vous aide dans VOTRE travail, c'est mon souhait.
Pour le reste, créez votre opinion, tissez votre expérience,
ressentez !

Je vous remercie pour votre considération .

cecilefournier17@orange.fr

Cécile

RESUME/PAPER

L'ALLIANCE ART - THERAPEUTIQUE UNIVERSELLE

L'Art-Thérapie peut s'apprendre, certes, mais elle se pratique surtout, se vit. Lorsqu'on est artiste et enseignante, cette mission est un prolongement, une facette intrinsèque, utile et nécessaire, logique à l'évidence.
Une année de formation, un stage, ce mémoire, pour confirmer le souhait récurrent d'apporter du *mieux* et du *bon* aux personnes qui en ont besoin, envie. Nous verrons dans ces pages que la mise en situation « *créActive* » (l'« oser créer »), son cheminement, ses évolutions ouvrent de nouvelles possibilités; aidant l'Être à se re-construire, s'apaiser, s'affirmer.
La considération et la prise en charge art-thérapeutique de 4 jeunes adolescents porteurs de handicaps mentaux en Institut Médico-Educatif via les arts-plastique lors du stage de formation fait ressortir cet élan positif.
Ce n'est pas de la magie. C'est concrètement évalué et prouvé ici : la pratique artistique en art-thérapie donne des résultats quantifiables et probants.
Il y faut en tant qu'Art-Thérapeute, de la conviction, de la rigueur et un bel instinct d'Alliance Universelle.

THE UNIVERSAL THERAPEUTIC – ART ALLIANCE

Art-Therapy can be learnt, of course, but above all it should be practiced. Art-therapy must be lived.
As an artist and a teacher, we see this as a mission, an intrinsic value, a useful, necessary, and possibly logical continuation.
A training year, an internship and this dissertation confirm our continuous desire to make people in need feel better. In the following pages, we will show how setting-up a "créActive" (dare to create) situation creates new opportunities that help people re-build themselves, become calmer and more assertive.
The support provides through art-therapy and consideration to four mentally handicapped teenagers during the internship (with plastic arts) has shown this positive impetus. This not magic. It is clearly evaluated and demonstrated here: art practice in art-therapy gives quantifiable and convincing results.
As an art-therapist, one needs conviction, rigor and an instinct for Alliance.

Cécile Fournier. 2017
Traduction de ce résumé en anglais par Nathalie Banaigs … Merci mon Amie.

MOTS CLEFS : art-thérapie, alliance thérapeutique, considération, arts-plastiques, Institut Médico-Educatif*, handicap mental, enfant adolescent.

KEY WORDS : art-therapy, alliance, mentally handicapped teenagers, Medical Educational Institute (IME*), consideration, plastic arts.