

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie

6, rue de la Milétrie
TSA 5115
86073 POITIERS Cedex 9 – FRANCE

**L'ART-THÉRAPIE PAR LES ARTS PLASTIQUES
DANS LA REVALORISATION DES ENFANTS
DÉFICIENTS INTELLECTUELS AU SEIN D'UN
INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE**

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

présenté par Laura CARTON

Année 2017

Sous la direction de
Nadia CHAMAS
Psychologue clinicienne

Référent universitaire
Professeur Jean-Jacques GIRAUD
Responsable pédagogique

Lieu de stage
I.M.P de Pracomtal
9, rue Augier
16100 COGNAC

A la mémoire de Laurence Bailly.

REMERCIEMENTS

Je remercie David Mauret pour sa confiance, et Nadia Chamas pour ses conseils.

Je remercie le Professeur Jean-Jacques Giraud ainsi que les enseignants du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de Poitiers, pour leur riche enseignement.

Je remercie l'équipe de l'Institut Médico-Pédagogique de Pracomtal ainsi que tous les jeunes que j'y ai rencontrés, pour leur accueil et leur joie de vivre.

Je remercie Mélanie Baugard et Richard Labaisse.

Enfin, je remercie la Promotion 2016-2017 du D.U d'Art-thérapie.

PRÉAMBULE

Nos précédentes expériences professionnelles nous ont amenés à cotoyer un public jeune lors d'ateliers d'expression plastique au sein d'écoles, d'associations ou d'acceuil de loisirs. Nous y avons rencontré deux adolescents présentant une déficience intellectuelle ainsi que des Troubles du Spectre Autistique, ce qui nous a poussés à suivre l'enseignement du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Cette recherche a été menée au sein de l'Institut Médico-Pédagogique de Pracomtal, structure médico-sociale située à Cognac et accueillant des enfants vivant avec une déficience intellectuelle. Nous y avons accompagné quatre enfants en art-thérapie, sur une période de trois mois, en utilisant plusieurs techniques artistiques relevant des arts-plastiques.

Au fil de ce mémoire, nous verrons en quoi l'art-thérapie peut s'associer aux autres thérapeutiques dans le but de développer une bonne estime de soi chez les enfants déficients intellectuels.

D'abord, nous verrons en quoi la déficience intellectuelle peut affecter l'estime de soi des enfants atteints, et pourquoi l'accompagnement en art-thérapie est adapté à ces enfants. Nous verrons ensuite en détails la méthode suivie au travers de la stratégie et des objectifs art-thérapeutiques mis en place. Notre étude sera illustrée par deux études de cas, au travers desquelles nous observerons comment l'art-thérapie peut agir sur certains mécanismes comme la confiance en soi, l'expression et l'autonomie. Enfin, nous interrogerons sur plusieurs points comme les méthodes d'évaluation, le cadre art-thérapeutique ainsi que la relation patient/art-thérapeute.

PLAN

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 3 |
| PRÉAMBULE..... | 4 |
| PLAN..... | 5 |
| PREMIÈRE PARTIE: INTRODUCTION..... | 8 |
| 1.1 La déficience intellectuelle..... | 8 |
| 1.1.1. Une définition..... | 8 |
| 1.1.2. Des origines multiples..... | 9 |
| 1.1.3. Troubles associés..... | 9 |
| 1.2 Déficience intellectuelle et estime de soi..... | 10 |
| 1.2.1. L'estime de soi..... | 10 |
| 1.2.1.1. Une définition..... | 10 |
| 1.2.1.2. Dépend des expériences..... | 10 |
| 1.2.1.3. Dépend de l'environnement..... | 11 |
| 1.2.1.4. Le développement de l'estime de soi chez l'enfant..... | 12 |
| 1.2.2. La déficience intellectuelle peut affecter l'estime de soi des enfants atteints..... | 14 |
| 1.2.2.1. Le sentiment de compétence..... | 14 |
| 1.2.2.2. Le sentiment de sécurité..... | 15 |
| 1.2.2.3. Le sentiment d'appartenance..... | 16 |
| 1.3. L'art-thérapie dans la revalorisation des enfants déficients intellectuels.. | 17 |
| 1.3.1. L'art-thérapie, une définition..... | 17 |
| 1.3.2. Une prise en soin adaptée..... | 17 |
| 1.3.3. Les arts-plastiques comme outils de revalorisation..... | 18 |
| DEUXIÈME PARTIE: MATÉRIELS ET MÉTHODES..... | 21 |
| 2.1. Matériels..... | 21 |
| 2.1.1. L'I.M.P* de Pracomtal..... | 21 |
| 2.1.1.1. L'institution..... | 21 |
| 2.1.1.2. L'équipe pluridisciplinaire..... | 21 |
| 2.1.1.3. Le public accueilli..... | 22 |
| 2.1.2. Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique..... | 22 |
| 2.1.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients..... | 23 |
| 2.1.4. Stratégies thérapeutiques..... | 23 |
| 2.1.4.1. Le Projet Individualisé d'Accompagnement | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.4.2 La stratégie art-thérapeutique..... | 24 |
| 2.1.5. Durée de la recherche..... | 25 |
| 2.1.6. Organisation des séances..... | 25 |
| 2.1.7. Evaluation des séances..... | 26 |
| 2.1.7.1 Les fiches d'observation et d'évaluation en art-thérapie..... | 26 |
| 2.1.7.2 Grilles d'évaluation scientifiques utilisées..... | 26 |
| 2.2. Méthodes..... | 27 |
| 2.2.1. Prise en soin de Caroline..... | 27 |
| 2.2.1.1. Anamnèse..... | 27 |
| 2.2.1.2. Objectifs art-thérapeutiques..... | 28 |
| 2.2.1.3. Séances art-thérapeutiques..... | 28 |
| 2.2.2. Prise en soin de Vincent..... | 33 |
| 2.2.2.1. Anamnèse..... | 33 |
| 2.2.2.2. Objectifs art-thérapeutiques..... | 34 |
| 2.2.2.3. Séances art-thérapeutiques..... | 35 |
| TROISIÈME PARTIE: RÉSULTATS DE LA RECHERCHE..... | 39 |
| 3.1. Prise en soin de Caroline..... | 39 |
| 3.1.1. Echelles scientifiques..... | 39 |
| 3.1.2. Items scientifiques personnalisés..... | 39 |
| 3.1.3. Grilles d'observation des séances..... | 43 |
| 3.1.4. Bilan..... | 48 |
| 3.1.5. Auto-évaluation..... | 49 |
| 3.2. Prise en soin de Vincent..... | 49 |
| 3.2.1. Echelles scientifiques..... | 49 |
| 3.2.2. Items scientifiques personnalisés..... | 50 |
| 3.2.3. Grilles d'observation des séances..... | 53 |
| 3.2.4. Bilan..... | 58 |
| 3.2.5. Auto-évaluation..... | 59 |
| QUATRIÈME PARTIE: DISCUSSION..... | 60 |
| 4.1. Apports et bénéfices de l'étude..... | 60 |
| 4.1.1. Echelles scientifiques..... | 60 |
| 4.1.2. Items scientifiques personnalisés..... | 60 |
| 4.1.3. Grilles d'observation des séances..... | 61 |
| 4.2. Limites de l'étude..... | 63 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.1. Patients..... | 63 |
| 4.2.2. Séances..... | 64 |
| 4.2.3. Grille d'évaluation et schéma utilisé..... | 66 |
| 4.2.4. Auto-évaluation..... | 69 |
| 4.3. Discussion du cadre conceptuel de l'Art-thérapie..... | 70 |
| 4.3.1. Cadre thérapeutique..... | 70 |
| 4.3.2. Relation et alliance thérapeutiques..... | 72 |
| 4.3.3. Besoins des patients..... | 73 |
| 4.4. Discussion de la posture soignante en tant que future art-thérapeute..... | 75 |
| 4.4.1. L'approche humaniste..... | 75 |
| 4.4.2. Besoins des patients..... | 76 |
| 4.4.3. Travail en collaboration avec les autres personnels..... | 78 |
| CINQUIÈME PARTIE: CONCLUSION..... | 80 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 81 |
| WEBOGRAPHIE..... | 83 |
| GLOSSAIRE..... | 85 |
| ANNEXES..... | 88 |
| Annexe 1. Fiche d'ouverture en art-thérapie..... | 88 |
| Annexe 2. Fiche d'observation des séances d'art-thérapie..... | 90 |
| Annexe 3. Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété..... | 91 |
| Annexe 4. «Attention-Deficit with Hyperactivity Rating Scale IV»..... | 92 |
| Annexe 5. Grille d'évaluation «Comment mesurer les suivis sociaux»..... | 93 |
| Annexe 6. Grille d'évaluation personnalisée des séances d'art-thérapie..... | 94 |
| Annexe 7. Bilan de fin de prise en soin en art-thérapie..... | 95 |

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

1.1 La déficience intellectuelle

1.1.1 Une définition

Le DSM-IV-TR¹ définit la déficience intellectuelle suivant trois caractéristiques distinctes:

- un **fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne**

Il est défini par le Quotient Intellectuel (QI) et mesuré grâce à des tests d'intelligence générale standardisés. Le score obtenu détermine le degré de sévérité du retard mental.

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

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

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

Retard mental profond : niveau de QI inférieur à 20-25

La *Weschler Intelligence Scale for Children* est l'échelle d'intelligence utilisée pour évaluer le QI des jeunes entre 6 et 16ans.

- des **limitations significatives du fonctionnement adaptatif**

«Adaptive behavior is the collection of conceptual, social, and practical skills that all people learn in order to function in their daily lives.»²

Les limitations doivent survenir dans au moins deux des secteurs d'aptitudes suivants: la communication, l'autonomie, la vie domestique, les aptitudes sociales et interpersonnelles, la mise à profit des ressources de l'environnement, la responsabilité individuelle, l'utilisation des acquis scolaires, le travail, les loisirs, la santé et la sécurité.

La *Vineland Adaptive Behavior Scale* est une échelle permettant d'évaluer le comportement adaptatif d'un individu.

- enfin, une **apparition avant l'âge de 18 ans.**

1 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé.* Issy-les-Moulineaux : Masson, 2005. p.80-89.

2 AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. *Diagnostic Adaptive Behavior Scale.* In site de l'AAIDD [en ligne] <<http://aaid.org/intellectual-disability/diagnostic-adaptive-behavior-scale>>, consulté le 4 Mai 2017.

1.1.2 Des origines multiples

Les causes d'une déficience intellectuelle peuvent survenir à différents moments du développement de l'enfant³ :

- chez l'embryon ou le fœtus, ce sont les **causes anténatales**;

Ex: les malformations génétiques comme la Trisomie 21 ou le Syndrome de l'X-fragile*; des problèmes durant la grossesse comme le syndrome d'alcoolisme-fœtal ou les infections maternelles, etc.

- pendant la naissance ou les jours suivants, ce sont les **causes périnatales**;

Ex: encéphalite, manque d'oxygénation du nouveau-né, grand prématurés, etc.

- après la naissance, ce sont les **causes postnatales**.

Ex: une infection par méningite, un traumatisme crânien, etc... ainsi que des causes d'ordre psychosocial* comme la maltraitance infantile ou une sous-stimulation de l'enfant.

Comme le confirme le docteur en psychologie Serge Dalla Piazza⁴, les deux types de facteurs prédisposant à une déficience intellectuelle sont organiques et environnementaux (ou psychosociaux). Ils peuvent également coexister dans un même diagnostic: l'origine de la déficience intellectuelle est multiple. (Il est à noter qu'excepté ceux d'ordre génétique, les événements cités ci-dessus peuvent survenir chez le jeune enfant sans pour autant entraîner une déficience intellectuelle.)

1.1.3 Troubles associés

À la déficience intellectuelle peuvent s'ajouter différents troubles psychologiques, qui apparaissent chez les personnes déficientes intellectuelles à des taux trois à quatre fois supérieurs à ceux de la population générale. Parmi ces troubles associés se trouvent les T.E.D*, les T.D.A/H*, les troubles de l'apprentissage, de l'humeur, les troubles du comportement ou encore les stéréotypies*.

➔ Pour conclure cette introduction à la déficience intellectuelle, nous pouvons affirmer qu'il est difficile de la définir *«comme un tout, tant la population des déficients est hétérogène: origines multiples, intensité variable, déficits associés, etc.»*⁵

3 COHEN, David et MARCELLI, Daniel. *Enfance et psychopathologie, 9^e édition*. Masson, 2012. Ch. 3, Grands regroupements nosographiques. Retard mental. p. 285.

4 DALLA PIAZZA, Serge et DAN, Bernard. *Handicaps et déficiences de l'enfant*. De Boeck, 2001. Chap. 10, La déficience intellectuelle. Génétique, étiologie et physiopathologie. p.146.

5 VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse: Erès, 2005. Postface, une place précaire.

1.2 Déficience intellectuelle et estime de soi

1.2.1 L'estime de soi

1.2.1.1 Une définition

Le mot «estimer», du latin «aestimare», signifie «déterminer une valeur» et «avoir une bonne opinion de»⁶. Dans l'estime de soi, il s'agit donc de porter un jugement de valeur sur soi-même.

Cette notion est introduite par le psychologue et philosophe William James en 1892, qui la définit alors comme le rapport entre les aspirations et les réussites d'un individu. Josiane de Saint Paul, psychothérapeute, va plus loin dans sa définition de l'estime de soi. Pour elle, il ne s'agit pas seulement d'un sentiment de compétence, mais également d'avoir conscience de sa valeur intrinsèque en tant qu'être humain :

«L'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. (...) L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face, de façon responsable et efficace, aux événements et aux défis de la vie.»⁷

L'estime de soi peut être «basse» ou «haute» et se manifeste au travers de nos émotions, de nos comportements et de nos pensées.⁸

- Une personne qui a une **basse estime de soi** pensera qu'elle est forcément incompétente, n'agira pas par peur d'échouer, sera tendue et anxieuse...
- Au contraire, une personne avec une **bonne estime de soi** croira en sa réussite, prendra des initiatives et acceptera les échecs sans se sentir humiliée.

1.2.1.2 L'estime de soi dépend des expériences

L'estime de soi d'une personne se construit au fil du temps grâce aux nombreuses expériences qu'elle connaît.

Lorsque nous menons à bien une action en atteignant le but recherché, cela engendre chez nous une satisfaction, c'est une expérience valorisante. Nous nous sentons à la hauteur et nous développons un sentiment de compétence qui augmente notre estime de nous-mêmes. Une personne ayant connu une expérience valorisante voudra la répéter; et plus elle renouvellera l'expérience, plus elle acquiera des compétences qui augmenteront son sentiment

6 LAROUSSE EDITIONS. *Définitions : Estimer - Dictionnaire de Français Larousse*. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/estimer/31188>> , consulté le 7 juin 2017.

7 SAINT PAUL de, Josiane. *Estime de soi, confiance en soi*. Paris : Inter Editions, 1999. p.20.

8 ANDRE, Christophe. *Imparfais, libres et heureux: pratiques de l'estime de soi*. Paris : Odile Jacob, 2015. Chap. 2, L'essentiel sur l'estime de soi. p.27.

d'efficacité. C'est un cercle «vertueux» qui donne confiance en soi, motive et apprend. En revanche, si un individu échoue à plusieurs reprises - surtout dans un domaine qu'il juge important ou que la société valorise - il se dévalorisera et ne voudra pas réitérer l'expérience: «*si les gens ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés.*»⁹

→ L'estime de soi se nourrit donc du sentiment de compétence et de confiance en soi développé face aux nombreuses expériences rencontrées. Elle est une réelle source de motivation et varie tout au long de la vie, en fonction des réussites et des échecs. C'est quand le sentiment d'incompétence dans un domaine particulier se généralise à tous les niveaux de la vie qu'une réelle carence apparaît au niveau de l'estime de soi.

1.2.1.3 L'estime de soi dépend de l'environnement

L'être humain est un être social qui évolue dans un environnement physique au milieu de ses semblables. Pour vivre, il a besoin des autres, de se lier à eux et d'interagir avec eux. Selon l'O.M.S*, le «*bien-être social*» est indissociable de la bonne santé.¹⁰

- **Les interactions de groupe**

Pour le sociologue américain Charles Cooley (1863-1931), l'estime de soi d'un individu prend son origine dans ses interactions avec son entourage. Selon sa théorie du *Looking glass self*, le regard de l'autre nous envoie des informations qui nous permettent de connaître l'idée qu'elle se fait de nous, et plus cette personne est importante à nos yeux, plus son opinion affectera notre estime de nous-mêmes. Les personnes avec qui nous interagissons «*nous transmettent leur perception par leurs attitudes, leurs commentaires et leurs renforcements, positifs ou négatifs.*»¹¹, ce qui nous entraîne à ajuster le regard que nous portons sur nous-mêmes. Un compliment nourrit l'estime de soi; au contraire, un commentaire négatif peut en favoriser la baisse.

Mais parfois, nous nous faisons une idée du regard des autres qui ne coïncide pas avec leur pensée réelle. Si une personne s'imagine que les autres ont une vision négative d'elle, elle aura tendance à adopter cette vision négative et à modifier ses comportements en conséquence; ce qui engendrera une vraie dévalorisation. La valeur que l'on se porte est subjective et peut donc ne pas être en adéquation avec la réalité.

9 CARRE, Philippe. *Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ?* Savoirs Hors série, no. 5 (n.d.): 9-50.

10 Définition de la santé par l'OMS: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

11 DUCLOS, Germain. *Estime de soi un passeport pour la vie (L')*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2010. Chap.1, Définition et caractéristique de l'estime de soi. A la source de l'estime de soi.

- **Le sentiment d'appartenance**

Tout au long de notre vie, nous tissons un réseau social en faisant notre entrée dans différents groupes d'appartenance: d'abord la famille, ensuite l'école, puis le monde professionnel. Ce besoin d'appartenance est essentiel au bien-être de chaque individu et à la construction de son estime de soi. Une personne faisant partie d'un groupe se sent appréciée et soutenue; au contraire, une personne exclue se sentira inutile, «pas assez bien». Ce rejet social peut entraîner une baisse de l'estime de soi, un isolement et une peur du regard des autres.

Notre acceptation - ou notre rejet - de la part d'un groupe découlent en partie de notre culture, de la société dans laquelle nous évoluons et ses codes. En effet, dans une société où les notions de compétence et d'efficacité sont essentielles, il peut être ardu de répondre aux exigences attendues: une personne sans emploi, sans domicile fixe ou atteinte d'une maladie peut se retrouver en marge d'un groupe car elle ne correspond pas aux «critères requis».

- ➔ L'estime de soi est une construction psychosociale. Elle est essentielle à notre bien-être psychique, au développement de notre personnalité et impacte nos comportements au quotidien. Elle évolue tout au long de la vie et prend sa source dans la petite enfance.

1.2.1.4 Les nourritures de l'estime de soi chez l'enfant

Abraham Maslow (1908-1970), Psychologue américain, place l'estime de soi en quatrième position dans sa *Hierarchy of Needs*^{12*}. Pour pouvoir développer son estime de soi, l'être humain doit donc en premier lieu pouvoir satisfaire ses **besoins fondamentaux physiologiques, de sécurité et d'appartenance**.

Germain Duclos¹³, Psychoéducateur canadien, qualifie ces besoins fondamentaux de «nourritures» pour le développement d'une bonne estime de soi chez l'enfant et y ajoute deux composantes: **la connaissance de soi** et le **sentiment de compétence**. Les quatre nourritures de l'estime de soi chez l'enfant seraient alors:

- **le sentiment de sécurité et de confiance**

Pour s'épanouir, l'enfant doit d'abord pouvoir satisfaire son sentiment de sécurité physique. Cela passe par la satisfaction de ses besoins physiologiques - inhérents à l'être humain - comme être nourri, vêtu, logé... Il a également besoin d'évoluer dans un environnement physique stable et sécurisant.

Apparaît ensuite le besoin de sécurité psychologique - ou de confiance - basé sur l'attachement précoce de l'enfant avec les personnes qui l'élèvent. Selon le psychiatre John

12 MASLOW, Abraham. *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, no50, 1943. p.370-396.

13 GAUDREAU, Orietta et CLOUTIER Chantale. *Aventure dans mon univers: estime et affirmation de soi chez les 9 à 12 ans*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2005. p.16.

Bowlby (1907-1990) et son *Attachment Theory*, si les parents répondent de façon adéquate aux besoins de leur petit enfant, celui-ci développera un sentiment de confiance envers eux, mais aussi le sentiment d'avoir une valeur et d'être aimé¹⁴.

- **le sentiment d'appartenance**

Faire partie d'un groupe est essentiel pour l'enfant, qui prend petit à petit conscience de sa valeur à travers le regard des autres. Il évolue d'abord dans l'environnement familial; vient ensuite l'environnement scolaire, où les «*enseignants, amis et camarades, sont autant de personnes qui ont établi de façon progressive des relations plus ou moins positives avec l'enfant, laissant en lui l'empreinte d'une image de soi dont l'appréciation va constituer l'estime de soi.*»¹⁵ Le regard des enseignants et des pairs est très important pour l'enfant et témoigne en partie de son adaptation sociale.

- **la connaissance de soi**

Pour Jean Montbourquette (1933-2011), Psychologue canadien, «*l'estime de soi pour sa personne (...) est nécessaire.*»¹⁶ Grâce aux apprentissages, aux nouvelles expériences et aux personnes qui l'entourent, l'enfant apprend à se connaître. Il prend conscience de ses émotions et de ses besoins, de ses possibilités et de ses limites; de sa personnalité, de son individualité. Ce sentiment d'identité personnelle qu'il développe l'amène à se dire «je suis moi, je suis unique» et «j'ai une valeur en tant qu'individu». Pour Germain Duclos, être conscient de sa propre valeur permet à l'enfant de «*se prendre en main et d'utiliser des stratégies d'adaptation pour mieux vivre avec ses difficultés et avec son environnement.*»¹⁷

- **le sentiment de compétence**

Le sentiment de compétence apparaît suite aux nouvelles expériences, connaissances et habiletés que l'enfant acquiert au fil du temps. Il est indispensable au processus d'apprentissage et lui permet de croire en lui, de se fixer de nouveaux objectifs et de persévérer face aux difficultés: plus l'enfant se sent compétent dans une activité, plus il voudra persévérer dans cette activité.

Le sentiment de compétence de l'enfant se nourrit de ses expériences mais aussi du regard des adultes vis-à-vis de celles-ci: plus l'enfant est encouragé et valorisé, plus il pourra développer une bonne estime de soi. Selon Susan Harter, Professeure de Psychologie spécialisée dans le développement de l'enfant à l'Université de Denver, les renforcements positifs stimulent le

14 GUEDENEY, Nicole. *Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement*. Devenir : 2011/2 (Vol. 23). p. 129-144.

15 LAMIA, Alicia et al. *Evolution de l'estime de soi et adaptation sociale des enfants*. Revue de l'institut Piaget : Lisbonne. p.2.

16 MONTBOURQUETTE, Jean. *De l'estime de soi à l'estime du Soi*. Montréal : Novalis, 2002. p.26.

17 DUCLOS, Germain. *Estime de soi un passeport pour la vie (L')*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2010. Chap. 1. Définition et caractéristique de l'estime de soi. Un phénomène cyclique et variable comme la vie.

renouvellement des expériences et favorisent le chemin vers l'autonomie; car l'enfant ne développera un sentiment de compétence que s'il expérimente par lui-même.

- ➔ Ces «nourritures» qui permettent le développement d'une bonne estime de soi chez l'enfant peuvent être entravées par la déficience intellectuelle.

1.2.2 La déficience intellectuelle peut affecter l'estime de soi des enfants atteints

1.2.2.1 Le sentiment de compétence

Plusieurs études montrent que les enfants vivant avec une déficience intellectuelle ont une perception de leurs capacités inférieure à celle de jeunes du même âge ne présentant pas de difficultés d'apprentissage. Elles révèlent également une généralisation massive du sentiment d'incompétence chez ces enfants, ce qui peut affecter la valeur qu'ils se portent. (Butler & Marinov-Glassman, 1994 ; Harter, 1982, 1986 ; Kernis, Brockner & Franckel, 1989 ; Renick & Harter, 1989 ; Ribner, 1978 ; Seiffge-Krenke, 1990).¹⁸

En effet, les enfants déficients intellectuels connaissent de nombreuses difficultés au quotidien pouvant entraver leur sentiment de compétence:

- **les capacités cognitives sont atteintes**

Le fonctionnement cognitif se traduit par les capacités d'attention et de mémorisation, les fonctions exécutives, le langage, la praxie* et la gnosie*. Son développement «offre à l'enfant un laboratoire où faire l'expérience des relations causales entre ses actions et les effets qu'elles produisent. A travers ces expériences, l'enfant commence à acquérir un sentiment de maîtrise ou de compétence»¹⁹ Chez l'enfant déficient intellectuel, ces capacités sont présentes mais limitées dans leur mobilisation et leur efficacité.

Tout d'abord, les enfants déficients intellectuels peuvent éprouver des difficultés **d'attention et de mémorisation**: rester concentrés longtemps sur une même tâche, mémoriser plusieurs informations en même temps, retenir une consigne et la mettre en pratique... L'acquisition des apprentissages scolaires comme la lecture et l'écriture sont freinés, et ces enfants sont souvent exclus du système scolaire classique dont les méthodes éducatives ne sont pas adaptées.

«Les enfants qui présentent un trouble cognitif (...) ont une appréciation négative de leur compétences dans le domaine impliqué comme conséquence de l'échec répété de leurs tentatives de maîtrise.»²⁰

18 NADER-GROSBOIS, Nathalie. *La perception de soi et l'autorégulation en résolution de problèmes chez des adolescents présentant une déficience intellectuelle*. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation 2013/3 (N° 63), p. 100.

19 SPERANZA, Mario et GIOVANNI Valeri. *Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent*. Développements : 2010/3 (n°6). p.9.

20 *Ibid.*

Les **fonctions exécutives** sont également touchées. Ces fonctions sont sollicitées au quotidien et sont nécessaires pour effectuer une suite d'actions dans un but précis, ce qui demande de prendre les décisions adéquates pour s'adapter à la situation donnée.²¹ Les enfants vivant avec une déficience intellectuelle peuvent éprouver des difficultés à adapter leur comportement aux exigences de leur environnement et à gérer les situations nouvelles (ex: un enfant parti se laver les mains qui voit un verre posé sur le lavabo boira dans le verre mais ne se lavera pas les mains). L'action est alors privée de son sens et de son organisation. L'assimilation de nouvelles informations peut aussi être affectée. (ex: une éducatrice dit à un enfant qu'elle sera absente le lendemain, mais l'enfant lui dira quand même «à demain» au moment de se quitter.)

De plus, la déficience intellectuelle peut entraver la **communication verbale**: utilisation d'un lexique restreint, difficultés à émettre des phrases construites (syntaxe) dûes au retard dans les apprentissages. Les enfants atteints peuvent aussi présenter des troubles du langage affectant la prononciation et/ou l'articulation, qui rendent le partage d'informations encore plus ardue. Ils peuvent également connaître des difficultés de compréhension verbale. La frustration peut donc être double: ne pas être compris par l'autre, et ne pas le comprendre en retour.

Enfin, les enfants déficients intellectuels peuvent connaître des **troubles moteurs** les freinant dans leur recherche de maîtrise. Suite aux échecs à répétition, les enfants peuvent être amenés à se sentir peu efficaces sur leur environnement physique, et donc à se dévaloriser.

- **les capacités adaptatives sont atteintes**

Les capacités adaptatives sont la manière dont une personne s'adapte à son environnement pour pouvoir répondre de façon adéquate et autonome aux différentes situations qu'elle y rencontre.

Pour les enfants déficients intellectuels, l'exécution des gestes du quotidien comme s'habiller ou se laver, se repérer dans l'espace et le temps, suivre un planning, appréhender le changement, analyser une situation ou un problème, porter un jugement sur une situation ou encore faire des choix est affectée. L'autonomie quotidienne est donc fortement touchée: l'enfant aura besoin d'un accompagnement adéquat et prolongé pour pouvoir évoluer et gagner en autonomie. Ce manque d'autonomie peut l'amener à se sentir inefficace et entraîner une baisse de l'estime de soi.

1.2.2.2 Le sentiment de sécurité

L'annonce du handicap - qu'elle soit anténatale ou postnatale - est un choc pour la famille, qui peut ressentir une multitude de sentiments: peur, honte, culpabilité... L'enfant né ou à naître n'est pas celui attendu, et la pathologie peut être niée pendant des années après l'annonce du diagnostic. Pour Denis Vaginay, Docteur en Psychologie, les parents traversent une crise psychique et identitaire. Cette crise se ressent dans le foyer et peut entraver le sentiment de sécurité affective de l'enfant. Dans une fraterie, une attitude différente des parents envers les

21 DEGIORGIO, C. *et al.*, *Comprendre les fonctions exécutives*. Centre de réadaptation Fonctionnelle Neurologique. Bruxelles : Hôpital Erasme – U.L.B.

enfants peut venir renforcer ce sentiment de mise à l'écart.

«C'est bien la manière dont les parents acceptent le handicap de leur enfant qui instaure chez lui une base de confiance nécessaire et qui lui procure l'énergie de se surpasser, c'est à dire ne pas rester dans les limites supposées que le handicap entraîne.»²²

Pour pouvoir évoluer, l'enfant doit pouvoir sentir que ses proches lui font confiance. Or face à la déficience intellectuelle, les parents peuvent agir de façon trop protectrice et ainsi ne pas laisser l'occasion à l'enfant de faire ses propres expériences: ne rien lui laisser faire seul, ne pas l'encourager à prendre des initiatives ou à se mettre dans de nouvelles situations... Ce manque de confiance accordé à l'enfant affecte sa propre confiance en lui. Si nos proches ne nous font pas confiance, comment avoir confiance en eux et en nous-même?

Le sentiment d'insécurité affective chez l'enfant peut se traduire par une peur du changement ou de l'abandon, un sentiment d'anxiété, une difficulté à exprimer ses émotions, une recherche excessive d'attention et/ou d'affection auprès d'autres adultes qu'il cotoie, etc... comportements souvent retrouvés chez les enfants avec une déficience intellectuelle.

1.2.2.3 Le sentiment d'appartenance

Pour Yeates et *al.* (2007), l'adaptation sociale se définit par la qualité des relations sociales quotidiennes d'un enfant, telle qu'elle est perçue par lui ou par son entourage: parents, pairs et enseignants.²³ Or, un déficit d'adaptation sociale figure parmi les critères diagnostics de la déficience intellectuelle, au niveau du fonctionnement adaptatif.

L'enfant déficient intellectuel va donc connaître des difficultés à s'intégrer aux différents groupes qu'il va rencontrer, notamment à l'école: difficultés à s'adresser aux autres et à prendre en compte leurs besoins et leurs émotions, à gérer les situations et les conflits, comportements dits «non adaptés»... ce qui peut entraîner une réelle mise à l'écart. Avec l'école arrive également la comparaison avec les pairs: l'enfant prend conscience de ses difficultés et peut développer un sentiment d'infériorité.

Lorsqu'il est accueilli en établissement spécialisé (I.M.E*, I.M.P*...), l'enfant se retrouve au milieu de nouveaux pairs. Il pourra alors développer un sentiment d'appartenance à ce nouveau groupe. Mais les interactions difficiles avec l'entourage mènent à une stigmatisation sociale: les personnes déficientes intellectuelles sont souvent définies comme «anormales» et le regard des autres peut affecter leur estime de soi. Or, quand on appartient à un groupe, la qualité de notre identité et l'image que l'on va avoir de nous-même vont découler de l'image que la société a de ce groupe.²⁴

22 VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse: Erès, 2005. Chap.4, Intégration et prise en charge.

23 NADER-GROSBOIS, Nathalie et FIASSE, Catherine. *Spécificités de la perception de soi d'enfants ayant une déficience intellectuelle et impact sur le lien entre leur Théorie de l'Esprit et leur adaptation sociale*. 6eme Colloque international du RIPSYDEVE; Actualités de la Psychologie du Développement et de l'Education, May 2013, France. p.350

24 HARRISSON, Brigitte. *L'estime de soi chez les personnes autistes*. Centre d'expertise en autisme, SACCADE:

- Si l'enfant déficient intellectuel est freiné dans ses expériences et sa recherche de maîtrise, s'il ne peut évoluer dans un environnement stable et s'il souffre dans sa relation aux autres, il ne pourra développer une bonne estime de soi. Ces enfants sont accompagnés au quotidien pour leur permettre d'évoluer; l'art-thérapie peut-elle se joindre à cet accompagnement pour aider les enfants déficients intellectuels à acquérir une bonne estime de soi?

1.3 L'art-thérapie dans la revalorisation des enfants déficients intellectuels

1.3.1 L'art-thérapie, une définition

L'art apparaît au Paléolithique supérieur il y a plus de 30 000 ans, et se définit comme une activité créatrice humaine orientée vers l'esthétique. L'oeuvre créée n'a donc pas de fonction pratique définie et se suffit à elle-même; elle peut véhiculer un message, la vision que se fait l'artiste du monde ou encore ses états d'âme.

L'Art «nous permet de donner un sens au geste le plus banal, de sublimer l'ordinaire, de nous élever. Et d'une certaine manière de mieux supporter le poids, parfois trop lourd, de nos existences et de notre finitude.»²⁵

En art-thérapie, la création artistique se met au service du soin: le terme «thérapie», qui vient du grec ancien «therapeutikós», signifie «curatif», «serviable.» C'est Adrian Hill (1895-1977), artiste et auteur britannique, qui mentionne pour la première fois en 1945 le terme «art-thérapie», dans son livre *«Art versus Illness»*²⁶. Il raconte comment, tuberculeux et alité au sein d'un sanatorium, dessiner ce qu'il voit autour de lui favorise sa convalescence.

- L'art-thérapie peut se définir comme l'accompagnement paramédical d'une personne dont la santé est affectée, au travers d'une pratique artistique et dont le but est d'apporter un mieux-être. Il s'agit de proposer des activités artistiques correspondant aux envies du patient, en les orientant de façon à ce qu'elles répondent à des objectifs personnalisés de soin.

1.3.2. Une prise en soin adaptée aux enfants déficients intellectuels

La prise en soin en art-thérapie s'effectue sur indication médicale et s'inscrit dans le projet d'accompagnement global du patient. Elle est particulièrement indiquée pour accompagner les troubles de la communication, de l'expression et de la relation. Elle peut également agir sur différents mécanismes comme la confiance en soi et l'estime de soi; ce qui semble en faire un bon outil dans l'accompagnement des enfants déficients intellectuels.

Car ce n'est pas la déficience intellectuelle qui est une indication pour une prise en soin en art-

2008, révision: 2015.

25 EVERS, Angela. *Le grand livre de l'art-thérapie*. Paris : Eyrolles, 2015. Chap.1, p.1.

26 HILL, Adrian. *Art versus Illness*. Londres, 1945; trad. franç. *L'Art contre la maladie. Une histoire d'art-thérapie*. Paris : Vigot, 1947.

thérapie, «c'est la nécessité d'un développement personnel qui est le plus souvent perturbé par le handicap; cela en tant qu'individu et non en tant que handicapé» (Rodriguez, Troll, 2001, p.116)²⁷ L'accompagnement en art-thérapie pourrait alors répondre aux besoins des enfants déficients intellectuels sur plusieurs points:

- **Le cadre art-thérapeutique**

Le cadre établi indique à l'enfant qu'il entre dans un espace protégé de soin dans lequel il est libre de créer et de s'exprimer. Il regroupe plusieurs composantes comme les données spatio-temporelles des séances et le matériel à disposition, mais également des contraintes comme le respect de l'autre, la liberté d'expression et l'écoute. Les enfants déficients intellectuels ont besoin d'évoluer dans un espace rassurant, d'avoir des repères et des règles auxquels se référer. Grâce au cadre art-thérapeutique, l'enfant évolue dans un espace sécurisé et peut s'investir totalement dans l'activité.

- **L'alliance art-thérapeutique**

Le terme «thérapeute» vient du grec «therapeutês», qui définit celui dont le dessein est de «servir» et de «prendre soin».

L'art-thérapeute est donc un soignant au service du patient: il est bienveillant, à l'écoute et accueille les émotions et les paroles sans jugement. L'art-thérapeute doit tenir compte des difficultés de l'enfant qu'il accompagne, mais également de ses capacités, de ses envies et de ses goûts pour l'aider à entrer dans un processus de création. Il est «un allié et un soutien à l'exploration créatrice»²⁸ et guide l'enfant vers des expériences valorisantes. A travers cette relation, l'enfant se sent soutenu tout en restant acteur de ses expériences. Cette relation art-thérapeute/patient est valorisante pour les enfants déficients intellectuels, qui ont besoin d'être accompagnés et valorisés.

- **Le processus de création**

En art-thérapie, il s'agit de créer. Les exigences esthétiques sont laissées de côté et ce qui compte n'est pas le résultat final, mais les étapes que l'enfant aura traversées pour atteindre ce résultat: le choix des couleurs et l'utilisation des outils, la motricité fine ou la posture, les hésitations et les envies, les sensations ou idées exprimées en peignant... C'est ce processus de création, dans lequel chaque étape est importante, qui permet d'observer au fil des séances une évolution chez l'enfant. Comme il n'y a pas d'obligation de résultat, l'enfant déficient intellectuel - qui peut rencontrer des difficultés dans ses expériences au quotidien - est ici libre d'expérimenter sans crainte d'échouer. Car l'enfant a «droit» à l'échec: cela peut faire partie de son parcours vers l'acquisition de son autonomie et de sa confiance en lui.

27 KORFF-SAUSSE, Simone. *Art et handicap: enjeux cliniques*. Toulouse: Erès, 2013. p.119.

28 HAMEL, Johanne et LABRECHE, Jocelyne. *Art-thérapie: mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Paris: Larousse, 2015. p.48

1.3.3 Les arts-plastiques comme outils de revalorisation

Dans «arts-plastiques», le terme «plastique» définit ce «*qui donne des formes et des volumes une représentation esthétique.*»²⁹ Il s'agit donc de transformer un ou plusieurs matériaux pour leur donner une forme. Les arts-plastiques comprennent plusieurs techniques artistiques comme le dessin et la peinture, le collage, la sculpture, la gravure...

La pratique des arts-plastiques au sein d'un atelier d'art-thérapie semble adaptée aux enfants déficients intellectuels car elle permet:

- **d'accéder à un autre langage**

Les arts-plastiques sont un outil de communication qui met de côté le langage pour faire appel au sensoriel et à la spontanéité, à l'action pure. Engagé dans une activité artistique, l'enfant déficient intellectuel - qui peut avoir des difficultés à communiquer verbalement au quotidien - pourra s'exprimer non pas par des mots, mais au travers de ses gestes et de ses choix: grâce aux couleurs choisies, aux textures ou aux outils à sa disposition...

«Le fait d'utiliser un langage non-verbal, en l'occurrence un langage plastique, dans un cadre art-thérapeutique permet (...) souvent un champ d'expression plus vaste et moins contrôlé que lorsqu'il s'agit de paroles verbales.»³⁰

Les arts-plastiques permettent donc à l'enfant déficient intellectuel de nous transmettre ses pensées ou ses émotions non exprimées verbalement. La production finie peut également favoriser la communication verbale avec l'art-thérapeute: l'enfant peut avoir envie de décrire son dessin. Cette oeuvre créée devient alors objet médiateur entre l'enfant et l'art-thérapeute, et l'enfant et son entourage: c'est un outil d'échange qui peut favoriser les liens sociaux.

- **de stimuler les capacités cognitives**

De manière générale, l'art apporte une ouverture culturelle qui va nourrir la curiosité, la créativité et le goût d'apprendre de l'enfant. S'engager dans une activité créatrice invite à la réflexion et permet de trouver du plaisir à penser et à imaginer ce qui va se profiler sur la toile. Au travers d'expériences sensorielles stimulantes, l'enfant développe alors sa créativité et son imagination, ses compétences mnésiques - comme se souvenir des mélanges de couleurs ou de ses créations passées - est amené à la réflexion, à la prise d'initiatives et à développer sa capacité de jugement: faire des choix, porter un regard sur sa création...

- **de développer un sentiment de compétence**

Grâce à un matériel adapté et à des objectifs que nous savons atteignables par l'enfant (ni trop

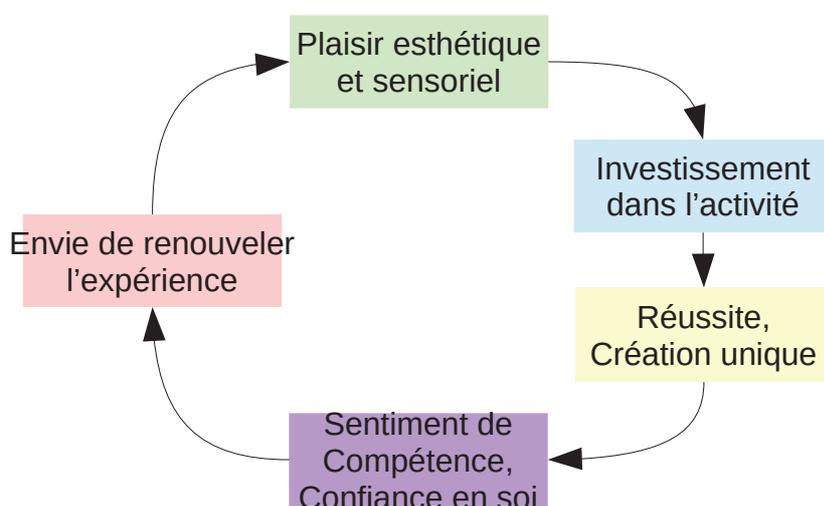
²⁹ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Définitions : plastique*. In site du CNRTL [en ligne] <<http://www.cnrtl.fr/definition/plastique>> , consulté le 3 juillet 2017.

³⁰ DUBOIS, Anne-Marie et MONTCHANIN, Corinne. *Art-thérapie et enfance: contextes, principes et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015. p.60.

en dessous ni trop au dessus de ses capacités), celui-ci développe son autonomie, devient acteur de ses expériences et peut accéder à la réussite. Cette expérience créatrice valorisante l'aide à dépasser les difficultés liées au handicap qu'il connaît au quotidien.

«It is the opportunity for personal achievement that comes from learning to manipulate simple tools or control materials which help to boost the ego and compensate for failure in other channels.»³¹

Créer quelque chose d'unique prouve que l'on est efficace sur son environnement. Grâce à l'expérience créatrice réussie, l'enfant accède à un sentiment de compétence: il peut se dire «je suis capable de»; et un sentiment d'autodétermination: «j'ai envie de faire, de recommencer». La pratique artistique, par le plaisir sensoriel qu'elle procure, valorise l'enfant, lui donne envie de s'investir dans un projet et favorise le développement de sa confiance en soi.



- **de mieux se connaître**

L'écrivain irlandais Oscar Wilde (1854-1900) écrit que *«l'art est l'expression de l'individualisme le plus intense que le monde ait jamais connue»³²*. En créant, l'enfant déficient intellectuel prend conscience de ses potentiels, de ses émotions, de ce qui fait de lui un être unique: de son individualité. Grâce à la variété des médiums et des outils que proposent les arts-plastiques il peut exprimer ses goûts, se découvrir de nouvelles envies et de nouvelles habiletés; autrement dit mieux se connaître.

➔ En s'engageant dans une pratique artistique, en affirmant ses goûts et en se fixant des objectifs à atteindre, l'enfant déficient intellectuel découvre ses potentiels; il est libre de s'exprimer et prend conscience de son unicité. L'art-thérapie par les arts-plastiques semble donc être en mesure de jouer un rôle dans l'accompagnement des enfants déficients intellectuels vers le développement de leur estime de soi.

31 LINDSAY, Zaidee. *Art and the Handicapped Child*. London: Studio Vista, 1972. p.42.

32 WILDE, Oscar. *L'âme humaine*. Paris : Arléa, 2006. p.37.

DEUXIÈME PARTIE

MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 Matériels

2.1.1 L'Institut Médico-Pédagogique de Pracomtal

2.1.1.1 L'établissement

L'association Espace d'Insertion en Région de Cognac est créée en 1966 par des proches de personnes présentant une déficience intellectuelle³³. Sa volonté est d'accompagner les personnes en situation de handicap tout au long de leur vie, en proposant des structures d'accompagnement adaptées. Le pôle enfant de l'association accueille 90 jeunes âgés de 3 à 20 ans et se compose de quatre sections réparties sur les communes de Châteaubernard et Cognac; dont l'Institut Médico-Pédagogique de Pracomtal.

L'I.M.P* de Pracomtal est situé au 9, rue Augier à Cognac, en Charente. Cette structure relève du secteur médico-éducatif. Sa mission est d'offrir un *«accompagnement adapté à chaque enfant accueilli par le biais d'un projet personnalisé qui vise à développer les capacités manuelles et intellectuelles, la socialisation, l'autonomie, la santé et le bien-être afin de pouvoir envisager la meilleure insertion possible.»*³⁴

2.1.1.2 L'équipe pluridisciplinaire

Pour répondre au mieux aux besoins de chaque enfant, l'I.M.P fait appel à des professionnels issus de différents secteurs:

- **éducatif et pédagogique**
 - deux éducatrices spécialisées
 - deux éducatrices de jeunes enfants
 - deux monitrices éducatrices
 - un professeur d'éducation physique et sportive spécialisé
 - une professeure des écoles spécialisée
 - une auxiliaire de vie scolaire

- **paramédical**, ces spécialistes sont présents à temps partiel
 - une psychologue
 - une psychomotricienne
 - une orthophoniste

33 E.I.R.C. *Projet Associatif*. Châteaubernard, 2013.

34 Institut Médico-Educatif de Cognac-Châteaubernard. *Livret d'accueil*.

- **médical**, également à temps partiel
 - une médecin pédiatre
 - un médecin psychiatre

Les enfants ayant des besoins d'accompagnement spécifiques bénéficient de prises en charge individuelles avec les intervenants médicaux et paramédicaux. Ces professionnels sont encadrés par le directeur adjoint et chef de service.

2.1.1.3 la population accueillie

L'I.M.P de Pracomtal accueille une trentaine d'enfants cinq jours par semaine et se compose de deux sections:

- **la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés (S.E.E.S)**

Elle accueille 25 enfants de 6 à 13ans atteints de déficience intellectuelle moyenne à sévère, avec ou sans troubles associés. Les objectifs de cette section sont l'éducation, la scolarisation, le soin et le soutien psychologique en lien avec les familles. Les enfants sont répartis dans 5 groupes de référence selon leur âge et leurs besoins. Chaque groupe est tenu par une éducatrice référente et possède un projet de groupe qui définit les besoins des enfants accompagnés, les objectifs généraux et spécifiques de leur accompagnement et les outils d'évaluation utilisés.

- **la Section «Passerelles»**

Elle accueille 4 enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique diagnostiqué; ils sont âgés de 6 à 13ans. Le groupe est tenu par deux éducatrices. La mission de cette section est d'accompagner au mieux ces enfant à travers des stratégies éducatives, rééducatives et thérapeutiques, pour améliorer leurs capacités motrices et cognitives, la communication, l'autonomie, prévenir le développement de nouveaux troubles du comportement et favoriser leur bien-être.

2.1.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique

L'objectif global de l'accompagnement en art-thérapie au sein de l'I.M.P est d'offrir à chaque enfant accompagné, en prenant en compte ses envies et capacités, une activité valorisante et adaptée, où il sera à même de faire de nouvelles expériences, de se responsabiliser, de développer un sentiment de compétence et par ce biais de prendre confiance en lui.

Nous observerons les effets de la prise en soin en art-thérapie sur le développement de la confiance en soi des enfants déficients intellectuels. Cette observation passera par une évaluation objective de l'évolution de leur comportement et de leur autonomie, de leur

capacité à s'exprimer et à entretenir une relation adaptée avec l'art-thérapeute stagiaire. Les objectifs de chaque prise en soin devront être en accord avec l'accompagnement proposé par l'institution, et seront développés spécifiquement suivant les besoins de chaque enfant. Ils seront consignés dans la fiche d'ouverture (*voir Annexe 1*) de l'art-thérapeute stagiaire, fiche complétée grâce aux échanges avec l'équipe pluridisciplinaire et l'enfant, ainsi que la lecture de son projet personnalisé.

Le but de l'accompagnement en art-thérapie est que les objectifs posés pour chaque enfant soient atteints à la fin de la prise en soin. À terme, l'évolution de l'enfant observée pendant les séances doit être perceptible au quotidien.

L'évolution de chaque enfant accompagné sera transmise à l'équipe pluridisciplinaire au travers d'un bilan oral présenté lors de la réunion pédagogique. Ce bilan regroupe les objectifs art-thérapeutiques, les moyens mis en oeuvre pour les atteindre, ainsi que l'évolution de l'enfant au regard de ces objectifs. Un bilan écrit est remis au chef de service et inséré dans le dossier de l'enfant. (*voir annexe 7*)

2.1.3 Critères d'inclusion et de non inclusion des patients

Après avoir effectué un temps d'observation au sein des différents groupes de référence, nous décidons des enfants pris en soin avec l'équipe pédagogique et le chef de service. Quatre enfants sont désignés d'un commun accord pour participer aux séances d'art-thérapie. Ils ont entre 6 et 13ans (trois garçons pour une fille) et présentent des indications pour une prise en soin en art-thérapie, tant au niveau du comportement et de l'autonomie que de la relation et de la communication. Ils ont tous un diagnostic différent; leur point commun est qu'ils présentent une déficience intellectuelle moyenne.

Deux enfants ont été choisis pour participer à l'étude présentée dans ce mémoire. Ces enfants sont ceux dont la prise en soin a été la plus effective: une nette évolution de leur comportement a été observée. L'accompagnement des deux enfants non présentés dans ce mémoire a montré moins de résultats. Le premier a montré une faible implication pendant les séances et l'alliance thérapeutique ne s'est pas faite; le deuxième présente des Troubles du Spectre Autistique plus profonds, et la prise en soin aura été trop courte pour montrer de vrais résultats.

2.1.4 Stratégies thérapeutiques

Pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes déficientes intellectuelles, *«l'objectif principal est l'expression maximale du sujet concerné, comprenant le développement optimum de ses compétences et son épanouissement sur le plan psychique et affectif.»*³⁵

Pour ce faire, l'I.M.P de Pracomtal propose deux axes de prise en charge: l'axe éducatif, qui comprend les apprentissages dispensés par les éducatrices et la professeure des écoles; ainsi que l'axe thérapeutique, qui relève du soin. L'accompagnement est personnalisé pour chaque

35 VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse: Erès, 2005. Chap.4, Intégration et prise en charge.

enfant grâce au Projet Individualisé d'Accompagnement.

2.1.4.1 Le Projet Individualisé d'Accompagnement

Depuis 2009, les institutions médico-sociales se doivent d'établir pour chaque enfant un Projet Individualisé d'Accompagnement (P.I.A*), qui permet la mise en place d'«*actions thérapeutiques et éducatives particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant ou adolescent.*»³⁶

Pour dresser le P.I.A*, l'équipe cible les besoins de l'enfant grâce à des bilans de compétences, une rencontre avec la famille et les besoins exprimés par l'enfant lui-même, dans la mesure du possible. Ce projet contient les objectifs à atteindre par l'enfant pour l'année à venir, les méthodes pédagogiques, éducatives et thérapeutiques à mettre en oeuvre par l'équipe pour que cet enfant atteigne ces objectifs, les acteurs pour chaque objectif ainsi que des indicateurs d'évaluation.

Les enfants présentant une déficience intellectuelle ayant besoin d'un accompagnement adapté et dans la durée pour pouvoir évoluer, l'Institut Médico-Pédagogique de Pracomtal les accompagne au travers de prises en soin thérapeutiques individuelles selon leurs besoins: psychomotricité, orthophonie, suivi psychologique, suivi médical, séances de balnéothérapie et de snoezelen*. Les enfants bénéficient également d'interventions ponctuelles en zoothérapie.

2.1.4.2 La stratégie art-thérapeutique

Nous avons effectué un temps d'observation préalable afin de rencontrer les enfants accueillis au sein de l'I.M.P, d'échanger avec l'équipe pluridisciplinaire et de faire des recherches sur les pathologies concernées. Nous avons ensuite pu établir une stratégie art-thérapeutique, en accord avec l'accompagnement proposé par l'équipe pluridisciplinaire. Elle doit s'adapter aux enfants accompagnés en tenant compte de leurs capacités et de leurs besoins.

- **Les séances** auront lieu au sein de l'Institut Médico-Pédagogique, dans la salle de réunion. C'est une salle en longueur spacieuse et lumineuse, calme et sans décoration pouvant gêner la concentration des enfants. Elle est attenante à une salle de repos disposant d'un point d'eau. Les enfants n'ont pas accès à cette salle en temps normal: c'est un espace «neutre».
- **Les prises en soin** se dérouleront de manière individuelle. Les enfants déficients intellectuels étant en grande demande d'attention, cette décision est prise avec l'équipe pluridisciplinaire et le chef de service.
- **Les techniques** utilisées relèveront des arts-plastiques: dessin, peinture, collage et

36 Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés., in site de Legifrance. [en ligne] <<https://www.legifrance.gouv.fr>>, consulté le 7 juillet 2017.

modelage. L'enfant pris en soin a la possibilité de choisir entre ces quatre activités, présentées lors de la première séance. Il peut également changer de technique en cours de prise en soin ou d'une même de séance.

- **Le matériel**, adapté et sécurisé, sera à la portée des enfants pour favoriser leur autonomie. Il sera disposé sur la table à son arrivée et regroupé par techniques afin de créer différents espaces: coin papier, coin peinture, etc.
- **Les consignes** seront simples et énoncées clairement; elles devront être faisables par les enfants pour ne pas les mettre en situation d'échec. Il faudra reformuler et montrer un exemple au besoin. Les consignes favoriseront l'autonomie, l'imagination et l'expression.
- **Responsabiliser** les enfants accompagnés est important: en leur donnant des tâches à accomplir comme se servir soi-même ou aller nettoyer son matériel.
- **Un tableau chronologique** présentant les différents temps de la séance en pictogrammes sera affiché dans l'atelier d'art-thérapie pour que les enfants puissent s'y référer.
- **Peu avant la fin de la séance**, nous préviendrons l'enfant du temps qu'il reste pour qu'il puisse terminer ce qu'il fait et anticiper la séparation. Nous préviendrons également l'enfant avant la fin de sa prise en soin.
- **Les productions** des enfants seront consignées dans une pochette personnelle confidentielle, qu'ils pourront personnaliser en fin de première séance. Ils peuvent regarder leurs productions antérieures à tout moment et l'emporterons chez eux à la fin de la prise en soin.
- **En début et fin d'atelier**, l'enfant sera invité à s'exprimer sur son «humeur du moment», par le biais de pictogrammes représentant des visages avec différentes humeurs. L'humeur en fin de séance peut mener à une auto-évaluation de la séance.

2.1.5 Durée de la recherche

Les séances d'art-thérapie ont lieu sur une période de 3 mois, du mardi 11 avril au mardi 4 juillet 2017. Sur cette période, quatre séances sont amputées (dont une due aux vacances de l'I.M.P et trois dues aux modules d'enseignement à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers). Les emplois du temps des enfants étant très chargés, les séances d'art-thérapie se tiennent le mardi, jour où il y a le moins de prises en charge thérapeutiques individuelles. Les prises en charges éventuelles restantes sont décalées.

Les séances se déroulent donc tous les mardis de 9h30 à 16h30. Chaque enfant bénéficie de 9 séances allant de 40 minutes à 1 heure, dont une première séance de rencontre.

2.1.6 Organisation des séances

Pour que l'atelier d'art-thérapie soit un espace de création accueillant et sécurisant, les séances suivent un même déroulement.

- **L'accueil:** à l'heure de sa séance, nous nous présentons dans le groupe de l'enfant pour l'accompagner jusqu'à l'atelier. Nous portons déjà un tablier de peintre pour annoncer la séance. Nous pouvons discuter de ce qu'il s'est passé depuis que l'on s'est vus, du week-end, de l'humeur et des envies du jour... L'enfant peut donner son humeur grâce aux pictogrammes.
- **Un temps de préparation:** habillage (blouse), choix et préparation du matériel.
- **Le temps de création:** libre ou avec consigne.
- **Le rangement:** l'enfant nettoie et range le matériel qu'il a utilisé.
- **Le temps de séparation:** auto-évaluation à l'aide des pictogrammes et verbalisation sur la séance si besoin, envies pour la prochaine séance, rangement de la production dans la pochette de l'enfant.

Le déroulement des ateliers a été expliqué aux enfants lors de la première séance de rencontre à l'aide du tableau chronologique présentant ces différents temps en pictogrammes.

2.1.7 Evaluation des séances

2.1.7.1 Les fiches d'observation et d'évaluation en art-thérapie

Le déroulement de chaque séance d'art-thérapie est consigné dans une fiche d'observation tenue par l'art-thérapeute stagiaire. Ces fiches font le point sur la séance: le comportement de l'enfant, sa production artistique, les outils utilisés... cela permet de synthétiser les informations et d'ajuster les objectifs art-thérapeutiques au fil de la prise en soin. (*voir Annexe 2.*)

La grille d'évaluation, personnalisée pour chaque enfant, permet de noter l'évolution de celui-ci au fil des séances au travers d'items*. La fiche d'observation et la grille d'évaluation sont confidentielles et complétées à la suite de chaque séance. Les grilles d'évaluation seront présentées dans ce mémoire sous forme de graphiques. (*voir Annexe 6.*)

2.1.7.2 Grilles d'évaluation scientifiques utilisées

L'évaluation en art-thérapie doit reposer sur des critères précis. Pour réaliser nos grilles d'évaluation personnalisées, nous avons utilisé plusieurs échelles validées dont nous avons retenu certains items:

- **L'Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété**³⁷ qui évalue l'anxiété d'un individu à travers 14 catégories de symptômes. (*voir Annexe 3*)
- **L'Attention-Deficit with Hyperactivity Rating Scale IV**³⁸ (**ADHS-RS**) qui évalue des symptômes du Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) à travers 18 items, sur une échelle de 4 points. (*voir Annexe 4*)
- La grille d'évaluation **Comment mesurer les suivis sociaux** tirée de l'ouvrage *Eduquer avec les animaux*³⁹ de François Beiger, éthologue*, zoothérapeute* et analyste en relations thérapeutiques pour la déficience mentale français. Cette échelle évalue le comportement de l'enfant sur différents points: pendant l'activité, envers le thérapeute, envers lui-même. (*voir Annexe 5*)

2.2 Méthodes

2.2.1 Prise en soin de Caroline

2.2.1.1 Anamnèse

Caroline a 10 ans et présente une déficience intellectuelle moyenne d'origine génétique, associée à un trouble du langage qui affecte fortement ses capacités de prononciation et d'articulation. Elle souffre de pneumopathie et de troubles du sommeil.

Caroline suit un traitement par hormones de croissance. Ces hormones sont d'origine synthétique et sont indiquées dans le cas d'un retard de croissance dû à un déficit en hormones ou à une maladie génétique⁴⁰. Le traitement a pour but d'accélérer la croissance de l'enfant en augmentant la masse musculaire, ce qui apporte une meilleure résistance physique. Des effets secondaires comme des maux de tête ou des douleurs articulaires peuvent apparaître. Nous n'avons pas connaissance d'effets secondaires chez Caroline.

Au quotidien, Caroline est dynamique mais a des difficultés à exprimer et à gérer ses émotions, ce qui entraîne régulièrement des conflits avec les autres enfants: la vie en groupe est difficile. Elle manifeste notamment son mécontentement de manière excessive et ne peut gérer les conflits seule. Elle manque beaucoup d'autonomie et est toujours à la recherche de l'approbation de l'adulte pour débiter ou continuer une activité. Au domicile, elle entre souvent en conflit avec sa maman et sa soeur.

Caroline est orientée en I.M.P à l'âge de 7ans par la M.D.P.H* (en 2014) et bénéficie d'une prise en charge par semaine en orthophonie, en psychomotricité et un suivi psychologique.

37 HAMILTON, Max. *The Assessment of Anxiety States by Rating*. 32 Br J Med Psychol 50-55. 1959.

38 DUPAUL, POWER, ANASTOPOULOS et al., *ADHD Rating-Scale IV: Checklist, Norms and Clinical Interpretation*. New York, NY: Guilford Press, 1998.

39 BEIGER, François. *Eduquer avec les animaux*. Paris: Dunod, 2014.

40CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE. *Hôpital des enfants, Le traitement par hormone de croissance*. In site de CHU de Toulouse. [en ligne] <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Hormone_croissance_-_403049_-_HE_-_26-02-09.pdf>, consulté le 18 septembre 2017.

Elle fait partie du groupe référent «Barbapapa», avec six autres enfants âgés de 7 à 10ans. Les objectifs pédagogiques généraux de ce groupe sont: l'épanouissement personnel, l'autonomie, la socialisation et les apprentissages cognitifs.

Les objectifs du Projet Individualisé d'Accompagnement de Caroline sont de développer **l'autonomie quotidienne** et la **confiance en soi**, les **apprentissages cognitifs** et la **communication orale**.

Caroline aime les activités créatives et accepte de participer aux séances d'art-thérapie. Ses parents sont prévenus par un mot de son éducatrice référente dans le cahier.

2.2.1.2 Objectifs art-thérapeutiques

Les sites d'action* repérés justifiant l'accompagnement en art-thérapie de Caroline sont le manque de confiance en soi, le manque d'autonomie ainsi que la difficulté à s'exprimer.

Les objectifs art-thérapeutiques de Caroline sont dressés en accord avec son P.I.A*. Le but de l'accompagnement sera donc de proposer à Caroline une activité valorisante où elle pourra s'exprimer, prendre confiance en elle et gagner en autonomie.

OBJECTIF GÉNÉRAL 1: prendre confiance en soi

Objectif Intermédiaire 1: s'affirmer dans ses choix et ses goûts

Objectif Intermédiaire 3: développer un sentiment de fierté

OBJECTIF GÉNÉRAL 2: être plus autonome

Objectif Intermédiaire 1: prendre des initiatives

OBJECTIF GÉNÉRAL 3: pouvoir s'exprimer

Objectif intermédiaire 1: exprimer ses envies

Objectif Intermédiaire 2: créer une relation avec l'art-thérapeute stagiaire

2.2.1.3 Séances art-thérapeutiques

Caroline est accueillie en séance d'art-thérapie tous les mardis de 9h30 à 10h30, horaire durant lequel elle est, en temps normal, dans son groupe de référence. La séance a lieu avant le temps de récréation qui se tient à 10h30.

Elle bénéficie de 9 séances mais est absente en séance 5, car son groupe est en transfert (voyage scolaire de l'I.M.P).

Séance 1

Technique: peinture, collage

Matériel utilisé: pinceau, tampon-éponge, gommettes

Format: 1 x A4*

Pour la première séance, nous prenons un temps pour expliquer les règles de l'atelier et son déroulement à Caroline. Nous faisons un tour de la salle pour découvrir le matériel. Caroline est calme et écoute avec attention, elle semble impressionnée par tout ce matériel mis à sa disposition. Elle choisit de commencer par la peinture. Caroline a besoin d'aide pour mettre la blouse, elle ne parvient pas à la fermer et dit que «c'est dur».

Nous demandons à Caroline de choisir une feuille colorée, trois couleurs de peinture et un pinceau. Elle hésite un long moment pour choisir sa feuille, un peu moins pour les couleurs: bleu, vert et orange. Nous lui montrons comment créer la couleur orange qu'elle a choisie: c'est la première fois que Caroline fait un mélange de peinture et elle semble surprise.

Pendant le temps de récréation, Caroline a passé du temps à ramasser des fleurs de cerisier. nous lui demandons si elle aime la nature et la animaux. Elle nous répond «oui» timidement, en souriant. Nous lui proposons alors de peindre un jardin imaginaire. Avec un gros pinceau, Caroline peint une fleur sur toute la hauteur de la feuille, s'arrête et demande: «Je fais quoi maintenant?» Nous l'aidons à s'imaginer dans un jardin où elle aimerait se promener; et elle reprend sa peinture en y ajoutant de nouveaux éléments. Elle s'arrête souvent pendant l'activité et nous regarde, comme pour attendre une approbation ou une nouvelle consigne. Lorsque nous lui demandons si sa peinture est terminée Caroline répond par l'affirmative; puis nous lui demandons si elle ne veut pas ajouter des éléments, elle dit «oui» et remet à peindre. Caroline a besoin d'aide pour nettoyer les pinceaux à la fin de la séance.

Après la séance, Caroline ramasse toujours des fleurs dans la cour de récréation: nous lui proposons de les garder pour pouvoir les utiliser à la séance suivante.

Séance 2

Technique: encres, collage

Matériel utilisé: pinceaux, éponge, pailles, brosse à dents, fleurs séchées, papier coloré, ciseaux, scotch, colle

Format: 4 x A5*

La deuxième séance a lieu trois semaines plus tard, dont deux de vacances. Quand nous venons la chercher dans son groupe, Caroline a oublié qu'elle vient en séance d'art-thérapie mais est souriante et nous suit volontiers. Elle apporte le pot de fleurs séchées qu'elle avait gardé sur son bureau.

Nous demandons à Caroline si elle a passé de bonnes vacances et ce qu'elle y a fait; elle nous répond brièvement. Nous proposons à Caroline d'essayer les encres, technique qu'elle ne connaît pas. Nous lui montrons comment déposer de l'encre sur une feuille et la faire bouger en soufflant dans une paille, ce qui la surprend beaucoup et lui donne envie d'essayer. Elle choisit l'encre bleue en disant que c'est sa «couleur préférée», mais hésite beaucoup quand elle

doit choisir un support. Elle souffle bien dans la paille pour faire bouger l'encre; elle choisit du papier coloré qu'elle plie puis colle: «c'est un arbre». Elle utilise ensuite les fleurs, qu'elle trempe dans l'encre et pose sur la feuille. Caroline demande si «c'est beau» et dit que «c'est dur» plusieurs fois, notamment quand elle doit pipeter l'encre dans le pot et coller les fleurs sur la feuille (le scotch reste collé à ses doigts). A la fin de la séance, elle réussit à pipeter seule l'encre dans le pot. De retour dans son groupe, elle est très souriante et dit à ses camarades, fière d'elle, «J'ai collé des fleurs avec Laura».

Séance 3

Technique: dessin

Matériel utilisé: pastels secs, crayons de couleur, crayons de cire

Format: 2 x A4

Caroline ne réussit pas à mettre sa blouse et dit que «c'est dur» sur un ton découragé. Nous lui montrons comment boutonner la blouse en positionnant ses doigts sur les pressions.

Pour débiter la séance, nous proposons à Caroline un jeu inspiré du squiggle*, au crayon de couleur: nous dessinons à tour de rôle et continuons à chaque fois un peu plus le dessin de l'autre. Caroline participe avec volonté et fait preuve d'imagination (elle voit des images dans les formes abstraites.)

Pour continuer le travail sur l'imaginaire, nous proposons ensuite à Caroline de réaliser un «gribouilli» en traçant de grandes formes au crayon de couleur sur une nouvelle feuille qu'elle aura choisie. Elle est ensuite invitée à trouver des formes qu'elle apprécie au sein de son gribouilli et à les repasser au feutre. Caroline trace une forme en disant qu'elle ressemble à un «cheval» et à un «chapeau». Elle remplit les formes au crayons de couleur et aux pastels et colle des fleurs séchées sur sa feuille en disant que «c'est marrant.»

Séance 4

Technique: collage, dessin

Matériel utilisé: crayons de cire, crayons de couleur, feutres, fleurs séchées, papier de couleur, images de magazines, gommettes

Format: 1 x A4

Pictogramme de début: triste

Pictogramme de fin: heureux

Il n'y a pas eu de séance la semaine précédente. Caroline n'a pas très envie de venir à l'atelier, elle traîne des pieds et n'est pas aussi souriante qu'à son habitude. Lorsqu'elle donne son humeur grâce aux pictogrammes, elle choisit le visage triste et nous confie que sa maman lui a dit qu'elle était «un bébé.» C'est la première fois que Caroline nous parle d'un évènement personnel et de sa maman.

Un groupe est en activité sport dans la salle d'à côté (il pleut ce jour-là) et Caroline est distraite par le bruit. Nous lui proposons alors de regarder des images représentant des paysages et des animaux dans notre banque d'image pour la faire entrer dans l'activité; elle

choisit ses images favorites pour en faire un collage.

Caroline découpe les images et prend plusieurs papiers de couleur: rose, bleu, vert en disant que ce sont «ses couleurs préférées.» Nous lui demandons de dessiner une forme sur chacune des feuilles puis de la découper; elle les colle en disant «je vais faire une maison». Elle ajoute les images de magazine découpées et des fleurs séchées. A certains moments, elle cache sa feuille en disant que c'est «un secret». Caroline demande de temps en temps si elle «peut faire ça» mais est plus autonome dans l'utilisation des outils et fait preuve d'imagination: elle associe plusieurs techniques et commence à dessiner sur son collage. Elle semble fière d'elle et dit plusieurs fois que «c'est beau», que ce n'est pas un dessin «de bébé». A la fin de la séance, Caroline se surprend à réussir à ranger les gommettes dans leur sachet et à enlever sa blouse seule; elle range le matériel avec volonté. Pour donner son humeur en fin de séance, elle choisit le visage souriant.

Séance 5

Caroline est absente. (voyage scolaire de l'I.M.P)

Séance 6

Technique: dessin, collage

Matériel: pastels secs, pastels gras, crayons de couleur, papier de soie, gommettes

Format: 2 x A4 et carnet

Caroline est très contente de venir à l'atelier et nous a attendus avec impatience. Elle réussit à boutonner sa blouse seule. Nous lui demandons si elle a passé un bon voyage scolaire avec ses camarades; elle nous répond oui mais qu'elle n'a «pas raconté ses vacances à sa maman». Nous lui proposons donc de raconter ses vacances en dessin, pour qu'elle puisse expliquer ce qu'elle a fait à sa maman. Caroline boutonne sa blouse seule. Elle est enthousiaste et parle en dessinant, elle parle de «poissons», de «bateau» et de «pêche à pied.» Elle demande peu d'aide et choisit elle-même ses outils.

Quand elle a fini son dessin, Caroline est invitée à décorer la couverture d'un carnet que nous avons fabriqué pour elle: le carnet des émotions, où elle pourra évacuer sa colère en dessinant après un conflit, ou dessiner son émotion pour pouvoir la communiquer à sa maman ou à son éducatrice. Elle prend du temps à choisir du papier parmi plusieurs motifs. Elle recouvre la couverture du carnet avec le papier à motif seule; nous l'aidons à découper bien droit. Elle écrit son prénom sur la première page et le montre à son éducatrice après la séance en lui expliquant ce que c'est.

Séance 7

Technique: peinture, dessin

Matériel: pinceaux, rouleaux, tampons, brosses, feutres

Format: 1 x A3 et 2 x A4

Caroline est heureuse de venir à l'atelier: elle marche vite dans le couloir, entre dans la salle seule puis ferme la porte. Nous lui demandons si nous pouvons entrer et ce qu'elle a prévu de nous faire faire aujourd'hui. Elle dit qu'elle «aime bien faire des blagues», en riant.

Caroline met sa blouse et souhaite commencer à peindre directement. Elle choisit seule une grande feuille et prend plaisir à mélanger les couleurs, en répétant que «c'est magique». Elle expérimente pour la première fois les outils pour la peinture: rouleaux, tampons à motifs, brosses... Elle dit que «c'est beau» et décide quand sa peinture est terminée. Elle se lève spontanément et se lève en disant qu'il faut «nettoyer le matériel».

Caroline regarde ensuite un imagier posé sur la table, qu'elle trouve très beau. (il y a plein de couleurs et d'objets différents: légumes, vêtements, instruments de musique...) Elle s'inspire des légumes de l'imagier pour dessiner au feutre, en demandant «tu sais faire ça?». Un jeu s'installe alors, où nous dessinons en même temps un objet choisi, puis nous discutons du résultat que nous avons chacune obtenu. Caroline est satisfaite de ses dessins et en signe un.

Séance 8

Technique: peinture, collage

Matériel: papier à motifs

Format: toile

Quand nous allons chercher Caroline dans son groupe, elle nous fait un câlin puis se dirige seule vers la salle. Pour marquer la fin de la prise en soin qui approche, nous lui proposons de commencer une peinture sur toile qu'elle pourra terminer à la séance suivante. Nous lui demandons de choisir deux couleurs; elle choisit le bleu et le vert et les mélange joyeusement. Nous lui proposons de remonter ses manches pour ne pas qu'elles trempent dans la peinture, Caroline nous répond «oui, tu as raison» de manière assurée. Elle est concentrée et utilise le rouleau pour peindre le fond de la toile de manière adaptée, en suivant nos conseils. Nous chargeons Caroline d'aller nettoyer les outils seule.

Ensuite, Caroline est amenée à choisir un sujet pour sa toile; elle souhaite y figurer une fleur. Elle choisit trois feuilles de papier à motifs différents et y découpe plusieurs éléments, centre de la fleur et pétale. Nous lui montrons comment tracer le contour de son pétal découpé sur une feuille pour obtenir des pétales de même taille. Elle suit le conseil et s'applique sur le découpage. Nous demandons à Caroline de sécher la peinture avec un sèche-cheveux pendant que nous tenons sa toile. Nous posons notre doigt dessus pour vérifier que c'est sec; Caroline fait pareil et dit que «c'est sec». Elle commence ensuite à coller les éléments de la fleur sur la toile.

Séance 9

Technique: collage, dessin

Matériel: pastels gras, feutres, crayons de couleur

Format: toile

En nous dirigeant vers la salle, nous croisons une éducatrice et celle-ci se précipite dans l'atelier et faisant mine de dessiner et en nous demandant «ce que l'on fait aujourd'hui.» Caroline se dirige vers elle en riant et en disant que c'est son atelier!

Nous rappelons à Caroline que c'est la dernière séance. Elle se souvient de la toile commencée la semaine passée et termine sa fleur en collage de façon autonome. Elle choisit ensuite du papier de soie pour figurer la tige de la fleur et nous l'aidons à découper le papier de soie, qui est un matériau fragile. Il manque un pétale à la fleur: Caroline se souvient de la technique que nous lui avons montrée pour tracer le contour des pétales et l'applique sans que nous lui suggérions. Elle dessine ensuite spontanément autour de la fleur avec divers outils comme des pastels gras et des crayons de couleur. Une fois finie, nous lui suggérons de signer sa toile; elle écrit son prénom en lettres attachées à l'avant et à l'arrière de la toile, ainsi que la date (avec un modèle.) Caroline est contente d'elle et nous dit qu'elle va l'accrocher «dans la chambre de papa et maman.»

Elle ouvre ensuite la pochette où nous gardons toutes ses créations et les regarde en souriant. Nous lui demandons lesquelles sont ses favorites; elle les classe par ordre de préférence et nous nous remémorons les séances passées. Caroline retourne dans son groupe avec sa pochette de créations et nous mettons un mot dans son carnet pour avertir ses parents de la fin de l'accompagnement en art-thérapie.

2.2.2 Prise en soin de Vincent

2.2.2.1 Anamnèse

Vincent a 7 ans et présente une déficience intellectuelle moyenne, due à une maladie génétique: le syndrome de l'X-fragile*. Il souffre d'un retard global du développement et est également en cours de diagnostic pour un T.S.A*. Il a connu plusieurs traumatismes dans la petite enfance: stress foetal, réanimation à la naissance, crises d'épilepsie jusqu'à 7 mois. Il est suivi à l'hôpital de jour de Cognac en psychomotricité et orthophonie, ainsi que pour travailler sur le sentiment de frustration.

Vincent a suivi un traitement par RISPÉRIDONE⁴¹, générique du Risperdal® appartenant au groupe de médicaments appelés «antipsychotiques atypiques»; utilisé chez les enfants pour traiter les troubles bipolaires et du comportement, le trouble obsessionnel compulsif, etc. Ce médicament a pour effet de clarifier les pensées, de diminuer l'agitation et de stabiliser l'humeur en réduisant les peurs et les inquiétudes. Il peut cependant exister des effets secondaires comme une somnolence, des vertiges ou un sentiment d'agitation. N'ayant pas rencontré le médecin de la structure, nous ne savons pas si Vincent suit toujours ce traitement lorsque nous débutons les séances d'art-thérapie.

Au quotidien, Vincent est très dynamique et a besoin d'être canalisé. Il peut se montrer brusque ou agressif envers les autres et a du mal à gérer sa frustration ainsi que l'autorité. Il

41 KELTY MENTAL HEALTH RESSOURCE CENTRE. *L'utilisation de la Risperidone pour les enfants et les adolescents.* In site du Kely Mental Health Ressource Centre. [en ligne] <http://kelymentalhealth.ca/sites/default/files/risperidone_medication_information__french_feb_2013_with_tip.pdf>, consulté le 24 août 2017.

présente un retard de langage important qui l'empêche de s'exprimer librement, est très vite distrait et a du mal à mener une activité jusqu'au bout. Il aime avoir des responsabilités et est prêt à aider mais prend souvent des initiatives peu adaptées. Vincent a une soeur et un frère avec TSA*. Ses parents sont séparés et les rapports d'opposition entre Vincent et sa famille sont difficiles à vivre; il est accueilli en famille d'accueil le week-end.

Vincent est orienté en I.M.P à l'âge de 6ans (en 2016) et bénéficie d'une prise en charge par semaine en orthophonie, en psychomotricité et un suivi psychologique. Il fait partie du groupe «Roudoudou» avec quatre autres enfants âgés de 5 à 6ans présentant une déficience intellectuelle moyenne à sévère et pour certains des troubles associés. Ce sont les plus jeunes enfants de l'I.M.P. Les objectifs généraux du groupe sont: développer la stabilité, l'autonomie, la socialisation, les repères spatio-temporels, l'expression et la communication, les premiers apprentissages.

Les objectifs du Projet Individualisé d'Accompagnement de Vincent sont de **développer l'autonomie**, de renforcer les **acquis cognitifs**, de faciliter **l'expression orale** et d'adopter une **relation aux autres adaptée**.

Vincent aime beaucoup les activités manuelles et le bricolage. Il accepte volontiers de venir aux séances d'art-thérapie; sa maman est prévenue par un mot de son éducatrice référente dans son cahier.

2.2.2.2 Objectifs art-thérapeutiques

Les sites d'action repérés justifiant l'accompagnement en art-thérapie de Vincent sont le manque de stabilité motrice et cognitive, le manque d'autonomie ainsi que la difficulté à s'exprimer.

Les objectifs art-thérapeutiques de Vincent sont établis en accord avec son P.I.A*. Le but des séances sera donc d'accompagner Vincent dans une activité apaisante où il pourra développer sa capacité de concentration et son autonomie.

OBJECTIF GÉNÉRAL 1: trouver un apaisement

Objectif Intermédiaire 1: améliorer la concentration

Objectif Intermédiaire 2: contrôler ses gestes

OBJECTIF GÉNÉRAL 2: développer l'autonomie

Objectif Intermédiaire 1: pouvoir s'occuper de son matériel seul

Objectif Intermédiaire 2: pouvoir se repérer dans l'atelier grâce aux outils spacio-temporels

2.2.2.3 Séances art-thérapeutiques

Vincent est accueilli en séance d'art-thérapie tous les mardis de 10h50 à 11h50, horaire durant lequel il est, en temps normal, dans son groupe de référence. La séance se tient entre le temps de récréation et le déjeuner.

Vincent bénéficie de 9 séances; mais il est absent pour la séance 4.

Séance 1

Technique: modelage, peinture

Matériel utilisé: plastiline, pinceau

Format: 1 x A4

Vincent est agité en entrant dans la salle. Pour la première séance, nous lui expliquons les règles de l'atelier et son déroulement, en utilisant les pictogrammes du panneau de déroulement des séances. Nous l'invitons à faire le tour du matériel et à choisir ce par quoi il souhaite commencer; il choisit le modelage.

Nous formons différents éléments en plastiline, Vincent nous imite d'abord puis entre dans l'imaginaire en faisant des «voitures» et des «maisons». Il est plus calme qu'à son arrivée, mais se lève plusieurs fois sans raison pendant l'activité. Après avoir joué quelques minutes, il détruit nos éléments et se lève pour signifier qu'il a terminé; il se déplace dans la salle sans but précis. Il désigne ensuite les pots de peinture. Il choisit une feuille colorée comme support, et trois couleurs de peinture (il les désigne en les montrant avec son doigt, il ne semble pas connaître les couleurs quand nous lui demandons). Vincent se met à peindre, ses gestes sont précipités et il frotte fortement son pinceau sur la palette de peinture. Il ne prend pas de temps pour réfléchir à ce qu'il va peindre, il «improvise». Il peint un «bonhomme» et un «sapin». Vincent répète plusieurs fois durant la séance qu'il faut «ramener à la maison pour maman» ses productions, et semble anxieux de savoir ce que celles-ci vont devenir. Il s'apaise un peu lorsque nous lui rappelons que ses créations seront conservées dans sa pochette, que nous lui proposons de décorer. A la fin de la séance, Vincent se lève et veut toucher à tout. Enfin, nous aidons Vincent à nettoyer son matériel à l'évier, car il est compliqué pour lui de nettoyer les pinceaux jusqu'au bout sans être attiré par quelque chose d'autre (ex: il remplit d'eau le pot utilisé pour la peinture et tente de boire dedans à deux reprises.)

Séance 2

Technique: collage, dessin

Matériel utilisé: images de magazine, crayons de cire, pastels gras, ciseaux

Format: 3 x A4

La deuxième séance a lieu trois semaines plus tard. Quand nous allons chercher Vincent dans son groupe, il est très content et lève les bras en disant «c'est moi!». En entrant dans la salle, Vincent se dirige directement vers l'endroit où sa pochette est rangée, en disant qu'il faut la «ramener à la maison».

Nous l'aidons à boutonner sa blouse; il se dirige directement vers la table. Nous lui proposons

de choisir deux images qui lui plaisent dans notre banque d'images pour en faire un collage. Vincent est absorbé par les images et désigne les «avions», les «enfants»... Il choisit une photographie d'avion et une autre de gratte-ciels, qu'il colle sur deux feuilles cartonnées. Nous lui indiquons où déposer la colle sur le papier. Ensuite, il prolonge son collage en dessinant aux crayons de cire sur les bords des feuilles. Il choisit des feuilles de couleur, les découpe et les colle sur sa feuille. Il répète plusieurs fois de ramener ses dessins à la maison et a du mal à rester assis. A la fin de la séance, Vincent dit qu'il est content car il va à la «piscine demain».

Séance 3

Matériel utilisé: pailles, brosse à dent, fourchette, éponges, scotch, cordelette, papier coloré, crayons de cire, pastels gras

Format: 3 x A5, 2 x A4

Vincent met sa blouse seul. Il veut essayer les encres aquarelles et nous lui présentons les différents outils comme les pailles, la fourchette, la brosse à dents, la cordelette... Vincent remplit le bac d'eau et nous lui montrons comment plonger sa feuille dedans pour ensuite y mettre les gouttes d'encre. Il est attentif et applique les conseils: une fois la première feuille remplie, il en prend une deuxième et la plonge seul dans l'eau, il déplace sa feuille au besoin, la fait bouger pour répandre l'encre et souffle dans la paille de façon adaptée. Les formes qui apparaissent sur la feuille le surprennent. Il est concentré et prend des initiatives. Quand il est satisfait, Vincent dit qu'il faut «faire sécher» pour «ramener à la maison» et va déposer sa feuille de l'autre côté de la table.

Vincent prend de lui-même le rouleau de cordelette posé sur la table et veut la couper: il demande un «couteau» en mimant des ciseaux avec ses doigts. Nous l'aidons à utiliser les ciseaux et nous tenons la corde pour qu'il puisse la couper seul. Il souhaite ensuite coller la cordelette sur la feuille et nous lui présentons le dévidoir de scotch. Il ne sais pas comment s'en servir (il veut couper le scotch avec ses dents). Nous lui montrons comment faire, mais il l'utilisera de façon inadaptée à deux reprises. Près de la cordelette scotchée, il dessine des formes aux pastels (ronds, soleil) et colle un morceau de papier coloré. Il semble satisfait et contemple ses dessins. Il se lave les mains de façon autonome. En partant, il veut nous faire un bisou.

Séance 4

Vincent est absent.

Séance 5

Technique: dessin, peinture

Matériel utilisé: pastels gras, crayons de cire, fusain, mains

Format: 3 x A4

Vincent a très envie de venir à l'atelier et se dirige seul vers la salle. Il ouvre un livre d'art

posé sur la table présentant des oeuvres de Jean-Michel Basquiat⁴² et est absorbé par les images. Il montre du doigt des éléments, explique ce qu'il y voit... Il choisit ensuite des papiers de couleur et les découpe puis se met à dessiner un «bonhomme» en s'inspirant du livre. Vincent est concentré et ne se lève que s'il a besoin d'aller chercher du matériel. Il est satisfait de sa version de l'oeuvre de Basquiat et dit que «c'est beau» plusieurs fois.

Il souhaite ensuite peindre: il mélange plusieurs couleurs au pinceau et demande s'il peut mettre les doigts dedans. Il couvre ses doigts de peinture et fait des empreintes de ses mains sur la feuille. Il est très calme et concentré; quand sa peinture est terminée, il dit qu'il faut «faire sécher» et se dirige seul vers l'évier pour se laver les mains.

Séance 6

Technique: dessin, peinture

Matériel utilisé: rouleaux, tampons, pinceaux, mains

Format: 4 x A4

Pictogramme de début: triste

Pictogramme de fin: heureux

Vincent ne se sent pas très bien quand nous venons le chercher dans son groupe: il est tombé pendant la récréation et s'est fait mal au genou. Il souhaite attendre que son éducatrice arrive pour lui dire qu'il vient quand même en séance. Vincent a l'air inquiet et regarde souvent son genou en arrivant dans la salle. Pour donner son humeur grâce aux pictogrammes, il choisit le visage triste. Nous lui proposons donc de s'asseoir et de regarder un nouveau livre pour lui changer les idées: il est calme et contemple des oeuvres de Utagawa Hiroshige⁴³ pendant plusieurs minutes. Il décide de dessiner «un arbre» en s'inspirant d'une des oeuvres du livre. Ses gestes sont plus calmes. Vincent prend ensuite de la peinture et la met lui-même dans la palette; il utilise plusieurs outils et demande s'il peut refaire de la peinture avec ses doigts. A la fin de la séance, il cherche sa pochette pour y mettre ses peintures et regarde ses créations passées en souriant. Vincent regarde le pansement sur son genou et souhaite terminer la séance 15 minutes avant la fin de l'horaire habituel et rejoindre son éducatrice; il choisit le pictogramme du visage heureux avant de partir.

Séance 7

Technique: dessin, peinture

Matériel utilisé: papier craft, post-it, cordelette, peinture, pinces à linge

Format: 3 x A4

Pictogramme de début: heureux

Pictogramme de fin: très heureux

Vincent nous attend devant sa salle et va prévenir son éducatrice qu'il part en séance. En

42 Jean-Michel Basquiat (1960 -1988) est un peintre américain avant-gardiste appartenant au mouvement «Underground.»

43 Utagawa Hiroshige (1797 - 1858) est un artiste japonais de l'époque Edo connu pour ses estampes représentant la nature.

entrant, Vincent met sa blouse et se dirige vers le coin «livres»: il regarde un imagier et pointe du doigt des dessins représentant des instruments de musique, en demandant le nom des différents instruments. Puis, il mime de jouer de la guitare et chante pendant plusieurs minutes. Nous lui disons que nous apporterons un instrument à la prochaine séance. Vincent souhaite peindre des instruments en suivant les dessins de l'imagier. Il s'applique et est satisfait de sa peinture.

Vincent commence une autre production, il prend du papier craft et entreprend de scotcher de la cordelette dessus - il se souvient de comment utiliser le dévidoir de scotch. Nous tenons la cordelette pour qu'il puisse la couper aux ciseaux sans danger. Vincent associe plusieurs techniques: collage, peinture, pastels... Il est très concentré et signe sa création. Il range bien le matériel. A la fin de la séance, Vincent est très souriant et utilise le tableau de pictogrammes pour dire que la séance était bien en mettant son «pouce en l'air». Il souhaite nous faire un «câlin» avant de partir.

Séance 8

Technique: musique, peinture

Matériel utilisé: ukulele, plume d'oiseau

Format: 2 x A4

Vincent parlant de musique à la séance précédente, nous avons apporté un ukulele. Nous lui montrons comment tenir correctement l'instrument et comment gratter les cordes. Vincent joue pendant 5 minutes, très investi.

Nous passons ensuite à la création plastique: Vincent a apporté une plume qu'il a trouvé dans la cour et veut la colorer. Il prend une feuille et la colle dessus, puis choisit ses couleurs et la peint; il ajoute sa signature. Il est autonome et investi dans l'activité. Il prend ensuite une deuxième feuille et se met à peindre seul.

Séance 9

Technique: musique, peinture, collage, dessin

Matériel utilisé: ukulele, encres, pastels gras, papier craft

Format: toile

Nous commençons la dernière séance avec le ukulele. Puis nous proposons à Vincent une toile comme support; il souhaite faire des encres et peint en autonomie, un «visage», puis ajoute un morceau de papier kraft en collage. Vincent utilise le sèche-cheveux pour sécher la toile.

A la fin de la séance, nous regardons toutes ses créations: à chaque nouvelle feuille qu'il tourne, Vincent est émerveillé. Il touche ses peintures et sourit. Avant de partir, Vincent utilise le tableau des pictogrammes pour dire qu'il est content des séances. Vincent retourne dans son groupe avec sa pochette de créations et nous mettons un mot dans son carnet pour avertir ses parents de la fin de l'accompagnement en art-thérapie.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

3.1 Prise en soin de Caroline

3.1.1 Grille d'évaluation et schéma utilisé

Pour noter l'évolution de Caroline au fil des séances, nous avons utilisé la grille d'évaluation **Comment mesurer les suivis sociaux**, dont nous avons retenu deux items:

- Dans la catégorie «Pendant l'activité»: «Prend des initiatives.»
- Dans la catégorie «Affectif»: «Valorisation de soi.»

3.1.2 Items scientifiques personnalisés

La cotation des items s'effectue ici sur une échelle allant de 1 à 4. L'item étant un élément sensible caractéristique de la difficulté, la cotation la plus basse est 1 et indique une «compétence» faible, tandis que la cotation 4 indique une «compétence» élevée. L'état de base* de Caroline se situe à la cotation 1. La cotation 4 est donc l'état souhaité en fin de prise en soin.

- ITEMS AUTONOMIE ET CONFIANCE EN SOI

D'abord, nous avons observé l'évolution de Caroline quand à sa capacité à faire des choix personnels, c'est-à-dire à affirmer ses goûts et ses envies sans être influencée par les propositions de l'art-thérapeute stagiaire. Nous avons également évalué sa capacité à prendre des initiatives dans l'atelier. Enfin, nous avons noté la capacité de Caroline à s'épanouir dans l'activité en développant un sentiment de satisfaction. Ces items sont des indicateurs de l'évolution de la confiance en soi et de l'autonomie de Caroline.

| ITEMS | COTATION 1 | COTATION 2 | COTATION 3 | COTATION 4 |
|--|-------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|
| Fait des choix personnels | aucun, choix influencés | avec de l'aide | avec hésitation, seule | avec conviction, seule |
| Prend des initiatives | jamais | une fois | plusieurs fois | toujours |
| Est satisfaite de sa production | indifférence | demande l'avis de l'adulte | satisfaction | fierté |

DÉTAILS SUR LA COTATION DES ITEMS

ITEM 1 - Fait des choix personnels

Ici, «faire des choix» s'applique à chaque moment de la séance où Caroline est amenée à choisir un thème, un support de création, un outil, ou encore à décider si sa production est terminée. Ces choix doivent venir d'elle et refléter ses goûts et ses envies.

Cotation 1: aucun, choix influencés

Caroline est facilement influencée dans ses choix. (ex: si nous lui demandons de choisir une couleur de papier elle choisira bleu, mais si nous lui demandons si elle est sûre, elle hésitera. Aussi, si nous lui demandons si elle ne préfère pas le papier vert, elle dira «oui».)

Cotation 2: avec de l'aide

Après un long temps d'hésitation de Caroline, nous devons intervenir pour l'aider à faire son choix.

Cotation 3: avec hésitation, seule

Après un temps d'hésitation, Caroline peut faire un choix seule.

Cotation 4: avec conviction, seule

Caroline est plus sûre d'elle et peut faire un choix reflétant ses goûts ou ses envies sans changer d'avis.

ITEM 2: Prend des initiatives

Cotation 1: jamais

Caroline attend de l'aide pour commencer ou continuer sa production. Elle n'agit pas sans l'intervention de l'art-thérapeute stagiaire.

Cotation 2: une fois

Caroline commence sa production mais est peu sûre d'elle et se tourne souvent vers nous pour chercher notre approbation; elle a besoin d'être rassurée. Elle peut prendre une initiative. (ex: choisit seule un nouvel outil pendant la création.)

Cotation 3: plusieurs fois

Caroline peut agir seule pendant le temps de création en suivant la consigne donnée. Elle nous dit lorsqu'elle a terminé et nous lui pouvons lui donner une nouvelle consigne.

Cotation 4: toujours

Caroline investit l'atelier et ne demande pas d'aide pendant la création, elle prend des initiatives, s'occupe de ranger et nettoyer le matériel et peut mettre sa blouse seule.

ITEM 3: Est satisfaite de sa production

Evalue la satisfaction qu'éprouve Caroline au cours et/ou à la fin de séance.

Cotation 1: indifférence

Caroline n'émet pas d'avis sur sa production.

Cotation 2: demande l'avis de l'adulte

Caroline ne sait pas quoi penser de sa production et nous demande notre avis plusieurs fois.

Cotation 3: satisfaction

Caroline est souriante et dit que «c'est beau».

Cotation 4: fierté

Caroline rayonne, elle passe en revue les éléments de sa création et dit plusieurs fois que «c'est beau». Elle souhaite signer sa production et peut en parler à son éducatrice en retournant dans son groupe.

- ITEMS ATTITUDE ENVERS ELLE-MEME

Deux items cotés de manière quantitative ont ensuite été choisis pour observer l'évolution de l'attitude que Caroline adopte envers elle-même, attitude indicatrice de son estime d'elle-même.

L'item «Dévalorisation de soi» indique le nombre de fois où Caroline dit que «c'est dur.»

L'item «Valorisation de soi» indique le nombre de fois où Caroline dit que ce qu'elle fait est «beau.»

- ITEMS CAPACITÉS RELATIONNELLES

Nous avons enfin observé l'évolution de la capacité de Caroline à communiquer, à s'exprimer sur ses envies ainsi qu'à établir une relation de confiance avec l'art-thérapeute stagiaire.

| ITEMS | COTATION 1 | COTATION 2 | COTATION 3 | COTATION 4 |
|--|------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Communique verbalement | utilise des mots | utilise des phrases courtes si l'adulte l'encourage | utilise des phrases naturellement | initie un échange |
| Exprime une envie | n'exprime aucune envie | exprime une envie si l'adulte la sollicite | exprime une envie seule | exprime plusieurs envies spontanément |
| Relation à l'art-thérapeute stagiaire | écoute | échange cordial | s'exprime sur un sujet personnel | relation de confiance |

DÉTAILS SUR LA COTATION DES ITEMS

ITEM 1: Communique verbalement

Cet item évalue la capacité de Caroline à utiliser la communication verbale pendant les séances.

Cotation 1: utilise des mots

Caroline peut répondre aux questions de l'art-thérapeute stagiaire, avec des mots simples.

Cotation 2: utilise des phrases si l'adulte l'encourage

Caroline peut échanger avec l'art-thérapeute stagiaire si celle-ci la sollicite et l'encourage, en utilisant des phrases courtes.

Cotation 3: utilise des phrases naturellement

Caroline peut entretenir une courte conversation avec l'art-thérapeute stagiaire.

Cotation 4: initie un échange

Caroline peut engager une conversation.

ITEM 2: Exprime une envie

Cet item évalue la capacité de Caroline à exprimer ses envies quant aux activités proposées, quant à sa production ou sur un sujet autre que l'art-thérapie.

Cotation 1: n'exprime aucune envie

Caroline ne réussit pas à nous dire ce dont elle a envie.

Cotation 2: exprime une envie si l'adulte la sollicite

Caroline peut exprimer une envie si nous l'aidons.

Cotation 3: exprime une envie seule

Caroline peut exprimer une envie sans notre intervention.

Cotation 4: exprime plusieurs envies spontanément

Caroline exprime plusieurs envies au cours de l'activité sans aide et de façon naturelle. (ex: envie de peindre tel sujet, envie de regarder un livre...)

ITEMS 3: Relation à l'art-thérapeute stagiaire

Cotation 1: écoute

Caroline est en retrait, elle écoute les consignes et conseils mais échange peu.

Cotation 2: échange cordial

Caroline peut échanger avec l'art-thérapeute stagiaire sur des sujets neutres ou en rapport avec

l'activité. (ex: elle peut parler du matériel.)

Cotation 3: s'exprime sur un sujet personnel

Caroline est capable de s'exprimer sur des ressentis personnels, des faits qui se sont produits chez elle ou qui sont importants pour elle. (ex: elle peut raconter ses vacances)

Cotation 4: relation de confiance

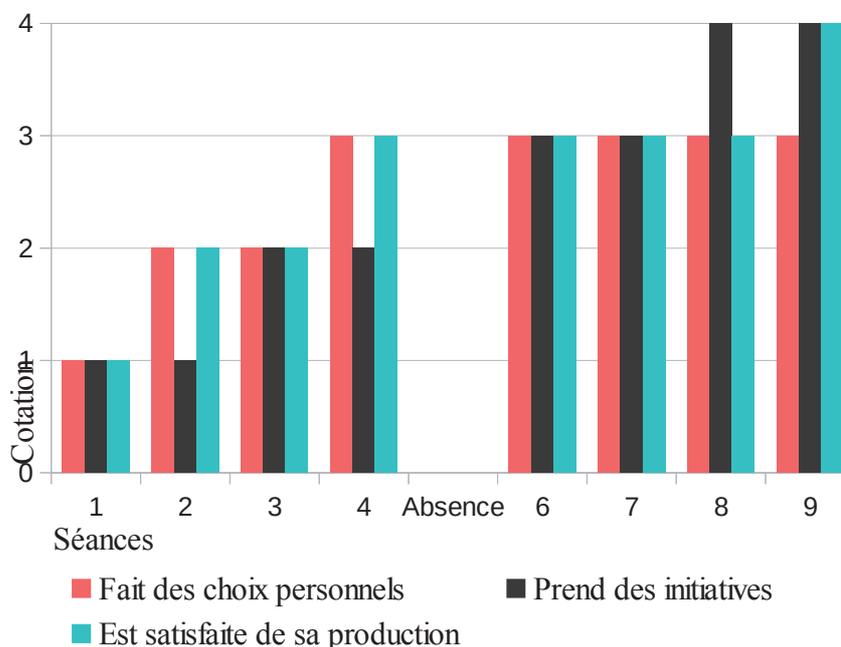
Caroline se sent en confiance et est moins inhibée, elle prend des initiatives et s'autorise à entrer dans le jeu.

3.2.3 Grilles d'observation des séances

Nous avons reporté le déroulement de chaque séance dans la fiche d'observation et coté les items présentés ci-dessus dans la grille d'observation des séances. (voir Annexe 6)

Les résultats obtenus sont retranscrits ci-dessous sous forme de graphiques.

Graphique 1
Evolution de la confiance en soi et de l'autonomie de Caroline



Item «Fait des choix personnels»

En séance 1, l'item «**Fait des choix personnels**» est coté au plus bas: lorsque nous présentons deux feuilles de couleurs différentes à Caroline et nous lui demandons d'en choisir une qu'elle

utilisera comme support, elle ne parvient pas à se décider. Idem pour les outils: elle ne sait pas si elle souhaite utiliser les crayons de couleur ou les pastels. Si nous lui donnons des conseils sur ce qu'elle pourrait faire avec tel ou tel motif, ou sur le choix de la couleur, les choix de Caroline se retrouvent influencés. Par exemple, si nous lui disons que le rouge et le rose sont beaux, elle choisira soit le rouge soit le rose (alors que sa couleur préférée s'est révélée être le bleu). En effet, Caroline ne connaît pas le matériel mis à sa disposition: elle nous a dit qu'elle n'avait jamais fait de mélanges de couleurs en peinture, ni utilisé de pastels... A partir de la séance 2, Caroline se familiarise avec les outils et prend peu à peu confiance en elle: elle peut faire des choix d'outils ou de supports si nous l'encourageons. Mais Caroline a également des difficultés à dire si sa production est terminée: si nous le lui demandons, elle dira que c'est terminé; si nous lui proposons d'ajouter un élément ici ou là, elle dira «oui» et continuera sa création.

En séance 4, Caroline réussit à choisir trois images qu'elle trouve belles dans la banque d'images, représentant des animaux et des paysages. Cette séance semble «débloquer» la capacité de Caroline à faire des choix personnels et à affirmer ses goûts. Pendant les séances suivantes et jusqu'à la fin de la prise en soin, Caroline prend le temps de réflexion nécessaire et montre des hésitations, mais réussit à faire des choix par elle-même sans que nous intervenions; elle choisit notamment en séance 8 trois feuilles de papier représentant des motifs différents (item coté à 3), chose qu'elle n'aurait sans doute pas pu faire en début de prise en soin. Elle ose un peu plus affirmer ses goûts et est plus à même de faire des choix selon ses préférences. L'objectif fixé à la cotation 4 était que Caroline puisse faire des choix seule et avec conviction; cet objectif n'a pas été atteint mais Caroline a tout de même montré une vraie évolution dans l'affirmation de ses choix.

Item «Prend des initiatives»

En début de prise en soin, Caroline est enthousiaste et a envie de faire, mais est très dépendante. En effet, nous pouvons voir qu'en séances 1 et 2, l'item «**Prend des initiatives**» est coté au plus bas. Lorsque nous lui donnons une consigne, Caroline commence l'activité mais s'arrête plusieurs fois et se tourne vers nous en nous regardant, comme pour attendre de nouvelles consignes ou une approbation. Caroline a également besoin d'aide pour exécuter certains gestes inhérents à l'activité comme mettre sa blouse, nettoyer et ranger le matériel. A partir de la séance 3, Caroline est moins passive et devient réceptive aux encouragements: elle a alors besoin que nous la motivions et que nous valorisons sa création durant toute la séance pour continuer ce qu'elle a commencé.

En séance 6, nous observons un changement dans le comportement de Caroline (item coté à 3). Une fois la consigne donnée, elle entre dans l'activité et ne demande plus d'aide; elle prend des temps de réflexion au besoin mais est pleinement investie et ne nous sollicite que lorsqu'elle a terminé sa production. Pour encourager son autonomie et sa confiance en soi, nous la responsabilisons petit à petit en lui donnant des «tâches» à effectuer, comme aller prendre un certain outil dans le sac, aller nettoyer ses pinceaux seule... C'est en séances 8 et 9 que Caroline semble s'épanouir dans l'atelier: elle nous devance et ose entrer dans la salle seule, elle est capable de mettre et d'enlever sa blouse et de s'occuper de son matériel. Elle prend quelques initiatives, comme pour aller nettoyer son matériel ou ranger ses productions.

Item «Est satisfaite de sa production»

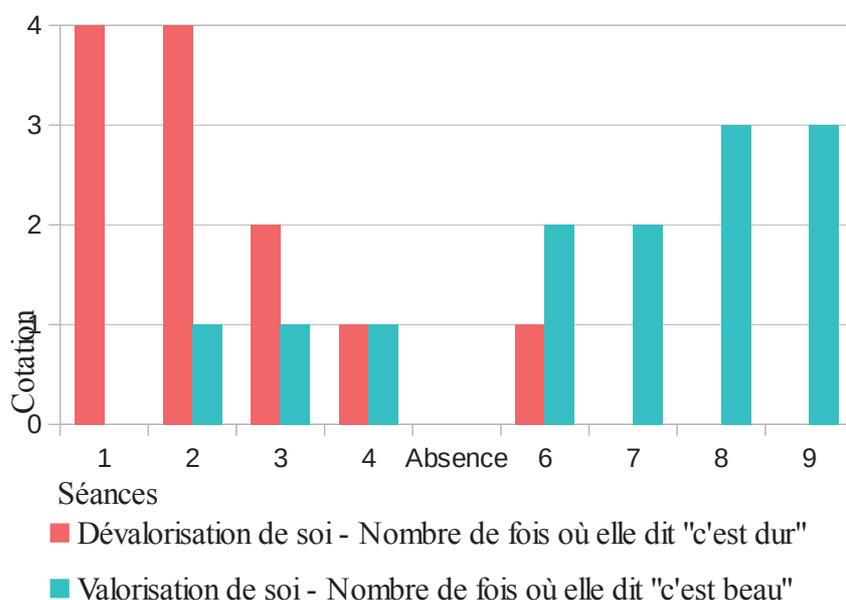
En séance 1, Caroline n'émet pas d'avis sur sa création lorsque nous la sollicitons: l'item «**Est satisfaite de sa production**» est coté à 1. Caroline évolue rapidement puisqu'en séances 2 et 3, elle nous demande régulièrement si ce qu'elle fait est «bien» ou «beau»: elle a besoin d'être rassurée sur ses capacités et ce qu'elle produit. Nous lui disons que ce qui est important est qu'elle soit satisfaite de son travail, nous valorisons certains aspects de ses créations et lui donnons des conseils pour continuer. Son comportement évolue plus nettement en séance 4: elle émet une vraie satisfaction (item coté à 3).

Au fil des séances, Caroline prend de plus en plus de plaisir dans l'activité et découvre avec surprise ses capacités, notamment avec les mélanges de couleurs et l'utilisation de certains outils comme les pastels secs. Pendant la dernière séance, Caroline éprouve un sentiment de fierté en terminant sa toile: elle a hâte de la montrer à sa maman et de l'accrocher dans sa chambre. Caroline a petit à petit pris conscience de ses capacités et a développé un sentiment de fierté, grâce à des consignes libres et la découverte de nouveaux outils.

Conclusion

Nous observons une corrélation entre la satisfaction qu'éprouve Caroline quant à ses productions et sa capacité à faire des choix: l'évolution des items «**Est satisfaite de sa production**» et «**Fait des choix personnels**» concordent en séances 2 et 4. Plus Caroline est capable de faire des choix en accord avec ses goûts et sa personnalité, plus sa création finale lui plaît. Caroline donc prend peu à peu confiance en elle par la satisfaction que lui procure l'activité et le résultat obtenu (*cf. Schéma du sentiment de compétence*), ce qui l'entraîne à agir de façon plus autonome pendant les séances et même à prendre des initiatives, puisque l'item «**Agit de façon autonome**» est coté au maximum à la fin de la prise en soin.

Graphique 2
Evolution de l'attitude adoptée par Caroline envers elle-même
Items quantitatifs

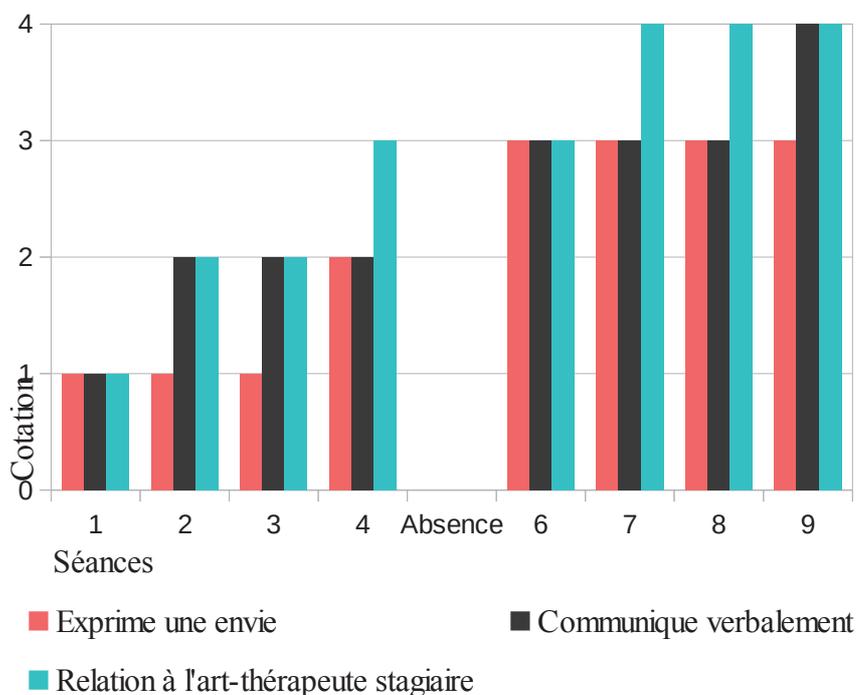


En début de prise en soin, Caroline se dévalorise beaucoup quant à ses capacités à effectuer certaines actions comme ne pas réussir à boutonner sa blouse, à ouvrir un bâton de colle, à nettoyer un pinceau correctement ou à recouvrir totalement un rouleau de peinture... Devant une difficulté, elle ne cherche pas à persévérer et dit toujours que «c'est dur». Nous pouvons voir au travers de l'item «**Dévalorisation de soi**» qu'en séances 1 et 2, Caroline exprime jusqu'à 4 fois par séance une difficulté, qu'elle soit réelle ou seulement ressentie. (car Caroline se révélera être tout à fait capable de faire certaines actions qu'elle qualifiait de difficiles et devant lesquelles elle renonçait automatiquement, sans avoir vraiment essayé.)

L'item «**Dévalorisation de soi**» baisse significativement en séance 4. Caroline passe d'une attitude négative à une attitude plus positive, où elle valorise ses créations en disant que ce qu'elle fait est «beau». Cette évolution de l'attitude dévalorisante de Caroline envers-elle-même est en accord avec l'évolution de sa confiance en soi et de son autonomie observée dans le Graphique 1: plus Caroline est satisfaite de sa production, plus elle prend conscience de ses capacités et moins elle se dévalorise.

En séance 6, Caroline ne dit plus qu'une fois «c'est dur»: elle prend confiance en elle et commence à être satisfaite de ses productions. L'item «**Valorisation de soi**» augmente; Caroline n'attend plus que nous valorisions son travail, elle le valorise elle-même et ce jusqu'à la fin de la prise en soin. En séance 9, lorsque Caroline éprouve un sentiment de fierté (voir graphique 1), elle dit jusqu'à 3 fois que ce qu'elle fait est «beau».

Graphique 3
Evolution des capacités relationnelles de Caroline



Item «Communique verbalement»

En début de prise en soin, Caroline est intimidée par l'arrivée dans une nouvelle activité et adopte un comportement calme et réservé. En effet en séance 1, nous observons que l'item **«Communique verbalement»** est coté au plus bas: Caroline ne s'exprime que par des mots et uniquement pour répondre à nos questions. En séance 2 et jusqu'en séance 4, Caroline prend confiance et commence à répondre à nos sollicitations par de courtes phrases, par exemple, «c'est un arbre» ou «je fais le soleil.» A partir de la séance 6, l'item est coté à 3, Caroline est capable de s'exprimer verbalement en formant des phrases plus construites.

Item «Relation à l'art-thérapeute stagiaire»

Nous observons une nette évolution de l'item **«Relation à l'art-thérapeute stagiaire»** au fil des séances. Lors de la première séance, quand nous demandons à Caroline si elle a passé un bon week-end, elle nous répond «oui» mais ne donne pas de détails. Nos échanges sont brefs et plutôt neutres, elle ne souhaite pas parler de choses personnelles ou même de ce qu'elle a fait dans son groupe avant la séance. Elle est à l'écoute des conseils et de la présentation du fonctionnement de l'atelier mais parle très peu pendant le temps de création. En séance 2, Caroline nous connaît déjà ainsi que la salle et le fonctionnement de l'atelier: elle est plus réceptive et entre dans l'échange en acceptant de répondre à nos sollicitations, comme l'indique également l'item **«Communique verbalement»**.

En séance 4, Caroline exprime pour la première fois quelque chose de personnel, en rapport avec sa famille, avec qui elle a des rapports difficiles. En entrant dans la salle, elle nous dit que sa maman l'a qualifiée de «bébé». En séance 6, elle nous parle une fois de plus d'une chose importante pour elle: ses vacances à la mer avec son groupe. Elle nous confie aussi qu'elle n'a pas raconté à sa maman ce qu'elle y avait fait. Ces deux séances ont été importantes aussi bien pour Caroline que pour nous, car nous avons pu nous connaître un peu mieux et notre relation n'en est devenue que plus riche. A partir de la séance 7 et jusqu'à la fin de la prise en soin, l'item est coté à 4: Caroline est en confiance et entre dans le jeu en comparant nos dessins. Elle ose plus parler, et nous fait notamment des blagues à plusieurs reprises.

Item «Exprime une envie»

De la séance 1 à la séance 3, l'item **«Exprime une envie»** est coté à 1. Lorsque nous lui demandons si elle a envie de faire quelque chose en particulier, ou quel technique elle souhaite utiliser en lui montrant les outils, Caroline répond «non» ou qu'elle «ne sait pas.» Elle écoute et suit les consignes mais ne nous fait pas part de ses envies.

En séance 4, Caroline commence à s'exprimer sur ses envies et ses intentions créatives. Lorsque nous lui demandons ce qu'elle va faire avec le papier qu'elle découpe, elle répond qu'elle va «faire une maison». En séance 6, Caroline nous dit qu'elle souhaite donner sa production à sa maman. En séance 7, elle souhaite faire de la peinture. De la séance 6 à la fin de la prise en soin, l'item est coté à 3: Caroline est capable d'exprimer au moins une envie spontanément.

Conclusion

Nous observons à travers ce graphique que plus Caroline évolue dans sa relation à nous, plus elle ose parler et exprimer ses envies. L'évolution positive des capacités relationnelles de Caroline coïncide avec l'évolution de sa confiance en soi (graphique 1): plus elle a confiance en elle, plus elle s'autorise à entrer dans une relation avec nous et à s'exprimer devant nous. (séances 4 et 9 de chaque graphique.)

3.1.4 Bilan

Globalement, nous observons que les progrès de Caroline sont constants. L'évolution des capacités de Caroline montrée par les trois graphiques semble concorder, avec une évolution par paliers en séances 3, 6 et 9, ou toutes les trois séances.

En début de prise en soin, Caroline a envie de faire mais manque beaucoup d'autonomie. Elle se dévalorise quant à ses compétences (elle dit toujours «c'est dur»), demande beaucoup d'aide pour pouvoir avancer dans l'activité, elle demande souvent si ce qu'elle fait est beau. Elle a des difficultés à s'exprimer sur des choses personnelles.

Au fil des séances, elle prend de plus en plus de plaisir dans l'activité et découvre avec surprise ses capacités, notamment avec les mélanges de couleurs et l'utilisation des pastels secs. Elle prend plus d'initiatives (elle choisit ses couleurs, son papier) et a moins besoin de de l'adulte une fois qu'elle est lancée dans l'activité. Elle développe peu à peu son imagination mais cela lui demande du temps et de la concentration. Elle réussit à nous parler deux fois de sa maman. En fin de prise en soin, on note une évolution à plusieurs niveaux:

- La confiance en soi
 - Elle ne dit plus que «c'est dur», mais elle dit plusieurs fois par séance «c'est beau»
 - Elle est fière d'elle à plusieurs reprises
- L'autonomie
 - Elle attend moins d'aide de l'adulte
 - Elle parvient mieux à mettre sa blouse
 - Elle prend quelques initiatives
- Les capacités relationnelles
 - Elle donne son humeur en début et fin de séance
 - Elle nous parle de sujets personnels
 - Elle nous fait des «blagues» lors des dernières séances

Enfin, nous savons que Caroline éprouve des difficultés dans les activités de groupe au sein de l'I.M.P et qu'elle entre souvent en conflit avec les autres enfants. Une prise en soin

groupale pourrait être bénéfique pour qu'elle puisse améliorer ses capacités relationnelles en groupe.

3.1.5 Auto-évaluation

Nous n'avons pas utilisé de système d'auto-évaluation des séances avec Caroline. Cependant, avons mis à sa disposition des pictogrammes représentant des visages avec différentes humeurs pour l'aider à s'exprimer, en nous expliquant son «humeur du jour». Elle a utilisé ces pictogrammes en début et en fin de séance à partir de la séance 2: elle a choisi le pictogramme du visage souriant pour toute les séances, excepté en séance 4, où le pictogramme de début d'atelier était le visage triste.

En séance 4, Caroline nous confie que sa maman lui a dit qu'elle était «un bébé», ce qui l'affecte beaucoup. Au travers des graphiques, nous observons que lors de cette séance Caroline a adopté une attitude plus positive envers elle-même, a été plus encline à exprimer ses envies et a éprouvé de la satisfaction quant à la production réalisée: l'activité l'a aidée à dépasser ce sentiment dévalorisant véhiculé par le mot «bébé» et à reprendre confiance en elle. A la fin de la séance, Caroline choisit le pictogramme du visage souriant.

3.2 Prise en soin de Vincent

3.2.1 Grille d'évaluation et schéma utilisé

Pour noter l'évolution de Vincent au fil des séances, nous avons utilisé plusieurs grilles d'évaluation desquelles nous avons sélectionnés certains items:

- De l'**Attention-Deficit with Hyperactivity Rating Scale IV**, les items retenus sont, dans la catégorie «Inattention»:

- «Difficultés de Concentration».

Dans notre grille d'évaluation, cet item est présenté comme «Concentration».

- «Ne suit pas les instructions».

Dans notre grille d'évaluation, cet item est présenté comme «Suit les instructions».

- De la l'**Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété**, les items retenus sont:

- Dans la catégorie «Humeur anxieuse»: «Inquiétude».

- Dans la catégorie «Tension»: «Impatience» (besoin de bouger).

3.2.2 Items scientifiques personnalisés

L'état de base de Vincent se situe à la cotation 1. La cotation 4 est donc l'état souhaité en fin de prise en soin.

- **ITEMS STABILITÉ MOTRICE ET COGNITIVE**

Nous avons noté l'évolution des capacités de concentration et de mise en pratique des conseils (stabilité cognitive) de Vincent au fil des séances ainsi que sa capacité à maîtriser ses gestes (stabilité motrice), tant au niveau de leur rapidité que de leur dessein.

| ITEMS | COTATION 1 | COTATION 2 | COTATION 3 | COTATION 4 |
|------------------------------|--------------------|-----------------|-------------|----------------|
| Concentration | non perçue | faible | présente | forte |
| Maîtrise du geste | geste incontrôlé | geste précipité | geste calme | geste réfléchi |
| Suit les instructions | rarement ou jamais | quelques fois | souvent | très souvent |

DÉTAILS SUR LA COTATION DES ITEMS

ITEM 1 - Concentration

Cotation 1: non perçue

Vincent ne parvient pas à se concentrer.

Cotation 2: faible

Vincent peut rester concentré plusieurs minutes pendant l'activité mais se disperse rapidement: se lève, veut changer de technique, est attiré par un objet ou un bruit...

Cotation 3: présente

Vincent est capable de rester concentré le temps d'une activité. Une fois qu'il a terminé une production, il se disperse à nouveau.

Cotation 4: forte

Vincent est capable de rester concentré tout au long de la séance, de l'arrivée au départ de l'atelier. Il ne se lève pas sans raison, adopte une attitude calme et est à l'écoute.

ITEM 2 - Maîtrise du geste

Cotation 1: geste incontrôlé

Les gestes de Vincent sont impulsifs et parfois peu adaptés aux outils; il semble agir sous la «pulsion» et veut toucher à tout ce qui se trouve autour de lui.

Cotation 2: geste précipité

Vincent oriente ses gestes dans un but créateur, mais ils sont très vifs et parfois désordonnés.

Cotation 3: geste calme

Les gestes de Vincent sont moins rapides, plus apaisés.

Cotation 4: geste réfléchi

Les gestes de Vincent sont calmes et anticipés: il prend un temps de réflexion avant de laisser une trace sur la feuille.

ITEM 3 - Suit les instructions

Cotation 1: rarement ou jamais

Vincent semble écouter mais ne met pas les conseils en pratique.

Cotation 2: quelques fois

Vincent veut suivre les conseils et demande de l'aide pour y parvenir.

Cotation 3: souvent

Vincent persévère pour appliquer un conseil; soit il y parvient, soit nous intervenons pour l'aider.

Cotation 4: très souvent

Vincent se souvient de plusieurs conseils donnés pendant la séance ou lors de précédentes séances et les applique seul, il réussit.

- **ITEMS CAPACITÉ A S'APAISER**

Deux items quotés de manière quantitative sont choisis pour évaluer la capacité à s'apaiser de Vincent.

L'item «Inquiétude» se traduit par le nombre de fois par séance où Vincent parle, sur un ton inquiet, d'emporter ses créations chez lui.

L'item «Impatience» se traduit par le nombre de fois par séance où Vincent se lève pour se déplacer dans la salle sans but précis.

- **ITEMS AUTONOMIE**

Enfin, nous avons noté l'évolution de la capacité de Vincent à être autonome pendant les séances à travers deux items: sa capacité à utiliser et à s'occuper de son matériel seul, ainsi

que sa capacité à se référer au panneau chronologique de déroulement de la séance pour se repérer dans le temps et s'exprimer sur la séance.

| ITEMS | COTATION 1 | COTATION 2 | COTATION 3 | COTATION 4 |
|---|---|---|--|---|
| Utilise le matériel seul | a besoin d'aide tout au long de la séance | a besoin d'aide pour nettoyer et ranger le matériel | a besoin d'aide pour utiliser un outil particulier | utilise, nettoie et range le matériel seul |
| Se repère dans le temps de la séance | se laisse guider par l'adulte | s'intéresse à l'outil mis en place | se réfère à l'outil mis en place | utilise l'outil mis en place pour l'auto-évaluation |

DÉTAILS SUR LA COTATION DES ITEMS

ITEM 1 - Utilise le matériel seul

Cotation 1: a besoin d'aide tout au long de la séance

Vincent a besoin d'aide pour appréhender le matériel.

Cotation 2: a besoin d'aide pour nettoyer et ranger le matériel

Vincent a besoin que nous le sollicitons beaucoup pour qu'il nettoie les pinceaux jusqu'au bout et qu'il range ce qu'il a utilisé. (également pour le lavage de mains)

Cotation 3: a besoin d'aide pour utiliser un outil particulier

Vincent peut verser de la peinture ou de l'encre seul dans la palette mais a encore besoin d'aide pour utiliser un outil spécifique durant la séance: ciseaux, colle...

Cotation 4: utilise, nettoie et range le matériel seul

Vincent est capable de gérer son matériel en autonomie.

ITEM 2 - Se repère dans le temps de la séance

L'outil mis en place ici est un tableau présentant les différents temps de la séance de manière chronologique et grâce à des pictogrammes: mettre sa blouse, faire l'activité, nettoyer et ranger le matériel, se laver les mains, auto-évaluation, retour dans le groupe.

Cotation 1: se laisse guider par l'adulte

Vincent ne prête pas attention au tableau et se laisse guider par nos indications.

Cotation 2: s'intéresse à l'outil mis en place

Vincent regarde le tableau à son arrivée ou avant de partir, et nous lui

Cotation 3: se réfère à l'outil mis en place

Vincent se poste plusieurs fois devant le tableau pour dire où nous en sommes dans la séance. (ex: «maintenant on lave les mains»)

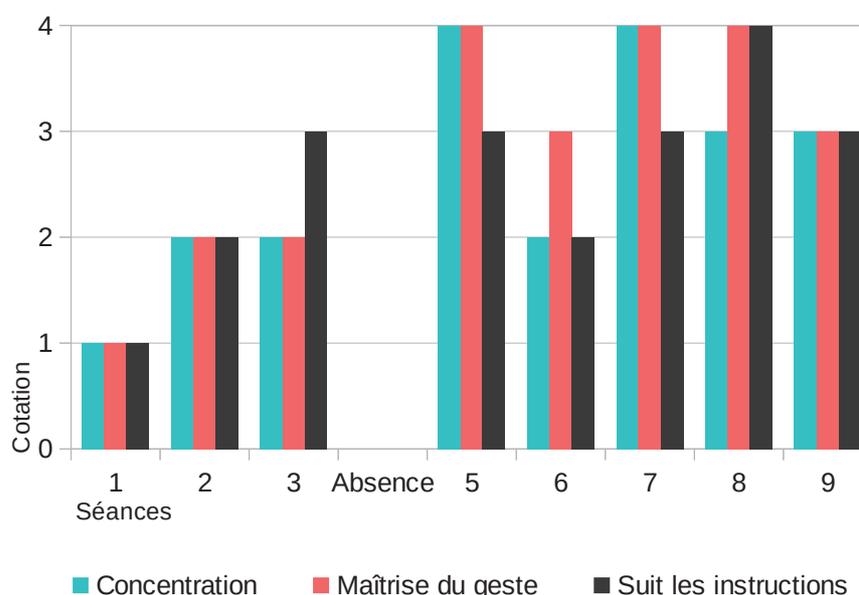
Cotation 4: utilise l'outil mis en place pour l'auto-évaluation

Vincent utilise le tableau pour se repérer dans le temps de la séance mais également pour s'exprimer sur la séance: il fait son «auto-évaluation» (pouce vers le haut ou vers le bas).

3.2.3 Grilles d'observation des séances

Les items présentés ci-dessus ont été cotés de 1 à 4 dans la grille d'observation des séances et les résultats obtenus sont retranscrits sous la forme de graphiques.

Graphique 1
Evolution de la stabilité motrice et cognitive de Vincent



Item «Concentration»

En séance 1, l'item «**Concentration**» est coté au plus bas: Vincent est dispersé, veut tout regarder et tout toucher; il termine sa production en quelques minutes et semble peu attentif à nos sollicitations. Lors des séances 2 et 3, Vincent se familiarise peu à peu avec le matériel et le fonctionnement de l'atelier et est plus investi: il parvient à rester concentrer tant qu'il est dans la création. Une fois sa production terminée, il se disperse à nouveau. Il se lève, veut faire autre chose, regarde dans l'armoire à matériel... Il se lasse vite de ses créations et peut ne passer que quelques minutes dessus avant de vouloir en commencer une autre. Il peut réaliser jusqu'à 5 productions par séance.

En séance 5, Vincent fait preuve d'une grande concentration; c'est la première fois qu'il regarde un livre d'art et est absorbé par les oeuvres de J.M. Basquiat. Il passe une dizaine de

minutes à regarder le livre et souhaite de lui-même s'en inspirer pour sa peinture. Vincent reste calme et concentré tout au long de la séance. En séance 6, la capacité de Vincent à se concentrer diminue (item coté à 2): il s'est blessé à la récréation et cela l'affecte beaucoup. Il est inquiet, regarde plusieurs fois son genou pendant l'activité, vide la trousse à matériel sans raison ou déchire des bouts de papier sans s'en servir ensuite; et souhaite terminer la séance plus tôt que d'habitude (environ 15minutes avant l'horaire habituel).

L'item est une nouvelle fois coté au plus haut en séance 7; Vincent fait un collage avec plusieurs matériaux (cordelette, papier kraft, post-it, épingles...) et est absorbé par l'activité. Il est très appliqué et prend son temps pour créer. Le nombre de créations produites par séance diminue également; il n'en fait plus que 3. Lors des deux dernières séances, l'item est coté à 3: la concentration de Vincent diminue légèrement, peut-être parce que nous lui rappelons que ce sont les dernières fois que nous nous voyons.

Item «Maîtrise du geste»

En début de prise en soin, l'item «**Maîtrise du geste**» est coté au plus bas. En effet, Vincent a des difficultés à effectuer des gestes précis, et ceux-ci sont très vifs. Il agit toujours dans la précipitation. Certaines fois, il ne peut s'empêcher d'attraper des objets sans même vouloir s'en servir. Cela peut le gêner à différents niveaux (il fait souvent tomber des choses, doit s'y prendre à plusieurs reprises pour réussir à enduire son pinceau de peinture ou à le nettoyer, peut avoir des gestes inadaptés....) La rapidité de ses gestes l'empêche de réussir certaines tâches, par exemple, s'il utilise un tampon-encreur trop rapidement, le motif du tampon n'apparaîtra pas entièrement sur le papier. Au fil des séances, nous aidons Vincent dans l'utilisation de ces outils à «empreintes», avec de la peinture ou des encres. Cela nécessite de prendre son temps, d'agir avec précision et concentration pour obtenir un résultat satisfaisant. Une fois que Vincent parvient à modérer ses gestes avec les tampons, il a pu utiliser d'autres outils comme des pinceaux ou des pastels tout en effectuant des gestes plus apaisés.

En séance 5, Vincent est très concentré sur sa production et l'item «**Maîtrise du geste**» est coté à 4; ses gestes sont calmes, et surtout, il prend un temps de réflexion avant de poser son pinceau sur sa feuille. Quand il fait un collage, il cherche l'endroit le plus approprié avant de mettre la colle sur son papier. Durant les séances 6 et 9, nous observons que Vincent prend moins le temps de réfléchir, mais ses gestes restent calmes: ce sont les séances où Vincent s'est blessé, ainsi que la dernière séance, où il est impatient d'emporter ses créations à la maison.

Item «Suit les instructions»

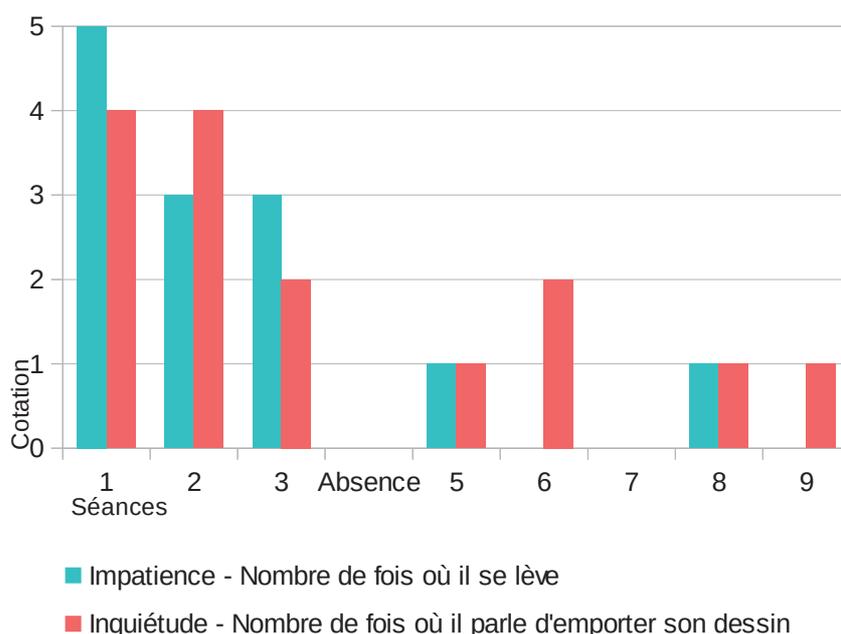
En séance 1, l'item «**Suit les instructions**» est coté à 1: Vincent nous écoute mais ne tient pas compte de nos conseils sur l'activité. En séances 3 et 5, Vincent gagne en autonomie et tente d'appliquer nos conseils sur l'utilisation de certains outils (notamment le dévidoir de scotch et les tampons-encreurs). Il a encore des difficultés à atteindre le résultat qu'il souhaite et nous intervenons pour mieux lui montrer, et pour qu'il puisse réussir son action. Il ne parvient pas à se souvenir des conseils que nous lui avons donnés les séances précédentes. Comme pour les

autres items, nous observons en séance 6 une baisse dans la capacité de Vincent à appliquer les conseils; il est plus passif et nous demande plus souvent de l'aide. C'est en séance 8 que Vincent se souviendra de conseils donnés plusieurs séances auparavant et les appliquera seul.

Conclusion

Nous observons que l'évolution des trois items concorde. Plus Vincent se concentre sur l'activité, plus il est capable d'appliquer nos conseils et de maîtriser ses gestes. Nous observons cependant qu'en séance 3, l'item «**Applique les conseils**» est coté un point plus haut que les deux autres items: Vincent est d'ores et déjà volontaire, il souhaite s'engager dans l'activité et nous écouter pour progresser. En séances 6 et 8, l'item «**Maîtrise du geste**» est coté à un point plus haut que les deux autres items. Vincent aurait acquis la possibilité d'exécuter des gestes calmes et réfléchis même lorsqu'il ne parvient pas à se concentrer durant toute la séance. Cependant, l'évolution des items n'est pas régulière: la concentration de Vincent est encore fragile.

Graphique 2
Evolution de l'impatience et de l'anxiété de Vincent
Items quantitatifs



Item «Impatience»

En début de prise en soin, nous avons vu dans le Graphique 1 que Vincent ne parvient pas à se concentrer et à faire l'activité jusqu'au bout (item «**Concentration**» coté à 1). Nous observons effectivement dans ce deuxième graphique - au travers de l'item «**Impatience**» - que Vincent se lève jusqu'à 5 fois lors de la première séance: il se déplace dans la salle sans but précis, et

peut regarder et toucher ce qui se trouve autour de lui. Il ne peut simplement pas rester assis plus d'une dizaine de minutes (nous lui avons proposé de rester debout pour peindre, mais il a répondu qu'il préférerait être assis). A partir de la séance 2, Vincent s'engage dans l'activité et se lève de moins en moins, seulement 3 fois. C'est en séance 5, où sa concentration augmente fortement (Graphique 1, item «**Concentration**» coté à 3), que Vincent se montre capable de ne plus se lever qu'une fois sans raison; puis l'item disparaît en séance 6. Si Vincent se lève, c'est pour une raison bien précise: prendre du matériel, nettoyer ses pinceaux, poser sa production plus loin pour la faire sécher... Il semble apaisé. Mais l'item réapparaît en séance 8, lorsque nous lui annonçons qu'il ne reste que deux ateliers avant la fin de la prise en soin.

Item «Inquiétude»

L'item «**Inquiétude**» traduit le nombre de fois par séance où Vincent parle du devenir de ses productions. En effet, il est très inquiet de savoir ce que nous allons en faire; il veut absolument les emporter chez lui pour les donner à sa maman. Les deux premières séances, Vincent dit jusqu'à 4 fois qu'il faut «ramener à la maison» ses créations: il s'empresse de prendre sa peinture juste finie et nous dit sur un ton inquiet que c'est pour sa maman. Nous devons lui rappeler plusieurs fois que nous protégeons ses dessins en les rangeant dans sa pochette personnelle, que nous gardons jusqu'à la fin des ateliers, où il pourra la récupérer. Il range alors sa peinture dans la pochette en disant «oui», mais ne peut s'empêcher de vouloir l'emporter à la fin de la séance.

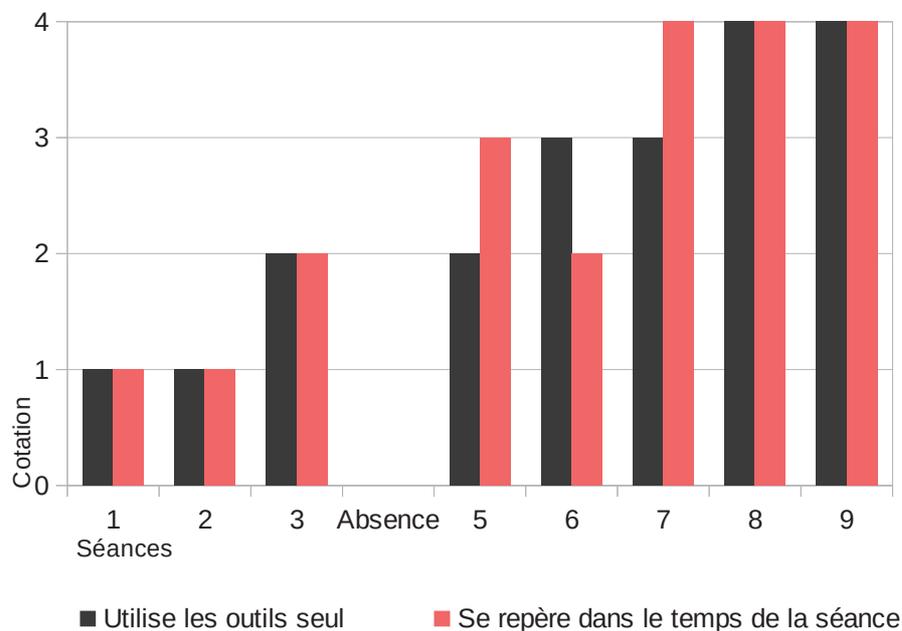
En séance 3 et en séance 5, Vincent est moins inquiet quant à ses productions, car il a compris qu'elle sont rangées dans sa pochette: en début de séance, il vérifie que celle-ci est bien là, et ne dira plus qu'1 à 2 fois qu'il souhaite l'emporter. En séance 6, l'item remonte et est coté à 2: c'est la séance où Vincent ne se sent pas très bien, et cela influe son comportement: il est inquiet, et dira plusieurs fois qu'il veut ramener ses productions chez lui.

En séance 7, l'item disparaît: Vincent est complètement concentré sur son activité (Graphique 1, l'item «**Concentration**» est coté au maximum) et ne pense pas à emporter sa peinture: il est dans le «faire», dans le présent. Mais nous observons qu'en séances 8 et 9, l'item réapparaît: nous avons dit à Vincent que ce sont les deux derniers ateliers, ce qui lui rappelle qu'il va bientôt pouvoir emporter ses productions. Il nous dit qu'il va les «ramener à maman», mais cette fois-ci sur un ton calme et affirmé: il sait qu'il va finalement emporter ses créations et n'est plus inquiet.

Conclusion

Nous observons donc une corrélation entre les résultats du Graphique 1 et ceux du Graphique 2: plus Vincent est concentré, plus il est capable de rester assis pendant l'activité, et moins il pense au devenir de ses productions. En séance 7, quand l'item «**Concentration**» est au plus haut, les items «**Impatience**» et «**Inquiétude**» disparaissent. Vincent prend du plaisir à faire, à participer à l'activité pour lui, à être dans l'instant présent. Il semble rassuré par le fait que chaque séance suit un même déroulement, et qu'à chaque fin de séance, il range ses créations dans sa pochette. Cette routine lui a permis d'être plus apaisé, car il a besoin de structure et de prévisibilité.

Graphique 3
Evolution de l'autonomie de Vincent



Item «Utilise les outils seul»

En début de prise en soin, l'item «**Utilise les outils seul**» est coté à 1. Vincent a besoin d'aide pour utiliser le matériel tout au long de la séance: il n'a encore jamais utilisé ces outils et a besoin d'être guidé vers l'autonomie. Régulièrement pendant l'activité, nous lui montrons comment se servir de tel ou tel pinceau, tampon-encreur ou pastel... Nous aidons également Vincent à nettoyer et ranger le matériel qu'il a utilisé. En séances 3 et 5, Vincent a moins besoin d'aide pendant l'activité, car il commence à appréhender les outils. Cependant, il a encore des difficultés à nettoyer son matériel seul: il ne parvient pas à rester longtemps devant l'évier et est distrait par les objets posés sur l'évier (verres, éponge, torchons...) et ne nettoie ses pinceaux qu'à moitié.

En séances 6 et 7, l'item est coté à 3: Vincent est plus autonome au sein de l'atelier. A son arrivée, il sort son matériel seul, se lève pour choisir son support ou des papiers à découper, cherche certains outils dans la boîte... Nous intervenons seulement pour l'aider à utiliser des outils spécifiques qui demandent de la précision et/ou une certaine force, et qui peuvent être potentiellement dangereux, comme l'utilisation des ciseaux pour couper de la cordelette, ou l'utilisation de la perceuse. Durant les deux dernières séances, l'item est coté au plus haut: Vincent est autonome vis à vis du matériel tout au long de l'atelier. Il a pris ses repères et a acquis les bases pour utiliser le matériel de façon adéquate: il utilise les bidons de peinture seul (il les secoue puis dépose de la peinture dans la palette), met les pinceaux sales dans le bac prévu à cet effet, utilise correctement certains outils compliqués comme le dévidoir à scotch; il nettoie ses outils seul et sait où les ranger.

Item «Se repère dans le temps de la séance»

En séances 1 et 2, Vincent ne prête pas attention au panneau chronologique mis en place pour l'aider à se repérer dans la séance. Nous lui présentons le tableau en séance 1, mais il ne le regardera ou n'en parlera pas de lui-même. Nous lui posons des questions à différents moments de la séance pour l'encourager à s'y référer: Que fait-on en premier, quand on arrive dans la salle (on met la blouse), Que fait-on maintenant, après avoir peint (on nettoie le matériel)...

En début et en fin de séance 3, Vincent regarde le panneau avec attention en pointant du doigt les différents pictogrammes et nous continuons à le solliciter pour qu'il puisse ensuite utiliser l'outil seul. En séance 5, Vincent se réfère finalement au panneau de lui-même à plusieurs reprises: lors rangement du matériel et du lavage de main. Nous lui expliquons alors le dernier pictogramme représentant un pouce en l'air, un pouce en bas ainsi qu'un point d'interrogation: c'est le pictogramme qui sert d'«auto-évaluation» en fin de séance. Nous demandons à Vincent s'il a aimé (pouce en l'air) ou s'il n'a pas aimé l'atelier (pouce en bas). Il dit qu'il a aimé la séance mais a du mal à faire la différence entre les deux gestes.

Nous avons observé dans les graphiques précédents qu'en séance 6, Vincent n'est pas à l'aise et plus passif; il n'utilisera pas le panneau. En séance 7 et jusqu'à la fin de la prise en soin, lorsqu'il a besoin de se rassurer ou pour voir ce qu'il doit faire ensuite, Vincent est capable d'aller regarder le panneau seul pour identifier les différents temps de l'atelier. Il montre du doigt les pictogrammes en disant que «c'est fait», et passe à l'étape d'après. Surtout, il utilise le pictogramme d'«auto-évaluation» par lui-même en fin de séance. Vincent nous fait alors part de son ressenti quant à l'activité en mimant le «bien» et le «pas bien» avec son pouce.

Conclusion

Après deux séances, Vincent s'adapte à l'atelier et développe son autonomie: il découvre les outils et est plus à même de s'en servir seul. Vincent a moins besoin d'être aidé et est alors plus confiant. Dans le Graphique 1, nous avons observé que la capacité de Vincent à rester concentré et à maîtriser ses gestes évolue de façon positive au fil des séances; ces deux items contribuent à l'évolution de l'autonomie de Vincent dans le Graphique 3. En effet, plus Vincent est concentré et agit calmement, avec des gestes adaptés et réfléchis, plus il est à même d'utiliser les outils seul. Nous observons également que plus Vincent utilise le tableau chronologique pour se repérer dans le temps de la séance, moins il montre d'impatience ou d'anxiété (Graphique 2). En effet, le fait de «diviser» la séance en plusieurs temps, et de pouvoir se référer à des pictogrammes à tout moment, rassure Vincent.

3.2.4 Bilan

Les résultats des graphiques semblent concorder et nous pouvons observer que l'évolution de Vincent est constante, avec cependant une baisse en séance 6.

En début de prise en soin, Vincent est agité: il se lève très souvent sans raison, veut toucher à tout; comme dans les autres ateliers auxquels il participe au sein de l'I.M.P, il est dans le «tout,

tout de suite». Ses gestes sont précipités et il montre des signes d'anxiété: il parle beaucoup de faire des dessins pour sa maman et répète très souvent qu'il va ramener ce qu'il a fait à la maison. Il semble angoissé et a du mal à se séparer de ses dessins à la fin des ateliers. Cette difficulté à se concentrer et à s'apaiser l'empêche de profiter pleinement de l'activité et de développer son autonomie.

Au fil des séances, Vincent réussit à mieux se concentrer et à trouver un apaisement. Il fait pour le plaisir, parvient à créer pour lui, il est dans l'instant. Il fait preuve de volonté et de créativité et s'intéresse surtout à la peinture et au collage. Il développe son autonomie au travers de l'utilisation des outils, et est capable de se repérer dans le temps de la séance seul. A la fin de la prise en soin, par rapport aux objectifs fixés, Vincent a progressé sur plusieurs points:

- La concentration et l'apaisement

- Il est moins dispersé, ses gestes sont plus calmes et contrôlés et ne se lève plus sans raison
- Il retient les conseils et les met en pratique
- Il semble apaisé, il prend du plaisir à faire, il n'évoque plus le fait de ramener ses productions à la maison. A la fin des ateliers, il les range dans sa pochette et dit «on le ramène à la maison après!»

- L'autonomie

- Il prend des initiatives: il utilise du nouveau matériel, me demande s'il peut aller changer l'eau de peinture
- Il se réfère au panneau des différents temps de l'atelier
- Il fait son auto-évaluation en fin de séance
- Il nettoie et range le matériel seul

Nous remarquons cependant que les résultats observés restent fragiles; Vincent est facilement perturbé par les événements nouveaux. En séance 6 avec la blessure faite en récréation, et pendant la dernière séance en sachant qu'il allait pouvoir emporter ses productions, Vincent redevient impatient et perd de sa concentration. Enfin, le P.I.A* de Vincent mentionne de faciliter **l'expression orale** de Vincent et de l'aider à adopter une **relation aux autres adaptée**. Nous n'avons pas évalué ces dimensions expressives et relationnelles; mais une prise en soin groupale pourrait être adaptée pour que Vincent puisse améliorer ces deux difficultés.

3.2.5 Auto-évaluation

Vincent a utilisé les pictogrammes représentant des visages avec différentes humeurs en début et en fin d'atelier, à partir de la séance 2. Il a ainsi pu donner son «humeur du moment»: Vincent a choisi le pictogramme du visage souriant pour toutes les séances, excepté en séance 6, où le pictogramme de début d'atelier était le visage triste. Il s'est blessé à la récréation et cela l'inquiétait beaucoup. En fin de séance, il a choisi le visage souriant. En fin de prise en soin, Vincent utilise le pictogramme d'auto-évaluation du panneau chronologique de la séance.

QUATRIÈME PARTIE

DISCUSSION

4.1 Apports et bénéfices de l'étude

4.1.1 Echelles scientifiques

Il n'existe pas d'échelle scientifique spécifique à l'évaluation en art-thérapie. Nous nous sommes donc basés sur trois grilles d'évaluation validées pour créer notre grille d'évaluation personnalisée en art-thérapie. Nous avons d'abord recherché des grilles concernant les enfants, puisque c'est le public que nous avons suivi lors de notre recherche: nous avons trouvé pertinent d'utiliser des items conçus spécialement pour eux.

Nous avons donc utilisé la grille «**Comment mesurer les suivis sociaux**» tirée de l'ouvrage *Eduquer avec les animaux* de François Beiger, qui permet d'observer le comportement d'enfants et d'adolescents en difficulté. Cette grille contient de nombreux items de comportements observables pendant une séance thérapeutique, et tout-à-fait transposables à une séance d'art-thérapie. Ces items ont été très utiles pour notre observation, notamment pour la prise en soin de Caroline.

Nous avons ensuite recherché des grilles d'évaluation concernant les difficultés rencontrées par les enfants que nous avons suivis. Nous avons donc utilisé l'**Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété** pour évaluer l'évolution du comportement anxieux de Vincent. Nous avons également utilisé la grille «**Attention-Deficit with Hyperactivity Rating Scale IV**», qui contient des items de comportements comme le manque d'attention que peut présenter Vincent. Les items relevés dans ces grilles nous ont permis d'observer l'évolution du comportement anxieux et de l'agitation de Vincent au fil des séances.

- ➔ Nous pouvons donc utiliser des grilles d'évaluation scientifiques validées pour l'évaluation en art-thérapie. Cependant, nous pensons qu'il est nécessaire de personnaliser les items pour que cette évaluation soit pertinente et serve la prise en soin de chaque patient.

4.1.2 Items scientifiques personnalisés

L'évaluation en art-thérapie est ainsi personnalisée pour chaque patient. Nous avons retenu plusieurs items des grilles présentées ci-dessus, pour ensuite les personnaliser pour qu'elles correspondent au comportement de chaque enfant.

- De l'**Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété** nous avons retenu deux items évaluant le comportement de Vincent, que nous avons utilisés comme items quantitatifs. Nous les avons personnalisés en ajoutant des détails en accord avec le comportement de Vincent:

L'item «Inquiétude», auquel nous avons ajouté le détail «Nombre de fois où il parle

d'emporter son dessin.» L'item «Impatience», auquel nous avons ajouté la précision «Nombre de fois où il se lève.» Ces précisions permettent de garder l'item scientifique validé de base, tout en y ajoutant un détail personnalisé correspondant au comportement spécifique de l'enfant.

- De même, pour l'évaluation personnalisée de Caroline, de la grille **Comment mesurer les suivis sociaux** nous avons retenu l'item «Valorisation de soi». Nous avons ajouté le détail «Nombre de fois où elle dit «c'est beau», puisque ce comportement qu'elle se met à adopter au fil des séances indique qu'elle valorise son travail. En partant de cet item, nous avons pu en créer un second qui montre le comportement négatif que Caroline adopte envers elle-même en début de prise en soin. Nous avons ainsi créé l'item «Dévalorisation de soi», qui indique le nombre de fois où Caroline dit que «c'est difficile».

- ➔ Personnaliser les items scientifiques permet d'obtenir une évaluation plus précise et cohérente, qui concorde avec le comportement et les buts à atteindre des enfants pris en soin.

4.1.3 Grilles d'observation des séances

Il y existe peu de recherches concernant l'estime de soi des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, et encore moins concernant celle des enfants. Nous retenons des études que l'image de soi au niveau cognitif, physique et social des enfants vivant avec une déficience intellectuelle serait moins réaliste que celle des enfants sans déficience.⁴⁴ Il y aurait donc un décalage entre la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et la réalité de ce qu'ils sont, ou de ce que les autres perçoivent d'eux.

En effet, plusieurs études sur la perception de soi montrent chez les enfants déficients intellectuels d'âge scolaire «*soit une perception de soi moins positive (Thomasset & Blanc, 2008), soit une survalorisation positive*» (Cadieux, 2003 ; Pierrehumbert, Zanone, Kauer-Tchicaloff & Plancherel, 1987).»⁴⁵ Dans les deux cas, l'image de soi de l'enfant déficient intellectuel ne concorde pas avec la réalité. Pour Ringness (1958), si ces enfants ont tendance à surestimer leurs réussites, cette attitude a pour but de «*compenser partiellement leur sentiment d'infériorité.*»⁴⁶

Il s'agit donc là d'estime de soi: soit l'enfant est dans la dévalorisation de ses capacités globales - ce qui confirme et en même temps alimente une faible estime de soi - à cause des difficultés liées à la déficience; soit l'enfant est dans la survalorisation de ses compétences,

44 NADER-GROSBOIS, Nathalie et FIASSE, Catherine. *Spécificités de la perception de soi d'enfants ayant une déficience intellectuelle et impact sur le lien entre leur Théorie de l'Esprit et leur adaptation sociale*. 6eme Colloque international du RIPSYDEVE; Actualites de la Psychologie du Developpement et de l'Education, May 2013, France. p.356.

45 NADER-GROSBOIS, Nathalie et FIASSE, Catherine. *Spécificités de la perception de soi d'enfants ayant une déficience intellectuelle et impact sur le lien entre leur Théorie de l'Esprit et leur adaptation sociale*. 6eme Colloque international du RIPSYDEVE; Actualites de la Psychologie du Developpement et de l'Education, May 2013, France. p.350.

46 VINTER, A et al., *Image de soi et déficience mentale: Perspective théorique et expérimentale*. Revue de psychologie appliquée, Université de Genève. p.43.

attitude de défense qui vise à pallier un manque de confiance en soi du aux difficultés liées à la déficience. Les deux enfants pris en soin en art-thérapie durant cette recherche illustrent bien ces deux idées. D'abord Caroline, qui se dévalorise très souvent, renonce devant la difficulté et se met en échec, et qui a absolument besoin de l'adulte pour agir. L'estimation qu'elle a de ses propres capacités n'est pas réaliste, puisqu'après quelques séances, elle réussit à faire des choses dont elle se plaignait auparavant de la difficulté. Ensuite Vincent, qui montre une anxiété, une peur de la séparation, ainsi qu'une estimation de ses capacités peu réaliste. En effet, à l'inverse de Caroline, Vincent a tendance à tout surestimer: tout est beau et très bien, tout lui plaît... Mais nous ne pouvons dire avec certitude que Vincent a une estime de soi négative, ou qu'il surestime vraiment ses créations: nous ne savons pas dire quelle conscience d'eux-mêmes ont les enfants avec des troubles du Spectre Autistique.

Mais l'art-thérapie a-t-elle un rôle à jouer dans l'acquisition d'une meilleure estime de soi des enfants déficients intellectuels?

Nombreux sont ceux qui affirment que l'activité artistique est bénéfique pour les personnes présentant un handicap. Selon Michel Mercier, Enseignant et Chercheur à la Faculté de Namur, *«l'acte créateur tente de faire émerger, à partir de potentialités émotionnelles, relationnelles et cognitives de la personne, des éléments qui la valorisent, qui valorisent son rôle en tant que personne handicapée, en tant que personne différente.»*⁴⁷ L'art permettrait donc aux personnes vivant avec un handicap d'user de leurs compétences, bien présentes, pour créer quelque chose d'unique et de valorisant.

Pour Simone Korff-Sausse, Psychanalyste et Maître de conférences émérite à l'Université Denis Diderot Paris 7, l'art *«permet de restaurer la confiance en soi de l'enfant en situation de handicap, de lui offrir des expériences sensorielles stimulantes, de développer la communication avec lui, et de favoriser, à travers le maniement des supports, l'acquisition de nouvelles compétences valorisantes.»*⁴⁸ L'activité artistique permettrait aux enfants vivant avec un handicap de développer de nouvelles habiletés, de prendre confiance en eux, ainsi que de se sentir valorisés. D'autres chercheurs admettent également que l'oeuvre créée *«peut être source de contentement et de valorisation, apportant un gain narcissique appréciable et soutenant une meilleure estime de soi (Bernhard, 2010).»*⁴⁹

Les résultats de notre recherche semblent appuyer ces auteurs. En effet, nous observons au travers de nos grilles d'observation une amélioration des comportements indicateurs d'une basse estime de soi chez les enfants pris en soin en art-thérapie.

Au fil des séances, Caroline s'affirme de plus en plus: elle réussit à faire des choix en affirmant ses goûts, elle prend des initiatives et applique les conseils donnés. Elle développe un sentiment de compétence face aux outils proposés, qu'elle apprend à manier petit à petit. La dévalorisation de soi baisse pour une valorisation; elle ne dénigre plus ses capacités et développe un sentiment de satisfaction au travers de ses productions. Caroline prend

47 MERCIER, M. *Approche Éthique de La Créativité Des Personnes Déficiences Mentales*. Département de psychologie, Faculté de médecine, Namur. <<http://perso.fundp.ac.be/~mmercier/docpsy/txtcreahm.htm>>, consulté le 6 juillet 2017.

48 KORFF-SAUSSE, Simone. *Art et handicap: enjeux cliniques*. Toulouse: Erès, 2013. p.178.

49 SCHAUDER, Silke. *Quelles indications, quelles perspectives pour l'art-thérapie auprès des personnes en situation de handicap?* Actes du XIIe congrès, AIRHM Québec, 2012. p.163-164.

également confiance en elle au niveau de la relation: elle communique plus et ose parler de sujets personnels.

Vincent lui, montre plus de calme et de concentration. Les difficultés qui entravent son efficacité au quotidien s'effacent grâce à la pratique artistique: il découvre de nouveaux outils et apprend à maîtriser ses gestes pour les utiliser de façon adaptée. Son sentiment de maîtrise sur les outils lui permet de prendre confiance en lui, et ainsi d'améliorer son autonomie: il a de moins en moins besoin d'aide. Notre présence bienveillante ainsi que ses productions lui apportent une vraie revalorisation, et son visage rayonne quand il regarde ses créations. Vincent est moins anxieux et réussit à prendre du plaisir dans l'activité pour lui, à être dans l'instant présent. Il découvre de nouvelles activités, de nouvelles expériences sensorielles, qui le font sortir de ses habitudes.

- ➔ L'art-thérapie par les arts-plastiques agit sur certains mécanismes comme le sentiment d'auto-efficacité et la confiance en soi. Notre recherche démontre que l'art-thérapie par les arts-plastiques, au travers de nouvelles expériences valorisantes et dans un cadre sécurisant et bienveillant, peut contribuer à restaurer l'estime de soi des enfants déficients intellectuels, en leur offrant la possibilité d'accéder à un sentiment de réussite par le biais d'une activité valorisante.

4.2 Limites de l'étude

Malgré les résultats observés, cette recherche comporte des limites méthodologiques et pratiques: le nombre de patients pris en soin et les critères d'inclusion, le nombre de séances, etc.

4.2.1 Patients

- **Nombre de patients et pathologies rencontrées**

D'abord, nous observons que le nombre d'enfants suivis en art-thérapie est faible: nous n'avons accompagné que quatre enfants. Leur emploi du temps étant très chargé, il a été difficile de trouver des enfants qui puissent être disponibles le mardi pour une séance d'art-thérapie, sans que cela ne bouleverse trop leur emploi du temps.

De plus, les enfants vivant avec une déficience intellectuelle sont tous différents les uns des autres; aussi ces quatre enfants ne peuvent à eux seuls représenter la totalité des enfants déficients intellectuels, tellement cette pathologie est multiple: divers «degrés» de déficience, difficultés variées, troubles associés... D'autant plus que les quatre enfants que nous avons pris en soin ont chacun un diagnostic différent. Certes ils présentent tous une déficience intellectuelle, mais leurs difficultés sont multiples: les résultats hétérogènes des prises en soin témoignent de la variété des pathologies rencontrées. En effet, notre recherche et les méthodes employées ont montré des résultats avec Caroline et Vincent, les deux enfants présentés dans ce mémoire; cependant les prises en soin des patients 3 et 4 n'ont pas donné de résultats probants. Nous avons proposé au patient 4, atteint Troubles du Spectre Autistique profonds,

de pratiquer la musique: une connaissance limitée de cette pathologie nous a imposé des limites dans les propositions que nous avons pu lui faire; également, la prise en soin a été trop courte pour que nous puissions juger d'une réelle évolution. Le patient 3, lui, a montré un net manque d'intérêt pour la pratique artistique, ce qui a empêché le soin.

| Patient 1 - Caroline | Patient 2 - Vincent | Patient 3 - non présenté | Patient 4 - non présent |
|-----------------------------------|---|--------------------------|-------------------------|
| Pathologie génétique | Syndrôme de l'X-fragile T.S.A en cours de diagnostic | Syndrôme de l'X-fragile | T.S.A |
| Déficience intellectuelle moyenne | | | |

- **Critères d'inclusion des patients**

Effectivement, ne connaissant pas suffisamment les enfants en arrivant, nous nous sommes fiés aux professionnels de l'institution pour nous aider à déterminer ceux qui auraient le plus besoin d'une prise en soin individuelle. Ainsi, nous avons accompagné un jeune de 13 ans pendant 8 séances (patient 3), qui montrait peu d'implication dans les activités proposées par l'I.M.P, et observait un mauvais comportement qui pénalisait le groupe. Ce jeune a accepté de participer aux séances d'art-thérapie, mais n'a montré qu'un bref intérêt pour la pratique artistique: rien ne semblait vraiment l'intéresser, ce qui lui était reproché dans tous les groupes de l'I.M.P. Les séances n'ont donc pas eu l'effet thérapeutique escompté; en effet, si le patient ne s'engage pas dans l'activité, il ne peut être acteur de son soin et bénéficier des effets de l'activité artistique. Il est donc important de prendre en compte les envies de l'enfant et son intérêt pour la pratique artistique avant de commencer une prise en soin. Il ne faut pas oublier qu'*«il y a des enfants qui ne dessinent pas et qui ne veulent pas dessiner.»*⁵⁰

4.2.2 Séances

- **Nombre de séances**

Nous considérons également le nombre de séances comme une des limites de cette recherche. En effet, nous avons mis en place 9 séances d'art-thérapie pour chaque enfant. Chacun d'entre eux ayant été absent une fois, ils ont tous bénéficié de 8 séances.

Pendant les premières séances, l'enfant arrive dans un nouvel espace avec un nouvel intervenant: il doit prendre ses marques, prendre confiance en l'adulte, comprendre les règles de l'atelier, qu'il est dans un nouvel espace qui se différencie des activités pédagogiques tenues par les éducatrices, etc... La première séance est d'ailleurs destinée à expliquer le

50 DUBOIS, Anne-Marie et MONTCHANIN, Corinne. *Art-thérapie et enfance: contextes, principes et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015. p.100.

fonctionnement de l'atelier à l'enfant et à lui faire découvrir le matériel. Nous remarquons qu'un temps d'adaptation est nécessaire, et prend au moins 3 séances. C'est à partir de là que l'enfant peut entrer dans une activité créatrice en confiance. La dernière séance étant une séance pour terminer le travail en cours, contempler le travail fait depuis le début de la prise en soin, ainsi que se dire au revoir, cette séance ne peut être comptabilisée comme une réelle séance de création. Cela nous a donc laissé peu de temps (4 séances) de création pure. Cette idée est confirmée par les graphiques présentés en Partie 3 de ce mémoire: des résultats commencent à apparaître au bout de la troisième séance, et augmentent lors des dernières séances.

Il y a de nombreuses indications pour une prise en soin en art-thérapie des enfants déficients intellectuels. En 8 séances, nous n'avons pas eu le temps d'approfondir certaines pistes, notamment pour Caroline. Nous avons souhaité commencer par travailler son autonomie, sa capacité à communiquer et sa confiance en soi, pour qu'elle soit plus sûre d'elle et qu'elle puisse être en confiance pendant l'atelier. Avec plus de séances, nous aurions pu ensuite travailler sur sa difficulté à exprimer ses émotions et à trouver sa place dans sa famille pour réduire les conflits familiaux.

Nous pensons également que 8 séances ne sont pas assez pour confirmer les progrès notés pendant les séances, ni pour que leur effet bénéfique soit observable dans le quotidien des enfants, ce qui est le but d'une prise en soin en art-thérapie. Une prise en soin hebdomadaire pour chaque enfant et sur plusieurs mois aurait été préférable.

- **Déroulement des séances**

Les limites observées au niveau du déroulement des séances sont globalement des contraintes matérielles dues à l'environnement: il n'y avait pas de point d'eau dans la salle, ce qui nous obligeait à aller dans la salle de pause du personnel (salle connexe) pour prendre de l'eau ou nettoyer le matériel. Nous sortions donc de la salle qui délimitait l'atelier d'art-thérapie. Egalement, nous n'avions pas de rangement pour le matériel, nous disposions les principaux éléments sur la table et laissons le reste dans un sac, ce qui pouvait nous faire perdre du temps à chercher le matériel, ou affecter la concentration des enfants pris en soin. Enfin, il fallait bien protéger le mobilier pour ne pas le salir, étant donné que les séances se déroulaient dans la salle de réunion. Cela aurait pu entraver la création des enfants, ou les empêcher de pratiquer certaines activités (projection de peinture...).

«L'environnement (...) favorise ou inhibe les possibilités créatrices du sujet.»⁵¹

Lors des séances, nous n'avons pas pris de notes, pour rester dans la relation avec l'enfant. Nous avons donc rempli les grilles d'observation personnalisées après chaque séance. Le fait de ne pas prendre de notes pendant les séances permet d'être complètement disponible pour l'enfant accompagné, qui de plus pourrait se sentir «observé» si nous prenions des notes devant lui. Bien sûr, nous avons un carnet à portée de main pour noter un événement important si nous en ressentions le besoin; nous nous en sommes servi pour comptabiliser les items quantitatifs, comme les items «Impatience» et «Inquiétude» de la prise en soin de

51 GORI, Roland. *Les tendances antisociales de notre civilisation*. Toulouse: Erès, 2014. p. 39.

Vincent (Ex: nous faisons un trait sur la page à chaque fois qu'il se levait sans raison). Cependant, ne pas prendre de notes sur le vif peut nous amener à omettre des détails importants.

Plusieurs professionnels comme Sophie Krauss⁵² ou François Beiger utilisent l'enregistrement vidéo lors des séances, avec l'autorisation du patient ou de son tuteur légal. Cette méthode s'utilise notamment dans les structures accueillant des enfants autistes. Pour Beiger, éthologue et zoothérapeute français, «*la vidéo permet d'étudier attentivement les séances aussi souvent que nécessaire pour examiner de près les comportements et les commentaires.*»⁵³ Enregistrer les séances pourrait permettre d'être plus objectif et précis dans la cotation des items, et de mieux relever le langage corporel du patient. L'enregistrement peut néanmoins poser un problème au niveau de la confidentialité: il faut s'assurer que les vidéos ne soient visionnées que par les personnes habilitées.

4.2.3 Grilles d'évaluation et schéma utilisé

- **Grilles d'évaluation**

Au cours de notre étude, nous avons voulu utiliser plusieurs grilles d'évaluation scientifiques en accord avec le sujet de notre recherche. Cependant, nous nous sommes rendus compte que soit l'énoncé des items ne correspondait pas tout à fait au comportement des enfants accompagnés, soit la méthode d'évaluation prévue pour la grille ne convenait pas.

D'abord, les échelles d'évaluation concernant les personnes vivant avec une déficience intellectuelle sont rares. Il faut alors s'orienter vers les difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour trouver des échelles pouvant les concerner; nous pouvons nous baser sur une échelle d'évaluation de la communication ou de l'autonomie, mais les items ne seront pas forcément spécifiques à la déficience intellectuelle.

Ensuite, dans un souci de cohérence avec l'accompagnement des enfants au sein de l'I.M.P, nous aurions voulu utiliser la **Vineland Adaptive Behaviour Scale**⁵⁴. Cette grille est utilisée par la psychologue de l'établissement pour noter l'évolution du comportement socio-adaptatif des enfants pris en charge: il aurait donc été intéressant d'utiliser les mêmes items et d'ainsi pouvoir mettre en relation l'évolution de l'enfant au cours des deux prises en charge. Mais les formulations des items ne correspondaient pas à la prise en soin en art-thérapie, ou étaient trop évasives.

Par exemple, pour la prise en soin de Caroline, nous aurions pu utiliser l'item «Indique une préférence quand on la fait choisir». Comme de nombreux items présents dans les échelles scientifiques, la cotation évoque seulement la fréquence à laquelle l'item est observé. C'est pourquoi nous avons préféré utiliser un item personnalisé intitulé «Fait des choix personnels»,

52 KRAUSS, Sophie. *L'enfant autiste et le modelage: de l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique*. Erès, 2010.

53 BEIGER, François. *Eduquer avec les animaux*. Paris: Dunod, 2014. p.129

54 DOLL, Eugene. *Vineland Social Maturity Scale*. Circle Pines, MN, American Guidance Service, 1965.

permettant de nuancer la cotation en ajoutant des détails personnalisés pour Caroline. La cotation inclut alors des adjectifs de moyen se référant à ses comportements: influencé, aide, hésitation, conviction.

| PROVENANCE | ITEM | COTATION 1 | COTATION 2 | COTATION 3 | COTATION 4 |
|---------------------|--|-------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Echelle de Vineland | Indique une préférence quand on la fait choisir | non, jamais | quelques fois, en partie | oui, habituellement | X |
| Personnalisé | Fait des choix personnels | aucun, choix influencés | avec de l'aide | avec hésitation, seule | avec conviction, seule |

De plus, nous n'avons pas trouvé de grille d'hétéro-évaluation concernant la confiance en soi, ou l'estime de soi des enfants. Nous aurions voulu utiliser certains items de la **Rosenberg's Self-Esteem Scale**⁵⁵ pour évaluer les comportements montrant une basse estime de soi, comme l'item «J'ai une attitude positive envers moi-même» ou encore l'item «Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi». Ces items auraient été utiles pour la prise en soin de Caroline, mais nous n'avons pas pu les utiliser car la grille de Rosenberg est prévue pour une auto-évaluation du patient. L'estime de soi étant une donnée personnelle, un ressenti sur soi-même, il semble logique que cette grille soit conçue pour une auto-évaluation. Cependant, certains indicateurs de l'estime de soi peuvent être observables par un tiers au travers du comportement du patient comme la dévalorisation, le renoncement, la peur de l'échec, la difficulté à faire des choix...

- **Adaptation des items scientifiques**

Pour qu'ils soient cohérents avec notre recherche, nous avons du adapter l'énoncé et la cotation de certains items retenus dans les grilles d'évaluation scientifiques.

- Concernant l'**Attention-Deficit with Hyperactivity Rating Scale IV**, nous avons modifié la dénomination de deux items:

L'item «Difficulté de concentration» a été changé en «Concentration».

L'item «Ne suit pas les instructions» en «Suit les instructions».

En effet, presque la totalité des items de cette échelle d'évaluation sont énoncés avec une tournure négative: «difficulté», «ne suit pas», «n'écoute pas», «répond trop»... La prise en soin en art-thérapie ayant pour but d'accompagner le patient vers un mieux-être, nous avons préféré utiliser des items formulés positivement. Ainsi, plus les capacités de concentration de

55 ROSENBERG, Morris. *Society and The Adolescent Self-Image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1965.

l'enfant augmentent, plus l'item augmente. Nous allons vers une hausse, un mieux, le patient s'élève et s'améliore.

Toujours pour ces deux items, nous avons gardé la formulation originelle des cotations de l'échelle: **0** Rarement ou jamais; **1** Quelques fois; **2** Souvent; **3** Très souvent.

Cependant, dans notre grille d'évaluation personnalisée, nous avons coté les items en allant de **1 à 4**: dans un souci d'uniformisation de nos grilles, nous avons donc débuté la cotation de ces items à **1** et non à **0**. De plus, nous percevons la «cotation 0» comme peu gratifiante.

- Nous avons également du effectuer des modifications concernant la grille **Comment mesurer les suivis sociaux**. En effet, l'échelle de cotation de cette grille contient 6 niveaux de cotation. De cette grille d'évaluation, nous avons retenu l'item «Prend des initiatives». Dans un souci d'uniformisation de la cotation en cotant de 1 à 4, mais également de clarté et de facilité dans l'évaluation, nous avons retenu 4 niveaux de cotation sur les 6 proposés pour cet item:

| Provenance | Cotation 1 | Cotation 2 | Cotation 3 | Cotation 4 | Cotation 5 | Cotation 6 |
|-------------------------------|------------|------------|----------------|------------|------------------|------------|
| « Comment mesurer... » | Jamais | Un peu | Habituellement | Souvent | Presque toujours | Toujours |
| Personnalisé | Jamais | Un peu | Souvent | Toujours | X | X |

En effet, dans de nombreuses grilles d'évaluation, il y a beaucoup de cotations et la distance entre chacune d'elles reste faible. Entre «habituellement», «souvent» et «presque toujours», la différence est infime. Nous avons donc préféré rester à une cotation sur 4 items, en gardant les cotations qui pourraient rendre l'évaluation la plus claire possible.

- Enfin, nous avons utilisé deux items de l'**Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété** comme des items quantitatifs, c'est-à-dire en cotant le nombre de fois où l'enfant montre un certain comportement. Dans l'échelle d'évaluation de base, ces items sont des items de fréquence (pas du tout, un peu, modérément, beaucoup, énormément.) Dans un souci de clarté nous avons préféré coter quantitativement ces items: «Anxiété - Nombre de fois où il parle d'emmener son dessin» et «Impatience - Nombre de fois où il se lève.»

- ➔ Se référer à des grilles scientifiques validées est indispensable pour la reconnaissance de la légitimité de l'art-thérapie en tant que discipline paramédicale. Cependant, force est de constater que ces échelles scientifiques, leurs items et leur cotation ne peuvent répondre totalement à la spécificité de l'évaluation en art-thérapie, qui doit être personnalisée pour chaque patient. Nous devons adapter, personnaliser ces items scientifiques pour pouvoir observer au mieux l'évolution du patient en tenant compte de son unicité.

4.2.4 Auto-évaluation

- **Matériel**

Les enfants que nous avons pris en soin peuvent connaître des difficultés à mettre en mots leurs idées et ressentis, aussi avons nous décidé d'utiliser un outil visuel présentant différentes émotions pour qu'ils puissent faire leur propre auto-évaluation. Des outils sont utilisés dans les groupes pédagogiques de l'I.M.P pour apprendre à différencier et à comprendre les émotions; ce sont souvent des tableaux présentant plusieurs visages avec des expressions différentes, ainsi qu'un code couleur. Dans l'optique d'intégrer la prise en soin en art-thérapie à l'accompagnement global proposé par l'établissement, il nous a semblé cohérent d'utiliser un système de pictogrammes représentant les émotions pour aider les enfants pris en soin à auto-évaluer leur séance.

De plus, les échelles de pictogrammes sont souvent utilisées avec les enfants déficients intellectuels, car elles sont visuelles et les encouragent à s'exprimer. Par exemple la **Faces Pain Scale (FPSR)**⁵⁶, utilisée pour évaluer la douleur, présente six visages différents - chacun correspondant à un niveau de douleur, du visage souriant au visage très grimaçant - et peut être utilisée par les personnes ayant des difficultés d'expression et de communication. Un système d'auto-évaluation visuel pour les séances d'art-thérapie nous a donc semblé cohérent.

Nous avons fabriqué quatre grands visages représentant quatre émotions:

- 1- **en colère**: sourcils froncés, bouche ouverte vers le bas
- 2- **triste**: bouche vers le bas, larme
- 3- **content**: bouche vers le haut
- 4- **très heureux**: sourcils vers le haut, bouche ouverte

Nous avons présenté cet outil aux enfants comme «l'humeur du moment»: l'enfant choisit un visage en début de séance, correspondant à son état d'esprit en entrant dans l'atelier. Il peut choisir de verbaliser son choix ou non. En fin de séance, l'enfant est de nouveau invité à choisir un visage, correspondant à son humeur après l'activité.

- **Limites**

Nous pouvons nous demander si ce système d'auto-évaluation par les émotions est vraiment pertinent. En effet, nous avons vu que les enfants vivant avec une déficience intellectuelle ont tendance à s'évaluer de façon peu réaliste - ne pourrait-il pas en être de même pour une auto-évaluation basée sur l'humeur? Les enfants pourraient avoir tendance à choisir un smiley heureux pour faire plaisir à l'adulte, ou à choisir en fin de séance, la même humeur qu'à son

⁵⁶ Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised : Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001 ; 93 : 173-83. Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children : Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain 1990 ; 41 : 139-50

arrivée dans l'atelier. En effet, nous avons pour première idée de réaliser un tableau à accrocher près de la porte, où l'enfant pourrait mettre son humeur de début et son humeur de fin. Les éducatrices nous ont déconseillé cette méthode: revoir l'humeur choisie en arrivant pourrait influencer les enfants dans leur choix de l'humeur de fin de séance. Les enfants pourraient également avoir des difficultés à différencier certaines humeurs, comme le personnage content du personnage très heureux.

Nous observons que pendant presque la totalité des séances, chaque enfant choisit toujours le même visage en début et en fin de séance: le visage content. Seulement trois séances dénotent: en séance 4, Caroline choisit le visage triste en début de séance pour nous dire qu'elle s'est disputée avec sa maman. En séance 6, Vincent montre le visage triste pour nous dire qu'il s'est blessé à la récréation; en séance 7, il choisit le pictogramme très heureux en fin de séance. Les enfants ont donc eu la capacité à choisir un visage correspondant à leur ressenti, mais globalement, ils ont toujours choisi le même visage.

Egalement, nous avons admis que l'humeur choisie par l'enfant donne son appréciation de l'activité qui vient de se dérouler. Or il pourrait très bien penser à autre chose, comme le temps de récréation après la séance, ou à quelque chose qui s'est produit plus tôt dans la journée...

- ➔ L'auto-évaluation par les pictogrammes représentant des humeurs a permis de faire le lien entre la séance d'art-thérapie et le travail sur les émotions des ateliers pédagogiques de l'I.M.P. Ils ont été un support pour faciliter l'expression; cependant, nous pouvons douter de la rigurosité de cette méthode.

4.3 Discussion du cadre conceptuel de l'art-thérapie

4.3.1 Cadre thérapeutique

Selon Silke Shauder, professeure de Psychologie Clinique et Psychopathologie à l'Université de Picardie Jules Verne, *«le cadre sécurisant de l'atelier, l'attitude bienveillante et l'acceptation inconditionnelle du thérapeute offrent au sujet la possibilité d'exprimer de manière recevable, puisque relayé par le média, son expérience subjective.»*⁵⁷

- **Un environnement sécurisant et «facilitant»**

En effet, le cadre art-thérapeutique est garant du soin: il doit être sécurisant pour permettre à la personne accompagnée en art-thérapie de s'investir en toute confiance et de se sentir libre de s'exprimer. Coralie Sarrazin, Psychologue spécialisée dans l'accompagnement à l'autodétermination, nous rappelle que comme la «mère suffisamment bonne» de Winnicott⁵⁸, l'environnement doit être «suffisamment facilitant» pour permettre à l'enfant de se développer dans les meilleurs conditions. Pour elle, *«un environnement trop contraignant provoque un sentiment d'insécurité et d'impuissance, et ne permet pas à l'apprenant de développer ses*

57 SCHAUDER, Silke. *Quelles indications, quelles perspectives pour l'art-thérapie auprès des personnes en situation de handicap?* Actes du XIIe congrès, AIRHM Québec, 2012. p.168.

58 Donald Woods Winnicott (1896-1971) est un pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique.

*capacités d'autodétermination.»*⁵⁹ Aussi l'environnement déterminé par le cadre art-thérapeutique, pour permettre à l'enfant d'évoluer en confiance et de façon autonome, ne doit-il être ni trop contraignant, ni trop facilitant. Pour que les enfants accompagnés puissent se sentir rassurés et évoluer de façon autonome dans l'atelier, nous avons mis en place un tableau de pictogrammes montrant le déroulement chronologique de la séance, auquel ils ont été libres de se référer autant de fois qu'ils le souhaitaient.

Pour développer l'autodétermination et la confiance en soi de chaque enfant, nous avons choisi de favoriser la dynamique du choix, en ne donnant pas de consignes strictes ou «fermées», c'est-à-dire des consignes à suivre à la lettre pour atteindre un certain résultat. En début de prise en soin, nous avons donné des consignes simples, concernant surtout le matériel: choisir trois couleurs de peinture, utiliser un pinceau et un couteau à peinture, remplir trois feuilles de format A5... Ces consignes ont permis aux enfants à la fois de se sentir rassurés face à la nouvelle activité, et à la fois de garder une liberté en pouvant créer selon leurs envies. Nous avons également mis le matériel à disposition de l'enfant, celui-ci étant libre d'évoluer dans l'espace de l'atelier.

Mais pour qu'il puisse contribuer à la création d'un espace sécurisant, le cadre art-thérapeutique est également fait de contraintes, de certaines règles à respecter: l'écoute, la bienveillance et le bon comportement, l'assiduité aux séances... Tout autant de données permettant à l'enfant de se responsabiliser.

- **Un environnement qui se distingue**

Comme le rappellent Anne-Marie Dubois et Corinne Montchanin dans Art-thérapie et enfance, «*le cadre de l'atelier, ses règles et son déroulement (...) se distinguent de ce que l'enfant cotoie à l'école, chez lui ou dans d'éventuels ateliers éducatifs.*»⁶⁰

En effet, le cadre art-thérapeutique n'existe qu'au sein de l'atelier d'art-thérapie, pendant la séance d'art-thérapie, et doit marquer une «rupture» avec les activités pédagogiques et éducatives menés par les éducatrices.

| Séance d'art-thérapie | Activité pédagogique de l'I.M.P |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| individuelle | en groupe |
| salle spécifique | salle de tous les jours |
| matériel à disposition | matériel imposé |
| pas de consigne fermée | consigne fermée, but à atteindre |
| aucun résultat esthétique demandé | résultat esthétique attendu |

59 SARRAZIN, Coralie. *A propos de l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle*. In site du RIPPH. [en ligne] <<http://ripph.qc.ca/fr/revue/journal-20-03-2012-07>>, consulté le 21 Août 2017.

60 DUBOIS, Anne-Marie et MONTCHANIN, Corinne. *Art-thérapie et enfance: contextes, principes et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015. p.46..

- ➔ Pour entrer dans le soin, il est donc important que les enfants accompagnés en art-thérapie puissent comprendre la différence entre les activités pédagogiques tenues par les éducatrices, et les ateliers d'art-thérapie, tenus par l'art-thérapeute, et ceci grâce aux différentes données posées par le cadre art-thérapeutique.

4.3.2 Relation et alliance thérapeutiques

La relation thérapeutique se définit comme une relation de soin, ici la relation entre le patient et l'art-thérapeute. Elle est déterminée par l'ensemble des échanges entre ces deux protagonistes et est bâtie sur des notions de confiance, de respect et de confidentialité.

- **La distance patient-soignant**

L'art-thérapeute doit respecter une certaine distance avec les patients qu'il accompagne: sa neutralité est garante de l'efficacité du soin qu'il propose. L'art-thérapeute doit exclure tout enjeu personnel et ne pas s'engager émotionnellement dans l'accompagnement du patient.

Les enfants que nous avons rencontrés durant notre recherche sont très en demande d'attention et d'affection, de reconnaissance. Certains enfants accueillis à l'I.M.P, comme Vincent que nous avons pris en soin, peuvent montrer des comportements d'affection dits «inadaptés» envers les adultes qu'ils rencontrent et notamment les professionnels de l'I.M.P: ils prennent dans les bras, embrassent, veulent donner la main...

Garder une certaine distance physique et affective avec l'enfant permet à celui-ci de comprendre qu'il entre dans un espace particulier de soin, différencié des autres temps de sa semaine qu'il passe avec les éducatrices. Mais pour certains enfants, refuser ces signes d'affection peut signifier un rejet: la relation thérapeutique peut donc en pâtir des deux côtés. Pendant notre stage à l'I.M.P, nous avons essayé de trouver un entre-deux, une «suffisamment bonne» distance pour accueillir l'enfant avec bienveillance sans tomber dans l'affectif. Avec Vincent, qui a très souvent eu besoin d'un contact en début et en fin de séance, nous avons convenu d'un commun accord que nous nous serions la main en guise de bonjour et d'au-revoir.

Nous nous sommes également demandé si l'art-thérapeute doit, ou peut être présent dans l'établissement à d'autres moments que pendant les séances d'art-thérapie. Lors de notre recherche, nous prenions les repas dans le réfectoire de l'I.M.P, avec les enfants. Nous étions également présente pendant certains temps de récréation. Le fait que nous parlions avec les éducatrices ou la psychologue pendant ces temps informels aurait pu avoir un impact négatif sur l'alliance thérapeutique, et la confiance que les enfants que nous avons pris en soin nous ont accordée: ils auraient pu penser que nous parlions de ce qu'il se passait en séance. Si la personne prise en soin en art-thérapie ne se sent pas totalement en confiance, et pense que ce qu'il se passe pendant les séances sera divulgué, que la confidentialité n'est pas respectée, l'alliance thérapeutique ne pourra se faire. Egalement, notre présence dans l'établissement en dehors de l'atelier d'art-thérapie a pu confuser certains enfants. Plusieurs nous demandaient régulièrement de venir en séance d'art-thérapie et étant donné le peu de temps que nous passions à l'I.M.P, nous ne pouvions accepter.

Nous pensons néanmoins que dans le cadre de notre recherche, qui s'est déroulée sur un temps relativement court, notre présence dans l'établissement en dehors des séances d'art-thérapie a «légitimé» notre place au sein de l'équipe. Nous avons pu rencontrer tous les enfants de l'I.M.P; ils nous reconnaissaient et nous discussions ensemble. Cela nous a également permis de mieux connaître la déficience intellectuelle et les différents troubles associés.

- **Alliance thérapeutique**

«Il est nécessaire d'établir et de maintenir avec le patient une alliance thérapeutique saine et suffisamment solide. Cette alliance sera ainsi souvent une condition indispensable à la bonne conduite de quantité d'interventions (...) ou à la consolidation de leurs effets»⁶¹. Cette alliance se nourrit de la relation thérapeutique et va permettre au patient d'accepter de changer de cadre de référence en entrant en séance, en adhérant ainsi au cadre art-thérapeutique.

L'enfant accueilli en séance d'art-thérapie accepte alors d'entrer dans un nouvel espace de soin et d'en respecter les règles: assiduité aux séances, comportement, matériel, engagement dans l'activité... Les enfants déficients intellectuels ayant souvent un grand besoin d'être rassurés, l'alliance thérapeutique est d'autant plus importante pour qu'ils puissent se sentir en sécurité au sein de l'atelier. Pendant notre recherche, nous avons observé que cette alliance se forme au fil des séances, et que les enfants pris en soin ont observé un temps d'adaptation avant de pouvoir se sentir totalement en confiance, réaction légitime: arriver dans une activité nouvelle perturbe les habitudes; être seul avec une adulte quasi-inconnue est intimidant.

Après plusieurs séances, les enfants ont réussi à entrer dans une vraie relation avec nous, comprenant de nombreux échanges. Caroline nous fait part de ses ressentis sur ce qu'il se passe chez elle, joue avec nous, fait des «blagues»... Vincent, lui, est plus serein et se sent en confiance: il accepte d'être dans le présent, de profiter de l'instant et de l'activité pour lui. Il nous fait confiance et a compris que ses créations sont rangées dans sa pochette: personnes ne peut les voir à part lui et nous, et il les emportera bien chez lui à la fin de la prise en soin. L'alliance thérapeutique permet ici à l'enfant de «lâcher-prise»: il se sent en confiance et soutenu, n'a pas à avoir peur de l'échec. Il est libre de s'exprimer par le médium artistique qu'il choisit et peut ainsi entrer dans un réel processus de création.

Pour un des jeunes que nous avons accompagné en art-thérapie, l'alliance thérapeutique ne s'est pas faite; nous n'avons pas réussi à communiquer avec lui, et il n'a pas réussi à s'investir dans l'activité.

4.3.3 Besoins des patients

L'accompagnement en art-thérapie doit répondre aux besoins de chaque enfant pris en soin. Comme nous l'avons déjà évoqué, cet accompagnement doit se faire en accord avec le Projet Individualisé d'Accompagnement élaboré pour chaque enfant par l'institution. S'appuyer sur ce document et travailler de concert avec l'équipe pluridisciplinaire est indispensable pour

61 NASIELSKI, Salomon. *Gestion de la relation thérapeutique: entre alliance et distance*. Actualités en analyse transactionnelle. 2012/4 (N° 144), p. 12-40. p.15.

proposer un accompagnement cohérent et efficace à chaque enfant.

- **Une prise en soin régulière**

Pour Denis Vaginay, *«le fonctionnement général d'une personne présentant un retard mental s'améliore généralement si elle reçoit un soutien adéquat et prolongé.»*⁶² Les institutions médico-sociales comme les I.M.E* les I.M.P* offrent aux enfants déficients intellectuels cet accompagnement prolongé sur plusieurs années jusqu'à leur majorité, et parfois même après, en les accueillant en E.S.A.T.*

Au sein de l'I.M.P* de Pracomtal, plusieurs prises en soins thérapeutiques sont prévues pour les enfants en suivant leur P.I.A*: suivi psychologique, orthophonie, psychomotricité, snoezelen. Ces séances sont fixées de façon hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, leur évolution est consignée dans le P.I.A* de l'enfant afin de réajuster les objectifs en temps voulu. Ces suivis se font sur le long terme, et la fréquence des séances ne diminue que lorsque les difficultés repérées chez l'enfant ne sont plus visibles au quotidien.

Comme toute autre prise en soin thérapeutique, l'accompagnement en art-thérapie doit être régulier et se faire dans la durée. En effet, *«un atelier d'art-thérapie se révèle cohérent s'il est inscrit dans la durée, à jour et heure fixe».*⁶³ Les enfants déficients intellectuels devraient donc pouvoir bénéficier de séances d'art-thérapie en complément d'autres thérapeutiques et sur une longue durée.

- **Prises en soin individuelles et groupales**

Les enfants déficients intellectuels ayant besoin de présence, de reconnaissance et d'attention, la prise en soin individuelle s'est présentée comme l'approche la plus intéressante pour mener notre recherche. L'accompagnement individuel permet de valoriser l'enfant en lui offrant une activité unique à laquelle il est le seul à participer, et où l'art-thérapeute peut lui porter toute son attention. En effet, nous observons que les enfants accompagnés individuellement ont fait des progrès au niveau de l'expression et de la distance à l'adulte. Grâce à la création artistique et au cadre thérapeutique posé, une relation privilégiée est apparue entre l'enfant pris en soin et l'art-thérapeute stagiaire. Cette relation a permis à l'enfant d'être en confiance et de pouvoir investir pleinement l'espace et les possibilités de l'atelier.

Les enfants déficients intellectuels pouvant souffrir de difficultés relationnelles, une prise en soin groupale en art-thérapie pourrait également leur être bénéfique. Le groupe permet à la fois de fédérer: respecter les autres, apprendre à partager et à oeuvrer ensemble, développer un sentiment d'appartenance par le biais de l'activité partagée... et à la fois de développer son autonomie et son individualisation en étant capable d'évoluer seul parmi les autres. Le groupe faciliterait la socialisation et pourrait être proposée aux enfants *«dont la maturité sociale est*

62 VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse: Erès, 2005. Chap.2, Définir le handicap, décrire ou condamner?

63 Film "L'art-thérapie, Du visible à l'intime", produit par l'Association MONSIEUR VINCENT -- Juillet 2013
Réalisé par Hélène Béreaud-Gonzales et Philippe Gradelet

en formation.»⁶⁴ Tous les enfants présentant une déficience intellectuelle ne pourraient donc pas participer à des séances d'art-thérapie de groupe.

4.4 Discussion de la posture soignante en tant que future art-thérapeute

4.4.1 L'approche humaniste

L'approche humaniste est un courant de la psychologie fondé sur une vision positive de l'être humain et introduite dans les années 40 aux Etats-Unis. L'idée centrale de cette approche est qu'il existe en chaque personne un potentiel lui permettant d'accéder à ses propres besoins et à ses aspirations essentielles. L'approche humaniste se distingue des autres méthodes thérapeutiques en mettant l'accent sur l'expérience subjective de la personne accompagnée, ainsi que sur son évolution plutôt que sur sa pathologie. Pour le thérapeute humaniste, *«il s'agit donc de se concentrer sur la personne existante, mettre l'accent sur l'être humain dans son apparition et son devenir»* (Allport, Feifel, Maslow, May, Rogers, p 14, 1976).

Les humanistes introduisent la notion «d'autodétermination», qui donne la possibilité à chaque personne de pouvoir faire des choix en lien à ses cadres et contextes environnementaux. Autre postulat humaniste, «l'évolution personnelle» *«vise la reconnaissance que chaque personne a la possibilité de grandir à son rythme et en fonction de l'accompagnement vécu afin de s'accomplir dans sa vie, fusse t- elle bordée d'épreuves et circonscrite d'un handicap»*⁶⁵.

- **L'apport de Carl Rogers**

Carl Rogers (1902-1987), psychologue humaniste américain, s'intéresse à ce qui peut favoriser le développement positif d'une personne et crée l'Approche Centrée sur la Personne. Rogers est persuadé que chaque personne est unique et possède des compétences. Pour lui, chacun est capable de décider de son propre cheminement et est capable d'évoluer, le thérapeute étant là pour le guider et l'aider à développer ses compétences. Il parle «d'actualisation», qui signifie que chaque être humain a la faculté de savoir ce qui est bon pour lui. Son approche est profondément positive et bienveillante.

Le travail de Rogers met également l'accent sur la relation thérapeutique, considérée comme un élément primordial dans l'évolution de la personne. Pour lui, si le thérapeute sait être authentique et sait instaurer un climat de confiance, alors la séance est forcément thérapeutique. Trois concepts majeurs énoncent les qualités du thérapeute essentielles pour que le patient puisse se sentir en confiance et évoluer: être «authentique» dans les relations interpersonnelles, c'est la congruence; respecter la personnalité des autres, c'est le regard positif **inconditionnel**; et porter un véritable intérêt à l'autre personne, c'est **l'empathie**.

64 DUBOIS, Anne-Marie et MONTCHANIN, Corinne. *Art-thérapie et enfance: contextes, principes et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015. p.76.

65 CRASNIER, Françoise. *L'Approche Centrée sur la Personne en situation de handicap mental*. Psychologie, Thèse de doctorat. Université d'Angers, 2012. p.24.

- **Art-thérapie et humanisme**

Nous retrouvons dans les idées humanistes et la conception de la relation patient/thérapeute de Rogers, des points communs avec la prise en soin en art-thérapie. En effet, l'art-thérapeute accueille chaque patient tel qu'il est, avec une neutralité bienveillante et sans jugement. Aussi, il n'émet pas de jugement de valeur ni d'interprétation sur la création du patient.

L'art-thérapeute valorise la personne qu'il accompagne en mettant en avant ses capacités et ses potentialités, plutôt que ses difficultés. Il reconnaît chaque personne dans son humanité: son regard se situe «*du côté de la relation à la personne et non d'une relation à son handicap*» (Hirsch, p 35, 2011). Il propose une pratique artistique qui respecte les goûts et les envies du patient; ainsi que des sujets et outils adaptés pour ne pas le mettre en échec et l'aider à développer de nouvelles compétences.

L'art-thérapeute porte un regard positif sur le patient: celui-ci est capable d'évoluer et d'être acteur de son soin. Il n'intervient donc pas sur les productions du patient, ces créations étant les témoins de son évolution et lui appartenant totalement.

Tout comme l'approche humaniste, nous pensons que l'art-thérapie met en avant la sensorialité, l'expérience subjective du patient dans l'instant. Ce qui compte est de «faire», l'expression de soi, les émotions ressenties pendant la séance ainsi que le développement, le progrès, l'utilisation de son potentiel dans le présent. Nous nous intéressons au présent plutôt qu'au passé; aussi pouvons-nous soulever la question de l'utilité de lire le dossier de la personne prise en soin. Pour certains art-thérapeutes, lire le dossier du patient est indispensable; pour d'autres, cela n'est pas nécessaire pour éviter de se focaliser sur la pathologie ou de tirer des conclusions inadéquates avant même d'avoir rencontré la personne.

L'approche humaniste et l'art-thérapie s'opposent donc tous deux à un système de contrôle et de surveillance. Toutes ces notions permettent la création d'un cadre sécurisant et bienveillant essentiel pour que le patient se sente en confiance, qu'il puisse s'impliquer dans la création, qu'il puisse «lâcher-prise» et par ce biais, accéder au soin. Nous pensons que l'art-thérapie doit se nourrir de ces concepts humanistes.

4.4.2 Besoins des patients

- **L'atelier d'art-thérapie, un espace adapté**

Le terme «déficient» définit une personne qui «*présente une insuffisance dans le développement physique ou intellectuel.*»⁶⁶ Cette «insuffisance» implique donc l'existence d'une norme, selon laquelle certaines personnes seraient «suffisamment» développés, tandis que d'autres non. De cette déficience résulte une incapacité, c'est-à-dire une diminution des capacités à effectuer une tâche habituelle, ou à se comporter d'une façon attendue dans une situation donnée.

Selon Coralie Sarrazin, le handicap «*naît de la rencontre d'une personne, avec ses déficiences*

66 LAROUSSE EDITIONS. *Définitions : Déficient - Dictionnaire de Français Larousse*. In site de Larousse [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/déficient_déficiente/22671>, consulté le 28 août 2017.

*et ses incapacités, et d'un environnement qui peut être plus ou moins handicapant. Ainsi, deux personnes présentant un niveau de déficience (...) pourront se trouver ou non en situation de handicap en fonction de l'environnement dans lequel elles évoluent.»*⁶⁷ L'environnement joue donc un rôle essentiel dans la notion de handicap, celui-ci étant directement lié à la situation dans laquelle la personne qui en est atteinte se trouve. Pour Denis Vaginay, «*le handicap de situation peut donc se réduire si l'environnement s'adapte*»⁶⁸. Si l'environnement s'adapte aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle, celles-ci pourront évoluer plus librement: ils se retrouveront dans une situation où ils sont capables de faire, et non face à des échecs répétés.

Par exemple, dans les ateliers éducatifs de l'Institut Médico-Educatif de Pracomtal tenus par les éducatrices, les pictogrammes sont utilisés quotidiennement dans les groupes de référence pour imaginer l'emploi du temps journalier des enfants. Ces emplois du temps personnalisés illustrent chronologiquement les prises en charges individuelles (grâce à une photographie de l'intervenant), les ateliers, l'heure du repas et du départ, etc. Cela permet aux enfants d'être plus autonomes; l'environnement s'est adapté pour qu'ils puissent se repérer plus facilement dans leur journée.

Les séances d'art-thérapie doivent donc se dérouler dans un environnement adapté et sécurisant. Lors de nos séances, nous avons choisi une salle neutre sans décoration pouvant entraver la concentration des enfants, et nous avons disposé le matériel à portée des enfants. Nous avons affiché le tableau chronologique de pictogrammes de la séance à l'entrée de l'atelier. L'espace doit être facilitant pour que chaque enfant accompagné puisse tendre vers plus d'autonomie et ne se retrouve pas en situation d'échec.

- **Une activité émancipatrice**

Selon le degré de déficience qu'elle présente, la personne déficiente intellectuelle a besoin d'être accompagnée tout au long de sa vie: en I.M.E, E.S.A.T, foyer de vie... De par ses déficiences, son manque d'autonomie ou ses difficultés à communiquer, et cet accompagnement total, cette personne peut être infantilisée: elle ne serait pas capable de s'occuper d'elle, d'accéder aux apprentissages scolaires, ni de travailler... Pour Coralie Sarrazin, ces personnes sont «*trop souvent présumées incapable(s)*» Elles ont alors besoin de prendre conscience de leurs capacités et de savoir que malgré la déficience, elles sont des personnes uniques, qu'elles ont le droit de s'affirmer et d'être actrices de leur vie.

En ce sens, l'art-thérapeute accueille la personne en prenant en compte ses déficiences, mais aussi et surtout ses compétences et ses potentialités, afin de lui proposer une activité adaptée. Cette activité lui permettra de lui faire prendre conscience de ses capacités et de pouvoir les développer. Au travers des séances, la personne accompagnée pourra voir naître un sentiment de compétence qui lui fera prendre conscience qu'elle est capable, et qui nourrira son estime de soi.

67 SARRAZIN, Coralie. *A propos de l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle*. In site du RIPPH. [en ligne] <<http://ripph.qc.ca/fr/revue/journal-20-03-2012-07>>, consulté le 21 Août 2017.

68 VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse: Erès, 2005. Chap.4, Intégration et prise en charge.

L'auto-détermination est «la capacité d'une personne à faire des choix pour elle-même et par elle-même, indépendamment de toute contrainte extérieure (...) comme prendre des décisions, résoudre des problèmes, se fixer des buts à atteindre, s'évaluer, anticiper, avoir confiance en soi et se connaître.»⁶⁹ Nous pensons qu'un accompagnement régulier en art-thérapie peut participer à l'acquisition de l'auto-détermination chez la personne déficiente intellectuelle. En invitant à faire des choix et à affirmer ses goûts, à s'engager dans un projet, l'art-thérapie propose à la personne d'être actrice de son soin au sein de l'atelier; ce qui peut participer à la rendre actrice de son quotidien.

Pour Simone Korff-Sausse, l'art-thérapie peut «offrir à la personne en situation de handicap une expérience humanisante de par son inscription culturelle et sa communicabilité, de lui proposer des éléments pour une construction et une différenciation identitaires et enfin, d'aider à l'élaboration d'une singularité non stigmatisante.»⁷⁰ La prise en soin en art-thérapie peut donc aider la personne déficiente intellectuelle à prendre conscience de ses envies, de ses points forts, de son unicité; à s'émanciper de sa seule condition de personne déficiente.

4.4.3 Travail en collaboration avec les autres personnels

- **Echanges et participation aux réunions**

L'accompagnement en art-thérapie doit s'intégrer au projet d'établissement global et être cohérente avec les autres prises en soin thérapeutiques. Pour ce faire, la communication et le travail en collaboration avec les différents acteurs du soin présents dans l'établissement est indispensable.

Nous pensons qu'il est essentiel de partager les connaissances sur: la pathologie, le fonctionnement de l'établissement; les informations sur: le comportement des enfants pris en soin en art-thérapie; ainsi que les outils utilisés dans l'institution comme les pictogrammes. Lors de notre recherche, ces échanges se sont faits en grande partie avec les éducatrices, qui accompagnent les enfants au quotidien et qui les connaissent donc très bien. Par leur biais, nous avons aussi pu communiquer avec les parents. Beaucoup d'enfants arrivent et partent de l'I.M.P en «taxi», aussi nous n'avons pu rencontrer qu'une famille. Nous avons alors écrit aux parents dans les cahiers des enfants pris en soin avec l'accord des éducatrices.

Durant notre stage, nous avons assisté à plusieurs réunions pédagogiques pendant lesquelles l'équipe fait le point sur les événements importants, les différentes activités, les sorties... Notre présence lors de ces réunions nous a permis de nous familiariser avec le fonctionnement de l'I.M.P. Dès notre arrivée dans l'établissement, nous avons également participé à une réunion de «synthèse», celle de Caroline. Les réunions de synthèse ont pour but d'observer l'évolution de l'enfant quant aux objectifs fixés par son P.I.A*. Cette réunion a été très instructive: elle a mis en lumière les difficultés de Caroline au quotidien et a révélé des indications potentielles en art-thérapie.

En fin de stage, nous avons fait un bilan oral de chacune des prises en soin en art-thérapie

69 SARRAZIN, Coralie. *A propos de l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle*. In site du RIPPH. [en ligne] <<http://ripph.qc.ca/fr/revue/journal-20-03-2012-07>>, consulté le 21 Août 2017.

70 KORFF-SAUSSE, Simone. *Art et handicap: enjeux cliniques*. Toulouse: Erès, 2013. p.188-189.

pendant la réunion pédagogique. Nous pensons donc que la participation aux réunions pédagogiques et aux réunions de synthèse des enfants accompagnés en art-thérapie est essentielle pour échanger les informations et les idées avec les autres professionnels.

Un exemple de travail en collaboration avec une éducatrice: pour Caroline, nous avons mis en place le «carnet des émotions», un carnet à dessin qu'elle est libre d'utiliser au quotidien pour exprimer une émotion vive, au lieu de se défouler sur les autres enfants. Nous en avons discuté avec son éducatrice référente, qui a trouvé cette idée utile et adaptée; avec Caroline, elles ont toutes les deux décidé de garder ce carnet dans la classe pour que Caroline puisse l'utiliser quand elle en a besoin durant la journée. L'éducatrice m'a ensuite fait des retours sur l'utilisation du carnet par Caroline.

Communiquer avec l'équipe est également nécessaire pour mieux faire connaître l'art-thérapie aux professionnels du secteur médico-social.

- **La méconnaissance de l'art-thérapie dans les institutions**

Nous avons effectivement constaté que nombre d'établissements relevant du secteur médico-social ne connaissaient pas l'art-thérapie, ou méconnaissaient les spécificités de cette prise en soin. Lors de notre recherche de stage, nous avons contacté plusieurs établissements accueillant des enfants: M.E.C.S*, I.T.E.P*, C.M.P.P*, etc. De tous ces établissements contactés, aucun ne proposait déjà d'art-thérapie aux enfants accueillis, et peu connaissaient vraiment cette discipline. Une certaine méfiance a pu se faire sentir auprès de certaines structures, qui voyaient trop de contraintes à mettre en place des ateliers d'art-thérapie: pas de professionnel référent (art-thérapeute) dans l'établissement, prises en soin individuelles, chamboulement des emplois du temps, mise à disposition d'une salle...

Au sein de l'Institut Médico-Pédagogique de Pracomtal, il n'y a pas d'art-thérapeute en fonction et nous avons été la première art-thérapeute stagiaire. Habituellement, les stagiaires accueillies sont des éducatrices. A notre arrivée, l'équipe a été très enthousiaste, plusieurs professionnels avaient déjà entendu parler d'art-thérapie et la majorité a vu notre arrivée comme une expérience positive. Nous avons présenté l'art-thérapie au chef de service, qui ne connaissait pas les spécificités de la prise en soin: il pensait que l'art-thérapie était plutôt un atelier d'animation collectif que nous allions animer avec une éducatrice.

Cette première expérience en art-thérapie à l'I.M.P a donc été enrichissante pour nous mais aussi pour l'établissement. Nous avons pu présenter l'art-thérapie à l'équipe pluridisciplinaire, et celle-ci a pu observer les effets bénéfiques de la prise en soin au travers de nos bilans de fin de prise en soin. Nos bilans écrits ajoutés aux dossiers des enfants participent également à laisser une trace de la prise en soin en art-thérapie.

Lors de notre recherche de stage, nous avons également contacté des associations relevant du secteur social. Celles-ci semblent être plus enclines à accueillir des art-thérapeutes: l'association Entraid'Sida Limousin ainsi que la Croix Rouge étaient intéressées pour nous accueillir en stage. Le manque d'études scientifiques sur l'art-thérapie, et donc la non-reconnaissance de cette discipline par le milieu médical rendraient peut-être méfiants de nombreux établissements spécialisés à faire appel à des art-thérapeutes.

CINQUIÈME PARTIE

CONCLUSION

Cette recherche avait pour but de montrer que l'accompagnement en art-thérapie par les arts-plastiques peut jouer un rôle dans la revalorisation des enfants déficients intellectuels.

En effet, les enfants vivant avec une déficience intellectuelle peuvent se heurter à de nombreuses difficultés au quotidien: communiquer et s'exprimer, entretenir des relations adaptées, autonomie, apprentissages, motricité... autant de difficultés qui peuvent entraver le développement de l'estime de soi.

Nous avons mis en place un accompagnement en art-thérapie par les arts-plastiques au sein d'un Institut Médico-Pédagogique, auprès de quatre enfants atteints d'une déficience intellectuelle moyenne, et ceci sur une période de trois mois. Le but était d'offrir à chaque enfant la possibilité de s'exprimer et de reprendre confiance en soi, au travers d'une pratique artistique adaptée à ses capacités et à ses envies: peinture, modelage ou encore collage.

Au travers de deux études de cas, nous avons pu observer que l'art-thérapie, grâce à un cadre thérapeutique bienveillant et en proposant des activités valorisantes, montre des effets bénéfiques sur les enfants vivant avec une déficience intellectuelle. La prise en soin de Caroline a montré une évolution de ses capacités relationnelles et expressives, ainsi qu'une plus grande confiance en soi. Dans le cas de Vincent, les séances d'art-thérapie lui ont apporté un apaisement et lui ont permis d'améliorer ses capacités de concentration et d'autonomie.

Cette étude comporte néanmoins des limites, comme le faible nombre de séances et d'enfants pris en soin, mais également les techniques d'évaluation: les grilles scientifiques validées ne semblent pas convenir entièrement à la spécificité de l'évaluation en art-thérapie, et l'adaptation des items semble indispensable pour obtenir une évaluation personnalisée à chaque prise en soin.

L'art-thérapie est une discipline paramédicale à part entière qui peut et doit s'intégrer au projet thérapeutique global des établissements médico-sociaux accueillant des enfants déficients intellectuels. Pour qu'il soit cohérent et que l'enfant puisse en ressentir les effets bénéfiques au quotidien, l'accompagnement en art-thérapie doit se faire dans la durée, être en accord avec son Projet Individualisé d'Accompagnement, et venir en complément d'autres suivis thérapeutiques tels que le suivi psychologique ou encore la psychomotricité.

Nous restons convaincus que l'accompagnement en art-thérapie, mené dans une approche humaniste, peut accompagner l'enfant sur le chemin de l'autonomie et de la confiance en soi, et ainsi lui donner des clés pour qu'il puisse, plus tard, devenir un adulte acteur de ses choix et de sa vie.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE, Christophe. *Imparfais, libres et heureux: pratiques de l'estime de soi*. Paris : Odile Jacob, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2005.
- BEIGER, François. *Eduquer avec les animaux*. Paris: Dunod, 2014.
- CARRE, Philippe. *Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ?* Savoirs Hors série, no. 5.
- COHEN, David et MARCELLI, Daniel. *Enfance et psychopathologie, 9^e édition*. Masson, 2012.
- CRASNIER, Françoise. *L'Approche Centrée sur la Personne en situation de handicap mental*. Psychologie, Thèse de doctorat. Université d'Angers, 2012.
- DALLA PIAZZA, Serge et DAN, Bernard. *Handicaps et déficiences de l'enfant*. De Boeck, 2001.
- DEGIORGIO, C. et al., *Comprendre les fonctions exécutives*. Centre de réadaptation Fonctionnelle Neurologique. Bruxelles : Hôpital Erasme - U.L.B.
- DERGUY, Cyrielle. *Les déficiences mentales: évaluation et prise en charge*. Institut de Formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Charles Perrens, 2011.
- DUBOIS, Anne-Marie et MONTCHANIN, Corinne. *Art-thérapie et enfance: contextes, principes et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- DUCLOS, Germain. *Estime de soi un passeport pour la vie (L')*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2010.
- EVERS, Angela. *Le grand livre de l'art-thérapie*. Paris : Eyrolles, 2015.
- FORESTIER, Richard et ARON, Emile. *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 6^{ème} édition, FAVRE, 2009.
- FORESTIER, Richard. *Petit dictionnaire raisonné de l'art en médecine*. Afratapem, 2015.
- GORI, Roland. *Les tendances antisociales de notre civilisation*. Toulouse: Erès, 2014.
- GAUDREAU, Orietta et CLOUTIER Chantale. *Aventure dans mon univers: estime et affirmation de soi chez les 9 à 12 ans*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2005.
- GUEDENEY, Nicole. *Les racines de l'estime de soi: apports de la théorie de l'attachement*. Devenir : 2011/2 (Vol. 23). p. 129-144.
- HAMEL, Johanne et LABRECHE, Jocelyne. *Art-thérapie: mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*. Paris: Larousse, 2015.
- HARRISSON, Brigitte. *L'estime de soi chez les personnes autistes*. Centre d'expertise en autisme, SACCADE: 2008, révision: 2015.
- HILL, Adrian. *Art versus Illness*. Londres, 1945; trad. franç. *L'Art contre la maladie. Une histoire d'art-thérapie*. Paris : Vigot, 1947.

- KORFF-SAUSSE, Simone. *Art et handicap: enjeux cliniques*. Toulouse: Erès, 2013.
- KRAUSS, Sophie. *L'enfant autiste et le modelage: de l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique*. Erès, 2010.
- LAMIA, Alicia et al. *Evolution de l'estime de soi et adaptation sociale des enfants*. Revue de l'institut Piaget : Lisbonne.
- LECIGNE, André et TOLVE Raphaël. *Normativité et mesure de l'estime de soi*. L'orientation scolaire et professionnelle, no. 39/2 (June 1, 2010).
- LEMAY, Michel. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant*. Toulouse: Erès, 2014.
- LINDSAY, Zaidee. *Art and the Handicapped Child*. London: Studio Vista, 1972.
- MASLOW, Abraham. *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, no50, 1943.
- MONTBOURQUETTE, Jean. *De l'estime de soi à l'estime du Soi*. Montréal : Novalis, 2002.
- NADER-GROSBOIS, Nathalie et FIASSE, Catherine. *Spécificités de la perception de soi d'enfants ayant une déficience intellectuelle et impact sur le lien entre leur Théorie de l'Esprit et leur adaptation sociale*. 6^{ème} Colloque international du RIPSYDEVE; Actualités de la Psychologie du Développement et de l'Éducation, May 2013, France.
- NADER-GROSBOIS, Nathalie. *La perception de soi et l'autorégulation en résolution de problèmes chez des adolescents présentant une déficience intellectuelle*. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation 2013/3 (N° 63).
- NASIELSKI, Salomon. *Gestion de la relation thérapeutique: entre alliance et distance*. Actualités en analyse transactionnelle. 2012/4 (N° 144), p. 12-40.
- PINTO, Alexandra et al.,. *Le Soi et l'estime de soi chez l'enfant : une revue systématique de la littérature*. Devenir 28, no. 2 (August 2, 2016): 109–24.
- SALVADOR, Luc-Laurent. *Estime de soi et miroir social en milieu scolaire*. Diplôme d'Etat de Psychologie Scolaire, Université Pierre Mendès-France. Sous la direction de Pascal Bressoux & Pascal Pansu. 2003.
- SAINT PAUL de, Josiane. *Estime de soi, confiance en soi*. Paris : Inter Editions, 1999.
- SCHAUDER, Silke. *Quelles indications, quelles perspectives pour l'art-thérapie auprès des personnes en situation de handicap?* Actes du XII^e congrès, AIRHM Québec, 2012.
- SPERANZA, Mario et GIOVANNI Valeri. *Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent*. *Développements* : 2010/3 (n°6).
- THIRION-MARISSIAUX, Anne-Françoise et NADER-GROSBOIS, Nathalie. *Profils longitudinaux du développement de la Théorie de l'Esprit*. Summary, Devenir 20, no. 4 (December 9, 2008): 361–91.
- VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse : Erès, 2015.
- VINTER, A et al.,. *Image de soi et déficience mentale: Perspective théorique et expérimentale*. Revue de psychologie appliquée, Université de Genève.
- WILDE, Oscar. *L'âme humaine*. Paris : Arléa, 2006.
- WINNICOTT, Donald Woods et AUBIBERT, Catherine. *La capacité d'être seul*. Paris: Payot,

2012.

WINNICOTT, Donald Woods. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard, 2015.

WINNICOTT, Donald Woods. *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris: Gallimard, 1971.

WEBOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX. *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement.* In site de l'ANESM [en ligne] <http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_autisme_anesm.pdf>, consulté le 30 août 2017.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. *Diagnostic Adaptative Behavior Scale.* In site de l'AAIDD [en ligne] <<http://aaidd.org/intellectual-disability/diagnostic-adaptive-behavior-scale>>, consulté le 4 Mai 2017.

ASSOCIATION NATIONALE DU SYNDROME X FRAGILE. *Le syndrome X Fragile.* In site de Xfra, Association Le Goëland. [en ligne] <<http://www.xfra.org>>, consulté le 8 septembre 2017.

BEREAUD-GONZALES, Hélène et GRADELET, Philippe. Film «*L'art-thérapie, Du visible à l'intime*». Association Monsieur Vincent, 2013. In site Youtube. [en ligne] <https://youtu.be/_MzXM3JQdrw>, consulté le 21 août 2017.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE. *Hôpital des enfants, Le traitement par hormone de croissance.* In site de CHU de Toulouse. [en ligne] <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Hormone_croissance_-_403049_-_HE_-_26-02-09.pdf>, consulté le 18 septembre 2017.

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES.

Définitions: Plastique. In site du CNRTL. [en ligne] <<http://www.cnrtl.fr/definition/plastique>>, consulté le 3 juillet 2017.

Définitions: Psychosocial. In site du CNRTL. [en ligne] <<http://www.cnrtl.fr/definition/Psychosocial>>, consulté le 12 juin 2017.

INSTITUT FRANCAIS DE ZOOTHERAPIE. *La zoothérapie de A à Z.* In site de l'Institut français de Zoothérapie. [en ligne] <www.institutfrancaisdezoothérapie.com/zoothérapie-de-a-a-z.ifz>, consulté le 18 septembre 2017.

KELTY MENTAL HEALTH RESSOURCE CENTRE. *L'utilisation de la Risperidone*

pour les enfants et les adolescents. In site du Kelty Mental Health Ressource Centre. [en ligne] <http://keltymentalhealth.ca/sites/default/files/risperidone_medication_information_-_french_feb_2013_with_tip.pdf>, consulté le 24 août 2017.

LAROUSSE EDITIONS.

Encyclopédie: Ethologie. Encyclopédie Larousse. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/ethologie/49750>>, consulté le 18 septembre 2017.

Définitions: Déficient. Dictionnaire de Français Larousse. In site de Larousse [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deficient_deficiente/22671>, consulté le 28 août 2017.

Définitions: Estimer. Dictionnaire de Français Larousse. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/estimer/31188>>, consulté le 7 juin 2017.

Définitions: Gnosie. Dictionnaire de Français Larousse. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gnosie/37356>>, consulté le 18 septembre 2017.

Définitions: Stéréotypie. Dictionnaire de Français Larousse. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stereotypie/74657>>, consulté le 24 août 2017.

Définitions: Praxie. Dictionnaire de Français Larousse. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/praxie/63263>>, consulté le 18 septembre 2017.

LEGIFRANCE. Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés. In site de Legifrance. [en ligne] <<https://www.legifrance.gouv.fr>>, consulté le 7 juillet 2017.

MERCIER, M. *Approche Éthique de La Créativité Des Personnes Déficiences Mentales*. Département de psychologie, Faculté de médecine, Namur. [en ligne] <<http://perso.fundp.ac.be/~mmercier/docpsy/txtcreahm.htm>>, consulté le 22 juin 2017.

NATIONS UNIES. *Déclaration des droits du déficient mental, adoptée le 20 décembre 1971, lors de la 2027e séance plénière de l'Assemblée Générale de l'ONU*. In site de l'ONU. [en ligne] <[http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/2856%20\(XXVI\)](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/2856%20(XXVI))>, consulté le 30 août 2017.

SARRAZIN, Coralie. *A propos de l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle*. In site du RIPPH. [en ligne] <<http://ripph.qc.ca/fr/revue/journal-20-03-2012-07>>, consulté le 21 Août 2017.

SNOEZELLEN FRANCE. *L'approche Snoezelen*. In site de Snoezelen France. [en ligne] <<http://snoezelen-france.fr/snoezelen/approche-snoezelen>>, consulté le 4 septembre 2017.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Définition de la santé par l'OMS*. In site de la WHO. [en ligne] <<http://www.who.int/suggestions/faq/fr>>, consulté le 8 juin 2017.

GLOSSAIRE

A

A4: Format de papier qui correspond à une feuille rectangulaire de 21 cm de largeur par 29,7 cm de longueur.

A5: Format de papier qui correspond à une feuille rectangulaire de 14,8 cm de largeur par 21 cm de longueur.

C

C.M.P.P: Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

E

E.S.A.T: Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

Etat de base: Etat de la personne lors de la première rencontre.
(FORESTIER, Richard et ARON, Emile. *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 6ème édition, FAVRE, 2009.)

Ethologie: Étude du comportement des espèces animales, y compris les comportements humains.
(LAROUSSE EDITIONS. *Encyclopédie: Ethologie. Encyclopédie Larousse*. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/ethologie/49750>>, consulté le 18 septembre 2017.)

G

Gnosie: Reconnaissance d'un objet par l'intermédiaire de l'un des sens.
(LAROUSSE EDITIONS. *Définitions: Gnosie. Dictionnaire de Français Larousse*. In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gnosie/37356>>, consulté le 18 septembre 2017.)

I

I.M.E: Institut Médico-Educatif.

I.M.P: Institut Médico-Pédagogique.

Item: C'est la plus petite unité appréciable, élément sensible caractéristique de la difficulté.
(FORESTIER, Richard et ARON, Emile. *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 6ème édition, FAVRE, 2009.)

I.T.E.P: Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

M

M.E.C.S: Maison d'Enfants à Caractère Social

M.D.P.H: Maison Départementale des Personnes Handicapées

O

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé.

P

P.I.A: Projet Individualisé d'Accompagnement.

Praxie: Ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but.

(LAROUSSE EDITIONS. *Définitions: Praxie. Dictionnaire de Français Larousse.* In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/praxie/63263>>, consulté le 18 septembre 2017.)

Psychosocial: Relatif à l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux.

(CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Définitions: psychosocial.* In site du CNTRL. [en ligne] <<http://www.cnrtl.fr/definition/Psychosocial>>, consulté le 12 juin 2017.)

S

Site d'action: Localisation d'une (ou plusieurs) difficulté sanitaire sur laquelle il est possible d'intervenir.

(FORESTIER, Richard. *Petit dictionnaire raisonné de l'art en médecine.* Afratapem, 2015.)

Squiggle: De l'anglais «gribouillis», technique ludique inventée par D. W. Winnicott comme support de relation aux rencontres thérapeutiques avec des jeunes. «*Je ferme les yeux et je laisse courir mon crayon sur la page. C'est un squiggle. Tu en fais quelque chose d'autre puis c'est à toi de jouer; tu fais un squiggle et c'est moi qui le transforme.*»

(WINNICOTT, Donald Woods. *La consultation thérapeutique et l'enfant.* Paris: Gallimard, 1971.)

Snoezelen: Démarche d'accompagnement centrée autour de la construction d'une sécurité psycho-corporelle, dans un cadre contenant et une relation individualisée, proposant des expériences adaptées autour des différentes modalités sensorielles, visuelles, sonores, tactiles.

(SNOEZELLEN FRANCE. *L'approche Snoezelen.* In site de Snoezelen France [en ligne] <<http://snoezelen-france.fr/snoezelen/approche-snoezelen>>, consulté le 4 septembre 2017.)

Stéréotypie: Répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible.

(LAROUSSE EDITIONS. *Définitions: Stéréotypie. Dictionnaire de Français Larousse.* In site de Larousse [en ligne] <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stéréotypie/74657>>, consulté le 24 août 2017.)

Syndrôme de l'X-fragile: Maladie génétique liée à une anomalie chromosomique (mutation

du gène FMR1). Ce syndrome est associé à un déficit intellectuel léger à sévère, qui peut être combiné à des troubles du développement (psychomoteur, langage) et du comportement (troubles anxieux, T.S.A), ainsi qu'à des signes physiques caractéristiques.

(ASSOCIATION NATIONALE DU SYNDROME X FRAGILE. *Le syndrome X Fragile*. In site de Xfra, Association Le Goëland. [en ligne] <<http://www.xfra.org>>, consulté le 8 septembre 2017.)

T

T.D.A/H : Troubles du Déficit de l'Attention et Hyperactivité

T.E.D: Troubles Envahissants du Développement

T.S.A: Trouble du Spectre Autistique

Z

Zoothérapie: Médiation qui se pratique professionnellement en individuel ou en petit groupe de deux ou trois personnes maximum, à l'aide d'un animal familial, consciencieusement sélectionné et éduqué, sous la responsabilité d'un professionnel, appelé «l'Intervenant Professionnel en médiation animale» dans l'environnement immédiat de personnes chez qui l'on cherche à éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer leur potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif.

(INSTITUT FRANCAIS DE ZOOTHERAPIE. *La zoothérapie de A à Z*. In site de l'Institut français de Zoothérapie. [en ligne] <www.institutfrancaisdezoothérapie.com/zoothérapie-de-a-a-z.ifz>, consulté le 18 septembre 2017.)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'ouverture en art-thérapie

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE FICHE D'OUVERTURE

Établissement

Date

IDENTITÉ

PRENOM AGE GROUPE EDUCATRICE REFERENTE

DATE DE NAISSANCE Gaucher.e / Droitier.e

ANNEE D'ENTREE A L'I.M.P Lunettes: oui / non

HISTOIRE DE VIE ET SUIVI DE L'I.M.P

Histoire médicale

Contexte familial

Difficultés au quotidien

Suivi de l'institution

Projet de groupe

Projet personnalisé

UNIVERS ET INTENTIONS

Loisirs

Pratique artistique existante oui / non

Intentions artistiques

| |
|---------------------------------------|
| ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE |
|---------------------------------------|

Accompagnement du au

Jour des séances

Durée des séances

Technique envisagée

Indications

Objectifs art-thérapeutiques

Items

Divers

ANNEXE 2: Fiche d'observation des séances d'art-thérapie

ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE
FICHE D'OBSERVATION

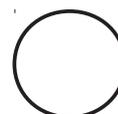
Prénom

Humeur / auto-évaluation

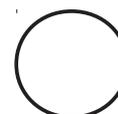
Séance n°

Date

De ...h... à ...h....



avant



après

Contexte de la séance

Déroulement de la séance

Technique(s) utilisée(s)

Exercice proposé

Items

Objectif(s) de la séance

Comportement observé

Divers

Pour la prochaine séance

ANNEXE 3 : «Échelle d'Hamilton d'Évaluation de l'Anxiété»

13.1

ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton | Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ? | | | | | |
| | Consigne : Encercliez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours. | | | | | |
| Catégories | Exemples | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Énormément |
| Humeur anxieuse | Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tension | Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Craintes | De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Insomnie | Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dysfonction intellectuelle | Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire » | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Humeur dépressive | Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes musculaires | Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes sensoriels | Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes cardio-respiratoires | Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes respiratoires | Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes gastro-intestinaux | Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes génito-urinaires | Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Symptômes neuro-végétatifs | Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Comportement au cours de l'entrevue | Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère. | | | | | | |

D'après : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn: 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

ANNEXE 4: «Attention-Deficit with Hyperactivity Rating Scale IV»

Cotation de l'ADHD-RS IV
Dr Hervé CACI, Nice, France

| Comment interpréter les items d'inattention (items pairs) de l'ADHD-RS ? | |
|--|--|
| 1. Étourderies | S'intéresser au travail qui est en-deçà du niveau de compétence de l'enfant. Un enfant qui ne vérifie pas ses réponses. Le travail est peu soigné ou fait de manière précipitée (par exemple, ne tourne pas la page d'énoncés, laisse tomber des exercices, met ses jouets dans la bonne pièce sans vraiment les ranger, etc.) |
| 3. Difficultés de concentration | Durée d'attention limitée lorsqu'on lui demande d'écouter. Le niveau est bon au début mais l'ennui le gagne. S'évade en pensée, rêvasse. La pensée dérive sans distracteur externe. Difficulté à se concentrer ou à maintenir sa concentration. |
| 5. N'écoute pas | L'enfant ne répond pas (verbalement ou autrement) ou ne montre aucune réaction lorsqu'on s'adresse à lui directement. Il peut n'y avoir aucun contact visuel ou acquiescement du chef. Les adultes demandent s'il a entendu ce qu'ils viennent de lui dire. IL NE S'AGIT PAS D'UNE OPPOSITION. |
| 7. Ne suit pas les instructions | Ne peut terminer les choses qu'avec une soutien rapproché sinon il abandonne en route. Laisse inachevé de nombreux projets. Du mal à revenir sur une tâche après une interruption. Du mal à aller au bout des choses mais à la demande des autres. |
| 9. Difficultés d'organisation | Ne peut pas faire les choses dans le temps imparti parce qu'il les fait dans le désordre (par ex. se préparer pour le coucher). Systématiquement en retard. Ne peut organiser les priorités. Malpropre ou désorganisé. Ne peut pas organiser des projets complexes. |
| 11. Évite l'effort mental | L'enfant est réticent voire refuse de commencer des tâches ou des activités difficiles ou longues. Il procrastine. Il faut beaucoup insister pour qu'il commence ; il se plaindra, argumentera ou pleurnichera. Évite activement les tâches ménagères ou les activités en flânant ou en quittant la pièce. |
| 13. Égare des choses | L'enfant ne sait où se trouvent les choses. Il cherche en permanence des choses ou demande où sont les crayons, ses jouets, ses gants, ses habits, son travail scolaire (devoirs à faire ou à rendre), etc. |
| 15. Distractible | Un stimulus externe (presque n'importe quel son ou bruit) fait dévier l'enfant de l'activité en cours. Il est distrait par des choses peu importantes qui surviennent autour de lui. Du mal à filtrer les stimuli externes. |
| 17. Oublieux | L'enfant n'est pas prêt parce qu'il n'a pas emporté, mentionné ou dit quelque chose ; par exemple, il oublie de faire des devoirs ou des tâches quotidiennes (nourrir les animaux familiers ou faire des tâches ménagères), il retourne sur ses pas pour récupérer des objets oubliés, etc. |

ANNEXE 5: Grille d'évaluation «Comment mesurer les suivis sociaux»

Tableau 12.4. (suite)

| | Jamais | Un peu | Habituellement | Souvent | Presque toujours | Toujours | Commentaires |
|---|--------|--------|----------------|---------|------------------|----------|--------------|
| Pendant l'activité | | | | | | | |
| Se dirige directement vers les animaux en ignorant l'adulte | | | | | | | |
| Vient spontanément quand on lui dit « tu viens » | | | | | | | |
| Fait le bébé | | | | | | | |
| Calme | | | | | | | |
| De bonne humeur | | | | | | | |
| Soumet des idées | | | | | | | |
| Prends des initiatives | | | | | | | |
| Pose des questions | | | | | | | |
| Effectue la tâche demandée par l'adulte sans discuter/ respecte les consignes | | | | | | | |
| Cherche à progresser dans l'accomplissement de la tâche | | | | | | | |
| Accepte les responsabilités | | | | | | | |
| Prend confiance en ce qu'il fait | | | | | | | |
| Excité | | | | | | | |
| Boudeur | | | | | | | |
| Dans l'opposition | | | | | | | |

ANNEXE 6: Grille d'évaluation personnalisée des séances d'art-thérapie

**ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE
ÉVALUATION PERSONNALISÉE**

CAROLINE

CONFIANCE EN SOI

| SEANCES ITEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Fait des choix personnels | 1 | 2 | 2 | 3 | ABS | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Prend des initiatives | 1 | 1 | 2 | 2 | ABS | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Est satisfaite de sa production | 1 | 2 | 2 | 3 | ABS | 3 | 3 | 3 | 4 |

Fait des choix personnels

- 1 aucun, choix influencés
- 2 avec de l'aide
- 3 avec hésitation, seule
- 4 avec conviction, seule

Prend des initiatives

- 1 jamais
- 2 une fois
- 3 plusieurs fois
- 4 toujours

Est satisfaite de sa production

- 1 indifférence
- 2 demande l'avis de l'adulte
- 3 satisfaction
- 4 fierté

ANNEXE 7: Bilan de fin de prise en soin en art-thérapie

**ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE
BILAN DE FIN DE PRISE EN SOIN**

Document interne

Jeune suivi

Age

Groupe

Prise en soin individuelle / en groupe

| Période | Nombre de séances | Absences | Durée moyenne des séances | Jour d'atelier | Pratique artistique |
|---------|-------------------|----------|---------------------------|----------------|---------------------|
| | | | | | |

OBJECTIFS ART-THÉRAPEUTIQUES

Objectif général 1

Objectif général 2

Objectif général 3

ÉVOLUTION DU JEUNE

BILAN

REMARQUES

L'art-thérapie par les arts-plastiques dans la revalorisation des enfants déficients intellectuels au sein d'un Institut Médico-Pédagogique.

Résumé

Au cours de cette étude, nous avons proposé un accompagnement en art-thérapie à des enfants présentant une déficience intellectuelle moyenne au sein de l'Institut-Médico-Pédagogique de Pracomtal, situé à Cognac. La déficience intellectuelle, à laquelle peut s'ajouter de nombreux troubles dits «associés», affecte les capacités cognitives et le fonctionnement adaptatif de l'enfant. Ces difficultés peuvent entraver sa recherche de maîtrise et par ce biais, son estime de soi. Grâce à un cadre thérapeutique sécurisant et bienveillant, à des outils adaptés et à des objectifs personnalisés de soin, nous avons observé que l'art-thérapie par les arts-plastiques peut agir sur certains mécanismes défaillants comme la confiance en soi, la concentration, les capacités d'expression ou encore l'autonomie. En créant, l'enfant est amené à faire des choix, à affirmer ses goûts, à développer son imagination: il devient réellement acteur, et les difficultés rencontrées au quotidien s'effacent pour laisser place à l'expression d'une personnalité unique et à la création d'une oeuvre valorisante.

Art therapy using fine arts within a Medical-Pedagogical Institute can help children with intellectual disability growing their self-esteem.

Abstract

During this study, we proposed an art-therapy support to children with a moderate intellectual disability, within the Medical-Pedagogical Institute of Pracomtal, located in Cognac. Intellectual disability affects both intellectual functioning and adaptive behavior. These difficulties can hinder the child's search for control and consequently, his self-esteem.

Thanks to a reassuring therapeutic frame, a watchful eye, adapted tools and individual care objectives, we noticed that art therapy using fine arts can work on some ineffective mechanisms as self-confidence, concentration, expression and even self-reliance. By creating, the child learns to make choices, to assert his tastes, to grow his imagination: he is totally involved, and daily difficulties related to intellectual disability fade to make way for the expression of an unique personality, and the creation of a gratifying work.

**Laura Carton
2017**

Mots-clefs: art thérapie, soin, médico social, institut médico pédagogique, enfants, déficience intellectuelle, retard mental, handicap, estime de soi, confiance en soi, revalorisation, art, arts plastiques

Key-words: art therapy, care, medico social, medical pedagogical institute, children, intellectual disability, mental retardation, handicap, self esteem, self confidence, art, fine arts