UNIVERSITÉ de POITIERS

Faculté de Médecine & de Pharmacie

6, rue de la Miléterie TSA 51115

86073 POITIERS Cedex 9 FRANCE

L'art-thérapie par la danse et l'expression corporelle au service de la construction identitaire chez les adolescents ayant un Trouble du Développement Intellectuel

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

Présenté par Myriam Mercier

Année2022

Sous la direction de
TRILLES Thibaut
Enseignant université à la faculté des Sciences du Sport
Danseur et diplômé en art-thérapie.

Lieu de stage :
Institut-Médico-Educatif Val-Lorie (Saint Herblain, Loire-Atlantique)

Référent universitaire :
GIRAUD Jean-Jacques
Professeur honoraire
à la faculté de médecine et de pharmacie

PLAN

Remerciements 4
Préambule 5
Partie I : Introduction 7
1. Pathologie : Le trouble du développement intellectuel 7
1.1 Eléments de définition 7
1.2 Facteurs de risque et causes possibles de la déficience intellectuelle 8
1.3 Troubles associés 8
1.4 Prise en soin possible de la déficience intellectuelle 9
1.5 Le handicap comme stigmate : les enjeux de l'identité 10
1.6 Handicap et adolescence 13
2. Les arts utilisés 14
2.1 Média artistique principal : danse et expression corporelle 14
2.2 Médias artistiques secondaires 17
2.2.1 Chant et percussions corporelles 17
2.2.2 Photographie 19
3. Intérêt de l'art-thérapie auprès des personnes ayant un trouble de la déficience intellectuelle 20
3.1 L'art-thérapie : définitions 20
3.2 L'art-thérapie en Institut Médico-Educatif auprès d'adolescents ayant une déficience intellectuelle 20
3.2.1 L'art-thérapie : l'espace des possibles 20
3.2.2 L'art-thérapie : revaloriser l'estime de soi 21
3.2.3 L'art-thérapie : développer son identité 22
Partie II : Matériels et méthodes 23
1. Matériels 23
1.1 Présentation de la structure : l'Institut-Médico-Educatif Val-Lorie 23
1.2 Le choix des patients 25
1.3 Les objectifs de prise en charge : des objectifs de groupe aux objectifs individuels 26
1.4 Stratégies thérapeutiques 27
1.5 Organisation des séances 29
1.6 Méthodes d'évaluation 30

1.7 Résultats attendus 32
2. Méthodes 33
2.1 Etude de cas n°1 : Ariane 33
1.2 Etude de cas n°2 : Aïsha 42
Partie III : Résultats 48
1.1 Ariane 48
1.2 Aïsha 52
Partie IV : Discussion 55
4.1 Apports et bénéfices de l'étude 55
4.2 Limites de l'étude 59
4.3 La posture soignante de l'art-thérapeute 61
4.4. De l'art à la santé : l'art-thérapie, un métier en quête de reconnaissance 63
Conclusion 65
Bibliographie 66
Webographie 67
Glossaire 69
Sigles 70
Annexes 71
1. Grille d'évaluation d'Ariane 71
2. Grille d'évaluation d'Aïsha 73
3. Echelles d'évaluation 75

REMERCIEMENTS

Merci à la Maison d'Enfants Saint Joseph de la Bernerie-en-Retz pour m'avoir permis d'effectuer mon premier stage malgré les restrictions sanitaires.

Merci à l'IME Val-Lorie à Saint-Herblain, et à toute l'équipe, pour m'avoir accueillie et pour m'avoir fait confiance.

Merci à Anne pour sa bonne humeur, pour m'avoir soutenue, encouragée et valorisée durant toute la durée du stage.

Merci à Florian pour ses retours constructifs et pour s'être prêté au jeu de l'art-thérapie.

Merci à Josiane pour m'avoir accompagnée durant ce stage, et pour nos échanges.

Merci aux jeunes de l'IME, pour leur fraîcheur et leur spontanéité, mais surtout pour m'avoir fait confiance.

Merci à Thibaut Trilles d'avoir accepté de diriger ce mémoire et pour son aide.

Merci au Pr Giraud pour la création et la direction de ce DU. Merci de nous permettre de nous former à ce si beau métier qu'est l'art-thérapie.

Merci à mes proches, famille et amis, qui m'ont soutenue et encouragée dans mes choix.

Merci à Mathieu pour son soutien au quotidien et pour avoir continué de croire en moi depuis le début et jusqu'à la fin de cette aventure.

PREAMBULE

Je me souviens si bien du jour où l'art-thérapie a frappé à ma porte. J'avais à peine 19 ans et j'étais là, postée sur une grande place bordelaise, aux pieds de l'Université de Psychologie. J'attendais une amie qui tardait à venir. Soudain, devant moi, un groupe de jeunes s'anime, s'agite, mais sans un bruit : c'est un groupe de malentendants qui s'expriment en Langue des Signes. Je les observe longuement : mimiques expressives, gestes en tous sens, et même de la danse : je reste fascinée par cette chorégraphie incessante, ces jeux corporels et sensoriels. Quelle formidable manière d'entrer en relation et de s'exprimer quand la vie vous prive de l'un de vos sens !

Mes yeux se posent sur le grand bâtiment de l'université de psychologie. J'ignore encore tout de l'existence de cette discipline, mais c'est pour moi l'évidence : pourquoi ne pas mêler art et thérapie?

Fille de deux psychothérapeutes, j'ai grandi avec la richesse de nos échanges et à la lumière de leurs approches respectives, inspirées de philosophie orientale et de chamanisme moderne. Mon intérêt pour l'humain s'est ainsi déclaré très tôt. C'est après une année d'études de lettres où je sens que je m'égare que ma rencontre avec ce groupe de malentendants a lieu. J'intègre alors l'université de psychologie et y obtient une licence. Mes rencontres et réflexions m'ont ensuite amenée à passer le concours d'éducatrice spécialisée : me jugeant trop jeune et trop peu expérimentée pour devenir thérapeute, je choisis un métier de terrain où la rencontre se fait au cœur du quotidien, au cœur des autres. Je souhaite « *rouler ma bosse* », me confronter à la vie des uns et des autres. J'ai ainsi pratiqué quelques années dans l'univers de la Protection de l'Enfance auprès de personnes, enfants et adultes, en mal de vivre. Toutes ces rencontres ont été incroyables et particulièrement formatrices.

En parallèle, j'exerce la danse, le théâtre et la photographie avec force et passion. Mes pratiques artistiques ont toujours été beaucoup plus que de simples loisirs, et je me suis d'ailleurs investie de nombreuses heures par semaines dans différents projets et troupes amateurs. La photographie, quant à elle, est devenue une part de mon activité professionnelle.

Mon projet lié à l'art-thérapie était alors en dormance mais toujours prêt à germer. La crise sanitaire et sociale que nous vivons a été le déclencheur de ma décision d'intégrer la formation pour enfin devenir art-thérapeute.

Ce travail est une synthèse de mes expériences personnelles, artistiques et professionnelles. Si mon premier stage s'est déroulé dans un foyer de l'enfance, le second m'a fait aller à la rencontre du médico-social et m'a permis de porter un nouveau regard sur les institutions accompagnant le handicap. Sœur aînée d'un frère porteur de trisomie 21, je n'avais jusque-là pas souhaité mêler cette part de ma vie privée à ma vie professionnelle. Pourtant, je suis très heureuse d'avoir eu l'opportunité de côtoyer le monde du handicap intellectuel sous un nouvel angle, et d'apporter ma pierre à l'édifice.

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons aux effets de l'art-thérapie par la médiation danse et expression corporelle auprès d'adolescents ayant une Trouble de la Déficience Intellectuelle. Après avoir introduit notre public et décrit les arts utilisés, nous expliquerons notre méthodologie de travail et illustrerons notre étude avec deux études de cas. Enfin, nous aborderons quelques pistes de réflexion sur le travail de l'art-thérapeute.

PARTIE I : INTRODUCTION

1. PATHOLOGIE : LE TROUBLE DU DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL (TDI).

1.1 Eléments de définition

L'OMS[1] définit la déficience intellectuelle comme étant une "capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence)."

Le trouble du développement intellectuel (TDI) [2] fait partie de la famille des troubles du neurodéveloppement, au même titre que les troubles du spectre de l'autisme et que les troubles spécifiques des apprentissages.

De manière globale, c'est le constat de difficultés de raisonnement et d'abstraction qui permettent de diagnostiquer le TDI*. Des critères de diagnostic sont communs à trois organisations reconnues dans le domaine du handicap intellectuel, à savoir la CIM-11[3], l'AAIDD[4] et le DSM-5[5] :

- Un **déficit des fonctions intellectuelles** affectant la compréhension, la résolution de problème, le raisonnement, le jugement, l'apprentissage académique, l'apprentissage par expérience et la pensée abstraite.
- Une **limitation dans le comportement adaptatif** (habiletés sociales, conceptuelles et pratiques).
- L'**apparition** de ces déficits au cours du développement, **avant l'âge adulte**[6].

Selon l'AAIDD, les comportements adaptatifs pouvant être altérés sont : l'alphabétisation, l'orientation, la numération, les concepts de temps et d'argent, l'estime de soi, la responsabilité individuelle, la communication, l'obéissance aux règles et aux lois, la

[1] Organisation Mondiale de la Santé

[2] Terme employé dans le cadre de la nouvelle nomenclature de la CIM-11

[3] Classification Internationale des Maladies, Onzième révision

[4] American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

[5] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

résolution de problèmes, la capacité à prendre soin de soi, à se mettre en sécurité, à voyager, à s'organiser dans le quotidien, à percevoir les mauvaises intentions, etc. (liste non exhaustive).

Historiquement, le degré de sévérité de la déficience intellectuelle était mesuré par le Quotient Intellectuel (QI) et permettait d'évaluer s'il s'agissait d'une déficience légère (QI de 55 à 70), moyenne (QI de 40 à 55) ou sévère (QI inférieur à 40). Aujourd'hui, l'évaluation porte davantage sur la **capacité d'adaptation de la personne à son environnement** et on ne parle plus seulement de QI mais plutôt de **niveau de fonctionnement**. En effet, le QI à lui seul ne reflète pas le fonctionnement de la personne ni sa capacité d'adaptation et ne permet pas d'identifier ses besoins en termes de soutien.

1.2 Facteurs de risque et causes possibles de la déficience intellectuelle

Si parfois les causes de la déficience intellectuelle sont inconnues, certains facteurs de risque sont cependant identifiés. Parmi eux, on retrouve :

- les **facteurs d'origine génétique** (anténatales) tels que les anomalies chromosomiques (trisomies, syndrome de Prader-Willy, syndrome du X fragile, etc.) ;

- les **facteurs d'origine environnementale ou psychosociale** (périnatals ou postnatals) tels que les traumatismes crâniens, infections congénitales, alcoolisme fœtal, exposition aux drogues, l'insuffisance placentaire, difficultés à l'accouchement telles que la méningite, les intoxications au plomb ou le manque d'oxygène, ou encore des difficultés psychosociales comme la maltraitance infantile, le délaissement parental et le manque de stimulation).

1.3 Troubles associés

Il est fréquent que les personnes ayant un TDI rencontrent d'autres problèmes de santé. Ces **comorbidités peuvent être d'ordre neurodéveloppemental, somatique, sensoriel, psychique, morphologique, moteur**... Les troubles peuvent être chroniques ou survenir de façon intercurrente.

Parmi les troubles associés les plus fréquents on retrouve :

- Les troubles du comportement, le TDAH[7],
- Les troubles psychologiques (dépression, anxiété*, troubles émotionnels),

[7] Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

- Les TSA[8],
- L'épilepsie*,
- La paralysie cérébrale (trouble moteur),
- Les troubles du langage,
- Les déficits sensoriels

Chaque personne ayant un TDI est différente et il existe autant de tableaux cliniques que d'individus. Cela implique donc de s'intéresser à la personne et à son/ses handicap(s) (au sens de ses limitations/incapacités) de manière **individualisée** si l'on souhaite apporter **un soutien adapté à ses besoins**.

1.4 Prise en soin possible de la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle, en tant que trouble du développement, ne peut pas être guérie. Les traitements médicamenteux qui peuvent être donnés sont davantage destinés à diminuer les symptômes des éventuels troubles associés.

Toutefois, il est possible de compenser le handicap qu'elle représente par le biais de stimulations et de soutien. Nous l'avons dit précédemment : **le degré de handicap résulte d'une interaction entre la personne vulnérable et son environnement**. L'environnement peut être alors un obstacle ou un facilitateur pour l'accès à l'autonomie. En proposant divers étayages et un environnement adapté à la personne en situation de handicap, il est le plus souvent **possible d'améliorer sa qualité de vie mais aussi son degré d'autonomie**. Ici, nous définissons l'autonomie comme une « *capacité à gérer ses dépendances* »[9] en développant des compétences qui permettent d'accéder à ses propres désirs et besoins. Ces compétences peuvent être développées sur le plan social (ex : savoir à qui, quand et comment demander de l'aide ; adapter sa posture à un contexte social), sur le plan physique (ex : apprendre à évaluer et à identifier ses propres capacités et incapacités physiques), et sur le plan psychique (ex : apprendre à faire des choix, à prendre des décisions, à connaître ses émotions et à les gérer).

Différentes prises en soin peuvent alors être indiquées pour accompagner la personne déficiente intellectuelle : psychologie, psychiatrie (si besoin de médicamentation en raison

[8] Troubles du Spectre Autistique

[9] Définition de l'autonomie proposée par R.BRIZAIS, maître de conférences en psychologie sociale. Cette définition nous a été donnée lors de l'une de ses interventions à l'université de Nantes.

d'un trouble associé), orthophonie, psychomotricité, etc. Des thérapies complémentaires peuvent aussi être sollicitées.

À cette prise en soin s'ajoute la prise en charge éducative qui a elle-aussi pour objectif d'accéder à une meilleure autonomie de la personne. L'éducatif est dispensé soit par des professionnels (éducateurs et enseignants spécialisés par exemple), soit par l'environnement familial, soit par les deux quand cela est possible.

Ces divers accompagnements peuvent être proposés au sein d'institutions spécialisées (IME*, SESSAD*, ESAT*, SAVS*, etc.) ou par des professionnels travaillant en libéral.

1.5 Le handicap comme stigmate : les enjeux de l'identité

1.5.1 Définition : identité et construction identitaire

Les personnes ayant un TDI, comme tout un chacun, se confrontent dès l'enfance au processus de construction identitaire. Toutefois, avant de parler de « construction identitaire », nous souhaitons aborder la notion d'identité.

L'identité désigne à la fois ce qui fait qu'une personne est un individu unique (sa singularité) et ce qu'il a de commun au groupe. Il s'agit d'un phénomène complexe qui a suscité de multiples recherches dans divers champs des Sciences Humaines (sociologie, psychologie, anthropologie, philosophie, etc.). Il existe de nombreuses définitions de l'identité proposées par les spécialistes en sciences sociales. Nous ne pourrons pas aborder ici toutes les réflexions que ce terme implique et ferons le choix de sélectionner celles qui font écho à notre sujet.

Le psychanalyste E.ERICKSON a notamment tenté de définir l'identité en s'appuyant sur les travaux d'anthropologues tels qu'A.KARDINER et M.MEAD : *"Dans une conception développementale et psychosociale, Erikson considère l'identité comme une synthèse réalisée à partir des éléments du passé (histoire personnelle), des caractéristiques du présent (besoins, traits de personnalité, etc.) et des attentes du futur* [10]*"*.

[10]Lannegrand-Willems, Lyda. « Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels ? », *Enfance*, vol. 3, no. 3, 2012, pp. 313-327.

Le psychologue et sociologue G.H MEAD a proposé une approche interactionniste : pour lui, **l'identité naît des interactions entre les individus et les groupes d'individus**. Ces interactions s'opèrent par la voie symbolique qu'impliquent le jeu et le langage.

Le sociologue E. GOFFMAN s'appuiera sur ce concept d'interactionnisme symbolique pour faire l'hypothèse que **l'identité résulte de l'opposition entre une identité définie par les autres (identité sociale) et une identité définie par soi-même (identité personnelle**). De cette idée naîtra d'ailleurs la notion de « **stigmate** » (étymologiquement une marque durable sur la peau) qui désigne un attribut jugé négativement dans le regard d'autrui, entraînant une mise à l'écart. Cet attribut place l'individu stigmatisé comme étant « hors norme », c'est-à-dire différent de la norme sociale. Parmi les stigmates, l'auteur évoque notamment les croyances religieuses (par exemple, être juif), l'origine sociale (par exemple, être pauvre), et le handicap.

Si l'identité se construit en partie à travers le regard que les autres nous portent et que le handicap constitue un stigmate, nous pouvons imaginer à quel point la construction identitaire peut être entravée chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. De plus, les interactions avec autrui s'opèrent en partie par le langage alors même qu'il s'agit d'une difficulté majeure et récurrente chez les personnes ayant un TDI.

Selon E. ERICKSON, **la construction de l'identité a majoritairement lieu avant l'âge adulte**. Avant même la naissance, l'enfant existe déjà dans l'imaginaire et le discours des parents. Après la naissance, son développement continue d'être accompagné par l'environnement familial qui propose des interprétations de ses comportements et leur attribue un caractère plus ou moins positif. Les parents peuvent aussi nommer chez l'enfant des traits de personnalité qu'ils vont plus ou moins renforcer par des surnoms, des remarques, des valorisations. Le discours de l'environnement familial de l'enfant suggère et oriente certains attributs de son identité. L'enfant n'accèdera cependant au sentiment d'identité que plus tard, alors qu'il pourra développer des interactions sociales précoces et prendre conscience de son propre corps.

En effet, **le corps constitue la base du sentiment d'identité** alors que l'enfant découvre ce qui dans son corps lui est propre ou non. L'image de soi, lors du stade du

miroir[11], est d'ailleurs un élément clé de la construction identitaire qui donne souvent naissance à l'utilisation du « je » dans le langage de l'enfant. Le biologiste et psychologue J. PIAGET ajoutera que l'enfant, après avoir pris conscience des sensations, **reconnaîtra progressivement l'existence d'un environnement extérieur** lorsqu'il aura acquis la notion de permanence de l'objet[12]. Cette prise de conscience, ajoutée à sa **découverte des interactions et du groupe (processus d'identification à un groupe d'appartenance) va lui permettre de commencer à construire son identité**. Ce phénomène durera jusqu'à (au moins) l'âge adulte[13].

1.5.2 Construction identitaire et déficience intellectuelle : quels enjeux ?

Au regard des éléments qui caractérisent le Trouble du Développement Intellectuel, la construction identitaire est évidemment impactée. Le TDI, en tant qu'handicap, implique que le regard d'autrui puisse être stigmatisant. La « différence », au sens de ce qui est en dehors de la norme du groupe de référence (ici les personnes dites « ordinaires »), est verbalisée très tôt par l'entourage et **l'enfant est rapidement traité différemment** des autres membres de la famille. Son handicap nécessite en effet un accompagnement adapté et dans le meilleur des cas cette « différence de traitement » s'avère bienveillante et portée par des intentions positives, même si souvent paradoxales (désir d'autonomie pour son enfant tout en ayant une attitude de surprotection à son égard). Il est aussi indéniable que l'enfant connaîtra un rejet du fait de ce handicap (ici un stigmate), que ce soit de la part de son entourage proche et/ou des autres personnes qu'il rencontre.

Pour l'enfant ayant un TDI, les interactions avec le monde extérieur sont empreintes de multiples barrières (linguistiques, cognitives, corporelles ou même psychiques) et cela influe inévitablement sur sa construction identitaire. **L'enfant grandit en ayant à gérer ce regard de l'autre qui peut s'avérer jugeant, voire rejetant, ou même compatissant, mais qui le**

[11] Le stade du miroir correspond à un stade de développement psychologique durant lequel l'enfant prend conscience de son corps alors qu'il observe sa propre image dans un miroir et qu'il comprend que c'est son reflet.

[12]Permanence de l'objet : Un objet ou une personne continue d'exister même quand l'enfant ne le/la voit plus.

[13] Ce point est aujourd'hui discuté au sein des sciences sociales. La construction identitaire pourrait être un phénomène présent tout au long de la vie.

ramène de toutes façons à sa propre différence et donc à la difficulté de faire partie d'un groupe d'appartenance. A cet égard, on peut se demander **comment il construit son identité sociale et** s'il est empêché dans son processus d'identification à ses pairs.

Se pose aussi la question du **regard que l'enfant porte sur lui-même dans la construction de son identité personnelle**. La déficience intellectuelle le limitant dans certains actes et certaines interactions du quotidien, l'enfant qui a conscience de son handicap peut-il avoir une vision positive de sa propre personne ? Quelle valeur se donne-t-il ? En d'autres mots, **qu'en est-il de son estime de soi** [14]?

1.6 Handicap et adolescence

Nous souhaitons traiter le sujet de l'adolescence car notre étude de cas portera sur deux adolescentes ayant un TDI. Suite à notre rappel sur la construction identitaire et le handicap comme stigmate, il nous paraît important de ne pas omettre d'aborder les problématiques que soulève l'adolescence dans la vie d'un individu.

L'adolescent aspire à trouver **une forme d'indépendance et à s'affranchir de son modèle parental**. Le handicap peut ralentir voire empêcher cette émancipation : l'adolescent est contraint par ses incapacités et souvent surprotégé par l'adulte. Il arrive aussi qu'il soit lui-même en difficulté pour sortir de l'enfance du fait de son retard de développement, et que cette difficulté soit accentuée par des attitudes parentales infantilisantes ou par une fusion parent/enfant persistante. Les soins et prises en charge peuvent être vécus comme une régression pour l'adolescent handicapé. Ce désir d'émancipation, sain et normal à l'adolescence, pourrait aussi être mêlé à un désir plus ou moins conscient de se libérer de son propre handicap en devenant « adulte et autonome».

Le handicap provoque une fêlure dans l'estime de soi. L'adolescent ayant un TDI peut alors ressentir de la honte, et chercher à s'isoler ou à dissimuler ses difficultés.

L'adolescence est aussi l'expression **d'une crise au niveau corporel**. Les métamorphoses liées à la puberté peuvent fragiliser l'image de soi, alors même que le regard de l'autre implique des questions nouvelles autour de la vie relationnelle et de la sexualité.

[14] Selon M. ROSENBERG (1965), l'estime de soi est un indicateur de satisfaction personnelle, d'acceptation et de tolérance à l'égard de soi. Une "bonne" estime de soi implique que l'on puisse se respecter soi-même.

Avec un TDI, l'image du corps (sa représentation mentale et émotionnelle) peut être encombrée d'un schéma corporel nébuleux (mauvaise perception anatomique de son corps) ou de déficiences motrices visibles. **Lorsque la crise corporelle liée à l'adolescence s'ajoute à ce corps « handicapé » déjà perçu plus ou moins négativement, l'estime de soi est doublement impactée.** L'adolescent ayant un TDI peut alors mettre de nouveau en doute sa capacité d'être aimé. **Le jeune s'interroge plus que jamais sur son identité, sur son avenir et sur sa place dans le monde**.

Entre changements psychiques, corporels, quête de soi et limitations liées à la déficience intellectuelle, il peut être nécessaire de proposer à l'adolescent un espace thérapeutique sécurisant où il pourra se découvrir, tant dans ses compétences que dans ses limites, et tant dans son rapport aux autres que dans son rapport à lui-même.

Comment l'art-thérapie peut-elle accompagner des jeunes ayant un Trouble du Développement Intellectuel dans le processus de construction identitaire intrinsèque à cette période charnière et complexe qu'est l'adolescence ?

2. Les arts utilisés

Nous avons proposé, après discussion avec les professionnels encadrant les adolescents de l'Institut-Médico-Educatif (IME) où nous sommes intervenues, des séances d'art-thérapie avec comme dominante l'expression corporelle. D'autres approches artistiques, pour la complémentarité et la richesse qu'elles ont pu apporter, ont été utilisées ponctuellement durant les séances (photographie, musique et chant).

2.1 Média artistique principal : danse et expression corporelle

La danse comme expression du corps en mouvement, est un art dont les origines remontent à l'Antiquité, voire à la Préhistoire : de nombreux témoignages picturaux et littéraires en ont laissé la preuve (gravures rupestres, bas-reliefs en Egypte, motifs ornementaux sur des sculptures en Grèce, textes védiques suggérant l'invention de la danse par la déesse Shiva...). Que sa fonction soit mystique (plaire aux dieux, faire venir la pluie ou le soleil), festive, guerrière (danses de la guerre ou de la chasse), ludique, sociale (provoquer la rencontre en dehors du cercle familial), la danse existe de tout temps et dans toutes les cultures. Elle est l'une des manières dont l'Humain dispose pour communiquer, partager et exprimer ses émotions.

Le mouvement dansé est l'expression de notre relation au monde : « *Danser, c'est lutter contre tout ce qui retient, tout ce qui enfonce, tout ce qui pèse et alourdit ; c'est découvrir avec son corps l'essence, l'âme de la vie, c'est entrer en contact physique avec la liberté.* », disait le comédien et metteur en scène Jean-Louis Barrault. Le mouvement est éphémère, sans cesse construit et déconstruit, et se développe dans l'espace et le temps, selon une énergie donnée par celui qui l'initie (B. LESAGE, 2006). **Le danseur crée ainsi son espace, son temps et déploie son énergie (ou flux) sans pour autant qu'il y ait une finalité instrumentale** puisque le geste est exécuté sans but (ou si but il y a, il ne devient plus qu'un prétexte pour exécuter le mouvement lui-même).

Le mouvement permet aussi d'activer le passage entre le registre des sensations et celui des émotions (et inversement). À ce titre, il **facilite l'identification de nos propres émotions et leur expression non verbale**.

Au regard du public auprès duquel nous intervenons, de ses difficultés motrices et de ses inquiétudes quant au fait de s'exposer en dansant, nous faisons le choix de nous inspirer de jeux corporels issus de notre expérience en théâtre pour, petit à petit, aller vers le mouvement dansé. C'est ce que nous appelons ici « expression corporelle ». Notre expérience en danses traditionnelles, danses de salon et modern-jazz est aussi un réel appui pour accompagner les adolescents dans le cadre des ateliers d'art-thérapie à l'IME.

La danse a aussi la spécificité d'être à la fois un art et un sport, sollicitant ainsi notre corps dans sa dimension organique. Tonus musculaire*, équilibre, motricité*, proprioception* sont évidemment mis au travail lors de l'exercice de la danse. **La danse sollicite le corps dans un rapport sportif, ludique mais aussi expressif** : à la manière de toutes les expressions artistiques, la danse formalise le geste et lui donne une qualité narrative. Le mouvement dansé peut ainsi avoir des vertus libératoires.

2.1.1 Danse et notion d'espace

La spatialité, en danse, est la manière dont on investit l'espace et dont on s'y déploie. La façon dont on occupe cet espace varie d'une personne à l'autre : certains y sont à l'aise et l'occupent tandis que d'autres semblent écrasés par lui, ou l'encombrent. **Le mouvement permet d'investir ou de négliger certains niveaux de l'espace** : explorer le niveau bas (le sol), explorer le niveau intermédiaire (assis ou accroupi par exemple), explorer la hauteur en étant debout voire en essayant de s'élever sur la demi-pointe des pieds ou de sauter. **Ces trois**

niveaux sont chacun liés à un état d'esprit : le niveau bas invite au repos ou à la sensualité mais aussi au jeu avec les tout-petits, le niveau moyen est celui du quotidien, celui du travail, et le niveau haut est celui par lequel on appelle, on fait signe à quelqu'un. Il est associé à la tête, c'est-à-dire au siège de la pensée (B. LESAGE, 2006). Si les niveaux concernent la question de la verticalité de l'espace, il ne faut pas négliger celle de l'horizontalité : **les directions ou plans (droite/gauche c'est-à-dire plan frontal et avant/ arrière, c'est-à-dire le plan sagittal) sont aussi associé(e)s à une symbolique**. L'avant et l'arrière peuvent par exemple renvoyer au passé ou à l'avenir, à la confiance ou à la méfiance (la peur induit un mouvement vers l'arrière, la confiance un mouvement vers l'avant). La gauche et la droite sont également connotées : la gauche renvoie souvent à l'émotionnel et à l'intuition tandis que la droite renvoie à rationalité et à la maîtrise.

Il est donc intéressant d'observer comment les patients peuvent investir un niveau ou une direction car ce n'est pas anodin. B. LESAGE en témoigne : « *Les plans supportent des émotions et des relations spécifiques : le plan sagittal est celui de la confrontation, de l'attaque ou de la fuite [...], le plan frontal est davantage celui de l'être avec.[...] Explorer un plan de mouvement, c'est se donner accès à certaines qualités émotionnelles*».

2.1.2 Danse et notion de temps

Comme pour l'espace, la danse ne peut être dissociée de la notion de temps. À l'instar de la musique (avec laquelle la danse va souvent de pair), la vitesse du mouvement peut être douce, *legato**, tranquille, ou précipitée, nerveuse, urgente, etc.

Selon la vitesse et la durée du geste, la connotation émotionnelle est différente, pouvant aller de la sérénité à la nervosité voire à l'anxiété. Le registre émotionnel peut donc être analysé par l'observation de ce rapport à la temporalité chez le danseur. **Le temps induit par ailleurs des qualités relationnelles très différentes entre les personnes** : peut-on imaginer un couple se dire des mots tendres avec des gestes rapides et une grande agitation corporelle ? À l'inverse, célébrer une victoire sportive avec un ami n'engage pas une temporalité corporelle lente et calme. Le temps est une forme de ponctuation de la danse et nous aide, en tant que spectateur, à décoder les intentions du danseur, à les ressentir émotionnellement avec lui. Si l'on danse soi-même, on peut aussi explorer nos propres émotions en observant notre rapport au temps dans le mouvement, notamment lors d'improvisations. La gestion du temps dans la danse que l'on partage avec un partenaire nous

informe aussi sur notre rapport à l'autre : pour se synchroniser il faut développer l'écoute, et ainsi mettre au travail les compétences d'observation périphérique, d'anticipation et d'attention.

Le rapport au temps peut être externe et provient alors de sons, de musiques, de bruits, ou interne : rythme cardiaque, respiration, musicalité intérieure et temps que l'on estime nécessaire au mouvement. Lors de la danse, il peut être intéressant de prêter attention à l'origine de ce temps pour effectuer des variations en fonction de sa source et/ou conscientiser le lien entre l'expression de notre corps et la temporalité qui y est liée.

2.1.3 Danse et notion de flux

La notion de flux renvoie à la notion de dynamisme énergétique. Elle est en lien avec l'intensité du geste et colore le mouvement. Ce dernier peut être contrôlé, lié, retenu (on peut stopper à tout moment l'action ou la maintenir) ou à l'inverse libre et coulant (suspendre le mouvement est difficile).**Le danseur peut travailler sur la finesse de ce flux et sur ses variations pour explorer diverses manières d'écouler sa charge émotionnelle et ses tensions** : de la liberté jusqu'à l'insouciance et au désespoir ou alors de la maîtrise intérieure à la colère contenue (J. VAYSSE, 2006). L'un n'est pas meilleur que l'autre, mais la modulation des flux permet une nouvelle fois au danseur d'expérimenter différentes vécus relationnels et émotionnels du quotidien. Corporellement, il permet de passer du saccadé au fluide, ou de la contraction au relâchement par exemple.

2.2 Médias artistiques secondaires

2.2.1 Chant et percussions corporelles

Notre voix est au cœur de notre identité. Elle nous est propre, par le son qu'elle produit, son volume, son timbre mais aussi par nos intonations et modulations naturelles.

Bien des gens témoignent de leur difficulté à entendre le son de leur voix sur des enregistrements, ou à oser chanter en public**. Il y a quelque chose de l'ordre de l'intime dans l'expression vocale** et il est parfois difficile de passer outre notre pudeur. Pourtant, entendre le son d'une voix est l'une des premières expériences sensorielles de nos existences puisque nous l'avons vécue dès la vie fœtale, à travers le ventre de notre mère. Après la naissance, berceuses, comptines et explorations vocales ont été parmi nos expériences quotidiennes. Par la voix, nous sommes en mesure d'entendre et **d'exprimer toutes les**

émotions dans leur plus grande subtilité et avec le chant il est alors possible de les sublimer.

Le chant est aussi une manière de prendre conscience de son corps, en sentant les vibrations que procure la projection de notre voix ou sa résonnance dans le masque[15], mais aussi en prenant conscience de sa respiration (B. LESAGE, 2006) et de ses effets sur le plan organique.

Nous nous appuierons sur des chants amérindiens et des jeux vocaux lors des ateliers d'art-thérapie, auxquels nous ajouterons un travail rythmique et percussif avec l'utilisation du « body-tap »[16]. Là encore, les percussions s'inscrivent dans les prémices de l'histoire de l'Homme. Le rythme est utilisé depuis des milliers d'années pour créer et maintenir une santé physique et psychique : chamans mongoles, chamans amérindiens et guérisseurs d'Afrique de l'Ouest utilisaient par exemple les percussions à des fins thérapeutiques. Le tambour chamanique, notamment, est un outil encore utilisé aujourd'hui pour faciliter l'accès à des états de conscience modifiés (transe, relaxation, méditation, hypnose) grâce aux fréquences et aux vibrations qu'il induit. Certains chercheurs tels que l'anthropologue Michael HARNER ont d'ailleurs montré les effets de la fréquence produite par le son du tambour sur l'augmentation de la production des ondes thêta (ondes liées à l'état de relaxation profonde) sur les tracés d'un électroencéphalogramme.

Ajoutons que **le rythme est intrinsèque à notre corporalité ne serait-ce que parce que nous entendons parfois celui produit par notre propre cœur**. La percussion corporelle - ou body tap - amplifie ce rapport au corps puisqu'elle nous invite à taper, toucher différents endroits de celui-ci, et à les éprouver physiquement, invitant ainsi à en saisir les contours, les limites et la sensorialité. Lorsqu'il est pratiqué collectivement, **le « body tap » accentue le sentiment d'appartenance à un groupe et déploie le plaisir du partage**.

---

[15] « Chanter dans le masque » signifie chercher à activer la vibration dans les cavités creuses, membranes et résonateurs situées dans nos sinus et notre tête.

[16] Percussions corporelles

2.2.2 Photographie

La photographie, étymologiquement « l'écriture de la lumière », est un procédé qui a été inventé au début du XIXème siècle. De ses débuts avec l'héliographie[17] aux appareils numériques d'aujourd'hui, c'est une pratique qui a pris un essor considérable. Depuis quelques années, la grande majorité de la population possède un appareil numérique capable de photographier, et les images sont absolument partout autour de nous (publicités, réseaux sociaux, magazines, etc**.). Les nouvelles pratiques en photographie en font un outil pour « se montrer » (par exemple avec les « selfies »), se définir une identité** (ou du moins une identité numérique, c'est-à-dire construite pour le net) et communiquer avec les autres.

La photographie, c'est aussi apprendre à renoncer. Si la technique et l'accès au numérique a permis de grands progrès pour nous permettre d'accéder à un rendu de plus en plus fidèle à notre expérience sensorielle, elle reste parfois insuffisante : il est courant de devoir renoncer à transmettre par la photographie ce que notre regard, notre sensibilité et notre cerveau perçoivent d'un instant, d'une émotion, d'une lumière… En cela, la photographie nous apprend à accepter de ne pas pouvoir garder une trace concrète de notre expérience et nous invite à simplement vivre l'instant, à nous centrer sur nos autres sens, à accepter de lâcher-prise sur notre désir de "stopper le temps". Cette renonciation peut aussi nous inviter à nous surpasser et à transmettre une émotion différemment, à trouver un nouvel angle de vue, une nouvelle manière de traiter un sujet, etc.

La photographie peut être pratiquée dans le cadre d'une recherche artistique ou non puisqu'elle est aussi un moyen de figer l'instant et d'en garder une trace, sans forcément y mettre d'intention créatrice. Pour autant, ce rôle de « mémoire » est indéniable. La photographie semble avoir **le pouvoir d'ancrer un instant dans le temps pour le faire durer davantage**. Une photo peut être documentaire, artistique ou par exemple faire partie d'un roman familial, d'un récit historique. Elle peut être le déclencheur de nombreux souvenirs, et des émotions qui y sont associées.

[17] L'héliographie est le tout premier procédé photographique inventé par Joseph Niepce (1765-1833), vers 1822. C'est en étudiant le bitume de Judée , qu'il découvre le principe de l'héliographie. Le bitume de Judée ayant des propriétés sensibles à la lumière du soleil, son procédé permettait d'imprimer une image sur une plaque de métal pour ensuite la transférer sur du papier (photogravure).

3. INTERET DE L'ART-THERAPIE AUPRES DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE DE LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE

3.1 L'art-thérapie : définitions

L'art-thérapie est l'héritage de courants de pensées philosophiques, psychologiques, artistiques et médicaux. Elle est une technique de soin qui s'appuie sur le **processus de création pour atteindre des objectifs thérapeutiques**. Tous les médiums artistiques peuvent être employés à cet effet : musique, peinture, danse, théâtre, chant, modelage, écriture, vidéo, etc.

L'art-thérapie peut être pratiquée en institution, à domicile ou encore en cabinet et peut être employée auprès de groupes ou en individuel. Elle peut être proposée à une grande diversité de publics en difficulté psychologique et/ou physique, quelles que soient les "blessures" qu'ils rencontrent ou ont rencontrées.

L'un des intérêts majeurs de l'art-thérapie est **qu'elle permet une expression de la douleur et de la souffrance autre que verbale, permettant ainsi un accès alternatif au soin pour toute personne entravée d'une quelconque manière dans sa capacité de verbalisation**. Elle a aussi l'avantage de ne présenter aucun effet secondaire négatif contrairement à une médicamentation, à condition d'être pratiquée avec toutes les précautions nécessaires.

Grâce à un cadre thérapeutique rassurant, construit et adapté à chaque patient, l'art-thérapeute peut accompagner la personne dans la (re)connaissance de soi, dans la transformation de soi et dans la (re)construction de soi.

3.2 L'art-thérapie en Institut Médico-Educatif (IME) auprès d'adolescents ayant une déficience intellectuelle

Les adolescents que nous avons rencontrés à l'Institut Médico-Educatif sont tous sujets à un TDI(avec pour la plupart un ou plusieurs troubles associés) et sont concernés par des difficultés d'ordre psychomotrice, psychiques et émotionnelles. Ce handicap implique qu'ils soient peu structurés dans leur corps et dans la relation à l'autre. Or, ce manque de structuration est aussi le propre de l'adolescent. **Les limites intrinsèques à leur handicap se mêlent alors à cette étape de transition qu'est l'adolescence, bouleversant leur estime de soi et leur processus d'individuation**, **leur quête identitaire**.

3.2.1 L'art-thérapie :l'espace des possibles

Pour les adolescents ayant un TDI, il est essentiel de proposer un cadre thérapeutique sécurisant : des changements non anticipés ou un art-thérapeute qui manquerait de fiabilité

pourraient générer de l'anxiété et empêcher le bon déroulement de l'atelier. Le cadre doit être à la fois contenant et bienveillant, conditionnant ainsi l'expression libre vers laquelle l'art-thérapeute cherche à amener le patient. Il permettra aux patients **d'explorer et d'aller à la rencontre de lui-même que ce soit au niveau relationnel, corporel ou intrapsychique**. Par exemple, les jeunes qui ont des difficultés à ajuster leur présence et leurs interactions peuvent expérimenter corporellement les nuances du trop ou du trop peu à travers les jeux proposés en séance d'art-thérapie

Cet espace protégé est aussi garanti par l'art-thérapeute qui par sa juste présence[18] invite le patient à explorer sa créativité, ses émotions, son plaisir de faire et de ressentir : en somme, à s'aventurer dans cet espace des possibles qu'est l'atelier d'art-thérapie.

3.2.2 L'art-thérapie : revaloriser l'estime de soi

Nous l'avons dit précédemment en abordant la notion de stigmate, l'estime de soi est malmenée chez les personnes ayant un TDI. Qu'il s'agisse de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes ou de celle qui leur est renvoyée par une société normative, il leur est difficile d'accéder à une auto-évaluation positive de leur personne. **Cette estime de soi est également diminuée en raison de compétences émotionnelles limitées** par le handicap : en effet, selon G. DUCLOS, **l'accès à une bonne estime de soi est conditionné par la connaissance de soi**, et donc par la capacité à faire le point sur ses propres émotions en les identifiant et en les exprimant.

L'art-thérapie est un moyen pertinent pour travailler sur l'estime de soi des adolescents ayant un TDI : **elle invite à l'identification et à l'expression des émotions, sans que cela ne soit forcément verbal (même si parfois elle y conduit) et pose la question de la connaissance de soi**. Par son regard et son écoute, le thérapeute (et parfois le reste du groupe) devient le témoin de ce qui n'est pas forcément conscient chez le patient : avec le média que nous utilisons, le corps dansant pourra traduire un langage verbal en une gestualité, en postures, en mimiques expressives dont le spectateur sera le témoin. Grâce à ce regard sur ce langage du corps, le danseur peut se sentir « éprouvé » par le spectateur et ainsi prendre conscience de ses propres émotions.

[18] Nous employons le terme de « juste présence » pour signifier, à l'instar du terme répandu de « bonne distance », une posture professionnelle équilibrée et adaptée dans la relation au patient. Cette « juste présence » implique d'accueillir l'autre dans sa singularité, de réfléchir aux impacts subjectifs de la relation soignant/soigné et d'établir des règles de respect mutuel.

Ajoutons que **créer revient à agir et ainsi à devenir acteur**, favorisant ainsi l'accès à la confiance en soi et donc à une meilleure estime de soi.

3.2.3 L'art-thérapie : développer son identité

Nous l'avons dit : la danse, en art-thérapie, permet de mettre en scène le corps, les émotions et d'exprimer les problématiques à travers le mouvement. Elle permet aussi de **revisiter les bases de la communication à travers une expression non-verbale**. Grâce au groupe, les adolescents peuvent expérimenter différentes formes relationnelles et **créer des interactions avec les autres, engageant leur corps dans la rencontre**. **En partageant leurs émotions, leur imaginaire, leurs désirs, ils affirment ainsi leur identité** : selon la psychiatre et danse-thérapeute J. VAYSSE (2006), un danseur s'appuie sur une motivation personnelle pour la tourner vers autrui, lui permettant ainsi d'explorer sa propre singularité.

Exprimer sa singularité, sa différence, est valorisé en art-thérapie puisque les élans créatifs sont perçus comme des potentiels. Aller à la rencontre de soi dans cet espace protégé, sans jugement, **permet aux adolescents ayant un TDI (ou non) de s'affirmer dans une identité différenciée et cohérente**. De plus, l'art-thérapie permet l'accès à une mallette de ressources qui leur seront utiles dans leur vie actuelle mais aussi dans leur transition vers l'âge adulte. Selon ROTHENBERG (1990), c'est d'ailleurs à l'adolescence que vont apparaître la motivation et la capacité à créer. C'est en ce sens le moment ou jamais pour inviter à la création et à l'expression de soi et de son unicité. L'adolescence étant aussi une période de bouleversement identitaire, cela peut avoir un impact sur la créativité des adolescents. **L'art-thérapie est un moyen adapté pour accompagner ce bouleversement à la fois identitaire et créatif tout en permettant de surmonter l'anxiété, le stress et les difficultés liées aux tâches développementales de l'adolescence et aux conséquences d'un handicap intellectuel**.

PARTIE II : MATERIELS ET METHODES

1. MATERIELS

1.1 Présentation de la structure : l'Institut-Médico-Educatif Val-Lorie

1.1.1 De l'association à l'institution

L'IME Val-Lorie est un établissement de la périphérie nantaise faisant partie de l'association APAJH44 (Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés de Loire-Atlantique), créée en 1970, s'engageant pour l'inclusion des personnes handicapées (notamment en milieu scolaire). L'APAJH44 est rattachée à l'APAJH, association nationale créée en 1962 fédérant plus de 93 associations sur le territoire français afin d'accompagner tous les handicaps et dans tous les âges de la vie.

L'un des objectifs prioritaires del'APAJH44 est de« *faciliter et d'accompagner le passage à la vie adulte la plus autonome*[19] ». Elle à la fois une association militante et une association gestionnaire d'établissements de service médico-sociaux.

Parmi eux a été créé en 2005 l'IME du Val-Lorie.

1.1.2 Le public accueilli au sein de l'IME

L'IME a un agrément permettant d'accueillir **une quarantaine de jeunes de 14 à 20 ans présentant un Trouble du Développement Intellectuel léger ou moyen** sans trouble associé. Sur ce second point, la réalité est toute autre puisqu'aujourd'hui, et par manque d'alternative possible, la **majorité des jeunes accueillis présentent des troubles associés** (Troubles du Spectre Autistiques et troubles psychologiques notamment). Les jeunes sont accueillis après autorisation et notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'IME a pour mission de « *favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne, sociale et professionnelle* ». C'est un IME qualifié de « SIPFP », c'est-à-dire « Section d'Initiation aux Premières Formations Professionnelles ». En ce sens, les activités proposées entendent favoriser le développement de compétences utiles dans le milieu professionnel. Ces activités se déclinent en temps scolaires, en ateliers sportifs, en ateliers préprofessionnels

[19] Cf. Projet d'établissement de l'IME-SIPFP Val-Lorie

(menuiserie, espaces verts, blanchisserie, couture, cuisine, etc.), et en ateliers d'ouvertures sur le monde et de gestion du quotidien.

À ces ateliers aux enjeux éducatifs peuvent s'ajouter des temps aux objectifs thérapeutiques : groupes de paroles et possibilité de prise en charge par une psychologue ou une psychomotricienne.

Chaque jeune bénéficie d'un Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA*) exigé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce projet s'appuie sur ses propres demandes ainsi que sur celles de sa famille. Il est ensuite formalisé et mis en œuvre par l'ensemble de l'équipe de l'IME. Ce PIA permet de rendre acteurs le jeune et sa famille dans la prise en charge, et tend à garantir le respect de ses besoins, de ses envies, et de ses valeurs tout vérifiant que ceux-ci ne soient pas trop éloignés d'une réalité possible.

1.1.3 L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe de l'IME du Val-Lorie est composée de :

- Une cheffe de service
- Une secrétaire
- Une psychologue (3 jours et demi par semaine)
- Un psychiatre (1 jour par semaine, sur les temps de réunion)
- Une psychomotricienne (2 jours par semaine)
- Des moniteurs éducateurs
- Des éducateurs spécialisés
- Un éducateur sportif
- Des éducateurs techniques

Disposer d'une équipe pluridisciplinaire garantit aux jeunes et à leur famille une analyse des besoins et des attentes par des « regards croisés ». **L'expertise de chaque professionnel dans son champ de compétence conduit à une approche globale de la situation singulière de chaque jeune dans son environnement** pour aboutir à un accompagnement personnalisé adapté.

La parole doit pouvoir circuler entre les professionnels, que ce soit sur des temps formels (réunions hebdomadaires et réunions de synthèse) ou informels (durant les pauses, par exemple) garantissant ainsi la cohérence du travail mené auprès des jeunes.

Si toutefois une prise en soin est nécessaire à l'extérieur de l'établissement, les professionnels ont la possibilité d'orienter la famille vers des praticiens en libéral (suivi orthophonique par exemple).

1.2 Le choix des patients

Avant de choisir des patients et de mettre en place les séances, nous avons passé plusieurs journées avec les jeunes de l'IME, participant à leurs divers ateliers. Nous avons ainsi découvert leur quotidien et appris à en connaître certains. Ce temps passé avec eux et avec l'équipe a été particulièrement précieux : il nous a permis d'être repérées par les jeunes et de commencer à établir quelques observations pour la suite de notre travail.

Au moment où nous évoquons le projet d'art-thérapie avec l'équipe pour en expliquer le sens, les différents membres de celle-ci trouvent qu'un support de danse et d'expression corporelle (pratique quasi inexistante à l'IME) serait un plus, notamment pour certains jeunes qui en expriment l'envie ou pour qui cela pourrait être porteur.

Après cette présentation à l'équipe, nous avons pris un temps d'échange avec la cheffe de service et la psychologue. Pour elles, les ateliers auraient été pertinents pour la grande majorité des jeunes accueillis à l'IME, mais une sélection a dû être faite. **Les critères ont été définis en fonction de la faisabilité du projet en termes d'emploi du temps, de cohérence des groupes et d'objectifs de travail**.

Les séances d'art-thérapie se faisant uniquement sur la base du volontariat, nous avons donc rencontré chacun des jeunes « présélectionnés » pour **leur parler plus en détails de l'art-thérapie et obtenir leur adhésion**.

Nous proposerons les ateliers à une douzaine de jeunes. Dix d'entre eux accepteront :

- Deux groupes de trois jeunes chaque vendredi, pendant 1h30 chacun (média principal : la danse), pendant 8 semaines
- Un groupe de trois jeunes, en coanimation avec l'éducateur sportif, chaque jeudi pendant 1h30 (média principal : la danse), pendant 8 semaines
- Une prise en soin individuelle chaque vendredi pour une jeune pendant 1h15 (média principal : les arts-plastiques), pendant 6 semaines (mais seulement 4 séances effectives)

Dans ce travail nous n'aborderons pas la prise en soin individuelle.

1.3 Les objectifs de prise en charge : des objectifs de groupe aux objectifs individuels

Les objectifs de prise en charge de l'établissement pour l'ensemble de ces jeunes sont :

- **Favoriser l'autonomie**
- **Favoriser la confiance en soi**

Dans le cadre de notre mémoire, nous aborderons le travail mené auprès de deux jeunes que nous avons suivies dans deux ateliers différents : un groupe où nous sommes intervenues seules (groupe 1) et un groupe avec co-intervention d'un éducateur sportif (groupe 2).

Notre objectif général étant de favoriser la construction identitaire chez les adolescents ayant un Trouble du Développement Intellectuel, la mise en place d'objectifs intermédiaires nous a été nécessaire.

Comme les groupes ont été formés de sorte que leur composition soit pertinente et adaptée aux jeunes, nous avons fait le choix d'établir **dans un premier temps des objectifs collectifs et transversaux** qui permettraient de guider le contenu de nos séances.

Objectifs thérapeutiques du groupe 1 :

Dimension psycho-sociale : travailler les interactions sociales avec les pairs, comprendre sa place dans le groupe, travailler la confiance en soi

Dimension organique : travailler la coordination, la proprioception, le tonus musculaire et le sens du rythme

Dimension émotionnelle : diminuer l'anxiété*, exprimer ses émotions, gérer ses émotions

Objectifs thérapeutiques du groupe 2 :

Dimension psycho-sociale : travailler le lien à l'autre (pairs et adultes), communiquer ses besoins, travailler la confiance en soi et en l'autre

Dimension organique : travailler la coordination, le tonus musculaire, l'image du corps

Dimension émotionnelle : exprimer ses émotions

À ces objectifs de groupe, nous avons ensuite ajouté des **objectifs individuels** pour accompagner les jeunes au plus près de leurs besoins.

1.4 Stratégies thérapeutiques

1.4.1 L'espace

La danse et l'expression corporelle sont des activités nécessitant un lieu adapté tant la notion d'espace y est centrale. Nous avons ainsi fait tout notre possible pour obtenir des salles suffisamment grandes et insonorisées afin de ne pas être limitées dans notre intervention. Il était aussi important pour nous que le lieu des ateliers soit toujours le même d'une semaine sur l'autre, notamment en raison des difficultés d'adaptation que présentaient certains jeunes.

Cet espace nécessaire à une expression du corps sans contrainte est essentiel puisqu'au-delà de l'aspect pratique, il permet un espace symbolique de liberté. Ce sentiment de liberté est particulièrement lié à la danse qui ne saurait être épanouissante dans un espace trop contraint. Un lieu adapté permet de pouvoir explorer cette notion d'espace, composante essentielle que nous avons détaillé plus haut, sans entrave d'ordre matérielle.

1.4.2 Le temps

Toujours dans un souci de réassurance, il était nécessaire que nos ateliers aient lieu à des jours et horaires fixes.

Les jeunes de l'IME ont aussi besoin de davantage de temps que des adolescents dits « ordinaires » pour réaliser leurs diverses tâches. C'est un constat rendu évident lors de notre semaine d'observation au sein de l'établissement. Il nous semblait donc primordial de respecter ce besoin et de proposer des séances assez longues (1h30) qui leur permettraient à la fois d'être détendus quant aux contraintes horaires mais aussi de proposer des temps de pause si nécessaire :**leur grande fatigabilité était aussi à prendre en compte**, d'autant plus avec un média qui engage le corps et les muscles.

Toutefois, des séances plus longues n'auraient sans doute pas été pertinentes, leurs difficultés de concentration et d'attention ne leur permettant pas d'investir les séances sur des durées trop importantes. De plus, les séances s'inscrivaient dans un emploi du temps normé au sein de l'IME, imposant une pause d'une demi-heure à heures fixes. Priver les jeunes de cette pause récréative n'était pas envisageable.

1.4.3 Stratégies thérapeutiques : prérequis à la prise en soin

Nous l'avons dit : chaque jeune est différent et nous devons individualiser la prise en soin à tout prix, même s'il s'agit de séances de groupe. Pour cela, il a été essentiel de travailler en amont des séances sur la manière dont nous allions procéder.

Pour commencer, **nous avons proposé un entretien individuel** à chaque jeune afin de :

1) Lui expliquer ce qu'était l'art-thérapie. Pour la grande majorité, c'était un terme inconnu. Le mot « art » était lui-même méconnu ou seulement associé à la peinture. Le terme « thérapie » était plus familier même si seulement associé au psychologue.
2) Lui proposer de faire partie des ateliers, en précisant qu'il pouvait venir à la première séance simplement pour découvrir, sans engagement.
3) Apprendre à le connaître : ses attentes, ses goûts, ses craintes, ce qu'il identifie pour lui comme difficultés ou facilités.
4) Proposer un temps privilégié d'échange libre, permettant aussi de poser les jalons de la future alliance thérapeutique.

Les déficits cognitifs propres à leur handicap ne permettant pas toujours d'avoir un échange verbal et/ou à une bonne compréhension mutuelle, ces entretiens n'ont parfois pas permis d'identifier leurs attentes et leurs besoins. Même si nous avons eu connaissance des dossiers médicaux et des retours de l'équipe, nous souhaitions trouver une alternative à ces entretiens individuels pour mieux connaître les jeunes et leur permettre d'être acteurs dans le choix des objectifs individuels.

Nous avons donc **fait une séance d'observation afin de définir les objectifs individuels de chaque patient. Cette séance a permis aux jeunes d'être rassurés et de mieux comprendre ce qu'était un atelier d'art-thérapie. Elle a aussi permis une observation plus fine de leurs compétences et difficultés**. Elle a aussi, pour certains, permis de verbaliser des attentes qui n'avaient pas été formulées en entretien.

1.4.4 Le travail en équipe

La majorité des séances se sont déroulées sans co-intervention. **Afin d'assurer une prise en soin adaptée, nous avons sollicité les différents professionnels à plusieurs reprises pour connaître leur retours et conseils sur certaines observations que nous avions faites en séance**. La bonne connaissance des jeunes qu'ont les divers professionnels de l'équipe et leurs approches pluridisciplinaires ont été précieuses pour ajuster notre travail et mieux comprendre nos patients.

Nous avons travaillé en binôme avec l'éducateur sportif pour l'un des trois groupes de prise en soin. Ce travail de coanimation nous semblait pertinent tant en raison du profil des jeunes de ce groupe (difficultés diverses dans le lien à l'autre) que pour la richesse d'une intervention à deux. L'éducateur sportif s'est positionné en soutien durant ces séances, nous laissant les animer et les créer, mais apportant de précieuses observations tout en représentant un repère stable et connu pour les jeunes.

1.5 Organisation des séances

Les séances sont hebdomadaires et d'une durée d'1h30, incluant le temps que les jeunes se mettent en habit de sport. Les contraintes institutionnelles ne nous ont pas permis de faire les séances dans une salle dédiée pour deux groupes sur les trois. Nous réorganisions donc chaque semaine la salle de réunion afin de la rendre agréable et adaptée à nos séances d'art-thérapie (coussins, tapis de sol, musique, tissus, quelques objets attisant la curiosité). Pour le troisième groupe, nous avons pu bénéficier d'une salle de psychomotricité de grande taille dans un collège voisin à l'IME (la salle étant mise à disposition dans le cadre d'un partenariat entre l'APAJH44 et le collège).

Le déroulement d'une séance se faisait en plusieurs phases, quasiment identiques d'un groupe de soin à l'autre :

1. **Accueil** et temps pour aller se changer si ce n'est pas déjà fait. Pour le groupe dans la salle de psychomotricité, temps de trajet en voiture jusqu'au collège (non inclus dans les 1h30 de séance).
2. Un temps intitulé « **Quoi de neuf ?** » pour inviter aux échanges et **prendre connaissance de leur état émotionnel**. Dans le groupe 1, un support visuel grâce au

jeu « Speech »[20] était associé à ce « Quoi de neuf » car l'une des patientes avait des troubles sévères de l'expression et de la compréhension verbale.

3. **Un temps calme**, allongé, sur une musique relaxante pendant 3-4 minutes. Ce temps permettait aux jeunes de couper avec les tribulations de la journée (transports, agitation à l'IME, etc.) et de se centrer sur eux. C'est ce qui marquait l'ouverture de la séance.
4. **Un temps d'échauffement** (déambulations dans l'espace avec ajout de consignes, échauffement corporel et vocal).
5. **Un temps de jeux corporels et interactifs** (usage de ballons, tissus, balles, ou jeux d'équilibre, dans le noir, etc.).
6. **Un temps consacré à la danse** (apprentissage d'une petite chorégraphie ou improvisation).
7. **Un temps de relaxation** pour clore la séance, suivi de **l'auto-évaluation et d'un échange**.

1.6 Méthodes d'évaluation

L'évaluation de nos séances permet de revenir sur les objectifs thérapeutiques préalablement définis afin d'identifier si ceux-ci sont bien pertinents et s'ils sont en voie d'être atteints ou non. L'évaluation se fait ainsi grâce à des indicateurs, **c'est-à-dire des critères précis et mesurables** sous forme d'items qui permettront de proposer une évaluation plus objective.

L'évaluation se fait tout au long de la prise en soin afin de réadapter les séances en fonction des observations faites. Elle est complétée d'une auto-évaluation du patient dès que cela est possible.

1.6.1 Choix des items

Nos items d'évaluation sont inspirés de tests psychométriques scientifiquement validés. Voici les différentes échelles qui nous ont servies à établir nos items :

- Pour évaluer la confiance en soi : l'Echelle d'estime de soi de Rosenberg

[20] « Speech » est un jeu qui est composé d'images simple (Ex : Un père noël, quelqu'un qui rit, quelqu'un qui mange, la planète terre, etc.). Chacun choisissait une image qui lui « parlait » et en disait quelque chose, à la manière d'un photolangage.

- Pour évaluer l'affirmation de soi : Echelle d'affirmation de soi de Rathus
- Pour évaluer la conscience du corps et le plaisir : Items inspirés du QIC (Questionnaire d'Image Corporelle)
- Pour évaluer l'anxiété :STAIC-S (échelle d'auto-évaluation de l'anxiété chez l'enfant)
- Pour évaluer les compétences relationnelles : échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Afin de compléter notre grille d'évaluation, nous avons ajouté des items propres à l'art-thérapie afin d'évaluer le lâcher-prise.

Voici quelques exemples d'items issus de l'une de nos grilles d'évaluation[21] :

	1	*2*	*3*	*4*	*5*
Accepte de rentrer dans l'activité	Refus catégorique et clair	Met en place des stratégies d'évitement	Quelques résistances	Faibles hésitations	Aucune hésitation
Dévalorisation de soi-même	Extrêmement forte	Très forte	Forte	Faible	Aucune
Absence de tensions internes	Irritabilité, anxiété Repli sur soi	Irritabilité et anxiété fortes mais sans repli sur soi	Irritabilité et anxiété présentes mais contenues	Irritabilité et anxiété faibles	Absence de tensions internes
Capacité d'improvisation	Refus d'improviser	Esquisse quelques mouvements	Improvise mais n'exprime pas de plaisir	Improvise avec plaisir mais répète les mêmes mouvements	Improvise, exprime du plaisir, se laisser porter par la musique

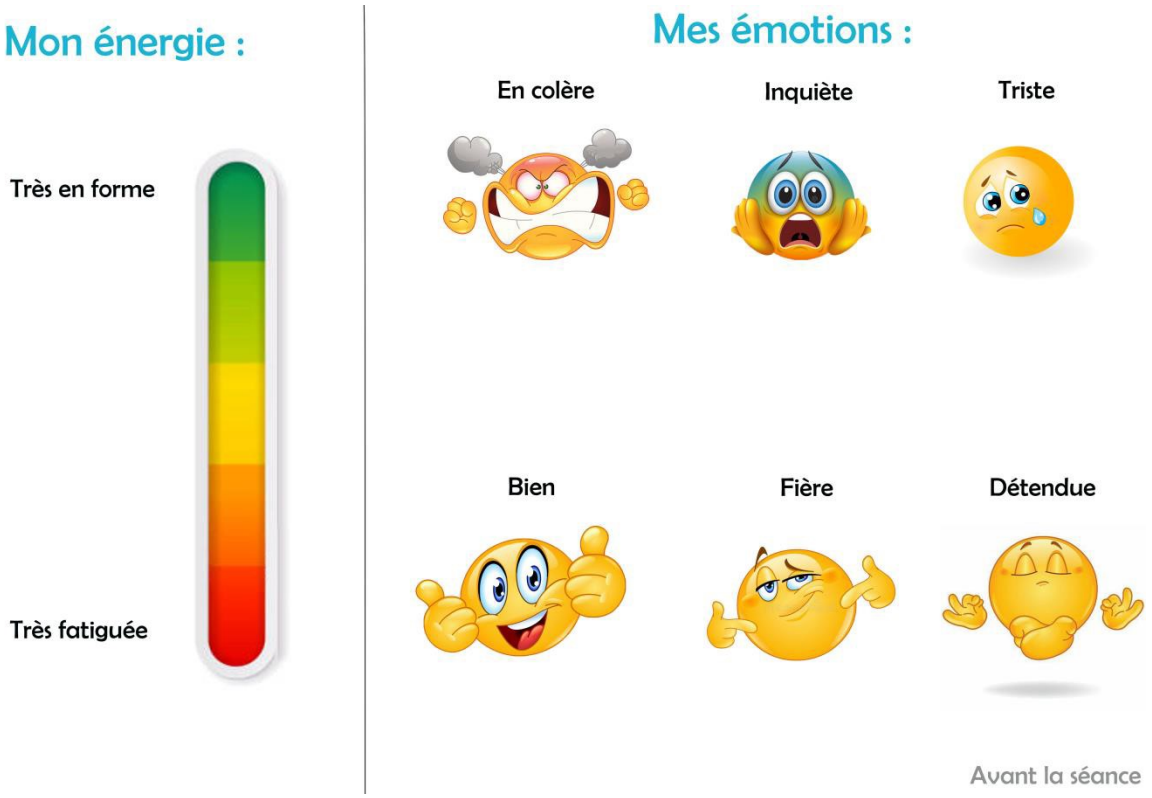
1.6.2 Auto-évaluations

Nous avons proposé à chaque participant de s'auto-évaluer en début et en fin de séance. Ces **auto-évaluations leur permettaient de faire un point sur leur état physique et émotionnel, favorisant une prise de conscience de ceux-ci**.

Les auto-évaluations ont été pensées en deux temps :

[21] Visibles en annexes

1) Un temps individuel avant et après la séance pour remplir une feuille d'auto-évaluation. Cette feuille d'auto-évaluation a été explicitée auprès des jeunes, et leur permettait de faire le constat de l'évolution de leur état émotionnel et corporel avant et après séance. Certains ont fait le choix d'y ajouter des annotations pour préciser cet état émotionnel (Exemple : « *Je suis en colère parce que X m'a insulté(e)* »).



Exemple de feuille d'auto-évaluation, adaptée au public.

2) Un temps d'échanges collectif en fin de séance, durant lequel chacun prenait la parole à tour de rôle pour faire un bilan sur la séance. Nous avons ensuite pris en note les éléments principaux de ces bilans oraux. Ce temps d'échanges avait une importance majeure car la feuille d'auto-évaluation n'était pas pertinente pour tous les jeunes, notamment pour ceux présentant des Troubles du Spectre Autistique (difficulté à décoder les émotions des emojis*, difficulté à comprendre qu'il s'agit de s'auto-évaluer à un instant T et non sur une longue durée).

1.7 Résultats attendus

Nous émettons l'hypothèse que le travail mené en art-thérapie auprès de ces adolescents permettra :

- Une **meilleure confiance en soi et affirmation de soi** grâce à la participation active à une activité valorisante et **grâce au développement d'une créativité propre à soi**
- Une **diminution de l'anxiété** grâce à un cadre sécurisant et des activités artistiques et corporelles permettant le lâcher-prise et la détente
- Un mouvement positif **vers la socialisation**[22]grâce à la participation à des ateliers de groupe et à des interactions ludiques et bienveillantes
- Une **remobilisation corporelle** à travers le jeu et le plaisir, permettant un mieux-être global et une **meilleure image de soi**

Ces différentes retombées attendues sont en lien avec notre hypothèse de départ : l'art-thérapie, via la médiation de la danse, est un moyen de favoriser la construction identitaire chez l'adolescent ayant un Trouble de la Déficience Intellectuelle. Rappelons que la construction identitaire est un processus dynamique qui engage : l'estime de soi, l'image de soi, le soi social et le sentiment de sa propre individualité (c'est-à-dire le sentiment d'être singulier).

2. METHODES

2.1 Etude de cas n°1 : Ariane

2.1.1 Anamnèse*

Ariane a 18 ans et est arrivée à l'IME en 2020 après un parcours au collège dans une classe ULIS (Classe Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire).

Elle est née avec une malformation du cervelet appelée le syndrome de Macrocéphalie-malformation capillaire ou M-CM (en anglais *Macrocephaly-capillary malformation).* Il s'agit d'une maladie génétique rare qui provoque une hyper croissance de certaines parties du corps dont la tête. Ce syndrome est détecté à la naissance en raison d'un périmètre crânien significativement plus important que la normale. Il arrive (et c'était le cas pour Ariane) qu'au syndrome MC-M s'ajoute une hydrocéphalie, c'est-à-dire un volume trop important du

[22]Socialisation : *« Processus par lequel les individus intériorisent les normes et valeurs d'une société dans laquelle ils évoluent. La socialisation procède donc d'un apprentissage : l'individu, de par les multiples interactions qui le relient aux autres, apprend progressivement à adopter un comportement conforme aux attentes d'autrui.* » Riutort, Philippe. « La socialisation. Apprendre à vivre en société », , *Premières leçons de sociologie.* sous la direction de Riutort Philippe. Presses Universitaires de France, 2013, pp. 63-74.

liquide cérébro-spinal, liquide jouant un rôle majeur dans la protection des neurones. Cette hydrocéphalie provoque chez le petit enfant des troubles de la marche et de l'équilibre, des troubles urinaires et des perturbations cognitives. Malgré une opération ayant pour objectif de diminuer les symptômes de l'hydrocéphalie à l'âge de 4 ans, Ariane a gardé d'importants troubles cognitifs (troubles de l'abstraction*, troubles attentionnels*, troubles logico-mathématiques*)ainsi que des troubles oculomoteurs*. Elle peut avoir des difficultés à se repérer dans le temps. Elle a aussi un strabisme divergent qui peut la gêner lorsqu'elle est confrontée aux escaliers ou aux dénivelés.

Le syndrome M-CM entraîne chez Ariane une légère asymétrie corporelle, de l'hypotonie*, un retard de développement, et une grande fatigabilité. Sa déficience intellectuelle est considérée comme légère mais des traits autistiques sont notés (nous l'évoquerons ci-après).

Ariane apprécie son quotidien à l'IME et investi les différentes activités. Elle n'évoque pas de projet professionnel mais ses ateliers préprofessionnels favoris sont la blanchisserie et la restauration car elle aime beaucoup cuisiner. L'équipe note par ailleurs qu'elle peut manger de manière compulsive et hâtive.

Ariane se présente à nous avec enthousiasme. Elle parle de ses loisirs avec plaisir : elle aime beaucoup la musique et pratique le piano et la guitare. Elle a pris des cours de chant et de karaté. Elle évoque également sa sœur aînée pour laquelle elle semble exprimer de l'admiration. Nous avons peu d'éléments sur son environnement familial, mais l'équipe éducative nous signale qu'Ariane a une place privilégiée au sein de sa famille et peut parfois être surprotégée. Cette surprotection s'illustre par une tendance à céder à ses plaintes et à ne pas lui demander de faire des efforts pour se dépasser.

Quand nous demandons à Ariane ce qu'elle n'aime pas, elle évoque sa phobie des aspirateurs et le fait d'être touchée. Elle peut facilement se plaindre de douleurs somatiques localisées dans le ventre et de nausées (qu'elle qualifie de « mal au cœur »). Nous observons une adolescente qui exprime ses émotions sans pouvoir nuancer : elle est extrêmement joyeuse et enthousiaste puis extrêmement en colère ou fatiguée, et verbalise tout ce qu'elle ressent sans pouvoir se contenir.

Ariane est une jeune qui est repérée par l'équipe éducative comme anxieuse. Elle peut être rassurée par les adultes mais est plus insécurisée dans sa relation à ses pairs, ayant

notamment beaucoup de difficulté à gérer émotionnellement la moquerie à son égard. Elle entretien peu de relations avec les autres jeunes et n'est pas réellement en mesure d'entretenir une relation réciproque, restant centrée sur elle-même.

Autre prise en charge : suivi psychologique et en psychomotricité.

Traitement médicamenteux : aucun.

2.1.2 Troubles associés

Si l'autisme n'a pas (encore ?) été diagnostiqué à ce jour, certains éléments laissent penser aux professionnels qu'elle pourrait avoir un TSA* en plus de son retard de développement. Les traits autistiques que présentent Ariane sont :

- Absence d'intérêt pour les autres
- Manière parfois inappropriée d'entrer en relation avec les autres
- Difficulté dans les jeux d'imagination
- Evite le contact visuel
- Préfère ne pas être touchée
- Difficulté à élaborer autour de ses sentiments et des émotions

2.1.3 Objectifs thérapeutiques

Ariane faisait partie du groupe 1, c'est-à-dire sans co-intervention.

Les <u>objectifs individuels</u> pour Ariane étaient :

OG1[23] : Développer la confiance en soi et en l'autre

OI1 :Oser expérimenter et dépasser ses peurs

OI2 : Développer des interactions sociales réciproques (prise en compte de l'autre)

OG2 : Diminuer l'anxiété, favoriser le bien-être

OI1 : Ressentir du plaisir

[23] OG : Objectif général

OI : Objectif intermédiaire

OI2 : Exprimer ses émotions

OI3 : Être capable de lâcher-prise

2.1.4 Séances d'art-thérapie

Lieu des séances : salle de réunion réaménagée.

Nous intervenons seules auprès du groupe, chaque vendredi après-midi.

Ariane	**Séance n°1**	**12/11/2021**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation sur musique douce - Se présenter en choisissant une image du Speech - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, de hauteur, bouger certains membres, accroupie, sur la pointe des pieds/sur les talons, en levant les genoux - Jeux : jeu de la statue (marcher puis stop quand musique s'arrête) ; Par deux : le ballon de baudruche est fragile, ne doit pas tomber au sol. Puis 2 ballons. Puis tous ensemble avec 4 ballons. - Sur musique lente, danse en miroir 2 par 2. Reproduire le mouvement de l'autre. - Relaxation sur musique douce - Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.		
Commentaire : Ariane indique être malade dès le temps d'accueil (maux de gorge, maux de tête, fatigue). Elle indique quand même avoir attendu cette première séance avec impatience. Ariane choisit la carte qui représente une forêt car « *il fait beau et j'aime bien* ». Tout de suite après les échauffements lors desquels elle a beaucoup ri, elle s'assied, exprimant de la fatigue. Il faudra la remobiliser par des encouragements verbaux pour qu'elle participe au jeu de la statue. Elle refusera les activités à deux (comme celle du miroir) mais se joindra aux activités en groupe entier avec plaisir. Ariane indique avoir très peur que les ballons éclatent et se place d'abord dans le refus de faire. Ce refus est expliqué par sa fatigue, le fait qu'elle n'aime pas les ballons, le fait qu'elle ait mal partout... Pourtant elle se joint au jeu avec les ballons quand tout le groupe s'y met. Plusieurs fois durant les activités, elle a besoin que nous l'aidions à se recentrer. Elle se fait facilement mal, et présente une certaine rigidité corporelle et un manque de souplesse. Nous terminons la séance avec la relaxation et lui proposons de la masser avec les ballons de baudruche, ce qu'elle accepte avec plaisir. Ariane dit vouloir revenir la séance suivante et nous saluera systématiquement avec énergie quand elle nous croisera dans les couloirs le reste du temps.		

Ariane	**Séance n°2**	**19/11/2021**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation sur musique douce - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant, se mettre en cercle dans la pièce avant de reprendre la marche, puis rester en cercle pour un échauffement de chaque partie du corps. - Jeu : choisir une pose de star quand la musique s'arrête - Echauffement vocal et chant : énoncer les voyelles puis apprentissage du début du chant amérindien « Oushimala » - Exploration des mouvements avec un foulard puis mini temps d'improvisation - Début de l'apprentissage d'une chorégraphie simple inspirée de la salsa sur la musique « Despacito » - Relaxation sur musique douce, nous la massons avec une main de massage en plastique. - Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.		
Commentaire : Ariane évoque de la colère en arrivant à la séance, sans vouloir en dire davantage. Elle participera à l'échauffement mais se mettra en retrait durant l'expression vocale, témoignant d'un mal de gorge, d'une gorgée nouée. Elle investit davantage le temps d'improvisation avec les foulards, la musique calme et le mouvement des foulards colorés et irisés l'apaisent. Nous notons que pendant les échauffements, Ariane a tendance à simuler des chutes ou à se « cogner » volontairement contre les murs. Elle a aussi beaucoup de mal à ne pas bouger lors des jeux impliquant l'immobilité. Elle aura besoin de plusieurs temps d'isolement pendant la séance, même si elle revient quand nous la sollicitons. A la fin de la séance, elle reviendra sur les raisons de sa colère qu'elle verbalisera lors du temps d'échange.		

Ariane	**Séance n°3**	**26/11/2021**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation sur musique douce - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant, incarner corporellement une émotion en marchant, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Chant et jeu : en cercle, échauffement vocal en s'envoyant un ballon tout criant une couleur puis le prénom de la personne à qui on l'envoie. Puis chant amérindien Oushimala. Ajout d'un début de percussions corporelles. - Jeu : Yeux fermés, marcher jusqu'à une chaise et s'asseoir dessus avant de revenir au point de départ. Recommencer en faisant un tour de la chaise en plus avant de s'asseoir. - Pas de chorégraphie car les jeunes ont demandé une autre musique que Despacito - Etirements - Relaxation sur musique douce, nous la massons avec un ballon dont la matière est très molle - Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.		

Commentaire :
Ariane témoigne de son plaisir de venir en séance. Elle dit être « un peu » fatiguée et avoir « juste des maux de tête », ce qui change des fois précédentes où elle témoignait d'une grande fatigue et de plusieurs douleurs. Comme à chaque séance, elle prend parfois des temps pour se reposer physiquement et s'isoler dans un coin de la pièce. Elle prête cependant un peu plus attention à ce qu'il se passe.
Elle apprécie beaucoup les jeux avec le ballon, rit beaucoup, malgré des difficultés importantes sur le plan attentionnel (ne rattrape pas le ballon, oublie de dire le mot qui accompagne le geste). Elle a tendance à recevoir le ballon (très mou !) dans la figure, ce qui la fait beaucoup rire. Pourtant, elle répète « pas dans la tête ! » de nombreuses fois.
Elle fera le jeu de la chaise les yeux fermés avec nos encouragements car elle témoigne de sa peur. Elle refusera cependant de faire la version plus difficile de ce même jeu.
Idem, se met en retrait pendant l'expression vocale.
Nous lui demandons si nous pouvons la toucher afin de la guider pendant les étirements, elle refuse.
Ariane fait un bilan positif de la séance, disant repartir détendue même si très fatiguée.

Ariane	**Séance n°4**	**03/12/2021**

Contenu de séance :
- Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation + conscientiser sa propre respiration
- Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant, incarner des animaux qui se déplacent, en cercle échauffement de chaque partie du corps
- Chant : chant amérindien Oushimala + Percussions corporelles.
- Jeu : Attachés deux par deux par un élastique aux pieds, se déplacer côte à côte en respectant le rythme de l'autre
- Danser chacun pour soi avec une balle / faire danser, rouler, voyager la balle dans l'espace
- Apprentissage d'une chorégraphie sur une musique d'animé japonais (Naruto, « Blue Bird »)
- Relaxation sur musique douce, massage avec une main de massage en plastique
- Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.

Commentaire :
Ariane, comme l'ensemble des participants du groupe qui exprime de la fatigue générale, est aujourd'hui moins disponible pour la séance malgré un état d'esprit positif en arrivant à l'atelier. Elle a peur de faire le jeu avec l'élastique car elle « pourrait tomber ». Finalement elle dépassera sa peur, fera le jeu mais simulera aussi des chutes en riant. Elle dira à la fin de la séance : « J'avais peur mais j'ai quand même réussi à le faire ! Je suis contente !».
Elle participera timidement au moment du chant.
Pendant la séance de prise de conscience de sa propre respiration, Ariane n'est pas en mesure de comprendre la consigne « se mettre sur le dos ». Je lui propose de l'y aider et elle accepte d'être touchée pour cela. Nous notons une progression cette séance dans la confiance en elle et en nous.

Ariane	**Séance n°5**	**10/12/2021**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation sur musique douce - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant et en se regardant dans les yeux, confier sa couleur préférée à l'oreille de l'autre quand on le croise, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Chant : Chant amérindien Oushimala et percussions corporelles. - Photographie : Light Painting (peindre dans l'espace avec des lampes torches, dans le noir, pendant que l'appareil photo « imprime » le mouvement sur la photographie) - Relaxation sur musique douce, massage - Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.		
Commentaire : Ariane est toujours fatiguée et fatigable mais exprime de moins en moins de plaintes. Comme souvent, elle donne beaucoup d'énergie en début de séance pendant les échauffements et n'en a presque plus pour la suite. D'ailleurs, en début de séance elle dit souvent « *Je suis prête, je suis au taquet* !!!* ». Nous l'invitons à en prendre conscience, ce qu'elle comprend. Elle peut se dévaloriser durant la séance et notamment le Light Painting qui est un exercice particulièrement sollicitant sur le plan corporel et cognitif : « *je suis fatiguée, j'y arrive pas* ». Avec nos encouragements, elle fera plusieurs productions de Light Painting. Ariane rassurera une autre jeune du groupe qui elle aussi trouve le Light Painting difficile. Cette démarche de prêter attention à l'autre est nouvelle, et l'aide à se remotiver elle-même.		

Ariane	**Séance n°6**	**07/01/2022**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation sur musique douce - Nous donnons les tirages de l'atelier Light Painting - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Chant : Chant amérindien Oushimala et percussions corporelles - Danse : Suite de la chorégraphie sur la musique « Blue Bird » de Naruto - Utilisation guidée des foulards (travail de l'espace, de la fluidité du mouvement, des appuis) - Improvisation individuelle avec ou sans foulard, chacun son tour pour avoir tout l'espace de la pièce, mais dans une pièce presque dans le noir pour faciliter cette improvisation devant les autres - Relaxation sur musique douce, massage - Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.		
Commentaire : Exceptionnellement nous avons dû changer de salle et aller dans une salle plus petite. Elle nous dira « être inquiète » en début de séance sans vouloir nous en dire davantage. Cette inquiétude ne sera plus perceptible pendant la séance. Pour la première fois, elle ne montre aucun moment de retrait ou de refus. Elle participe d'ailleurs davantage au moment du chant, étant avec le groupe, faisant les percussions corporelles. Elle sourit. Avec sa bouche, elle articule les paroles mais ne fournit aucun son. Durant l'improvisation, Ariane engage l'ensemble de son corps. Elle propose cependant des mouvements répétitifs (tourner avec le foulard, le lancer en l'air et le laisser retomber sur son visage) et n'explore pas le sol ni l'espace de la salle. A la fin de la séance, Ariane fera le bilan en levant ses deux pouces en l'air et en faisant un grand sourire. Elle ajoutera « *Je trouve que je fais plus d'efforts depuis quelques séances, je peux être fière de moi* ».		

Ariane	**Séance n°7**	**14/01/2022**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation sur musique douce - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : Jeu des ballons de baudruche qui ne doivent pas tomber. A deux puis en groupe entier. - Exercice de lâcher-prise en duo : tissu semi-élastique tubulaire dans lequel chacun entre et sent les effets des mouvements de l'autre. Yeux fermés / yeux ouvert. Travail sur le laisser-aller mais aussi la confiance en l'autre. - Chant : Chant amérindien Oushimala et percussions corporelles - Danse : Suite de la chorégraphie sur la musique « Blue Bird » de Naruto - Relaxation sur musique douce, massage - Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance.		

Commentaire : Ariane arrive bouleversée par les changements d'emploi du temps réguliers provoqués par les diverses absences de professionnels (multiples arrêts maladies en raison de la Covid-19). Elle indique avoir besoin d'être préparée aux changements. Elle s'inquiète aussi pour sa meilleure amie qui a la covid-19. Nous notons qu'Ariane n'est plus seulement dans la plainte ou dans le fait d'énoncer son émotion, elle la commente et en explique l'origine. Ariane acceptera le travail en duo avec les ballons de baudruche. Pour le « tube en tissu », elle renouvelle sa peur de tomber. Elle acceptera de le faire avec l'art-thérapeute mais ne parviendra que difficilement à se laisser porter. Elle est un peu moins mobilisée cette séance, et se laissera entraînée par une autre jeune du groupe qui a pu montrer de nombreux refus de faire à cette séance.

Ariane	**Séance n°8 (dernière séance)**	**21/01/2022**
Contenu de séance : - Accueil, auto-évaluation d'avant séance, relaxation + respiration - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se dire bonjour en se croisant, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : jeu du miroir, 2 par 2 puis chacun son tour pour le reste du groupe qui doit reproduire le mouvement proposé - Jeu des « ballons mous » que l'on doit se lancer dans un cercle avec ajout de consignes (dire le prénom de la personne à qui on l'envoie, rajouter plusieurs ballons dans le cercle) - Chant : Chant amérindien Oushimala et percussions corporelles. Apprentissage d'un autre chant amérindien « Wéya hé ». - Danse : « Mini spectacle » individuel + chorégraphie sur « Blue Bird » - Relaxation, massage, Temps d'échange, auto-évaluation d'après séance. Bilan et goûter.		
Commentaire : Ariane arrive à cette dernière séance avec la ferme intention d'en profiter au maximum. Elle n'exprimera aucune plainte et se montrera tout particulièrement enthousiaste. Elle nous fera la demande de pouvoir nous « *offrir un spectacle de danse* », c'est-à-dire que chaque jeune du groupe imagine une petite chorégraphie sur une musique de son choix pour nous « *remercier pour les séances* ». Après accord des autres jeunes du groupe, nous acceptons. Ariane choisira une musique des BTS (boys-band sud-coréen très à la mode chez les adolescentes) et dansera durant 3 minutes. Elle nous impressionnera par la diversité de ses mouvements et l'énergie de sa danse (sauts, tours, utilisation de l'espace, utilisation des différents niveaux, appuis stables, pas de chute volontaire ou involontaire). Elle utilisera le foulard dans sa danse. Nous notons aussi un effort de sa part pour effectuer des mouvements « gracieux », ce que nous n'avions pas repéré auparavant. Pour le chant, elle n'a pas pu sortir de son (ou à peine perceptible) mais a participé aux percussions corporelles. Ariane fait le bilan de l'ensemble des séances en nous disant : « J'ai adoré ! Ça fait du bien dans mon esprit et dans mon corps, je sais pas trop expliquer ».		

1.2 Etude de cas n°2 : Aïsha

2.2.1 Anamnèse

Aïsha a 17 ans et est à l'IME depuis 8 mois quand nous débutons les séances. Elle est née en France, d'origine Guinéenne : sa mère part souvent en Guinée avec ses plus jeunes enfants pendant plusieurs mois pour aller voir leur père (qu'Aïsha voit très peu), laissant Aïsha seule avec ses sœurs. C'est d'ailleurs la sœur aînée d'Aïsha qui est considérée comme personne ressource par les professionnels.

Aïsha est accueillie à l'IME en raison d'un retard de développement intellectuel léger associé à un Trouble Développemental du Langage(anciennement appelé dysphasie) laquelle entrave très fortement sa communication avec les autres. Nous détaillerons ci-dessous les effets de ce trouble.

Aïsha apprécie la cuisine, la lecture (phrases simples et images), regarder la télévision, l'atelier espace verts, l'humour. Nous ignorons ce qu'il en est à son domicile mais à l'IME ses sujets d'échange tournent uniquement autour de ce qu'elle a mangé ou cuisiné.

Aïsha peut partager une émotion sur sollicitation de l'adulte mais pas spontanément. Elle est souvent isolée à l'IME, et ne provoque pas d'interactions avec les autres, qu'il s'agisse des jeunes ou des adultes. Avec les professionnels, elle ne s'exprime pas sur sa vie quotidienne (en dehors de son alimentation) ni sur ses envies et préoccupations, même si elle y est invitée. Ses difficultés de communication (expression et compréhension) sont un réel frein à sa prise en charge éducative tant il est difficile de la connaître et donc de s'adapter à ses besoins.

Enfin, Aïsha est en surpoids et a tendance à cacher ses formes sous des vêtements amples.

Autre prise en charge : Aïsha a un suivi orthophonique irrégulier.

Traitement médicamenteux: aucun.

2.2.2 Troubles associés

Le Trouble Développemental du Langage (ou TDL) peut affecter différentes composantes du langage : expression orale, compréhension verbale, diversité du vocabulaire, capacité à s'ajuster au contexte de la discussion.

Les difficultés apparaissent dans la petite enfance et la cause est essentiellement d'origine organique (lésion cérébrale ou atypie du développement neuronal des zones dédiées au traitement de l'information linguistique). Cependant, c'est un trouble encore mal connu, dont la définition ne fait pas consensus et d'autres causes pourraient être possibles.

Un enfant avec un TDL rencontre des difficultés pour :

- S'exprimer à l'oral (phrases courtes, peu de vocabulaire, difficulté à mettre les mots dans le bon ordre)
- Accéder à la compréhension verbale (mauvaises discrimination des phonèmes)

Concernant Aïsha, ces difficultés sont associées à une légère déficience intellectuelle dont on ignore si elle est une conséquence du TDL ou si elle co-existait déjà dès la petite enfance. L'ensemble des professionnels manquent d'informations pour déterminer les réelles causes des troubles d'Aïsha, d'autant que sa prise en charge s'est faite tardivement (préadolescence). Aujourd'hui, ces troubles entraînent chez elle un repli social et un accès difficile aux informations quand elles passent par l'oralité ou par un contenu écrit complexe.

Aïsha n'a pas appris la Langue des Signes ou le Makaton[24] (ou pas suffisamment) pour pouvoir communiquer autrement que par l'oralité. Les équipes utilisent parfois les pictogrammes pour soutenir le contenu pédagogique, mais ils sont insuffisants pour permettre de traduire une pensée complexe ou abstraite.

Aïsha peut cependant se montrer performante dans les différentes tâches une fois qu'elle a compris la consigne. Elle dispose aussi de bonnes capacités d'imitation, ce qui nous servira d'appui pour l'accompagner dans le cadre des ateliers d'art-thérapie.

2.2.3 Objectifs thérapeutiques

Aïsha faisait partie du groupe 2, c'est-à-dire avec co-intervention.

Les <u>objectifs individuels</u> pour Aïsha étaient :

OG1 : Développer la socialisation*

OI1 : Trouver sa place dans le groupe

[24] Programme d'aide à la communication destiné aux personnes ayant un TDL. Il utilise à la fois la parole, les signes et les pictogrammes (représentation schématique ayant fonction de signe linguistique).

OI2 : Diversifier le contenu de ses interactions verbales

OG2 : Développer une meilleure image de son corps

OI1 : Prendre du plaisir à explorer les possibilités de son propre corps dans l'activité artistique

OI2 : S'autoriser à lâcher-prise

2.2.4 Séances d'art-thérapie

Lieu des séances : Grande salle de psychomotricité du collège

En co-intervention avec l'éducateur sportif, sur un temps hebdomadaire habituellement dédié au sport (jeudi matin).

	Séance n°1	**18/11/2021**
Contenu de séance : - Accueil, Jeu Speech - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se figer quand la musique s'arrête, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : 2 par 2, avec un ballon de baudruche qui symbolise la tête de l'autre, on le fait danser en miroir de notre ballon. - Exercice de la chaise dans le noir - Danse : reproduire les mouvements simples de l'art-thérapeute sur une musique de Cumbia, puis chacun son tour proposer des mouvements pour le groupe. - Etirements et relaxation - Temps d'échange, auto-évaluation.		
Commentaire :Aïsha découvre la séance et s'y investi très vite. Au jeu du speech, elle choisira une carte qui représente un repas et parlera de ce qu'elle aime manger, comme elle peut le faire à chaque fois que nous lui demandons comment elle va. Aïsha est très concentrée pendant la séance et a vraiment pris du plaisir dans l'exercice du ballon en miroir. Qu'elle guide ou qu'elle soit guidée, elle montre de la douceur et reste en connexion avec son duo. Nous notons qu'elle n'investit pas spontanément le bas de son corps, ni les déplacements. Elle accepte de danser sur la Cumbia mais pas de proposer un mouvement pour le reste du groupe. Nous observons une forme de retrait même si le travail à deux a permis de créer de nouveaux liens.		

	Séance n°2	02/12/2021
Contenu de séance : - Accueil, Jeu Speech - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se figer quand la musique s'arrête, incarner une émotion pendant la déambulation, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : En cercle, lancer le ballon + dire le prénom de la personne à qui on l'envoie. Puis ajout de plusieurs ballons. Puis ballon imaginaire. - En cercle, une personne au centre yeux fermés, les autres répartis dans la salle font des bruits avec des instruments et la personne doit se diriger vers les sons - Danse : reproduire les mouvements simples de l'art-thérapeute sur une musique de cumbia, puis chacun son tour proposer des mouvements pour le groupe. - Apprentissage d'une chorégraphie inspirée de la salsa sur la musique « Despacito » de Luis Fonsi - Etirements - Temps d'échange, auto-évaluation.		
Commentaire : Speech : Elle choisit la carte avec une maison dessus. Elle explique qu'il fait froid dehors et qu'elle aurait préféré rester dans son lit à la maison. Elle est fatiguée. Aïsha est pourtant très active tout au long de la séance. Elle acceptera même de danser devant le groupe pour qu'il reproduise ses mouvements. Elle propose des mouvements différents de l'art-thérapeute. Elle rit beaucoup pendant les différentes activités et les autres la valorise « *Tu nous fais trop rire !* ».Moins à l'aise lors des jeux les yeux fermés (montre des signes d'insécurité) mais ne refuse pas l'activité.		

	Séance n°3	09/12/2021
Contenu de séance : - Accueil, Jeu Speech - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se figer quand quelqu'un cri « stop ! », changement de direction au son des claves[25], en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : Yeux fermés, un guide, un aveugle. - En cercle se faire passer un son, associé à un geste. - Danse à deux, en miroir de l'autre - Apprentissage d'une chorégraphie inspirée de la salsa sur la musique « Despacito » de Luis Fonsi - Etirements - Temps d'échange, auto-évaluation.		
Commentaire : La séance n'a duré qu'une 1h car l'une des participantes s'est blessée juste avant. Aïsha choisit la carte « repas » lors du Speech. Elle s'affirme dans son rôle de « clown » auprès du groupe. Elle parviendra à se laisser guider lors du jeu guide/aveugle. Elle initie quelques interactions non verbales et verbales avec l'éducateur sportif pendant la séance.		

Le 16/12/2021 Aïsha est absente pour raisons médicales.

[25] Instruments percussifs ayant la forme de deux bâtons que l'on tape l'un contre l'autre.

	Séance n°4	06/01/2022
Contenu de séance : - Accueil, Jeu Speech - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, se mettre au sol quand la musique s'arrête, cercle avance/recul rythmé vers le centre, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : Jeu du « Killer ». Une personne est désignée « killer[26] » par l'art-thérapeute et pendant une marche dans l'espace, elle doit tuer les autres membres du groupe en leur adressant un clin d'œil, sans se faire repérer. Le killer doit être le dernier survivant. - Photographie : Light Painting (peindre dans l'espace avec des lampes torches, dans le noir, pendant que l'appareil photo « imprime » le mouvement sur la photographie) - Temps d'échange, auto-évaluation.		
Commentaire : Aïsha choisit la carte d'un bonhomme qui rit en commentant : elle aime faire rire et faire le clown. Elle dit que l'éducateur sportif est aussi un clown car il la fait rire ! En difficulté pour comprendre la consigne du Killer malgré plusieurs reformulations, ce qui ne lui permettra pas de profiter du jeu. Pendant le Light Painting, elle fera plusieurs expérimentations dont une étoile (cf. annexes). Occuper l'espace disponible est difficile (elle reste sur place), surtout dans le noir, mais semble apprécier cette pratique photographique.		

	Séance n°5	13/01/2022
Contenu de séance : - Accueil, Jeu speech - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : 2 par 2, coincer une balle avec les hanches des deux personnes (ou autre partie du corps) et se déplacer sans la faire tomber. - Se passer des sons/ des cris (associés à un geste) - Explorer le mouvement avec les foulards (dans toutes les directions, au sol, en l'air, au contact de son propre corps, etc.). - Danse : courte impro avec les foulards puis apprentissage des bases de la valse. - Vidéos sur les différentes danses qui existent - Temps d'échange, auto-évaluation.		
Commentaire : L'éducateur sportif est absent et nous ne pouvons pas aller à la salle habituelle. La salle utilisée est celle de psychomotricité à l'IME, bien plus petite. La séance durera aussi plus longtemps car il n'y a pas le temps de déplacement (séance d'environ 2h30). L'une des autres jeunes refuse de participer à la séance, restant assise à observer. Nous proposons un contenu adapté à deux jeunes seulement. Aïsha choisit la carte « cadeau » au Speech. Elle dit qu'elle ne fête pas Noël chez elle et qu'elle n'a pas eu de cadeau. Elle se montre toujours volontaire et participe à tous les jeux proposés. Elle s'amuse beaucoup lors de la passation des sons. Travail sur les appuis lors de la valse un peu difficile.		

[26] Killer : Tueur en anglais.

	Séance n°6	13/01/2022
Contenu de séance : - Accueil, Jeu Speech + distribution des photos de la séance de Light Painting - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : Une personne au centre du cercle, les yeux fermés. Les autres autour. La personne doit se déplacer et se laisser réorienter par les autres qui l'envoient dans différentes directions. - Exercice de lâcher-prise en duo : tissu semi-élastique tubulaire dans lequel chacun entre et sent les effets des mouvements de l'autre. Yeux fermés / yeux ouvert. - Danse : apprentissage de la Valse et de la salsa - Chorégraphie Despacito - Etirements - Temps d'échange, auto-évaluation.		
Commentaire : Aïsha choisit la carte avec la planète terre dessus. Elle montre la France, et Nantes sans pouvoir en dire davantage. Encore un peu mal à l'aise dans les jeux qui travaillent le lâcher-prise et la confiance en l'autre (tubes en tissu, avoir les yeux fermés) mais elle fait l'effort et prendra du plaisir malgré tout lors de l'exercice du tube. Pendant la valse et la salsa, malgré des difficultés rythmiques si elle doit guider (et donc se baser sur la musique) elle a une bonne écoute de son partenaire, et arrive à suivre si on la guide. Elle est de plus en plus à l'aise au sein du groupe.		

	Séance n°7	28/01/2022
Contenu de séance : - Accueil, Jeu Speech + distribution des photos de la séance de Light Painting - Echauffement en musique : déambulations dans l'espace, variations de vitesse, en cercle échauffement de chaque partie du corps - Jeu : Deux par deux, le ballon de baudruche symbolise la tête de l'autre. Faire danser l'autre. - Danse : Impro sur une musique lente, dans une pièce presque noire - Chorégraphie Despacito - Etirements - Temps d'échange, auto-évaluation. Bilan et goûter.		
Commentaire : C'est la dernière séance. Aïsha choisit la carte « terre » une nouvelle fois. Elle pourra développer et évoquer sa famille en Guinée, nous informer que sa mère y est partie avec ses frères et détailler sa situation familiale. Elle s'exprimera assez longuement sur le sujet. Elle profite de la dernière séance avec plaisir. Pour l'improvisation, elle aura besoin que l'art-thérapeute vienne danser avec elle pour pouvoir lâcher-prise. Elle fait un bilan positif de toutes les séances, disant qu'elle a tout aimé.		

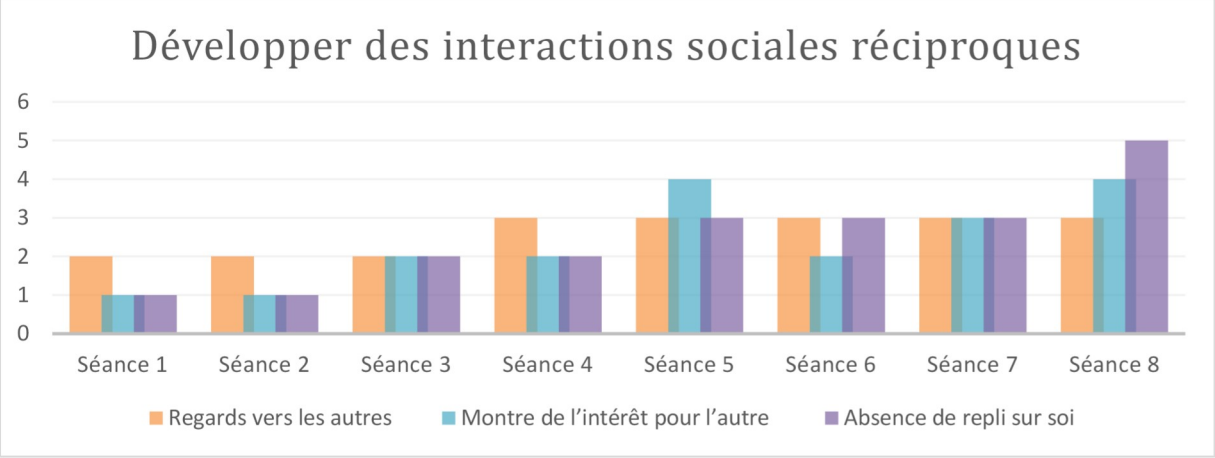
PARTIE III : RESULTATS

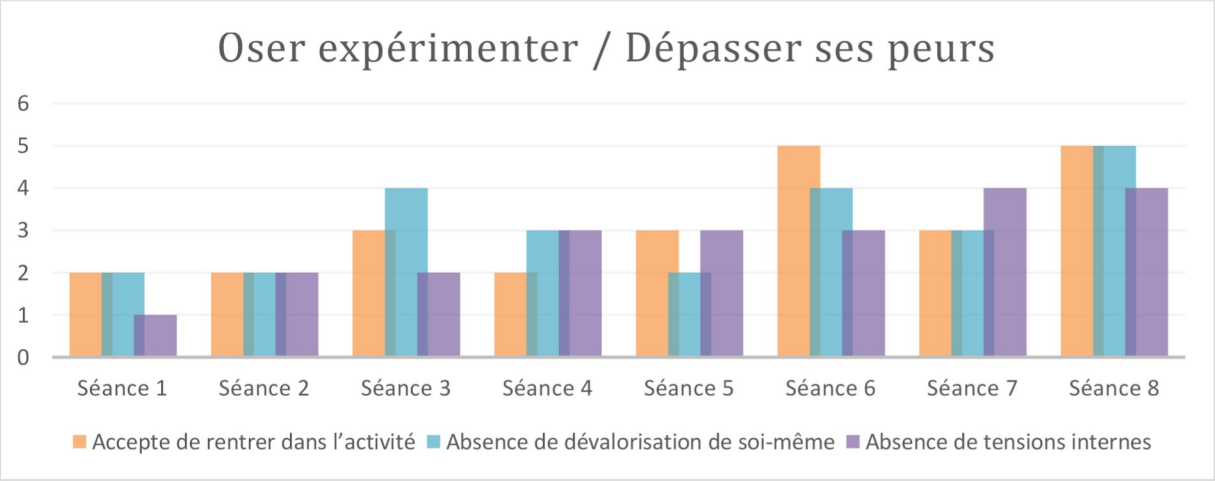
1.1 ARIANE

1.1.1 Résultats

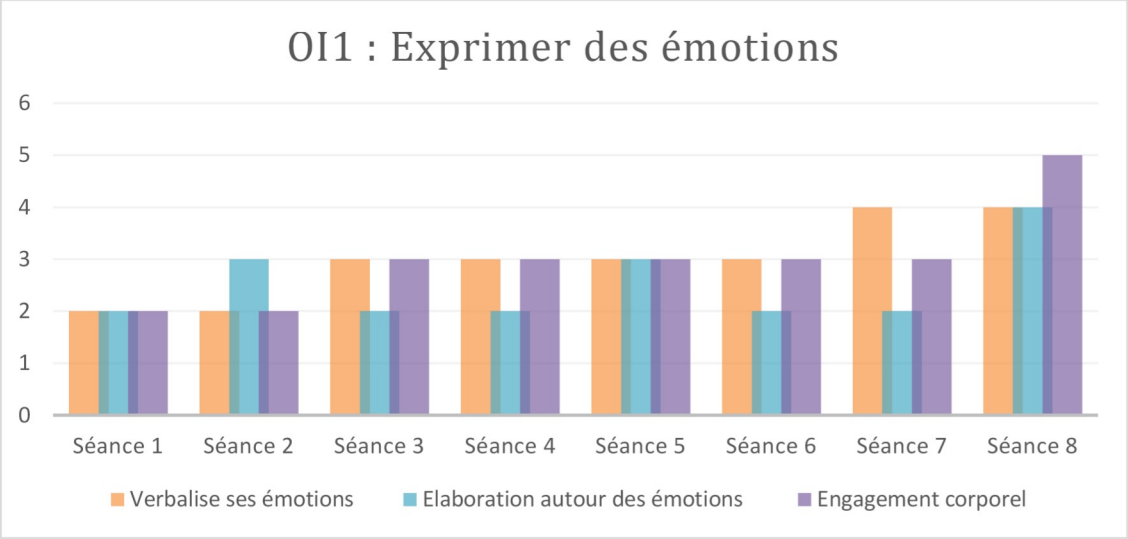
La grille d'évaluation individualisée utilisée pour Ariane est disponible en Annexes.

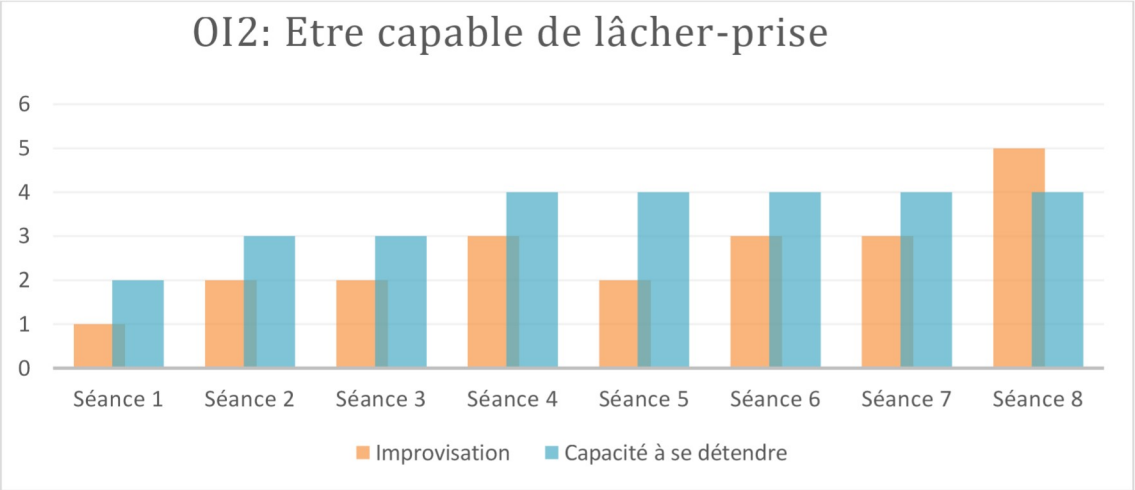
Objectif Général 1 : Développer la confiance en soi et en l'autre

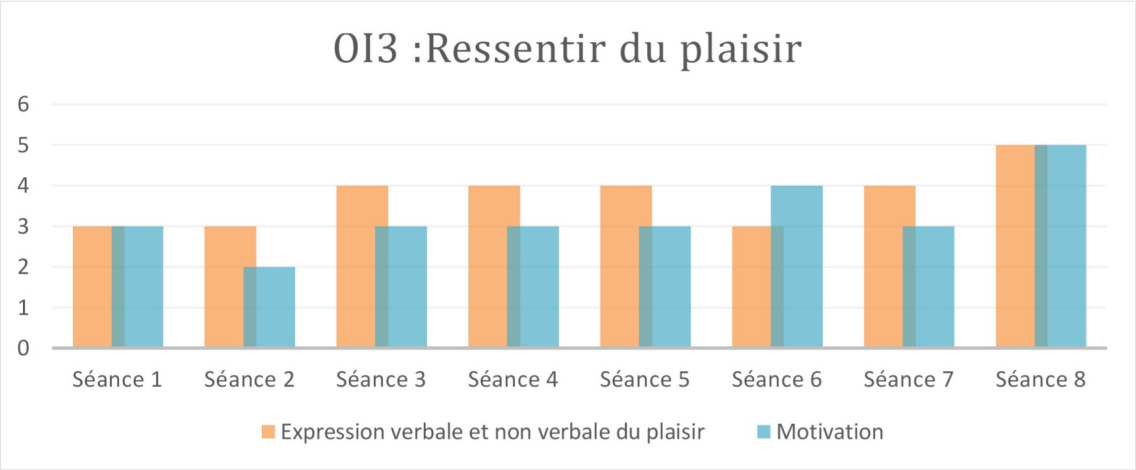




Objectif général 2 : Diminuer l'anxiété, favoriser le bien-être







1.1.2 Auto-évaluation

Ariane a rempli les auto-évaluations à chaque atelier, avant et après la séance. Il ressort de ses auto-évaluations qu'elle arrive la plupart du temps en colère et très fatiguée et repart très fatiguée, détendue et/ou fière. Le sentiment de colère persistait lors des premières séances mais elle cesse d'entourer l'émoji « colère » dans les auto-évaluations d'après séance à partir de la séance 5.

Sur les trois dernières séances, Ariane a aussi entouré la tristesse dans ses auto-évaluations d'avant séance. Elle disparaît des auto-évaluations d'après séance.

Ariane commentait parfois ses auto-évaluations, faisant le point sur les causes de ses émotions ou les nuançant. Elle pouvait aussi comparer d'une séance à l'autre (par exemple : « *Aujourd'hui je trouve que j'ai plus oublié ce qui me tracasse pendant la séance* » (séance 5). Il est intéressant de noter qu'à la séance 5, Ariane a fait preuve d'une meilleure capacité à montrer de l'intérêt pour l'autre (cf. résultats de l'objectif intermédiaire « Développer des interactions sociales réciproques ») et à élaborer autour de ses émotions (cf. résultats de l'objectif intermédiaire « Exprimer ses émotions »).

1.1.3 Bilan et perspectives

Ariane, malgré sa grande fatigabilité, a participé à toutes les séances proposées et s'est montrée de plus en plus volontaire dans les activités. Elle a exprimé un réel plaisir à venir aux séances, notamment lorsque nous la croisions dans les couloirs de l'IME.

Le premier objectif général d'Ariane était de développer sa confiance en elle et en l'autre. Nous avons pu observer une progression intéressante quant à sa prise de conscience de sa tendance à être dans l'évitement (repli sur soi / plaintes somatiques) lorsque se présente une difficulté pour elle. Ariane a pu verbaliser cela et fournir des efforts pour travailler sur ce point, notamment en dépassant ses peurs pendant les activités. Cela lui a procuré un sentiment de satisfaction et une certaine fierté, qu'elle a pu nommer. Elle a également exprimé ce sentiment lors du bilan général des séances, indiquant avoir « *appris à danser et [être] une pro maintenant* » !

Concernant la confiance qu'elle peut accorder aux autres, nous avons observé qu'il lui était difficile d'avoir accès à cela. Si elle a pu témoigner de sa confiance en l'art-thérapeute, sa relation à ses pairs était limitée. Ceci s'explique notamment par ses traits autistiques. Pour

autant, nous notons qu'aux séances 5 et 8 elle a été en mesure de s'intéresser davantage aux autres participants, les soutenant ou les félicitant. Elle a aussi été à l'initiative de proposer un « mini spectacle » pour cette dernière séance, s'impliquant pleinement dans le projet commun et portant aussi son attention sur la production des autres.

Le second objectif général pour Ariane était de diminuer l'anxiété. Les résultats montrent une progression tant dans la possibilité de se détendre que de lâcher-prise. Un travail sur l'expression des émotions serait toutefois à approfondir car, s'il a été amorcé, il est probable qu'Ariane n'ait pas pu bénéficier d'assez de séances pour oser verbaliser autour de sa colère et/ou sa tristesse, pourtant régulièrement exprimées sur la fiche d'auto-évaluation. Nous pouvons d'ailleurs nous demander si le « blocage » qu'elle a rencontré vis-à-vis du chant n'est pas lié à une forte résistance à exprimer ses émotions négatives, d'autant qu'elle nous avait indiqué avoir pris des cours de chant par le passé.

Sur le plan corporel, nous observons qu'Ariane cherche à éprouver son corps en venant le cogner contre le sol, les murs, en simulant des chutes… Elle est d'ailleurs très en demande du massage lors du temps de relaxation et ne refusera plus d'être touchée au fur et à mesure des séances. En cela l'art-thérapie, via des médiums impliquant la corporalité, est une piste de travail intéressante pour aider Ariane à « habiter » son corps, à améliorer la conscience de son schéma corporel, son équilibre, et son ancrage.

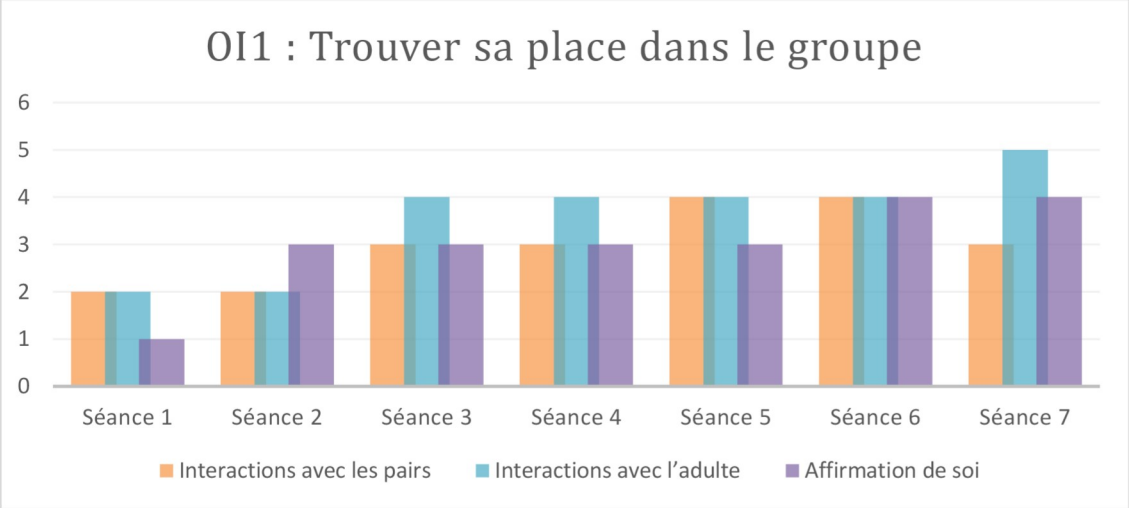
Un suivi plus long en art-thérapie permettrait d'approfondir le travail déjà amorcé. Toutefois, le bilan global fait à l'équipe de professionnels permettra de prendre en compte toutes ces observations dans les accompagnements à venir.

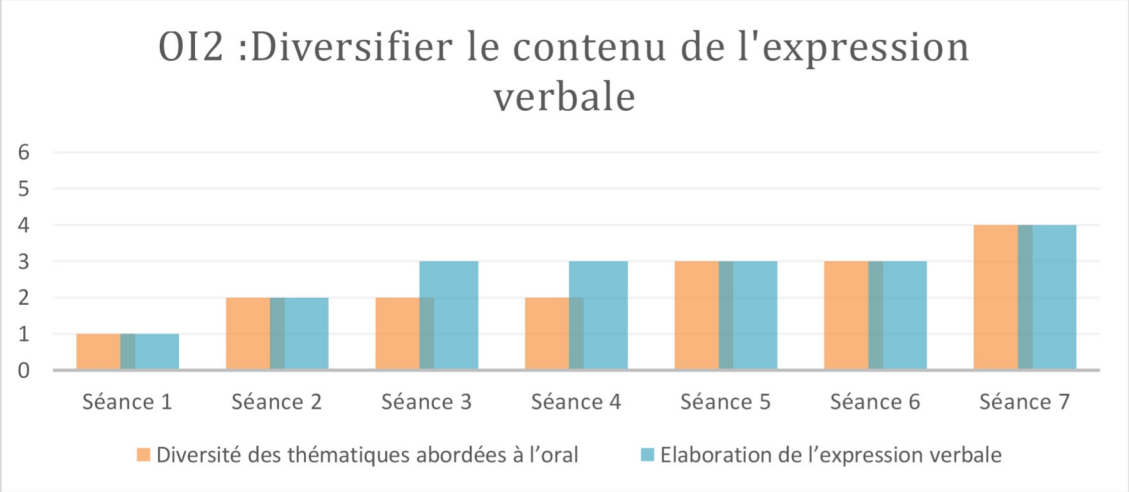
1.2 Aïsha

1.2.1 Résultats

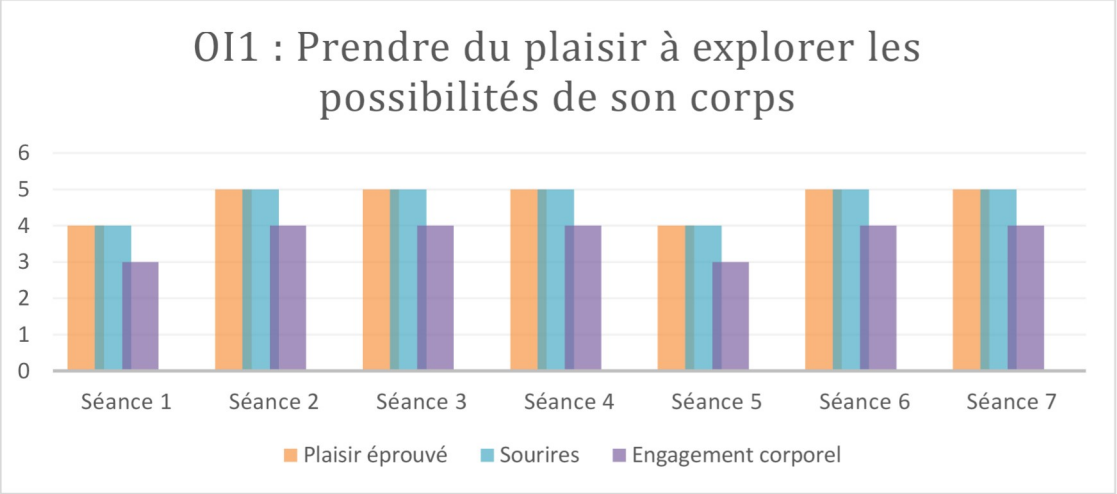
La grille d'évaluation individualisée utilisée pour est disponible en Annexes

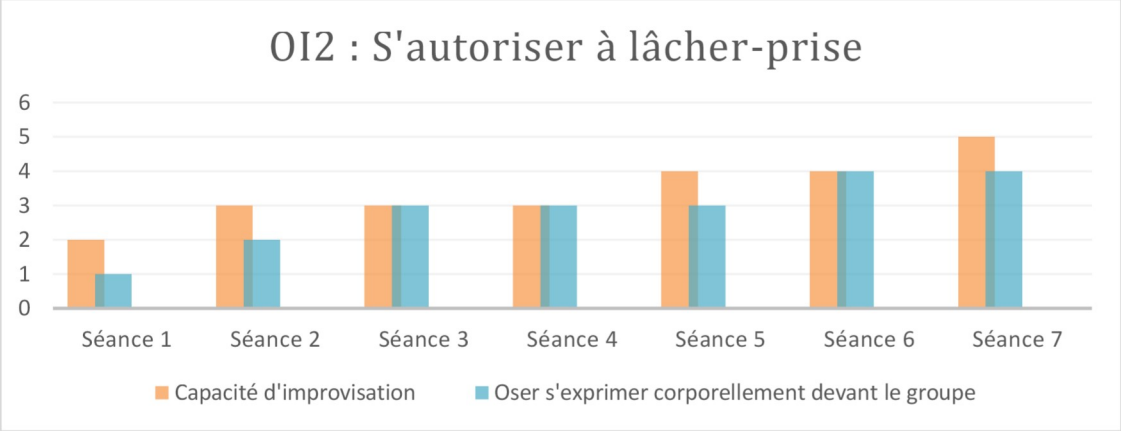
Objectif général 1 : Développer la socialisation





Objectif général 2 : Développer une meilleure image de son corps





1.2.2 Auto-évaluation

Pour Aïsha, nous avons proposé de remplacer les fiches d'auto-évaluation d'avant séance par l'utilisation du jeu Speech, afin de lui donner la possibilité de s'exprimer oralement grâce au support de l'image. Nous observons une réelle progression dans la prise de parole que ce jeu permettait, tant en termes de diversification des thématiques choisies que du temps de parole qui s'allongeait au fur et à mesure des séances.

Pour les fins de séance, la fiche d'auto-évaluation était couplée d'un temps de parole à tour de rôle. Aïsha a pu témoigner de ses ressentis sur les diverses séances. Si elle pouvait nommer ses difficultés (par exemple avoir les yeux fermés et se laisser faire par le groupe, ou danser devant les autres) elle a aussi su exprimer tout le plaisir ressenti pendant les séances.

Ces temps de parole ont été largement soutenus et encouragés, et davantage pertinents pour Aïsha que l'auto-évaluation avec les émojis.

1.2.3 Bilan et perspectives

L'objectif principal pour Aïsha était de pouvoir s'exprimer au sein d'un groupe, que ce soit corporellement ou verbalement, afin de lui permettre de développer sa socialisation.

À l'inverse des hypothèses formulées par l'équipe, il a fallu très peu de temps pour qu'Aïsha trouve sa place au sein du groupe. Le support de l'expression corporelle, sous forme ludique, a été largement investi par Aïsha qui s'en ait saisie pour montrer une nouvelle facette de sa personnalité. Aimant rire et faire rire, elle a profité de cet espace protégé et en petit comité pour occuper le rôle de « clown ». Cela lui a permis de prendre confiance en elle et l'a aidée à affirmer sa personnalité, son identité. Elle s'est aussi montrée attentive aux autres, faisant preuve de sensibilité et de réelles capacités d'écoute et d'adaptation sur le plan corporel pendant les activités à deux.

Le fait qu'elle soit performante dans les tâches impliquant le corps (sans qu'il n'y ait l'entrave d'une consigne orale puisque l'imitation suffisait) lui a aussi permis de se valoriser et de prendre du plaisir dans les activités.

Elle a pu s'ouvrir progressivement aux autres mais aussi aux adultes présents, exprimant (au moment du jeu Speech) des éléments de sa vie personnelle dont elle n'avait jamais parlé auparavant. Ce point a été soulevé par l'éducateur sportif, qui est son éducateur référent, et qui nous a fait part de sa grande surprise quant au fait qu'elle puisse se confier à lui.

Concernant l'objectif qui visait à améliorer son image du corps, nous faisons le constat que ce travail ne faisait que débuter. Les objectifs n'ont pas pu être atteints même si on a pu observer une tendance positive en ce sens.

Tout comme Ariane, les observations rapportées à l'équipe aideront à orienter l'accompagnement éducatif et thérapeutique pour Aïsha. L'éducateur sportif, avec l'aide de la psychologue, pourra notamment continuer à travailler certains aspects durant les cours de sport adapté.

PARTIE IV : DISCUSSION

4.1 APPORTS ET BENEFICES DE L'ETUDE

4.1.1 L'espace des possibles : s'explorer, pour mieux se connaître

Au début de notre travail, nous faisions l'hypothèse que les séances d'art-thérapie permettraient à nos patients de se sentir suffisamment sécurisés (grâce à un cadre thérapeutique adapté) pour entamer une exploration d'eux-mêmes. Nous souhaitons ici nous arrêter sur ce terme d'« exploration ». Le mot « explorer » vient du latin *explorare* qui signifie observer, examiner. Lors des séances d'art-thérapie, le patient peut observer ses propres réactions corporelles et émotionnelles. Comment s'expriment-elles dans ses mouvements, ses intentions gestuelles et dans ses comportements / ses interactions verbales ? Il peut ensuite observer celles des autres et, pourquoi pas, les comparer aux siennes. Une fois que ces observations sont faites, il est possible de les « examiner », c'est-à-dire d'essayer de mieux les comprendre pour, peut-être, pouvoir agir dessus, les ajuster, les transformer. **L'exploration est donc ici au service de la quête d'identité personnelle mais aussi de la socialisation**. En observant et en examinant qui il est, le patient cherche à définir les contours du « Je ». En se comparant ensuite au reste du groupe, il met ce « Je » en jeu dans l'interaction et peut (avec l'aide de l'art-thérapeute) tirer des conclusions sur sa capacité à s'intégrer dans la vie sociale et de s'adapter aux valeurs du groupe (c'est-à-dire sur sa socialisation).

Explorer, dans cet espace sécurisant des possibles, revient alors à mieux se connaître et à accélérer le processus de quête identitaire et de socialisation.

En plus d'un cadre thérapeutique bien établi, les notions de jeu et de plaisir sont essentielles pour permettre cette (re)découverte de soi-même. **Le caractère ludique des séances permet d'écarter la notion « d'efficacité » et de « résultat » dans l'expression des patients. Il encourage la libre expression sans contrôle pragmatique, mais bien pour le plaisir/le bien-être qu'elle procure.** Les limites liées au désir de réussite et à l'injonction de résultat n'ont pas leur place pendant une séance: c'est pourquoi l'art-thérapie stimule la créativité du patient et donc sa « *capacité à proposer des réponses nouvelles à des situations existantes ou des réponses appropriées à des situations nouvelles* » (OBERLE, D[27]).

[27] Oberlé, D., *Créativité et jeu dramatique*, Paris, Psychologie sociale, 1989, p. 12

Ariane et Aïsha ont toutes deux mené une exploration d'elles-mêmes dans cet espace ludique et sécurisant, et cela malgré certaines contraintes liées au handicap (contraintes physiques, émotionnelles et psychiques): Ariane a pu y explorer les limites de son propre corps alors qu'elle simulait des chutes ou des heurts contre les murs/les objets, mais aussi explorer ses états émotionnels. Aïsha a pu explorer de nouvelles manières d'entrer en relation avec les autres et d'exister au sein d'un groupe, mais aussi une autre façon de s'exprimer (corporellement) alors même qu'elle a peu accès au langage verbal. Toutes deux ont exprimé le plaisir que cet « espace des possibles » mis à disposition chaque semaine leur procurait.

4.1.2 Revaloriser l'estime de soi : se connaître, pour s'estimer

L'exploration de soi, décrite ci-dessus, mène à une autre vertu de l'art-thérapie : l'accès à une meilleure estime de soi. L'estime de soi implique de se connaître soi-même et donc de connaître ses propres limites et capacités. Alors il devient possible d'aller vers l'acceptation de soi (s'accepter tel que l'on est) et d'avoir confiance en soi, c'est-à-dire d'avoir confiance en ses propres capacités de réussite.

En plus de l'accès à cette meilleure connaissance de soi**, l'art-thérapie invite en douceur et avec bienveillance à la prise de risque, au fait de faire des choix, d'exprimer ses besoins/ses pensées, de se confronter au regard de l'autre : tant de compétences intrinsèques à une bonne estime de soi.** Ces compétences, une fois identifiées par le patient pendant la prise en soin, sont alors transposables dans sa vie quotidienne. **Les résultats de notre étude montrent qu'Ariane et Aïsha ont amorcé un changement vertueux vers une meilleure estime de soi durant le temps de nos interventions** : elles ont pu accéder à des moments de lâcher-prise, c'est-à-dire à cette capacité à ne plus se contrôler à outrance et à exister tel que l'on est, à vivre l'instant présent. Le lâcher-prise est en cela un bon indicateur de l'estime de soi puisqu'il garantit le fait que le patient ose s'exposer, disons se « mettre à nu », devant l'autre. À cet instant-là, il ne doute plus de sa capacité à être aimé pour qui il est, laissant place à sa singularité.

4.1.3 Développer son identité : s'exprimer, pour se construire

Construire son identité est un processus long et impliquant de nombreux aspects de nos vies. Si l'art-thérapie n'a pas la prétention de suffire à permettre une construction identitaire, notre étude montre qu'elle peut favoriser son bon déroulement et l'accès à ce processus.

Le travail que nous avons mené sur les émotions (leur identification, leur expression, leur gestion) était entre autres un moyen d'accompagner le processus de construction identitaire de nos patients. La colère, émotion souvent nommée par Ariane dans ses auto-évaluations, est notamment l'émotion qui survient lorsqu'un individu souhaite défendre son identité. Les émotions influencent nos sensations corporelles mais nous pouvons émettre l'hypothèse qu'à l'inverse le travail sur nos sensations corporelles peut induire un traitement inconscient de l'émotion. Ainsi, et pour l'exemple d'Ariane, la possibilité d'exprimer cette colère corporellement et artistiquement était un moyen de poser différemment la question identitaire. C'est aussi **en passant par une première étape d'identification des émotions**(notamment pendant l'auto-évaluation, ou pendant les échanges en début et fin de séance) **que les patients ont pu ensuite les explorer corporellement, passant ainsi du « dedans » au « dehors » : de l'introspection à l'expression**. **Cependant, il ne suffit pas « d'exprimer » mais bien de « transformer » afin d'aller au-delà du fait de « se débarrasser de quelque-chose » pour aller vers « faire naître quelque chose ».**

Nous évoquions la notion de « stigmate » dans notre introduction : le bénéfice de notre étude a été de voir ce « stigmate » inconsciemment lié à la notion de handicap se transformer en **une singularité valorisée par les patients et pouvant même être validée par le groupe, qui peut la nommer, l'encourager**. Aïsha, par exemple, s'est saisie des séances pour affirmer son identité sociale à travers l'humour : faire rire était à la fois un outil de communication verbal et non verbal, ainsi qu'un moyen d'être reconnue par le groupe et de parler de soi.

4.1.4 Les apports de la co-intervention en art-thérapie

Un constat positif majeur de notre étude est celui de l'effet de la co-intervention sur la relation entre l'éducateur et les patients. En effet, la présence de l'éducateur sportif durant les séances a révélé plusieurs éléments inattendus :

- Elle **accélère significativement la création d'un lien de confiance**

- Elle **favorise une relation éducative basée sur le respect mutuel et l'écoute**

Ces constats sont issus de nos échanges avec l'éducateur sportif. Il a pu témoigner de la difficulté de l'équipe d'entrer en relation avec certains jeunes, soit en raison de leur handicap

soit en raison de parcours personnels les insécurisant dans le lien à l'adulte. Le groupe du jeudi matin (en co-intervention) comportait trois jeunes dont c'était le cas. Par exemple, pour Aïsha, l'équipe énonçait une réelle difficulté à accéder à des échanges et au vécu de cette jeune, ne permettant pas de l'accompagner au plus près de ses besoins. Or, depuis la mise en place des ateliers d'art-thérapie, Aïsha a pu nouer un lien de confiance avec l'éducateur sportif (qui plus est, son éducateur référent) et oser se confier davantage.

Le professionnel qui co-intervenait participait aux séances au même titre que les patients tout en conservant une place particulière : il était garant du cadre et du respect des règles et pouvait intervenir s'il fallait prendre un jeune à part, nous permettant en tant qu'art-thérapeutes de nous centrer sur le groupe et le travail d'art-thérapie en lui-même et de nous dégager du rôle purement éducatif. Le fait qu'il ait participé, au même titre que les jeunes, aux activités artistiques et ludiques proposées a semble-t-il favorisé la création de ce lien de confiance. Le cadre thérapeutique de l'art-thérapie impliquant la bienveillance entre les membres du groupe, le non-jugement, le respect de soi et des autres, a permis de rassurer les patients et d'avoir confiance en lui. De plus**, il s'est lui aussi exposé durant les activités**, prenant des risques, se confrontant parfois à ses propres limites. Or, la relation éducative est asymétrique et source d'enjeux de pouvoir puisque, schématiquement, l'un donne et l'autre reçoit : l'un accompagne, l'autre est accompagné[28]. **Pendant les ateliers, cette asymétrie relationnelle est bouleversée : l'éducateur peut lui aussi être accompagné par le jeune, encouragé, voire mis au défi**. Par exemple, lors du jeu du miroir où l'un doit initier le mouvement et l'autre doit l'imiter, les patients ont pu imaginer (avec humour et bienveillance) le meilleur moyen de mettre l'éducateur en difficulté, inversant ainsi les rôles habituels.

Ce bénéfice lié à l'art-thérapie nous apparaît non négligeable : il permet un véritablement gain de temps et d'efficacité dans l'accompagnement des jeunes de l'IME par l'équipe en permettant à cette relation de confiance d'exister entre le jeune et son éducateur référent. Ce point pourrait, selon nous, être un objectif de travail à part entière et est en ce sens un apport particulièrement pertinent de cette discipline thérapeutique.

[28] Nous schématisons ici la notion de relation éducative asymétrique. De nombreuses nuances sont à apporter sur ce point si nous l'approfondissons, notamment grâce à une réciprocité favorisée par des modes relationnels, par exemple en s'appuyant sur le concept de don/contre don de M. Mauss.

4.2 Limites de l'etude

4.2.1 Un nombre de séances limité

Notre stage s'étant déroulé sur un temps assez court et pendant une période soumise à des remous d'emploi du temps en raison d'un contexte sanitaire inhabituel, nous n'avons pu proposer que 8 séances d'art-thérapie. Au regard du type de handicap de nos patients, 8 séances paraissent insuffisantes : les troubles des patients, dont la déficience intellectuelle, entraînent une progression plus lente que chez une personne « ordinaire », et ce dans tous les domaines. De plus, nous avons remarqué que nous commencions à mieux connaître nos patients au moment où nous avons cessé la prise en soin : la **prolonger aurait permis d'ajuster encore davantage notre intervention aux besoins repérés chez les jeunes, et d'approfondir le travail**.

4.2.2 De la nécessité d'un lieu dédié

Nous l'avons dit précédemment : avoir une salle dédiée à l'art-thérapie et rassemblant les conditions nécessaires à la mise en place d'un environnement agréable et sécurisant n'est pas seulement un « plus » dans la prise en soin. Les patients que nous avons rencontrés présentent pour beaucoup des troubles anxieux voire des angoisses. **Le fait de leur proposer des séances dans un environnement inadéquat ne leur permet pas d'être rassurés et d'investir pleinement la séance, nuisant ainsi à l'atteinte de nos objectifs de travail**.

Nous avons fait la plupart de nos séances dans une salle de réunion, en préfabriqué et non insonorisée. Nous n'avons donc pas pu utiliser tous les outils souhaités (par exemple, le tambour) en raison de la gêne occasionnée pour les autres professionnels/jeunes de l'IME. Nous avons aussi été confrontés à des changements de salle au dernier moment, provoquant malgré nous un sentiment d'insécurité et d'impermanence chez nos patients. Il arrivait aussi que des personnes interrompent l'atelier en entrant de manière impromptue dans la salle, oubliant notre présence puisque la salle n'est normalement pas dédiée à un atelier thérapeutique, ce qui a **généré une rupture dans le processus d'expression et de création**.

Une salle adaptée garantit la possibilité de proposer ensuite un cadre thérapeutique de qualité. Nous avons aussi remarqué que le groupe qui a bénéficié d'une salle fixe, adaptée et à l'extérieur de l'IME (le groupe d'Aïsha) a vécu cet « éloignement » de l'établissement comme une « pause », un moment privilégié et pour eux. Cela a certainement favorisé la détente, une bonne dynamique de groupe et donc de meilleures conditions pour ce travail thérapeutique.

4.2.3 Auto-évaluation, handicap intellectuel et troubles associés : quels outils ?

Nous avons été confrontées à un manque d'outils adaptés pour permettre aux patients de s'auto-évaluer. Nous avons établi un système d'émojis pour représenter les émotions, afin de de rendre l'auto-évaluation accessible à nos patients. Cependant, alors que nous demandions à chacun de partager son émotion du moment en entourant l'émoji correspondant, certains pouvaient entourer l'émotion de la veille ou alors entourer toujours la même pour aller plus vite, ne voyant aucun intérêt particulier à cette feuille d'auto-évaluation. **Malgré nos explications sur le rôle de l'auto-évaluation dans le processus thérapeutique, certains patients n'en comprenaient pas le sens (trop abstrait) ou bien n'arrivaient pas à faire le point sur leur état émotionnel à ce moment-là** de la séance (notamment pour les patients présentant un Trouble du Spectre Autistique). Il nous a fallu plusieurs séances pour nous en apercevoir.

Si nous avions continué la prise en soin, nous aurions imaginé des outils plus adaptés et probablement individualisés. De plus, la déficience intellectuelle n'a pas toujours permis aux patients d'accéder à la notion de « travail sur soi », c'est-à-dire qu'il leur était difficile d'imaginer qu'ils pouvaient venir en atelier dans une visée thérapeutique (et non uniquement ludique ou sportive) et donc d'être autant acteurs que les autres dans leur progression. Pour **prolonger la prise en soin auprès d'eux, il serait intéressant de mener une réflexion pluridisciplinaire sur la manière de leur présenter l'art-thérapie et les objectifs de travail, notamment grâce à des outils adaptés**.

4.2.4 Les limites des séances de groupe

Nous avons proposé à Ariane et Aïsha des séances de groupe. L'IME est un établissement où les jeunes sont toujours dans un collectif et cela permet peu de temps privilégiés avec l'adulte. L'agitation liée à ce collectif, aux multiples et incessantes interactions, ne facilite pas l'apaisement des jeunes. Dans son étude sur les effets de l'art-thérapie par les arts plastiques auprès d'enfants ayant des troubles du comportement (2017), D. HAMOUMA conclut ceci :

« *Face à des instants en groupe, sources de tensions et d'excitation, l'art-thérapie*[en séance individuelle*] soumet alors un lieu calme pour s'apaiser, s'envelopper. Ce temps offre la possibilité de canaliser leur énergie, soulager les tensions tout en développant leur concentration. L'activité motrice diminuée, le temps d'expression artistique se voit à l'inverse augmenté tout au long de la prise en charge.* »

Nous pensons qu'il aurait été intéressant, en alternance avec les séances de groupe ou dans la continuité de la prise en soin, de proposer des séances individuelles aux patients. À titre d'exemple, Ariane avait des difficultés à calmer ses agitations motrices voire à cesser ses interactions avec les autres pendant certaines relaxations. Le massage (temps privilégié entre l'art-thérapeute et le jeune), aussi court soit-il, lui permettait d'accéder à cette détente et à un apaisement visible.

4.3 La posture soignante de l'art-therapeute

En tant que futures art-thérapeutes, nous portons une attention toute particulière à la notion de posture professionnelle, à savoir ici une posture soignante. En tant que professionnel du soin, l'art-thérapeute ne limite pas son travail à préparer, animer et évaluer les séances. Il lui est nécessaire de **sans cesse continuer à se former, à maintenir une veille professionnelle mais aussi à préserver et diversifier sa propre pratique artistique**. Cette dernière est précieuse puisqu'elle est la source de ses convictions professionnelles : en échangeant avec d'autres art-thérapeutes en formation, nous avons constaté que chacun a eu une expérience personnelle qui l'a amené à comprendre le pouvoir guérisseur de l'art. Ainsi, délaisser sa propre pratique artistique en pensant se consacrer uniquement au soin est, selon nous, prendre le risque d'oublier ce qui nous a amenées à pousser la porte de l'art-thérapie. **La créativité de l'art-thérapeute est une compétence clé de sa pratique** : non seulement elle est source de bien-être (ne dit-on pas que l'on ne peut soigner les autres que si nous sommes en harmonie avec nous-même ?[29]), mais elle est aussi très utile dans la pratique puisqu'elle nous permet de sans cesse nous adapter et nous renouveler. Cette sensibilité artistique qui existe chez l'art-thérapeute porte d'ailleurs bien son nom. La « sensibilité » n'est-elle pas ce qui nous permet, entre autres, de développer notre empathie et une écoute fine, sensible, des patients que nous rencontrons ?

[29] De l'importance, par ailleurs, de bénéficier d'une supervision afin d'être accompagné intellectuellement et émotionnellement dans la gestion des situations complexes.

L'empathie est en effet au cœur de notre pratique. C'est elle qui nous permet d'entrer en résonnance avec le patient et d'adapter notre posture à son état émotionnel, psychique et physique. Il ne s'agit pas d'entrer en miroir de la souffrance de chaque patient mais bien de prendre la mesure de son état intérieur et de l'accueillir avec bienveillance. **Précisons toutefois ce que l'empathie n'est pas, c'est-à-dire une forme de toute-puissance liée à l'illusion de savoir ce qui est bon pour l'autre**.

Carl ROGERS, psychologue humaniste américain, propose des pistes de travail sur la posture soignante intéressantes dans son « *approche centrée sur la personne*[30]». Selon lui, il y a **trois attitudes fondamentales à adopter en tant que thérapeute** :

- La congruence : c'est la capacité du thérapeute à rester authentique, en accord avec lui-même. Cela permet au patient de ne pas percevoir le thérapeute comme un objet mais bien comme un individu ayant lui-même des émotions et un système de valeurs.
- La considération positive inconditionnelle (ou « chaleur ») : c'est l'acceptation totale et inconditionnelle du patient tel qu'il se présente au thérapeute dans le moment présent.
- La compréhension empathique (ou verbalisation) : c'est la disposition psychique à se représenter les émotions/idées/expériences d'autrui. C. ROGERS préconise d'utiliser la reformulation pour signifier au patient ce que le thérapeute a compris de ses ressentis.

Ces trois attitudes fondamentales proposées par C. ROGERS s'appuient sur le postulat que chaque individu est mû par une volonté d'évoluer positivement. Elles sont pour nous une base essentielle de notre savoir-être auprès du patient car **elles sont facilitatrices dans la création de la relation thérapeutique et aident à définir un cadre thérapeutique ajusté**.

[30] Méthode de psychothérapie et de relation d'aide inventée par Carl Rogers dans les années 1940. Elle s'ancre dans le courant de psychologie humaniste impulsé dans les mêmes années par A. Maslow, aux Etats-Unis.

4.4. De l'art a la sante : l'art-therapie, un metier en quete de reconnaissance

« *Un jour, on saura peut-être qu'il n'y avait pas d'art mais seulement de la médecine* »,

J.M.G Le Clézio

En 2019, l'OMS* s'est appuyée sur 900 publications mondiales pour établir un rapport sur les effets de l'art sur la santé. Les conclusions confirment l'évidence des apports de l'art en termes de santé : que cela soit en termes de prévention de l'apparition de maladies, de maintien des compétences (cognitives, sociales, psychiques, physiologiques), de complément à des traitements ou à une prise en charge pour les maladies mentales, les troubles neurologiques et les maladies non-transmissibles, ou encore pour l'aide aux soins aigus en fin de vie.

Les diverses études montrent que **les zones du cerveau qui sont activées lors d'une expérience artistique (passive ou active) sont celles associées à l'émotion, à la conscience de soi, à l'identité et à l'imagination**. Ces zones sont aussi celles qui déclenchent une production de dopamine, de sérotonine, et d'ocytocine qui sont les « hormones du bonheur » (à laquelle s'ajoute l'endorphine, qui peut être libérée si l'activité artistique engage le corps). La dopamine nourrit notre système de récompense : elle provoque une sensation agréable en cas de réussite, accentue notre motivation et notre plaisir. La sérotonine est impliquée dans la régulation de l'humeur, de l'anxiété, de la motivation et de la prise de décision. L'ocytocine, appelée « l'hormone de l'amour », joue un rôle sur la confiance, la réaction au stress et les relations sociales/conjugales. Enfin, l'endorphine, réduit les sensations de douleurs, apaise l'anxiété et le stress.

La sécrétion de ces hormones étant stimulée par la pratique artistique, l'art-thérapie devrait être reconnue dans les structures de soin et de relation d'aide. Cette reconnaissance, si elle est en progrès, est encore loin d'être suffisante en France. L'art-thérapie est une discipline paramédicale méconnue ou mal comprise, et en tant que futures art-thérapeutes nous avons à cœur de la faire connaître pour qu'elle puisse soigner une grande diversité de publics. **C'est aussi grâce à la reconnaissance de ce métier qu'il pourra être pratiqué dans de bonnes conditions** : l'art-thérapeute intervenant en institution doit être reconnu comme un membre à part entière de l'équipe soignante et ainsi participer aux temps de réunions et de projets thérapeutiques. En tant que professionnel reconnu, il pourra avoir accès à des conditions matérielles suffisantes pour garantir un cadre thérapeutique adapté aux besoins des patients.

Ajoutons que les moyens modernes dont nous disposons (imagerie fonctionnelle cérébrale par exemple) devraient nous aider à objectiver les résultats de la pratique de l'art-thérapie dans le cadre de la santé, et ainsi favoriser la reconnaissance de ce métier qui, faute de guérir, donne envie de guérir et fournit des clés pour y arriver.

CONCLUSION

« L'art relève d'un effort de l'Homme pour se révéler aux autres, il permet […] de poser sa propre référence, d'affirmer sa distinction, de prendre la parole et de la défendre »,

P. Brook, acteur et metteur en scène.

Notre expérience au sein de l'IME Val-Lorie, auprès de ce public d'adolescents ayant un trouble de la déficience intellectuelle, nous a permis de constater les apports bénéfiques de l'art-thérapie sur le processus de construction identitaire. En effet, les séances ont révélé une tendance à la progression des différentes compétences psychosociales qui sous-tendent ce processus. L'expérience créative, en groupe, et par le biais de l'expression corporelle et de la danse, leur a permis de faire-valoir leur singularité, se dégageant ainsi d'une différence « stigmatisée » liée au regard porté socialement sur le handicap, pour aller vers une unicité, une identité propre, valorisée et plus affirmée.

En outre, nous avons observé des bénéfices inattendus de l'art-thérapie sur la création ou le renforcement d'une relation de confiance entre un professionnel de l'équipe et certains jeunes. Cette retombée nous semble particulièrement intéressante tant la relation éducative ou thérapeutique est un pilier dans l'accompagnement et/ou le soin d'une personne, et tant elle peut parfois être difficile à construire. Nous pouvons nous demander si notre observation pourrait être étendue à d'autres cas et si l'art-thérapie pourrait être utilisée pour médiatiser la relation soignant/soigné, notamment auprès de publics fragilisés dans leur relation à l'autre et/ou qui n'adhèrent pas au soin.

Une autre interrogation nous est parvenue lors de l'écriture de ce mémoire : la notion de thérapie implique que le patient soit acteur de son changement et donc qu'il puisse être à l'origine de cette démarche, soit en formulant une demande d'aide soit en ayant conscience qu'il travaille sur lui. Pourtant, nous l'avons vu avec le public rencontré dans notre stage, la notion de « travail sur soi » ou « d'objectifs thérapeutiques » peut-être difficile à comprendre car elle peut être trop abstraite pour le patient. L'art-thérapie, à partir du moment où l'adhésion du patient a été donnée et qu'il a été éclairé sur la démarche thérapeutique des ateliers, peut-elle se passer de cette volonté de « progresser », de se développer personnellement, pour être efficace ? Après tout, on parle de « travailler sur soi » mais ne dit-on pas « œuvrer » ?

BIBLIOGRAPHIE

BOULANGER, Jacques. « *Les troubles associés à la déficience intellectuelle* ». **Empan**, vol. 104, nº 4, 2016, p. 31-37.

COLIGNON, Martine. « *La quête identitaire à travers l'art-thérapie* ». **Le Journal des psychologues**, vol. 319, nº 6, juillet 2014, p. 38-42.

CROUZET, Danielle. « *Développement de la créativité et prévention du suicide* »: **Le Journal des psychologues**, vol. n° 291, nº 8, octobre 2011, p. 47-53.

DUBAR, Claude. *La socialisation*. Armand Colin, Paris, 2015.

FANCOURT, Daisy, et al. *What Is the Evidence on the Role of the Arts in Improving Health and Well-Being?: A Scoping Review*. 2019.

FRASSATI, D., DAUVE, C., KOSEL, M. (2017). « *Le handicap intellectuel chez l'adulte : concepts actuels et défis dans l'approche clinique »*, **Rev Med Suisse** 2017; volume 3. no. 575, 1601 – 1604

HAMOUMA, Delphine. « *Art-thérapie par les arts plastiques, étude menée auprès d'enfants présentant des troubles du comportement* », mémoire de fin d'étude, sous la direction de Virginie Airiau, 2017.

KLEIN, Jean-Pierre. *« L'art-thérapie : pourquoi* ? » **Que sais-je?**, vol. 8, septembre 2012, p. 115-24.

LANNEGRAND-WILLEMS, Lyda. « *Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels ?* », **Enfance**, vol. 3, no. 3, 2012, pp. 313-327.

LESAGE, Benoît. *« La danse dans le processus thérapeutique : fondements, outils et clinique en danse-thérapie* », Editions Erès, 2006.

LÉVY, Michel S. « *Dyslexie, dysphasie. Partie I* », **Empan**, vol. 101, no. 1, 2016, pp. 12-20.

MARC, Edmond. *La construction identitaire de l'individu*. Éditions Sciences Humaines, 2016.

MERLI, Laetitia. « *Le voyage chamanique au tambour. Des traditions mongoles aux thérapies du troisième millénaire* », **Multitudes**, vol. 77, no. 4, 2019, pp. 169-176.

MUCCHIELLI, Alex. « *Les fondements de l'identité psychosociologique* ». **Que sais-je?**, vol. 7, nº 2288, 2009, p. 41-79.

PERNET, Christophe, et Dominique Savard. « *2. Construction identitaire et handicap* ». **Trames**, 2009, p. 35-91.

RIUTORT, Philippe. *« La socialisation. Apprendre à vivre en société* », **Premières leçons de sociologie**. sous la direction de Riutort Philippe. Presses Universitaires de France, 2013, pp. 63-74.

VAYSSE, Jocelyne. « La danse-thérapie : histoire, techniques, théories ». Editions L'Harmattan, Paris, 2006.

WEBOGRAPHIE

- *Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. https://www.aaidd.org/intellectual-disability/diagnostic-adaptive-behavior-scale#.YhYLHZbjK70. Consulté le 27 février 2022.
- Handiconnect. *H51 | Troubles du développement intellectuel (TDI) : Définition etparticularités - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap*. https://handiconnect.fr/fiches-conseils/definition-et-particularites-des-troubles-du-developpement-intellectuel-tdi. Consulté le 23 février 2022.
- « *Le handicap intellectuel chez l'adulte : concepts actuels et défis dans l'approche clinique* ». **Revue Médicale Suisse**, https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-575/le-handicap-intellectuel-chez-l-adulte-concepts-actuels-et-defis-dans-l-approche-clinique. Consulté le 23 février 2022.

AUTRES APPORTS

Cours de psychologie à l'université Bordeaux II et à l'université de Nantes, 2009/2013.

Cours issus de la formation d'éducateur spécialisé à l'ARIFTS (Rezé, 44), 2013/2016.

Cours issus Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de Poitiers, 2021/2022.

Projet d'établissement de l'IME-SIPFP Val-Lorie.

GLOSSAIRE

Anamnèse : Ensemble des éléments qui constituent l'historique du patient, sur le plan social et médical. La reconstitution de ces éléments permet de mieux connaître le patient avant sa prise en charge.

Anxiété : Etat psychique troublé, causé par la crainte d'un danger ou d'un problème à venir. Cela provoque un sentiment d'inconfort et une anticipation constante de ce qui pourrait se passer ensuite. Une anxiété trop importante peut dégrader la qualité de vie.

Claves : Aussi appelés « clapi-claps ». Instrument de percussion, constitué de deux bâtons de bois que l'on tape l'un sur l'autre.

Être au taquet : Expression familière désignant le fait d'être « très motivé », « atteindre le maximum », « se donner à fond ».

Emojis : Terme issu du japonais désignant des pictogrammes qui illustrent des émotions. Ces caractères ponctuent souvent les échanges par voie numérique (textos, messagerie en ligne, réseaux sociaux).

Hypotonie : Diminution pathologique ou non du tonus musculaire.

Legato : Terme employé en musique pour signifier que les notes jouées sont liées, sans qu'il n'y ait de silence entre elle.

Motricité : Ensemble des fonctions nerveuses et musculaires liées au mouvement.

Proprioception : Aussi appelée « sensibilité profonde ». C'est la capacité à percevoir, consciemment ou inconsciemment, la position de nos propres parties du corps. Elle permet de réguler la posture et les mouvements du corps, grâce à des informations nerveuses transmises au cerveau.

Socialisation :« Processus par lequel les individus intériorisent les normes et valeurs d'une société dans laquelle ils évoluent. La socialisation procède donc d'un apprentissage : l'individu, de par les multiples interactions qui le relient aux autres, apprend progressivement à adopter un comportement conforme aux attentes d'autrui. » Riutort, P.

Tonus musculaire : Contraction légère et permanente des muscles qui permet de mettre le corps en équilibre lorsqu'il est au repas, ainsi que le maintien d'une posture.

Troubles de l'abstraction : Difficulté à avoir accès à la pensée abstraite. La pensée abstraite se distingue de la pensée formelle (ou concrète), elle concerne ce qui est difficile à comprendre par manque de référence à une réalité concrète.

Troubles attentionnels : Diagnostic médical donné lorsqu'il est repéré une association d'un déficit attentionnel, d'une hyperactivité motrice et d'une impulsivité.

Troubles logico-mathématiques : Absence des structures logiques qui permettent l'apprentissage du nombre et la capacité de raisonnement.

SIGLES

APAJH44 : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés du 44 (Loire-Atlantique).

ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail. Etablissement accueillant des personnes handicapées dans un cadre protégé, leur permettant de travailler en étant soutenues sur le plan médico-social.

IME : Institut-Médico-Educatif. Etablissement spécialisé qui accueille les enfants atteints de déficience intellectuelle, leur permettant l'accès à une éducation et des enseignements adaptés.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées. Elle a pour mission l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil pour les personnes handicapées.

PIA : Projet Individuel d'Accompagnement. Document personnalisé pour chaque enfant ou adolescent accueilli en structure sociale ou médico-sociale. Il définit les modalités d'accompagnement.

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soin à Domicile. Il apporte aux familles et aux enfants en situation de handicap aide et conseil. Il favorise l'inclusion scolaire et l'acquisition de l'autonomie.

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale. Il permet d'accompagner les personnes en situation de handicap au quotidien tout en favorisant le maintien à domicile et le maintien des liens sociaux.

TDI : Trouble du Développement Intellectuel.

Annexes

1. Grille d'evaluation d'Ariane :

OG1 : Développer la confiance en soi et en l'autre					
OI1 : Oser expérimenter et dépasser ses peurs					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Accepte de rentrer dans l'activité	Refus catégorique et clair	Met en place des stratégies d'évitement	Quelques résistances	Faibles hésitations	Aucune hésitation
Absence de dévalorisation de soi-même	Se dévalorise pendant toute la séance	Se dévalorise très souvent	Se dévalorise parfois	Se dévalorise peu	Aucune dévalorisation
Absence de tensions internes	Irritabilité, anxiété Repli sur soi	Irritabilité et anxiété fortes mais sans repli sur soi	Irritabilité et anxiété présentes mais contenues	Irritabilité et anxiété faibles	Absence de tensions internes
OI 2 : Développer des interactions sociales réciproques					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Regards vers les autres	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Montre de l'intérêt pour l'autre	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Absence de repli sur soi	S'isole très souvent	S'isole souvent	S'isole parfois	S'isole peu	Ne s'isole pas
OG2 : Diminuer l'anxiété, favoriser le bien-être					
OI1 : Ressentir du plaisir					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Expression verbale et non verbale du plaisir	Jamais	Seulement pendant le temps d'échange de fin de séance	Parfois, si on lui demande son avis	Souvent Et spontanément	Très souvent, beaucoup d'enthousiasme
Motivation	Aucune	Faible, pas d'initiatives	Variable, peu d'initiatives	Bonne, quelques initiatives	Très bonne, prend des initiatives
OI2 : Exprimer des émotions					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Verbalise ses émotions	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent

Elaboration autour des émotions	Aucune	Presque aucune	Peu développée	Développée	Très développée
Engagement corporel	Très limité (bouge à peine, n'ose pas)	Limité (ne bouge qu'une partie du corps)	Variable	Engagement de l'ensemble du corps, commence à s'approprier des mouvements	Gestuelle diversifiée et personnalisée, ensemble du corps mobilisé
OI3 : Être capable de lâcher-prise					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Improvisation	Refus d'improviser	Esquisse quelques mouvements	Improvise mais n'exprime pas de plaisir	Improvise avec plaisir mais répète les mêmes mouvements	Improvise, exprime du plaisir, se laisser porter par la musique
Capacité à se détendre pendant la relaxation	N'y parvient pas, agitation motrice forte	Faible. Agitation motrice / rires nerveux	Sur une courte durée, avec l'aide de l'adulte (guidage oral, massage)	Se détend pendant presque toute la relaxation, avec l'aide de l'adulte	Se détend facilement. N'a pas besoin de l'adulte.

2. Grille d'evaluation d'Aïsha

OG1 : Développer la socialisation					
OI1 : Trouver sa place dans le groupe					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Interactions avec les pairs	Aucune	Très brèves et uniquement en réponse aux leurs	Parfois, sur sollicitation	Initie parfois les interactions / Y répond avec plaisir	Initie souvent les interactions avec les pairs / y répond avec plaisir
Interactions avec l'adulte	Aucune	Timidement, sur sollicitation	Parfois, sur sollicitation	Initie parfois les interactions / Y répond avec plaisir	Initie souvent les interactions avec l'adulte / y répond avec plaisir
Affirmation de soi	Jamais	Reste en retrait, n'ose pas donner son avis	Est en mesure de dire son avis sur sollicitation	Peut spontanément mais rarement donner son avis	Donne son avis spontanément
OI 2 : Diversifier le contenu de l'expression verbale					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Diversité des thématiques abordées à l'oral	Très faible	Faible	Moyenne	Plutôt bonne	Bonne
Elaboration de l'expression verbale	N'élabore pas du tout, répond par un ou deux mots	Elabore rarement, une phrase ou deux	Elabore parfois, avec de l'aide	Elabore régulièrement, avec de l'aide	Elabore spontanément et régulièrement

OG2 : Développer une meilleure image de son corps					
OI1 : Prendre du plaisir à explorer les possibilités de son corps dans l'activité artistique					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Plaisir éprouvé	Déplaisir	Indifférence	Peu de plaisir	Plaisir modéré	Plaisir important
Sourires	Absence de sourires	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Engagement corporel	Très limité (bouge à peine, n'ose pas)	Limité (ne bouge qu'une partie du corps)	Variable	Engagement de l'ensemble du corps, commence à s'approprier des mouvements	Gestuelle diversifiée et personnalisée, ensemble du corps mobilisé

OI2 : S'autoriser à lâcher-prise					
Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Capacité d'improvisation	Refus d'improviser	Esquisse quelques mouvements	Improvise mais n'exprime pas de plaisir	Improvise avec plaisir mais répète les mêmes mouvements	Improvise, exprime du plaisir, se laisser porter par la musique
Oser s'exprimer corporellement devant le groupe	Refus catégorique	Refuse d'abord mais finit par accepter	Accepte timidement, rigidité corporelle	Accepte timidement et parvient à se lâcher	Accepte avec plaisir

3. ECHELLES D'EVALUATION

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeu personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estim de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage o comment maintenir une estime de soi positive… »
En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vou en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1-2-3-4
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1-2-3-4
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté	1-2-3-4
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	1-2-3-4
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1-2-3-4
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1-2-3-4
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1-2-3-4
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1-2-3-4
9.	Parfois je me sens vraiment inutile.	1-2-3-4
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7.**

Pour les questions **3 ,5 ,8 ,9 et 10,** la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

FICHE TECHNIQUE- n°6

RATHUS – EVALUATION DE L'AFFIRMATION DE SOI

Être affirmé, c'est être capable d'exprimer ses sentiments avec aisance et sincérité et d'exprimer son point de vue sans anxiété exagérée.
L'échelle de Rathus est un questionnaire d'auto-évaluation qui permet de quantifier le niveau d'affirmation de soi d'un patient.
Cette échelle est ici présentée afin que vous puissiez l'utiliser en consultation.

Chaque item est coté de -3 à +3 selon la réponse du sujet :

- Tout à fait vrai = +3
- Vrai = +2
- Plutôt vrai = +1
- Tout à fait faux = -3
- Faux = -2
- Plutôt faux = -1

Il faut inverser le signe de la note pour les items marqués d'un astérisque (*).
Il faut ensuite faire la somme des items + et celle des items -, puis les additionner.
On obtient ainsi un résultat pouvant aller de –90 à +90.

Voici les normes retenues pour interpréter le score obtenu :

	Pop. témoin	Pop. des phobiques sociaux
Moyenne	+15.6	-25.41
Ecart-type	24.24	22.77
Limite	(-8.64 ; +39.84)	(-48.18 ; -2.64)

Ce questionnaire peut être rempli par les patients au début, puis à différents moments de la prise en charge.
A titre d'exemple, au sein du réseau Romdes, les patients remplissent ce questionnaire dès leur entrée (T0), après un an de suivi (T12), puis à la fin de la deuxième année (T24).

Interprétation

• ***Sore supérieur à -1*** : La personne est affirmée. Elle n'a pas honte de ses opinions ; elle peut les exprimer sans agressivité, sans ambiguïté et sans chercher à les imposer aux autres. Elle est capable d'entendre ce qu'on lui dit, de discuter sans se sentir coupable, tout en respectant les idées de ses interlocuteurs. Elle est généralement à l'aise en société et bien dans sa peau. Cette échelle ne permet pas de distinguer la personne assertive (affirmée) de celle agressive en cas de score élevé.

• ***Score compris entre -2 et -8*** : La personne n'est pas phobique sociale mais pourrait éprouver certaines difficultés à exprimer ses sentiments avec aisance et sincérité et à défendre son point de vue sans anxiété exagérée. Elle pourrait également être sensible au regard et au jugement d'autrui.

• ***Sore inférieur à –9*** : La personne n'est pas affirmée. Elle a des difficultés à communiquer, elle a peur du jugement des autres, elle se sent inférieure et maladroite. Elle a du mal à se décider, elle adopte les idées de ses interlocuteurs pour éviter tout conflit, ou bien elle fuit la discussion et reste la plupart du temps silencieuse et repliée sur elle-même.

R MDES

Rathus, S.A. (1973). A thirty item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4*, 298-406

Echelle d'autoévaluation « State trait anxiety Inventory for Children » (STAIC)

Mesure de la sévérité de l'anxiété chez les enfants. Elle mesure les traits anxieux et les réactions dans différentes situations. Les enfants complètent eux-mêmes ce questionnaire en présence du psychologue ou du médecin.

« Comment je me sens »

(auto-évaluation)

Numéro de patient : **Date :**

Indications : Voici un certain nombre de phrases que les garçons et les filles emploient pour dire comment ils se sentent. Lis chacune d'elles et décide si elle s'applique à toi PRESQUE JAMAIS, QUELQUEFOIS ou SOUVENT. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne passe pas trop de temps à chaque phrase. Souviens-toi, choisis le mot qui décrit le mieux comment tu te sens généralement.

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVENT
1- Ca m'inquiète de me tromper			
2- J'ai envie de pleurer			
3- Je me sens triste			
4- J'ai des difficultés à me décider			
5- C'est difficile pour moi de faire face à mes problèmes			
6- Je m'inquiète beaucoup			
7- Je suis bouleversé à la maison			
8- Je suis timide			
9- Je me sens tourmenté			
10- Des pensées peu importantes me tracassent			
11- L'école m'inquiète			
12- J'ai des difficultés à décider de ce que je veux faire			
13- Je m'aperçois que mon cœur bat très vite			
14- Secrètement j'ai peur			
15- Je m'inquiète pour mes parents			
16- Mes mains deviennent moites			
17- Je m'inquiète de choses qui peuvent arriver			
18- J'ai des difficultés à m'endormir le soir			
19- J'ai des sensations bizarres dans mon estomac			
20- Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi			

Q. I. C.

Remplissez ce questionnaire en pensant à comment vous considérez votre corps.
Choisissez un seul numéro pour chaque ligne.
Les numéros 1 et 2 se réfèrent à la caractéristique de la colonne de gauche, les numéros 4 et 5 à a celle de la colonne de droite.

1	2	3	4	5
beaucoup ou souvent	plutôt ou assez souvent	autre les deux ou ni l'un ni l'autre	plutôt ou assez souvent	beaucoup ou souvent

Vous considérez votre corps comme :

en mauvaise santé	1	2	3	4	5	en bonne santé	1. SAN
physiquement attirant	1	2	3	4	5	non attirant	2. NAT
source de plaisir	1	2	3	4	5	de déplaisir	3. DEP
féminin	1	2	3	4	5	masculin	4. MAS
pur, propre	1	2	3	4	5	impur, sale	5. SAL
exprimant la crainte	1	2	3	4	5	exprimant l'audace	6. AUD
vide	1	2	3	4	5	plein	7. PLE
quelque chose que l'on touche	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on ne touche pas	8. PTO
indifférent, froid	1	2	3	4	5	tendre, chaleureux	9. TEN
exprimant la colère	1	2	3	4	5	exprimant l'apaisement	10. APA
expressif	1	2	3	4	5	non expressif	11. NEX
quelque chose que l'on cache	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on montre	12. MON
calme, serein	1	2	3	4	5	nerveux, inquiet	13. NER
vieux	1	2	3	4	5	jeune	14. JEU
érotique	1	2	3	4	5	non érotique	15. PER
fragile, faible	1	2	3	4	5	résistant, fort	16. RES
joyeux	1	2	3	4	5	triste	17. TRI
quelque chose que l'on ne regarde pas	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on regarde	18. REG
énergique	1	2	3	4	5	non énergique	19. NEN

TEST RATHUS *Nom:* *Prénom:* *Date:*

	Mettez une croix dans la colonne qui vous paraît le mieux vous caractériser	Tout à fait vrai	VRAI	Plutôt vrai	Plutôt faux	FAUX	Tout à fait faux
* 1	La plupart des gens semblent être plus agressifs et s'affirmer mieux que moi.						
* 2	Il m'arrive "par timidité" d'hésiter à donner ou à accepter des rendez-vous.						
3	Quant au restaurant, la nourriture ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur.						
* 4	J'évite soigneusement de blesser les sentiments des autres, même quand je sens que j'ai été offensé.						
* 5	Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal pour me présenter une marchandise qui ne me convient pas tout à fait, il m'est difficile de dire "non".						
6	Quand on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en connaître les raisons.						
7	Il m'arrive de chercher une bonne et saine discussion.						
8	Je lutte pour réussir aussi bien que la plupart des gens qui sont dans ma situation.						
* 9	A la vérité, les gens profitent souvent de moi.						
10	J'aime engager la conversation avec des nouvelles connaissances et des étrangers.						
* 11	Je ne sais souvent que dire à des personnes attirantes du sexe opposé.						
* 12	J'hésiterai à téléphoner à des sociétés et des administrations.						
* 13	Il me serait plus facile de poser ma candidature à un emploi ou un stage par écrit que subir des entretiens.						
* 14	Je trouve qu'il est très embarrassant de rendre une marchandise.						
* 15	Si un parent proche et respecté m'ennuyait, je cacherais mes sentiments plutôt que d'exprimer ma contrariété.						
* 16	Il m'arrive d'éviter de poser des questions de peur de paraître idiot.						
* 17	Il m'arrive parfois, au cours d'une discussion, d'avoir peur d'être troublé au point de me mettre à trembler de tout mon corps.						
18	Si un conférencier, renommé et respecté, faisait une affirmation que j'estime inexacte, j'exposerai quand même mon point de vue à l'auditoire.						
* 19	J'évite de marchander.						
20	Quand j'ai fait quelque chose d'important ou de valable, je m'arrange pour que les autres le sachent.						
21	J'exprime ouvertement et franchement mes sentiments.						
22	Si quelqu'un à fait courir de faux bruits et des calomnies à mon sujet, je vais le voir aussitôt que possible pour lui dire deux mots.						
* 23	Il m'est souvent difficile de dire non						
* 24	Je suis porté à me retenir plutôt qu'à faire une scène.						
25	Je fais des réclamations quand le service est mal fait au restaurant ou ailleurs.						
* 26	Quand on me fait un compliment, parfois je ne sais simplement que répondre.						
27	Si au théâtre ou à une conférence, mes voisins parlent assez haut, je leur demande de se taire ou de parler ailleurs.						
28	Toutes personnes essayant de prendre ma place dans une queue aura à faire à moi.						
* 29	Je suis prompt à exprimer une opinion.						
* 30	Il m'arrive parfois d'être incapable de dire quoi que ce soit.						

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Date : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ..... Âge : .....

	ANXIÉTÉ 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	**ÉVITEMENT** 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
TOTAL	**A =**	**E =**
Deux scores : S = Interaction sociale	**A.S =**	**E.S =**
P = Performance	**A.P =**	**E.P =**

JC Formation © Retz 2011.

L'art-thérapie par la danse et l'expression corporelle au service de la construction identitaire chez les adolescents ayant un Trouble du Développement Intellectuel

Mercier Myriam, 2022

Résumé : Entre bouleversements psychiques, corporels, quête de soi, stigmatisation et limitations liées à la déficience intellectuelle, les adolescents ayant un trouble du développement intellectuel sont sujets à une importante baisse de l'estime de soi. Les spécificités dues à leur handicap, et aux troubles associés tels que l'autisme ou les troubles du langage, rendent difficile l'accès à l'expression de leurs émotions et donc à une meilleure connaissance d'eux-mêmes. C'est pourtant cette connaissance de soi qui permet de se construire une identité propre et d'aller à la rencontre de sa singularité.

L'art-thérapie, par le médium de la danse et de l'expression corporelle, est un moyen pertinent et adapté pour accompagner ce bouleversement identitaire : il permet de surmonter l'anxiété, le stress ainsi que les difficultés liées aux tâches développementales de l'adolescence et aux conséquences d'un handicap intellectuel. Le corps dansant, en tant que support d'expression autre que la parole, est bien plus que la gestion d'un organisme en mouvement : danser permet d'habiter notre corps et ainsi d'habiter le monde, d'entrer en relation avec autrui et d'accéder à un sentiment d'unicité.

Mots-clés : art-thérapie, adolescence, construction identitaire, trouble de la déficience intellectuelle, handicap, estime de soi

Art-therapy through dance and body movement to support identity building of adolescents with Intellectual Development Disorder

Abstract : Along with psychic and physical upheavals, the quest of the self, the stigma and limitations brought about by intellectual disability, teenagers with an intellectual developmental disorder are subject to a massive self-esteem drop. The specificities of their conditions, in addition to frequently associated disorders such as autism or language disorders, make it difficult to access the expression of their emotions, and as a consequence, to know themselves better. Still, it is this knowledge of oneself that enables the building of their own unique identity and to go find one's own singularity.

Art-therapy through the medium of dance and body movement is a relevant and suitable tool to accompany this identity upheaval. It helps to overcome anxiety and stress, and to face the difficult developmental tasks of adolescence and the consequences of intellectual disorder. The dancing body, qua other mode of expression than speech, is more than the mere managing of a moving organism. Indeed, dancing allows us to inhabit our own body, and so to inhabit the world, and finally to connect with others and access our uniqueness.

Keywords: art-therapy, adolescence, identity building, intellectual development disorder, handicap, self-esteem