



THÈSE

En vue de l'obtention du DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Laura MARTIN

Le 11 décembre 2023

**Déficiência intellectuelle, adolescence et art-thérapie : d'une
approche phénoméno-structurale à un dispositif médiatisé**

Ecole doctorale : **CLESCO - Comportement, Langage, Education, Socialisation,
Cognition**

Spécialité : **Psychopathologie**

Unité de recherche :

**CERPPS -Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et
Psychologie de la Santé**

Thèse dirigée par

Jean-Luc SUDRES et Lony SCHILTZ

Jury

Mme Aubeline VINAY, Rapporteur

M. Patrick Ange RAOULT, Rapporteur

Mme Lydia FERNANDEZ, Examinatrice

M. Jean-Luc SUDRES, Directeur de thèse

Mme Lony SCHILTZ, Co-directrice de thèse

Université Toulouse 2-Jean Jaurès

Ecole doctorale CLESCO



Laboratoire CERPPS



THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
Spécialité psychopathologie



**Déficience intellectuelle, adolescence et art-thérapie :
d'une approche phénoméno-structurale à un dispositif médiatisé**

Laura MARTIN EXCOFFIER

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 décembre 2023

Thèse dirigée par

Jean-Luc SUDRES et Lony SCHILTZ

Jury

Mme Aubeline VINAY, Rapporteur

M. Patrick-Ange RAOULT, Rapporteur

Mme Lydia FERNANDEZ, Examinatrice

M. Jean-Luc SUDRES, Directeur de thèse

Mme Lony SCHILTZ, Co-directrice de thèse

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier le **Professeur Jean-Luc Sudres** et la **Professeure Lony Schiltz** pour m'avoir donné une chance de mener mon travail jusqu'au bout, sous leurs conseils avisés, à travers des échanges riches et plein d'inspiration tout au long de mes réflexions. Sans eux, rien n'aurait été possible.

Je voudrais également remercier le **Professeur Jean-Marie Barthélémy** pour sa bienveillance depuis plus d'une quinzaine d'années et pour m'avoir aidé si patiemment lorsque mon travail était un peu en déroute.

Je remercie également chaleureusement tous les membres de mon comité de suivi de thèse ainsi que tous les membres du jury de me faire l'honneur d'une lecture experte de mon étude ainsi que de leurs présences à ma soutenance.

Je souhaite aussi adresser un grand merci à la **Professeure Amélie Rousseau** pour sa compréhension de ma situation un peu en dehors du circuit classique du doctorat. Je voudrais aussi remercier l'école doctorale CLESCO et le laboratoire du CERPPS, qui ont organisé un maximum d'évènements en distanciel, me permettant ainsi de participer à la vie du laboratoire. Sans que je ne m'y attende, ils m'ont également permis financièrement de présenter mon travail dans un colloque et ont pris en charge l'impression de ma thèse.

Mes remerciements vont également aux professionnels de l'Institut Médico-Pédagogique dans lequel s'est déroulée mon étude, qui m'ont aidé à élaborer et mettre en place le groupe d'art-thérapie présenté dans ce travail. Ils s'adressent aussi à tous les adolescents qui, passant parfois du rire aux larmes, ont accepté de me faire confiance, et de partager cette aventure du « groupe des sortants », toujours pleine de passionnants moments d'échanges.

Hors du cadre professionnel, je voudrais également témoigner ma gratitude envers mes parents, qui m'ont donné le goût de toujours apprendre et l'envie de prendre soin de mes pairs, et envers ma

sœur, fidèle soutien tout au cours doctorat, pour les moments sérieux d'échanges ou pour des moments plus festifs de décompression entre deux phases d'écriture.

Je remercie très sincèrement l'homme qui partage ma vie, pour toute son aide, en termes de réflexions, grâce à son regard de néophyte par rapport à mon domaine de recherche. Je le remercie également pour tous les dépannages informatiques quand mon ordinateur abusait de ma patience , ainsi que pour tout son soutien indéfectible, jour après jour.

Je voudrais remercier spécialement **Madame Chanal Bujor**, pour l'humanité de son accompagnement, ses conseils toujours emprunts de sagesse, sa confiance en moi à des moments où elle me fait cruellement défaut, et pour avoir rendu ce travail de thèse plus confortable quand écrire quelques mots était devenu très difficile.

Enfin, je remercie tous ceux que je ne peux pas citer, qui ont cru en moi et qui m'ont donné le courage de toujours avancer et de ne jamais baisser les bras même dans les instants de désespoir devant le travail à accomplir. Aujourd'hui il arrive enfin à son terme...

Avertissement

Réaliser un Doctorat/une Thèse en Psychologie peut paraître presque « banal » quand celui-ci advient directement après un Master 2 et/ou un appel d'offres/à projets de recherche financé et/ou le portage d'une équipe /d'un laboratoire/d'un enseignant et autres. Mais quand la voix/voie n'est pas aussi directe, quand une activité professionnelle est en cours, le travail présenté vient emprunter une forme peu classique, il devient alors nécessaire de réaliser une mise en historicité de la trajectoire empruntée pour éclairer la recherche menée.

Résumé

Notre travail de thèse fait suite à une expérience de 10 années de pratique en tant que psychologue clinicienne et art-thérapeute en Institut Médico-Pédagogique (IMP) auprès d'adolescents souffrant d'une déficience intellectuelle. En effet, nous avons remarqué que l'époque encadrant leur départ de l'IMP pour un institut plus professionnalisant constitue une période charnière durant laquelle ils expriment des affects anxieux et dépressifs, liés d'une part à l'entrée dans l'adolescence et d'autre part à un changement d'orientation. Pour les soutenir, nous avons proposé une série de 8 séances d'art thérapie, durant lesquelles les adolescents ont pu, par l'intermédiaire d'un journal de bord thérapeutique, retracer leur histoire, depuis leur arrivée dans l'établissement jusqu'à leur sortie, avec le but d'étayer l'élaboration de leurs émotions favorisant une orientation plus sereine vers l'avenir. Notre étude, composée de 5 articles, vise à partager l'élaboration puis l'évaluation de ce dispositif innovant.

Ainsi, le rôle du regard de la société sur le handicap semble particulièrement prégnant pour comprendre le vécu des adolescents et particulièrement l'enjeu de la scolarisation dans ce qu'elle a de complexe, notamment à cause du handicap. Certains adolescents se trouvent donc en souffrance et une prise en charge s'avère nécessaire. Dans ce contexte, la médiation art-thérapeutique s'impose comme une évidence, en particulier à cette période de la vie où tout est médiation. De nombreuses études mettent en exergue l'impact de l'art-thérapie chez les adolescents, mais peu en démontrent l'intérêt dans la prise en charge spécifique du déficit intellectuel, s'étayant sur une démarche évaluative clinique. C'est ce que propose notre étude qui se base sur une approche phénoméno-structurale, démarche s'avérant adaptée au recueil des données en psychopathologie et en art-thérapie. Le dispositif est évalué à l'aide de tests projectifs (AT9 et Rorschach) et d'une méthodologie prétest/posttest. Les résultats obtenus sont analysés dans une démarche principalement qualitative, illustrée par des vignettes cliniques. Nous observons une meilleure organisation de la personnalité (meilleure structuration de la pensée, émergence de capacités créatrices, harmonieuse et originales, élaboration approfondie des affects et de l'imaginaire, diminution de l'anxiété) et une perception des relations interpersonnelles plus apaisée (moins d'agressivité tournée vers l'extérieur et légère baisse du sentiment persécutif). Nous notons également un impact sur la gestion des affects en relation avec l'environnement des jeunes.

Au final, le groupe a été investi par tous les adolescents. Chacun, selon ses possibilités, a réussi à s'exprimer verbalement, ou bien par le biais des créations, se sentant soutenu par l'attitude bienveillante des autres membres du groupe. La mise en place d'un groupe de ce type apparaît donc judicieuse. Elle contribue à l'obtention de résultats intéressants dans le cadre d'un travail thérapeutique avec des jeunes

déficients intellectuels au sortir d'un IMP, résultats se manifestant à travers les changements dans les variables mesurées.

Il faut toutefois souligner les limites de ce travail, limites liées aux effectifs restreints du groupe et à l'absence d'un groupe contrôle. De plus, il semblerait plus efficace de proposer plus de séances afin d'approfondir certaines thématiques, telles que l'autoportrait, sur lequel les jeunes auraient apprécié de passer plus de temps.

Mots clefs :

Adolescence - Analyse phénoméno-structurale - Art-thérapie - Déficience intellectuelle - Evaluation

Abstract

Our thesis work follows 10 years' experience as a clinical psychologist and art therapist in a Medical and Pedagogical Institute (IMP) working with adolescents with intellectual disabilities. In fact, we noticed that the period surrounding their departure from the IMP for a more professional institute constitute a turning point, during which they express anxious and depressive affects, linked on the one hand to the onset of adolescence and on the other hand to a change of school guidance. To support them, we proposed a series of 8 art therapy sessions, during which the teenagers were requested to retrace their history, from their arrival in the establishment to their departure, via a therapeutic logbook, with the aim of supporting the elaboration of their emotions, fostering a more serene orientation towards the future. Our study, comprising 5 articles, aims to share the development and evaluation of this innovative system.

The role of society's view of disability seems to be particularly important in understanding teenagers' experiences, and especially the complexities of schooling, particularly because of the disability. As a result, some teenagers find themselves in distress, and need to be taken care of. In this context, art-therapeutic mediation is an obvious choice, particularly at this time of life when everything is about mediation. Numerous studies have highlighted the impact of art therapy on adolescents, but few have demonstrated its value in the specific treatment of intellectual disabilities, based on a clinical evaluation approach. This is the aim of our study, which is based on a phenomeno-structural approach, an approach that is well-suited to data collection in psychopathology and art therapy. The device is evaluated using projective tests (AT9 and Rorschach) and a pretest/posttest methodology. The results obtained are analyzed using a mainly qualitative approach, illustrated by clinical vignettes. We observe a better organization of personality (better structuring of thought, emergence of creative, harmonious and original capacities, deeper elaboration of affects and the imaginary, reduced anxiety) and a calmer perception of interpersonal relationships (less outward-looking aggressiveness and slightly lower persecutory feelings). We also note an impact on affect management in relation to the young people's environment.

In the end, the group was embraced by all the teenagers. Each one, according to his or her abilities, was able to express himself or herself verbally, or through his or her creations, feeling supported by the benevolent attitude of the other members of the group. Setting up a group of this type seems judicious. It contributes to the achievement of interesting results in therapeutic work with young people with intellectual deficiencies leaving an IMP, results that can be seen in the changes in the measured variables.

However, the limitations of this study must be emphasized, due to the small size of the group and the absence of a control group. In addition, it would seem more effective to offer more sessions to explore

certain themes in greater depth, such as self-portraiture, on which the young people would have appreciated spending more time.

Key words :

Adolescence - Art-therapy – Evaluation - Intellectual Disability - Phenomeno-structural analysis

Table des matières

1	Introduction.....	15
1.1	D'une trajectoire professionnelle à un doctorat en psychologie..	16
1.2	Pourquoi choisir le format d'une thèse par/sur articles ?.....	18
1.3	Synopsis du travail de recherche	18
1.3.1	L'adolescent handicapé mental et l'art-thérapie : rappels	18
1.3.2	Objectifs de recherche au regard de la littérature et de la clinique de terrain	19
1.3.3	Résumés détaillés des 5 articles	19
2	Etude n°1 : Le handicap, d'histoires en actualités	31
2.1	Définir le « handicap » : une gageure ?	33
2.2	Désigner le handicap mental : quels termes employer ?	34
2.3	Regards de la société sur les porteurs de handicap mental... ..	37
2.4	Lois sur le handicap : modernité ?	41
2.5	Classifications et modèles du handicap	43
2.6	La scolarisation des enfants handicapés mentaux : d'hier à aujourd'hui	47
2.7	Le paradoxe de la scolarisation d'aujourd'hui	51
2.8	L'impossible conclusion	54
3	Etude n°2 : L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ?	58
3.1	Une période de changements.....	60
3.2	Des rites de passage aux médiations	61
3.3	L'identité : une question de créativité et de médiations.....	62
3.4	Proposer de l'art-thérapie aux adolescents : une évidence ?	64
3.4.1	Des indications à l'efficacité	64
3.4.2	Une prise en charge groupale.....	67
3.4.3	Une posture art-thérapeutique singulière	68
3.5	Conclusion	70
4	Etude n°3 : La méthode d'analyse phénoméno structurale : Approches psychopathologique, projective et créative.....	76
4.1	Contextualisation	78
4.2	Développement de la phénoménologie structurale : rappels.....	78
4.2.1	En philosophie.....	78

4.2.2	En psychologie	79
4.2.3	En psychiatrie.....	79
4.3	Phénoménologie structurale, psychopathologie et Rorschach : le singulier de l'inédit ...	80
4.3.1	Rorschach, mécanismes et structures	80
4.3.2	Perspectives développementales	81
4.3.3	Création, psychopathologie de l'expression et approche phénoméno-structurale	82
4.4	« Antoine » en art-thérapie : tests projectifs et analyse phénoméno-structurale	84
4.4.1	Une trajectoire institutionnelle	84
4.4.2	Analyse des Rorschach par la méthode phénoméno-structurale	85
4.4.3	Statistiques descriptives basées sur la grille d'analyse de contenu du Rorschach	87
4.5	Conclusion.....	88
5	Etude n°4 : Adolescents déficients intellectuels et art-thérapie : élaboration d'un dispositif et évaluation par la méthode d'analyse phénoméno-structurale	93
5.1	Introduction	95
5.2	Handicap et art-thérapie et : quelques points d'articulation	96
5.3	Un dispositif d'art-thérapie phénoménologique (ATP)	98
5.3.1	Méthode	98
5.3.2	Les Résultats	100
5.4	Un cas clinique prototypique : Axel ou « grandir par et avec la créativité artistique » ..	102
5.4.1	La rencontre.....	102
5.4.2	La prise en charge à l'IMP	103
5.4.3	L'AT9 : « Monstre et monstration ».....	104
5.4.4	Le Rorschach : « l'humain dévitalisé ».....	105
5.4.5	Les observations cliniques pendant les séances d'art-thérapie.....	106
5.5	Discussion.....	107
5.6	Conclusions	108
6	Etude n°5 : Adolescents anxieux avec handicap mental. Un dispositif d'art-thérapie phénoméno-structurale.....	112
6.1	Intérêts d'une prise en charge art-thérapeutique.....	115
6.2	Un atelier art-thérapeutique phénoméno-structural : pragmatismes.....	115
6.2.1	Objectifs du dispositif	115

6.2.2	Cadre et Procédure	116
6.2.3	Thèmes et objectifs des séances	116
6.2.4	Méthode	117
6.3	Rémi... L'anxiété structurelle et une famille soutenante.....	118
6.3.1	La rencontre.....	118
6.3.2	Les antécédents personnels et familiaux	118
6.3.3	De la nature des troubles aux prises en charge.....	118
6.3.4	La pauvreté de la vie psychique.....	119
6.3.5	Les séances groupales.....	119
6.3.6	La tentative de faire levier aux angoisses.....	120
6.4	Kenji... L'expression des affects anxio dépressifs en milieu familial carencé	121
6.4.1	La rencontre.....	121
6.4.2	Les antécédents personnels et familiaux	121
6.4.3	La nature des troubles et historique des prises en charge.....	122
6.4.4	Entre angoisses et mise à distance des affects.....	122
6.4.5	Les séances groupales.....	123
6.4.6	Re-test...Contenir l'angoisse	123
6.5	Discussion.....	125
6.6	Conclusion	125
7	Conclusions Générales	127
7.1	Notules réflexives.....	128
7.2	Synopsis des résultats	129
7.3	Originalité.....	132
7.4	Discussions	133
7.5	Limites du travail de recherche.....	134
7.6	Ouvertures et perspectives d'avenir : des recommandations de bonnes pratiques	135

Table des figures, dessins et tableaux

Figure 2-1 : Figure – Courbe gaussienne de la répartition du QI dans la population générale (WISC-V) ...	50
Figure 4-1 : Figure – Représentation graphique des différences prétest-posttest d'Antoine	87
Figure 5-1 : Figure – Variables explorées/analysées au Rorschach en test (T1) et re-test (T2)	100
Figure 5-2 : Figure – Variables explorées/analysées l'AT9 en test (T1) et re-test (T2)	100
Figure 5-3 : Figure – Variables explorées/analysées à l'épreuve de dessin de l'AT9 en test (T1) et retest (T2)	101
Figure 5-4 : Dessin – AT9 d'Axel réalisé en version test	104
Figure 5-5 : Dessin – AT9 d'Axel réalisé en version en re-test	104
Figure 6-1 : Tableau – Thèmes des séances d'art-thérapie proposées en fonction de leurs objectifs	116
Figure 6-2 : Dessin – AT9 de Rémi réalisé en version test	119
Figure 6-3 : Dessin – AT9 de Rémi réalisé en version re-test	120
Figure 6-4 : Dessin – AT9 de Kenji réalisé en version test	122
Figure 6-5 : Dessin – AT9 de Kenji réalisé en version re-test	123
Figure 7-1 : Tableau – Synopsis des différents résultats en fonction des objectifs fixés	129
Figure 7-2 : Tableau – Synopsis des bonnes pratiques art-thérapeutiques chez les adolescents déficients intellectuels	135

1 Introduction

1.1 D'une trajectoire professionnelle à un doctorat en psychologie...

Mon choix de tourner mon exercice professionnel vers la psychologie clinique et pathologique remonte en 2004-2005, lors de mon master 1^{ère} année, réalisé à l'université de Chambéry. A cette époque, je découvre l'approche phénoméno-structurale avec le Prof. Jean-Marie Barthélémy, dont je choisis de suivre l'enseignement, auprès de qui je réalise un stage d'une année dans un service de médecine d'un hôpital de Grenoble, et qui m'initie au travail à la recherche dans son groupe du CERIC (Centre d'Etudes et de Recherche Interdisciplinaires sur les processus de la Création).

Après des péripéties administratives, je me retrouve, à la fin de mon Master1, en Diplôme Universitaire de spécialisation concernant les « enfants et adolescents, malades chroniques et handicapés », à l'université de Nancy. C'est à cette occasion que je prends goût à travailler avec les jeunes, et effectue différents stages en France et au Luxembourg.

En même temps que je suis les enseignements d'un Master 2^{ème} année en « Psychologie clinique et psychopathologie » en 2007-2008, toujours à Nancy, je rencontre la Prof. Lony Schiltz et je m'inscris dans le Diplôme d'Art-thérapie qu'elle dirige, à Luxembourg. Je réalise aussi des travaux d'étudiant-chercheur au sein du laboratoire de recherche en psychologie clinique dont elle est la directrice.

Malheureusement, d'importants problèmes familiaux m'empêchent de mener à bien tous ces travaux et je dois revenir dans ma région d'origine. Je commence alors un travail de recherche, dirigé par le Prof. Barthélémy, qui prend, courant 2009, la forme d'une thèse.

Mais des problèmes de santé contrarient mes objectifs et je dois me concentrer sur la prise d'un poste de psychologue clinicienne dans un IMP (Institut Médico-Pédagogique) de Haute-Savoie, en 2010. Commence alors un travail auprès d'enfants et d'adolescents déficients intellectuels.

Sauf que la volonté de finir ce que j'ai commencé est forte et les 630 kms qui me séparent de Luxembourg ne m'effraient pas, quitte à faire des aller-retours une fois par mois pendant un peu plus d'un an. Ce désir m'amène donc à reprendre ma formation d'art-thérapie au Luxembourg, que je valide avec mention Très Bien, tout en menant mon travail clinique de front.

Et, en 2020, de nouveau, l'envie de reprendre mon travail de recherche doctorale refait surface, dans le cadre d'une thèse sans financement autre que mes revenus professionnels. Le Prof. Barthélémy partant à la retraite, et sur les conseils de la Prof. Schiltz, je me tourne vers le Prof. Jean-Luc Sudres, dont je connais les travaux par l'intermédiaire de mes lectures. Il accepte d'encadrer mon travail en codirection avec la Prof. Schiltz et me voilà propulsée dans un doctorat au sein du laboratoire CERPPS (Centre d'Études

et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé) à Toulouse. Il est tout naturel pour moi de partir de mon travail clinique pour élaborer mon thème de recherche.

Ainsi, pendant une dizaine d'années en tant que psychologue et art-thérapeute, mon travail clinique en Institut Médico-Pédagogique (IMP) s'est montré extrêmement enrichissant en termes de rencontres, d'échanges, avec des enfants et des adolescents souffrant de déficience intellectuelle. Chacun d'entre eux a réussi à nous faire confiance pour grandir, main dans la main, petit à petit, et avancer vers l'âge adulte, dans le cadre d'une structure institutionnelle aux professionnels pluridisciplinaires, qui tentent à chaque instant de s'adapter au handicap, et surtout à son vécu par le jeune. Ces moments de vie partagés se sont avérés passionnants d'un point de vue intellectuel, afin de rechercher cognitivement, mais aussi intuitivement, le mot, le geste, le dispositif, qui permettra à chaque jeune de se sentir mieux ; et d'un point de vue humain, tant nous avons été saisis par une empathie très forte envers ces êtres pris dans des petits et des grands drames et joies de la vie, ponctuant les méandres de leur évolution rendue encore plus complexe à cause du handicap mental.

Après parfois huit voire neuf ans passés auprès de chacun d'eux, j'ai réalisé à quel point ces adolescents vivent des moments parfois difficiles, et notamment au moment de leurs départs vers d'autres structures, plus professionnalisantes. En effet, il s'agit pour eux d'une période charnière durant laquelle ils expriment des affects anxieux et parfois dépressifs, liés d'une part à l'entrée dans l'adolescence et d'autre part au changement d'orientation qui ne les laisse jamais indifférent.

C'est ainsi que depuis ma première année de thèse, nous avons eu pour objectif de mettre en place et d'évaluer un dispositif d'art-thérapie pour ces adolescents au sortir d'un IMP. En effet, nous nous sommes aperçus que naturellement, des dispositifs accueillent les plus jeunes, et souvent très vulnérables, à leur arrivée à l'institut, mais rien n'était conçu pour étayer le départ des plus âgés, en faisant ainsi fi de leurs fragilités persistantes. Or, la littérature concernant les adolescents déficients intellectuels ne relaie pas de dispositifs médiatisés existants. Pour les soutenir, nous avons donc monté un dispositif original de thérapie à médiation artistique, dans lequel les adolescents peuvent retracer leur histoire, depuis leur arrivée dans l'établissement jusqu'à leur sortie, dans une volonté d'encourager l'élaboration de leurs pensées, de leurs émotions afin d'un départ plus serein vers leur futur proche mais aussi plus lointain.

1.2 Pourquoi choisir le format d'une thèse par/sur articles ?

Naturellement la trajectoire de recherche sus développée ne peut que conduire à une inscription dans la temporalité. De fait une présentation sous la forme de 5 articles emboîtés portant sur le thème de l'accompagnement par l'art-thérapie d'adolescents déficients intellectuels au sortir d'un IMP apparaît comme une évidence pour scander les mouvements à l'œuvre. Ainsi nous développons d'abord dans trois articles princeps une revue de la littérature sur le handicap, puis une mise en tension de la problématique de l'adolescent déficient intellectuel en art-thérapie et enfin la place de l'approche/méthode phénoméno-structurale dans le soin. Puis, deux autres articles permettent de comprendre l'élaboration du dispositif proposé avec une évaluation qualitative. Enfin, la conclusion générale conduit à l'émergence de recommandations de bonnes pratiques.

Bien évidemment l'autonomie de publication de chacun de ces articles amènent à quelques redondances théoriques avec des regards novateurs.

1.3 Synopsis du travail de recherche

1.3.1 *L'adolescent handicapé mental et l'art-thérapie : rappels*

De nombreux auteurs ont mis en avant les effets positifs de l'art-thérapie chez les personnes porteuses d'un handicap. La construction de la personnalité apparaît soutenue par la structuration des séances et l'utilisation des médias, avec un ancrage dans la réalité, notamment grâce à la trace laissée au cours de la séance. Cela permet le passage d'un monde interne à une réalité externe concrète, trouvant là une articulation souple entre le symbolique, le réel et l'imaginaire. L'art-thérapie apporte également un soutien à la mentalisation lorsque le langage verbal est difficile ou inadapté, tout comme elle peut aussi devenir facteur de résilience pour lutter contre le sentiment de stigmatisation du handicap. Elle entraîne également un développement de la créativité et permet de repérer et étayer les adolescents qui souffriraient de troubles anxieux et dépressifs. Il est aussi observé une amélioration de la qualité existentielle, avec un soulagement de la souffrance qui peut advenir de par le processus adolescent, et se voir renforcée par le handicap. Enfin, réalisées en groupe, les séances à médiation visent un renforcement des liens aux pairs et donc une amélioration des relations sociales.

Si l'art-thérapie émerge comme une évidence de prise en charge pour les adolescents, rares sont les études qui portent sur son indication chez l'adolescent porteur d'une déficience intellectuelle. La mise en place d'un dispositif auprès de cette population, autour de la réalisation d'un journal de bord

thérapeutique, apparaît donc comme novatrice et contribuera à l'édification d'un guide de bonnes pratiques d'accompagnement des adolescents déficients intellectuels en art-thérapie.

1.3.2 Objectifs de recherche au regard de la littérature et de la clinique de terrain

Notre recherche a donc pour objectif de présenter l'élaboration et l'évaluation d'un dispositif art-thérapeutique original. Nous souhaitons rendre compte de l'effet des séances proposées au sein de cet atelier et notamment étudier si elles peuvent influencer l'organisation de la personnalité et la gestion des relations sociales dans une optique d'apaisement du vécu difficile chez les adolescents déficients intellectuels au sortir d'un IMP.

A partir de cette question, nous avons pour objectif qu'après huit séances de médiation, nous observions une diminution des affects, notamment anxieux, en procédure test/re-test aux tests de Rorschach et de l'AT9, au sein de personnalité plus structurées et au lien plus apaisée avec l'environnement interpersonnel.

1.3.3 Résumés détaillés des 5 articles

1.3.3.1 Article 1 : « Le handicap, d'histoires en actualités. Quelques rappels »

(Paru In : Martin Excoffier L., Schiltz L., & Sudres J.-L (2021). Le Handicap : d'histoire en actualités. Quelques rappels. *Les Cahiers de l'Actif*, n°540-541, 205-230.)

Pour se rendre compte du vécu des adolescents déficients intellectuels au moment de quitter leur institution, nous nous sommes intéressés à la problématique controversée de leur scolarisation, puisque la vie scolaire est au cœur de la vie de chaque jeune, un peu plus méandreuse chez ceux porteurs d'un handicap.

Cet article a donc pour objectif de constituer une revue de la littérature de la question du handicap et de son vécu dans la société, et notamment dans les établissements d'enseignement, tels que les IMP.

Aujourd'hui, la personne handicapée est désignée par une anomalie qui la définit ou la stigmatise, ce qui est particulièrement difficile à vivre pour le sujet, surtout lorsqu'il est jeune, et sa famille (Assouly-Piquet & Berthier-Vittoz, 1994). La blessure est multiple : le dommage d'être handicapé, le handicap en lui-même, le préjudice du regard de l'autre, et la blessure narcissique qui l'accompagne, nuisant à leur « identité narrative » (Ricoeur, 1990), ce qui est particulièrement difficile à accepter pour des adolescents en cours de croissance physique et de développement psychique. Le handicap installe la personne dans une situation de dépendance à affronter - en opposition, d'une part avec les exigences d'autonomies de la société actuelle, et d'autre part avec le désir d'émancipation des adolescents - ainsi que de vulnérabilité

sociale, en particulier scolaire, d'autant plus que l'école est souvent le premier lieu dans laquelle le handicap mental s'exprime (Bodin, 2018).

Ainsi, la scolarisation ne peut qu'influencer la structuration de leur personnalité, ainsi que leur manière d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles, puisque le « sens de l'expérience scolaire » joue un grand rôle sur la construction identitaire des enfants et adolescents. Ainsi, l'accès aux apprentissages et la socialisation l'influencent fortement, au travers des représentations de soi, et y compris en cas de déficience intellectuelle (Chevallier Rodrigues et al., 2020).

Aujourd'hui les politiques s'avèrent prises en pleine oscillation entre une « politique inclusive » (Louis et Ramond, 2013 ; Brun & Mellier, 2016), quitte à engendrer une forte stigmatisation par rapport aux pairs d'âge (Desombre, 2013), et une prise en charge spécifique en milieu spécialisé, pour une valorisation singulière des jeunes en situation de handicap (Picon, 2010), un des enjeux s'avérant la recherche d'une pédagogie ni infantilisante, ni hors d'atteinte, dans le but d'améliorer les représentations de soi chez ces jeunes (Chevallier Rodriguez & al, 2020).

Il s'agit donc ici de prendre conscience de l'accompagnement de ces adolescents que peuvent prodiguer les professionnels, notamment dans les structures spécifiques telles que les IMP, pour faire face à leurs difficultés, en particulier liées à leur quête identitaire rendue complexe par le handicap. A travers les définitions et les termes employés pour décrire le handicap, les différentes lois et modèles qui ont cherché à le cerner, nous avons proposé de nous pencher sur la question du regard que porte la société sur ces jeunes, individus singuliers pris dans des dynamiques sociétales complexifiées par la différence. En effet, il apparaît indispensable de comprendre ce regard de la société, de la famille, du milieu scolaire, puisqu'il participe à la construction de l'identité du sujet, en tant que créateur de lien, ou bien à l'inverse comme source de déliaison (Scelles, 2013).

Le handicap ainsi que le regard sociétal qui le vise, révèle bien les paradoxes qui se sont joués et qui jouent encore dans la scolarisation. Il s'avère clair qu'il ne peut être pris en charge que de manière complexe, et l'oscillation des prescriptions d'inclusion/intégration n'en est qu'une des nombreuses problématiques, toujours sans réponse aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire à tous les professionnels spécialisés de se situer au plus près de chaque jeune, pour trouver une situation qui lui convient afin de le conduire de l'enfance et l'adolescence vers une vie émotionnelle et sociale d'un adulte épanoui.

1.3.3.2 Article 2 : « L'art-thérapie et les adolescents, clinique d'une évidence ? »

(Paru In : Martin Excoffier, L., Schiltz, L., & Sudres, J-L. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ? *Perspectives Psy*, Vol. 61, N°1, 84-92.)

Parfois, le cheminement propre à l'adolescence révèle des fragilités qui nécessitent un accompagnement psychologique, un soutien plus ou moins important, rendu encore plus complexe dans le cas de handicaps. Nous nous sommes donc questionnés sur le moyen le plus judicieux d'étayer ces adolescents, dans la construction de leur identité, de leur personnalité. En effet, la période de changements qu'est l'adolescence apparaît comme un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte, comme une transition, où elles se forgent.

Dans cette revue de la littérature, nous nous sommes donc attachés à montrer l'intérêt d'une prise en charge tiercée particulière, l'art-thérapie, dans la prise en charge de l'adolescent, en particulier porteur d'une déficience intellectuelle. Puisque leur quête identitaire apparaît complexifiée par leur handicap, en quoi la créativité et l'art-thérapie peuvent-elles soutenir le développement identitaire de ces adolescents ?

Si l'adolescence apparaît définie de manière multiple, cette période s'impose souvent chez les auteurs comme un moment délicat de la vie, fragilisé par la quête identitaire propre à cette période de transition. Pour les plus fragilisés, souffrant d'une véritable « déstabilisation du sentiment de réalité » (Sudres, 2003 ; Wawrzyniak & Schmit ; 2008 ; Klein, 2012), le travail thérapeutique est souvent délicat, et les thérapies verbales ne s'avèrent pas une réponse adéquate au mal-être de ces jeunes ; la verbalisation, notamment des émotions, n'étant pas toujours aisée (Francese, 2016). Le support créatif émerge alors comme un tiers, une médiation, dans un espace d'expression (Winnicott, 1975 ; Barbe, 2016) où le cadre et le thérapeute prennent une place non intrusive et même soutenante.

Attentifs au manque d'accompagnement des adolescents souffrant d'une déficience intellectuelle dans les structures médico-sociales actuelles, nous avons proposé à un groupe de ces jeunes un dispositif art-thérapeutique original. En effet, puisque la médiation se trouve au cœur de la dynamique adolescente, l'art-thérapie apparaît comme un moyen privilégié de prise en charge de l'adolescent, notamment lors de séances groupales (Kaës, 2011 ; Gremillet, 2017). Ces séances peuvent revêtir la fonction de rites de passage, permettant à la fois le développement social et l'émergence d'une personnalité en train de se construire (Van Genep, 1909 ; Ahovi et Rose Moro, 2010). Le moratoire identitaire lié à cet âge (Marcia, 1966) apparaît souvent comme une période dont il est difficile de sortir sans aide, tout comme il est compliqué d'accéder à la réalisation identitaire. Ainsi, alors que la quête identitaire malmène les psychés de ces jeunes, l'art-thérapie se place dans une position étayante dans les changements biologiques,

cognitifs et sociaux, et elle soutient tout particulièrement les adolescents face à leur dépressivité (Wawrzyniak & Schmit, 2008). Dans tous les cas, le thérapeute se doit de comprendre la souffrance lorsqu'elle s'exprime, en particulier dans les créations artistiques, et de permettre l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, en respectant le code mis en œuvre par l'adolescent (Schauder, 2012). C'est pour cela que l'art-thérapie apporte toute sa contribution, en complément du langage, dans sa dimension communicative, dans son aide à l'élaboration psychique (Klein, 2020), dans son soutien à l'imagination (Richard, 1990) et à l'autonomie (Geiger, Shpigelman & Feniger-Schaal, 2020). Elle se présente également comme lien entre le monde interne et la réalité extérieure, et offre la possibilité de permettre une écriture de soi, une trace dans le groupe de soin, mais aussi une trace de son passage de l'enfance à l'âge adulte.

En effet, l'adolescence se construit sur des médiations, dans tous les domaines de sa vie, et en particulier dans sa quête identitaire. L'art-thérapie émerge ainsi comme une évidence, dans la proposition d'une expression artistique, notamment en groupe, une médiation parmi d'autres, mais avec des indications sérieuses, pour que le jeune puisse se construire lui-même et avec autrui. C'est ainsi que nous avons mis en place un dispositif art-thérapeutique pour un groupe d'adolescents, qui fera l'objet de notre étude de thèse.

1.3.3.3 Article 3 : La méthode d'analyse phénoméno-structurale : apports cliniques, projectifs et thérapeutiques

(Soumis et accepté pour publication et communication In : Les Annales Médico-Psychologiques)

Pour élaborer notre dispositif d'art-thérapie, nous avons choisi de nous tourner tout naturellement vers la méthode d'analyse phénoméno-structurale, qui prend de nouveau son essor dans la psychiatrie et la psychologie actuelles, en montrant comment cette méthode peut soutenir la réflexion autour de la prise en charge des patients, et notamment ceux suivis en art-thérapie.

Nous en présentons succinctement les principes et les possibilités d'analyses, de par son lien théorique solide avec les techniques projectives qui seront utilisées dans notre étude (le test de Rorschach et le dessin par le biais de l'AT9), mais aussi au moyen d'une vignette clinique. Ces différentes manières de se référer au courant phénoméno-structural nous montrent bien son intérêt dans la psychopathologie de l'expression en général, ainsi que dans l'analyse des créations réalisées dans le cadre de notre atelier d'art-thérapie en particulier. Nous souhaitons également montrer l'intérêt de la méthode dans ses modernisations.

En effet, après une dynamique à bas bruit, la phénoménologie prend de nouveau son essor en psychiatrie (Cabestan, 2003), tout comme en psychologie clinique et en psychopathologie (Gozé, 2020). Elle est particulièrement pertinente dans ces domaines, où l'observation de phénomènes et la recherche de structures pour les organiser (Mucchielli, 1983) est au cœur de la pratique, notamment lorsque l'on vise à comprendre la personnalité de nos patients, et ce de manière complémentaire à d'autres obédiences plus scientifiques. Marceau (2001) propose ainsi une « analyse existentielle » empirique qui se fonde sur la notion de structure de « l'être présent », et sur l'interprétation du contenu du langage, puisqu'il révèle une compréhension de l'autre dans ce qu'il a de singulier.

Minkowska (1937) s'est particulièrement intéressée à l'analyse du langage au cours de passations d'épreuves du Rorschach, afin de saisir la personne dans une globalité qui fait sens en termes de structure de personnalité. Il est possible d'étudier tout particulièrement les mécanismes que Minkowska nomme essentiels, de lien et de coupure, caractéristiques d'une modalité de relation liée à la structure de personnalité, et de les différencier de symptômes plus accessoires. Stimuler « la partie saine » de la personne grâce à l'art-thérapie permet alors aux malades d'affirmer une sensation d'exister (Chardon, 2010). Quant aux travaux de Pringuey (2010), ils ont ainsi mis en avant que la dépression peut être perçue comme étant en rapport avec la constitution du Soi et la mise au travail de la créativité, qui apparaissent en échec, dans une « impuissance du vivre ».

Chez les adolescents, Wawrzyniak (2020) a également mis en avant les luttes psychiques à l'adolescence, et un mécanisme qu'il nomme « déstabilisation du sentiment de réalité », à la fois ouverture et déréalisation, propres à cet âge. Se place aussi en exergue l'oscillation entre les pertes inévitables et la mobilisation des ressources, caractéristiques de la virtualité de l'adolescence, qui se retrouvent tout particulièrement au Rorschach, mais aussi dans le processus de création. Parallèlement, Tibon, Czopp et Weiner (2016) ont montré qu'au Rorschach, la capacité des adolescents de donner des réponses à contenu humain augmente avec l'acquisition de compétences sociales, parallèlement à une élévation de l'égoïsme.

En fait, le développement de la personnalité est affecté, dans sa stabilité et dans sa durée, par un ensemble de processus pathologiques, mais aussi par des conditions singulières d'existence de la personne. Une étude réalisée par Blomart et Boland (1990) montre que la période des 12-14 ans, soit l'âge des adolescents de notre étude, est la période la plus déséquilibrante en termes d'image de soi et de sentiment d'identité. Toutefois, une certaine stabilité des protocoles à l'adolescence, mais seulement à partir du milieu de l'adolescence, a été observée (Weiner, 2001), en cohérence avec la consolidation des caractéristiques de personnalité observée à cet âge.

Schiltz (2006) a ensuite proposé, pour l'interprétation des « tests projectifs et épreuves expressives », une méthodologie moderne quantitative et qualitative intégrée, à partir de grilles d'analyse. Cette méthodologie contribue à une démarche heuristique complémentaire à la recherche classique, et apportant une vision moderne de la méthode en ce qu'elle a de facilitateur pour recueillir et analyser les observations, au sens large, que nous donnent à vivre les patients. Cette méthodologie est issue du courant phénoméno-structural, qui place le chercheur dans une position d'« instrument » en interaction avec son patient, au centre d'une approche clinique et thérapeutique. Une analyse des productions permet d'étudier l'évolution du patient. Le courant phénoménologique propose donc une véritable méthode sous le signe de la modernité tant pour la psychologie que pour la psychiatrie. Comme le soulignent Naudin et Gozé (2016), « la phénoménologie, au sens d'une méthode, n'a de sens que si on la pratique dans le monde de la vie », que si on se trouve « être, dans le même paysage » que nos patients (Oury, 2009).

Il apparait donc capital de pouvoir aborder tous ces phénomènes dans une compréhension d'ensemble pour lui donner tout son sens, au cœur d'une démarche phénoméno-structurale clinique et psychopathologique (Barthélémy, 2000). Les pratiques artistiques sont donc au centre de la méthode phénoméno-structurale, dans ce qu'elles ont d'unique et de particulier à la personnalité qui les produit, et tente de leur donner un sens, par l'observation des mécanismes à la fois psychologiques et psychopathologiques.

Une vignette clinique, à propos du cas d'Antoine, vient appuyer l'intérêt de la méthode phénoméno-structurale dans la compréhension de son ouverture au monde.

1.3.3.4 Un synopsis du dispositif clinique art-thérapeutique utilisé

Ce chapitre développe le dispositif art-thérapeutique qui est présenté dans le cadre des articles qui vont suivre. De fait, des redondances peuvent apparaître dans la lecture mais il s'agit, dans un but pédagogique, d'aider le lecteur à cheminer.

- Objectifs du dispositif

Trois objectifs sont visés :

- Aider les jeunes à retracer leurs histoires de vie à l'institut (la mise en historicité),
- Les préparer à se projeter dans la nouvelle phase s'annonçant dans leur parcours de vie,
- Activer leurs potentialités créatives via une dynamique de mouvements intra et inter subjectifs.

- **Déroulement des séances**

Les adolescents sont accueillis en groupe, une fois par semaine durant huit séances, d'une durée unitaire de 90 minutes dans une salle dédiée. Le nombre de séances a directement été imposé par l'institut, car correspondant au nombre de semaines entre les vacances de printemps et les vacances de Pâques.

L'animation thérapeutique est assurée par une psychologue, une orthophoniste et un professeur, dont les présences assurent un soutien pour l'émulation du groupe mais aussi lors des difficultés ressenties individuellement par chaque jeune.

- **Cadre et Procédure**

Toutes les séances débutent par un rituel : la circulation « d'une feuille d'émargement à médiation », une feuille de grand format sur laquelle chacun appose sa signature en utilisant le petit matériel de son choix. En même temps qu'il signe et à son tour, le jeune est amené, dans un second temps, à exprimer verbalement les événements significatifs de la semaine, susceptibles d'agir sur son élaboration psychique au sein du groupe. Ensuite, un troisième temps (d'environ 30 minutes) invite à des échanges verbaux autour d'un thème que nous proposons, alors qu'un quatrième temps (d'également 30 minutes) permet à chacun de se centrer sur son support et sur lui-même, en écrivant, dessinant, ou collant ce qu'il souhaite conserver de la séance. Il s'agit par-là de proposer un « habillage narcissique », « une enveloppe » plus distancés du corps mis en avant pendant les échanges verbaux. A la fin de la séance et dans un cinquième temps, un dernier tour de table permet à chacun de partager son vécu affectif via la construction d'une base de sécurité.

- **Matériel proposé**

Dès la première séance, il est remis à chaque jeune :

- Un cahier spiralé au format A4 de type « journal de bord » thérapeutique, dont la première page est cartonnée,
- Un ensemble de petit matériel afin de stimuler les sens et ainsi de placer les adolescents dans une relation perceptive aux matériaux : des feutres, classiques et pailletés, crayons de couleurs, crayons à papier et gomme, stylos, ainsi que des feuilles cartonnées colorées, dont certaines ondulées, sont mis à disposition. Des serviettes en papier, des plumes, de la feutrine, des pétales, des boules duveteuses constituent des éléments doux ; des encres contribuent à un apport d'éléments métallisés. Des gommettes multiformes et multicolores ainsi que de petits carrés de mosaïque complètent le tout. On trouve également des règles pour le traçage, des ciseaux simples et crantés, de la colle et du ruban adhésif,

- Des photos relatant la vie de l'institut (événements, enfants et adultes de l'IMP), comme supports de souvenirs, qui ont été récoltées au fur et à mesure des années.

- Thèmes des séances

A chaque séance est donc dédié un thème qui correspond à un ou plusieurs objectifs, récapitulés ci-dessous, suivant une progression dictée par le déroulement temporel du parcours dans l'institut.

La première séance est dédiée à l'entrée en contact avec le cahier par le biais de la décoration de « sa page de couverture », avec l'objectif que chacun puisse investir son espace d'expression. De manière structurée, les adolescents sont invités à se saisir d'une photo-portrait d'eux-mêmes réalisée expressément par l'orthophoniste quelques jours avant le groupe, de la coller sur la page de couverture du cahier et d'en décorer l'espace restant autour.

Pour la seconde séance, les adolescents sont amenés à se remémorer leurs premiers souvenirs de leur arrivée à l'IMP, afin d'explorer le climat affectif à l'arrivée à l'institut.

Pendant la troisième et la quatrième séance, il est demandé aux adolescents de « se rappeler les souvenirs les plus agréables ainsi que des moments moins plaisants à l'IMP ». Le but de ces deux séances consiste à retrouver un éventail de moments clés, en soutenant leur élaboration dans un mouvement partagé.

La cinquième séance se déroule en deux parties, dont la première est consacrée à l'autoportrait. Les adolescents doivent se représenter eux-mêmes, en entier ou se focaliser sur leur visage, en utilisant les objets médiateurs disposition (à l'exception des photos). La seconde partie de la séance concerne les qualités et défauts de chacun. Le matériel proposé est enrichi d'une feuille comportant trente adjectifs correspondant à des caractéristiques variées, lue collectivement. Il s'agit d'évaluer l'image de soi au présent.

Aux sixième et septième séances, le thème donné aux adolescents est celui des projections dans le futur. Nous leur demandons comment ils s'imaginent demain dans leurs vies personnelles et professionnelles. Alors que la sixième séance est soutenue par l'expression plastique, la septième séance est plus orientée vers l'élaboration. Le thème commun à ces deux séances autorise une évaluation du vécu affectif de chacun des adolescents dans des moments où ils sont invités à réfléchir sur leurs avenir.

Enfin, la huitième séance a pour objectif concret de clôturer la vie du groupe, alors que symboliquement nous les préparons à une séparation définitive avec l'institut. Il s'agit de pouvoir se quitter, sans risque d'être « englouti » dans le vide et/ou le vécu d'abandon qui suit le temps passé à créer.

- **Méthode**

Dans une optique d'évaluation des effets des séances art-thérapeutiques, nous avons réalisé de manière individuelle deux épreuves projectives, un test de Rorschach et un AT9 (« Archétype Test à 9 éléments ») en procédure test/re-test. La première passation a eu lieu avant la première séance d'atelier alors que nous proposons la seconde passation après la dernière séance.

Toutes les passations ont été menées dans le cadre de l'IMP après une information détaillée à tous les adolescents qui ont donné leur consentement libre et éclairé ainsi que leurs responsables légaux en leur assurant, entre autres, l'anonymat et la possibilité de se rétracter à tout moment. De plus, le protocole et les données recueillies ont suivi les recommandations éthiques de la déclaration de Helsinki.

La valeur heuristique de l'utilisation de l'épreuve de Rorschach ainsi que de l'AT9 (dessin et histoire) a été donnée par la validation de critères, établis selon la méthode phénoméno-structurale, présents (côté 1) ou absents (côté 0) de Schiltz.

✓ **Le test de Rorschach**

Par sa capacité à concourir à la description et l'analyse d'une structure d'une personnalité mais aussi à envisager son évolution, le Rorschach fait figure de base à notre analyse au cœur de la méthode phénoméno-structurale. En effet, il traduit une « vision du monde » propre à chacun, une façon de se situer dans l'existence, traduite par une dimension perceptive, mais également complétée par la fonction du langage, au sein d'un ensemble expressif. Il apparaît deux aspects particulièrement importants à prendre en compte. Dans un premier temps, les aspects métriques de l'épreuve apparaissent comme une « ossature mécanique » dans une volonté d'organisation des mécanismes mis en œuvre et d'inclusion dans des appartenances normales ou pathologiques. Dans un second temps, il s'avère que cette appréhension de la méthode ne peut que s'articuler à une perspective clinique. Minkowska voit dans cette conception une dimension manquante qui se situe autour de la manière dont se déroule la passation de l'épreuve, et qui vise à mettre en lumière le dynamisme et la structure des traits de personnalité. Pour cela, elle s'attache à une analyse approfondie du langage. Dans cette phase de déstabilisation de la réalité qu'est l'adolescence, l'utilisation de l'épreuve de Rorschach semble donc toute indiquée pour observer de manière optimale la façon dont l'adolescence « prend contact avec le réel » et donc approcher l'organisation de sa personnalité.

✓ L' AT9

Cette épreuve établie par Durand, aux neuf éléments imposés (une chute, une épée, un refuge, un monstre dévorant, quelque chose de cyclique, un personnage, de l'eau, un animal, du feu) constitue à la fois un outil d'exploration de l'imaginaire, d'approfondissement de la créativité symbolique et d'étude de la personnalité. Il fait office de complément au Rorschach dans sa dimension structuraliste du dessin guidé par les éléments imposés. Il s'agit, à travers des capacités de représentation, d'une tentative d'organisation rationnelle au cours d'un dessin, puis d'une histoire racontée, d'approcher l'organisation de la personnalité. De plus, le dessin apparaît comme un « outil d'expression et de création de soi qui permet le sentiment apaisant de réalisation de soi » (Vinay, 2020), tout comme le test de Rorschach.

1.3.3.5 Article 4 : « Art-thérapie et adolescents déficients intellectuels, élaboration d'un dispositif et évaluation par la méthode d'analyse phénoméno-structurale »

(Soumis, accepté, sous presse In : Les Cahiers de l'Actif, parution prévue en novembre 2023)

Comme nous venons de l'explicitier, il semble tout à fait pertinent de proposer un atelier d'art-thérapie à des adolescents déficients intellectuels en période de rupture/transition éducative et scolaire. L'objectif de cette étude vise donc, à travers l'approche phénoméno-structurale, à l'élaboration et l'évaluation de l'impact du dispositif d'art-thérapie innovant proposé à ces jeunes.

Cette étude présente classiquement les objectifs, les patients, la méthode (matériel, déroulement des séances, thèmes proposés, évaluation préliminaire, outils utilisés : tests projectifs et observations cliniques). Nous souhaitons observer l'impact du dispositif au niveau de la structuration de la personnalité et de la gestion des relations interpersonnelles.

L'échantillon de notre étude consiste en huit adolescents, pendant huit séances, qui ont réalisé un « journal de bord thérapeutique » autour de thèmes choisis par nous. L'impact dynamique de ce type d'atelier est analysé à partir de deux épreuves projectives : l'épreuve de Rorschach et la réalisation d'un dessin à consigne, l'AT9 de Durand, réalisés chacun avant et après les séances d'atelier, en procédure de test/re-test. Une analyse phénoméno-structurale, grâce aux grilles d'analyse de contenu de Schiltz (pour histoires, dessins et test de Rorschach), est réalisée de manière groupale, puis nous proposons une nouvelle vignette clinique, celle d'Axel.

Nos hypothèses de travail s'appuient sur des attentes au niveau :

- De l'amélioration de la gestion du temps et d'un rythme plus tranquillisé (hypothèse 1);
- De soutien et d'enrichissement de la structuration de la personnalité (hypothèse 2);
- D'efficacité du contrôle émotionnel, notamment au niveau de la gestion des relations interpersonnelles (hypothèse 3) ;
- D'une meilleure accroche à la réalité, tout en développant des capacités d'élaboration (hypothèse 4);
- D'amélioration de l'assise narcissique et des capacités à se projeter dans un alter ego (hypothèse 5).

Les résultats détaillés seront présentés un peu plus tard dans la thèse.

En tout cas, le groupe formé par les huit adolescents s'est montré particulièrement bienveillant et a permis l'émergence de moments à la fois d'échanges verbaux et de création (Fonagy et al., 2007 ; Abbott et al., 2013) au plus près de leur volonté et de leur besoin d'expression, d'évènements agréables mais aussi difficiles (Tomkiewicz, 2001), sans avoir à se préoccuper des enjeux esthétiques. La structuration des séances s'est révélée indispensable pour opérer un repérage spatial et temporel de ces moments partagés (Sudres, 2007). Il a également été important de travailler les transitions, tels des rappels des rites de passage qui façonnent l'entre deux de l'adolescence (Rodriguez et Troll, 2001). Tissier (2005) a bien décrit que le handicap n'empêche pas les caractéristiques adolescentes de relation au monde de s'exprimer. Pour certains adolescents, nous avons pu repérer des traits pathologiques qui semblent avoir été contenus par l'aspect thérapeutique du groupe (Schiltz, 2014).

Au final, nous pouvons avancer par cette étude, qu'une session de huit séances d'art-thérapie structurée, auprès d'adolescents déficients intellectuels, a des effets qu'il est possible d'évaluer, à la fois dans la construction de leur personnalité et dans le vécu des relations sociales, et ce dans une étude groupale aussi bien que dans une vignette clinique individuelle. Il apparaît ainsi une meilleure accroche à la réalité, une assise narcissique plus stable, une plus grande capacité à se projeter, mais aussi un meilleur contrôle émotionnel, ainsi que l'émergence de capacités créatrices. Ce type d'atelier semble donc être judicieux pour soutenir le vécu des périodes de transitions existentielles chez ces adolescents.

1.3.3.6 Article 5 : « Adolescents anxieux avec handicap mental. Un dispositif d'art-thérapie phénoméno-structurale »

(Soumis pour publication In : *The Canadian Journal of Art Therapy: Research, Practice, and Issues*
// *Revue canadienne d'art-thérapie : recherche, pratique et enjeux*)

Après avoir évalué les effets globaux et individuels de notre dispositif, nous souhaitons maintenant étudier de manière plus fine ses effets sur les affects, en particulier anxieux, des jeunes ; le but initial de

notre recherche. A partir d'une étude contrastée entre deux adolescents souffrant de troubles anxieux, nous souhaitons évaluer si les effets de notre atelier sont identiques ou bien différents suivant l'étayage, notamment familial, des deux jeunes.

Cette étude s'organise en une présentation détaillée de l'atelier (objectifs, procédure, contenu des séances et méthode exploratoire), suivies de deux études de cas contrastées. Celle de Rémi présente un adolescent grandissant dans une famille soutenance mais marquée par l'angoisse. Dans un second temps, l'étude de cas de Kenji vise à évoluer l'impact de l'art-thérapie chez un jeune atteint de troubles anxio-dépressifs importants, évoluant dans un milieu familial carencé.

Les résultats de cette étude seront présentés plus loin dans ce mémoire de recherche.

Au final, les affects dépressifs se sont avérés peu présents chez Rémi, et ont quasiment disparu lors de la seconde passation chez Kenji, traduisant là une stabilisation de l'humeur encourageante. En revanche, l'anxiété est très présente chez les deux adolescents. Rémi progresse dans sa façon de considérer les relations interpersonnelles un peu moins menaçantes. En revanche, Kenji fait appel à plusieurs mécanismes pour lutter contre son anxiété, mais ils restent peu efficaces et le caractère de ses angoisses reste instable. De plus, sa difficulté à faire appel à l'humain reste problématique et éloigne d'un fonctionnement névrotique. Il est cependant positif que malgré l'intensité de ses troubles, Kenji ne glisse pas vers des pathologies plus lourdes.

Au terme de ce travail de recherches, notre ambition a été ;

- D'attirer le regard clinique sur les spécificités dynamiques l'adolescent déficient intellectuel en voie de professionnalisation,
- D'édifier un dispositif art-thérapique singulier et de l'évaluer avec la méthode phénoméno-structurale,
- De contribuer à l'édification de recommandations de bonnes pratiques d'accompagnement des adolescents déficients intellectuels par l'art-thérapie.

Tout cela passe et/ou est passée par la publication de ces articles et par d'autres contributions (communication à des congrès, autres articles) visant à une diffusion des connaissances et à une implémentation de de psychologie clinique et de la psychopathologie en général. Publier, tout en étant encadrée par ses directeurs de recherche, d'autant plus qu'ils apparaissent comme co-auteurs de mes publications, constitue une expérience formative unique. Peut-être oublions nous souvent que tout Psychologue est un chercheur mais que la rigueur épistémologique et méthodologique s'acquiert au fil des expériences éditoriales et cliniques.

2 Etude n°1 : Le handicap, d'histoires en actualités

(Publié dans : Martin Excoffier L., Schiltz L., & Sudres J.-L (2021). Le Handicap : d'histoire en actualités. Quelques rappels.

Les Cahiers de l'Actif , n°540-541, 205-230.)

Résumé :

Cet article propose une revue de la littérature sur le thème du handicap, et plus particulièrement du handicap mental chez l'enfant et l'adolescent, afin de pouvoir mieux appréhender l'accompagnement de ces jeunes. Ainsi, à travers les définitions et les termes employés pour le décrire, les différentes lois et modèles qui ont cherché à le cerner, nous proposons de nous pencher sur la question du regard que porte la société sur ces personnes, notamment autour de la question controversée de la scolarisation.

Mots clefs :

Classification - Handicap – Histoire – Législation – Scolarité – Stigmatisation

Si le travail clinique auprès des personnes porteuses de handicap s'est avéré, dans sa dimension diachronique, semé de méandres, c'est encore plus le cas en ce qui concerne le soin apporté aux enfants souffrant d'un handicap mental. Depuis toujours, les praticiens ont ressenti le besoin d'apporter des définitions à ce champ lexical, définitions dont il n'est pas possible de se passer si l'on veut appréhender l'histoire de la prise en charge de ces enfants. C'est ainsi que peut se comprendre le regard de la société sur ces enfants différents, au fil des lois, des classifications et des modèles théoriques.

Il s'agit aujourd'hui de retracer ce chemin et de comprendre, de nos jours, quelle place occupe le jeune souffrant de handicap mental, de la construction de son identité à sa socialisation, notamment en termes de scolarisation.

2.1 Définir le « handicap » : une gageure ?

Le concept de handicap n'apparaît pas dans les encyclopédies de manière simple, comme certains de ces termes dont l'étymologie semble toute tracée depuis nos ancêtres grecs ou latins. Ainsi, l'histoire même de ce mot semble sinueuse et intéressante. Alors quel est aujourd'hui le sens d'un terme dont le cheminement a été si long et se trouve toujours en perpétuelle évolution ?

Comme l'explique Rabischong (2015), le terme de « handicap » provient de l'autre côté de la Manche (« hand in cap »). En Angleterre, au XVII^{ème} siècle, deux personnes souhaitant faire du troc mettent leurs mises dans un chapeau, en principe des objets de valeurs. L'arbitre estime une différence du prix entre les articles pour que l'échange soit égal. La personne dont l'objet représente une valeur marchande moindre doit compenser la différence en ajoutant de l'argent.

Un siècle plus tard, le handicap ne concerne plus les objets mais les chevaux et il ne s'agit plus d'un troc mais d'une compétition à remporter. Lors d'une course, des poids sont accrochés aux chevaux les plus rapides pour que chacun dispose d'une chance de gagner, dans une préoccupation équitable de la course hippique.

Chapireau (1997) souligne qu'à la fin du XIX^{ème} siècle, on entend encore dans le terme « handicap » une volonté d'égalisation des chances, pour la première fois en parlant d'êtres humains. Par ailleurs, on note une érosion du clivage entre les termes et les concepts de maladie et de handicap, en particulier dans le domaine psychique ou mental, non sans conséquence sur les plans clinique, thérapeutique et institutionnel, car il est toujours délicat de risquer d'enfermer des êtres humains dans des diagnostics.

Aujourd'hui, la définition de référence du handicap, celle de la loi n°2005-102 (article 114) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, stipule que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

2.2 Désigner le handicap mental : quels termes employer ?

Avant même la naissance de la psychiatrie, dans les écrits portant sur le handicap mental, le terme d'« idiot » apparaît employé couramment et par tous, tant dans sa fonction d'adjectif que dans sa fonction nominative, pour désigner les personnes dont l'intelligence semblait durement inadaptée dans les situations courantes de la vie quotidienne.

Au XVII^{ème} siècle, ce terme devient alors un substantif médical. Les médecins à cette époque, différencient les « idiots », qui ne pouvaient accéder au langage, des « imbéciles », incapables d'apprendre à lire et à écrire, des « débiles » qui ne peuvent maîtriser les quatre opérations arithmétiques élémentaires.

Le siècle des Lumières voit le dogme de l'impossibilité d'éduquer et de l'incurabilité de l'enfant « anormal » vaciller alors qu'il représentait jusqu'ici un princeps impossible à remettre en question. Ainsi, il est remis en cause pour les sourds et muets avec Jacob Pereire (1715-1780) et pour les aveugles avec Valentin Hauy (1745-1822). Itard (1774-1838) avec sa proposition de prise en charge de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, constitue une tentative exceptionnelle de voir jusqu'où peut arriver, socialement, intellectuellement, un enfant privé de tous les soins courants depuis sa naissance. Malheureusement, même si Itard reste un exemple de créativité dans la recherche de nouveaux moyens pédagogiques et pédopsychiatriques, il ne réussit pas à amener Victor à la civilisation comme il le désirait tant. En tout cas, le XVIII^{ème} siècle voit le début d'une réelle réflexion sur l'étiologie de la déficience intellectuelle chez l'enfant (Duché, 1990).

Parallèlement, Pinel (1745-1826) prend en charge les « insensés » pour qui Voisin (1844-1920), propose alors un « traitement moral ». Il s'agit de faire appel à la moralité, en les culpabilisant et mobilisant leur raison. Voisin s'intéresse particulièrement à la déficience mentale et à une possible forme d'éducation. Séguin (1812-1880), en pédagogue, propose un « traitement médico-pédagogique » aux enfants idiots et arriérés.

Dans les années 1810, Pinel puis Esquirol (1772-1840), dans les hôpitaux généraux, souhaitent séparer les individus souffrant de troubles différents, et regrouper ceux souffrant de troubles similaires. Dans ce contexte, le terme de « démence » se différencie de celui d'« idiotie ». Ainsi, la démence concerne la perte de facultés auparavant présentes et disponibles à la personne, alors que l'idiotie s'avère être un déficit intellectuel de base ; ces deux affections reposant sur des caractéristiques neurologiques.

Il s'agit donc d'un modèle du retard mental en tant que déficit, dont Esquirol définit différents niveaux : trois niveaux d'idiotie, deux niveaux d'imbécillité, et un niveau pour les « faibles d'esprit », une forme plus faible de retard. Cette évolution de la dénomination a pour objectif une classification des individus. A cette époque s'initie également une différenciation des états déficitaires par types, avec la découverte du syndrome de Down et de la tubérosclérose par exemple.

La théorie de la dégénérescence est très présente en cette fin de siècle et permet de classer hiérarchiquement les « dégénérés monstrueux » des « dégénérés inférieurs » qui regroupent les idiots et les imbéciles. Dans cette théorie, la dégénérescence est susceptible d'être induite par une intoxication (l'alcoolisme), une infection (la syphilis) ou bien un « vice » (la masturbation). « Pour ces êtres déçus de l'espèce humaine, ce n'est pas de la vénération », que réclame Belhomme (1800-1880), « c'est de l'humanité ! », alors que la fin du siècle est ensuite marquée par une volonté de stigmatiser les déficients mentaux, dans une mise en exclusion de la société.

Au XIX^{ème}, Bourneville (1840-1909) propose le terme d'« arriérés », appliqué aux enfants que Binet (1857-1911), dans le projet non abouti de la loi de 1909, désigne comme les « anormaux d'école » ou les « arriérés scolaires ». Binet introduit également le mot « débilité », d'abord motrice, ensuite mentale, désignant les enfants pouvant bénéficier d'une prise en charge pédagogique adaptée. Mais dans les années 1910, du fait de Dupré, le terme de débilité va rapidement devenir synonyme de « retard mental ». Binet propose alors le terme d'« enfance anormale », en rapport avec une opposition entre les élèves suivant une progression scolaire normale et ceux relevant de classes à l'enseignement adapté. Mais dans la loi qui suivit la commission de 1904, c'est le terme d'« enfance arriérée » de Bourneville qui fut retenu, car jugé moins péjoratif.

Sous le front populaire de 1936, Hoffer fait émerger le concept d'« enfance déficiente », qui regroupe les enfants déficients intellectuels, déficients sensoriels, moteurs et intellectuels, qu'elle définit comme des enfants présentant des troubles du caractère ou du comportement. Au moment où le terme de « déficience » devient lui aussi connoté négativement, la notion de « retard mental » émerge, avec ce paradoxe qu'il désigne un développement, non pas retardé, mais limité.

Pendant le régime de Vichy (1943), le Ministère de la Santé officialise le concept d'« enfance inadaptée », qui inclura petit à petit les enfants déficients mentaux (mentionné par Chauvière, 2000). L'adaptation est définie comme un processus continu qui permettrait à toute personne de choisir, parmi d'autres, la potentialité la plus efficace dans une situation donnée. Ce processus serait à l'origine défaillant chez ces enfants qui, pendant une rupture de l'équilibre avec le milieu, ne parviennent pas à trouver un moyen de réguler leurs comportements. Ce concept est apparu attractif. En effet, son utilisation s'avère possible dans différentes situations de déficits. De plus, il fait naître l'idée que l'inadaptation traduit une rupture de l'équilibre entre l'enfant et son environnement.

Au milieu du siècle émerge le terme d'« enfance handicapée », touchant d'abord aux infirmes moteurs et aux déficients sensoriels, avant de s'étendre aux handicaps mentaux. Il est défini par un besoin d'une aide particulière pour toute la vie de la personne touchée, cette conception rappelant les éléments fondateurs du modèle d'Esquirol avec son concept d'incurabilité. La catégorisation des différents handicaps se réalise alors en fonction des établissements que les enfants peuvent intégrer.

En 1960 se met en place une « politique de secteur », qui s'applique en 1972 pour les enfants, en déterminant un découpage géographique du soin et une nouvelle démarche d'assistance. Il s'agit d'une nouvelle politique avec des projets : il y a à présent la possibilité pour les enfants d'être soignés près de chez eux, dans une continuité, avec des aides. Cette politique de secteur propose aussi et surtout de nouveaux modes de désignation des « anormaux », jusque-là plus ou moins laissés à eux-mêmes, ou confiés à des institutions charitables. Aujourd'hui, le concept de « handicap psychique » est plus facilement accepté dans la société, avec l'espoir qu'il ne soit pas irrémédiable, en particulier avec les enfants. De toute façon, on tend à s'affranchir des préjugés d'isolement des enfants handicapés, mais, même si les lois évoluent, les représentations demeurent difficiles à changer.

Quel que soit le courant d'appartenance des travaux, il est maintenant universellement reconnu que les individus présentent des formes intellectuelles diversifiées. Certains se montrent très habiles dans les tâches intellectuelles, d'autres s'avèrent très en difficulté. Les arriérés sont définis comme ceux dont l'efficacité intellectuelle est inférieure à un seuil, qui varie selon les classifications. Il faut ainsi être très vigilant à ne pas ranger des individus dans des cases sans tenir compte des sujets intermédiaires, et, plus important encore, à tenir compte de la singularité de chaque être humain. Ainsi, on assiste au XXème siècle à une évolution de la nosographie taxonomique en fonction de l'efficacité intellectuelle. La définition des niveaux de déficiences au DSM IV s'établit de manière chiffrée selon le Quotient Intellectuel (QI). Les différents niveaux de déficiences qui ont été déterminés par l'Organisation Mondiale de la Santé décrivent la déficience intellectuelle légère chez les enfants dont les QI sont compris entre 55 et 75, la

déficience moyenne entre 35 et 54, la déficience sévère entre 20 et 34, et la déficience profonde en dessous de 20.

2.3 Regards de la société sur les porteurs de handicap mental...

L'évolution du concept de handicap mental va de pair avec le regard que les membres d'une société ont porté et portent encore sur les personnes handicapées. Il apparaît indispensable de comprendre ce regard de la société, de la famille, du milieu scolaire, puisqu'il participe à la construction de l'identité du sujet, en tant que créateur de lien, ou bien à l'inverse comme source de déliaison (Scelles, 2013).

Depuis l'Antiquité, le regard de la société apparaît extrêmement ambivalent envers les personnes, et d'autant plus les enfants, dont l'intelligence semble en décalage, en alternant des attitudes de tristesse et de répulsion d'un côté, de pitié et de volonté de protection de l'autre. Et il n'est pas toujours aisé de retracer le positionnement du regard social sur le handicap, étant donné sa conception très subjective (Guillec, 2016). Corps et psychisme forment un tout indissociable. Dans la Grèce ou la Rome antiques, les personnes handicapées étaient particulièrement mal acceptées, et souvent la répulsion s'avérait être la réaction sociale dominante, entraînant le sacrifice des « fous », c'est-à-dire toutes les personnes n'entrant pas dans la norme des valeurs pour cause de communication supposée avec les démons (Chapireau, 1997). Simultanément et paradoxalement, le peuple leur prêtait parfois une valorisation avec des pouvoirs surnaturels, qui permettaient même la communication directe avec les Dieux.

Au Moyen-âge, les personnes en marge de la société de par leur handicap restaient recluses chez elles et pouvaient être enfermées par leurs familles afin de ne pas attirer la honte sur elles. A Paris, elles pouvaient aussi trouver refuge à la Cour des Miracles, où se regroupaient tous les exclus de la société. Emprisonnés, les malades les plus dangereux subissaient tantôt l'intervention d'un exorciste, tantôt le bûcher tant ils effrayaient. Les enfants handicapés mentaux étaient cachés et considérés comme décédés par leurs parents et la société.

La Renaissance a vu le bûcher abandonné sous la pression de Wier et Vives, deux médecins du XVIème siècle, et la folie a commencé à être considérée comme une maladie. Mais les malades côtoyaient sans distinction vieillards, criminels et prostituées.

La révolution a confié les aliénés aux aliénistes dans le but de les guérir, même si les véritables guérisons étaient très rares. Les institutions qui soignent ces personnes, comme la Salpêtrière par exemple, restent les mêmes mais changent de statut et de fonction. Mais, la vie dans les asiles était dure ;

les transgressions au règlement sévèrement punies, et les méthodes utilisées très violentes (saignées, utilisation de sédatifs, etc.). Néanmoins, Pinel a retiré aux malades leurs chaînes, et a tenté de classifier les maladies mentales suivant leurs signes cliniques, leur continuité ou discontinuité, lançant ainsi le début de la psychiatrie. Esquirol, son élève, a créé deux mesures possibles d'internement : d'office, par les autorités, ou volontaire, demandée par la famille du malade. La théorie de la dégénérescence dominait, qui stipulait que les maladies mentales, sous forme de tares, étaient héréditaires. La fin du XVIII^e siècle a apporté un tournant dans la considération des personnes malades comme êtres humains, même porteurs d'une incapacité, ils sont dignes représentants de l'espèce humaine.

Au XIX^e siècle Charcot et Freud ont postulé l'hypothèse de lésions dynamiques fonctionnelles, ne constatant aucune lésion organique dans le cas des troubles mentaux. Puis ils ont adhéré à l'idée d'une étiologie psychique des maladies mentales, qui permettra entre autres l'invention de la psychanalyse. Cette période voit l'arrivée du terme « hôpital psychiatrique », dans lequel les malades ont continué à se nommer les « aliénés » jusqu'en 1958. Durant cette période apparaissent aussi les services spécialisés pour les enfants, qui étaient jusqu'alors internés dans les services d'adultes ; suivront de près les premières associations d'aide à la prise en charge des enfants inadaptés. Par ailleurs, des théories eugénistes entraînaient des programmes de stérilisation contrainte, les nazis mettant en place des planifications pour l'extermination des malades mentaux. De plus, pendant la seconde guerre mondiale, le nombre de personnes hospitalisées était tellement important que la famine régnait et beaucoup de malades y ont succombé, dans l'oubli et l'indifférence. En outre, la lobotomie subissait alors un essor, souvent associée aux électrochocs, avant que les médecins ne doutent de son efficacité et portent plus leur attention vers les médicaments neuroleptiques, les autres classes de psychotropes ne tardant pas à apparaître. Les thérapies verbales se sont développées aussi. En 1960, les grands hôpitaux psychiatriques laissent place à de plus petites structures employant du personnel spécialisés (ergothérapeutes, assistants sociaux, infirmiers psychiatriques, psychologues, etc.), en relation avec la création de centres régionaux pour les enfants et les adolescents inadaptés.

Aujourd'hui, quelles que soient leurs nature et origine, les troubles mentaux, maladies et handicaps, pris dans des débats innombrables après la loi de 1975 (Henckes, 2012), renvoient d'abord à une identité et une existence personnelle : la personne est désignée par une anomalie qui la définit, y compris pour des retards mentaux parfois peu visibles, ou la stigmatise, ce qui est particulièrement difficile à vivre pour le sujet et sa famille (Assouly-Piquet & Berthier-Vittoz, 1994). Le glissement de l'anomalie à l'anormalité peut donner aux personnes handicapées le sentiment d'être étranger à l'autre, nuisant ainsi gravement à leur « identité narrative » (Ricoeur, 1990). La blessure est multiple : le dommage d'être handicapé, le handicap en lui-même, le préjudice du regard de l'autre, et la blessure

narcissique qui l'accompagne. Le handicap installe la personne dans une situation de dépendance, en opposition avec les exigences d'autonomies de la société actuelle, ainsi que de vulnérabilité scolaire, sociale et économique, qu'elle doit affronter.

Souvent, les parents des enfants handicapés doivent passer d'une image d'un enfant « normal » à celui d'un enfant handicapé, ce qui isole encore plus l'enfant de la société. C'est elle qui s'avère la révélatrice du handicap, puisque c'est le décalage avec les pairs, notamment au moment de la scolarisation qui amène à considérer le handicap, ce que Bonnefond (2006) nomme « réalité de l'insuffisance ». Le handicap mobilise alors les ressources psychologiques et les défenses des parents pour que l'enfant puisse se construire dans sa singularité. Il s'avère ensuite que les difficultés se renouvellent quelques années plus tard, puisque jusqu'à récemment, l'adolescence souffrant d'un handicap mental était souvent considéré, malgré son âge chronologique, comme un petit enfant (Vaginay, 2013). En tout cas il se produit parfois dans ces familles une sorte de sacrifice social, un repli sur la famille, qu'il est nécessaire d'aider dans son acceptation de l'enfant tel qu'il est. Le vécu de la personne mais aussi de son environnement proche dépend du handicap, mais plus encore, de l'histoire toujours singulière du sujet, du sens qu'il lui donne, qu'il entend dans son environnement familial, social, culturel et de la qualité des appuis qu'il reçoit. Il est important pour l'entourage d'avoir une attitude ouverte, et de montrer à la personne concernée qu'elle n'est pas qu'handicapée, le risque étant de tomber dans une préoccupation unique de la « prise en charge », en s'éloignant de l'humanisme, du soin. Il se crée souvent une relation de dépendance nécessaire qui intensifie les liens affectifs, mais il faut également tenter de se rapprocher d'une justesse et d'une vérité de la relation pour se placer au plus près de la personne différente, de la personne handicapée, dans un « défi d'humanité » et non dans un excès d'intellectualisation (Hirsch, 2011). Dans tous les cas, le vécu des parents influence celui de l'enfant, et vice versa, dans une « co-construction » du handicap dans la famille (parents, mais aussi fratries), par un double mouvement de transformation du handicap en un objet intériorisé, mais aussi d'émergence de chacune des individualités au travers de ce groupe particulier (Bass et Scelles, 2011).

De nombreux facteurs intriqués participent ainsi à la construction de l'identité de la « personne handicapée ». Le handicap se caractérise par la perte ou l'altération durable d'une fonction, qui amène nécessairement un aménagement de l'autonomie. Il se traduit par un affrontement quotidien à des obstacles nombreux qui s'avèrent réels, imaginaires ou symboliques, participant bien plus souvent à l'échec qu'à la réussite de l'intégration dans la vie sociale, scolaire et professionnelle. On l'observe donc aussi bien au niveau de la baisse d'efficacité intellectuelle qu'au niveau de l'adaptation sociale, les deux étant intrinsèquement liés (Mellier et Courbois, 2005). Il active souvent un conflit entre les sentiments de dépendance et le besoin d'indépendance, présents chez tout un chacun mais exacerbés par lui. Celui-ci

représente également une confrontation au regard des autres et aux représentations sociales du handicap. La personne handicapée est toujours à la merci d'une stigmatisation (positive ou négative), et parfois d'exclusion. Il faut veiller à ne pas trop universaliser le handicap pour ne pas risquer de perdre de vue sa singularité, mais cela est difficile car le regard de la société associe cette fragilité à une « menace de mortalité » qui angoisse (Bass et Kristeva, 2011). La reconnaissance sociale attribue des droits spécifiques à ces personnes pour alléger le préjudice, mais cela a parfois pour conséquence de l'instituer plus encore.

Malgré des évolutions importantes, il reste un fond permanent de représentations du handicap stigmatisantes pour celui qui en est le porteur. Il est difficile de cerner ce que sont les conditions normales d'existence, y compris lorsque l'on tente de définir la normalité par opposition au handicap. Canguilhem (1952) a proposé de considérer plusieurs définitions du normal et du pathologique : selon la dichotomie normal versus malade, en visant le normal sur la courbe de Gauss en statistiques, en positionnant le normal en tant qu'utopie à approcher, ou en tant que processus dynamique adaptatif. Chacune de ces définitions possède ses propres limites, en tout cas, elles conçoivent toutes une référence à un environnement inscrit dans la culture.

Dans le champ médico-social, le symptôme prend sa place et indique le passage du normal au pathologique, comme un curseur. Foucault (1975) alerte cependant sur la notion de normal ou d'anormal car il ne s'agit pas pour lui de dresser un tableau objectif mais plutôt de se situer sur le plan phénoménal, dans la recherche d'une vérité subjective. Le handicap invite à étudier une vision nouvelle propre à chaque individu au lieu de se perdre dans une vision normative. La normativité, tout comme c'était déjà le cas à l'époque des Grecs anciens, s'éloigne d'une recherche normalisatrice pour s'approcher d'une éthique rationnelle. Ainsi, le thérapeute doit lui aussi se placer hors de la stricte normativité pour ne pas proposer une approche stéréotypée du handicap, et être tenté par une rééducation, mais pour, au contraire, se situer dans une notion de partage d'un vécu singulier (Korff-Sausse et Scelles, 2011).

Tout cela permet l'émergence d'une nouvelle conceptualisation : norme versus handicap (Weismann-Arcache, 2017), basée sur l'idée d'une possible réparation, issue des dernières modélisations du handicap et de l'apparition de prothèses au sens de suppléances d'un manque ou d'un dysfonctionnement. Les avancées technologiques et thérapeutiques relativisent de plus en plus son caractère irrémédiable, certes souvent pour les handicaps sensoriels (par exemple : l'utilisation de synthèse vocale dans les dysphasies, les exosquelettes qui permettent aux personnes souffrant d'un handicap moteur de remarcher) en offrant des moyens toujours nouveaux pour y remédier. De plus, le grand nombre de professionnels concernés par le domaine du handicap augmente régulièrement, comme

en témoigne par exemple l'essor des auxiliaires de vie scolaire. Toutefois, cela amène à la considération d'une réparation, comme on changerait un organe mécanique défectueux plutôt que d'une guérison, d'un rétablissement.

2.4 Lois sur le handicap : modernité ?

La définition et l'accompagnement du handicap, dans leur évolution, ont donné lieu à des lois dépendantes de politiques sociales différentes selon les lieux et époques. On distingue trois grandes périodes en France, à partir du XX^{ème} siècle.

La première période coïncide avec l'émergence du secteur médico-social en France, dans les années 1950 ; elle est portée par des associations, pendant que la République maintient son action dans le registre plus général de l'éducation : écoles, collèges, et lycées. Contrairement aux autres pays et aux autres champs de la société, l'intérêt porté aux personnes handicapées passe surtout par le secteur associatif. Il s'agit tout d'abord de mesures de prises en charge des enfants handicapés, en difficulté, puis des adultes. Les associations s'attachent notamment à la création d'un statut pour les enfants handicapés.

En 1957, le mot handicap apparaît institutionnellement en France à l'occasion d'une loi sur le reclassement des personnes handicapées avant d'être défini dans le Robert, comme « une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales ». Mais c'est justement parce que le handicap est alors considéré comme un déséquilibre dans la vie d'une personne, que les nouvelles lois et les associations s'attachent à ne pas accorder au terme handicap une connotation négative.

En 1967, le premier ministre Pompidou demande à François Bloch-Lainé un rapport sur la situation des enfants en difficulté, qui signera le passage au second plan de l'enfance inadaptée en faveur de l'enfance handicapée. Ce rapport a pour but d'évaluer la situation actuelle de l'enfant, ses problèmes principaux, les services à assurer et les fonctions à remplir. Il considère les enfants inadaptés comme des enfants qui ont des « difficultés à être et à agir comme les autres », l'inadaptation pouvant provenir de l'individu tout comme de l'environnement. A l'autre extrémité de l'échelle on retrouve les enfants infirmes, qui sont des enfants gravement handicapés. Entre deux sont disposés les enfants handicapés, dont la gravité du handicap est relative. Ce sont des enfants « qui subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent des handicaps », c'est-à-dire qui présentent une faiblesse par rapport à la moyenne des individus de la même société. Ce rapport a, avant tout, vocation de justice sociale, à travers les établissements et les aides.

La seconde période correspond à la mise en place du secteur du handicap. Des projets se créent de manière disparate, avec de grandes différences quantitatives entre les régions, par l'intermédiaire d'une mise en place du secteur médico-social qui se concrétise par deux lois en 1975. Puis des Instituts Médico Educatifs s'ouvrent pour les enfants « débilés », avant que le secteur ne s'organise avec différents types d'établissements selon le type et la gravité du handicap, déterminés par les annexes XXIV de la loi du 27 octobre 1989.

La première, interministérielle, proposée par Simone Weil, s'instaure en faveur des personnes handicapées, avec une intention de prévention et de respect de la dignité des personnes handicapées. C'est la première loi qui reconnaît des droits à leur égard et leur attribue ainsi un statut. Les conseils généraux sont chargés des prestations individuelles. Il s'agit à part entière d'une politique de groupe, d'une construction d'un ensemble de citoyens autour du handicap, qui ramène la question de sa définition antérieure : qui sont les personnes handicapées, et qui va bénéficier des prestations distribuées par les conseils généraux.

La seconde loi intervient donc pour organiser une cohérence entre toutes ces remises en question : il s'agit d'une loi sur les institutions sociales, qui précise la nomenclature des institutions, les personnes qui y entrent, les instances qui les financent, dans un souci de planification. Les institutions s'organisent selon un modèle de politique sociale obéissant aux lois du marché et des besoins. On assiste à la création de la Commission Départementale de l'Education Spécialisée, pour les enfants, co-pilotée par l'Etat et l'Education Nationale, chargée de prendre en charge de manière spécialisée les enfants handicapés et de les orienter vers les institutions pouvant prendre en charge leur handicap. Mais l'orientation des personnes handicapées dans les différentes institutions à la suite de ces différentes commissions, se fait plus en fonction des institutions existantes qu'en fonction des besoins des personnes, et entraîne donc une forme de discrimination. Les acteurs des actions concernant le handicap restent toujours les associations (dont l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées, AGEFIPH), mais également l'Etat, les conseils généraux, les personnes handicapées et leurs familles. On assiste donc à une décentralisation aux acteurs de plus en plus nombreux. En parallèle, les problèmes rencontrés le sont également et concernent alors entre autres les indemnités et les hébergements des personnes handicapées.

En cette même année 1975 est adoptée la déclaration des droits des personnes handicapées par les Nations Unies qui déclare : « une personne handicapée par suite d'une déficience congénitale ou non de ses capacités physiques ou mentales ne peut assurer elle-même les nécessités d'une vie individuelle et sociale normale ».

La troisième période commence dans les années 2000. Les lois de 1975 sont modifiées en 2002 et 2005 pour apporter des réponses aux besoins des personnes handicapées et à la définition du handicap, avec pour finalité la création de projets personnalisés. La modification de 2002 s'attache à établir des options d'orientation par des évaluations, en plus de la planification renforcée, grâce à des livrets d'accueil et à des contrats passés avec chaque personne handicapée. Celle de 2005 réclame une évaluation des effets pervers de cette organisation. Les systèmes s'autoalimentent et la société s'exonère de ses devoirs. Par exemple, on retire les enfants handicapés des écoles pour leur fournir une scolarité adaptée mais aussi pour remplir les institutions. Se pose donc la question, à travers le handicap, de la place de l'enfant et de la personne dans la société, que l'on peut résumer à trois modèles : le premier place l'enfant au cœur de sa famille, le second considère l'Etat comme garant des droits de l'enfant, le troisième prône un enfant citoyen, autonome, avec ses droits.

En 2003, le rapport sur le projet de la loi de finance indique que « le handicap de la personne ne se réduit pas à sa seule déficience ni aux incapacités que celle-ci engendre mais dépend du désavantage que, non seulement cette déficience et ces incapacités provoquent, mais que l'environnement matériel, humain, social, contribue à réduire ou aggraver ».

La loi du 11 février 2005 définit le handicap de la manière suivante. « Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction à la vie subie par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant. » Cette définition part moins des déficiences que des restrictions sociales, dont les causes multiples sont répertoriées. Cette loi s'énonce en particulier avec l'objectif que les personnes handicapées puissent vivre auprès des valides, avec des moyens adaptés, pour s'accomplir comme des citoyens participants afin d'éviter la discrimination. L'environnement doit donc devenir accessible. Il faut remarquer également que grâce à cette évolution, la prise en charge médicale et sociale, jusqu'alors séparées, tend à se déverrouiller.

2.5 Classifications et modèles du handicap

L'évolution des lois sur le handicap semblent liées aux différents modèles du concept de handicap, qui ont beaucoup évolué, notamment depuis le XXème siècle.

En France la notion de handicap s'appuie sur celle d'invalidité construite depuis Napoléon. Tout comme la psychiatrie de l'enfant a été longtemps adulte-morphe (De Ajuriaguerra, 1973), jusqu'à récemment, les barèmes des handicaps des enfants étaient établis par rapport à des adultes, les anciens combattants, dans une même considération du handicap et de la déficience, physique ou mentale. Ces

barèmes sont alors bien différenciés des classifications des maladies, décrites par exemple dans la « Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent » (CFTMEA), le « Diagnostic and Statistical Manual » (DSM), ou encore la « Classification Internationale des Maladies » (CIM, et plus précisément « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes »). On sépare ainsi, d'un côté les handicaps et déficiences, qui n'ont pas d'espoir d'amélioration, et les maladies, dont on peut espérer la guérison.

Bi-axiale, la CFTMEA, révisée en 2012, a une approche purement descriptive des catégories cliniques des troubles mentaux. Elle a la particularité de privilégier une approche psychanalytique tout en s'intégrant pleinement dans une démarche psychiatrique.

Le DSM, publié pour la première fois en 1952 et aujourd'hui dans sa dernière version le DSM-V, est une échelle de référence en psychopathologie, car proposant une version multi-axiale, qui repose sur l'identification clinique de syndromes dans une approche quantitative, sans prendre en compte l'étiologie des pathologies.

La CIM a pour ancêtre la « Classification des causes de décès », de Bertillon, en 1893. Elle vise l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité des êtres humains dans l'optique d'une analyse et d'une interprétation indépendante du pays ou l'époque en cause. A la création de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1945, on cesse de s'intéresser aux causes de mortalité pour se référer plutôt à la morbidité. Puis en 1949 apparaît, au sein de cette classification, un chapitre sur les troubles mentaux. La CIM est un répertoire statistique et mono-axial, puisque chaque trouble mentionné n'appartient qu'à une catégorie de la classification, et que l'on répertorie les symptômes du plus important au moins caractéristique. Sa dernière version, la CIM 11, date de 2019, après une série de mises à jour décennales et annuelles.

En 1983, l'Organisation Mondiale de la Santé établit le premier système de classification qui mêle le handicap et la maladie en croisant la CIM avec la Classification Internationale du Handicap. La première répertorie les différentes maladies, tandis que la seconde classe les effets observables (déficiences, incapacités et désavantages), avec une tendance à articuler les approches médicale (qui reste dominante), psychologique et éducative. Le regard croisé entre les deux classifications est important puisqu'il permet de lire les informations dans les deux sens : de la maladie vers ses effets, mais aussi des effets vers les maladies.

Wood, dans le début des années 80, définit le handicap comme une inadaptation entre l'individu et son environnement dans une situation donnée, secondaire à une déficience et une incapacité. C'est un tableau qui met en jeu quatre niveaux d'analyse : du diagnostic, des déficiences, des incapacités et du handicap.

- Le plan du diagnostic est celui du processus morbide que le médecin se doit de chercher à expliquer et à traiter.
- Celui des déficiences vise les atteintes, anomalies et lésions des organes et des fonctions, physiologiques, anatomiques ou psychologiques, ainsi que le domaine de la rééducation.
- Le plan des incapacités résulte des déficiences et caractérise la limitation, plus ou moins sévère, ou l'absence des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne. Cela peut concerner « des séquences intentionnelles intégrées d'interaction » issues de la vie de tous les jours, telles que définies par Misès en 1994, c'est-à-dire « une tâche, une qualification, ou un comportement » (Chapireau, - 1997). Ce plan vise ainsi la réadaptation.
- Enfin, on trouve le plan du handicap proprement dit, ou des désavantages sociaux. Il caractérise la limite ou l'impossibilité dans l'accomplissement d'un rôle social considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels et relève du domaine de la réinsertion.

Néanmoins il ne faut pas établir de lien de cause à effet unilatéral entre les quatre niveaux d'analyse. En effet, la lecture de ce processus du handicap peut être parcourue dans un sens (diagnostic, déficiences, incapacités, handicap) ou bien dans l'ordre inverse, à cause des effets rétroactifs de ces niveaux les uns sur les autres. De plus, dans ce modèle, entre le désavantage et la pathologie s'interposent toujours les plans des déficiences et des incapacités.

Selon Wood, il ne convient donc pas de parler de « handicap mental », en mélangeant ainsi les différents plans de ce modèle spatial. Cette configuration du modèle entraîne des actions d'aide à la personne aux différents niveaux de sa situation, d'où l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire. Néanmoins, en France, en opposition à Wood, la dénomination « handicap mental » persiste, et selon l'OMS, cité par Chapireau, en 1997, « un enfant présente un handicap mental s'il souffre de troubles au long cours, caractérisés par un processus qui peut se décrire dans son histoire et dans ses relations avec son environnement sur les quatre plans d'expérience de la pathologie, de la déficience, de l'incapacité et du désavantage social, et si l'on observe des difficultés mentales sur au moins un des trois plans du handicap. »

D'ailleurs, en 2001, l'OMS propose à son tour une classification du handicap, au sein de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), constituée de « quatre composantes qui interagissent :

- Les fonctions organiques, physiologiques et psychologiques ou les structures anatomiques (organes ou membres) impliquant le fonctionnement corporel et l'organisation psychiques
- Les activités et la participation réelle de la personne à travers son fonctionnement
- Les facteurs environnementaux (physiques, sociaux ou attitudes) et externes potentiellement handicapant ou facilitateurs
- Les facteurs personnels ou individuels ».

Cette classification présente des changements importants. Premièrement, il s'agit d'une description neutre du fonctionnement humain dans lequel le handicap n'est qu'une variation. Le point de référence est le fonctionnement, et non pas la déficience. D'ailleurs, on ne parle plus de déficience-incapacité-désavantage, termes trop stigmatisant, mais de fonction-structure-participation (Camberlein, 2019). Ensuite, il faut identifier puis modifier les obstacles et augmenter les facilitateurs à la participation de la personne touchée par le handicap. Enfin, il existe un très grand panel de facteurs environnementaux qui peuvent être impliqués et reconnus comme handicapant (Nader-Grosbois, 2020).

Ces classifications posent aussi le problème du partenariat financier, puisqu'elles sont établies par de grands laboratoires pharmaceutiques. De plus, elles ne tiennent pas compte de tout l'aspect environnemental du concept dont les conséquences sur le handicap s'avèrent prouvées, par exemple du côté de l'hypostimulation familiale, qui peuvent, sinon le créer, en tout cas amplifier le handicap. C'est pour cela qu'a été créée la Classification Internationale du Fonctionnement, qui prend en compte l'ensemble du système autour du handicap, en introduisant les effets du contexte. Cette classification propose aussi de travailler sur l'écart entre les capacités et les performances, pour trouver les « éléments facilitateurs » et les « éléments-freins », qui permettent d'établir les compensations. C'est un modèle qui n'est plus spécifique au handicap mais adaptable à tous. Au final, est-il plus important de savoir comment classer les personnes ou de savoir comment les prendre en charge ? La Classification Internationale du Fonctionnement casse la notion de handicap. D'ailleurs, dans certains pays, le handicap n'existe pas ou plus et la référence devient la « situation de handicap ».

La question du handicap devient alors primordiale, dans le sens où, au lieu d'être stigmatisante, elle est ouverture entre la personne handicapée et son environnement. La tendance actuelle des années 2010 penche vers l'éclaircissement des systèmes de ressources et de compensation auprès des personnes en situation de handicap ou nécessitant des soins. D'ailleurs, au sein de chaque direction départementale et notamment dans le domaine de l'éducation, une personne est déléguée à l'adaptation des structures pour une meilleure accessibilité, y compris pour les personnes handicapées. Les projets personnalisés permettent aux personnes d'exprimer leurs besoins, leurs désirs et leurs histoires. C'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées qui décide du financement des compensations. L'école, le domicile, l'environnement de chaque personne, permettent la traduction des projets des personnes dans la réalité de la personne porteuse de handicap, car au milieu des débats sur le handicap, il ne faut pas oublier la différence entre égalité et équité...

2.6 La scolarisation des enfants handicapés mentaux : d'hier à aujourd'hui

C'est dans le contexte de la fin XIX^{ème} siècle, en 1882, qu'intervient l'instruction scolaire obligatoire des enfants, décrétée par Jules Ferry.

A son époque, Esquirol se saisit de l'appellation d'« idiotie » pour traduire l'arrêt du développement des facultés intellectuelles de l'enfant, mais peu à peu ce terme prend une connotation négative. C'est en 1846 que Seguin, reprend ce terme pour différencier les « enfants arriérés » ou « retardés », dont le développement est un peu plus lent que la normale, des enfants « idiots », dont le développement, dans tous les domaines, est arrêté. C'est d'ailleurs à cette époque qu'il crée la première « école de rééducation » en France, à partir de sa méthode d'éducation expliquée dans son livre sur le traitement moral des idiots et des arriérés, qui est considéré comme le premier manuel traitant des besoins spécifiques des enfants déficients intellectuels. Sa collaboration avec Esquirol constitue la première équipe alliant le médical et le pédagogique, remarquera Heuyer (1966).

Pendant que Seguin étudie et tente d'instruire ces enfants, Voisin, avec d'autres aliénistes qui remettent en doute l'incurabilité, commence par insister sur le besoin d'instituts spécialisés où se côtoieraient psychiatres et instituteurs. Malheureusement, Séguin ne parvient pas à faire aboutir ses travaux, qui font trop d'ombre aux psychiatres de l'époque. C'est Bourneville qui reprend ses travaux, environ trente-cinq ans plus tard avec l'idée de bâtir un asile école. Mais l'ambivalence qui caractérise le regard que les personnes ordinaires portent à ces personnes différentes rend difficile la recherche de financement. Toutefois, il réussit à monter un service d'avant-garde, où les enfants sont instruits dans la mesure de leurs moyens, participent à des ateliers en vue d'une réinsertion sociale, tout cela en plus des

soins médicaux qui leur sont nécessaires. Devant le succès qu'il obtient, Bourneville suggère que l'on annexe des classes pour enfants « arriérés », sur le modèle de son asile école, aux classes normales.

Pour appliquer la loi de Ferry, il convient de différencier les enfants qui réussissent à suivre un enseignement, d'autres qui ne se donnent pas les moyens de réussir, et de ceux qui n'en ont pas les moyens, et pour lesquels une scolarité adaptée serait peut-être judicieuse. C'est ainsi que la psychométrie est introduite dans le milieu scolaire. Ainsi, Claparède, en 1898, propose « des classes spéciales », c'est-à-dire vouées à l'enseignement scolaire des enfants déficients. Les Instituts Médico Pédagogiques (IMP) où se côtoient les approches médicale, sociale et pédagogique, sont également créés sur une idée de Magnan et Legrain dans le but d'assurer une scolarité aux enfants ne pouvant pas suivre un enseignement, même en classe spécialisée, et ont pour relais les externats ou internats médico-professionnels pour les adolescents de 14 à 20 ans. Les premiers enseignants spécialisés ne suivant aucune formation particulière pour exercer leur profession, en 1909 est créé le premier certificat d'aptitude pour les professionnels.

Parallèlement, en 1904 est créée une commission à laquelle participent Bourneville et Binet. Pour classer les enfants en séparant ceux ayant une intelligence normale et ceux présentant un retard dans les apprentissages, Binet, en 1909, propose une échelle, pour examiner les enfants entre 5 et 16 ans. Celle-ci représente un éventail des connaissances qui sont normalement acquises par un enfant à un âge donné, et qui correspond à son âge mental. Binet vise à mesurer le niveau de développement intellectuel de l'enfant, c'est-à-dire ce qui lui est possible d'apprendre en fonction de ses capacités mentales, indiquant ainsi à quel niveau scolaire, dans quelle classe il faut le placer. La définition d'« âge mental », en comparaison avec l'« âge réel », ou « chronologique », le conduit ainsi à la conception d'une échelle métrique de l'intelligence. Cet indice traduit l'avance ou le retard de l'enfant dans les acquisitions par rapport à ses pairs de même âge. Il vise à renvoyer des classes standards les enfants « idiots », les « arriérés d'hospice », non perfectibles à l'éducation. Il transforme donc la notion d'arriération mentale de Bourneville, en arriération scolaire, relançant la polémique de l'époque de Séguin.

Avec l'arrivée du front populaire, les projets sur l'enfance déficiente sont remis à l'ordre du jour. Une commission dirigée par Henri Wallon, en 1937, aboutit à une charte de l'enfance déficiente, proposant l'organisation d'un dépistage des retards mentaux, une généralisation des classes de perfectionnement et des instituts médico-pédagogiques où travaillent conjointement psychiatres et enseignants spécialisés.

D'autres commissions se réuniront sous le gouvernement de Vichy, parmi lesquelles on retrouve celle de Daniel Lagache, qui définit l'enfance inadaptée et propose deux classifications. La première,

médico psychologique, vise à une description clinique de toutes les inadaptations. La seconde, médico pédagogique, classe les enfants en fonction du type d'établissement et de traitement dont ils relèvent.

Dans les années 60, l'Education Nationale prend réellement conscience des difficultés de ces jeunes déficients, en particulier autour d'apprentissages fondamentaux tels que la langue écrite et le calcul. Il s'avère que la scolarisation classique n'est pas adaptée.

Plus tard, deux arrêtés viennent donner des précisions sur les enfants et les instituts concernés. Celui du 12 août 1964 considère qu'au terme de son développement, un enfant « débile » n'atteindra pas le niveau mental d'un enfant normal et propose donc de placer en classes de perfectionnement les enfants ayant entre 50 et 75 au test de Binet et Simon. L'arrêté du 20 octobre 1967 stipule que, de toute manière, « l'enfant déficient intellectuel est reconnu comme tel dès les premiers moments de la scolarité élémentaire ». C'est la circulaire du 20 juillet 1970 qui vient donner toute sa place au Quotient Intellectuel dans le domaine de l'enfance déficiente. Ainsi, se crée « l'illusion de continuité » (Salbreux et Misès, 2005) entre les différentes formes de déficiences, suggérant qu'elles manquent toutes, à des degrés différents, d'intelligence. Mais, bien que discutable et incomplet, le résultat au test reste un moyen objectif de pouvoir trouver une place adaptée à chaque enfant.

En 1944, Wechsler définit l'intelligence comme « la capacité globale ou complexe de l'individu d'agir dans un but déterminé, de penser d'une manière rationnelle et d'avoir des rapports utiles avec son milieu. Elle est globale parce qu'elle caractérise le comportement de l'individu dans son ensemble ; elle est complexe parce qu'elle est composée d'éléments, d'attitudes qui, sans être entièrement indépendants, sont qualitativement différenciables. En fin de compte, c'est par la mesure de ces aptitudes que nous évaluons l'intelligence. » Elle suivrait une courbe de normalité pour définir les différentes zones suivantes.

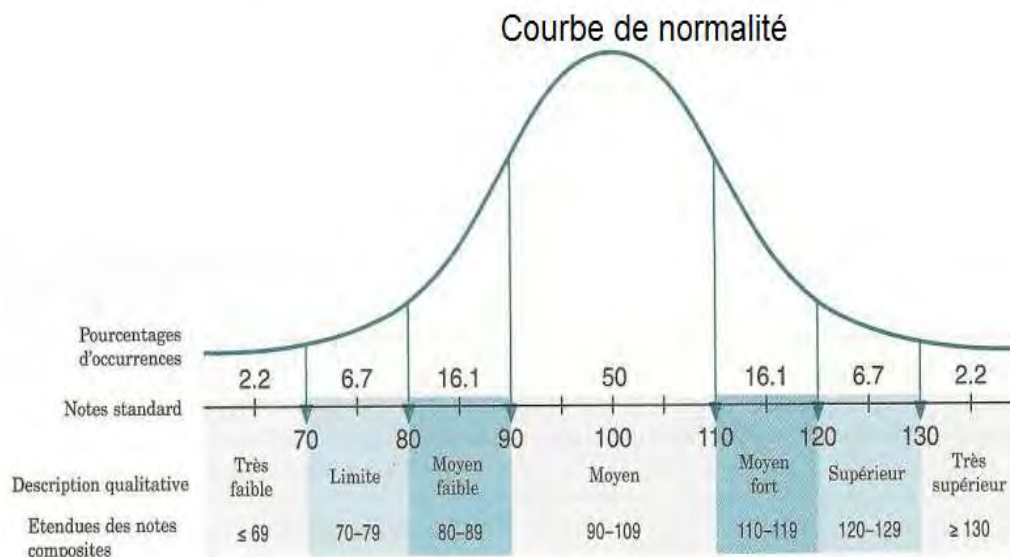


Figure 2-1 : Figure – Courbe gaussienne de la répartition du QI dans la population générale (WISC-V)

Puis Zazzo, en 1965, rappelle que le sens de cette plage de quotients intellectuels ne doit pas être le critère qui envoie les enfants en classes de perfectionnements, mais qu'au contraire ce sont les difficultés pédagogiques qui doivent venir donner tout leur sens aux bornes de 50 à 70.

Aujourd'hui, le WISC V (Echelle d'intelligence de Wechsler, cinquième version) s'avère être l'un des tests les plus utilisés chez l'enfant et l'adolescent pour approcher le fonctionnement cognitif à travers cinq indices, et aboutir ensuite à une mesure du Quotient Intellectuel Total, qui pourra représenter un indice de diagnostic de la déficience intellectuelle. :

- L'indice de compréhension verbale, l'intelligence cristallisée, c'est-à-dire la capacité à utiliser ses connaissances, son expérience et ses compétences
- L'indice de raisonnement fluide, dont le raisonnement logique sur un plan visuel et la capacité à résoudre des problèmes dans des situations nouvelles
- L'indice visuo-spatial, soit l'aptitude à se créer et à manipuler des représentations mentales et l'aptitude à se faire une représentation mentale spatiale du monde environnant
- L'indice de mémoire de travail (mémoire à court terme), qui est la capacité à maintenir temporairement une information en mémoire et à la manipuler mentalement
- L'indice de vitesse de traitement, qui est la capacité à penser et travailler sous la pression du temps en faisant le moins d'erreurs possibles.

2.7 Le paradoxe de la scolarisation d'aujourd'hui

Le premier milieu dans lequel s'exprime le handicap intellectuel est souvent le milieu scolaire, lorsque le handicap n'est pas visible et identifiable dans le milieu familial (Bodin, 2018). On s'intéresse également au rôle de l'environnement, notamment familial, sur le développement de ces enfants qui ne s'imposent pas d'emblée comme « déficients » puisque la déficience n'apparaît pas directement sur une forme figée, mais au contraire se façonne et se structure au cours de la vie. C'est ainsi que Misès & al (1971) ont parlé de « dysharmonies évolutives », spécifiant que la personne n'est pas déficiente sur tous les plans, et qu'il est donc possible d'agir sur les mécanismes pathologiques en s'appuyant sur les points forts de la personnalité de la personne.

Médecins, psychologues, travailleurs sociaux et éducateurs se regroupent pour prendre conscience des troubles de ces enfants et leur proposer une prise en charge adaptée aux difficultés rencontrées dans le cercle scolaire. Malheureusement on manque de médecins et d'enseignants, et les IMP deviennent souvent des IME, où l'éducatif prend le pas sur le versant pédagogique.

Toutefois, des aménagements permettent à chaque enfant de bénéficier des fonctions principales de l'école, y compris dans ces classes spécialisées. En effet, le potentiel d'intégration sociale de chaque enfant dépend directement de son apprentissage de la vie, qui est en lien avec une adaptation à l'environnement, plus ou moins difficile en cas de déficience, quelle qu'elle soit. Les classes spécialisées tendent donc à mettre à disposition les ressources et techniques nécessaires à chaque enfant, pour qu'il développe son autonomie et son inclusion au sein de la classe (Petit, 2001). Comme le souligne Kanner, la troisième décennie du XXe siècle apparaît capitale dans la prise en charge des enfants déficients. Aujourd'hui, les courants de pensée amènent à considérer des mécanismes inhérents à la déficience, qui rendent compte de la complexité de ces fonctionnements de pensée.

Tout d'abord, l'école doit être un lieu d'épanouissement pour l'enfant, et c'est une fonction à laquelle doit répondre l'enseignement spécialisé. Les parents sont souvent inquiets de placer leur enfant dans une institution spécialisée, mais c'est à l'institution de les rassurer sur le bien-être de l'enfant, car le milieu spécialisé apporte ce que l'école classique ne peut plus apporter. En effet, le travail peut être effectué en petits groupes ou bien même lors de temps privilégiés, seul avec l'enseignant. Les supports utilisés sont, au début tout au moins, ceux dans lesquels l'enfant trouve du plaisir et peut s'exprimer. Une ambiance sereine est également plus propice aux acquisitions.

Evidemment, l'école est un lieu d'acquisitions ; en cela les enfants déficients y sont un peu en difficulté. Dans les Instituts Médico-Pédagogiques, l'enseignement proposé est de contenu réduit par

rapport à une classe normale. Le but est de ne pas braquer l'enfant sur ses difficultés, afin qu'il ne se fige pas dans une rigidité des apprentissages. Ainsi, toute la difficulté du travail de l'enseignant spécialisé se trouve dans le fait qu'il faut proposer des apprentissages sous des formes différenciées, tout en restant pédagogique. Un but majeur pourrait être de « dissoudre les adaptations scolaires dans une pédagogie *adaptative et compensatoire* » (Postic, 2001).

Le but ultime de l'école spécialisée est d'accompagner l'enfant vers son avenir. De nos jours, comme souligné dès la circulaire de 1999, l'adaptation scolaire apparaît comme un moyen de réduire l'inadaptation individuelle, mais les chercheurs sont en conflit sur la perspective de scolariser à tout prix dans une école ordinaire et le besoin parfois d'une aide plus profonde, dans des établissements spécialisés. Ainsi, un passage dans un Institut Médico-Pédagogique (IMP) est souvent suivi par une orientation en Institut Médico-Professionnel (IMPro). Pour cela, il est important que les parents fixent ensemble des objectifs à l'arrivée de l'enfant dans l'institution, sur tous les domaines de développement.

Après une première vague dans les années 80, l'intégration, et donc l'accueil et l'adaptation de l'environnement à la personne, revient sous la forme d'un projet ambitieux, visant l'inclusion à tout prix et donc le renoncement à toute forme de traitement particulier, dans des classes normales, des enfants handicapés (Louis et Ramond, 2013). Il est difficile pour les professionnels de l'enfance, de savoir s'il s'agit d'un progrès ou d'une complication de la scolarité. On assiste donc à un cercle vicieux. En effet, on assiste depuis les années 2000 à un retour de la volonté d'inclusion à tout prix, mettant en péril certaines institutions d'une part et, plus grave, plaçant en difficulté des enfants nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire propre au milieu adapté d'autre part. Ainsi, Salbreux (2017) remarque depuis plusieurs décennies une oscillation entre exclusion et inclusion des personnes porteuses de handicap, une situation dans un « entre deux », une « liminalité », qui ne se vit pas facilement positivement pour les personnes concernées, et qui semble d'autant plus difficile à vivre pour les adolescents qui se trouvent déjà dans un autre passage, celui de l'enfance à l'âge adulte.

Aujourd'hui, l'Etat exige l'adaptation des élèves en situation de handicap, quel qu'il soit, aux normes scolaires, alors que les écoles ne peuvent s'adapter à la particularité de chacun de ses élèves. L'intégration a laissé place à l'inclusion, qui force les écoles classiques à accueillir des enfants en difficultés, quand bien même cette orientation ne semble pas la meilleure et sans prise en compte de la comorbidité des troubles qui nécessite souvent une prise en charge spécifique supplémentaire, en milieu spécialisé, pour une valorisation singulière des jeunes en situation de handicap (Picon, 2010). Les volontés politiques enjoignent aux écoles classiques d'accueillir les élèves en grands difficultés, dans le désir d'une

inclusion forcée, basée sur une volonté de norme scolaire qui nuit, pour ces jeunes, à leurs apprentissages, et engendre une forte stigmatisation par rapport à leurs pairs d'âge (Desombre, 2013). En effet, dans le milieu classique, les disciplines enseignées s'avèrent imposées, la vitesse des apprentissages constitue également une contrainte et cela ne permet pas aux élèves de se passionner pour d'autres domaines, à leur hauteur ; tandis qu'en milieu spécialisé, un des enjeux s'avère la recherche d'une pédagogie ni infantilisante, ni hors d'atteinte, dans le but d'améliorer les représentations de soi chez les enfants souffrant d'un handicap (Chevallier Rodriguez & al, 2020) Alors certains élèves « décrochent », se tournant alors de nouveau, pour les plus jeunes vers des apprentissages en milieu spécialisé, et pour les plus âgés vers des filières courtes d'apprentissage professionnel.

En effet, les politiques actuelles, depuis la loi de 2005 sur le handicap « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté », tendent à vouloir intégrer les personnes handicapées dans le milieu scolaire, puis dans la société. Face aux enfants handicapés, l'Education Nationale préconise de plus en plus une « politique inclusive » (Brun & Mellier, 2016), avec la Réponse Adaptée Pour Tous (RAPT), qui soulève le paradoxe de stigmatiser alors qu'elle veut intégrer. La Maison Départementale des Personnes Handicapées vise également un accès facilité à la citoyenneté et la participation à la vie sociale, tout comme elle tente de favoriser l'accessibilité à tous les services communs. Finalement, le changement de terme, d'intégration à l'inclusion, et de principe ne contribuent qu'à une nouvelle forme de normalisation, avec la question omniprésente de la prise en compte des similarités et des différences dans le cadre d'une culture partagée.

Dans le contexte actuel de diversité à l'école, la définition de la norme apparaît comme un défi à relever (Ayouch, 2017). Dans la population adulte, elle nous interroge sur la possibilité d'être adapté lorsque le handicap rend « hors norme », avec toutes les difficultés d'intégration sociale que cela entraîne (Korff-Sausse, 2011). Auprès des enfants, la définition de la norme provoque l'objectif impératif de permettre l'accès à un enseignement, à défaut d'être individualisé, tout au moins adapté à chaque enfant, et de l'amener à l'accession du désir d'apprendre, guidé par ses enseignants. Mais pour placer les jeunes en situation de déficience intellectuelle sur un plan d'égalité avec leurs pairs tout venants, il faut de véritables ressources financières, techniques et pédagogiques pour s'adapter au rythme de l'enfant ou de l'adolescent, respecter et contourner ses freins et trouver des appuis (Ebersold, 2010).

En tout cas, l'école républicaine fournit une norme, à laquelle doivent se conformer tous les élèves : la réussite scolaire (Pereira, 2017). Mais elle crée un paradoxe du fait qu'elle produit également ce qu'elle redoute, c'est-à-dire des situations d'échec, même si les élèves scolarisés dans le milieu ordinaire semblent plus heureux d'aller à l'école que les élèves issus des milieux spécialisés (Crawford,

2008) et se montrent plus acteurs de leur futur (Coté, 1996). Or cela semble particulièrement important à prendre en compte puisque les études montrent que le « sens de l'expérience scolaire » joue un grand rôle sur la construction identitaire des enfants. Ainsi, l'accès aux apprentissages, au savoir et la socialisation, par le lien aux pairs, influencent fortement la construction identitaire des enfants, au travers des représentation de soi, et y compris pour les enfants déficients intellectuels (Chevallier Rodrigues et al., 2020).

2.8 L'impossible conclusion

Définitions et modélisations du handicap sont depuis toujours au cœur des débats sociétaux, et sous l'action des comités éthiques, ces considérations s'avèrent toujours en mouvement. Force est de reconnaître que ces évolutions sont positives puisqu'elles permettent une meilleure prise en charge de l'enfant handicapé dans tous les domaines de sa vie. Concevoir le handicap comme multifactorielle, c'est envisager une prise en charge complexe. C'est donc à un niveau pluridisciplinaire que peuvent aujourd'hui poindre de nouvelles avancées, aux confins de la rencontre entre une personnalité cognitive et émotionnelle avec ses difficultés, et un environnement sociétal qui doit encore évoluer pour devenir de plus en plus aidant. Au niveau de la scolarité, il faut absolument se situer au plus près du jeune pour trouver une solution singulière qui s'adapte à lui, et non l'inverse, et lui permette de progresser dans l'ensemble des domaines de sa vie d'enfant, d'adolescent et pour enfin devenir un adulte épanoui.

Bibliographie

- Assouly-Piquet, C., Berthiez-Vittoz, F. (1994). *Regard sur le handicap*, Ed. Hommes et perceptions
- Ayouch, S. (2017). Normes et diversités, le défi contemporain, *Le Journal des Psychologues*, n° 346, pp. 18-22.
- Bass, H.-P., Kristeva, J. (2011). L'humanisme au regard du handicap, *Le Journal des Psychologues*, n° 291, pp.22-28.
- Bass, H.-P., Scelles, R. (2011). Le handicap au sein de la famille, *Le Journal des Psychologues*, n° 291, pp.18-21.
- Bodin, R. (2018). *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Ed. La dispute.
- Bonnefond, G. (2006). *De l'institution à l'insertion professionnelle, Le difficile parcours des jeunes déficients intellectuels*, Érés.
- Bosma, H. A. (1994). Le développement de l'identité à l'adolescence, *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 23, pp. 291-311.
- Brun, P., Mellier, D. (2016). L'inclusion scolaire de l'enfant handicapé : un éclairage de la psychologie du développement, *Bulletin de psychologie*, n° 544, pp. 253-266.
- Camberlein, P. (2019). *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Dunod.
- Canguilhem, G. (1952) La connaissance de la vie, Vrin, cité par Weisman Arcache, C. (2017). Des vilains petits canards et des cygnes, in *Le journal des psychologues*, n°344, p. 16.
- Chapiro, F. (1997). *Le handicap mental chez l'enfant*, Ed. SF.
- Chauvière, M. (2003). Parents, institutions et professionnels, *Enfance et psy*, n° 21, pp. 13-22.
- Chevallier-Rodrigues, E. & al. (2020). Relation entre parcours scolaire et représentations de soi chez des élèves en situation de handicap. Rôle modérateur du sens de l'expérience scolaire sur cette relation, *Psychologie Française*, Vol.65 (2), pp.157-172.
- Cote, J. E. (1996). Sociological perspectives on identity formation: The culture identity link and identity capital, *Journal of Adolescence*, 19, pp. 419-428.
- De Ajurriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Ed. Masson.
- Desombre, C. & al. (2013). Identifier des besoins éducatifs particuliers : Analyse des obstacles et propositions pour l'action, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 62 (2), pp. 197-207.
- Duche, D. - J. (1990). *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris : PUF.

- Ebersold, S. (2010). Inscription professionnelle, devenir social et parcours de formation, in Haelewyck M.-C. (2010). *Adolescence et retard mental*, De Boeck Supérieur, pp. 173-189.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*, Gallimard.
- Guillec, G. (2000). Comment écrire l'histoire de la psychologie ? Réflexions à propos du débat idéologique sur les "enfants anormaux" en France, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, pp. 94-103.
- Henckes, N. (2012). Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, *European Journal of Disability Research*, n°6, pp. 242-254.
- Hirsch, E. (2007). *L'éthique au cœur des soins*, Ed. Vuibert.
- Korff-Sausse, S. (2011). Le sujet handicapé : un sujet "hors norme" ? *Le Journal des Psychologues*, n° 291, pp. 29-33.
- Korff-Sausse, S., Scelles, R. (2011). Empathie, handicap et altérité, *Le Journal des Psychologues*, n° 286, pp.30-34.
- Louis, J.-M, Ramond, F. (2013). *Scolariser l'élève handicapé*, Dunod.
- Mellier, D., Courbois, Y. (2005). Pour une approche psychologique interactive des enfants qui se développent autrement : la situation de handicap mental, *Enfance*, Vol. 57, PUF, pp. 213-217.
- Mises, R. & al. (1971). Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectuelle. Les déficits dysharmoniques, *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 14, pp. 341-464.
- Nader-Grobois, N. (2020). *Psychologie du handicap*, DeBoeck.
- Pereira, I. (2017). Les paradoxes de la norme scolaire, *Le Journal des Psychologues*, n° 344, pp. 28-33.
- Petit, C. (2001). De l'intégration scolaire, *Vie sociale et traitement*, n° 69, pp. 35-39.
- Picon, I. (2010). Milieu spécialisé ou ordinaire, conséquence sur le processus d'adolescence des jeunes ayant une déficience intellectuelle, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, Vol. 21, pp.66-78.
- Postic, M. (2001). *La relation éducative*, PUF.
- Rabischong, P. (2015). *Le handicap*, Collection Que sais-je, Paris : PUF.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Seuil.
- Salbreux, R. (2017). Entre inclusion et exclusion, *Handicap, une identité entre-deux*, pp. 77-92.
- Scelles, R. (2013). Handicap : processus de subjection et lien à l'autre, *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 137-152.
- Vaginay, D. (2013). Adolescence et handicap mental : incidences sur les pratiques thérapeutiques et l'accompagnement, *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 203-222.

- Wechsler, D. (2016). *Wisc, V, Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents*, 5^e édition, Adaptation française par Pearson.

3 Etude n°2 : L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ?

(Publié dans : Martin Excoffier, L., Schiltz, L., & Sudres, J-L. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ?

Perspectives Psy, Vol. 61, N°1, 84-92.)

Résumé :

Puisque la médiation se trouve au cœur de la dynamique adolescente, l'art-thérapie apparaît comme un moyen privilégié de prise en charge de l'adolescent, notamment lors de séances groupales. Des séances de médiation peuvent revêtir la fonction de rites de passage, permettant à la fois le développement social et l'émergence d'une personnalité en train de se construire. Le moratoire identitaire lié à cet âge apparaît souvent comme une période dont il est difficile de sortir sans aide, tout comme il est compliqué d'accéder à la réalisation identitaire. Ainsi, alors que la quête identitaire malmène les psychés de ces jeunes, l'art-thérapie se place dans une position étayante dans les changements biologiques, cognitifs et sociaux. Le thérapeute se doit de comprendre la souffrance lorsqu'elle s'exprime, en particulier dans les créations artistiques, et de permettre l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, en respectant le code mis en œuvre par l'adolescent. C'est pour cela que l'art-thérapie apporte toute sa contribution, en complément du langage, dans sa dimension communicative, dans son aide à l'élaboration psychique, dans son soutien à l'imagination et à l'autonomie. Elle se présente également comme lien entre le monde interne et la réalité extérieure, et offre la possibilité de permettre une écriture de soi, une trace dans le groupe de soin, mais aussi une trace de son passage de l'enfance à l'âge adulte.

Mots clefs :

Adolescence - Art-thérapie - Créativité - Identité – Médiation

Title: Art therapy and teenagers: clinical evidence ?

Abstract:

Since mediation is at the heart of adolescent dynamics, art therapy appears as a privileged means to take charge of adolescents, particularly during group sessions. Mediated sessions can assume the function of rites of passage, which enables both social development and rise of a personality under construction. Identity moratorium related to this age often appears as a period from which this is difficult to get out without assistance, just as this is complicated to access to identity construction. Hence, although the identity quest maltreats adolescents' psyches, art therapy places itself into a sustainer position facing biological, cognitive and social changes. The therapist has to understand the distress when it is expressed, particularly through artistic creations, and he has to enable the establishment of a good therapeutic alliance, respecting the code implemented by the adolescent. This is the reason why art therapy is contributing, complementary to language, to the communicative dimension, to the help of psychic elaboration, to the support to imagination and autonomy. It also emerges as a link between the internal world and the external reality, and offers the possibility to enable self-writing, and also to leave a trace in the caring group, and a trace of the passage from childhood to adult age.

Key words:

Adolescence – Art therapy –Creativity - Identity - Mediation

Comment soigner l'adolescent quand il me dit : « Fous moi la paix, tu me prends la tête... je parle pas moi... » ou comment la créativité et l'art-thérapie soutiennent elles le développement identitaire de l'adolescent ?

Si l'adolescence apparaît définie de manière multiple, cette période s'impose souvent chez les auteurs comme un moment délicat de la vie, fragilisé par la quête identitaire propre à cette période ; tout jeune se trouvant pris dans des rites lui permettant un passage de l'enfance à l'âge adulte.

Pour les plus fragilisés, le travail thérapeutique est souvent délicat, et les thérapies verbales ne s'avèrent pas une réponse adéquate au mal-être de ces jeunes ; la verbalisation, notamment des émotions, n'étant pas toujours aisée. Le support créatif émerge alors comme un tiers, une médiation, dans un espace d'expression où le cadre et le thérapeute prennent une place non intrusive et même soutenante.

3.1 Une période de changements

L'adolescent voit l'apparition de changements, de transformations qui touchent autant son corps que sa psyché et sa perception du monde socio-culturel : tout cela davantage en spectateur qu'en acteur pendant un premier temps. Cet « attentat au sentiment d'identité » fait violence à ces jeunes qui ressentent parfois terriblement fort le besoin d'évacuer leur malaise. Pour s'en protéger, les adolescents doivent apprendre à se soucier d'eux-mêmes, à se « prendre comme objet de soin » (Catheline & Marcelli, 2017). Parfois un soutien extérieur est nécessaire et c'est là que peut intervenir la médiation, une zone à la fois de transit, de passage, une aire transitionnelle, de créativité et un espace de transformations progressives (Winnicott, 1975 ; Barbe, 2016)).

Les changements les plus visibles, à l'adolescence, sont d'abord biologiques et ne sont pas toujours faciles à intégrer. Les adolescents sont souvent anxieux de leur apparence physique, de ce qu'ils donnent à voir à autrui.

Piaget (1959) a souligné, comme changement cognitif, que le début de l'adolescence correspond également à l'accession à la pensée formelle, et donc aux raisonnements abstraits, permettant les compromis entre réalité et possibilités, ce qui peut être problématique.

Un troisième changement intervient à un niveau social. L'adolescent est donc en quête d'identifications qui vont lui permettre de mener à bien sa quête identitaire, relative à son

fonctionnement psychique. Pour être menée à bien, il faut que l'appareil psychique du sujet se soit développé de manière adaptée, et que les différentes instances aient réussi à trouver un équilibre, donnant naissance à un Moi mature. Par ailleurs, ils accordent de plus en plus d'importance à leurs pairs. Ils ont besoin de créer un réseau relationnel dont la fonction est socialisante, pour arriver à se forger un sentiment d'appartenance, qui a trait à leurs fonctions dans leur environnement.

Le groupe fournit des prototypes des relations de la vie adulte que les adolescents peuvent tester, dans la découverte de la relation d'aide et de la compétition. De plus, c'est également la période de la découverte des relations amoureuses et sexuelles. Ils cherchent de nouveaux objets d'amour qui semblent souvent teintés des objets d'amour infantiles, marquant ainsi le passage entre une vie d'enfant et une vie d'adulte. De plus, tous les affects sont intensifiés, toutes les manifestations comportementales exacerbées. Parallèlement, chaque adolescent recherche une émancipation de l'autorité parentale, et la recherche d'une identité propre. Ces processus s'accompagnent souvent de conflits, qui, s'ils sont surmontés sans trop d'angoisse, de passages dépressifs, de conduites à risque, guident le jeune dans son processus d'individuation.

Ainsi, ces changements peuvent entraîner des difficultés pour l'adolescent et il peut être judicieux de proposer un accompagnement pour qu'il puisse se créer une identité d'adulte. L'art-thérapie apparaît alors toute indiquée tant elle remplit une fonction étayante dans les trois types de difficultés évoquées précédemment. Les changements qu'elle provoque font de l'adolescence un moment clé de la construction identitaire, pour épanouir les nouvelles potentialités qui s'envisagent dans cet âge de la réalisation, mais aussi de la déstabilisation du sentiment de réalité (Sudres, 2003 ; Wawrzyniak & Schmit ; 2008 ; Klein, 2012).

3.2 Des rites de passage aux médiations

A cet âge, tout est médiation : le style vestimentaire, la musique, le téléphone portable, etc., toute la vie des adolescents est ainsi ponctuée par de la médiation, cet espace interstitiel à investir. Ainsi, lorsqu'ils se trouvent en difficulté, n'est-il pas logique de leur proposer également un espace de médiation dans le soin, et donc de l'art-thérapie ?

Il existe, quelle que soit la manière de considérer l'adolescence, des rites de passage. Il s'agit de « toutes les séquences cérémonielles qui accompagnent le passage d'une situation à une autre et d'un

monde (cosmique ou social) à un autre » (Van Gennepe, 1909). Ils permettent la transition entre l'enfance et l'âge adulte, en lien étroit avec une appartenance sociétale forte, dans laquelle se joue une menace identitaire importante. Les rites de passage interviennent ici pour soutenir le jeune, grâce à leurs fonctions psychologiques, sociologiques et religieuses, et peuvent donc transformer de manière profonde la personnalité.

L'adolescence semble être le meilleur moment pour développer une polyvalence des compétences, notamment sociales. Schlegel et Barry (1991) ont même défini l'adolescence comme la période où se met en place une « personne sociale », un moment où des ponts se créent entre les différents mondes qui gravitent autour du jeune, dans les relations verticales aussi bien qu'horizontales (Larson, Wilson, Bradford Brown, Furstenberg & Verma, 2002). Ahovi et Rose Moro (2010) ont décrit le rôle nécessaire de la séparation dans le rite de passage, et ont souligné le besoin d'une agrégation satisfaisante à la société si le rite est accompli de manière structurante. Lorsque les expériences de la vie sont abordées de manière anxiogène, il est important de proposer au jeune une « remise en histoire progressive » par et avec l'art-thérapie (Sudres et Moron, 1997 ; Sudres, 2005).

3.3 L'identité : une question de créativité et de médiations

Erikson (1968) a placé le concept d'identité au cœur de ses études, en particulier sous la forme de « crise d'identité ». Cette appellation de « crise » s'avère être reliée à un point clé du développement de l'individu, sans établir de connotation négative (Atalay, 2007). Concernant l'adolescence, il appelle « moratoire », la période d'expérimentation des adolescents en vue de l'établissement de leur identité. Il s'agit, sous le joug de l'irruption de la sexualité génitale, de pouvoir retravailler les étapes de l'enfance, l'adolescence apparaissant comme le dernier stade du développement psychoaffectif. Le Moi cherche un soutien dans l'environnement social qui dépend de la culture, pour pouvoir devenir mature alors que les fragments d'identité de l'enfance sont mis à mal.

Marcia (1966) quant à lui propose un paradigme en quatre statuts possibles de la construction identitaire d'un processus d'exploration (expérimentation de différentes alternatives identitaires) et d'un processus d'engagement (expression de choix). Il définit ainsi quatre configurations identitaires :

- « La réalisation identitaire ». Etat le plus valorisé dans nos sociétés occidentales, traduit une exploration importante des différents domaines de la vie suivie par des capacités d'engagement, ce qui permet une conscience des points forts et des limites de soi ainsi qu'une confiance en soi élevée.

- « La diffusion identitaire ». Elle se traduit par une faible exploration aboutissant à peu d'engagements, concourant à de faibles défenses du Moi, des relations à autrui superficielles, et une difficulté à donner du sens à sa vie.
- « Le moratoire identitaire ». Lorsque l'exploration est importante mais débouche également sur peu d'engagements, l'adolescent se retrouve en recherche active d'un sens de l'existence.
- « La forclusion identitaire ». L'adolescent utilise peu le processus d'exploration tout en prenant des engagements forts, révélant ainsi une personnalité plutôt conventionnelle, avec une intégration des valeurs sociétales, et peu de remise en question des règles établies.

Selon Bosma (2001), l'identité est reflétée par la qualité des engagements pris car ceux-ci ont une signification sociale et concourent donc à la construction d'une identité solide, formée par une exploration efficace (Berman, 2001).

Les aspects motivationnels rentrent également en ligne de compte, de manière intrinsèque, lorsqu'une personne entre dans une activité pour le plaisir qu'elle procure, ou extrinsèque, si une personne s'y attelle parce qu'elle est nécessaire à l'accession d'un but fixé (Blanchard & al, 1997). Selon Waterman (2004), la réalisation identitaire dépendrait d'une motivation intrinsèque alors que la forclusion s'exprimerait plutôt chez les adolescents motivés de manière extrinsèque.

Les études montrent que les processus identitaires s'appuient sur une dimension de personnalité (Clancy et Dollinger, 1993). Les deux dimensions non basées sur le processus d'engagement (diffusion et moratoire) seraient reliées à une forte anxiété. Les statuts d'exploration (moratoire et réalisation) contribueraient à une plus grande ouverture d'esprit et permettraient donc plus que les autres à investir des activités artistiques.

Alors que certaines études intègrent les concepts de créativité et d'identité en une identité créative, d'autres envisagent le statut identitaire comme une structure organisant le potentiel créatif. Mais Barbot (2008) a démontré qu'il semble possible de proposer des activités créatrices chez des adolescents se situant dans des configurations identitaires mal structurées pour stimuler le processus d'exploration.

3.4 Proposer de l'art-thérapie aux adolescents : une évidence ?

3.4.1 *Des indications à l'efficacité*

Dans leur revue systématique, Cohen-Yatziv et Regev (2019) ont clairement indiqué que l'art-thérapie a des effets bénéfiques sur les mineurs « à besoin éducatif spécifique » ou bien porteurs de handicaps.

Sudres (2005) a tenté de cerner de théoriser plus précisément les indications et les contre-indications de l'art-thérapie chez les adolescents. Bien que soulignant la difficulté de dresser une liste d'indications et de contre-indications pour cette pratique, il résume les indications d'une telle prise en charge aux troubles de l'expression, de la communication, des apprentissages, et aux troubles affectifs, en insistant sur le besoin pare-excitateur de la médiation, évitant ainsi une relation duelle qui pourrait être vécue comme persécutrice. De plus, il souligne que l'art-thérapie est particulièrement indiquée lorsque le patient témoigne d'un intérêt artistique.

Les premiers à définir les objectifs de l'art-thérapie sont Pessin et Friedman (1949). D'après eux, des séances d'art-thérapie permettent un renforcement du Moi grâce aux satisfactions narcissiques que procure la réalisation d'une œuvre artistique. Les séances, surtout en groupe, permettent également une aide à l'intégration sociale, grâce à la dynamique du groupe, mais aussi aux interventions de l'art-thérapeute. Les séances permettent aussi une expression des conflits inconscients que le sujet, souvent incapable de verbaliser, peut mettre en scène dans ses créations, l'art apparaissant ainsi comme un complément du langage.

Liebmann (1996) a ensuite réinvesti la problématique du rôle de l'art-thérapie en fonction de la psychopathologie. Suivant la problématique psychopathologique, l'art-thérapie peut aider à assouplir les défenses pour aider la levée du refoulement, ou favoriser la symbolisation, notamment en encourageant l'émergence des résolutions des problématiques, de manière non obligatoirement consciente, au sein des créations artistiques (Klein, 2009). Francese (2016) souligne également l'intérêt de l'art-thérapie lorsque la parole ne suffit pas dans la relation thérapeutique, pour « mettre en route l'élaboration psychique » lorsqu'elle est défailante.

Le groupe permet un espace de jeu relationnel qui ouvre la possibilité pour chacun de se resituer dans son histoire affective, par l'intermédiaire de la matière à création, quel que soit le domaine artistique pratiqué. Chacun peut alors tester l'absence de dangerosité à se livrer, grâce à la mise à distance permise par la médiation artistique, avant de pouvoir passer au « je », dans un premier temps souvent trop difficile à exprimer. Les différents événements vécus collectivement peuvent également s'agencer pour chacun

sous une nouvelle forme, les apports groupaux apportant un nouvel angle d'approche, et parfois même une réconciliation avec l'histoire de chacun.

L'art-thérapie vise aussi à étayer les facultés intellectuelles et cognitives ainsi qu'à développer les potentialités physiques en motricité large ou fine. Le traçage, la mise en couleur, sont autant d'activités de développement des habiletés psychomotrices, sollicitant également les facultés d'attention et de concentration qui font parfois défaut aux enfants fragilisés. L'organisation spatiale des éléments d'une création impose aussi l'appréhension, de manière ludique, des notions spatiales.

Il s'agit également d'acquérir une autonomie, en apprenant à faire des choix, à s'organiser, à anticiper ce qui peut se passer durant les séances. En cela elle est ouverture sur le monde environnant, tout en permettant une connexion avec le monde socio-émotionnel (Geiger, Shpigelman & Feniger-Schaal, 2020). Elle tente aussi d'améliorer la communication à la fois verbale et artistique, révélant une possibilité d'affirmer ses goûts et donc d'améliorer l'affirmation de soi. Il a ainsi été prouvé que, chez des jeunes en situation de handicap intellectuel, la musicothérapie engendre une motivation à communiquer (Thompson & Skewes McFerran, 2015), développant des capacités de partage, de transmission, par la naissance d'une œuvre, par la création. L'art-thérapie consiste en une forme d'expression qui dépasse les difficultés de communication, qui s'avère parfois limitée ou inadaptée.

Klein (1997) a mis en exergue le rôle de « la création comme processus de transformation », lorsqu'il parle d'art-thérapie. Alors que les thérapies classiques sont dictées par un discours à la première personne, l'art-thérapie propose une distanciation. En art-thérapie, le praticien soutient le processus de création par l'accompagnement du cheminement symbolique des créations. L'art-thérapie a donc cela de particulier que la relation transférentielle s'effectue par l'intermédiaire d'une création artistique, pour laquelle l'art-thérapeute se doit d'être prudent dans ses interventions. Il s'agit d'un moment partagé à deux ou à en groupe, où les résistances sont respectées et les symptômes non attaqués de front. Chez l'adolescent en particulier, la création aide à l'évolution personnelle et trouve sa place dans la quête identitaire en des « mises en forme imaginaires de soi-même ». Toute cette dynamique lui permet de traverser l'expérience des processus de symbolisation primaire (« instanciation ») et secondaire (« distanciation ») et de distinguer l'informel du formel en convoquant aussi la dimension sensori-motrice propice à l'intégration du schéma corporel de l'image du corps (Chouvier, 2000 ; Sudres, 2005).

Richard (1990) a étudié l'importance du développement de l'imagination en lien avec le développement cognitif de l'adolescent. Comme le met en avant Richard, « l'adolescent organise son temps psychique par rapport au passé et par rapport à l'avenir ». Wawrzyniak (2006), quant à lui, indique

le rôle majeur du développement de l'imaginaire et de la virtualité dans l'émergence des capacités d'expression, ce qui se révèle prégnant dans les études phénoméno-structurales centrées autour de la clinique adolescente. Une fois encore interviennent les séances d'art-thérapie comme un soutien à l'activité élaboratrice psychique nécessaire au développement psychologique des adolescents.

Masson et Perret (2018) soulignent la ressemblance entre le travail psychique à l'adolescence et le travail de création artistique. Dans les deux cas, il s'agit d'une « rencontre avec le manque ». Selon Mélanie Klein (1932), la création permet la recréation de l'objet perdu ou détruit. Masson et Perret alors partent du principe que les médiations artistiques facilitent les processus de symbolisation, permettant un accès privilégié aux symptômes, notamment à l'adolescence.

Une étude de Schiltz, (2004) s'est portée sur la fonction du double dans la quête adolescente de l'identité. Il est apparu que l'archétype du double intervient particulièrement en tant que soutien du processus de subjectivation, de différentes manières suivant la pathologie du patient, et qu'il s'enrichit de manière importante au fur et à mesure de séances d'art-thérapie proposée dans l'étude.

De plus, il a également été mis en avant par Schiltz (2007), un rôle de prévention tertiaire de l'art-thérapie dans des lycées luxembourgeois, afin de tenter d'éviter aux adolescents les plus fragiles de développer des troubles psychopathologiques, notamment borderline. Beh-Pajooh, Abdollahi et Hosseinian (2018) ont également constaté une baisse des comportements d'extériorisation chez les adolescents déficients intellectuels après une session de douze séances d'art-thérapie. Ainsi apparaît l'importance de s'intéresser à certains facteurs dans les tests projectifs proposés aux jeunes, comme par exemple l'organisation du Moi, le niveau des relations objectales, la représentation de soi, les capacités de distinction des êtres suivant leurs sexes et leurs générations. L'art-thérapie a également toute sa place pour soutenir les adolescents dans leur lutte contre les affects dépressifs inhérents à cette période de la vie, qui se révèle notamment au travers des méthodes projectives comme le test de Rorschach (Wawrzyniak & Schmit, 2008).

Les effets positifs de la musicothérapie chez des adolescents présentant un faux self ont également été démontré (Schiltz, 2013). En effet, une reprise de la subjectivation est possible, ainsi qu'une facilitation de la quête d'identité. L'art-thérapie a ainsi agi à la fois sur les relations interpersonnelles et la socialisation, et sur la maturation affective et la construction de la personnalité.

La structuration des séances, de l'utilisation des médias représente également un moyen de soutenir la structuration de la personnalité, avec un ancrage dans la réalité temporelle et spatiale induite

par le fait de laisser une trace, de rendre concret des éléments jusqu'alors internes, impalpables, de passer d'un monde interne à un monde externe. Ainsi, l'art-thérapie permet d'articuler le symbolique et le réel (Orrado, 2017).

3.4.2 Une prise en charge groupale

La mise en place d'un groupe thérapeutique doit être mûrement réfléchie tant au niveau de ses indications qu'au niveau de sa mise en place.

Historiquement, la thérapie de groupe a à faire avec le traumatisme de la guerre, tel que l'on écrit Bion (1961) en Grande Bretagne, et Slavson (1964) avec ses groupes d'enfants aux Etats-Unis. La thérapie de groupe étant alors particulièrement indiquée pour les personnes n'étant pas accessibles à la cure type côté analytique, ou bien à la clinique individuelle. La thérapie de groupe est toute prédestinée aux enfants ayant un langage précaire, comme le soulignait Anna Freud.

Slavson distingue deux groupes thérapeutiques pour les enfants : la « play therapy », pour les petits, où il s'agit d'observer leurs jeux et de travailler sur le jeu lui-même, et l'« activity group », où le travail psychique est médiatisé par une tâche. Slavson décrit là l'ancêtre des groupes à médiation.

Une autre distinction peut être proposée, notamment par Oury (1976) qui distingue deux types de groupes thérapeutiques : les groupes thérapeutiques à proprement parler, avec des transferts sur le groupe pour (re)symboliser ce qui a été mal, voire qui n'a pas été, symbolisé, et les groupes à médiations thérapeutiques avec la mise en œuvre d'une fabrication artistique.

Quant à Kaës (2011), il admet que tout groupe peut être considéré comme « un moyen et un lieu d'un travail psychique qui fabrique des médiations entre les espaces psychiques ». Il fait état de trois espaces psychiques à l'œuvre. Premièrement, l'espace du groupe lie et transforme les espaces psychiques des sujets. Chacun puise dans le groupe des représentations qui lui faisaient défaut, et en retour le groupe enrichit sa chaîne associative. Deuxièmement, l'espace du lien façonne les liens entre les membres du groupe. Enfin, l'espace du sujet singulier, formé des « processus, formations et fonctions intermédiaires nécessaires à la vie psychique ». L'art-thérapie apparaît donc comme une « technique », souvent groupale, en soutien de la verbalisation défaillante du patient, dont les productions soutiennent ses associations ainsi que celles du groupe (Brun, 2016). Ainsi, les créations réalisées dans le contexte d'ateliers art-thérapeutiques sont perçues suivant les mouvements transférentiels dans le groupe et « l'objet médiateur n'est médiateur que dans un concept de médiation ».

Comme le souligne Gremillet (2017), les groupes thérapeutiques présentent un réel intérêt dans la prise en charge des adolescents. Il peut être judicieux de proposer aux jeunes des séances de groupe

combinant un groupe de parole, d'arts plastiques et d'écriture lorsqu'elle est possible, mêlant ainsi la communication verbale et la communication non verbale s'extériorisant dans l'art. Le temps de parole se présente comme un véritable échange, avec un accompagnement à la parole mais aussi un temps d'écoute. Le langage en lui-même agit sur la psyché, comme agent thérapeutique. Il s'agit d'apprendre à prendre soin de son histoire, de soi et de l'autre, dans un espace offrant la possibilité d'évoquer des événements, des émotions, des pensées marquants à un moment et dans un lieu donné, passé, présent, ou anticipé sur le futur. Le dispositif groupal se présente donc comme un étayage de la construction identitaire, par le biais d'un soutien à la symbolisation et à la subjectivation, pour proposer aux autres sa propre vision de soi.

Chez les adolescents, la nécessité de l'autonomie est au centre des préoccupations, liée à la mise à distance des générations antérieures, passage obligé pour grandir. Dans un groupe invariant et dédié à une élaboration tant commune qu'individuelle, les jeunes se lient donc plus à leurs pairs, toujours en tant que groupe de référence. La parole chemine dans le groupe, qui tisse alors des liens entre les pensées exprimées par chaque membre, dans un travail associatif précieux à chacun.

L'adolescence est également aussi une période de fragilité narcissique, et le collectif permet une forme de dilution de l'individuel dans le groupe tout autant qu'un étayage par le Moi auxiliaire qu'est l'autre et le groupe. Il permet également d'apporter un contenant, dans lequel chacun trouve un rôle, une fonction, et permet à l'autre de s'exprimer verbalement, gestuellement. Il est donc possible de profiter du groupe dans ses capacités d'accueil empathique, d'autant plus dans une période charnière aussi bien provoquée par des éléments extérieurs (en particulier le changement d'instituts de scolarisation) ou intérieurs (le vécu de l'adolescence).

De plus, dans la société, la fonction paternelle est moins marquée qu'il y a quelques années et les adolescents sont moins guidés dans leur pulsionnel. Ainsi, les adolescents se retrouvent dans une situation où la difficulté de s'inscrire dans le réel s'avère importante, avec des mots qui font défaut malgré les maux. Il est donc capital de proposer un lieu de verbalisation pour permettre un accès à la symbolisation grâce à une élaboration de leurs énonciations. Le travail de l'imaginaire passe ensuite par le temps de création.

3.4.3 Une posture art-thérapeutique singulière

Il n'y a pas de méthode psychothérapeutique propre à l'adolescence. Néanmoins, lorsque l'on travaille avec des adolescents, il est nécessaire de prendre un compte un certain nombre de facteurs, pour

soutenir le monde interne en résonnance avec la réalité extérieure, dans un objectif narcissisant et de quête objectale (Jeammet, 1989, 2001).

Tout d'abord, il est souvent difficile aux adolescents d'admettre leur souffrance. Klein (2012) parle de « stratégie de détour », pour signifier la nécessité de ne pas « attaquer frontalement le symptôme », et respecter ainsi le besoin de contourner les résistances et les réactances de l'adolescent, et lui permettre de créer une bonne alliance avec le thérapeute avant de se mettre au travail psychique et à la création. L'adolescence est une période d'autonomisation, où la souffrance, l'angoisse, les affects dépressifs, sont vécus comme des entraves au besoin de liberté. Ainsi, reconnaître sa souffrance équivaut à d'une part l'admettre et d'autre part, être obligé de reconnaître une dépendance vis-à-vis de l'adulte. La souffrance s'exprime donc plus souvent de manière indirecte : plaintes somatiques, difficultés scolaires, etc.

De plus, l'expression verbale est évitée, comme si elle signifiait une fuite du monde interne, dont on sait l'importance à cette période de la vie, qui échapperait ainsi au contrôle. La création permet ainsi d'approcher la part de réalité qu'il est difficile d'accepter et d'en organiser le contenu symbolique (De Vareilles, 2009). Les pensées, les affects trouvent préférentiellement une expression dans des carnets intimes, voire dans les confessions aux pairs. Il apparaît alors parfois plus facile de « projeter ses tourments » dans des œuvres, dans une pratique qui respecte les défenses et les résistances (Klein, 2020).

Dans tous les cas, les adolescents se trouvent souvent dans une ambivalence lorsqu'il s'agit de confession à un adulte, pris entre le besoin de partager une souffrance, et celui d'une indépendance. Il faut alors faire particulièrement attention au rôle du thérapeute, dont les interventions peuvent être vécues de manière persécutive, mais peuvent aussi être idéalisées, d'autant plus que la relation entre l'adolescent et le thérapeute peut être sous tendue par des fantasmes de séduction ou d'agression. En effet, les adolescents sont particulièrement sensibles aux variations infimes de la distance relationnelle. Dans un fonctionnement extrême de « tout ou rien », ils oscillent parfois entre une vision positive et une vision négative du thérapeute.

Ensuite, il est important dans la prise en charge de mettre l'accent sur la réalité actuelle, et non passée, des adolescents. A la recherche d'une identité plus mature, ils peuvent interpréter l'analyse des racines des conflits internes dans les périodes antérieures de la vie comme une dévalorisation ou une dénégation, de leur besoin de grandir.

Le thérapeute se situe dans une position d'accompagnement, en dehors de toute contrainte de performance, le but n'étant absolument pas une esthétique de la création, sans chercher non plus à l'éviter. Il doit accueillir les productions, encourager les efforts et la créativité. Il est indispensable que se crée entre le jeune et le thérapeute une bonne alliance thérapeutique, non intrusive et empathique, basée

sur une attitude bienveillante. Le partage a alors une « fonction réhumanisante » (Schauder, 2012) qui accueille l'expérience subjective du vécu de l'adolescent, parfois traumatisant. Il s'agit alors de permettre au jeune un investissement de sa singularité, sans être stigmatisé, en stimulant des émotions positives grâce au plaisir sensoriel, et en déchargeant les émotions négatives sans culpabilité.

Le rôle du thérapeute peut également être celui de guide dans l'activité, en encourageant par exemple une forme dans une œuvre picturale, lorsqu'il pense qu'elle peut apporter à l'adolescent un élément lui permettant d'avancer dans son cheminement, dans la recreation positive de soi. C'est là tout l'avantage de la médiation art thérapeutique, celui de pouvoir appuyer notre analyse sur une empreinte matérielle laissée par les jeunes. L'œuvre peut être reliée directement, par son contenu, à des éléments clés dans la compréhension de la personne, ou bien ce peut être les processus créateurs les vecteurs de ces éléments. En tout cas, il ne s'agit pas pour le thérapeute d'être complaisant, ni d'être directif (Sudres, 1998 ; Sudres, Oziol et Jarreau, 1998). Une communication constructive se crée à partir de l'objet médiateur, et son code est déterminé par le jeune lui-même.

Il est donc important, dans une prise en charge thérapeutique, et particulièrement en milieu scolaire où la pression de la réussite est forte, de créer un espace créatif ludique. La nécessité d'un vécu de plaisir dans la thérapie par l'art a été souligné par Muret (1983) qui le qualifie d'« indispensable » au travail thérapeutique. Cette notion apparaît également importante dans les manifestations dépressives de l'adolescent. Interpréter les productions à chaque séance ramènerait brutalement le sujet dans la réalité extérieure. Les productions artistiques sont alors comme un écran, dont l'intérêt est l'ambiguïté de l'expression qu'il révèle mais cache en même temps, et qu'il ne faut pas lever trop rapidement. L'art-thérapie réintroduit donc de la temporalité, ainsi que de la spatialité, dans la figurabilité plus ou moins directe des œuvres produites, en complément ou en lieu et place d'une introspection douloureuse ou impossible.

3.5 Conclusion

L'adolescent apparaît ainsi en construction dans une identité encore fragile, dont les rites de passage, accompagnés et structurés, s'avèrent autant de moyens de franchir ce cap délicat. L'art-thérapie a, dans une de ses fonctions, la possibilité de soutenir ces jeunes dans cette progression vers une personnalité le plus équilibrée possible. Elle peut stimuler le plaisir et élaborer les émotions négatives, donner une position de maîtrise qui fait parfois défaut dans cette période de la vie, et même permettre la symbolisation là où le langage est difficile ; si tant est qu'une bonne alliance thérapeutique se crée, et que le thérapeute permet l'émergence d'affects, de pensées, de comportements dans un lieu à la fois

protecteur et de libre expression, ce qui représente quelques éléments de recommandation des pratiques aux confins de la psychologie et de l'art-thérapie. C'est ainsi qu'intervient la médiation art-thérapeutique, une médiation parmi d'autres, tant elles sont omniprésentes et indispensables à cet âge de la vie.

Une médiation pour aider à créer du lien tiercéisé, se construire en soi et avec autrui pour chaque personnalité en devenir, ce qui pourra être observé dans notre future étude conduite au plus près d'adolescents déficients intellectuels, pour lesquels ont été proposées des séances d'art-thérapie.

Bibliographie

- Ahovi, J., Rose Moro, M. (2010). Rites de passage et adolescence, *Adolescence*, 4, pp. 861-871.
- Atalay, M. (2007). Psychology of crisis: an overall account of the psychology of Erikson, *Ekev Academic Review*, Vol. 11, pp. 15-34.
- Barbe, R. (2016). Quelle aire transitionnelle pour traiter les adolescents ? *Psychothérapies*, Vol.36, pp. 211-212.
- Barbot, B. (2008). Structures identitaires et expression créative à l'adolescence, *Identités et orientations*, 37/4, pp. 483-507.
- Beh-Pajoo, A., Abdollahi, A., & Hosseinian, S. (2018). The effectiveness of painting therapy program for the treatment of externalizing behaviors in children with intellectual disability, *Vulnerable Children & Youth Studies*, Vol 13, Issue 3, pp. 221-227
- Bion, W. (1961). *Experiences in groups and other papers*, London: Tavistock.
- Blanchard, S., Vrignaud, P., Lallemand, N., Dosnon, O., & Wach, M. (1997). Validation de l'échelle de motivation en éducation auprès de lycéens français, *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 22, pp. 85-108.
- Bosma, H. A. (1994). Le développement de l'identité à l'adolescence, *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 23, pp. 291-311.
- Brun, A. (2016). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques, *Cliniques*, N°11, pp. 16-44.
- Catheline, N., Marcelli, D. (2017). *Ces adolescents qui évitent de penser. Pour une théorie du soin avec médiation*, Toulouse : Erès.
- Chouvier, B. (2000). *Matière à symbolisation. Art, création et psychanalyse*. Delachaux et Niestlé
- Clancy, S. M., Dollinger, S. J. (1993). Identity, self, and personality: Identity status and the five-factor model of personality, *Journal of Research on Adolescence*, 3, pp. 227-245.
- Cohen-Yatziv, L., Regev, D. (2019). Efficacité et apport du travail d'art-thérapie auprès des enfants en 2018 – quels progrès ont été réalisés jusqu'à présent ? Une revue systématique, *Revue internationale d'art-thérapie*. Vol. 24, pp. 100-112.
- De Vareilles, C. (2009). L'autre part, la création artistique : une approche de « l'espace du dedans », *Perspectives psychiatriques*. Vol.48, n°3, pp. 237-245.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*, New York: Norton.

- Francese, E. (2016). Rôle de l'esthétique dans les ateliers à médiation artistique, *Le journal des psychologues*, n°333, pp. 36-41.
- Geiger, A., Shpigelman, C.-N. & Feniger-Schaal, R. (2020). The socio-emotional world of adolescents with intellectual disability: A drama therapy-based participatory action research, *Arts in Psychotherapy*, Vol.70.
- Gremillet, C. (2017). « Jeux de mots » ou les tribulations d'un groupe en devenir, *Le journal des psychologues*, n°346, pp. 73-78.
- Jeammet, P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation, *Revue française de la psychanalyse*, pp. 179-202.
- Jeammet, P. (2001). Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence, *L'Autre*, Vol. 2, pp. 29-51.
- Kaes, R. (2011). *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse : Erès.
- Klein, J.-P. (1997). *L'art-thérapie*. Paris : PUF.
- Klein, J.-P. (2009). Symbolisations accompagnées, *Perspectives psychiatriques*, Vol. 48, N°3, pp.265-270.
- Klein, J.-P. (2012). Chapitre III. L'art-thérapie: avec qui ?, In *L'art-thérapie*, Paris : PUF, pp. 86-103.
- Klein, J.-P. (2020). L'art-thérapie ou la création comme processus de transformation, *Perspectives psychiatriques*, Vol. 59, N°4, pp. 395-396.
- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*, Paris : PUF.
- Larson, R. W., Wilson, S., Bradford Brown, B., Furstenberg F., Verma, S. (2002). Changes in adolescents' interpersonal experiences: are they being prepared for adult relationships in the twenty-first century? *Journal of research on adolescence*, 12/1, pp. 31-68.
- Liebmann, M. (1996). *Art approaches to conflicts*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Marcia, J. E. (1966). Développement et validation du statut d'identité du moi, *Journal de la personnalité et de la psychologie sociale*, 3/5, pp. 551-558.
- Masson, C., Perret, A. (2018). Dispositif psycho-artistique (médiation par l'artiste). Présentation d'un dispositif d'ateliers artistiques mis en place dans une institution de soin pour adolescents, *Bulletin de Psychologie*, N°553, pp. 545-553.
- Muret, M. (1983). *Les arts-thérapies*. Paris : Retz.
- Orrado, I. (2017). La médiation artistique: L'accueil du public en situation de handicap, *Psychothérapies*, Vol. 37, pp. 153-160.
- Oury, F. (1976). *La pédagogie institutionnelle*, Vigneux : Matrice.
- Pessin, J., Friedman, I. (1949). The value of art in the treatment of mentally ill, *Occupational Therapy & Rehabilitation*, 28(1), pp 1-20.

- Piaget, J. (2019). Chapitre 2 : la théorie de Jean Piaget (1896-1980), In Laval V, *La psychologie du développement*, pp.22-67
- Richard J.-F. (1990). *Les activités mentales : comprendre, raisonner, trouver des solutions*. Paris : Armand Colin.
- Schauder, S. (2012). Qu'apporte la médiation thérapeutique en situation de handicap ? *Art et handicap*, pp. 177-191.
- Schiltz, L. (2004). La fonction du double à l'âge de la quête d'identité, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 80, Tome 7, pp. 51-55.
- Schiltz, L. (2007). L'art-thérapie en milieu scolaire: un outil de prévention tertiaire en psychopathologie de l'adolescence, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), pp. 152-161.
- Schiltz, L. (2013). Faux self et intégration de l'agressivité à l'adolescence. Evaluation d'une expérience thérapeutique, *Confinia Psychopathologica*, 2(1), pp. 6-24.
- Schlegel, A., Barry, H. (1991). *An anthropological Inquiry*, New York: Free Press.
- Slavson, S. R. (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy*, New York: International Universities Press.
- Sudres, J.L. (1998). L'adolescent et sa famille : Eléments pour une approche par l'art-thérapie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 46, 4 ; pp. 236-244.
- Sudres J.L. (2003). La créativité des adolescents : De banalités en aménagements, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51 ; pp. 49-61.
- Sudres, J.-L. (2005). *L'adolescent en art-thérapie*, Paris : Dunod.
- Sudres, J.L., Moron, P. (1997). *L'adolescent en créations. Entre expression et thérapie*, Paris : L'Harmattan.
- Sudres, J.L., Oziol, M.C., Jarreau, G. (1998). Les adolescents et leurs vécus de l'art-thérapie. Evaluation des représentations, profils et processus de changement, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 46, 4, pp. 245-255.
- Thompson, G., Skewes McFerran, K. (2015), Music therapy with young people who have profound intellectual and developmental disability: Four case studies exploring communication and engagement within musical interactions, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, n°40, pp. 1-11.
- Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*, Paris : Picard.
- Waterman, A. S. (2004). Finding someone to be: Studies on the role of intrinsic motivation in identity formation, *Identity: an international journal of theory and research*, 45(3), pp. 209-228.

- Wawrzyniak, M. (2006). Comment, à l'adolescence, l'imagination invente de l'esprit nouveau, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 35(2), pp. 269-280.
- Wawrzyniak, M., Schmit, G. (2008). Les luttes psychiques de l'adolescence. Identité et appartenance, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, N°40, pp. 27-43.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris : Gallimard.

**4 Etude n°3 : La méthode d'analyse phénoméno structurale : Approches
psychopathologique, projective et créative**

(Soumis et accepté pour publication et communication dans : *Les Annales Médico-Psychologiques*)

Résumé :

Contexte : Après une dynamique à bas bruit, la phénoménologie prend de nouveau son essor en psychiatrie, tout comme en psychopathologie clinique. Elle devient particulièrement pertinente dans ces domaines où l'observation de phénomènes et la recherche de structures pour les organiser s'impose comme outil clinique de compréhension du sujet.

Objectifs : Il s'agit d'une part de parcourir le développement de la phénoménologie structurale dans les sciences humaines et médicales, d'autre part d'explorer ses liens avec les processus de création afin de soutenir une réflexion pragmatique autour de la prise en charge des patients.

Méthode : Elle s'étaye sur le cas clinique d'un adolescent âgé de 14 ans présentant un syndrome de Williams et Beuren. Au terme de six années de prise en charge institutionnelle, il bénéficie d'un dispositif de huit séances d'art-thérapie visant à mettre son parcours en historicité pour accéder à une préprofessionnalisation. L'exploration repose sur une clinique évaluative en test/retest avec l'outil projectif du Rorschach et les Grilles d'Analyse de Contenu basées sur l'Approche Phénoméno-Structurale (GACAPS) développées par L. Schiltz.

Résultats : Nous notons une amélioration de ses capacités d'attention et de socialisation ainsi qu'une augmentation de ses capacités à mobiliser son imaginaire et à accéder à l'élaboration de sa pensée. Toutefois, l'analyse phénoméno-structurale, par-delà des réponses créatives en nombre croissant, permet de repérer des angoisses envahissantes laissant craindre un basculement dans un fonctionnement psychotique en cette étape existentielle d'un rite de passage.

Discussion : La phénoménologie, au sens d'une méthode sensible, n'a de sens que si on la pratique dans le monde de la vraie vie en laquelle l'« être dans le même paysage » devient autant outil diagnostique que processus de soin. Le Test de Rorschach avec les grilles d'analyse GACAPS, tout autant que la méthode IPSE (Processus inductif d'analyse de la structure de l'expérience vécue), en sont des outils pragmatiques apportant des résultats pertinents pour une clinique de la modernité.

Mots clefs :

Art-thérapie – Créativité - Évaluation - Phénoménologie structurale - Psychopathologie - Test de Rorschach

4.1 Contextualisation

Après une mise en sommeil de plusieurs décennies, le courant phénoméno-structural, génère aujourd'hui un nombre croissant d'études. En effet, il tente d'apporter « un sens » là où d'autres méthodes cherchent à donner « des explications », en acceptant que « parfois l'incompréhensible a parfois en lui-même un sens plus profond, qui porte sur la vérité de l'être et nous concerne tous » (Naudin, 1997).

La méthode phénoméno-structurale consiste à mettre entre parenthèse les savoirs du praticien afin de se concentrer, sur une observation active des phénomènes, qui mène à une organisation des significations en une structure, (Mucchielli, 1983), « un point de rassemblement » (Oury, 2009). En ce sens, elle s'avère tout à fait d'actualités tant la recherche de la compréhension de la personnalité se situe au cœur de la pratique du soin et de la psychopathologie clinique. Ainsi, notre objectif est d'une part de rappeler de montrer le développement de la phénoménologie structurale ainsi que son articulation avec les tests projectifs (Rorschach notamment), d'autre part d'explorer ses liens avec les processus de création afin de soutenir la réflexion autour de la prise en charge des patients.

4.2 Développement de la phénoménologie structurale : rappels

4.2.1 *En philosophie*

Reprenant les travaux de Edmund Husserl (1859-1938), Ludwig Binswanger (1881-1966), psychiatre suisse, s'intéresse au concept de « phénomène » en tant que manifestation du vécu dans une direction donnée (Desroches, 2017). Au cœur de son approche se retrouve « le vécu subjectif des personnes », mais aussi « le processus de création de sens ». De fait, il reprend les outils conceptuels du philosophe pour appréhender l'intentionnalité de la conscience, associés aux apports de Soren Kierkegaard (1813-1855) qui donnent une place « au tourment de l'existence ».

Puis, grâce à Martin Heidegger (1889-1976), L. Binswanger se penche sur le vécu subjectif singulier de chaque personne, de sa façon d'« être au monde », dans le but de dévoiler la structure pathologique de chacun, au sein d'une approche qui s'inscrit déjà comme phénoménale. Ainsi, il est inconcevable pour L. Binswanger de dissocier la maladie mentale et la façon commune d'être au monde.

La maladie mentale devient une simple modalité d'appréhension de l'existence à laquelle nous cherchons à donner sens (Marceau, 2001). Il propose alors une « analyse existentielle » empirique qui se fonde sur la notion de structure de « l'être présent », et sur l'interprétation du contenu du langage,

puisqu'il révèle une compréhension de l'autre dans ce qu'il a de singulier. Ces principes seront repris ensuite par la médecine et la psychologie au sein de ce qui deviendra une véritable méthode.

4.2.2 *En psychologie*

La méthode phénoménologique s'accorde avec Henri Bergson (1859-1941) autour de la notion de « temps vécu », propre à chacun, liée aux « facteurs fondamentaux de l'existence ». A partir de ce principe, Eugène Minkowski (1933) s'intéresse à l'aspect structural de la langue et de la personnalité, dont il convient d'étudier d'abord l'ensemble, le regroupement et la réorganisation des différents aspects qui la composent, en particulier lorsque certains sont défailants, avant de tenter une analyse pour comprendre la compensation rendue nécessaire par les troubles.

Ses travaux sur les notions « d'espace et de temps vécu » dont les caractéristiques et altérations déterminent les modes de mise en œuvre à la fois dans la clinique normale et pathologique, apparaissent comme une voie directe pour étudier le déploiement du langage. Ce dernier constitue un mode d'exploration privilégié de la personne. Les formulations particulières permettent à la personnalité de s'exprimer et, le cas échéant, à la souffrance de disparaître. Eugène Minkowski étudie alors les particularités des expressions verbales en fonction des syndromes des patients et conçoit ainsi une « phénoménologie du langage ».

4.2.3 *En psychiatrie*

La phénoménologie psychiatrique se trouve aux confins de la médecine et de la philosophie, toutes deux ayant pour visée l'étude de la psyché (Jaspers, 2000). Il s'agit de rendre compte des événements cliniques pour une meilleure compréhension psychopathologique « des troubles pathologiques de l'existence » (Cabestan, 2003).

Elle approche donc différentes manifestations cliniques telles que la dépression, dont la biographie anamnestique montre une crise de la confiance fondamentale soumise à la nécessité d'un changement existentiel fondateur. Les travaux de Dominique Pringuey (2010) ont ainsi mis en avant que la dépression peut être perçue comme étant en rapport avec la constitution du Soi et la mise au travail de la créativité, qui apparaissent en échec, dans une « impuissance du vivre ».

Récemment, Tudi Gozé (2020) s'est intéressé à la phénoménologie dans la rencontre schizophrénique. La pathologie nous amène à revenir à ce qui fait le propre de la clinique : la rencontre, qui, dans ce cas, apparaît bizarre et qui saisit, dans l'observation attentive, le phénoménologue. Il s'agit alors de comprendre ce qui lie la personne malade au monde.

4.3 Phénoménologie structurale, psychopathologie et Rorschach : le singulier de l'inédit

4.3.1 *Rorschach, mécanismes et structures*

Françoise Minkowska (1937) reprend l'analyse du langage au cours de passations d'épreuves du Rorschach. Il s'agit de saisir la personne dans une globalité, alors même qu'elle peut être disloquée de par sa structure ou ses symptômes.

Ainsi, à partir d'un langage métaphorique, qui n'est donc pas interprété en fonction d'un contenu concret et/ou d'une signification symbolique, il devient possible d'étudier tout particulièrement les mécanismes de lien et de coupure, caractéristiques d'une modalité de relation liée à la structure de personnalité, et de les différencier de symptômes plus accessoires, moins caractéristiques de la personnalité. Elle se fonde sur l'appréhension de la réalité, entre schizophrénie (type « schizo-rationnel ») et épilepsie (type « épilepto-sensoriel »), deux entités nosographiques correspondant à deux structures contrastées par leurs mécanismes qui permettent de situer, de manière plus nuancée, les autres phénomènes, normaux et pathologiques, qui trouvent leurs voies d'expression notamment dans le Rorschach.

Quant à Zéna Helman (1959), elle combine le recueil d'observations psychologiques avec cette épreuve, notamment avec des indicateurs neurobiologiques obtenus par électroencéphalogramme, et parvient à démontrer l'intrication entre le versant biologique et celui du psychisme, par le biais des structures mentales. Des travaux complémentaires ont également pu montrer que les tendances au morcellement, qui permet, entre autres, d'évaluer la stabilité de la structure de personnalité, sont augmentées si la détérioration physique et psychologique est importante.

S'intéressant aux délires, Z. Helman observe également un mode de visions dans le Rorschach, où « l'image ne tient pas », avec tantôt une pauvreté de créations imagées, tantôt une succession fluctuante de celles-ci, transformées et fuyantes. Cette particularité lui permet d'approcher l'inconsistance de la réalité du monde perçu par les personnes délirantes, et de faire émerger une forme de coupure, certes inscrite dans un aspect dynamique, mais surtout dévastatrice pour la stabilité des perceptions.

Michel Ternoy (1984), dans son étude de l'hallucination montre que l'image y apparaît volatile, voire métamorphosée, dans des saccades que reflète la kinesthésie. Chez les patients hallucinés, le dynamisme est présent mais il manque « le temps de la réalisation », ce qui se retrouve particulièrement dans une pratique de Rêve Eveillé Dirigé, où les transitions entre les moments du rêve s'avèrent toujours en rupture, preuve d'une mise en œuvre du mécanisme de coupure.

Chez les alcooliques abstinents, la proposition conjointe du test du Rorschach et de productions picturales permet d'observer l'évolution de la personnalité, des défaillances et des ressources des patients (Salabert, 2010). L'étude de protocoles de Rorschach obtenus chez des personnes alcooliques amène à considérer de grandes défaillances dans l'élaboration des images, qui entraînent une difficulté à établir du lien entre des éléments persistants à cause d'une persévération liée à l'alcoolisation ; la continuité temporelle n'étant atteinte qu'en cas de détérioration évolutive avancée de la maladie (Barthélémy, 1987). Ces troubles s'expriment également chez les personnes âgées démentes, où le morcellement provient d'une détérioration cérébrale des fonctions intellectuelles qui nuit à la qualité des images perçues, qui s'avèrent déformées et mal assemblées. Stimuler « la partie saine » de la personne grâce à l'art-thérapie permet alors aux malades d'affirmer une sensation d'exister (Chardon, 2010).

Félix de Valois Bamseck Bamseck (2010) a également utilisé le test de Rorschach chez des patients atteints du VIH, dans une perspective phénoméno-structurale. Il a pu observer que les angoisses de destruction du corps, les facteurs de dévitalisation et de dépersonnalisation s'atténuent chez les patients dont la sensorialité domine la structure de la personnalité.

4.3.2 Perspectives développementales

Chez les adolescents, Michel Wawrzyniak (1982) a notamment observé l'importance de l'alternance d'images qui se déploient, se transforment, voire s'opposent avec une grande facilité, en lien avec un vécu de fragilité typique de cette période de la vie, où une image peut céder sa place à une autre sans pour autant disparaître ; la coupure apparaissant provisoire sans effacement de ses contenus simultanés.

De ses études sur l'adolescence, M. Wawrzyniak (2020) a également mis en avant les luttes psychiques à l'adolescence, et un mécanisme qu'il nomme « déstabilisation du sentiment de réalité », à la fois ouverture et déréalisation, propres à cet âge. Se place aussi en exergue l'oscillation entre les pertes inévitables et la mobilisation des ressources, caractéristiques de la virtualité de l'adolescence, qui se retrouvent tout particulièrement au Rorschach, dans le rêve éveillé dirigé et dans le processus de création.

Une intrication des mécanismes de lien et de coupure a été observée chez les enfants souffrant de psychose infantile, dans une perception fuyante d'images délirantes instables marquée par des ruptures dissociatives. Par ailleurs, les tribulations des enfants placés en institution ont été étudiées par Jean-Pierre Blaevoet (1988), en termes d'impact sur l'acquisition d'une identité personnelle dans un contexte d'instabilité existentielle. Ont ainsi été mises en avant une « résonance anxieuse à la représentation

humaine » et une « vacillation de l'image » tant dans sa dimension spatiale que dans sa dimension temporelle.

Concrètement, une étude de Shira Tibon-Czopp et Irving Weiner (2016) a montré qu'au Rorschach, les adolescents tout venants sont plus à même de donner des réponses déterminées par la forme puis la couleur que des réponses déterminées en premier lieu par la couleur, au fur et à mesure qu'ils acquièrent la capacité de moduler leurs expériences émotionnelles. De même, leur capacité de donner des réponses à contenu humain augmente avec l'acquisition de compétences sociales, parallèlement à une élévation de l'égoïsme.

En fait, le développement de la personnalité est affecté, dans sa stabilité et dans sa durée, par un ensemble de processus pathologiques, mais aussi par des conditions singulières d'existence de la personne. Ces conditions s'avèrent d'autant plus importantes à la période de l'adolescence, où des turbulences peuvent alterner avec un développement stabilisé de la personnalité, qui doit amener à considérer avec précaution toute manifestation psychopathologique. Une étude réalisée par Jeannine Blomart et Isabelle Boland (1990) montre que la période des 12-14 ans est la période la plus déséquilibrante en termes d'image de soi et de sentiment d'identité, alors que chaque période étudiée (10-12 ans, 12-14 ans, 14-16 ans) amène des réponses propres et caractéristiques d'une classe d'âge.

Toutefois, une certaine stabilité des protocoles à l'adolescence, mais seulement à partir du milieu de l'adolescence, a été observée (Weiner, 2001), en cohérence avec la consolidation des caractéristiques de personnalité observée à cet âge.

Sur l'étayage de la méthode employée, au Rorschach, les observations apparaissent modulées par le mécanisme de coupure qui peut atteindre la personnalité dans une diversité de manifestations qui touchent à sa structure elle-même. Il apparaît alors capital de pouvoir aborder tous ces phénomènes dans une compréhension d'ensemble pour lui donner tout son sens, au cœur d'une démarche phénoméno-structurale clinique et psychopathologique (Barthélémy, 2000).

4.3.3 Création, psychopathologie de l'expression et approche phénoméno-structurale

Dans les années 1920, les ouvrages de aliénistes Walter Morgenthaler (1921) et de Hans Prinzhorn (1922) portant sur des créations plastiques de patients atteints de troubles mentaux, créent une porte d'entrée dans « la psychopathologie de l'expression », en faisant le lien entre les œuvres et certaines caractéristiques de personnalité de leurs auteurs. A cette même période, E. Minkowski et F. Minkowska, en référence à Eugen Bleuler, initient une perspective structurale de cette mise en lien, à partir d'une expressivité des symptômes psychiatriques qui affectent l'intégralité de la personne, dans la structure

même de sa personnalité. Elle mène à une tentative de concevoir les principes de la psychologie normale et pathologique, sans effacer les variations liées aux individualités. Un intérêt conjoint pour la psychiatrie et la création artistique émerge puis se développe pour former l'origine d'une psychopathologie de l'expression fondée sur la psychopathologie. Celle-ci se retrouvera quelques années plus tard dans les fondements des Sociétés Internationale (SIPE) et Française (SFPE) de Psychopathologie de l'Expression.

Parallèlement Hermann Rorschach propose une méthode d'approche de la personnalité, par une étude individuelle des manières « d'appréhender les formes, de vibrer à la couleur et d'éprouver le sens du mouvement » (Barthélémy, 2000). Son hypothèse consiste à trouver similitudes et différences entre les activités psychiques normales et pathologiques par une dialectique entre elles, et non une opposition, dans une visée organisatrice des mécanismes permettant l'émergence de l'expression dans sa singularité.

F. Minkowska, avec son étude des œuvres de Vincent Van Gogh réalise l'aspect singulier des façons de se situer dans l'existence révélées ainsi. Il s'agit de repérer, dans chaque œuvre mais aussi dans leur succession chronologique, ce qui relève des troubles psychiques et de leur évolution, de lier des caractéristiques des créations avec des indicateurs d'une structure de personnalité dans une perspective phénoméno-structurale.

Mais F. Minkowska se saisit également des apports de E. Minkowski sur la place du langage et montre ainsi comment il intervient dans notre façon à chacun de concevoir le monde, rendant son étude indispensable dans l'usage de la méthode de Rorschach. Dans une perspective évolutive, elle s'intéresse ensuite aux dessins d'enfants, à ce qu'ils ont en commun « à savoir l'expression de faits psychiques ».

Les pratiques artistiques sont donc au centre de la méthode phénoméno-structurale, dans ce qu'elles ont d'unique et de particulier à la personnalité qui les produit, qui tente de leur donner un sens, par l'observation des mécanismes à la fois psychologiques et psychopathologiques.

Serge Ducrettet (2010) a ainsi montré comment l'art thérapie conjuguée à l'utilisation d'épreuves projectives, permet de suivre l'évolution d'adolescents placés en foyers sociaux, créant des œuvres de grandes tailles exposées au public. Il insiste notamment sur la manière dont le discernement et le jugement esthétique peuvent un « ajustement entre le monde intérieur et d'autres sensibilités artistiques ».

Une étude de Lony Schiltz (2006a) a particulièrement porté sur la construction de l'identité à l'adolescence, qui part du postulat que la représentation de soi résulte « d'un équilibre dynamique entre « l'être-pour-soi » et l'« être-pour-autrui » ». Ici aussi, la psychopathologie de l'expression apparaît complétée de manière adéquate par l'analyse des créations réalisées en atelier d'art-thérapie, puisque

ces œuvres se situent à la confluence entre le regard d'autrui et la connaissance intuitive et sensible de soi.

L. Schiltz (2006b) a ensuite proposé, pour l'interprétation des « tests projectifs et épreuves expressives », une méthodologie quantitative et qualitative intégrée, à partir de grilles d'analyse (GACAPS). Cette méthodologie est issue du courant phénoméno-structural, qui place le chercheur dans une position d' « instrument en interaction » avec son patient, au centre d'une approche clinique et thérapeutique. Il s'agit d'étudier, dans les données phénoménales (expression orale, dessins, histoires) une structure latente. Les épreuves expressives ont ceci de particulier qu'elles créent une triangulation à double sens entre le praticien, le patient et son œuvre. L'œuvre, au centre de la relation, s'avère support de projections et permet de transformer les deux individus. Une analyse des productions permet d'étudier l'évolution du patient.

Les GACAPS élaborées par L. Schiltz permettent une lecture des œuvres et une identification des variables à l'œuvre contribuant à une démarche heuristique complémentaire à la recherche classique, comme cela a été le cas lors d'une étude sur les adolescents violents. Celle-ci montre que les adolescents inhibés et anxieux s'avèrent avoir de meilleures capacités de mentalisation que les adolescents violents ; ces résultats pouvant être reliés au fait que la capacité d'élaboration imaginaire et symbolique intervient comme facteur primordial d'une quête identitaire réussie (Schiltz, 2015).

4.4 « Antoine » en art-thérapie : tests projectifs et analyse phénoméno-structurale

4.4.1 *Une trajectoire institutionnelle*

Agé de 14 ans, Antoine est scolarisé, avec un niveau de CE1, dans une institution spécialisée, pour la sixième année consécutive.

Il apparaît comme un jeune homme marqué physiquement par le syndrome de Williams et Beuren, qui confère à ces malades des « visages d'anges ». Le bilan médical s'avère plutôt lourd (retard global de développement, déficience intellectuelle, troubles alimentaires, troubles praxiques, etc.) et nécessite plusieurs suivis. Paradoxalement, malgré ses troubles praxiques, Antoine est passionné par la batterie, dont il joue depuis plusieurs années avec une grande maîtrise.

Sociable mais positionné dans une attitude de dépendance totale, il s'intéresse plutôt aux adultes avec qui il aime échanger sur de nombreux sujets, sur lesquels il peut tourner en boucle. Auprès de ses pairs d'âge, il s'intègre de mieux en mieux mais a parfois besoin de s'isoler, sinon il provoque des conflits. Anxieux, Antoine est vite déstabilisé par les changements et la frustration peut le rendre agressif.

Volontaire, il fait beaucoup d'efforts pour surmonter ses difficultés mais a besoin pour cela d'être encouragé, notamment pour arriver au bout d'une activité.

Les résultats du WISC IV (Wechsler Intelligence Scale for Children) reflètent un niveau inférieur à celui de ses pairs d'âge, mais non homogène.

En résumé, Antoine obtient les indices suivants :

- Compréhension Verbale : 79
- Raisonnement Perceptif : 67
- Mémoire de Travail : 53
- Vitesse de Traitement : 66
- Le Quotient Intellectuel Total est non interprétable en raison d'une trop grande disparité entre les échelles.

Le support verbal est un grand soutien pour lui dans sa capacité à penser, et son accès à l'abstraction, dans la moyenne des jeunes de son âge interroge sur le diagnostic de déficience intellectuelle, d'autant plus qu'Antoine progresse. Les supports perceptifs peuvent aussi être utilisés, mais sans capacité de les multiplier simultanément. C'est un jeune homme qui peut travailler vite sauf en cas de sollicitation grapho-motrice trop importante. La compréhension du monde reste problématique, en particulier au moment de changer d'établissement à la fin de son année scolaire.

A la fin de cette sixième année en institution, Antoine atteint l'âge limite et doit donc se préparer à passer dans une institution préprofessionnelle. Pour cela, il est inclus dans un groupe de six jeunes, à qui sont proposées un dispositif de huit séances en atelier d'art thérapie, dans le but de les accompagner dans leur cheminement vers l'âge adulte et vers la nouvelle institution. Il réalise dans ce cadre art-thérapeutique un carnet retraçant son histoire dans la structure, à base de matériaux plastiques de tous types et de photos. Afin d'évaluer les effets de ces séances, un test de Rorschach est proposé avant et après l'atelier.

4.4.2 Analyse des Rorschach par la méthode phénoméno-structurale

Antoine a réellement profité de la passation pour asseoir ses capacités relationnelles. Le triage des réponses indique de meilleures capacités imageantes à la seconde passation.

La répartition des modes d'appréhension a elle aussi évolué, puisqu'Antoine s'est moins dirigé vers des perceptions synthétiques au profit des réponses concrètes. Une tendance à des focalisations peu

communes perdure. La succession des réponses qui était plutôt ordonnée la première fois devient plus relâchée.

Alors qu'Antoine a montré des capacités intellectuelles au WISC, il se révèle plus en difficulté dans son contrôle de la pensée aux Rorschach, même si celui-ci s'avère un peu plus efficace en seconde passation. Les variations dans le nombre de réponses déterminées par la forme et la couleur laissent à penser que les facteurs affectifs se sont transformés. Aussi le clair-obscur apporte des éléments d'angoisse, sans compter d'autres tendances latentes, comme avec les réponses « serpents ». L'émergence d'affects semble donc s'affaiblir au profit des facteurs anxieux. Les réponses d'estompage ont complètement disparu, emportant avec elles la possibilité d'une perception nuancée. Les kinesthésies restent très présentes et indiquent une possibilité de vision en mouvement et donc d'élan vital dynamique.

La distribution des contenus s'est énormément enrichie dans sa variété. Le nombre de réponses humaines s'est notamment accru quantitativement et qualitativement. Si la nouvelle réponse humaine déformée semble indiquer une fragilité accrue de cette référence ainsi que les deux réponses « monstre », la stabilité des détails humains révèle une tendance au morcellement tandis que l'apparition du contenu humain de bande dessinée apporte un peu de légèreté au protocole. Le nombre de réponses de petits détails animaux a beaucoup diminué et semble indiquer des ressources face au morcellement. Quelques objets, notamment des instruments de musique (dont les guitares, déjà présentes au premier Rorschach), parsèment le protocole et animent la passion d'Antoine. Enfin, trois réponses banales permettent une vision communautairement partagée.

Par ailleurs, le second Rorschach apparaît inquiétant en termes de structuration de la personnalité. Certaines réponses s'avèrent peu cohérentes et difficiles à percevoir ensemble. Le fonctionnement intellectuel semble, contrairement aux marqueurs affectifs, se tourner vers des particularités de personnalité. L'angoisse prend de l'ampleur dans le second protocole et paraît amener avec elle des réponses préoccupantes, à la limite de la contamination, qui suggéreraient des troubles psychiques de type psychotique, un questionnement renforcé par les tendances paranoïdes qui transparaissent dans les réponses difficilement partageables du second protocole. De plus, certaines réponses font état d'un télescopage, d'une volonté d'association d'éléments qui ne parviennent qu'à un agglomérat de réponses hétérogènes et laissent également, puisqu'elles sont répétées, entrevoir des mécanismes de lien et de coupure pathologiques. Les réponses confabulées participent à ces hypothèses de par leur caractère spontané et évident pour Antoine, qu'il n'est pas possible de partager, et qui l'éloigne encore des mécanismes névrotiques classiques.

4.4.3 Statistiques descriptives basées sur la grille d'analyse de contenu du Rorschach

L'analyse en pré-test et en post-test du protocole de Rorschach par la grille d'analyse de contenus apportent des éléments complémentaires pertinents à l'analyse phénoméno-structurale classique (Figure 4-1)).

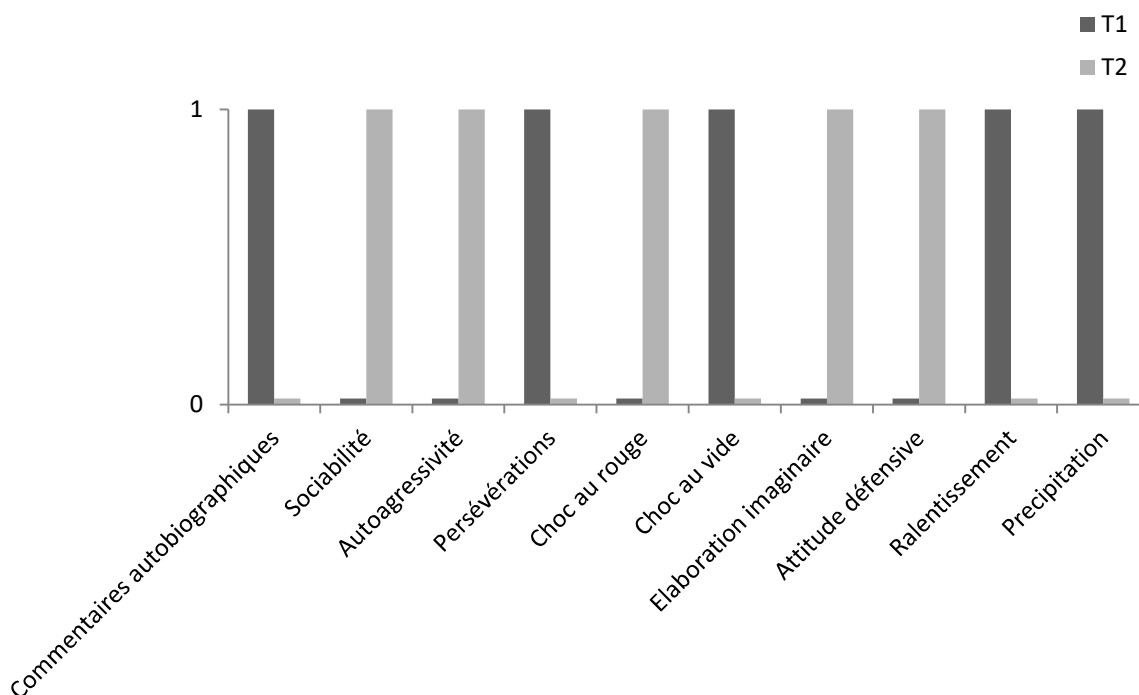


Figure 4-1 : Figure – Représentation graphique des différences prétest-posttest d'Antoine

Ainsi, nous remarquons :

- Un changement de rythme de partage des réponses. Nous ne notons plus, ni la diminution de la productivité associée à l'augmentation des temps de latence, ni la hâte excessive traduite par le nombre de réponses irréfléchies pendant un laps de temps court.
- Une attitude plus défensive, traduisant une mise en œuvre de mécanismes de défense face à des angoisses plus présentes, mais moins de répétitions de la même réponse à plusieurs planches.
- Une hausse de la sociabilité et donc du lien aux autres, parallèlement à une augmentation de l'auto-agressivité.
- Une disparition des commentaires autobiographiques et donc une distanciation du discours dérivé centré sur le vécu personnel en s'éloignant de l'épreuve perceptive.
- La disparition du choc au vide, et donc de la stupeur associative provoquée par la couleur blanche.

- L'apparition d'un choc au rouge, manifestation d'une réaction vive face à la manifestation de la pulsionnalité.
- Une expression améliorée de l'élaboration imaginaire, qui signe des capacités de travail associatif au niveau de l'activité fantasmatique ainsi que des capacités de mentalisation.

L'analyse conjointe des protocoles de Rorschach d'Antoine, par la méthode phénoméno-structurale classique et par les grilles d'analyse de contenus apportent des indices concordants et permettent de diriger nos prises en charge grâce à des faisceaux d'indices cohérents. En effet, nous observons chez lui un comportement lors des passations qui semble s'être posé. Il est plus concentré sur ses perceptions et paraît plus à l'aise dans la relation duelle, mais aussi dans les processus de socialisation, ce qui se retrouve dans son attitude quotidienne, dans laquelle transparait un élan vital émergé. Se retrouvent également une meilleure élaboration imaginaire avec de meilleures capacités à imaginer et à imager, et moins de persévérations, ce qui trouve son intérêt clinique dans le quotidien d'Antoine, qui a parfois tendance à tourner en boucle dans ses pensées. Toutefois, les réponses en nombre croissant témoignent d'angoisses plus envahissantes et inquiétantes certainement liées à l'anticipation du changement d'habitat non connu donc « non secure » (De Lagausie et Sudres, 2018).

A cet âge crucial de la (re)mise en tension de l'identité, il paraît particulièrement important de proposer une prise en charge psychologique adaptée à Antoine, afin de l'aider à faire face à ses angoisses sans basculer dans un fonctionnement psychotique et de pouvoir continuer sans danger à vivre des expériences réussies de sociabilité.

4.5 Conclusion

In fine une question devient taraudante : quelle place pour phénoménologie structurale dans la clinique actuelle ?

Le courant phénoménologique propose une véritable méthode sous le signe de la modernité tant pour la psychologie que pour la psychiatrie. Comme le soulignent J. Naudin et T. Gozé (2016), « la phénoménologie, au sens d'une méthode, n'a de sens que si on la pratique dans le monde de la vie », que si on se trouve « être, dans le même paysage » que nos patients (Oury, 2009).

L'observation des phénomènes et l'aboutissement à la mise en lumière de structures permettent donc l'accession au sens, à une compréhension du vécu singulier du patient indispensable à toute proposition thérapeutique (Grenouilloux, 2008). De plus, l'établissement de grilles de contenus amène la possibilité d'ajouter à une méthodologie qualitative, une méthodologie quantitative particulièrement

utile dans l'évaluation de personnalité de patients notamment de ceux suivant des séances d'art-thérapie. L'alliance de la psychologie phénoméno-structurale et de l'art-thérapie s'avère ainsi particulièrement pertinente en ce qu'elle a de lien avec les mécanismes de création et de projection, au cœur des problématiques de chaque personne, et ce dans une perspective clinique au plus près de chacun, où toute interprétation est proscrite, au profit d'une observation et d'un recueil attentifs (Pirard, 1974).

Par ailleurs, le développement de la « méthode IPSE » (Processus inductif d'analyse de la structure de l'expérience vécue), apporte des résultats pertinents en recherche qualitative. Elle permet notamment de recueillir les résultats « apportés par les patients » et donc directement au cœur de ce qu'ils vivent. Elle peut également « améliorer la communication patients/soignants » mais aussi enrichir la « pédagogie médicale ». Enfin, elle a pour vocation d'établir des « recommandations cliniques » concernant la maladie et le traitement. Pour cela, elle représente un processus en cinq étapes : « la mise en place d'un groupe de recherche », la préoccupation d'une « originalité de la recherche », « l'organisation des recrutements et des échantillonnages » représentatifs, « la collecte des données » rapportées par les patients, et « l'analyse des données », individuelle puis groupale (Sibeoni et al., 2021). Si actuellement une nouvelle approche phénoménologique, à même de répondre particulièrement aux besoins de la psychiatrie se tisse, elle advient en contrepoint complémentaire d'une technicité parfois outrancière tant elle néglige le patient dans son être au monde.

Bibliographie

- Bamseck Bamseck, F. de V. (2010). *Approche phénoméno-structurale des altérations dans les représentations corporelles et identitaires chez des personnes infectées par le VIH*, [Thèse de doctorat en psychologie, Université de Chambéry].
- Barthélémy, J.-M. (1987). *L'analyse phénoméno-structurale dans l'étude psychologique des alcooliques*, Toulouse : Erès.
- Barthélémy, J.-M. (2000). Apports de la psychopathologie structurale à la compréhension du mécanisme essentiel du lien dans le monde des formes expressives, *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, IV, 41, pp. 14-17.
- Blaevoet, J.-P. (1982). Etude par le Rorschach de l'influence d'une psychothérapie individuelle sur l'évolution d'enfants de l'aide sociale à l'enfance, *Psychologie clinique et projective*, pp. 111-116.
- Blomart, J., Boland, I. (1990). L'évolution de la représentation de soi au test de Rorschach au cours de l'adolescence, *Psychologie clinique et projective*, n°34, pp. 129-143.
- Cabestan, P. (2003). *Introduction à la phénoménologie*, Paris : Ellipses.
- Chardon, F. (2010). *Evaluation des effets d'une pratique d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes démentes séniles*, [Thèse de doctorat de psychologie, Université de Chambéry].
- Ducrettet, S. (2010). *Analyse phénoméno-structurale des processus créatifs à l'adolescence à travers le discernement et le jugement esthétique*, [Thèse de doctorat de psychologie, Université de Chambéry].
- Gozé, T. (2020). *Expérience de la rencontre schizophrénique, de la bizarrerie de contact*, Paris : Eds Hermann.
- Grenouilloux, A. (2008). Quelques apports de la phénoménologie à la clinique de la personnalité, *L'information psychiatrique*, Vol. 84, pp. 219-223.
- Helman, Z., (1959). *Rorschach et électroencéphalogramme chez l'enfant épileptique*, Paris : PUF.
- Marceau, J.-C. (2001). Freud, Binswanger, Foucault : la psychanalyse à l'épreuve critique de la phénoménologie, *Cliniques méditerranéennes*, n°64, pp. 227-241.
- Minkowska, F. (1937). *Epilepsie und schizophrenie, im erbgang : mit besonderer berücksichtigung der epileptoiden konsitution und der epileptischen struktur*, Zürich : Orell-Füssli.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu : étude phénoménologique et psychopathologique*, Paris : PUF.
- Morgenthaler, W. (1921). *Ein Geisteskraker als Künstler, Arbeiten zur angewandten Psychiatrie*, Bern Leipzig : Eds. Bircher.
- Mucchielli, A. (1983). *L'analyse phénoménologique et structurale en sciences humaines*, Paris : PUF.

- Naudin, J. (1997). *Phénoménologie et psychiatrie, les voix et la chose*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Naudin, J., Gozé, T. (2016). Psychothérapie institutionnelle et phénoménologie, *Sud/Nord*, N°26, pp. 33-42.
- Oury, J. (2009). Analyse structurale et métapsychologie, *Psychoanalytische Perspectieven*, 27, pp. 153-173.
- Pirard, R. (1974). Roger Mucchielli : Analyse existentielle et psychothérapie phénoménostructurale, *Revue philosophique de Louvain*, 14, pp. 378-384.
- Pringuey, D. (2010). Phénoménologie de la dépression, in GOUDEMAND, M., *Les états dépressifs*, Eds Lavoisier, pp. 19-25.
- Prinzhorn, H. (1922). *Expressions de la folie*, Paris: Gallimard.
- Salabert, L. (2010). *Analyse phénoméno-structurale de peintures réalisées à partir du Rorschach par les malades alcooliques: Etude évolutive du lien entre personnalité, expression picturale et abstinence* [Thèse de doctorat de psychologie, Université de Chambéry].
- Schiltz, L. (2006a). La dialectique de l'être-pour-soi et de l'être-pour-autrui. Application à la recherche en art-thérapie, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Tome 10, N°92, pp 7-33.
- Schiltz, L. (2006b). Grilles d'analyse de contenu basées sur l'approche phénoménologico-structurale, *Bulletin de la Société des Sciences Médicales*, N°2, pp 265-280.
- Schiltz, L., Diwo, R., De Tychev, C. (2015). L'élaboration de l'agressivité à l'adolescence : étude structurale comparée basée sur le test de Rorschach, *L'Encéphale*, 41, pp 95-301.
- Sibeoni, J., Verneuil, L., Manolios, E., Massoutier, L., Jean, E., Meunier, J.-P., & Revah-Levy, A. (2021). IPSE (Processus inductif d'analyse de la structure de l'expérience vécue), méthode innovante et spécifique pour la recherche qualitative en santé : Applications en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Vol. 69, Issue 6, pp 87-296.
- Ternoy, M. (1984). *Délire et vision en images*, Toulouse: Erès.
- Tibon-Czopp S., Weiner, I., Developmental considerations in Rorschach assessment, *Rorschach assessment of adolescents*, 2016, pp. 13-25.
- Warwrzyniak, M. (1982). Mime et référence au corps comme remparts à l'effondrement de l'image chez un adolescent schizoïde. Approche structurale et évolutive par le Rorschach, *Psychologie clinique et projective*, pp. 101-107.
- Warwrzyniak, M. (2020). La lutte à travers le cafard à l'adolescence, Clinique de l'expression et des transferts face à l'adolescent suicidant, *Perspectives Psy*, Vol.59, pp. 223-230.

- Weiner, I.B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach inkblot method as exemplar, *Psychological Assessment*, Vol.13, N°4, pp. 423-432.

5 Etude n°4 : Adolescents déficients intellectuels et art-thérapie : élaboration d'un dispositif et évaluation par la méthode d'analyse phénoméno-structurale

(Soumis, accepté, sous presse dans : *Les Cahiers de l'Actif*, n°564, parution prévue en novembre 2023)

Résumé :

De nombreuses études mettent en exergue l'impact de l'art-thérapie chez les adolescents. Toutefois, peu de travaux en démontrent l'intérêt dans la prise en charge spécifique du déficit intellectuel en s'étayant sur une démarche évaluative clinique.

Il s'agit ici d'évaluer l'impact d'un atelier d'art-thérapie proposé à des adolescents d'un IMP (Institut Médico-Pédagogique). L'échantillon est composé de 8 adolescents déficients intellectuels qui bénéficient d'une prise en charge en atelier d'art-thérapie (programme de 8 séances standardisées) étayé sur une approche phénoméno-structurale. Une évaluation en test/retest est réalisée par deux tests projectifs complémentaires : l'AT9 et le Rorschach.

Il apparaît une amélioration de la gestion du temps et de la capacité à se projeter, de la structuration de la personnalité, de l'accroche à la réalité et de l'assise narcissique, ainsi que du contrôle émotionnel, notamment dans la gestion des relations interpersonnelles. Le recours à un cas clinique vient illustrer ces apports.

L'art-thérapie permet d'améliorer le vécu les périodes de ruptures et/ou de transitions existentielles des adolescents déficients intellectuels.

5.1 Introduction

L'art-thérapie apparaît, grâce aux processus de la création, comme une manière de « positiver le handicap », en ne se situant pas sur le « terrain du manque », mais sur celui de « l'être ». Elle touche à la sensibilité et à la « vie créatrice » de Winnicott, qui peut se définir comme la capacité à « porter un regard positif sur les êtres et les choses quelles que soient les situations dans lesquelles une personne se trouve » (Bonnefon, 2010). Celle-ci pourrait même être exacerbée chez les personnes déficientes intellectuelles (Klein, 1997), notamment chez les adolescents. D'ailleurs, l'expression créative s'avère être une voie ouverte vers la connaissance de son identité et vers la découverte des autres, y compris pour les personnes souffrant d'un handicap. Ainsi, l'art-thérapie est à même d'apporter un étayage aux adolescents en difficultés afin de les accompagner tout au long de la construction de leur personnalité (Sudres, 2003 ; Mille, Barthe, Bon Saint Come & Delhaye, 2015). La quête identitaire, plus délicate avec le handicap, demande encore davantage une approche pluridisciplinaire (Martin Excoffier, Schiltz & Sudres, 2021).

Dans le cadre d'une pratique clinique avec les adolescents d'Institut Médico-Pédagogique (IMP), nous nous sommes rendus compte de la difficulté qu'ils éprouvaient dans les situations de transition et/ou ruptures, et cela aussi bien dans la vie quotidienne que dans les grands tournants de leurs existences. Il est alors apparu essentiel de les soutenir dans ces périodes, dont une a émergé de manière plus prégnante : le moment de quitter un IMP, pour se tourner vers un établissement à orientation plus professionnelle, tel qu'un Institut Médico-Professionnel (IMPro). De par son caractère décisif et symbolique d'un accès au chemin menant à l'âge adulte, cette situation génère chez nombre d'entre eux des affects anxieux et dépressifs. Il devient alors pertinent de les accompagner dans cette mutation au sein d'un atelier à médiation art-thérapeutique (Mille, Barthe, Bon Saint Come & Delhaye, 2015 ; Martin Excoffier, Schiltz & Sudres, 2022). Ainsi, l'objectif de ce travail consiste à évaluer l'impact dynamique de ce type d'atelier proposé à ces adolescents en termes :

- D'amélioration de la gestion du temps et d'un rythme plus tranquillisé (hypothèse 1);
- De soutien et d'enrichissement de la structuration de la personnalité (hypothèse 2);
- D'efficacité du contrôle émotionnel, notamment au niveau de la gestion des relations interpersonnelles (hypothèse 3) ;
- D'une meilleure accroche à la réalité, tout en développant des capacités d'élaboration (hypothèse 4) ;
- D'amélioration de l'assise narcissique et des capacités à se projeter dans un alter ego (hypothèse 5).

5.2 Handicap et art-thérapie et : quelques points d'articulation

Dès les années 1950, les psychologues se sont intéressés aux dessins de leurs patients. Brauner et Brauner (1991) ont compris, de par l'étude de dessins d'enfants récoltés durant les guerres du siècle passé, à quel point les dessins révèlent « les souffrances de l'humanité ». Ainsi, le travail de prévention et réparation créatrice de l'image apparaît comme une stratégie de soutien efficace (Tomkiewicz, 2001) y compris dans le domaine du handicap.

Rodriguez et Troll (2001) ont mis en exergue que les effets positifs de l'art-thérapie chez les personnes porteuses d'un handicap ne sont plus à démontrer. Par exemple, si nombre d'études mettent en lumière les effets positifs de la musicothérapie (Wigram, 1988) chez les personnes handicapées, ces auteurs précisent que le handicap n'est pas une indication en soi de cette pratique ; ce sont ses conséquences sur la personne qui le sont. C'est d'autant plus le cas des adolescents en pleine construction somato-psychique et socio-culturelle.

Ainsi, l'art-thérapie représente un moyen d'action bénéfique chez toutes les personnes souffrant d'une déficience intellectuelle, et en particulier chez les adolescents, puisqu'elle met l'accent sur les potentiels psycho-corporels mobilisant des mécanismes (physiques, cognitifs, affectifs, relationnels, etc.) devenant des leviers thérapeutiques (Henley, 1987) ; tout cela en étant éloigné des valeurs esthétiques des œuvres produites, même si la réalisation d'une œuvre esthétiquement réussie soutient l'estime de soi.

Sudres (2007) a également montré l'impact positif de l'art-thérapie sur les facultés intellectuelles et la motricité, globale ou fine. En effet, les différentes phases de la création sollicitent notamment l'attention et la concentration, ainsi que le repérage spatio-temporel. Ces processus apparaissant au cœur de la prise en charge des adolescents souffrant d'une déficience intellectuelle.

La structuration des séances et de l'utilisation des médias choisis en fonction de la problématique des patients représente également un moyen de soutenir la construction de la personnalité, avec un ancrage dans la réalité temporelle et spatiale induite par le fait de laisser une trace, de passer d'un monde interne à un monde externe et concret. L'art-thérapie permet d'articuler le symbolique, le réel et l'imaginaire supplément et sans mise en difficulté des personnes en situation de handicap (Orrado, 2017). Là où une thérapie purement verbale pourrait s'avérer peu efficace, l'art-thérapie intervient comme un soutien à la mentalisation (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2007). Ainsi, l'association entre une thérapie verbale et une thérapie basée sur l'art (médiation artistique) devient pertinente chez les adolescents en soutenant la construction de l'image de soi et de l'image des autres (Abbott, Shanahan & Neufeld, 2013 ;

Mille, Barthe, Bon Saint Come & Delhaye, 2015). Cela conduit à repérer les adolescents qui risqueraient d'évoluer vers une comorbidité des troubles, ceux par exemple chez qui des troubles anxieux et/ou dépressifs, un alcoolisme, des automutilations, etc., pourraient s'ajouter à des pathologies déclarées, par exemple chez les préadolescentes anorexiques ou bien chez les adolescents présentant une construction de la personnalité pathologique (Schiltz, 2006 ; 2014)

L'art-thérapie permet également :

- D'enrichir l'imaginaire par le biais d'un développement de la créativité, tout comme elle permet d'acquérir de nouvelles connaissances. Dans le domaine du handicap mental, nombre d'établissements laissent une place à « l'art » dans l'éducation spécialisée des enfants et des adolescents (Boulangé, 1987).
- De stimuler la créativité en tant que « facteur de résilience », dans le sens où elle amène à lutter contre le sentiment d'exclusion et la stigmatisation dus au handicap (Schauder, 2012). L'art devient une forme d'expression lorsque la communication s'avère limitée ou inadaptée (Thomson, Skewes McFerran, 2015).

La construction identitaire peut être conçue comme une forme de créativité. L'art-thérapie apparaît donc comme un soutien, notamment chez des adolescents en difficulté dans cette période de quête. Loser (2017), quant à lui, souligne que l'exposition de soi au travers des œuvres conduit à une transformation identitaire, avec le développement d'un besoin de reconnaissance sociale, notamment chez les personnes porteuses de handicap. D'autres auteurs, comme Rothenberg (1990) envisagent la créativité plutôt comme une cause de la construction identitaire, et parfois même le terme de « transformation créative de soi » est utilisé. Barbot (2008) pointe que l'identité peut être considérée comme une structure soutenant la créativité, mais aussi comme élément orientant le développement de la personnalité à l'adolescence.

D'ailleurs, la médiation, notamment artistique, conduit à la symbolisation : elle est donc particulièrement adaptée pour des adolescents déficients intellectuels. En effet, le handicap rend ardue la saisie des expériences psychiques, et le recours à la médiatisation s'avère indispensable pour les « dompter », les décondenser, les « re-présenter », les symboliser afin d'obtenir une « création de l'expérience pour soi ». Cela est particulièrement flagrant dans toutes les expériences renvoyant à l'image du corps dont la « visée symbolisante » permet de faire le lien entre le corps, en tant qu'unité et ses parties, et la vie psychique (Féral, 2015).

Enfin, cette démarche par la médiation soulage la souffrance. L'art-thérapie amène une restauration de la qualité existentielle des enfants atteints de déficience intellectuelle. L'art stimule des capacités, peu ou pas exploitées, mais aussi instille des émotions, et donc participe à l'épanouissement

de la personne, notamment en affirmant sa subjectivité. Ainsi, Malley, Dattilo & Gast (2002) montrent que les personnes atteintes de handicap mental qui ont suivi un enseignement lié à l'expression des émotions dans une activité artistique parviennent plus facilement à un partage émotionnel.

5.3 Un dispositif d'art-thérapie phénoménologique (ATP)

Elle apparaît comme une véritable « école de l'observation » (Barthélémy, 2007). Cette méthode se concentre sur une observation rigoureuse des phénomènes, ainsi que sur une attente complètement différente d'une observation passive. Elle correspond à une volonté d'accueil et de recueil des événements qui surviennent, grâce à une attitude qui les invite à émerger. Il s'agit d'une « position d'existence » permettant, lors de chaque rencontre, de prendre le temps d'un accueil des phénomènes et de leurs dépositaires, de laisser se dérouler les événements et d'en être étonné.

Dans la méthode phénoméno-structurale, l'expérience, au sens d'« éprouvé », provient donc du vécu. Cette rencontre clinique singulière convoque un rapprochement intersubjectif, fondamentalement basé sur l'humanité des échanges. C'est ainsi que la prise en charge de patients laisse apparaître, dans leurs personnalités, une partie saine sur laquelle un appui s'avère possible, ainsi qu'un ensemble de défaillances contrebalancé par des mécanismes compensatoires. La psychothérapie d'inspiration phénoménologique amène à une approche des patients et de leurs troubles, une sensibilité et une réflexion trouvant source dans une empathie indispensable à toute rencontre à visée thérapeutique (comme c'est le cas en art-thérapie).

5.3.1 *Méthode*

- La population

L'étude porte sur un échantillon de 8 adolescents (1 fille et 7 garçons) âgés de 14,7 ans (extrêmes entre 13 et 15 ans) fréquentant pour la dernière année scolaire un IMP.

Tous ces adolescents, pour que nous disposions d'une évaluation de base en termes de fonctionnement cognitif, ont préalablement bénéficié d'un WISC IV (Wechsler Intelligence Scale for Children) afin d'harmoniser les niveaux cognitifs de compréhension. Tous se localisent dans le champ des déficiences légères à moyennes permettant un niveau d'intra/inter-subjectivité convocable et mobilisable.

- Outils utilisés

Dans une optique d'évaluation des effets des séances art-thérapeutiques, nous avons réalisé de manière individuelle deux épreuves projectives, un test de Rorschach et un AT9 (« Archétype Test à 9 éléments ») en procédure test/re-test. Toutes les passations ont été menées dans le cadre de l'IMP après une information détaillée à tous les adolescents qui ont donné leur consentement libre et éclairé ainsi que leurs responsables légaux en leur assurant, entre autres, l'anonymat et la possibilité de se rétracter à tout moment. De plus, le protocole et les données recueillies ont suivi les recommandations éthiques de la déclaration de Helsinki.

La valeur heuristique de l'utilisation de l'épreuve de Rorschach ainsi que de l'AT9 (dessin et histoire) a été donnée par la validation de critères, établis selon la méthode phénoméno-structurale, présents (côté 1) ou absents (côté 0) de Schiltz (2006, 2014)

- ✓ Le test de Rorschach

Par sa capacité à concourir à la description et l'analyse d'une structure d'une personnalité mais aussi à envisager son évolution, le Rorschach fait figure de base à notre analyse au cœur de la méthode phénoméno-structurale. En effet, il traduit une « vision du monde » propre à chacun, une façon de se situer dans l'existence, traduite par une dimension perceptive, mais également complétée par la fonction du langage, au sein d'un ensemble expressif (Minkowska, 1956 ; Barthélémy, 2008). Dans cette phase de déstabilisation de la réalité qu'est l'adolescence, l'utilisation de l'épreuve de Rorschach semble donc toute indiquée pour observer de manière optimale la façon dont l'adolescent « prend contact avec le réel » et donc approcher l'organisation de sa personnalité.

- ✓ L' AT9

Il fait office de complément au Rorschach dans sa dimension structuraliste du dessin guidé par les éléments imposés. Ainsi, cette épreuve de Durand, constitue à la fois un outil d'exploration de l'imaginaire, d'approfondissement de la créativité symbolique, et une méthode de connaissance de la personnalité (Durand, 2005). Il s'agit, à travers des capacités de représentation, d'une tentative d'organisation rationnelle au cours d'un dessin, puis d'une histoire racontée, afin d'approcher la structure de personnalité.

5.3.2 Les Résultats

Ils s'étaient sur les grilles d'analyse de contenu validées par Schiltz (2006, 2014)

L'analyse comparative des variables entre le test et re-test du Rorschach montre une amélioration (Tableau 5.1). Il en est de même pour les variables entre le test et le re-test de l'AT9 qui révèle une amélioration (Tableau 5-2 et 5-3).

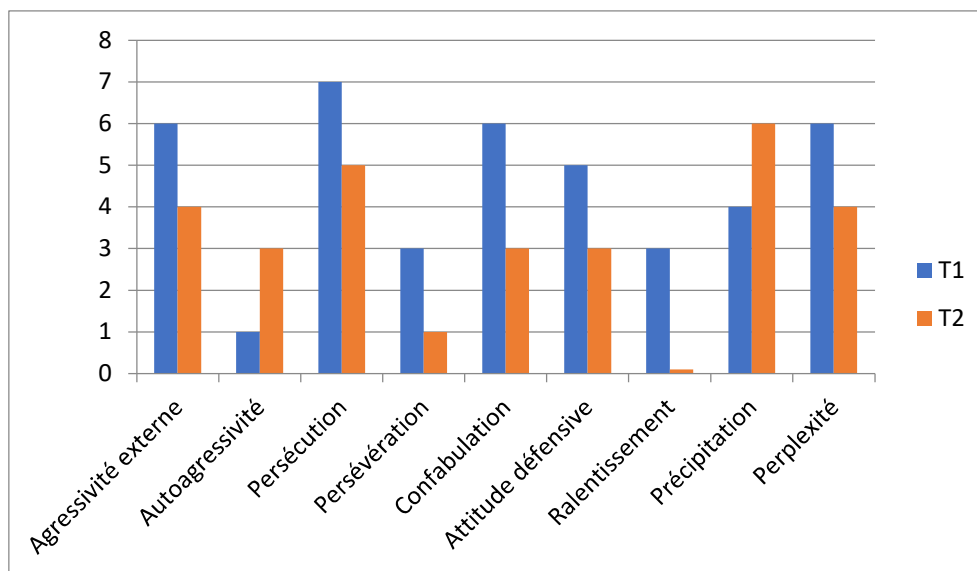


Figure 5-1 : Figure – Variables explorées/analysées au Rorschach en test (T1) et re-test (T2)

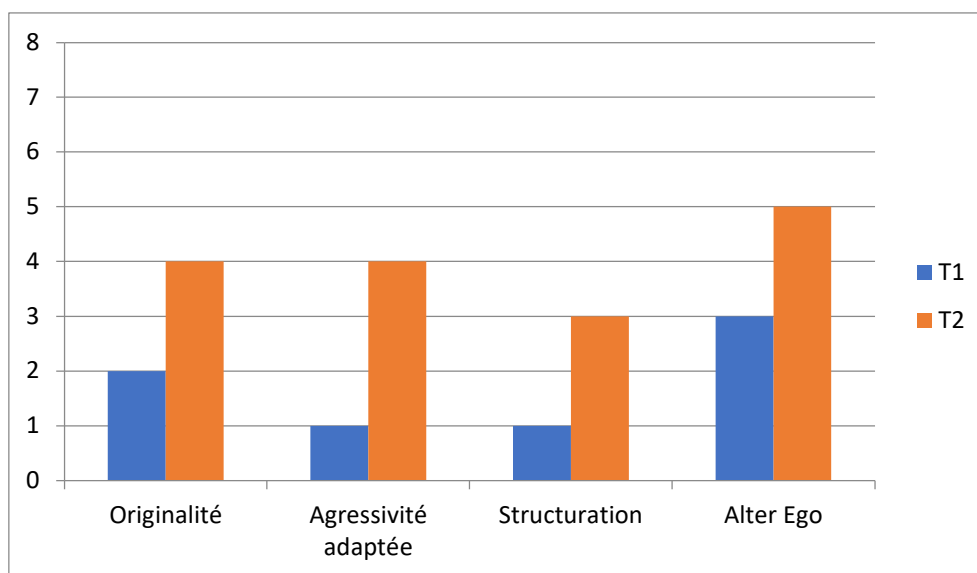


Figure 5-2 : Figure – Variables explorées/analysées l'AT9 en test (T1) et re-test (T2)

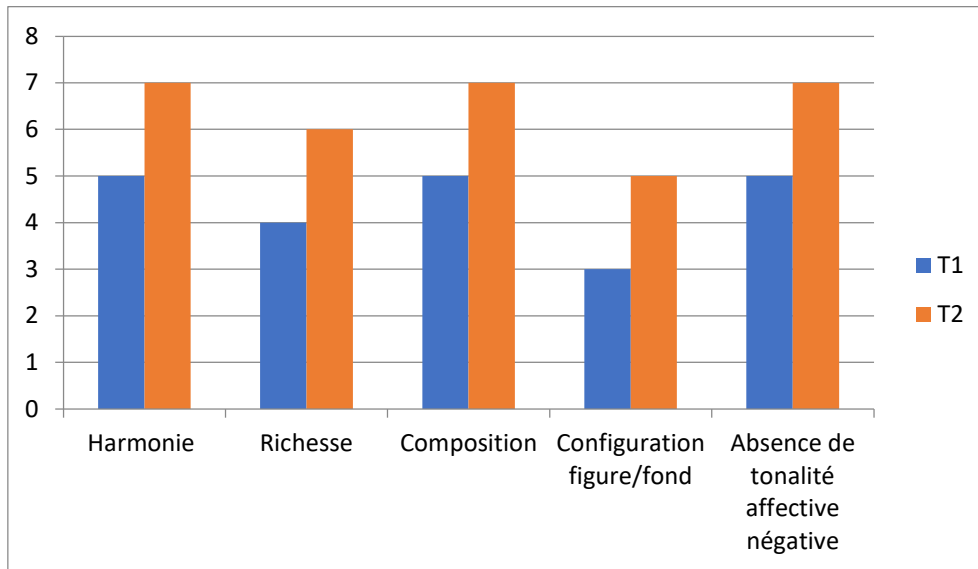


Figure 5-3 : Figure – Variables explorées/analysées à l'épreuve de dessin de l'AT9 en test (T1) et retest (T2)

Dans les trois types d'évaluation, notons que ces changements s'observent plus spécifiquement :

- Au Rorschach avec des variations dans le rythme de l'épreuve (hypothèse 1). Au post-test, les adolescents font preuve de moins de ralentissement, de moins de perplexité, comme attendu, mais aussi d'un peu plus de précipitation. Il semble ainsi que les adolescents sujets montrent moins d'anxiété à entrer et à rester dans l'épreuve, à tel point qu'ils parviennent même à se lancer avec une hâte presque excessive, traduite notamment par un nombre de réponses irréfléchies pendant un laps de temps court,
- À l'AT9, dans une meilleure structuration de l'histoire et un meilleur travail de composition du dessin (hypothèse 2). Comme nous le pensions, il semble que les adolescents, après les séances d'art-thérapie, montrent des capacités de structuration de la pensée améliorées et enrichies, avec l'utilisation d'un plus grand éventail de couleurs et de formes, dans une tentative aboutie d'une meilleure harmonie dans le dessin et d'une plus grande originalité lors de l'histoire. Cette variable s'exprime aussi dans une amélioration de la distinction figure/fond, où s'observe plus fréquemment un début d'organisation de la perspective autour d'un élément central.
- Nous postulons que l'agressivité tournée vers l'extérieur allait diminuer à l'épreuve de Rorschach (hypothèse 3), et c'est effectivement ce qu'il se passe. Nous pouvons donc avancer que les capacités d'élaboration des pulsions agressives se sont mises à l'œuvre et permettent un meilleur contrôle émotionnel. Nous retrouvons d'ailleurs, d'une part une baisse du sentiment de persécution, qui tend à indiquer des relations sociales qui s'apaisent, et d'autre part une baisse de l'attitude défensive, et donc une diminution des mécanismes de défense qui étaient jusqu'alors nécessaires pour le bon

fonctionnement des fonctions psychiques. En revanche, parallèlement, l'agressivité dirigée vers le corps propre a augmenté au moment de l'entrée dans l'adolescence, peut-être en lien avec tous les changements physiques qui lui sont liés et qui nécessitent un réaménagement de l'appropriation des modifications corporelles. Soulignons enfin, que dans les histoires racontées lors de la passation des AT9, c'est l'agressivité adaptée qui augmente, et non l'agressivité archaïque, nouveau témoin d'un meilleur contrôle émotionnel. Par ailleurs, l'ambiance affective lors du dessin à l'AT9 est moins négative. Les adolescents font preuve d'un nombre diminué de réponses à tonalité dépressive et d'évocation de sensations liées à des événements désagréables.

- Au Rorschach, nous observons également, comme nous l'avions anticipé (hypothèse 4), moins de persévération, c'est-à-dire de continuation ou de répétition de la même réponse à plusieurs planches, et moins de confabulation, soit de réponses de détail élargies à la globalité sans qu'il y ait un support visuel. Ainsi, les adolescents évalués ont montré, après les séances d'art-thérapie, une meilleure accroche à la réalité du support présenté, et donc des tâches.

- A l'histoire de l'AT9, nous retrouvons enfin une augmentation des mentions faites à propos d'un alter ego, comme stipulé, traduisant une capacité à se projeter dans un autre soi-même comme support d'une capacité naissante d'élaboration imaginaire (hypothèse 5).

5.4 Un cas clinique prototypique : Axel ou « grandir par et avec la créativité artistique »

5.4.1 La rencontre

Axel est né à la suite d'une grossesse difficile pour sa mère tant sur le plan physique que psychique, ayant souffert d'une dépression dans la seconde moitié de sa grossesse. A l'âge de quatre ans, alors qu'il suit une scolarité normale dans une école maternelle, ses parents détectent des difficultés. Un neuropédiatre pose un diagnostic de trouble du comportement et de retard des acquisitions associés à une hyperactivité, pour laquelle il prescrit un traitement psychostimulant.

A 14 ans, plutôt petit pour son âge, il semble très mince, presque fragile. De petits yeux malicieux, en amande, éclairent son visage, ponctué par des taches de rousseur.

Impulsif et dans l'excitation constante, Axel a beaucoup de mal à tenir en place. Très souvent, il a besoin d'aide pour trouver une juste adaptation relationnelle, avec ses pairs comme avec les adultes. Il éprouve beaucoup de difficultés à se projeter dans l'avenir.

5.4.2 *La prise en charge à l'IMP*

Axel arrive à l'institut alors qu'il se situe dans l'année de ses dix ans. Il a beaucoup de mal à accepter les règles du code de vie. Ses rituels ressemblent fortement à des troubles obsessionnels compulsifs de lavage (mains, dents). Une éducatrice signale une tendance à la fabulation. Il a besoin d'être guidé dans toutes les activités de la vie courante, et d'être valorisé. Le soir, il attend souvent des nouvelles de sa famille, l'occasion pour son père de faire « des promesses qu'il ne tient jamais ».

En classe, Axel parvient petit à petit à maintenir sa concentration, lorsqu'il se trouve en relation duelle avec son enseignant. Il aime beaucoup l'écriture, qu'il réalise de manière très soignée. En sports, il n'économise pas ses efforts mais n'aime pas les jeux collectifs car il ne supporte pas de perdre. A l'atelier bois, il privilégie la quantité à la qualité des productions, mais se montre particulièrement intéressé.

Axel est pris en charge une fois par semaine en orthophonie pour un trouble d'élocution important ainsi qu'une mauvaise compréhension des consignes. Il parvient petit à petit à un niveau de début de CE2 en lecture. Il bénéficie également d'un suivi en psychomotricité, où il se montre très mal à l'aise dans le contact corporel, ce qui n'empêche pas des progrès en coordination et en organisation spatiale.

Dans le champ psychothérapique, Axel participe au groupe de psychodrame, pour l'aider à élaborer ses angoisses et à se structurer. Il oscille entre des périodes où il cherche du « lien » et d'autres où il crée des ruptures.

Au WISC IV, le bilan cognitif montre des capacités, comme l'accès à la catégorisation et à la conceptualisation ainsi que la rapidité de traitement des informations, et des points faibles, l'impulsivité très présente et surtout les facultés d'attention et de concentration, toujours très hétérogènes.

5.4.3 L'AT9 : « Monstre et monstration »



Figure 5-4 : Dessin – AT9 d'Axel réalisé en version test

« Ça, comme un enfant, il était vers une chute d'eau pas loin, non, l'enfant il était pas loin de... le refuge, à côté de la chute d'eau sur la planche. Tout à coup, l'enfant... » Il lui est demandé : « Où est-il ? », il répond : « Au quatrième étage... a poussé l'enfant et le feu tout en bas. Après, le monstre il était avec l'enfant, et tout à coup il est tombé dans l'eau. Après il a une épée qui est sortie de nulle part, du quatrième étage. Après il l'a balancée sur la tête du monstre et il est mort. Après ils ont regardé le monstre, et les anges ils sont arrivés et ils ont fait revivre le monstre. » (Cf. Figure 5-4).



Figure 5-5 : Dessin – AT9 d'Axel réalisé en version en re-test

« Ça se passe qu'y a un monstre, non un refuge, non c'est M. (son institutrice) vient voir l'arbre. Elle fait un vœu mais comme elle ne sait pas parler, elle demande qu'un monstre vienne attaquer le refuge. L'arbre exaucerait les vœux et après le monstre, il arrive. Le garçon il a une épée ; il sort du refuge et il assomme le monstre, il voulait le tuer mais il n'a pas pu. Après un garçon invisible vient au secours

du premier garçon et il vient tuer le monstre et après dans le crâne l'épée elle passe. Et le garçon, il passe dans l'eau, et une fille le suit. Et une autre les suit. Et la fille aime le garçon et la deuxième voulait aimer le garçon et il a dit « peut-être » et ils vont sur les serviettes près du feu. » (Cf. Figure 5-5).

Axel apporte, dans les deux dessins et histoires, des indicateurs classiques d'une déficience mentale, notamment une immaturité de certaines représentations, telles que les personnages. Mais ces éléments ne vont pas dans le sens d'une déficience homogène. Les représentations, de meilleure qualité, sont plus reconnaissables qu'au premier dessin. De plus, de manière inattendue, alors que le récit reste marqué par des manques de cohérence, le dessin s'est considérablement enrichi à la deuxième passation (hypothèse 2), laissant entrevoir des capacités créatives et élaboratives, sous l'effet d'un meilleur contrôle de la pensée. Au second AT9, nous relevons également une tendance plus présente à rechercher une organisation du récit.

Remarquons également une meilleure expression d'affects positifs (hypothèse 3), avec l'utilisation de couleurs gaies, traduisant une meilleure résonance affective. Au second AT9, le rôle de la couleur est devenu prépondérant. De plus, l'ajout d'éléments non proposés par la consigne favorise une participation imaginative. Le cours du récit autorise un brin de magie, avec l'arbre par exemple (cf. Dessin 2). Axel ne perd pas pour autant le sens de la réalité, et au contraire (hypothèse 4), l'enfant n'est pas assez fort pour tuer le monstre, alors il l'assomme seulement. L'institutrice, représentante de l'école, fait, pour la seconde fois, figure d'élément perturbateur. En tout cas, dans ce récit, Axel fait peu étalage d'un sentiment de toute-puissance pourtant très présent dans sa vie de tous les jours. L'épreuve s'achève sur des préoccupations adolescentes de rivalités amoureuses.

5.4.4 Le Rorschach : « l'humain dévitalisé »

Au second Rorschach, Axel se montre précipité, plus en rapport avec son comportement quotidien qu'à la première passation, comme le confirme son attitude pendant l'épreuve (hypothèse 1). Il s'agite, et son rythme de parole est rapide dans le développement, succinct, des réponses, ce qui ne va pas dans le sens de notre première hypothèse, mais que nous retrouvons dans les résultats groupaux. Cette fois, il montre une plus grande aisance relationnelle, et avec le matériel. Ses perceptions perdurent à l'enquête. De plus, les capacités créatives sont renforcées, en particulier dans les planches colorées.

Dans les deux protocoles de Rorschach se retrouve une tendance à la réponse confabulée. Axel se saisit donc des détails pour étendre sa réponse à une plus globale sans ancrage perceptif dans la réalité de la planche. Ainsi, par exemple à la planche VI du premier Rorschach, Axel donne pour réponse « un chat » dans le détail supérieur alors que la tâche amène souvent les personnes à ne percevoir que : « les

moustaches ». Cette tendance ne s'oppose pas à l'émergence de réponses combinées, ce qui renforce l'idée d'une hétérogénéité de fond chez Axel (hypothèse 2). Une volonté de faire fusionner des éléments hétérogènes émerge de manière récurrente, avec des contenus humains, animaux et même géométriques à la planche II, dans des efforts de synthèse peu convaincants.

Comme au premier Rorschach, le déterminant de forme est majoritaire mais déficitaire, avec une difficulté du contrôle de la pensée apparue déjà aux AT9. La couleur montre des capacités de résonance affective avec une expression contrôlée des affects qui a gagné en richesse (hypothèse 3). L'aspect dysphorique se retrouve au début du protocole, mais il disparaît assez vite, pour réapparaître sous forme déniée. Une dynamique de l'existence se repère, discrètement, mais sur incitations et encouragements.

Les contenus sont légèrement plus riches qu'auparavant, et Axel parvient avec plus de facilités à déployer son imaginaire. Les contenus animaux sont présents dans les normes habituelles. En revanche, les réponses humaines restent déformées, morcelées et lacunaires. La relation interhumaine est perçue de manière menaçante, ce qui va à l'encontre de notre hypothèse et de nos résultats groupaux (hypothèse 3). Nous retrouvons cinq réponses banales, là où elles se trouvaient auparavant, et à d'autres moments qui interrogent sur leur aspect dévitalisé.

Le mode d'appréhension des tâches dominant est concret. Cependant, Axel donne de nombreuses réponses globales, souvent synthétiques, mais au détriment de la qualité de la forme. L'importance des réponses de grands détails traduit là un meilleur accès à la réalité concrète, ce que nous espérons dans notre hypothèse, et ce que nous confirme l'analyse de l'AT9 et son meilleur ancrage dans la réalité de l'histoire (hypothèse 4).

5.4.5 Les observations cliniques pendant les séances d'art-thérapie

Dans le groupe, Axel s'est construit une place, où s'alternent des périodes d'interactions matures avec ses pairs et d'autres où il se replie sur lui-même ou se met en colère comme un jeune enfant.

En imitation d'un autre jeune, la recherche d'esthétisme s'exteriorise chez Axel, avec des créations marquées par une symétrie souple, ainsi qu'avec des éléments matériels de toutes sortes, dont des éléments duveteux au rôle transitionnel.

Dans les premières séances, les créations traduisent une capacité de résonance affective. Reviennent régulièrement des événements à tonalité personnelle. Axel exprime facilement ses souvenirs, sauf les plus intimes, qu'il ne partage qu'avec les adultes présents.

Axel est moins à l'aise avec les autoportraits : il copie beaucoup sur ses camarades, manque de confiance en lui-même. Les adjectifs qu'il choisit mettent en avant ses capacités à se décrire, mais pas de manière réaliste, avec une image objective de soi pas encore atteinte.

Dans les dernières séances, Axel se montre enthousiaste dans ses projections vers un avenir professionnel de pizzaiolo, mais celles concernant l'année suivante en IMPro, ou bien un apprentissage en cuisine à son niveau, ne sont pas du tout envisagées.

Le départ du groupe et de l'institut sont très difficiles à « entendre » pour Axel, qui manifeste, au moment de nous quitter, beaucoup de troubles en relation avec une forte angoisse d'abandon.

5.5 Discussion

Comme le suggéraient Fonagy (2007) et Abbott (2013), l'articulation entre les moments d'échanges verbaux et les moments créatifs ont permis à ce qui est dicible d'être partagé directement par la parole dans un groupe qui s'est révélé bienveillant, et à ce qui ne pouvait pas être parlé, de trouver une voie d'expression dans la forme arts plastiques. Le processus thérapeutique en tant qu'enjeu principal n'a pas pour autant dissimulé la fierté ressentie par les adolescents pour leurs créations, même sans un enjeu esthétique préalable. En effet, le temps de partage à chaque séance (très rarement refusé par les adolescents), a permis à chacun d'être reconnu et même encouragé dans sa dimension participative (Loser, 2017), de se sentir soutenu dans son vécu d'un handicap, de vivre des moments partagés (Schauer, 2012), agréables ou bien difficiles (Tomkiewicz, 2001). Par l'aspect manuel, il a aussi été travaillé le potentiel psychomoteur des adolescents, ainsi que le repérage dans la dimension spatiale mais surtout temporelle (Sudres, 2007), de par la structuration même des séances sous forme de carnets de vie, structuration particulièrement importante dans ce moment clé de l'existence. Concernant le rythme de passation (hypothèse 1), on note une amélioration nette du ralentissement et de la perplexité, mais la précipitation reste importante.

Corroborant notre hypothèse, on note également beaucoup de changements au niveau de la construction de la personnalité (hypothèse 2), même rendue complexe de par le handicap (Sudres, 2003) et par la période de vie singulière qu'est l'adolescence. Le travail sur les souvenirs et les événements à venir a permis de mettre en lumière les transitions, agissant ainsi comme une forme de rites de passage (Rodriguez & Troll, 2001). Il a également été capital de mobiliser le lien au corps en changement, grâce aux autoportraits par exemple (Féral, 2015). Nous avons mis l'accent sur l'aspect structuration de l'identité (hypothèse 2), et nous avons pu en constater les effets notamment dans l'amélioration de cette variable à l'AT9, aussi bien dans l'histoire que dans le dessin. Nous avons également pu mettre en exergue

l'enrichissement et l'harmonisation dans les tests projectifs, dans les créations et au cours des observations cliniques, ce qui laisse à penser au développement des ressources disponibles à chacun (Abbott, Shanahan & Neufeld, 2013). Il apparaît également une meilleure accroche à la réalité, au Rorschach ou dans les observations cliniques (hypothèse 4). Nous notons par exemple des préoccupations adolescentes plus centrées sur l'avenir et moins décrochées du monde environnant (moins de persévération, de confabulation), comme l'avancéait une de nos hypothèses. Pour certains adolescents, nous avons pu repérer des traits pathologiques qui semblent avoir été contenus par l'aspect thérapeutique du groupe (Schiltz, 2014), une meilleure assise narcissique (hypothèse 5), notamment dans l'AT9, et un partage émotionnel croissant lié à un épanouissement avec une meilleure tonalité affective au fur et à mesure de l'avancée du groupe (Malley, Dattilo & Gast, 2002). Ces résultats vont également dans le sens des hypothèses de travail. Comme l'a souligné Barbot (2008), l'identité soutient la créativité puisque c'est elle qui permet la création d'une œuvre personnalisée. Mais la créativité oriente aussi la personnalité, la façonne grâce à de meilleures capacités d'élaboration et de symbolisation, comme l'ont montré les analyses groupales et la vignette clinique.

Enfin, comme attendu et évalué par nos hypothèses de recherche, nous notons aussi des effets des séances d'art-thérapie sur les relations interpersonnelles (hypothèse 3), en particulier au niveau de la gestion émotionnelle de l'agressivité, notamment celle tournée vers l'extérieur (Schiltz, 2014), et dans une mesure légèrement moindre, le sentiment de persécution. La fragilité de la représentation de soi caractéristique de l'adolescence amène une légère hausse de l'auto-agressivité mais elle peut être mise en lien avec une difficulté à gérer les mouvements pulsionnels classique à cette période de la vie. Tissier (Tissier, 2005) a bien décrit que le handicap n'empêche pas les caractéristiques adolescentes de relation au monde de s'exprimer.

5.6 Conclusions

Alors que peu de travaux ont été réalisés autour de la prise en charge par l'art-thérapie de adolescents déficients intellectuels, nous pouvons avancer par cette étude qu'une session de huit séances d'art-thérapie structurée avec analyse phénoméno-structurale proposée à des adolescents déficients intellectuels a des effets à la fois dans la construction de leur identité (meilleure structuration de la pensée, émergence de capacités créatrices, harmonieuse et originales, meilleures élaborations des affects et de l'imaginaire, moins d'angoisse) et dans le vécu des relations interpersonnelles (moins d'agressivité tournée vers l'extérieur et légère baisse du sentiment persécutif). Secondairement, la possibilité d'évaluer les effets de changement apportés par l'art-thérapie pour cette population devient effectif.

Il faut toutefois souligner les limites de ce travail. En effet, le groupe d'étude est restreint, et il n'a pas été possible de réaliser un groupe contrôle. Il serait également intéressant de pouvoir travailler d'autres thématiques dans le groupe, par exemple l'angoisse d'abandon, présente chez une majorité des adolescents à la fin de la prise en charge, et qui nécessiterait à part entière un groupe dédié.

Bibliographie

- Abbott, K., Shanahan, M. J., Neufeld, R. (2013). Les tâches artistiques surpassent les tâches non artistiques pour la réduction du stress, *Journal de l'Association Américaine d'Art-Thérapie*, Vol .30, n°2, pp. 71-78.
- Barbot, B. (2008). Structures identitaires et expression créative à l'adolescence, *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 37/4, pp. 483-507.
- Barthélémy, J.-M. (2007). Apports et place de la méthode phénoméno-structurale dans le champ actuel de la psychopathologie et de la psychothérapie, *Psychologie Sociale*, pp. 133-139.
- Barthélémy, J.-M. (2008). Fondements et principes de l'approche qualitative dans la méthode de Rorschach selon l'analyse phénoméno-structurale, *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché du Luxembourg*, pp. 55-65.
- Bonnefon, G. (2010). *Art et lien social. Des pratiques artistiques : pédagogie, créativité et handicap*, Lyon : Chronique Sociale.
- Boulange, L. (1987). *Art et handicap mental*. Liège : CREAHM.
- Brauner, A., Brauner, F. (1991). *J'ai dessiné la guerre : le dessin de l'enfant dans la guerre*, Paris : Groupement de recherches pratiques pour l'enfance.
- Durand Y. (2005). *Une technique d'étude de l'imaginaire : l'AT9*, Paris : L'Harmattan.
- Feral, E. (2015). Approche théorico-clinique du concept d'image du corps, *Le Journal des Psychologues*, n°329, pp. 48-52.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2007). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, New York: Other Press.
- Henley, D. (1987). Art assessment with the handicapped: Clinical, aesthetic and ethical considerations, *Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association*, 4(2), pp. 7- 66.
- Klein, J-P. (1997). *L'art-thérapie*. Paris : PUF.
- Loser, F. (2017). Les ateliers d'art visuel fréquenté par des artistes en situation de handicap : pratiques, enjeux et perspectives, *Le Sociographe*, n°57, pp. I-XII.
- Malley, S. M., Dattilo, J., Gast, D. (2002). Effects of visual arts instruction on the mental health of adults with mental retardation and mental illness, *Mental Retardation*, Vol. 40, n° 4, pp. 278-296.
- Martin Excoffier, L., Schiltz, L., Sudres, J.-L. (2021). Le Handicap : d'histoire en actualités. Quelques rappels, *Les Cahiers de l'Actif*, n°540-541, pp. 205-230.

- Martin Excoffier, L., Schiltz, L., Sudres, J.-L. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ? *Perspectives Psy*, Vol. 61, N°1, pp. 84-92.
- Mille, C., Barthe, E., Bon Saint Come, M., Delhay, M. (2015). Thérapies avec médiations, ou la thérapie par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63, Numéro 5, pp. 332-340.
- Minkowska, F. (1956). *Le Rorschach, à la recherche du monde des formes*, Paris : Desclée de Brouwer.
- Orrado, I. (2017). La médiation artistique. L'accueil du public en situation de handicap, *Psychothérapies*, 2017, Vol. 37, n° 3, pp. 153-160.
- Rodriguez, J., Troll, G. (2001). *L'art-thérapie : Pratiques, techniques et concepts*, Paris : Ellébore.
- Rothenberg, A. (1990). *Creativity and madness: New findings and old stereotypes*, Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Schauder, S. (2012). *Qu'apporte la médiation thérapeutique en situation de handicap ? Art et handicap*, Toulouse : Erès.
- Schiltz, L. (2006). Le monde en blanc dans l'anorexie mentale de la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, pp. 297-303.
- Schiltz, L. (2014). Multimodal arts psychotherapy with adolescents suffering from conduct disorders, *The Arts in Psychotherapy*, pp. 187-192.
- Sudres, J.-L. (2003). La créativité des adolescents : de banalités en aménagements, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51, Numéro 2, pp. 49-61.
- Sudres, J.-L. (2007). *Soigner l'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod.
- Thompson, G., Skewes McFerran, K. (2015). Music therapy with young people who have profound intellectual and developmental disability: Four case studies exploring communication and engagement within musical interactions, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, n°40, pp. 1-11.
- Tissier, G. (2005). *Déficiência intellectuelle et souffrance psychique*, Contraste, Erès, pp. 65-79.
- Tomkiewicz, S. (2001). Du bon usage de la résilience : Quand la résilience se substitue à la fatalité. In M. Mancieux, *La Résilience : Résister et se construire*, Genève : Ed. Médecine et Hygiène, pp.145-151.
- Wigram, A. L. (1988). Music therapy: Developments in mental handicap, *Psychology of Music*, Vol. 16, n°1, pp. 42-51.

**6 Etude n°5 : Adolescents anxieux avec handicap mental. Un dispositif d'art-thérapie
phénoméno-structurale**

(Soumis pour publication dans : *The Canadian Journal of Art Therapy: Research, Practice, and Issues*
// *Revue canadienne d'art-thérapie : recherche, pratique et enjeux*)

Résumé :

Contextualisation : Les effets de l'art thérapie chez les adolescents, y compris chez ceux atteints d'un handicap mental, ne sont plus à démontrer. Mais il existe très peu de travaux ayant pour but d'en évaluer les effets sur les affects anxieux chez les jeunes porteurs d'une déficience intellectuelle.

Objectifs : Il s'agit d'une part de présenter un dispositif art-thérapeutique original et d'autre part d'en étudier les effets sur l'anxiété d'adolescents avec déficience intellectuelle.

Méthode : Elle s'étaye sur deux cas cliniques contrastés. Au terme d'une longue prise en charge institutionnelle, les deux adolescents ont bénéficié d'un dispositif de huit séances d'art-thérapie visant à analyser l'évolution de leur parcours et permettant d'accéder à une préprofessionnalisation. L'exploration repose sur une clinique évaluative en test/retest avec les outils projectifs du Rorschach et de l'AT9.

Résultats : Le dispositif présenté semble judicieux car bien investi par les jeunes et porteur d'effets. Ainsi, bien que l'angoisse reste très présente à la fin du suivi, nous observons des effets tant sur la structuration de la personnalité que sur la gestion des affects anxieux.

Discussion : La gestion des affects anxieux semble liée à la qualité de l'environnement affectif des jeunes. Le jeune ayant une famille soutenance parvient à percevoir des relations interpersonnelles plus chaleureuses, en dépit des éléments agressifs persistants. En revanche, chez l'adolescent carencé, le sentiment d'insécurité persiste avec un vécu de la relation comme menaçante, et il peine à trouver des ressources pour affronter la situation.

Mots clés :

Adolescence - Analyse phénoméno-structurale – Anthropologie - Anxiété - Art-thérapie - Déficience intellectuelle – Evaluation – Rite de passage

Title: Anxious adolescents with mental disabilities. Art-therapy and phenomeno-structural analysis

Abstract:

Contextualization: The effects of art therapy on adolescents, including those with mental disabilities, are well documented. But there is very little research evaluating its effects on anxiety affects in young people with intellectual disabilities.

Aims: They consist, on the one hand, in presenting an original art-therapeutic device and, on the other hand, in studying its effects on the anxiety of adolescents with intellectual disabilities.

Method: It is based on two contrasting clinical cases. After a long period of institutional care, the two adolescents received an eight-session art therapy program aiming at analyzing the evolution of their career path and allowing them to access pre-professionalization. Our exploration is based on an evaluative test/retest procedure based on the projective tools of Rorschach and AT9.

Results: The presented approach appears to be a sound one, as it is well invested by the young people and has positive effects. Thus, although anxiety remains very present at the end of the follow-up, we observe effects both on the structuring of the personality and on the management of the anxious affects.

Discussion: The management of anxious affects seems to be linked to the quality of the young people's emotional environment. Young people with supportive families may perceive warmer interpersonal relationships, despite persistent, aggressive elements. However, adolescents suffering from deprivation still feel insecure, as they have experiences threatening relationships, and they struggle hard to develop new coping resources.

Key words:

Adolescence - Anthropology - Anxiety - Art therapy - Evaluation - Intellectual disability - Phenomeno-structural analysis - Psychological process of socialization

La déficience intellectuelle n'empêche pas le ressenti de l'anxiété, bien au contraire. Certaines recherches indiquent clairement que les personnes souffrant de déficience intellectuelle sont plus à risque de développer des troubles anxieux (Sénécal, Paquet & Rivard, 2011). Par ailleurs, une observation et pratique clinique d'une dizaine d'années dans un Institut Médico Pédagogique (IMP) vient confirmer cela. Dans ce contexte un dispositif d'art-thérapie a été mis en place afin d'étayer et traiter la symptomatologie anxieuse (douleurs abdominales, troubles du sommeil, inquiétude concernant l'avenir, difficultés à se concentrer) des jeunes en instance de départ vers une pré-professionnalisation et une autre institution.

6.1 Intérêts d'une prise en charge art-thérapeutique

Les adolescents sont incessamment confrontés à une dynamique de « médiations existentielles » à l'instar de rites de passage cumulatifs (Sudres & Liénard, 1995). Leur proposer un dispositif de soin art-thérapeutique permet donc de les soutenir, par un étayage combinant le langage verbal et l'expression artistique (Mille, Barthe, Bon Saint Come & Delhaye, 2015 ; Martin Excoffier, Schiltz & Sudres, 2022). D'ailleurs, dans leur revue systématique, Cohen-Yatziv et Regev (2019) ont recensé les études montrant que l'art-thérapie a des effets bénéfiques (tels que l'amélioration des relations sociales, de l'estime de soi et une réduction de l'anxiété), chez les mineurs porteurs de différents handicaps ou ayant des besoins éducatifs spécifiques, ainsi que chez ceux ayant à faire face à des difficultés de la vie.

La création trouve sa place dans la quête identitaire en des « mises en forme imaginaires de soi-même » (Klein, 1997). Masson et Perret (2018) soulignent la ressemblance entre le travail psychique à l'adolescence et le travail de création artistique, les médiations artistiques facilitant les processus de symbolisation et d'élaboration des affects, permettant un accès privilégié aux symptômes.

6.2 Un atelier art-thérapeutique phénoméno-structural : pragmatismes

6.2.1 *Objectifs du dispositif*

Trois objectifs sont visés :

- Aider les jeunes à retracer leurs histoires de vie à l'institut (la mise en historicité),
- Les préparer à se projeter dans la nouvelle phase s'annonçant dans leur parcours de vie,
- Activer leurs potentialités créatives via une dynamique de mouvements intra et inter subjectifs.

6.2.2 Cadre et Procédure

Les adolescents sont accueillis en groupe dans un atelier dédié une fois par semaine durant huit séances. D'une durée unitaire de 90 minutes, elles se structurent ainsi :

- La signature « d'une feuille d'émergence à médiation » accompagnée par la verbalisation des évènements susceptibles d'agir sur son élaboration psychique au sein du groupe,
- Des échanges verbaux autour d'un thème que nous proposons (30 minutes),
- Une centration sur un cahier tenant lieu de « journal de bord thérapeutique », chacun écrivant, dessinant ou collant ce qu'il souhaite conserver de la séance (30 minutes),
- Un dernier tour de table final qui permet à chacun de partager son vécu factuel et affectif.

6.2.3 Thèmes et objectifs des séances

A chaque séance est donc dédié un thème qui correspond à un ou plusieurs objectifs, récapitulés ci-dessous (Cf. Figure 6-1), suivant une progression dictée par le déroulement temporel du parcours dans l'institut.

Figure 6-1 : Tableau – Thèmes des séances d'art-thérapie proposées en fonction de leurs objectifs

Séances	Thèmes	Objectifs
1 ^{ère} séance	Décoration de la première page du cahier « journal de bord thérapeutique »,	Investissement de l'espace d'expression
2 ^{nde} séance	Premiers souvenirs à l'IMP	Exploration du climat affectif à l'arrivée dans l'institut
3 ^{ème} et 4 ^{ème} séances	Meilleurs et pires souvenirs de la vie à l'IMP	Faire revenir un éventail ouvert de moments clés passés, en soutenant leur élaboration dans un mouvement partagé
5 ^{ème} séance	Autoportrait / Qualités et défauts	Evaluer l'image de soi au présent
6 ^{ème} et 7 ^{ème} séances	Projections dans la vie future personnelle, familiale et professionnelle	Exploration du vécu affectif lié aux projections dans le futur

8 ^{ème} séance	Clôture du groupe et partage des émotions au moment de quitter le groupe, et l'IMP	Etayer la séparation : pouvoir se quitter sans risque d'être « englouti » dans le vide et/ou le vécu d'abandon qui suit le temps passé à créer
-------------------------	--	--

6.2.4 Méthode

6.2.4.1 Population

Deux trajectoires d'adolescents représentatifs du groupe ont été retenues après un accord inter juges. Tous deux sont âgés de 14 ans, scolarisés en dernière année dans un IMP, et ont participé au dispositif d'art-thérapie.

6.2.4.2 Procédure

Dans une optique d'évaluation des effets des séances art-thérapeutiques, deux épreuves projectives, en procédure test/re-test ont été réalisées.

Toutes les passations ont été menées en individuel avec une information préalable sur l'anonymat et la possibilité de se rétracter à tout moment. Les personnes concernées ont donné leur consentement libre et éclairé. De plus, le protocole et les données recueillies ont suivi les recommandations éthiques de la déclaration de Helsinki.

6.2.4.3 Outils projectifs

- Le Rorschach. Cette épreuve projective traduit une façon unique de se situer dans l'existence et par rapport à l'autre, s'exprimant à travers une dimension perceptive complétée par la fonction du langage (Barthélémy, 2008)
- L'AT9. Cette épreuve de Durand aux neuf éléments imposés (une chute, une épée, un refuge, un monstre dévorant, quelque chose de cyclique, un personnage, de l'eau, un animal, du feu) complété par un récit, constitue à la fois un outil d'exploration de l'imaginaire, d'approfondissement de la créativité symbolique, et une méthode de connaissance de la personnalité (Durand, 2005).

De plus, le dessin apparaît comme un « outil d'expression et de création de soi qui permet le sentiment apaisant de réalisation de soi » (Vinay, 2020), tout comme le test de Rorschach.

6.3 Rémi... L'anxiété structurelle et une famille soutenance

6.3.1 *La rencontre*

Rémi apparaît comme un adolescent mince et élancé. Face à ses pairs, il peut paraître agaçant, de par la pauvreté de son imaginaire et ses contacts adhésifs. En revanche, il s'excite facilement si des bagarres éclatent, faisant alors preuve de cris incontrôlés avec une voix éraillée et des rires immotivés.

6.3.2 *Les antécédents personnels et familiaux*

C'est durant la dernière année de crèche que le handicap de Rémi, une « dysharmonie psychotique », a été diagnostiqué, et vécu très difficilement par les parents. Ont succédé de nombreux suivis (Jardin d'Enfant Thérapeutique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, ...) jusqu'à son admission à l'institut, à l'âge de 8 ans.

Rémi manifeste depuis son plus jeune âge, des craintes disproportionnées à l'égard des buses, et, par contamination phonémique, des autobus. Sa mère justifie ces peurs intenses par un traumatisme qu'elle a vécu lorsqu'elle était enceinte de Rémi : le décès de sa propre mère. Malgré son mal-être grandissant, elle n'avait pas voulu se faire aider par des professionnels.

6.3.3 *De la nature des troubles aux prises en charge*

Au moment de l'admission de Rémi, le médecin psychiatre a posé le diagnostic d'une « personnalité dysharmonique en cours de construction qui se réfère sans cesse à l'extérieur pour se réassurer ». Son angoisse est si prégnante qu'un travail sur les émotions en général (les reconnaître, y faire face) et sur l'anxiété en particulier est effectué en thérapie verbale. Après 5 années de prise en charge, le même médecin psychiatre décrit une « névrose infantile en formation cicatricielle obsessionnelle d'une organisation psychotique ». Globalement, Rémi se situe dans une attitude de « sortant », capable de penser à l'année suivante avec une maturité émergente.

6.3.4 La pauvreté de la vie psychique

Figure 6-2 : Dessin – AT9 de Rémi réalisé en version test



Voici l'histoire que Rémi raconte après avoir fait son premier dessin à l'AT9 (Cf. Figure 6-2):

« C'est un feu. Il brûle à côté de l'eau. Lui (« Qui ? ») Le personnage, il a mis le feu car il était énervé. Le fantôme, il s'est pris une chute sur la jambe. Il a mal. Ils sont amis. Le chat, il a vu un refuge, il a eu peur. (« Pourquoi ? ») Parce qu'il y a un monstre. Et les deux hommes, ils sont partis en montagne. (« Lesquels ? ») L'homme et le fantôme. »

6.3.5 Les séances groupales

Le cadre de ces séances remplit sa fonction de « gardien de l'ordre » tant l'excitation du groupe peut par moments terrifier Rémi. D'ailleurs dès les premières séances, il parvient à faire part de ses angoisses, se rapportant notamment aux oiseaux. L'émotionnel ne surgit que de manière très bridée par le contrôle intellectuel de la pensée. Puis aux séances suivantes, grâce à des adjectifs qu'il s'attribue, il est capable d'une part d'extérioriser son côté anxieux, d'autre part d'identifier ses relations avec autrui, malgré son retrait relationnel dans les groupes éducatifs et pédagogiques.

Conscient de son départ proche et de son entrée dans le monde de l'apprentissage en Institut Médico Professionnel (IMPRO), Rémi est heureux de pouvoir se projeter dans l'avenir et fait part de trois souhaits de métier, qu'il élabore ainsi :

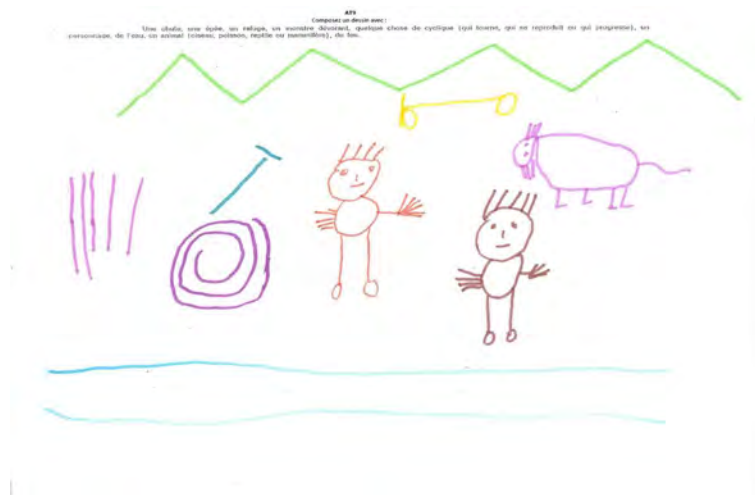
- Balayeur. Le balai agit comme un outil de protection contre d'intenses angoisses d'anéantissement ;
- Policier. Le pistolet de ce représentant de l'ordre devient un objet de protection/défense contre ses angoisses de persécution ;

- Facteur. Délivrer des lettres et des colis dans une relation et un temps bref constitue la socialisation la plus sécurisante.

Enfin, la perspective de quitter le groupe et l'institut amène des sentiments de tristesse, que Rémi peut intégrer en puisant dans ses ressources internes.

6.3.6 La tentative de faire levier aux angoisses

Figure 6-3 : Dessin – AT9 de Rémi réalisé en version re-test



Voici l'histoire qu'il raconte après avoir rendu son second dessin à l'AT9 (Cf. Figure 6-3):

« Le personnage, il tombe du vélo. Il a peur du monstre. Après, il va en montagne. Il voit le feu. Il a peur. Après il appelle les pompiers. Après il prend de l'eau et il essaye d'éteindre le feu un p'tit peu. L'animal a peur du feu. Les pompiers éteignent le feu. L'épée, c'est pour taper le monstre mais le monstre a tapé le personnage. »

La coloration anxieuse est parfois intense et souvent insistante, notamment dans les effets Clob. Les « yeux » et les « griffes », perçus chacun dans sept planches, se combinent dans le sentiment d'une menace persécutrice et persévérante qui se retrouve dans le comportement quotidien, en état d'alerte permanent. Le second Rorschach montre toujours une angoisse persécutrice, mais plus diffuse. Les « yeux » prennent de nouveau de l'importance, mais ils laissent apparaître une capacité de perception nuancée dans l'estompage, qui nous éloigne du caractère inquiétant que pourrait avoir la quasi-omniprésence des « yeux », du premier protocole. En revanche, les « griffes » reviennent de nouveau comme un leitmotiv, laissant entrevoir un maintien des connotations agressives dans un contexte anodin, comme s'il s'agissait d'une pression agressive incessante. Les affects anxieux sont beaucoup plus discrets dans les dessins ; ils sont contrebalancés par des éléments à tendance régressive, qui viennent soutenir le développement des ressources, comme par exemple par l'émergence de la capacité de projection dans

un alter ego ce qui peut paraître encourageant face au trouble anxieux dont il souffre. L'expression des angoisses semble donc totalement dépendante du matériel sur lequel elles peuvent s'exprimer. Toutefois, les innombrables questions de Rémi ont presque cessé, parallèlement à une baisse des angoisses qui initialement le paralysaient .

Aux deux épreuves du Rorschach, aucun contenu humain n'est apparu. Au premier Rorschach, seule une réponse para humaine, anxiogène, est présente, disparaissant en seconde passation. Mais à l'AT9, une représentation humaine semble possible, même si elle se s'avère tardive, fragmentaire et schématisée. Par ailleurs cette représentation comporte des traits souriants et n'exprime donc pas d'affects dépressifs. Globalement, Rémi semble en difficulté concernant la résonance interhumaine et les sollicitations relationnelles, mais l'histoire de l'AT9 se termine dans un élan communautaire positif et inattendu. De plus, si les réponses banales persistent aux mêmes planches, elles revêtent en post-test une grande précision. Rémi semble donc se situer dans une émergence de nouvelles capacités à entrer en résonance communautaire, lui permettant de participer à la pensée collective.

6.4 Kenji... L'expression des affects anxio dépressifs en milieu familial carencé

6.4.1 La rencontre

Garçon à la silhouette maigre et fatiguée, au teint pâle et au comportement nerveux, Kenji est âgé de 13 ans et demi. Sa quête d'affection et d'exclusivité le conduit à entrer en relation avec les adultes par un contact physique trop rapproché et avec les jeunes de son âge par un rôle/une position de souffre-douleur.

6.4.2 Les antécédents personnels et familiaux

Kenji est le troisième enfant d'une fratrie de cinq. Son histoire est parsemée d'interventions de services sociaux et de placements. Une Aide Educative en Milieu Ouvert a mis en évidence une relation fusionnelle entre Kenji et sa mère dans un contexte de désorganisation quotidienne insécurisante, marquée par l'absence du père et de difficultés financières.

Depuis son plus jeune âge, Kenji est suivi en l'hôpital de jour et dans un Centre Médico-Psychologique Infantile pour un « comportement instable » (en fait un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité s'inscrivant davantage dans un processus de défense maniaque) et un échec scolaire.

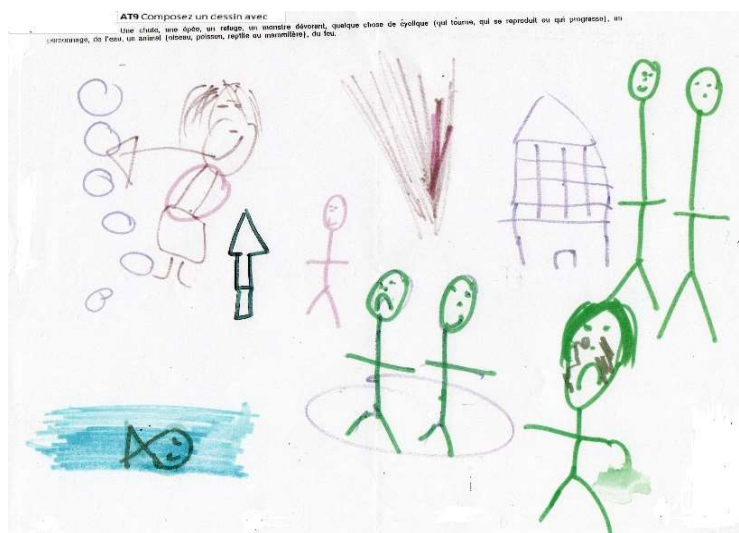
6.4.3 La nature des troubles et historique des prises en charge

Dans le groupe éducatif, les éducateurs évoquent « l'incapacité de Kenji à exprimer son mal-être autrement que par des comportements transgressifs qui le pénalisent », au sein d'une quête affective intense, ainsi que son sentiment persécutif.

Par ailleurs, il a tendance à manifester son anxiété face à la moindre difficulté. Les affects dépressifs de Kenji sont pris en charge sous la forme d'un traitement antidépresseur, afin de pallier des situations régulières de détresse intense, malgré des entretiens de soutien hebdomadaires avec la psychologue. Lors de sa dernière rentrée à l'IMP, il est tellement agité et angoissé que le médecin psychiatre a ajouté à son traitement un neuroleptique destiné à le tranquilliser.

6.4.4 Entre angoisses et mise à distance des affects

Figure 6-4 : Dessin – AT9 de Kenji réalisé en version test



Une fois le dessin réalisé (Cf. Figure 66-4), voilà l'histoire que Kenji raconte :

« Il était une fois un monstre qui mange beaucoup de cailloux, la chute. Et après y'a Shrek qui arrive (« Tu parles de l'ogre du dessin animé ? »). Oui. Il fait tourner le tourniquet parce que y'a deux enfants qui sont là (« Quels enfants ? ») Ceux de Shrek. Après le refuge, il prend feu. Y'a les pompiers qui arrivent et il y a un personnage (ajouté au moment de l'histoire) qui prend l'épée et tue le poisson. Non, il le pêche, pour le manger. Le refuge est tout cramé. Le monstre est vivant. Bah ... il est trop gros car il a trop mangé. Le personnage a mangé le poisson et les enfants de Shrek ont grandi, beaucoup grandi, et le Shrek il devient un vieux pépé avec sa canne. »

6.4.5 Les séances groupales

Dès les premières séances, Kenji exprime son identité, agrémentée de fresques stéréotypées réductrices d'angoisse, et d'une référence à sa radio fétiche, servant d'extériorisation à son angoisse. Il se montre capable d'évoquer ses sentiments, nuancés ou envahissants (peur, solitude), ayant marqué son arrivée.

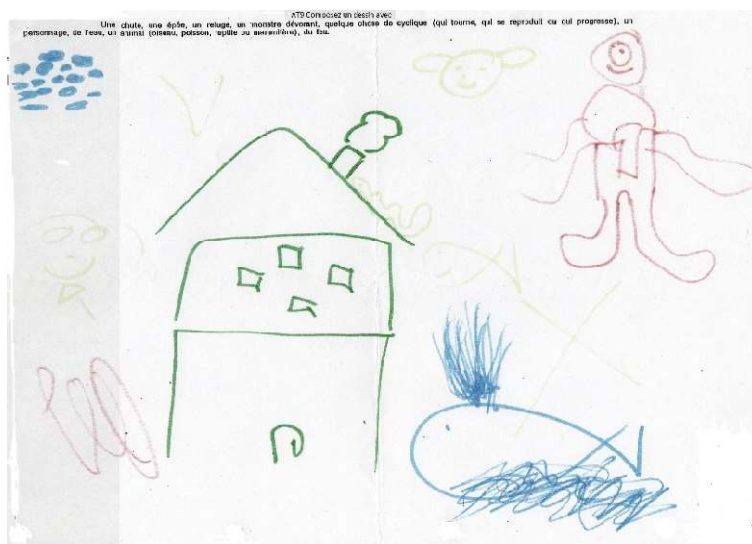
La cinquième séance est à l'origine de trois autoportraits caractérisés par la prégnance du sentiment identitaire. A chaque fois y figure son numéro de téléphone, « afin que nous puissions le joindre ». Dans une confusion entre ce qui lui appartient, sur le cahier, et ce qu'il va laisser à l'institut, Kenji exprime le fort besoin de maintenance d'un lien « anti-abandon ».

La pensée d'être une personne « pénible » s'insinue et semble ravivée dans ce contexte. D'ailleurs, il choisit des adjectifs qu'il juge négatifs pour se décrire : « fatigué, triste, coléreux, jaloux ». En fait, ils reflètent une faible estime de soi et une conscience de ses faiblesses dans les relations interpersonnelles.

Finalement, il parvient à élaborer ses affects et il exprime sa tristesse liée à la perspective de quitter l'établissement, avec une représentation du départ qui reste source d'un sentiment d'insécurité pour lui.

6.4.6 Re-test...Contenir l'angoisse

Figure 6-5 : Dessin – AT9 de Kenji réalisé en version re-test



Voici l'histoire que propose Kenji pour accompagner son dessin (Cf. Figure 6-5) :

« Alors, il était une fois un refuge avec un personnage qui vit dedans et le personnage s'appelle Mickey. Et pendant la nuit, il y a eu une chute d'avalanche. Et après il y a eu beaucoup d'eau par terre. Et

après il a vu une baleine et un poisson. Après, pendant la nuit, il y a eu le feu dans le refuge et Mickey a eu de la chance parce que l'eau est remontée et a éteint le feu. Et le lendemain matin, le monstre géant arrive et après il a trouvé un poisson et une baleine et il a mangé le poisson et la baleine. Et après quand Mickey s'est réveillé, Mickey était content. »

Dans sa relation à l'autre avec nous, Kenji tente de minimaliser au moyen de sourires sa lutte contre l'angoisse. Sa description du refuge semble toujours insécure, en écho à la mauvaise qualité des relations avec ses parents. De plus, les animaux apparaissent soit humanisés, soit servant de nourriture, pour que l'histoire perde son caractère menaçant.

Dès la première passation, les angoisses de Kenji font appel à des capacités de restauration variées et qui dépendent du matériel utilisé : l'appel au conte « le Loup et les sept Chevreux », la réversibilité de la mort à l'AT9 ; ou bien le retournement de la planche, la confabulation, la pensée magique, relique de ses croyances infantiles, au Rorschach. Ainsi, Kenji est souvent confronté à des réactions affectives anxieuses, disposant de quelques ressources, même si celles-ci peuvent amener une dégradation de la tâche ou bien s'avérer éphémères. Pour cela il met en œuvre un contrôle intellectuel, garant des capacités de restauration, qui, bien que parfois défaillant, joue un rôle de mise à distance ponctuel vis-à-vis de l'angoisse.

D'ailleurs, la qualité de la forme s'est légèrement dégradée depuis la première passation, probablement au profit de l'expression de l'angoisse de dévoration, ou bien liée à des êtres humains perçus comme menaçants ou persécuteurs. Malheureusement, Kenji ne réussit que difficilement à s'apaiser.

Des réponses banales peuvent également émerger. Toutefois, sa capacité de représentation mentale des humains demeure défaillante et inquiétante. Survient spontanément une réponse aux registres emmêlés, avec des personnages représentant simultanément des enfants et des adultes, symbolisant la lutte psychique d'un adolescent pris entre le monde de l'enfance et celui des adultes. Les contenus humains sont totalement absents au Rorschach et ne sont ajoutés que très secondairement au dessin de l'AT9, ce qui éloigne l'appréciation diagnostique des traits névrotiques de la personnalité et apparaît inquiétant pour la suite.

Enfin, il est important de noter que les affects dépressifs de la première passation ne se retrouvent pas dans la passation ultérieure des tests.

6.5 Discussion

Dans les deux études de cas, nous voyons une évolution des parcours de Rémi et de Kenji, à partir d'éléments s'imbriquant pour nous soumettre une organisation structurelle de leur personnalité (Barthélémy, 2007). Tous les deux ont beaucoup investi la médiation art-thérapeutique proposée. Celle-ci semble est donc bien judicieuse (Mille, Barthe, Bon Saint Come & Delhaye, 2015 ; Martin Excoffier, Schiltz & Sudres, 2022).

Les affects dépressifs n'étaient pas présents chez Rémi. Alors qu'ils étaient massifs en première passation, ils ont également quasiment disparu dans les secondes épreuves chez Kenji, démontrant ainsi une amélioration et une stabilisation de son humeur (Wawrzyniak & Schmit, 2008 ; Laroque & Sudres, 2015). En revanche, l'anxiété est toujours très présente chez les deux adolescents. Rémi fait part d'énormément d'éléments de type agressif de manière persévérative. De plus, il peine à accéder à la représentation humaine. Mais, lorsqu'il y arrive, il est très prometteur de voir que les relations interpersonnelles sont vécues de manière un peu plus chaleureuse, avec une représentation de soi et d'autrui plus conforme avec la réalité (Schiltz, 2020). Pour Kenji, les affects dépressifs ont grandement diminué. Par contre, son anxiété semble avoir cru. Là où il aurait pu trouver des ressources, il perçoit de l'insécurité, comme on pouvait le craindre au vu de son histoire de vie. Son angoisse de dévoration est très prégnante, et les êtres humains perçus ou représentés sont menaçants, et il lui est difficile de déployer des ressources.

6.6 Conclusion

Notre dispositif en huit séances constitue « un activateur processuel » tant pour la structuration de la personnalité que la gestion des affects anxieux. Bien que l'angoisse soit très présente pour chacun des deux adolescents, nous observons, de part et d'autre, une capacité à ne pas sombrer dans des pathologies encore plus lourdes que la déficience intellectuelle et les troubles qui y sont associés. « La limite de l'état et l'état de la limite » sont sollicités aux confins des stratégies de coping mobilisées (Masterson, 1981 ; Sudres, 2005).

Autrement dit, dans les périodes de rupture avec réactivation des schémas cognitifs de perte et d'abandon, la prise en charge en art-thérapie des adolescents déficients intellectuels permet un vécu de reviviscence en condensé des phases schizo-paranoïde et dépressive dont le devenir paraît dépendant de la contenance rencontrée (Masterson, 1971).

Bibliographie

- Barthélémy, J.-M. (2007). Apports et place de la méthode phénoméno-structurale dans le champ actuel de la psychopathologie et de la psychothérapie, *Psychologie Sociale*, pp. 133-139.
- Brun, A. (2016). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques, *Cliniques*, N°11, pp. 16-44.
- Cohen-Yatziv, L. & Regev, D. (2019). Efficacité et apport du travail d'art-thérapie auprès des enfants en 2018- quels progrès ont été réalisés jusqu'à présent ? Une revue systématique, *Revue internationale d'art-thérapie*, Vol. 24, pp. 100-112.
- Durand, Y. (2005) *Une technique d'étude de l'imaginaire : l'AT9*, Paris : L'Harmattan.
- Gremillet, C. (2017). « Jeux de mots » ou les tribulations d'un groupe en devenir, *Le journal des psychologues*, n°346, pp 3-78.
- Gussak, D. & Rosal, M. (2015). *The Wiley Handbook of Art Therapy*, Eds Wiley Blackwell.
- Klein, J-P. (1997). *L'art-thérapie*, Paris : PUF.
- Laroque, F., Sudres, J.-L. (2015). Le patient dépressif en art-thérapie : évaluation des bénéfices et recommandations pratiques, *Annales Médico-Psychologiques*, 173, pp. 541-546.
- Martin Excoffier, L., Schiltz, L, & Sudres, J-L. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ? *Perspectives Psy*, Vol. 61, N°1, pp. 84-92.
- Masson, C., Perret, A. (2018). Dispositif psycho-artistique (médiation par l'artiste). Présentation d'un dispositif d'ateliers artistiques mis en place dans une institution de soin pour adolescents, *Bulletin de Psychologie*, N°553, pp. 545-553.
- Mille, C., Barthe, E., Bon Saint Come, M. & Delhaye, M. (2015). Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63, Numéro 5, pp. 332-340.
- Orrado, I. (2017). La médiation artistique. L'accueil du public en situation de handicap, *Psychothérapies*, Vol. 37, N°3, pp. 153-160.

7 Conclusions Générales

7.1 Notules réflexives

La définition du handicap, comme nous l'avons vu, s'avère particulièrement méandreuse et au cœur des débats depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. Dans ce contexte il aurait été étonnant que les considérations de la scolarisation des enfants et adolescents porteurs d'une déficience intellectuelle soient simples. Et pourtant elles sont capitales, car au centre du développement cognitif, émotionnel, relationnel, mais également de la structuration de la personnalité des jeunes. La question de la norme sous-jacente est terriblement stigmatisante, mais peut-être un peu moins dans les établissements spécialisés, « loin des espaces ségrégatifs » (Raoult, 2019) qu'on leur prête parfois, où une autre norme émerge, plus adaptée, plus inclusive, qui tient compte de la déficience, mais aussi des difficultés de chacun. Après la phase de diagnostic, l'accès à l'IMP est souvent vécu comme un soulagement, une reconnaissance, que les professionnels se doivent d'accompagner, aussi bien auprès des familles qu'auprès du jeune (Delforge, Doornaet, Parisel, Verbiste, 2014). Alors bien sûr, la perspective de changer d'établissement, après quelques années de prises en charge les plus soutenantes possibles, avec à la clé une intégration dans un milieu professionnel, qui signe un engagement du jeune en société (Vinay, 2017), même en milieu adapté, apparaît particulièrement angoissante pour ces jeunes qui tentent de se conformer, tout au moins lorsque leurs disponibilités psychiques le leur permettent et s'ils ne souffrent pas de troubles associés qui les en empêchent.

En effet, l'adolescence est une période particulièrement fragilisante, pour tout adolescent et encore plus pour celles et ceux qui sont confrontés au handicap de la déficience intellectuelle. Ce passage ritualisé, entre l'enfance et l'âge adulte, est parcouru d'expériences de continuité/discontinuité (Emmanuelli, Azoulay, 2009). Il se doit parfois d'être étayant pour soulager au maximum les psychés de ces être fragiles en devenir, et nécessite des prises en charge, complexes, au plus près des personnes, pour viser un épanouissement. C'est ainsi qu'émerge l'idée d'une médiation, puisque l'adolescence est médiation (Lapointe, 2022), et la proposition d'une prise en charge groupale (Marcelli et Braconnier, 2013 ; Pelletier et Lambert, 2023), pour calmement passer du « nous » au « je » sans se sentir trop en difficulté, et pour s'exprimer dans un environnement bienveillant au cœur d'un cadre qui s'y prête, loin des taquineries plus ou moins bien instillées et perçues typiques de cet âge.

Le besoin d'un cadre théorique nous a mené vers la perspective phénoméno-structurale, dans sa version emprunte de modernité, tant elle apparaît judicieuse pour donner du sens aux créations art-thérapeutiques. La compréhension du vécu singulier du patient, depuis l'observation des phénomènes jusqu'à la mise en structure de l'organisation psychique de l'adolescent (Barthélémy, 1994), a été permise par une méthodologie quantitative et qualitative intégrée, grâce aux grilles d'analyses de contenu

(Rorschach, dessin, histoire) développées par L. Schiltz (2006b), qui constituent un véritable outil de recherche complémentaire aux méthodes classiques. Il est mis en avant que l'analyse de la production artistique complète particulièrement bien les apports des tests projectifs, notamment l'épreuve de Rorschach. Il s'agit toujours d'être au plus près de l'adolescent et de ses créations, de par une méthode reconnue et en plein essor, mais sans basculer dans une technicité propre à d'autres approches d'obédiences plus scientifiques, qui risqueraient de mettre à mal une alliance thérapeutique sur le fil de l'adolescence, éprouvée dans cette mise en contact respectueuse des défenses que permet l'art-thérapie.

7.2 Synopsis des résultats

Ce travail de Thèse sur « Déficience intellectuelle, adolescence et art-thérapie : d'une approche phénoméno-structurale à un dispositif médiatisé » nous permet de synthétiser les résultats dans le tableau synoptique ci-dessous (Cf/ Figure 7-1) :

Figure 7-1 : Tableau – Synopsis des différents résultats en fonction des objectifs fixés

Etude	Objectifs	Résultats
N°1 : « Le handicap, d'histoires en actualités. Quelques rappels »	Revue de littérature sur le handicap, en particulier concernant la scolarisation des adolescents souffrant de déficience intellectuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre entre une personnalité et un environnement qui doit s'adapter au handicap - Prise en charge complexe et pluridisciplinaire - Scolarisation paradoxale entre milieu ordinaire/spécialisé, inclusion/exclusion - Grande influence sur la construction identitaire, particulièrement à l'adolescence en cours de passage de l'enfance à l'âge adulte

<p>N°2 : « L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ? »</p>	<p>Etablir le rôle de l'art-thérapie, notamment groupale, dans le but de soutenir le développement identitaire des adolescents porteurs de déficience intellectuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Passage de l'enfance à l'âge adulte parfois difficile, notamment en cas de handicap -Prise en charge alors nécessaire - Importance de la médiation à l'adolescence, ainsi que de la prise en charge groupale - Art-thérapie étayante pour vivre les changements inhérents à cet âge / ce type de handicap et construire une identité d'adulte -Soutien notamment la construction de la personnalité, la socialisation, la maturation affective, qui peuvent être évaluées par les tests projectifs
<p>N°3 : « La méthode d'analyse phénoménologique structurale : Approches psychopathologique, projective et créative »</p>	<p>Comprendre l'apport de l'approche phénoménologique structurale dans la compréhension des patients suivis en art-thérapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode en essor, au cœur de la compréhension des patients, aussi bien sur le plan de l'analyse des tests projectifs et que sur celui des œuvres produites en art-thérapie - Permet d'étudier le cas d'Antoine et d'observer : <ul style="list-style-type: none"> * comportement plus posé * disparition de la stupeur * moins de persévération * amélioration de la socialisation * distanciation du discours * meilleure élaboration imaginaire * meilleures capacités de mentalisation Mais envahissement par les angoisses.

<p>N°4 : « Art-thérapie et adolescents déficients intellectuels, élaboration d'un dispositif et évaluation par la méthode d'analyse phénoméno-structurale »</p>	<p>Elaborer et évaluer le dispositif art-thérapeutique proposé, de manière quantitative et qualitative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Moins d'anxiété à entrer et rester dans l'épreuve, meilleure gestion du temps - Développement des capacités de structuration de la personnalité - Baisse de l'agressivité tournée vers l'extérieur / Hausse de l'agressivité adaptée ou bien tournée vers le corps propre - Meilleur contrôle émotionnel notamment dans les relations interpersonnelles - Meilleure accroche à la réalité - Meilleure capacité de projection - Capacité naissante d'élaboration imaginaire
<p>N°5 : « Adolescents anxieux avec handicap mental. Un dispositif d'art-thérapie phénoméno-structurale »</p>	<p>Evaluer les effets du dispositif sur les affects anxieux de deux adolescents aux profils contrastés (famille soutenante (FS) vs famille carencée (FC))</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'humeur -Anxiété toujours présente : <ul style="list-style-type: none"> * persévération des éléments agressifs (FS) * perception d'insécurité, angoisse de dévoration (FC) - Difficulté d'accès à la représentation humaine et aux relations interpersonnelles : <ul style="list-style-type: none"> * améliorée, un peu plus chaleureuse, perception de soi et d'autrui plus conformes à la réalités (FS) * menaçantes, très peu de ressources (FC)

En résumé :

- Le handicap nécessite une prise en charge complexe, avec une attention toute particulière portée à la scolarisation des adolescents déficients intellectuels au sortir d'un IMP, dans un moment clé où se construit la personnalité.
- Le rite du passage de l'enfance à l'âge adulte peut être soutenu, tout comme le changement de structure institutionnelle, lorsque le besoin se fait sentir, par une médiation art-thérapeutique, notamment en groupe, en veillant à étayer le développement identitaire chez ces adolescents.
- L'approche phénoméno-structurale est particulièrement indiquée dans ce type de prise en charge, afin d'observer activement nos patients, observations s'organisant ensuite en structures. Elle permet, dans

un même élan, de comprendre les œuvres réalisées par les adolescents et recueillies, et d'analyser les résultats obtenus aux tests projectifs proposés à ces mêmes jeunes.

- Dans son évaluation, le dispositif proposé apparaît judicieux car il montre un certain nombre de résultats positifs au niveau de nos variables : structuration de la personnalité et gestion des relations interpersonnelles.

- De manière complémentaire, il fait preuve d'un impact sur les affects anxieux. Toutefois, pour qu'il soit positif, il faut que l'entourage du jeune concerné soit capable d'un étayage ; le jeune issu d'un milieu carencé ayant montré, au contraire, une omniprésence d'affects anxieux et une quasi absence de ressources pour y faire face.

7.3 Originalité

Notre travail (5 études) apporte de l'originalité à plusieurs niveaux :

- Son dispositif : à notre connaissance, il n'existe pas de dispositif comme le nôtre, qui fonctionne à partir d'un journal de bord/cahier de vie thérapeutiques. Il est donc novateur, ce qui a permis d'observer des effets attendus ou non, de nous ajuster aux vécus des adolescents au fur et à mesure du déroulement du dispositif. Il permet aussi une ouverture vers d'autres ateliers qui se voudraient similaires. Des études pourraient le tester avec de nouvelles variables, notamment concernant l'image de soi, que nous avons effleuré avec les autoportraits et les portraits en adjectifs, ou bien avec des populations souffrant d'autres problématiques (motrices, spectre autistique, obésité...), dans le but de réaliser de nouvelles études comparatives avec des adolescents souffrant d'autres formes de problématiques.

- Son thème : il n'existe quasiment pas de travaux réalisés sur les adolescents déficients intellectuels et leur prise en charge par l'art-thérapie. Cependant, alors que les lois sur leur scolarisation évoluent, leur souffrance persiste lors des changements d'établissements et notre étude est porteuse d'une proposition pour tenter d'y remédier.

- Son obédience : l'approche phénoméno structurale, certes en plein essor, est encore peu choisie alors qu'elle est très pertinente dans le type d'étude que nous proposons. Premièrement, elle se marie particulièrement bien avec le principe des études de cas présentées, Fernandez (2020) précisant de celles-ci qu'elles sont « une retranscription de l'observation fine des individus et de leur histoire », un principe clé de la méthode phénoménologique. De plus, cette méthode propose à présent, en plus d'une approche de la singularité de la personne, une approche statistique reconnue. Elle permet donc des résultats qualitatifs et quantitatifs intégrés, ces derniers pouvant être approfondis dans une prochaine étude. Ceci

lui confère une véritable valeur scientifique, Raoult (2006) précisant toutefois qu' « aucune pratique clinique ne peut se réclamer d'une plus grande légitimité scientifique qu'une autre ».

7.4 Discussions

Le dispositif art-thérapeutique proposé a apporté des résultats intéressants. Chaque adolescent semble avoir trouvé une place dans ce groupe bienveillant, dans un espace transitionnel accueillant et à l'écoute. Ce groupe a permis aux jeunes une excellente qualité d'échange par mots, maux ou créations artistiques interposés : « l'acte créateur est parole en soi » (Klein, 1993). Il a également permis aux professionnels une très appréciable mise en élaboration à partir des matériaux psychiques et des supports physiques constitués par les œuvres, mises en scène dans le support proposé et partagées par chacun (Carrard, Reiner, Haenni, Anzules, Muller-Pinget, Golay, 2012). Le handicap a souvent été mis de côté grâce à une créativité riche, même chez les jeunes les plus en difficulté à tous niveaux (psychomoteur, cognitif, imaginaire, communicatif...). L'idée d'un journal de bord thérapeutique s'est avérée probante, apprécié par les adolescents et judicieux pour dérouler le fil du temps passé à l'institut et les projections dans l'avenir. La réalisation d'œuvres créatrices, en particulier des dessins, aussi bien dirigés (AT9) que libres (dans le cahier de vie), permet à chacun de vivre « le sentiment d'avoir existé un jour » et d'en laisser une trace (Vinay, 2020). La mise en mot, en dessin, en collage ou tout autre média a permis aux jeunes de se poser et de réfléchir, avec un étayage du groupe qui n'a jamais failli. Certes, il s'agit d'une étude exploratoire qui s'aventure sur un terrain méconnu, et avec un groupe trop restreint pour tirer des conclusions définitives, mais nos résultats, à petite échelle semblent positifs. Par exemple, peut-être qu'un petit groupe a rendu les échanges (les jeunes se connaissaient plus ou moins avant les séances groupales) plus faciles que dans un grand groupe dans lequel l'expression verbale et créative pourrait s'avérer plus compliquée. En tout cas il n'a fallu que quelques dizaines de minutes lors de la première séance pour que les jeunes se sentent « privilégiés » d'être présent dans cet atelier, et qu'ils se sentent liés les uns aux autres par une même problématique : celle d'être des « sortants », qui se doivent entraide et respect.

Certaines variables étudiées, aussi bien au niveau du groupe que dans l'étude de cas, ont connu des changements entre le test et le re-test, sur deux axes. D'une part, elles ont montré un impact positif sur la structuration de la personnalité (avec notamment de meilleures mises en œuvre des ressources, capacités d'élaboration, assise narcissique et accroche à la réalité). D'autre part, elles mettent en exergue une évolution positive de la manière de gérer émotionnellement les relations interpersonnelles, avec une baisse de l'hétéro-agressivité et du sentiment de persécution, présents chez la plupart de nos adolescents en phase de prétest.

Une autre variable a abouti à des hypothèses importantes. Toute cette portance du groupe permet la mise en évidence et l'expression d'affects anxieux. Ceux-ci s'avèrent présents chez l'ensemble des jeunes du groupe. En revanche, ils ne sont pas gérés de la même façon chez nos deux adolescents aux profils contrastés. En effet, alors que la famille soutenance permet la mise en œuvre de ressources qui influent positivement sur la perception des relations humaines, la famille carencée impacte douloureusement sur le sentiment d'insécurité dans les relations interpersonnelles.

Ainsi, tous les résultats de notre étude sont à nuancer en prenant en compte ce paramètre : le vécu de cette rupture, à la fois d'avec l'enfance pour entrer dans l'adolescence, et d'avec l'IMP pour se tourner vers un IMPro, implique une réactualisation des phases schizo-paranoïde et dépressive du jeune enfant, qu'il revit par l'art, et dont la reviviscence dépend grandement de la capacité des familles à étayer leur jeune.

7.5 Limites du travail de recherche

Il y a toutefois des réserves à émettre sur notre étude, mais aussi des points qui pourraient venir étayer des recherches futures :

- Le nombre de participants au groupe s'est avéré être trop faible pour des études de statistiques approfondies, même non paramétriques. Seuls des histogrammes ont pu être réalisés. Toutefois, le dispositif étant standardisé, il serait possible à l'avenir de le reproduire pour obtenir plus de résultats à traiter. Il serait également judicieux de proposer une prise en charge par un groupe témoin, afin d'obtenir des possibilités de comparaisons.
- Comme nous l'avons vu, les affects anxieux, correspondant le plus souvent à un vécu chronique d'insécurité (Fernandez, 2017), notamment chez les adolescents carencés, sont difficiles à diminuer, voire à faire disparaître. Peut-être qu'en associant une musicothérapie réceptive, avec une écoute de musique apaisante pendant les phases de création, nous pourrions aider les jeunes à se sentir moins angoissés. En effet, la musique a prouvé sa valeur auprès d'une population très diversifiée. On sait que chez les adolescents, la musique soutient la régulation émotionnelle, et permet d'atténuer la gravité des problèmes physiques ou mentaux ; elle assure également le ressenti d'une plus grande tranquillité, d'un retour de la communication, d'un vécu de la sensation de plaisir..., qui pourraient être grandement propice au groupe de jeunes de notre étude pour qui ces moments simples sont parfois très complexes mais salvateurs. En effet, des auteurs se penchent de plus en plus sur le rôle de la musique sur le cerveau. Il est maintenant prouvé que la musique libère de la dopamine dans les synapses, ce qui permet de se sentir

moins fatigué, d'améliorer le sommeil, d'aider à stimuler les pensées, de faciliter l'attention et la mémoire, ainsi que toutes les grandes fonctions cérébrales (Platel, 2014).

- Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer les effets du dispositif en follow up. Dans une prochaine étude, il serait intéressant de refaire passer un AT9 et une épreuve de Rorschach aux adolescents après avoir qu'ils aient passé quelques mois dans leur nouvelle structure, pour étudier comment la structuration de la personnalité, la gestion des relations interpersonnelles et les affects anxieux ont continué d'évoluer.
- Il convient toutefois de souligner que tout accompagnement psychothérapique, notamment par des médiations thérapeutiques/art-thérapies requiert du temps et une méthodologie mixte souvent difficile à accommoder avec les exigences temporelles d'une Thèse.

7.6 Ouvertures et perspectives d'avenir : des recommandations de bonnes pratiques

Notre recherche, bien que reposant sur un échantillon restreint, permet l'expression de recommandations de bonnes pratiques (Cf. Figure 7-2):

Figure 7-2 : Tableau – Synopsis des bonnes pratiques art-thérapeutiques chez les adolescents déficients intellectuels

Objectifs	Mise en historicité et en prospective Activation des potentialités créatives Etayage à la structuration de la personnalité et de ses temps de passage Optimisation des relations intrapersonnelles et interpersonnelles Elaboration des affects anxio-dépressifs
Posture du praticien	Bienveillance Contenance du cadre du groupe Sollicitation de l'expression et de la créativité de chacun Apports ponctuels de techniques artistiques Respect des rythmes (résistances et réactances) de chacun
Dispositif	8 adolescents maximum Garantie de la confidentialité Respect de l'autre et de ses créations Partage des œuvres encouragé mais non obligatoire

Cadre spatial et temporel	Séances hebdomadaires de 90 minutes Total de 8 séances minimum Adaptation temporelle au rythme de vie des adolescents
Contenu des œuvres	Pas de visée esthétique Matériel très varié et simple d'utilisation, médiations diverses

Il reste, au final, encore quelques points à souligner :

- Cette étude met l'accent sur le besoin d'établir une transition en souplesse entre l'IMP et les structures professionnalisantes. L'art-thérapie est une des manières d'élaborer ce changement, ce chamboulement. Bien qu'ils aient plus de 14 ans, les adolescents concernés font preuve d'une immaturité affective qui les fragilise d'autant plus qu'en contrebalancement, leur rationalité intellectuelle ne peut se mettre en œuvre sans difficultés compte tenu de la déficience intellectuelle dont ils sont porteurs.
- Il apparaît également important d'effectuer autant que possible un travail de dialogue avec les familles. En effet, nous avons vu que la manière dont les jeunes parviennent à gérer leurs affects anxieux dépend directement de l'entourage familial dont ils bénéficient. Certaines familles, très en difficulté, peinent à soutenir leur enfant et il nous incombe d'échanger avec eux le plus régulièrement, et avec le plus de bienveillance possible, pour qu'ils soient un peu plus en mesure d'étayer leur adolescent.
- L'adolescence, en tant que période de fragilité, est un moment charnière dans le développement. Nous avons vu que la proposition d'un groupe art-thérapeutique permet aussi aux jeunes déficients intellectuels aux structures de personnalité fragiles, de ne pas sombrer dans des troubles plus graves que ceux dont ils souffrent déjà. Il s'agit là d'un point intéressant pour les équipes en charge de ces jeunes, qui souffrent souvent devant la décompensation des adolescents les plus fragiles, notamment vers des troubles du comportement. Il semble exister, de par la teneur de ce dispositif, un effet précieux de stabilisation des troubles psychiques.

8 Bibliographie

- Abbott, K., Shanahan, M. J., Neufeld, R. (2013). Les tâches artistiques surpassent les tâches non artistiques pour la réduction du stress, *Journal de l'Association Américaine d'Art-Thérapie*, Vol .30, n°2, pp. 71-78.
- Ahovi, J., Rose Moro, M. (2010). Rites de passage et adolescence, *Adolescence*, 4, pp. 861-871.
- Assouly-Piquet, C., Berthiez-Vittoz, F. (1994). *Regard sur le handicap*, Ed. Hommes et perceptions
- Atalay, M. (2007). Psychology of crisis: an overall account of the psychology of Erikson, *Ekev Academic Review*, Vol. 11, pp. 15-34.
- Ayouch, S. (2017). Normes et diversités, le défi contemporain, *Le Journal des Psychologues*, n° 346, pp. 18-22.
- Bamseck Bamseck, F. de V. (2010). *Approche phénoméno-structurale des altérations dans les représentations corporelles et identitaires chez des personnes infectées par le VIH*, [Thèse de doctorat en psychologie, Université de Chambéry].
- Barbe, R. (2016). Quelle aire transitionnelle pour traiter les adolescents ? *Psychothérapies*, Vol.36, pp. 211-212.
- Barbot, B. (2008). Structures identitaires et expression créative à l'adolescence, *Identités et orientations*, 37/4, pp. 483-507.
- Barthélémy, J.-M. (1987). *L'analyse phénoméno-structurale dans l'étude psychologique des alcooliques*, Toulouse : Erès.
- Barthélémy, J.-M. (1994). Processus, évolution et structure mentale, *Bulletin de psychologie*, Tome XLVII, N°416, pp. 473-476.
- Barthélémy, J.-M. (2000). Apports de la psychopathologie structurale à la compréhension du mécanisme essentiel du lien dans le monde des formes expressives, *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, IV, 41, pp. 14-17.
- Barthélémy, J.-M. (2007). Apports et place de la méthode phénoméno-structurale dans le champ actuel de la psychopathologie et de la psychothérapie, *Psychologie Sociale*, pp. 133-139.
- Barthélémy, J.-M. (2008). Fondements et principes de l'approche qualitative dans la méthode de Rorschach selon l'analyse phénoméno-structurale. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché du Luxembourg*, pp. 55-65.
- Bass, H.-P., Kristeva, J. (2011). L'humanisme au regard du handicap, *Le Journal des Psychologues*, n° 291, pp.22-28.
- Bass, H.-P., Scelles, R. (2011). Le handicap au sein de la famille, *Le Journal des Psychologues*, n° 291, pp.18-21.

- Beh-Pajoo, A., Abdollahi, A., & Hosseinian, S. (2018). The effectiveness of painting therapy program for the treatment of externalizing behaviors in children with intellectual disability, *Vulnerable Children & Youth Studies*, Vol 13, Issue 3, pp. 221-227
- Berman, A. M., Schwartz, S. J., Kurtines, W. M., & Berman, S. L. (2001). The process of exploration in identity formation: The role of style and competence, *Journal of Adolescence*, 24, pp. 513-528.
- Bion, W. (1961). *Experiences in groups and other papers*, London: Tavistock.
- Blaevoet, J.-P. (1982). Etude par le Rorschach de l'influence d'une psychothérapie individuelle sur l'évolution d'enfants de l'aide sociale à l'enfance, *Psychologie clinique et projective*, pp. 111-116.
- Blanchard, S., Vrignaud, P., Lallemand, N., Dosnon, O., & Wach, M. (1997). Validation de l'échelle de motivation en éducation auprès de lycéens français, *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 22, pp. 85-108.
- Blomart, J., Boland, I. (1990). L'évolution de la représentation de soi au test de Rorschach au cours de l'adolescence, *Psychologie clinique et projective*, n°34, pp. 129-143.
- Bodin, R. (2018). *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Ed. La dispute.
- Bonnefon, G. (2006). *De l'institution à l'insertion professionnelle, Le difficile parcours des jeunes déficients intellectuels*, Érès.
- Bonnefon, G. (2010). *Art et lien social : Des pratiques artistiques : pédagogie, créativité et handicap*, Lyon : Chronique Sociale.
- Bonnet, A., Fernandez, L. (2017). Chapitre 2. La psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, in *23 grandes notions de Psychopathologie. Enfant, adolescent, adulte et personne âgée*, Paris : Dunod, pp. 49-118.
- Bosma, H. A. (1994). Le développement de l'identité à l'adolescence, *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 23, pp. 291-311.
- Boulange, L. (1987). *Art et handicap mental*. Liège : CREAHM.
- Brauner, A., Brauner, F. (1991). *J'ai dessiné la guerre : le dessin de l'enfant dans la guerre*, Paris : Groupement de recherches pratiques pour l'enfance.
- Brun, A. (2016). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques, *Cliniques*, N°11, pp. 16-44.
- Brun, P., Mellier, D. (2016). L'inclusion scolaire de l'enfant handicapé : un éclairage de la psychologie du développement, *Bulletin de psychologie*, n° 544, pp. 253-266.
- Cabestan, P. (2003). *Introduction à la phénoménologie*, Paris : Ellipses.

- Camberlein, P. (2019). *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris : Dunod.
- Canguilhem, G. (1952) La connaissance de la vie, Vrin, cité par == Arcache, C. (2017). Des vilains petits canards et des cygnes, in *Le journal des psychologues*, n°344, p. 16.
- Carrard, I., Reiner, M., Haenni, C., Anzules, C., Muller-Pinget, S., Golay, A. (2012). Approche psychopédagogie et art-thérapeutique de l'obésité, *EMC Endocrinologie Nutrition*, 9(3), pp. 1-9.
- Catheline, N., Marcelli, D. (2017). *Ces adolescents qui évitent de penser. Pour une théorie du soin avec médiation*, Toulouse : Erès.
- Chapiro, F. (1997). *Le handicap mental chez l'enfant*, Ed. SF.
- Chardon, F. (2010). *Evaluation des effets d'une pratique d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes démentes séniles*, [Thèse de doctorat de psychologie, Université de Chambéry].
- Chauvière, M. (2003). Parents, institutions et professionnels, *Enfance et psy*, n° 21, pp. 13-22.
- Chevallier-Rodrigues, E. & al. (2020). Relation entre parcours scolaire et représentations de soi chez des élèves en situation de handicap. Rôle modérateur du sens de l'expérience scolaire sur cette relation, *Psychologie Française*, Vol.65 (2), pp.157-172.
- Chouvier, B. (2000). *Matière à symbolisation. Art, création et psychanalyse*. Delachaux et Niestlé
- Clancy, S. M., Dollinger, S. J. (1993). Identity, self, and personality: Identity status and the five-factor model of personality, *Journal of Research on Adolescence*, 3, pp. 227-245.
- Cohen-Yatziv, L., Regev, D. (2019). Efficacité et apport du travail d'art-thérapie auprès des enfants en 2018 – quels progrès ont été réalisés jusqu'à présent ? Une revue systématique, *Revue internationale d'art-thérapie*. Vol. 24, pp. 100-112.
- Cote, J. E. (1996). Sociological perspectives on identity formation : The culture identity link and identity capital, *Journal of Adolescence*, 19, pp. 419-428.
- Crawford, C. (2008). *Statistical report on inclusive education and Canadian children with intellectual disabilities*, North York, Ed. Roeher Institute.
- De Ajurriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Ed. Masson.
- Delforge, C., Doornaet, E., Parisel, L., Verbiste, Y. (2014). Santé mentale et école, *Enfances Adolescences*, N°25,
- Desombre, C. & al. (2013). Identifier des besoins éducatifs particuliers : Analyse des obstacles et propositions pour l'action, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 62 (2), pp. 197-207.
- De Vareilles, C. (2009). L'autre part, la création artistique : une approche de « l'espace du dedans », *Perspectives psychiatriques*. Vol.48, n°3, pp. 237-245.
- Duche, D. - J. (1990). *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris : PUF.

- Ducrettet, S. (2010). *Analyse phénoméno-structurale des processus créatifs à l'adolescence à travers le discernement et le jugement esthétique*, [Thèse de doctorat de psychologie, Université de Chambéry].
- Durand Y. (2005). *Une technique d'étude de l'imaginaire : l'AT9*, Paris : L'Harmattan.
- Ebersold, S. (2010). Inscription professionnelle, devenir social et parcours de formation, in Haelewyck M.-C. (2010). *Adolescence et retard mental*, De Boeck Supérieur, pp. 173-189.
- Emmanuelli, M., Azoulay, C. (2009). *Pratiques des épreuves projectives à l'adolescence*, Paris : Dunod.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*, New York: Norton.
- Feral, E. (2015). Approche théorico-clinique du concept d'image du corps, *Le Journal des Psychologues*, n°329, pp. 48-52.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2007). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, New York: Other Press.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*, Gallimard.
- Francese, E. (2016). Rôle de l'esthétique dans les ateliers à médiation artistique, *Le journal des psychologues*, n°333, pp. 36-41.
- Geiger, A., Shpigelman, C.-N. & Feniger-Schaal, R. (2020). The socio-emotional world of adolescents with intellectual disability: A drama therapy-based participatory action research, *Arts in Psychotherapy*, Vol.70.
- Gozé, T. (2020). *Expérience de la rencontre schizophrénique, de la bizarrerie de contact*, Paris : Eds Hermann.
- Gremillet, C. (2017). « Jeux de mots » ou les tribulations d'un groupe en devenir, *Le journal des psychologues*, n°346, pp. 73-78.
- Grenouilloux, A. (2008). Quelques apports de la phénoménologie à la clinique de la personnalité, *L'information psychiatrique*, Vol. 84, pp. 219-223.
- Guillec, G. (2000). Comment écrire l'histoire de la psychologie ? Réflexions à propos du débat idéologique sur les "enfants anormaux" en France, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, pp. 94-103.
- Gussak, D. & Rosal, M. (2015). *The Wiley Handbook of Art Therapy*, Eds Wiley Blackwell.
- Helman, Z., (1959). *Rorschach et électroencéphalogramme chez l'enfant épileptique*, Paris : PUF.
- Henckes, N. (2012). Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, *European Journal of Disability Research*, n°6, pp. 242-254.
- Henley, D. (1987). Art assessment with the handicapped: Clinical, aesthetic and ethical considerations, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 4(2), pp. 7- 66.

- Hirsch, E. (2007). *L'éthique au cœur des soins*, Ed. Vuibert.
- Jeammet, P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation, *Revue française de la psychanalyse*, pp. 179-202.
- Jeammet, P. (2001). Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence, *L'Autre*, Vol. 2, pp. 29-51.
- Kaes, R. (2011). *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse : Erès.
- Klein, J.-P. (1993). *L'art en thérapie*, Marseille : Hommes et perspectives.
- Klein, J.-P. (1997). *L'art-thérapie*. Paris : PUF.
- Klein, J.-P. (2009). Symbolisations accompagnées, *Perspectives psychiatriques*, Vol. 48, N°3, pp.265-270.
- Klein, J.-P. (2012). Chapitre III. L'art-thérapie : avec qui ?, In *L'art-thérapie*, Paris : PUF, pp. 86-103.
- Klein, J.-P. (2020). L'art-thérapie ou la création comme processus de transformation, *Perspectives psychiatriques*, Vol. 59, N°4, pp. 395-396.
- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*, Paris : PUF.
- Korff-Sausse, S. (2011). Le sujet handicapé : un sujet "hors norme" ? *Le Journal des Psychologues*, n° 291, pp. 29-33.
- Korff-Sausse, S., Scelles, R. (2011). Empathie, handicap et altérité, *Le Journal des Psychologues*, n° 286, pp.30-34.
- Larson, R. W., Wilson, S., Bradford Brown, B., Furstenberg F., Verma, S. (2002). Changes in adolescents' interpersonal experiences: are they being prepared for adult relationships in the twenty-first century ? *Journal of research on adolescence*, 12/1, pp. 31-68.
- Lapointe, I. (2022). *Les adolescents en difficulté d'adaptation et d'apprentissage scolaire et l'art-thérapie*, <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1326>
- Laroque, F., Sudres, J.-L. (2015). Le patient dépressif en art-thérapie : évaluation des bénéfices et recommandations pratiques, *Annales Médico-Psychologiques*, 173, pp. 541-546.
- Liebmann, M. (1996). *Art approaches to conflicts*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Loser, F. (2017). Les ateliers d'art visuel fréquenté par des artistes en situation de handicap : pratiques, enjeux et perspectives, *Le Sociographe*, n°57, pp. I-XII.
- Louis, J.-M, Ramond, F. (2013). *Scolariser l'élève handicapé*, Paris : Dunod.
- Malley, S. M., Dattilo, J., Gast, D. (2002). Effects of visual arts instruction on the mental health of adults with mental retardation and mental illness, *Mental Retardation*, Vol. 40, n° 4, pp. 278-296.
- Marceau, J.-C. (2001). Freud, Binswanger, Foucault : la psychanalyse à l'épreuve critique de la phénoménologie, *Cliniques méditerranéennes*, n°64, pp. 227-241.

- Marcelli, D., Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*, Elsevier Masson.
- Marcia, J. E. (1966). Développement et validation du statut d'identité du moi, *Journal de la personnalité et de la psychologie sociale*, 3/5, pp. 551–558.
- Martin Excoffier, L., Schiltz, L., Sudres, J.-L. (2021). Le Handicap : d'histoire en actualités. Quelques rappels, *Les Cahiers de l'Actif* ; n°540-541, pp. 205-230.
- Martin Excoffier, L., Schiltz, L., Sudres, J.-L. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ? *Perspectives Psy*, Vol. 61, N°1, pp. 84-92.
- Masson, C., Perret, A. (2018). Dispositif psycho-artistique (médiation par l'artiste). Présentation d'un dispositif d'ateliers artistiques mis en place dans une institution de soin pour adolescents, *Bulletin de Psychologie*, N°553, pp. 545-553.
- Mellier, D., Courbois, Y. (2005). Pour une approche psychologique interactive des enfants qui se développent autrement : la situation de handicap mental, *Enfance*, Vol. 57, PUF, pp. 213-217.
- Mille, C., Barthe, E., Bon Saint Come, M., Delhayé, M. (2015). Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63, Numéro 5, pp. 332-340.
- Minkowska, F. (1937). *Epilepsie und schizophrenie, im erbgang : mit besonderer berücksichtigung der epileptoiden konsitution und der epileptischen struktur*, Zürich: Orell-Füssli.
- Minkowska, F. (1956). *Le Rorschach, à la recherche du monde des formes*, Paris : Desclée de Brouwer.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu : étude phénoménologique et psychopathologique*, Paris : PUF.
- Mises, R. & al. (1971). Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectuelle. Les déficits dysharmoniques, *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 14, pp. 341-464.
- Morgenthaler, W. (1921). *Ein Geisteskraker als Künstler, Arbeiten zur angewandten Psychiatrie*, Bern Leipzig: Eds. Bircher.
- Mucchielli, A. (1983). *L'analyse phénoménologique et structurale en sciences humaines*, Paris : PUF.
- Muret, M. (1983). *Les arts-thérapies*. Paris : Retz.
- Nader-Grobois, N. (2020). *Psychologie du handicap*, DeBoeck.
- Naudin, J. (1997). *Phénoménologie et psychiatrie, les voix et la chose*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Naudin, J., Gozé, T. (2016). Psychothérapie institutionnelle et phénoménologie, *Sud/Nord*, N°26, pp. 33-42.
- Orrado, I. (2017). La médiation artistique: L'accueil du public en situation de handicap, *Psychothérapies*, Vol. 37, pp. 153-160.

- Oury, F. (1976). *La pédagogie institutionnelle*, Vigneux : Matrice.
- Oury, J. (2009). Analyse structurale et métapsychologie, *Psychoanalytische Perspectieven*, 27, pp. 153-173.
- Pardinielli, J.-P., Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas*, Armand Colin.
- Pelletier, L., Lambert, J. (2023). *L'art-thérapie auprès des groupes*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pereira, I. (2017). Les paradoxes de la norme scolaire, *Le Journal des Psychologues*, n° 344, pp. 28-33.
- Pessin, J., Friedman, I. (1949). The value of art in the treatment of mentally ill, *Occupational Therapy & Rehabilitation*, 28(1), pp 1-20.
- Petit, C. (2001). De l'intégration scolaire, *Vie sociale et traitement*, n° 69, pp. 35-39.
- Piaget, J. (2019). Chapitre 2 : la théorie de Jean Piaget (1896-1980), In Laval V, *La psychologie du développement*, pp.22-67
- Picon, I. (2010). Milieu spécialisé ou ordinaire, conséquence sur le processus d'adolescence des jeunes ayant une déficience intellectuelle, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, Vol. 21, pp.66-78.
- Pirard, R. (1974). Roger Mucchielli : Analyse existentielle et psychothérapie phénoménostructurale, *Revue philosophique de Louvain*, 14, pp. 378-384.
- Platel, H. (2014). Effets de la musique sur le cerveau : de la neuroimagerie à la clinique, *European Psychiatry*, Vol. 29, N°S3, pp. 666-667.
- Pringuey, D. (2010). Phénoménologie de la dépression, in GOUDEMANT, M., *Les états dépressifs*, Eds Lavoisier, pp. 19-25.
- Prinzhorn, H. (1922). *Expressions de la folie*, Paris : Gallimard.
- Postic, M. (2001). *La relation éducative*, Paris : PUF.
- Raoult, P.-A. (2006). Pertinence des évaluations des psychothérapies ? *Bulletin de psychologie*, N°486, pp. 561-564.
- Raoult, P.-A. (2019). L'inclusion scolaire : un nouveau mythe, *Psychologues et Psychologies*, N°264, pp. 13-17.
- Rabischong, P. (2015). *Le handicap*, Collection Que sais-je, Paris ; PUF.
- Richard J.-F. (1990). *Les activités mentales : comprendre, raisonner, trouver des solutions*. Paris : Armand Colin.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Seuil.
- Rodriguez, J., Troll, G. (2001). *L'art-thérapie : Pratiques, techniques et concepts*. Paris : Ellébore.

- Rothenberg, A. (1990). *Creativity and madness: New findings and old stereotypes*, Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Salabert, L. (2010). *Analyse phénoméno-structurale de peintures réalisées à partir du Rorschach par les malades alcooliques : Etude évolutive du lien entre personnalité, expression picturale et abstinence* [Thèse de doctorat de psychologie, Université de Chambéry].
- Salbreux, R. (2017). Entre inclusion et exclusion, *Handicap, une identité entre-deux*, pp. 77-92.
- Scelles, R. (2013). Handicap : processus de subjection et lien à l'autre, *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 137-152.
- Schauder, S. (2012). Qu'apporte la médiation thérapeutique en situation de handicap ? *Art et handicap*, pp. 177-191.
- Schiltz, L. (2004). La fonction du double à l'âge de la quête d'identité, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 80, Tome 7, pp. 51-55.
- Schiltz, L. (2006a). La dialectique de l'être-pour-soi et de l'être-pour-autrui. Application à la recherche en art-thérapie, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Tome 10, N°92, pp 7-33.
- Schiltz, L. (2006b). Grilles d'analyse de contenu basées sur l'approche phénoménologico-structurale, *Bulletin de la Société des Sciences Médicales*, N°2, pp 265-280.
- Schiltz, L. (2006c). Le monde en blanc dans l'anorexie mentale de la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, pp. 297-303.
- Schiltz, L. (2007). L'art-thérapie en milieu scolaire : un outil de prévention tertiaire en psychopathologie de l'adolescence, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), pp. 152-161.
- Schiltz, L. (2013). Faux self et intégration de l'agressivité à l'adolescence. Evaluation d'une expérience thérapeutique, *Confinia Psychopathologica*, 2(1), pp. 6-24.
- Schiltz, L. (2014). Multimodal arts psychotherapy with adolescents suffering from conduct disorders, *The Arts in Psychotherapy*, pp. 187-192.
- Schiltz, L., Diwo, R., De Tychev, C. (2015). L'élaboration de l'agressivité à l'adolescence : étude structurale comparée basée sur le test de Rorschach, *L'Encéphale*, 41, pp 95-301.
- Schlegel, A., Barry, H. (1991). *An anthropological Inquiry*, New York: Free Press.
- Sibeoni, J., Verneuil, L., Manolios, E., Massoutier, L., Jean, E., Meunier, J.-P., & Revah-Levy, A. (2021). IPSE (Processus inductif d'analyse de la structure de l'expérience vécue), méthode innovante et spécifique pour la recherche qualitative en santé : Applications en pédopsychiatrie. Une méthode spécifique pour la recherche médicale qualitative : L'approche IPSE (Processus Inductif d'Analyse de la Structure de

- l'Expérience Vécue). Application en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Vol. 69, Issue 6, pp 87-296.
- Slavson, S. R. (1964). *A textbook in analytic groupe psychotherapy*. New York: International Universities Press.
 - Sudres, J.L. (1998). L'adolescent et sa famille : Eléments pour une approche par l'art-thérapie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 46, 4 ; pp. 236-244.
 - Sudres J.L. (2003). La créativité des adolescents : De banalités en aménagements, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51 ; pp. 49-61.
 - Sudres, J.-L. (2005). *L'adolescent en art-thérapie*, Paris: Dunod.
 - Sudres, J.-L. (2007). *Soigner l'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod.
 - Sudres, J.L., Moron, P. (1997). *L'adolescent en créations. Entre expression et thérapie*, Paris : L'Harmattan.
 - Sudres, J.L., Oziol, M.C., Jarreau, G. (1998). Les adolescents et leurs vécus de l'art-thérapie. Evaluation des représentations, profils et processus de changement, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 46, 4, pp. 245-255.
 - Ternoy, M. (1984). *Délire et vision en images*, Toulouse : Erès.
 - Thompson, G., Skewes McFerran, K. (2015), Music therapy with young people who have profound intellectual and developmental disability: Four case studies exploring communication and engagement within musical interactions, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, n°40, pp. 1-11.
 - Tibon-Czopp S., Weiner, I., Developmental considerations in Rorschach assessment, *Rorschach assessment of adolescents*, 2016, pp. 13-25.
 - Tissier, G. (2005). *Déficiência intellectuelle et souffrance psychique*, Contraste, Erès, pp. 65-79.
 - Tomkiewicz, S. (2001). Du bon usage de la résilience : Quand la résilience se substitue à la fatalité. In M. Mancieux, *La Résilience : Résister et se construire*. Genève : Ed. Médecine et Hygiène, pp.145-151.
 - Vaginay, D. (2013). Adolescence et handicap mental : incidences sur les pratiques thérapeutiques et l'accompagnement, *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 203-222.
 - Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*, Paris : Picard.
 - Vinay, A., Acier, D., De Monléon, J.-V. (2017). Chapitre 6 : La famille à l'épreuve de l'adolescence, in *La famille aux différents âges de la vie*, Paris : Dunod, pp. 171-194.
 - Vinay, A. (2020). *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*, Dunod.
 - Waterman, A. S. (2004). Finding someone to be: Studies on the role of intrinsic motivation in identity formation, *Identity: an international journal of theory and research*, 45(3), pp. 209-228.

- Warwzynieak, M. (1982). Mime et référence au corps comme remparts à l'effondrement de l'image chez un adolescent schizoïde. Approche structurale et évolutive par le Rorschach, *Psychologie clinique et projective*, pp. 101-107.
- Wawrzynieak, M. (2006). Comment, à l'adolescence, l'imagination invente de l'esprit nouveau, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 35(2), pp. 269-280. –
- Warwzynieak, M. (2020). La lutte à travers le cafard à l'adolescence, Clinique de l'expression et des transferts face à l'adolescent suicidant, *Perspectives Psy*, Vol.59, pp. 223-230.
- Wawrzynieak, M., Schmit, G. (2008). Les luttes psychiques de l'adolescence. Identité et appartenance, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, N°40, pp. 27-43.
- Wechsler, D. (2016). *Wisc, V, Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents*, 5^e édition, Adaptation française par Pearson.
- Weiner, I.B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach inkblot method as exemplar, *Psychological Assessment*, Vol.13, N°4, pp. 423-432.
- Wigram, A. L. (1988). Music therapy: Developments in mental handicap. *Psychology of Music*, Vol. 16, n° 1, pp. 42-51.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris : Gallimard.

9 Annexes

Annexe 1 : Article 1

Martin Excoffier, L., Schiltz, L., Sudres, J.-L. (2021). Le Handicap : d'histoire en actualités. Quelques rappels, *Les Cahiers de l'Actif* ; n°540-541, pp. 205-230.

Le handicap : d'histoire en actualités

Quelques rappels

Cet article propose une revue de la littérature sur le thème du handicap, et plus particulièrement du handicap mental chez l'enfant et l'adolescent, afin de pouvoir mieux appréhender l'accompagnement de ces jeunes. Ainsi, à travers les définitions et les termes employés pour le décrire, les différents lois et modèles qui ont cherché à le cerner, nous proposons de nous pencher sur la question du regard que porte la société sur ces personnes, notamment autour de la question controversée de la scolarisation.

INTRODUCTION

Si le travail clinique auprès des personnes porteuses de handicap s'est avéré, dans sa dimension diachronique, semé de méandres, c'est encore plus le cas en ce qui concerne le soin apporté aux enfants souffrant d'un handicap mental. Depuis toujours, les praticiens ont ressenti le besoin d'apporter des définitions à ce champ lexical, définitions dont il n'est pas possible de se passer si l'on veut appréhender l'histoire de la prise en charge de ces enfants.

Laura Martin Excoffier

Psychologue clinicienne et Art-thérapeute. Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS) de l'Université de Toulouse - Jean Jaurès. Mail : laura.aurelie.martin@gmail.com

Lony Schiltz

Professeur honoraire de psychologie, Université du Luxembourg, Directrice du Laboratoire de Recherche en Psychologie clinique, Hôpital Kirchberg, Luxembourg. Mail : lony.schiltz@education.lu

Jean-Luc Sudres

Professeur de psychologie, Docteur en psychopathologie clinique (HDR). Psychologue clinicien, Psychomotricien et Art-thérapeute. Responsable pédagogique du D.U. Art-Thérapie et co-responsable pédagogique du D.U. Musicothérapie (UTJJ), Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS) de l'Université de Toulouse - Jean Jaurès. Mail : jean-luc.sudres@univ-tlse2.fr

C'est ainsi que peut se comprendre le regard de la société sur ces enfants différents, au fil des lois, des classifications et des modèles théoriques. Il s'agit aujourd'hui de retracer ce chemin et de comprendre, de nos jours, quelle place occupe le jeune souffrant de handicap mental, de la construction de son identité à sa socialisation, notamment en termes de scolarisation.

I – DÉFINIR LE « HANDICAP » : UNE GAGEURE ?

Le concept de handicap n'apparaît pas dans les encyclopédies de manière simple, comme certains de ces termes dont l'étymologie semble toute tracée depuis nos ancêtres grecs ou latins. Ainsi, l'histoire même de ce mot semble sinueuse et intéressante. Alors quel est aujourd'hui le sens d'un terme dont le cheminement a été si long et se trouve toujours en perpétuelle évolution ?

Comme l'explique Rabischong (2015), le terme de « handicap » provient de l'autre côté de la Manche (« hand in cap »). En Angleterre, au XVII^e siècle, deux personnes souhaitant faire du troc mettent leurs mises dans un chapeau, en principe des objets de valeurs. L'arbitre estime une différence du prix entre les articles pour que l'échange soit égal. La personne dont l'objet représente une valeur marchande moindre doit compenser la différence en ajoutant de l'argent.

Un siècle plus tard, le handicap ne concerne plus les objets, mais les chevaux et il ne s'agit plus d'un troc, mais d'une compétition à remporter. Lors d'une course, des poids sont accrochés aux chevaux les plus rapides pour que chacun dispose d'une chance de gagner, dans une préoccupation équitable de la course hippique.

Chapireau (1997) souligne qu'à la fin du XIX^e siècle, on entend encore dans le terme « handicap » une volonté d'égalisation des chances, pour la première fois en parlant d'êtres humains.

Par ailleurs, on note **une érosion du clivage entre les termes et les concepts de maladie et de handicap**, en particulier dans le domaine psychique ou mental, non sans conséquence sur les plans clinique, thérapeutique et institutionnel, car il est toujours délicat de risquer d'enfermer des êtres humains dans des diagnostics.

Aujourd'hui, la définition de référence du handicap, celle de la loi n° 2005-102 (article 114) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, stipule que

« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

II - DÉSIGNER LE HANDICAP MENTAL : QUELS TERMES EMPLOYER ?

Avant même la naissance de la psychiatrie, dans les écrits portant sur le handicap mental, le terme d'« idiot » apparaît, employé couramment et par tous, tant dans sa fonction d'adjectif que dans sa fonction nominative, pour désigner les personnes dont l'intelligence semblait durement inadaptée dans les situations courantes de la vie quotidienne.

Au XVII^e siècle, ce terme devient alors un substantif médical. Les médecins, à cette époque, différencient les « idiots », qui ne pouvaient accéder au langage, des « imbéciles », incapables d'apprendre à lire et à écrire, des « débiles » qui ne peuvent maîtriser les quatre opérations arithmétiques élémentaires.

Le siècle des Lumières voit le dogme de l'impossibilité d'éduquer et de l'incurabilité de l'enfant « anormal » vaciller, alors qu'il représentait jusqu'ici un principe impossible à remettre en question. Ainsi, il est remis en cause pour les sourds et muets avec Jacob Pereire (1715-1780) et pour les aveugles avec Valentin Haüy (1745-1822). Itard (1774-1838), avec sa proposition de prise en charge de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, constitue une tentative exceptionnelle pour voir jusqu'où peut arriver, socialement, intellectuellement, un enfant privé de tous les soins courants depuis sa naissance. Malheureusement, même si Itard reste un exemple de créativité dans la recherche de nouveaux moyens pédagogiques et pédopsychiatriques, il ne réussit pas à amener Victor à la civilisation comme il le désirait tant. En tout cas, le XVIII^e siècle voit le début d'une réelle réflexion sur l'étiologie de la déficience intellectuelle chez l'enfant (Duché, 1990).

Parallèlement, Pinel (1745-1826) prend en charge les « insensés », pour qui Voisin (1844-1920), propose alors un « traitement moral ». Il s'agit de faire appel à la moralité, en les culpabilisant et mobilisant leur raison. Voisin s'intéresse particulièrement à la déficience mentale et à une possible forme d'éducation. Séguin (1812-1880), en pédagogue, propose un « traitement médico-pédagogique » aux enfants idiots et arriérés.

Dans les années 1810, Pinel, puis Esquirol (1772-1840), dans les hôpitaux généraux, souhaitent séparer les individus souffrant de troubles différents, et regrouper ceux souffrant de troubles similaires. Dans ce contexte, le terme de « démence » se différencie de celui d'« idiotie ». Ainsi, la démence concerne la perte de facultés auparavant présentes et disponibles à la personne, alors que l'idiotie s'avère être un déficit intellectuel de base; ces deux affections reposant sur des caractéristiques neurologiques.

Il s'agit donc d'un modèle du retard mental en tant que déficit, dont Esquirol définit différents niveaux : trois niveaux d'idiotie, deux niveaux d'imbécillité, et un niveau pour les « faibles d'esprit », une forme plus faible de retard.

Cette évolution de la dénomination a pour objectif une classification des individus.

À cette époque s'initie également une différenciation des états déficitaires par types, avec la découverte du syndrome de Down et de la tubérosclérose par exemple.

La théorie de la dégénérescence est très présente en cette fin de siècle et permet de classer hiérarchiquement les «dégénérés monstrueux» des «dégénérés inférieurs», qui regroupent les idiots et les imbéciles. Dans cette théorie, la dégénérescence est susceptible d'être induite par une intoxication (l'alcoolisme), une infection (la syphilis) ou bien un «vice» (la masturbation). «*Pour ces êtres déchus de l'espèce humaine, ce n'est pas de la vénération*», que réclame Belhomme (1800-1880), «*c'est de l'humanité!*», alors que la fin du siècle est ensuite marquée par une **volonté de stigmatiser les déficients mentaux**, dans une mise en exclusion de la société.

Au XIXe siècle, Bourneville (1840-1909) propose le terme d'«arriérés», appliqué aux enfants que Binet (1857-1911), dans le projet non abouti de la loi de 1909, désigne comme les «anormaux d'école» ou les «arriérés scolaires». Binet introduit également le mot «débilité», d'abord motrice, ensuite mentale, désignant les enfants pouvant bénéficier d'une prise en charge pédagogique adaptée. Mais dans les années 1910, du fait de Dupré, **le terme de débilité va rapidement devenir synonyme de «retard mental»**. Binet propose alors le terme d'«enfance anormale», en rapport avec une opposition entre les élèves suivant une progression scolaire normale et ceux relevant de classes à l'enseignement adapté. Mais dans la loi qui suivit la commission de 1904, c'est le terme d'«enfance arriérée» de Bourneville qui fut retenu, car jugé moins péjoratif.

Sous le Front populaire de 1936, Hoffer fait émerger le concept d'«enfance déficiente», qui regroupe les enfants déficients intellectuels, déficients sensoriels, moteurs et intellectuels, qu'elle définit comme des enfants présentant des troubles du caractère ou du comportement.

Au moment où le terme de «déficience» devient lui aussi connoté négativement, la notion de «retard mental» émerge, avec ce paradoxe qu'il désigne un développement, non pas retardé, mais limité.

Pendant le régime de Vichy (1943), le Ministère de la Santé officialise le concept d'«enfance inadaptée», qui inclura petit à petit les enfants déficients mentaux (mentionné par Chauvière, 2000). **L'adaptation est définie comme un processus continu qui permettrait à toute personne de choisir, parmi d'autres, la potentialité la plus efficace dans une situation donnée.** Ce processus serait, à l'origine, défaillant chez ces enfants qui, pendant une rupture de l'équilibre avec le milieu, ne parviennent pas à trouver un moyen de réguler leurs comportements. Ce concept est apparu attractif. En effet, son utilisation s'avère possible dans différentes situations de déficits. De plus, il fait naître l'idée que

l'inadaptation traduit une rupture de l'équilibre entre l'enfant et son environnement.

Au milieu du siècle émerge le terme d'«enfance handicapée», touchant d'abord aux infirmes moteurs et aux déficients sensoriels, avant de s'étendre aux handicaps mentaux. Il est défini par un besoin d'une aide particulière pour toute la vie de la personne touchée, cette conception rappelant les éléments fondateurs du modèle d'Esquirol, avec son concept d'incurabilité.

La catégorisation des différents handicaps se réalise alors en fonction des établissements que les enfants peuvent intégrer.

En 1960 se met en place une «politique de secteur», qui s'applique en 1972 pour les enfants, en déterminant un découpage géographique du soin et une nouvelle démarche d'assistance.

Il s'agit d'une nouvelle politique avec des projets : il y a à présent la possibilité pour les enfants d'être soignés près de chez eux, dans une continuité, avec des aides. Cette politique de secteur propose aussi et surtout de nouveaux modes de désignation des «anormaux», jusqu'alors ou moins laissés à eux-mêmes, ou confiés à des institutions charitables.

Aujourd'hui, le concept de «handicap psychique» est plus facilement accepté dans la société, avec l'espoir qu'il ne soit pas irrémédiable, en particulier avec les enfants. De toute façon, on tend à s'affranchir des préjugés d'isolement des enfants handicapés, mais, **même si les lois évoluent, les représentations demeurent difficiles à changer.**

Quel que soit le courant d'appartenance des travaux, il est maintenant universellement reconnu que les individus présentent des formes intellectuelles diversifiées. Certains se montrent très habiles dans les tâches intellectuelles, d'autres s'avèrent très en difficulté. Les arriérés sont définis comme ceux dont l'efficacité intellectuelle est inférieure à un seuil, qui varie selon les classifications. Il faut ainsi être très vigilant à ne pas ranger des individus dans des cases sans tenir compte des sujets intermédiaires, et, plus important encore, à tenir compte de la singularité de chaque être humain. Ainsi, on assiste au XXe siècle à une évolution de la nosographie taxonomique en fonction de l'efficacité intellectuelle.

La définition des niveaux de déficiences au DSM IV s'établit de manière chiffrée selon le Quotient Intellectuel (QI). Les différents niveaux de déficiences qui ont été déterminés par l'Organisation Mondiale de la Santé décrivent la déficience intellectuelle légère chez les enfants dont les QI sont compris entre 55 et 75, la déficience moyenne entre 35 et 54, la déficience sévère entre 20 et 34, et la déficience profonde en dessous de 20.

III - REGARDS DE LA SOCIÉTÉ SUR LES PORTEURS DE HANDICAP MENTAL

L'évolution du concept de handicap mental va de pair avec le regard que les membres d'une société ont porté et portent encore sur les personnes handicapées.

Il apparaît indispensable de comprendre ce regard de la société, de la famille, du milieu scolaire, puisqu'il participe à la construction de l'identité du sujet, en tant que créateur de lien, ou bien, à l'inverse, comme source de déliaison (Scelles, 2013).

Depuis l'Antiquité, le regard de la société apparaît extrêmement ambivalent envers les personnes, et d'autant plus les enfants, dont l'intelligence semble en décalage, en alternant des attitudes de tristesse et de répulsion d'un côté, de pitié et de volonté de protection de l'autre. Et il n'est pas toujours aisé de retracer le positionnement du regard social sur le handicap, étant donné sa conception très subjective (Guillec, 2016). Corps et psychisme forment un tout indissociable. Dans la Grèce ou la Rome antiques, les personnes handicapées étaient particulièrement mal acceptées, et souvent la répulsion s'avérait être la réaction sociale dominante, entraînant le sacrifice des « fous », c'est-à-dire toutes les personnes n'entrant pas dans la norme des valeurs, pour cause de communication supposée avec les démons (Chapireau, 1997). Simultanément, et paradoxalement, le peuple leur prêtait parfois une valorisation, avec des pouvoirs surnaturels, qui permettaient même la communication directe avec les Dieux.

Au Moyen-âge, les personnes en marge de la société de par leur handicap restaient recluses chez elles et pouvaient être enfermées par leurs familles, afin de ne pas attirer la honte sur elles. À Paris, elles pouvaient aussi trouver refuge à la Cour des Miracles, où se regroupaient tous les exclus de la société. Emprisonnés, les malades les plus dangereux subissaient tantôt l'intervention d'un exorciste, tantôt le bûcher tant ils effrayaient. Les enfants handicapés mentaux étaient cachés et considérés comme décédés par leurs parents et la société.

La Renaissance a vu le bûcher abandonné sous la pression de Wier et Vives, deux médecins du XVI^e siècle, et la folie a commencé à être considérée comme une maladie. Mais les malades côtoyaient sans distinction vieillards, criminels et prostituées.

La Révolution a confié les aliénés aux aliénistes dans le but de les guérir, même si les véritables guérisons étaient très rares. Les institutions qui soignent ces personnes, comme la Salpêtrière, restent les mêmes, mais changent de statut et de fonction. Mais la vie dans les asiles était dure, les transgressions au règlement sévèrement punies, et les méthodes utilisées très violentes (saignées, utilisation de sédatifs, etc.).

Néanmoins, Pinel a retiré aux malades leurs chaînes et a tenté de classifier les maladies mentales suivant leurs signes cliniques, leur continuité ou discontinuité,

lançant ainsi le début de la psychiatrie. Esquirol, son élève, a créé deux mesures possibles d'internement : d'office, par les autorités, ou volontaire, demandée par la famille du malade. La théorie de la dégénérescence dominait, qui stipulait que les maladies mentales, sous forme de tares, étaient héréditaires.

La fin du XVIIIe siècle a apporté un tournant dans la considération des personnes malades comme êtres humains : même porteurs d'une incapacité, ils sont de dignes représentants de l'espèce humaine.

Au XIXe siècle, Charcot et Freud ont postulé l'hypothèse de lésions dynamiques fonctionnelles, ne constatant aucune lésion organique dans le cas des troubles mentaux. Puis ils ont adhéré à l'idée d'une étiologie psychique des maladies mentales, qui permettra entre autres l'invention de la psychanalyse. Cette période voit l'arrivée du terme «**hôpital psychiatrique**», dans lequel les malades ont continué à se nommer les «**aliénés**» jusqu'en 1958. Durant cette période apparaissent aussi les services spécialisés pour les enfants, qui étaient jusqu'alors internés dans les services d'adultes. Suivront de près les premières associations d'aide à la prise en charge des enfants inadaptés. Par ailleurs, des théories eugénistes entraînaient des programmes de stérilisation contrainte, les nazis mettant en place des planifications pour l'extermination des malades mentaux. De plus, pendant la Seconde Guerre mondiale, le nombre de personnes hospitalisées était tellement important que la famine régnait, et beaucoup de malades y ont succombé dans l'oubli et l'indifférence.

En outre, la lobotomie subissait alors un essor, souvent associée aux électrochocs, avant que les médecins ne doutent de son efficacité et portent plus leur attention vers les médicaments neuroleptiques, les autres classes de psychotropes ne tardant pas à apparaître. Les thérapies verbales se sont développées aussi.

En 1960, les grands hôpitaux psychiatriques laissent place à de plus petites structures employant du personnel spécialisé (ergothérapeutes, assistants sociaux, infirmiers psychiatriques, psychologues, etc.), en relation avec la création de centres régionaux pour les enfants et les adolescents inadaptés.

Aujourd'hui, quelles que soient leurs nature et origine, les troubles mentaux, maladies et handicaps, pris dans des débats innombrables après la loi de 1975 (Henckes, 2012), renvoient d'abord à une identité et une existence personnelle : la personne est désignée par une anomalie qui la définit, y compris pour des retards mentaux parfois peu visibles, ou la stigmatise, ce qui est particulièrement difficile à vivre pour le sujet et sa famille (Assouly-Piquet & Berthier-Vittoz, 1994).

Le glissement de l'anomalie à l'anormalité peut donner aux personnes handicapées le sentiment d'être étrangères à l'autre, nuisant ainsi gravement à leur «**identité narrative**» (Riccœur, 1990). La blessure est multiple : le dommage

d'être handicapé, le handicap en lui-même, le préjudice du regard de l'autre, et la blessure narcissique qui l'accompagne. Le handicap installe la personne dans une situation de dépendance, en opposition avec les exigences d'autonomie de la société actuelle, ainsi que de vulnérabilité scolaire, sociale et économique, qu'elle doit affronter.

Souvent, les parents des enfants handicapés doivent passer d'une image d'un enfant «normal» à celui d'un enfant handicapé, ce qui isole encore plus l'enfant de la société. C'est elle qui s'avère la révélatrice du handicap, puisque c'est le décalage avec les pairs, notamment au moment de la scolarisation, qui amène à considérer le handicap, ce que Bonnefond (2006) nomme «réalité de l'insuffisance». Le handicap mobilise alors les ressources psychologiques et les défenses des parents pour que l'enfant puisse se construire dans sa singularité. Il s'avère ensuite que les difficultés se renouvellent quelques années plus tard, puisque **jusqu'à récemment, l'adolescent souffrant d'un handicap mental était souvent considéré, malgré son âge chronologique, comme un petit enfant** (Vaginay, 2013).

En tout cas, il se produit parfois, dans ces familles, une sorte de sacrifice social, un repli sur la famille, qu'il est nécessaire d'aider dans son acceptation de l'enfant tel qu'il est. Le vécu de la personne, mais aussi de son environnement proche, dépend du handicap, mais, plus encore, de l'histoire toujours singulière du sujet, du sens qu'il lui donne, qu'il entend dans son environnement familial, social, culturel et de la qualité des appuis qu'il reçoit. Il est important pour l'entourage d'avoir une attitude ouverte, et de montrer à la personne concernée qu'elle n'est pas que handicapée, le risque étant de tomber dans une préoccupation unique de la «prise en charge», en s'éloignant de l'humanisme, du soin. Il se crée souvent une relation de dépendance nécessaire qui intensifie les liens affectifs, mais il faut également tenter de se rapprocher d'une justesse et d'une vérité de la relation pour se placer au plus près de la personne différente, de la personne handicapée, dans un «défi d'humanité», et non dans un excès d'intellectualisation (Hirsch, 2011).

Dans tous les cas, le vécu des parents influence celui de l'enfant, et vice versa, dans une «co-construction» du handicap dans la famille (parents, mais aussi fratries), par un double mouvement de transformation du handicap en un objet intériorisé, mais aussi d'émergence de chacune des individualités au travers de ce groupe particulier (Bass et Scelles, 2011).

De nombreux facteurs intriqués participent ainsi à la construction de l'identité de la «personne handicapée». Le handicap se caractérise par la perte ou l'altération durable d'une fonction, qui amène nécessairement un aménagement de l'autonomie. Il se traduit par un affrontement quotidien à des obstacles nombreux qui s'avèrent réels, imaginaires ou symboliques, participant bien plus souvent à l'échec qu'à la réussite de l'intégration dans la vie sociale, scolaire et

professionnelle. On l'observe donc aussi bien au niveau de la baisse d'efficacité intellectuelle qu'au niveau de l'adaptation sociale, les deux étant intrinsèquement liés (Mellier et Courbois, 2005). Il active souvent un conflit entre les sentiments de dépendance et le besoin d'indépendance, présents chez tout un chacun, mais exacerbés par lui. Celui-ci représente également une confrontation au regard des autres et aux représentations sociales du handicap. La personne handicapée est toujours à la merci d'une stigmatisation (positive ou négative), et parfois d'exclusion.

Il faut veiller à **ne pas trop universaliser le handicap** pour ne pas risquer de perdre de vue sa singularité, mais cela est difficile, car le regard de la société associe cette fragilité à une « menace de mortalité » qui angoisse (Bass et Kristeva, 2011). La reconnaissance sociale attribue des droits spécifiques à ces personnes pour alléger le préjugé, mais cela a parfois pour conséquence de l'instituer plus encore.

Malgré des évolutions importantes, il reste un fond permanent de représentations du handicap stigmatisantes pour celui qui en est le porteur. Il est difficile de cerner ce que sont les conditions normales d'existence, y compris lorsque l'on tente de définir la normalité par opposition au handicap. Canguilhem (1952) a proposé de considérer plusieurs définitions du normal et du pathologique : selon la dichotomie normale *versus* malade, en visant le normal sur la courbe de Gauss en statistiques, en positionnant le normal en tant qu'utopie à approcher, ou en tant que processus dynamique adaptatif. Chacune de ces définitions possède ses propres limites, en tout cas, elles conçoivent toutes une référence à un environnement inscrit dans la culture.

Dans le champ médico-social, le symptôme prend sa place et indique le passage du normal au pathologique, comme un curseur. Foucault (1975) alerte cependant sur la notion de normal ou d'anormal, car il ne s'agit pas pour lui de dresser un tableau objectif, mais plutôt de se situer sur le plan phénoménal, dans la recherche d'une vérité subjective.

Le handicap invite à étudier une vision nouvelle propre à chaque individu, au lieu de se perdre dans une vision normative. La référence à une norme, tout comme c'était déjà le cas à l'époque des Grecs anciens, s'éloigne d'une volonté de normalisation contraignante et restrictive pour s'approcher d'une éthique rationnelle, d'une tendance à s'approcher d'un modèle idéal.

Ainsi, le thérapeute doit lui aussi se placer hors de la stricte normativité pour ne pas proposer une approche stéréotypée du handicap, et être tenté par une rééducation, mais pour, au contraire, se situer dans une **notion de partage d'un vécu singulier** (Korff-Sausse et Scelles, 2011).

Tout cela permet l'émergence d'une nouvelle conceptualisation, norme *versus* handicap (Weismann-Arcache, 2017), basée sur l'idée d'une possible réparation,

issue des dernières modélisations du handicap et de l'apparition de prothèses au sens de suppléances d'un manque ou d'un dysfonctionnement.

Les avancées technologiques et thérapeutiques relativisent de plus en plus son caractère irrémédiable, certes souvent pour les handicaps sensoriels (par exemple : l'utilisation de synthèse vocale dans les dysphasies, les exosquelettes qui permettent aux personnes souffrant d'un handicap moteur de remarcher) en offrant des moyens toujours nouveaux pour y remédier. De plus, le grand nombre de professionnels concernés par le domaine du handicap augmente régulièrement, comme en témoigne par exemple l'essor des auxiliaires de vie scolaire.

Toutefois, cela amène à la considération d'une réparation, comme on changerait un organe mécanique défectueux plutôt que d'une guérison, d'un rétablissement.

IV - LOIS SUR LE HANDICAP : MODERNITÉ ?

La définition et l'accompagnement du handicap, dans leur évolution, ont donné lieu à des lois dépendantes de politiques sociales différentes selon les lieux et époques. On distingue trois grandes périodes en France, à partir du XXe siècle.

1) La première période : émergence du secteur médico-social en France, dans les années 1950. Elle est portée par des associations, pendant que la République maintient son action dans le registre plus général de l'éducation : écoles, collèges, et lycées.

Contrairement aux autres pays et aux autres champs de la société, l'intérêt porté aux personnes handicapées passe surtout par le secteur associatif.

Il s'agit tout d'abord de mesures de prises en charge des enfants handicapés, en difficulté, puis des adultes. Les associations s'attachent notamment à la création d'un statut pour les enfants handicapés.

En 1957, le mot handicap apparaît institutionnellement en France à l'occasion d'une loi sur le reclassement des personnes handicapées, avant d'être défini dans le Robert, comme « *une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales* ».

Mais c'est justement parce que le handicap est alors considéré comme un déséquilibre dans la vie d'une personne, que les nouvelles lois et les associations s'attachent à ne pas accorder au terme handicap une connotation négative.

En 1967, le Premier ministre Pompidou demande à François Bloch-Lainé un rapport sur la situation des enfants en difficulté, qui signera le **passage au second plan de l'enfance inadaptée en faveur de l'enfance handicapée**. Ce rapport a pour but

d'évaluer la situation actuelle de l'enfant, ses problèmes principaux, les services à assurer et les fonctions à remplir. Il considère les enfants inadaptés comme des enfants qui ont des « *difficultés à être et à agir comme les autres* », l'inadaptation pouvant provenir de l'individu tout comme de l'environnement. À l'autre extrémité de l'échelle, on retrouve les enfants infirmes, qui sont des enfants gravement handicapés. Entre les deux sont disposés les enfants handicapés dont la gravité du handicap est relative. Ce sont des enfants « *qui subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent des handicaps* », c'est-à-dire qui présentent une faiblesse par rapport à la moyenne des individus de la même société. Ce rapport a, avant tout, vocation de justice sociale, à travers les établissements et les aides.

2) La seconde période : mise en place du secteur du handicap. Des projets se créent de manière disparate, avec de grandes différences quantitatives entre les régions, par l'intermédiaire d'une mise en place du secteur médico-social qui se concrétise par deux lois en 1975. Puis des Instituts Médico-Éducatifs s'ouvrent pour les enfants « *débiles* », avant que le secteur ne s'organise avec différents types d'établissements selon le type et la gravité du handicap, déterminés par les annexes XXIV de la loi du 27 octobre 1989.

La première, interministérielle, proposée par Simone Weil, s'instaure en faveur des personnes handicapées, avec une intention de prévention et de respect de la dignité des personnes handicapées. **C'est la première loi qui reconnaît des droits à leur égard et leur attribue ainsi un statut.** Les conseils généraux sont chargés des prestations individuelles. Il s'agit à part entière d'une politique de groupe, d'une construction d'un ensemble de citoyens autour du handicap, qui ramène la question de sa définition antérieure : **qui sont les personnes handicapées et qui va bénéficier des prestations distribuées par les conseils généraux ?**

La seconde loi intervient donc pour organiser une cohérence entre toutes ces remises en question : il s'agit d'une loi sur les institutions sociales, qui précise la nomenclature des institutions, les personnes qui y entrent, les instances qui les financent, dans un souci de planification.

Les institutions s'organisent selon un modèle de politique sociale obéissant aux lois du marché et des besoins.

On assiste à la création de la Commission Départementale de l'Éducation Spécialisée, pour les enfants, co-pilotée par l'État et l'Éducation Nationale, chargée de prendre en charge de manière spécialisée les enfants handicapés et de les orienter vers les institutions pouvant prendre en charge leur handicap.

Mais l'orientation des personnes handicapées dans les différentes institutions, à la suite de ces différentes commissions, se fait plus en fonction des institutions existantes qu'en fonction des besoins des personnes, et entraîne donc une forme de discrimination.

Les acteurs des actions concernant le handicap restent toujours les associations (dont l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées, AGEFIPH), mais également l'État, les conseils généraux, les personnes handicapées et leurs familles. On assiste donc à une **décentralisation aux acteurs de plus en plus nombreux**. En parallèle, les problèmes rencontrés le sont également et concernent alors entre autres les indemnités et les hébergements des personnes handicapées.

En cette même année 1975 est adoptée la déclaration des droits des personnes handicapées par les Nations Unies qui déclare : «*une personne handicapée par suite d'une déficience congénitale ou non de ses capacités physiques ou mentales ne peut assurer elle-même les nécessités d'une vie individuelle et sociale normale*».

3) La troisième période commence dans les années 2000. Les lois de 1975 sont modifiées en 2002 et 2005 pour apporter des réponses aux besoins des personnes handicapées et à la définition du handicap, avec pour finalité la création de projets personnalisés. La modification de 2002 s'attache à établir des options d'orientation par des évaluations, en plus de la planification renforcée, grâce à des livrets d'accueil et à des contrats passés avec chaque personne handicapée. Celle de 2005 réclame une évaluation des effets pervers de cette organisation. **Les systèmes s'autoalimentent et la société s'exonère de ses devoirs.**

Par exemple, on retire les enfants handicapés des écoles pour leur fournir une scolarité adaptée, mais aussi pour remplir les institutions.

Se pose donc la question, à travers le handicap, de la place de l'enfant et de la personne dans la société, que l'on peut résumer à trois modèles :

- le premier place l'enfant au cœur de sa famille,
- le second considère l'État comme garant des droits de l'enfant,
- le troisième prône un enfant citoyen, autonome, avec ses droits.

En 2003, le rapport sur le projet de la loi de finance indique que «*le handicap de la personne ne se réduit pas à sa seule déficience ni aux incapacités que celle-ci engendre, mais dépend du désavantage que, non seulement cette déficience et ces incapacités provoquent, mais que l'environnement matériel, humain, social, contribue à réduire ou aggraver*».

La loi du 11 février 2005 définit le handicap de la manière suivante.

«*Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction à la vie subie par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant.*»

Cette définition part moins des déficiences que des restrictions sociales, dont les causes multiples sont répertoriées. Cette loi s'énonce en particulier avec l'objectif que les personnes handicapées puissent vivre auprès des valides, avec des moyens adaptés, pour s'accomplir comme des citoyens participants afin d'éviter la discrimination. L'environnement doit donc devenir accessible. Il faut remarquer également que grâce à cette évolution, les prises en charge médicale et sociale, jusqu'alors séparées, tendent à se déverrouiller.

V - CLASSIFICATIONS ET MODÈLES DU HANDICAP

L'évolution des lois sur le handicap semble liée aux différents modèles du concept de handicap, qui ont beaucoup évolué, notamment depuis le XXe siècle.

En France, la notion de handicap s'appuie sur celle d'invalidité construite depuis Napoléon.

Tout comme la psychiatrie de l'enfant a été longtemps adulte-morphe (De Ajuriaguerra, 1973), jusqu'à récemment, les barèmes des handicaps des enfants étaient établis par rapport à des adultes, les anciens combattants, dans une même considération du handicap et de la déficience, physique ou mentale. Ces barèmes sont alors bien différenciés des classifications des maladies, décrites par exemple dans la « Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent » (CFTMEA), le « Diagnostic and Statistical Manual » (DSM), ou encore la « Classification Internationale des Maladies » (CIM, et plus précisément « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes »).

On sépare ainsi, d'un côté les handicaps et déficiences qui n'ont pas d'espoir d'amélioration, et de l'autre les maladies, dont on peut espérer la guérison.

Bi-axiale, la CFTMEA, révisée en 2012, a une approche purement descriptive des catégories cliniques des troubles mentaux. Elle a la particularité de privilégier une approche psychanalytique, tout en s'intégrant pleinement dans une démarche psychiatrique.

Le DSM, publié pour la première fois en 1952 et aujourd'hui dans sa dernière version, le DSM-V, est une échelle de référence en psychopathologie, car proposant une version multi-axiale, qui repose sur l'identification clinique de syndromes dans une approche quantitative, sans prendre en compte l'étiologie des pathologies.

La CIM a pour ancêtre la « Classification des causes de décès », de Bertillon, en 1893. Elle vise l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité des êtres humains dans l'optique d'une analyse et d'une interprétation indépendante du

pays ou l'époque en cause. À la création de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1945, on cesse de s'intéresser aux causes de mortalité pour se référer plutôt à la morbidité. Puis, en 1949, apparaît, au sein de cette classification, un chapitre sur les troubles mentaux.

La CIM est un répertoire statistique et mono-axial, puisque chaque trouble mentionné n'appartient qu'à une catégorie de la classification, et que l'on répertorie les symptômes du plus important au moins caractéristique. Sa dernière version, la CIM 11, date de 2019, après une série de mises à jour décennales et annuelles.

En 1983, l'Organisation Mondiale de la Santé établit le premier système de classification qui mêle le handicap et la maladie, en croisant la CIM avec la Classification Internationale du Handicap. La première répertorie les différentes maladies, tandis que la seconde classe les effets observables (déficiences, incapacités et désavantages), avec une tendance à articuler les approches médicale (qui reste dominante), psychologique et éducative. Le regard croisé entre les deux classifications est important puisqu'il permet de lire les informations dans les deux sens : de la maladie vers ses effets, mais aussi des effets vers les maladies.

Selon la définition de Wood, au début des années 80, **le handicap est une inadaptation entre l'individu et son environnement dans une situation donnée, secondaire à une déficience et une incapacité.**

C'est un tableau qui met en jeu quatre plans d'analyse : celui du diagnostic, celui des déficiences, celui des incapacités et celui du handicap.

- **Le plan du diagnostic** est celui du processus morbide que le médecin se doit de chercher à expliquer et à traiter.
- **Le plan des déficiences** vise les atteintes, anomalies et lésions des organes et des fonctions, physiologiques, anatomiques ou psychologiques, ainsi que le domaine de la rééducation.
- **Le plan des incapacités** résulte des déficiences et caractérise la limitation, plus ou moins sévère, ou l'absence des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne. Cela peut concerner « des séquences intentionnelles intégrées d'interaction » issues de la vie de tous les jours, telles que définies par Misès en 1994, c'est-à-dire « une tâche, une qualification, ou un comportement » (Chapireau, 1997). Ce plan vise ainsi la réadaptation.
- **Le plan du handicap** proprement dit, enfin, ou des désavantages sociaux. Il caractérise la limite ou l'impossibilité dans l'accomplissement d'un rôle social considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels et relève du domaine de la réinsertion.

Néanmoins, il ne faut pas établir de lien de cause à effet unilatéral entre les quatre niveaux d'analyse. En effet, la lecture de ce processus du handicap peut être parcourue dans un sens (diagnostic, déficiences, incapacités, handicap) ou bien

dans l'ordre inverse, à cause des effets rétroactifs de ces niveaux les uns sur les autres. De plus, dans ce modèle, entre le désavantage et la pathologie s'interposent toujours les plans des déficiences et des incapacités.

Selon Wood, il ne convient donc pas de parler de «handicap mental», en mélangeant ainsi les différents plans de ce modèle spatial. Cette configuration du modèle entraîne des actions d'aide à la personne aux différents niveaux de sa situation, d'où l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire. Néanmoins, en France, en opposition à Wood, la dénomination «handicap mental» persiste, et selon l'OMS, citée par Chapireau en 1997,

« un enfant présente un handicap mental s'il souffre de troubles au long cours, caractérisés par un processus qui peut se décrire dans son histoire et dans ses relations avec son environnement sur les quatre plans d'expérience de la pathologie, de la déficience, de l'incapacité et du désavantage social, et si l'on observe des difficultés mentales sur au moins un des trois plans du handicap ».

D'ailleurs, en 2001, l'OMS propose à son tour une classification du handicap, au sein de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), constituée de « quatre composantes qui interagissent :

- les fonctions organiques, physiologiques et psychologiques ou les structures anatomiques (organes ou membres) impliquant le fonctionnement corporel et l'organisation psychiques ;
- les activités et la participation réelle de la personne à travers son fonctionnement ;
- les facteurs environnementaux (physiques, sociaux ou attitudes) et externes potentiellement handicapants ou facilitateurs ;
- les facteurs personnels ou individuels ».

Cette classification présente des changements importants.

- Premièrement, il s'agit d'une description neutre du fonctionnement humain, dans lequel le handicap n'est qu'une variation. **Le point de référence est le fonctionnement, et non pas la déficience.** D'ailleurs, on ne parle plus de déficience-incapacité-désavantage, termes trop stigmatisants, mais de fonction-structure-participation (Camberlein, 2019).
- Ensuite, il faut **identifier puis modifier les obstacles** et augmenter les facilitateurs à la participation de la personne touchée par le handicap.
- Enfin, il existe un très **grand panel de facteurs environnementaux** qui peuvent être impliqués et reconnus comme handicapants (Nader-Grosbois, 2020).

Ces classifications posent aussi le problème du partenariat financier, puisqu'elles sont établies par de grands laboratoires pharmaceutiques. De plus, elles ne tiennent pas compte de tout l'aspect environnemental du concept, dont

les conséquences sur le handicap s'avèrent prouvées, par exemple du côté de l'hypostimulation familiale, qui peuvent, sinon le créer, en tout cas amplifier le handicap. C'est pour cela qu'a été créée la Classification Internationale du Fonctionnement, qui prend en compte l'ensemble du système autour du handicap, en introduisant les effets du contexte. Cette classification propose aussi de travailler sur l'écart entre les capacités et les performances, pour trouver les «**éléments facilitateurs**» et les «**éléments-freins**», qui permettent d'établir les compensations. C'est un modèle qui n'est plus spécifique au handicap, mais adaptable à tous.

Au final, est-il plus important de savoir comment classer les personnes ou de savoir comment les prendre en charge? La Classification Internationale du Fonctionnement casse la notion de handicap. D'ailleurs, dans certains pays, le handicap n'existe pas ou plus et la référence devient la «**situation de handicap**».

La question du handicap devient alors primordiale, dans le sens où, au lieu d'être stigmatisante, elle est ouverture entre la personne handicapée et son environnement. La tendance actuelle des années 2010 penche vers l'éclaircissement des systèmes de ressources et de compensations auprès des personnes en situation de handicap ou nécessitant des soins. D'ailleurs, au sein de chaque direction départementale, et notamment dans le domaine de l'éducation, une personne est déléguée à l'adaptation des structures pour une meilleure accessibilité, y compris pour les personnes handicapées. Les projets personnalisés permettent aux personnes d'exprimer leurs besoins, leurs désirs et leurs histoires. C'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées qui décide du financement des compensations. L'école, le domicile, l'environnement de chaque personne permettent la traduction des projets des personnes dans la réalité de la personne porteuse de handicap, car au milieu des débats sur le handicap, **il ne faut pas oublier la différence entre égalité et équité...**

VI - LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS MENTAUX : D'HIER À AUJOURD'HUI

C'est dans le contexte de la fin XIXe siècle, en 1882, qu'intervient l'instruction scolaire obligatoire des enfants, décrétée par Jules Ferry.

À son époque, Esquirol se saisit de l'appellation d'«**idiotie**» pour traduire l'arrêt du développement des facultés intellectuelles de l'enfant, mais peu à peu ce terme prend une connotation négative. C'est en 1846 que Seguin reprend ce terme pour différencier les «**enfants arriérés**» ou «**retardés**», dont le développement est un peu plus lent que la normale, des enfants «**idiots**», dont le développement, dans tous les domaines, est arrêté. C'est d'ailleurs à cette époque qu'il crée la première

«école de rééducation» en France, à partir de sa méthode d'éducation expliquée dans son livre sur le traitement moral des idiots et des arriérés, qui est considéré comme le premier manuel traitant des besoins spécifiques des enfants déficients intellectuels. Sa collaboration avec Esquirol constitue la première équipe alliant le médical et le pédagogique, remarquera Heuyer (1966).

Pendant que Seguin étudie et tente d'instruire ces enfants, Voisin, avec d'autres aliénistes qui remettent en doute l'incurabilité, commence par insister sur le besoin d'instituts spécialisés où se côtoieraient psychiatres et instituteurs. Malheureusement, Séguin ne parvient pas à faire aboutir ses travaux, qui font trop d'ombre aux psychiatres de l'époque. C'est Bourneville qui reprend ses travaux, environ trente-cinq ans plus tard, avec l'idée de bâtir un asile-école. Mais l'ambivalence qui caractérise le regard que les personnes ordinaires portent sur ces personnes différentes rend difficile la recherche de financements.

Toutefois, il réussit à monter un service d'avant-garde, où les enfants sont instruits dans la mesure de leurs moyens, participent à des ateliers en vue d'une réinsertion sociale, tout cela en plus des soins médicaux qui leur sont nécessaires. Devant le succès qu'il obtient, Bourneville suggère que l'on annexe des classes pour enfants « arriérés », sur le modèle de son asile-école, aux classes normales.

Pour appliquer la loi de Ferry, il convient de différencier les enfants qui réussissent à suivre un enseignement, d'autres qui ne se donnent pas les moyens de réussir, et de ceux qui n'en ont pas les moyens, et pour lesquels une scolarité adaptée serait peut-être judicieuse. C'est ainsi que la psychométrie est introduite dans le milieu scolaire. Ainsi, Claparède, en 1898, propose «des classes spéciales», c'est-à-dire vouées à l'enseignement scolaire des enfants déficients.

Les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP), où se côtoient les approches médicale, sociale et pédagogique, sont également créés sur une idée de Magnan et Legrain, dans le but d'assurer une scolarité aux enfants ne pouvant pas suivre un enseignement, même en classe spécialisée, et ont pour relais les externats ou internats médico-professionnels pour les adolescents de 14 à 20 ans.

Les premiers enseignants spécialisés ne suivant aucune formation particulière pour exercer leur profession, en 1909 est créé le premier certificat d'aptitude pour les professionnels.

Parallèlement, en 1904 est créée une commission à laquelle participent Bourneville et Binet. Pour classer les enfants en séparant ceux ayant une intelligence normale et ceux présentant un retard dans les apprentissages, Binet, en 1909, propose une échelle, pour examiner les enfants entre 5 et 16 ans. Celle-ci représente un éventail des connaissances qui sont normalement acquises par un enfant à un âge donné, et qui correspond à son âge mental. Binet vise à mesurer le niveau de développement intellectuel de l'enfant, c'est-à-dire ce qui lui est possible d'apprendre en fonction de ses capacités mentales, indiquant ainsi à quel niveau scolaire, dans quelle classe il faut le placer.

La définition d'« âge mental », en comparaison avec l'« âge réel » ou « chronologique », le conduit ainsi à la conception d'une **échelle métrique de l'intelligence**.

Cet indice traduit l'avance ou le retard de l'enfant dans les acquisitions par rapport à ses pairs de même âge. Il vise à renvoyer des classes standards les enfants « idiots », les « arriérés d'hospice », non perfectibles à l'éducation. **Il transforme donc la notion d'arriération mentale** de Bourneville, **en arriération scolaire**, relançant la polémique de l'époque de Séguin.

Avec l'arrivée du Front populaire, les projets sur l'enfance déficiente sont remis à l'ordre du jour. Une commission dirigée par Henri Wallon, en 1937, aboutit à une charte de l'enfance déficiente, proposant l'organisation d'un dépistage des retards mentaux, une généralisation des classes de perfectionnement et des instituts médico-pédagogiques où travaillent conjointement psychiatres et enseignants spécialisés.

D'autres commissions se réuniront sous le gouvernement de Vichy, parmi lesquelles on retrouve celle de Daniel Lagache, qui définit l'enfance inadaptée et propose deux classifications. La première, médico-psychologique, vise à une description clinique de toutes les inadaptations. La seconde, médico-pédagogique, classe les enfants en fonction du type d'établissement et de traitement dont ils relèvent.

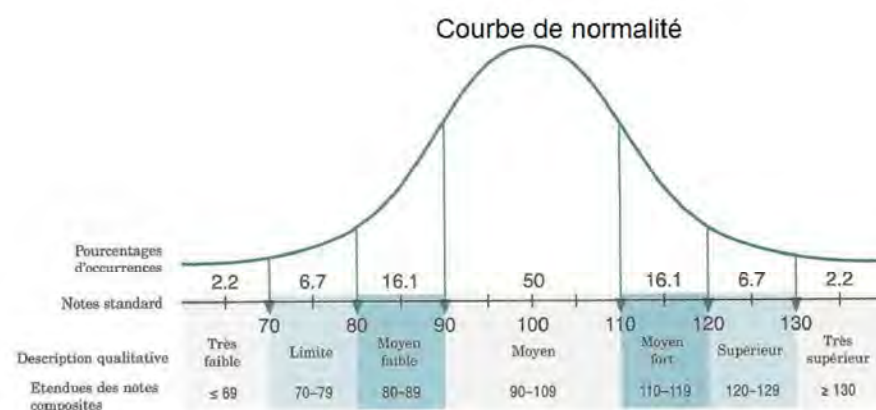
Dans les années 60, l'Éducation Nationale prend réellement conscience des difficultés de ces jeunes déficients, en particulier autour d'apprentissages fondamentaux tels que la langue écrite et le calcul. Il s'avère que la scolarisation classique n'est pas adaptée.

Plus tard, deux arrêtés viennent donner des précisions sur les enfants et les instituts concernés. Celui du 12 août 1964 considère qu'au terme de son développement, un enfant « débile » n'atteindra pas le niveau mental d'un enfant normal et propose donc de placer en classes de perfectionnement les enfants ayant entre 50 et 75 au test de Binet et Simon. L'arrêté du 20 octobre 1967 stipule que, de toute manière, *« l'enfant déficient intellectuel est reconnu comme tel dès les premiers moments de la scolarité élémentaire »*.

C'est la circulaire du 20 juillet 1970 qui vient donner toute sa place au **Quotient Intellectuel** dans le domaine de l'enfance déficiente. Ainsi se crée « l'illusion de continuité » (Salbreux et Misès, 2005) entre les différentes formes de déficiences, suggérant qu'elles manquent toutes, à des degrés différents, d'intelligence. Mais, bien que discutable et incomplet, le résultat au test reste un moyen objectif de pouvoir trouver une place adaptée à chaque enfant.

En 1944, Wechsler définit l'intelligence comme «*la capacité globale ou complexe de l'individu d'agir dans un but déterminé, de penser d'une manière rationnelle et d'avoir des rapports utiles avec son milieu. Elle est globale parce qu'elle caractérise le comportement de l'individu dans son ensemble; elle est complexe parce qu'elle est composée d'éléments, d'attitudes qui, sans être entièrement indépendants, sont qualitativement différenciables. En fin de compte, c'est par la mesure de ces aptitudes que nous évaluons l'intelligence.*»

Elle suivrait une courbe de normalité pour définir les différentes zones suivantes.



Courbe gaussienne de la répartition du QI dans la population générale (WISC-V)

Puis Zazzo, en 1965, rappelle que le sens de cette plage de quotients intellectuels ne doit pas être le critère qui envoie les enfants en classes de perfectionnements, mais qu'au contraire ce sont les difficultés pédagogiques qui doivent venir donner tout leur sens aux bornes de 50 à 70.

Aujourd'hui, le WISC V (Échelle d'intelligence de Wechsler, cinquième version) s'avère être l'un des tests les plus utilisés chez l'enfant et l'adolescent pour approcher le fonctionnement cognitif à travers cinq indices, et aboutir ensuite à une mesure du Quotient Intellectuel Total, qui pourra représenter un indice de diagnostic de la déficience intellectuelle.

- **L'indice de compréhension verbale**, l'intelligence cristallisée, c'est-à-dire la capacité à utiliser ses connaissances, son expérience et ses compétences.
- **L'indice de raisonnement fluide**, dont le raisonnement logique sur un plan visuel et la capacité à résoudre des problèmes dans des situations nouvelles.

- **L'indice visuo-spatial**, soit l'aptitude à se créer et à manipuler des représentations mentales et l'aptitude à se faire une représentation mentale spatiale du monde environnant.
- **L'indice de mémoire de travail** (mémoire à court terme), qui est la capacité à maintenir temporairement une information en mémoire et à la manipuler mentalement.
- **L'indice de vitesse de traitement**, qui est la **capacité à penser et travailler** sous la pression du temps en faisant le moins d'erreurs possibles.

VII - LE PARADOXE DE LA SCOLARISATION D'AUJOURD'HUI

Le premier milieu dans lequel s'exprime le handicap intellectuel est souvent le milieu scolaire, lorsque le handicap n'est pas visible et identifiable dans le milieu familial (Bodin, 2018). On s'intéresse également au rôle de l'environnement, notamment familial, sur le développement de ces enfants qui ne s'imposent pas d'emblée comme «déficients», puisque la déficience n'apparaît pas directement sur une forme figée, mais au contraire se façonne et se structure au cours de la vie. C'est ainsi que Misès *et al.* (1971) ont parlé de «dysharmonies évolutives», spécifiant que

la personne n'est pas déficiente sur tous les plans, et qu'il est donc possible d'agir sur les mécanismes pathologiques en s'appuyant sur les points forts de la personnalité de la personne.

Médecins, psychologues, travailleurs sociaux et éducateurs se regroupent pour prendre conscience des troubles de ces enfants et leur proposer une prise en charge adaptée aux difficultés rencontrées dans le cercle scolaire.

Malheureusement, on manque de médecins et d'enseignants, et les IMP deviennent souvent des IME, où l'éducatif prend le pas sur le versant pédagogique.

Toutefois, des aménagements permettent à chaque enfant de bénéficier des fonctions principales de l'école, y compris dans ces classes spécialisées. En effet, **le potentiel d'intégration sociale de chaque enfant dépend directement de son apprentissage de la vie, qui est en lien avec une adaptation à l'environnement**, plus ou moins difficile en cas de déficience, quelle qu'elle soit. Les classes spécialisées tendent donc à mettre à disposition les ressources et techniques nécessaires à chaque enfant, pour qu'il développe son autonomie et son inclusion au sein de la classe (Petit, 2001). Comme le souligne Kanner, la troisième décennie du XXe siècle apparaît capitale dans la prise en charge des

enfants déficients. Aujourd'hui, les courants de pensée amènent à considérer des mécanismes inhérents à la déficience, qui rendent compte de la complexité de ces fonctionnements de pensée.

Tout d'abord, l'école doit être un lieu d'épanouissement pour l'enfant, et c'est une fonction à laquelle doit répondre l'enseignement spécialisé. Les parents sont souvent inquiets de placer leur enfant dans une institution spécialisée, mais c'est à l'institution de les rassurer sur le bien-être de l'enfant, car **le milieu spécialisé apporte ce que l'école classique ne peut plus apporter**. En effet, le travail peut être effectué en petits groupes ou bien même lors de temps privilégiés, seul avec l'enseignant. Les supports utilisés sont, au début tout au moins, ceux dans lesquels l'enfant trouve du plaisir et peut s'exprimer. Une ambiance sereine est également plus propice aux acquisitions.

Évidemment, l'école est un lieu d'acquisitions ; en cela les enfants déficients y sont un peu en difficulté. Dans les Instituts Médico-Pédagogiques, l'enseignement proposé est de contenu réduit par rapport à une classe normale. Le but est de ne pas braquer l'enfant sur ses difficultés, afin qu'il ne se fige pas dans une rigidité des apprentissages.

Ainsi, toute la difficulté du travail de l'enseignant spécialisé se trouve dans le fait qu'il faut proposer des apprentissages sous des formes différenciées, tout en restant pédagogique. Un but majeur pourrait être de « dissoudre les adaptations scolaires dans une pédagogie adaptative et compensatoire » (Postic, 2001).

Le but ultime de l'école spécialisée est d'accompagner l'enfant vers son avenir. De nos jours, comme souligné dès la circulaire de 1999, l'adaptation scolaire apparaît comme un moyen de réduire l'inadaptation individuelle, mais les chercheurs sont en conflit sur la perspective de scolariser à tout prix dans une école ordinaire et le besoin parfois d'une aide plus profonde, dans des établissements spécialisés.

Ainsi, un passage dans un Institut Médico-Pédagogique (IMP) est souvent suivi par une orientation en Institut Médico-Professionnel (IMPro). Pour cela, il est important que les parents fixent ensemble des objectifs à l'arrivée de l'enfant dans l'institution, sur tous les domaines de développement.

Après une première vague dans les années 80, l'intégration, et donc l'accueil et l'adaptation de l'environnement à la personne, revient sous la forme d'un projet ambitieux, visant l'inclusion à tout prix et donc le renoncement à toute forme de traitement particulier, dans des classes normales, des enfants handicapés (Louis et Ramond, 2013). **Il est difficile pour les professionnels de l'enfance, de savoir s'il s'agit d'un progrès ou d'une complication de la scolarité.**

On assiste donc à un cercle vicieux. En effet, on assiste depuis les années 2000 à un retour de la volonté d'inclusion à tout prix, mettant en péril certaines institutions

d'une part et, plus grave, plaçant en difficulté des enfants nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire propre au milieu adapté d'autre part.

Ainsi, Salbreux (2017) remarque depuis plusieurs décennies une **oscillation entre exclusion et inclusion** des personnes porteuses de handicap, une situation dans un «entre-deux», une «liminalité», qui ne se vit pas facilement positivement pour les personnes concernées, et qui semble d'autant plus difficile à vivre pour les adolescents qui se trouvent déjà dans un autre passage, celui de l'enfance à l'âge adulte.

Aujourd'hui, l'État exige l'adaptation des élèves en situation de handicap, quel qu'il soit, aux normes scolaires, alors que les écoles ne peuvent s'adapter à la particularité de chacun de ses élèves.

L'intégration a laissé place à l'inclusion, qui force les écoles classiques à accueillir des enfants en difficultés, quand bien même cette orientation ne semble pas la meilleure, et sans prise en compte de la comorbidité des troubles qui nécessite souvent une prise en charge spécifique supplémentaire, en milieu spécialisé, pour une valorisation singulière des jeunes en situation de handicap (Picon, 2010).

Les volontés politiques enjoignent aux écoles classiques d'accueillir les élèves en grandes difficultés, dans le désir d'une **inclusion forcée**, basée sur une volonté de norme scolaire qui nuit, pour ces jeunes, à leurs apprentissages, et engendre une forte stigmatisation par rapport à leurs pairs d'âge (Desombre, 2013).

En effet, dans le milieu classique, les disciplines enseignées s'avèrent imposées, la vitesse des apprentissages constitue également une contrainte et cela ne permet pas aux élèves de se passionner pour d'autres domaines, à leur hauteur: tandis qu'en milieu spécialisé, un des enjeux s'avère la recherche d'une pédagogie ni infantilisante, ni hors d'atteinte, dans le but d'améliorer les représentations de soi chez les enfants souffrant d'un handicap (Chevallier Rodriguez & al, 2020). Alors certains élèves «décrochent», se tournant de nouveau, pour les plus jeunes vers des apprentissages en milieu spécialisé, et pour les plus âgés vers des filières courtes d'apprentissage professionnel.

En effet, les politiques actuelles, depuis la loi de 2005 sur le handicap «pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté», tendent à vouloir intégrer les personnes handicapées dans le milieu scolaire, puis dans la société.

Face aux enfants handicapés, l'Éducation Nationale préconise de plus en plus une «politique inclusive» (Brun & Mellier, 2016), avec la Réponse Adaptée Pour Tous (RAPT), qui soulève le paradoxe de stigmatiser alors qu'elle veut intégrer.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées vise également un accès facilité à la citoyenneté et la participation à la vie sociale, tout comme elle tente de favoriser l'accessibilité à tous les services communs. Finalement, **le changement de terme, d'intégration à l'inclusion, et de principe ne contribue qu'à une nouvelle forme de normalisation**, avec la question omniprésente de la prise en compte des similarités et des différences dans le cadre d'une culture partagée.

Dans le contexte actuel de diversité à l'école, la définition de la norme apparaît comme un défi à relever (Ayouch, 2017). Dans la population adulte, elle nous interroge sur la possibilité d'être adapté lorsque le handicap rend « hors norme », avec toutes les difficultés d'intégration sociale que cela entraîne (Korff-Sausse, 2011). Auprès des enfants, la définition de la norme provoque l'objectif impératif de permettre l'accès à un enseignement, à défaut d'être individualisé, tout au moins adapté à chaque enfant, et de l'amener à l'accession du désir d'apprendre, guidé par ses enseignants. Mais pour placer les jeunes en situation de déficience intellectuelle sur un plan d'égalité avec leurs pairs tout venants, il faut de véritables ressources financières, techniques et pédagogiques pour s'adapter au rythme de l'enfant ou de l'adolescent, respecter et contourner ses freins et trouver des appuis (Ebersold, 2010).

En tout cas, l'école républicaine fournit une norme, à laquelle doivent se conformer tous les élèves : la réussite scolaire (Pereira, 2017). Mais elle crée un paradoxe, du fait qu'elle produit également ce qu'elle redoute, c'est-à-dire des situations d'échec, même si les élèves scolarisés dans le milieu ordinaire semblent plus heureux d'aller à l'école que les élèves issus des milieux spécialisés (Crawford, 2008) et se montrent plus acteurs de leur futur (Coté, 1996). Or, cela semble particulièrement important à prendre en compte, puisque les études montrent que le « sens de l'expérience scolaire » joue un grand rôle sur la construction identitaire des enfants.

Ainsi, l'accès aux apprentissages, au savoir et la socialisation, par le lien aux pairs, influencent fortement la construction identitaire des enfants, au travers des représentations de soi, et y compris pour les enfants déficients intellectuels (Chevallier Rodrigues et al., 2020).

L'IMPOSSIBLE CONCLUSION

Définitions et modélisations du handicap sont depuis toujours au cœur des débats sociétaux, et sous l'action des comités éthiques, ces considérations s'avèrent toujours en mouvement. Force est de reconnaître que ces évolutions sont positives, puisqu'elles permettent une meilleure prise en charge de l'enfant

handicapé dans tous les domaines de sa vie. **Concevoir le handicap comme multifactoriel, c'est envisager une prise en charge complexe.** C'est donc à un niveau pluridisciplinaire que peuvent aujourd'hui poindre de nouvelles avancées, aux confins de la rencontre entre une personnalité cognitive et émotionnelle avec ses difficultés, et un environnement sociétal qui doit encore évoluer pour devenir de plus en plus aidant. Au niveau de la scolarité, il faut absolument se situer au plus près du jeune pour trouver une solution singulière qui s'adapte à lui, et non l'inverse, et lui permette de progresser dans l'ensemble des domaines de sa vie d'enfant, d'adolescent et pour enfin devenir un adulte épanoui.

BIBLIOGRAPHIE

- Assouly-Piquet, C. & Berthiez-Vittoz, F., *Regard sur le handicap*, Ed. Hommes et perceptions, 1994.
- Ayouch, S., «Normes et diversités, le défi contemporain», *in* Le Journal des Psychologues, n° 346, avril 2017, pp. 18-22.
- Bass, H.-P. & Kristeva, J., «L'humanisme au regard du handicap», *in* Le Journal des Psychologues, n° 291, 2011, pp.22-28.
- Bass, H.-P. & Scelles, R., «Le handicap au sein de la famille», *in* Le Journal des Psychologues, n° 291, 2011, pp.18-21.
- Bodin, R., *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, La dispute, 2018.
- Bonnefond, G., *De l'institution à l'insertion professionnelle. Le difficile parcours des jeunes déficients intellectuels*, Érès, 2006.
- Brun, P. & Mellier, D., «L'inclusion scolaire de l'enfant handicapé : un éclairage de la psychologie du développement», *in* Bulletin de psychologie, n° 544, 2016, pp. 253-266.
- Camberlein, P., *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Dunod, 2019.
- Canguilhem, G., *La connaissance de la vie*, Vrin, 1952, cité par Weisman Arcache, C., « Des vilains petits canards et des cygnes », *in* Le journal des psychologues, n°344, février 2017, p 16.
- Chapireau, F., *Le handicap mental chez l'enfant*, 1997, Éditions ESF.
- Chauvière, M., «Parents, institutions et professionnels», *in* Enfance et psy, n° 21, 2003, pp. 13-22.
- Chevallier-Rodrigues, E. *et al.*, «Relation entre parcours scolaire et représentations de soi chez des élèves en situation de handicap. Rôle modérateur du sens de l'expérience scolaire sur cette relation», *in* Psychologie Française, Vol.65 (2), juin 2020, pp.157-172.
- Cote, J. E., « Sociological perspectives on identity formation : The culture identity link and identity capital », *in* Journal of Adolescence, 19, 1996, pp. 419-428.
- Crawford, C., *Statistical report on inclusive education and Canadian children with intellectual disabilities*, North York, Roehar Institute, 2008.
- De Ajurriaguerra, J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, 1974.

- Desmbre, C. *et al.*, « Identifier des besoins éducatifs particuliers : Analyse des obstacles et propositions pour l'action », *in* La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, n° 62 (2), 2013, pp. 197-207.
- Duche, D. - J., *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, PUF, 1990.
- Ebersold, S., « Inscription professionnelle, devenir social et parcours de formation », *in* Haelewyck M.-C., *Adolescence et retard mental*, De Boeck Supérieur, 2010, pp. 173-189.
- Foucault, M., *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975.
- Guillec, G., « Comment écrire l'histoire de la psychologie? Réflexions à propos du débat idéologique sur les "enfants anormaux" en France », *in* *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, mai 2000, pp. 94-103.
- Henckes, N., « Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées », *in* *European Journal of Disability Research*, n°6, 2012, pp. 242-254.
- Hirsch, E., *L'éthique au cœur des soins*, Vuibert, 2007.
- Korff-Sausse, S., « Le sujet handicapé : un sujet "hors norme"? », *in* *Le Journal des Psychologues*, n° 291, octobre 2011, pp. 29-33.
- Korff-Sausse, S., Scelles, R., « Empathie, handicap et altérité », *in* *Le Journal des Psychologues*, n° 286, mai 2011, pp.30-34.
- Louis, J.-M. & Ramond, F., *Scolariser l'élève handicapé*, Dunod, 2013.
- Mellier, D., Courbois, Y., « Pour une approche psychologique interactive des enfants qui se développent autrement : la situation de handicap mental », *in* *Enfance*, PUF, 2005, Vol. 57, pp. 213-217.
- Mises, R. *et al.*, « Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectuelle. Les déficits dysharmoniques », *in* *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 14, 1971, pp. 341-464.
- Nader-Grobois, N., *Psychologie du handicap*, DeBoeck, 2020.
- Pereira, I., « Les paradoxes de la norme scolaire », *in* *Le Journal des Psychologues*, n° 344, février 2017, pp. 28-33.
- Petit, C., « De l'intégration scolaire », *in* *Vie sociale et traitement*, n° 69, 2001, pp. 35-39.
- Picon, I., « Milieu spécialisé ou ordinaire, conséquence sur le processus d'adolescence des jeunes ayant une déficience intellectuelle », *in* *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, Vol. 21, 2010, pp.66-78.
- Postic, M., *La relation éducative*, PUF, 2001.
- Ricœur, P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990.
- Salbreux, R., « Entre inclusion et exclusion », *in* *Handicap, une identité entre-deux*, 2017, pp. 77-92.
- Scelles, R., « Handicap : processus de subjection et lien à l'autre », *in* *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, 2013, pp. 137-152.
- Vaginay, D., « Adolescence et handicap mental : incidences sur les pratiques thérapeutiques et l'accompagnement », *in* *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, 2013, pp. 203-222.
- Wechsler, D., Wisc, V., *Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents*, 5^e édition, Adaptation française par Pearson, 2016.

SOIGNER L'ADOLESCENT EN ART-THÉRAPIE

2ème édition



Avril 2007

Une somme clinique qui éclaire définitivement une pratique souvent mal comprise : l'expression artistique au service du soin. Centré sur la prise en charge des adolescents en rupture psychopathologique, l'ouvrage constitue également une excellente introduction à la créativité chez l'adolescent.

Jean-Luc Sudres, Psychologue clinicien, maître de conférence en psychologie, université Toulouse Le Mirail. Psychologue clinicien (hôpital La Grave, Toulouse) ; maître de conférences en psychologie (université de Toulouse-Le-Mirail), psychomotricien, art-thérapeute, créateur et directeur du DU d'art-thérapie (université Toulouse le Mirail). A publié chez Dunod *Soigner l'adolescent en art-thérapie*, 2e ed., 2005 (1ère éd. 1998).

Dunod, 320 pages, 34 €, www.dunod.com

EXCLUSIONS ET ART-THÉRAPIE



Aujourd'hui, l'exclusion s'impose au pluriel («exclusions»), tant ses formes et expressions se multiplient au regard des situations singulières rencontrées. Sans cesse exacerbée par une dramatique urgence à faire face, elle conduit le plus souvent à agir en termes de réparation, de remobilisation et de réhabilitation qui, insidieusement, séparent et stigmatisent.

Dans cet ouvrage, l'exclusion est parlée par ceux qui l'ont vécue/reçue ou encore qui s'y confrontent dans leur vie familiale, professionnelle et socioculturelle. De fait, les propos tenus, les situations rapportées, les dispositifs développés - qu'ils tiennent du récit autobiographique, des «galères» traversées, de l'éclairage historique, des praxis institutionnelles, des essais práticothéoriques... - sont forts. L'émotion, l'archaïque et la fragilité de chacun se trouve ébranlée au point que chaque texte devient sources et ressources.

La dimension internationale des auteurs inscrit cet ouvrage à la fois dans l'histoire, l'actualité et la prospective d'une création et d'une art-thérapie qui a encore beaucoup à apporter aux problématiques de l'exclusion.

Jean-Luc Sudres, Psychologue Clinicien et Psychomotricien, est Docteur en Psychopathologie et Maître de Conférences - HDR en Psychologie. Par ailleurs, il assure la responsabilité pédagogique du D. U. Art-Thérapies de l'Université de Toulouse le Mirail.

Ont collaboré à cet ouvrage : Gabriella Ba, Frédéric Belli, Michel Bénézech, France Bergeron, Hervé Bonnin, Annie Boyer, Yvonne Bruel, Laurent Combres, Sylvie Court, Sylvie Daudet, Dominique De Miscault, Jocelyne Escudéro, Raymond Fourasté, Fanny Fradin, Pierre Fraysse, Rose Gaetner, François Gaspar/Abou Salem, Hervé Gautier, Ruy Luis Gonçalves De Carvalho, Benoît Hamot, Lilla Hardi, Barbara Houbre, Gretchen Geri Hurlbut, Adam Kiss, Muriel Laharie, Brigitte Lemaine, Roberta Magnotti, Éric Montpezat, Hervé Mourlon, Anne Pouchelle, Béatrice Raimondo, Jean Rodriguez, Danièle Rosenfeld-Katz, Guy Roux, Jean-Pierre Royol, Lony Schiltz, Annie Stammer, Alain Vasseur, Diane Waller, Mireille Weiland.

L'Harmattan, 540 pages, 33 €, www.editions-harmattan.fr

Mai 2010

Annexe 2 : Article 2

Martin Excoffier, L., Schiltz, L., Sudres, J.-L. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ? *Perspectives Psy*, Vol. 61, N°1, pp. 84-92

L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence ?

Laura MARTIN-EXCOFFIER¹, Lony SCHILTZ², Jean-Luc SUDRES³

¹ Psychologue clinicienne et Art-thérapeute. Centre d'Études et de Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS) de l'Université de Toulouse - Jean Jaurès. 103 rue du marais, 73410 La Bionne, France.

laura.aurelie.martin@gmail.com

² Professeur honoraire de psychologie, Université du Luxembourg, Directrice du Laboratoire de Recherche en Psychologie clinique, Hôpital Kirchberg, Luxembourg.

lony.schiltz@education.lu

³ Professeur de psychologie. Psychologue clinicien. Psychomotricien et Art-thérapeute. Responsable pédagogique du DU Art-Thérapies (UTJ). Centre d'Études et de Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la Santé (CERPPS) de l'Université de Toulouse - Jean Jaurès, Toulouse, France.

jeanlucsudres@orange.fr

Résumé

Puisque la médiation se trouve au cœur de la dynamique adolescente, l'art-thérapie apparaît comme un moyen privilégié de prise en charge de l'adolescent, notamment lors de séances groupales. Des séances de médiation peuvent revêtir la fonction de rites de passage, permettant à la fois le développement social et l'émergence d'une personnalité en train de se construire. Le moratoire identitaire lié à cet âge apparaît souvent comme une période dont il est difficile de sortir sans aide, tout comme il est compliqué d'accéder à la réalisation identitaire. Ainsi, alors que la quête identitaire malmène les psychés de ces jeunes, l'art-thérapie se place dans une position étayante dans les changements biologiques, cognitifs et sociaux. Le thérapeute se doit de comprendre la souffrance lorsqu'elle s'exprime, en particulier dans les créations artistiques, et de permettre l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, en respectant le code mis en œuvre par l'adolescent. C'est pour cela que l'art-thérapie apporte toute sa contribution, en complément du langage, dans sa dimension communicative, dans son aide à l'élaboration psychique, dans son soutien à l'imagination et à l'autonomie. Elle se présente également comme lien entre le monde interne et la réalité extérieure, et offre la possibilité de permettre une écriture de soi, une trace dans le groupe de soin, mais aussi une trace de son passage de l'enfance à l'âge adulte.

Mots clés : adolescence, art-thérapie, créativité, identité, médiation.

Art therapy and teenagers: clinical evidence?

Abstract

Since mediation is at the heart of adolescent dynamics, art therapy appears as a privileged means to take charge of adolescents, particularly during group sessions. Mediated sessions can assume the function of rites of passage, which enables both social development and rise of a personality under construction. Identity moratorium related to this age often appears as a period from which it is difficult to get out without assistance, just as it is complicated to access to identity construction. Hence, although the identity quest maltreats adolescents' psyches, art therapy places itself into a sustainer position facing biological, cognitive and social changes. The therapist has to understand the distress when it is expressed, particularly through artistic creations, and he has to enable the establishment of a good therapeutic alliance, respecting the code implemented by the adolescent. This is the reason why art therapy is contributing, complementary to language, to the communicative dimension, to the help of psychic elaboration, to the support to imagination and autonomy. It also emerges as a link between the internal world and the external reality, and offers the possibility to enable self-writing, and also to leave a trace in the caring group, and a trace of the passage from childhood to adult age.

Key words: adolescence, art therapy, creativity, identity, mediation.

Comment soigner l'adolescent quand il me dit : « *Fous-moi la paix, tu me prends la tête... je parle pas moi...* » ou comment la créativité et l'art-thérapie soutiennent-elles le développement identitaire de l'adolescent ?

Si l'adolescence apparaît définie de manière multiple, cette période s'impose souvent chez les auteurs comme un moment délicat de la vie, fragilisé par la quête identitaire propre à cette période ; tout jeune se trouvant pris dans des rites lui permettant un passage de l'enfance à l'âge adulte.

Pour les plus fragilisés, le travail thérapeutique est souvent délicat, et les thérapies verbales ne s'avèrent pas une réponse adéquate au mal-être de ces jeunes ; la verbalisation, notamment des émotions, n'étant pas toujours aisée. Le support créatif émerge alors comme un tiers, une médiation, dans un espace d'expression où le cadre et le thérapeute prennent une place non intrusive et même soutenante.

Une période de changements

L'adolescent voit l'apparition de changements, de transformations qui touchent autant son corps que sa psyché et sa perception du monde socio-culturel ; tout cela davantage en spectateur qu'en acteur pendant un premier temps. Cet « attentat au sentiment d'identité » fait violence à ces jeunes qui ressentent parfois terriblement fort le besoin d'évacuer leur malaise. Pour s'en protéger, les adolescents doivent apprendre à se soucier d'eux-mêmes, à se « prendre comme objet de soin » (Catheline et Marcelli, 2017). Parfois un soutien extérieur est nécessaire et c'est là que peut intervenir la médiation, une zone à la fois de transit, de passage, une aire transitionnelle, de créativité et un espace de transformations progressives (Winnicott, 1975 ; Barbe, 2016).

Les changements les plus visibles, à l'adolescence, sont d'abord biologiques et ne sont pas toujours faciles à intégrer. Les adolescents sont souvent anxieux de leur apparence physique, de ce qu'ils donnent à voir à autrui.

Piaget (1959) a souligné, comme changement cognitif, que le début de l'adolescence correspond également à l'accession à la pensée formelle, et donc aux raisonnements abstraits, permettant les compromis entre réalité et possibilités, ce qui peut être problématique.

Un troisième changement intervient à un niveau social. L'adolescent est donc en quête

d'identifications qui vont lui permettre de mener à bien sa quête identitaire, relative à son fonctionnement psychique. Pour être menée à bien, il faut que l'appareil psychique du sujet se soit développé de manière adaptée, et que les différentes instances aient réussi à trouver un équilibre, donnant naissance à un Moi mature. Par ailleurs, ils accordent de plus en plus d'importance à leurs pairs. Ils ont besoin de créer un réseau relationnel dont la fonction est socialisante, pour arriver à se forger un sentiment d'appartenance, qui a trait à leurs fonctions dans leur environnement.

Le groupe fournit des prototypes des relations de la vie adulte que les adolescents peuvent tester, dans la découverte de la relation d'aide et de la compétition. De plus, c'est également la période de la découverte des relations amoureuses et sexuelles. Ils cherchent de nouveaux objets d'amour qui semblent souvent teintés des objets d'amour infantiles, marquant ainsi le passage entre une vie d'enfant et une vie d'adulte. De plus, tous les affects sont intensifiés, toutes les manifestations comportementales exacerbées. Parallèlement, chaque adolescent recherche une émancipation de l'autorité parentale, et la recherche d'une identité propre. Ces processus s'accompagnent souvent de conflits, qui, s'ils sont surmontés sans trop d'angoisse, de passages dépressifs, de conduites à risque, guident le jeune dans son processus d'individuation.

Ainsi, ces changements peuvent entraîner des difficultés pour l'adolescent et il peut être judicieux de proposer un accompagnement pour qu'il puisse se créer une identité d'adulte. L'art-thérapie apparaît alors toute indiquée tant elle remplit une fonction étayante dans les trois types de difficultés évoquées précédemment. Les changements qu'elle provoque font de l'adolescence un moment clé de la construction identitaire, pour épanouir les nouvelles potentialités qui s'envisagent dans cet âge de la réalisation, mais aussi de la déstabilisation du sentiment de réalité (Sudres, 2003 ; Wawrzyniak & Schmit ; 2008 ; Klein, 2012).

Des rites de passage aux médiations

À cet âge, tout est médiation : le style vestimentaire, la musique, le téléphone portable, etc., toute la vie des adolescents est ainsi ponctuée par de la médiation, cet espace in-

terstitiel à investir. Ainsi, lorsqu'ils se trouvent en difficulté, n'est-il pas logique de leur proposer également un espace de médiation dans le soin, et donc de l'art-thérapie ?

Il existe, quelle que soit la manière de considérer l'adolescence, des rites de passage. Il s'agit de « toutes les séquences cérémonielles qui accompagnent le passage d'une situation à une autre et d'un monde (cosmique ou social) à un autre » (Van Gennep, 1909). Ils permettent la transition entre l'enfance et l'âge adulte, en lien étroit avec une appartenance sociétale forte, dans laquelle se joue une menace identitaire importante. Les rites de passage interviennent ici pour soutenir le jeune, grâce à leurs fonctions psychologiques, sociologiques et religieuses, et peuvent donc transformer de manière profonde la personnalité.

L'adolescence semble être le meilleur moment pour développer une polyvalence des compétences, notamment sociales. Schlegel et Barry (1991) ont même défini l'adolescence comme la période où se met en place une « personne sociale », un moment où des ponts se créent entre les différents mondes qui gravitent autour du jeune, dans les relations verticales aussi bien qu'horizontales (Larson, Wilson, Bradford Brown, Furstenberg et Verma, 2002). Ahovi et Rose Moro (2010) ont décrit le rôle nécessaire de la séparation dans le rite de passage, et ont souligné le besoin d'une agrégation satisfaisante à la société si le rite est accompli de manière structurante. Lorsque les expériences de la vie sont abordées de manière anxiogène, il est important de proposer au jeune une « remise en histoire progressive » par et avec l'art-thérapie (Sudres et Moron, 1997 ; Sudres, 2005).

L'identité : une question de créativité et de médiations

Erikson (1968) a placé le concept d'identité au cœur de ses études, en particulier sous la forme de « crise d'identité ». Cette appellation de « crise » s'avère être reliée à un point clé du développement de l'individu, sans établir de connotation négative (Atalay, 2007). Concernant l'adolescence, il appelle « moratoire », la période d'expérimentation des adolescents en vue de l'établissement de leur identité. Il s'agit, sous le joug de l'irruption de la sexualité génitale, de pouvoir retravailler les étapes de l'enfance, l'adolescence apparaissant comme le dernier stade du dévelop-

pement psychoaffectif. Le Moi cherche un soutien dans l'environnement social qui dépend de la culture, pour pouvoir devenir mature alors que les fragments d'identité de l'enfance sont mis à mal.

Marcia (1966) quant à lui propose un paradigme en quatre statuts possibles de la construction identitaire d'un processus d'exploration (expérimentation de différentes alternatives identitaires) et d'un processus d'engagement (expression de choix). Il définit ainsi quatre configurations identitaires :

– « la réalisation identitaire ». État le plus valorisé dans nos sociétés occidentales, traduit une exploration importante des différents domaines de la vie suivie par des capacités d'engagement, ce qui permet une conscience des points forts et des limites de soi ainsi qu'une confiance en soi élevée ;

– « la diffusion identitaire ». Elle se traduit par une faible exploration aboutissant à peu d'engagements, concourant à de faibles défenses du Moi, des relations à autrui superficielles, et une difficulté à donner du sens à sa vie ;

– « le moratoire identitaire ». Lorsque l'exploration est importante mais débouche également sur peu d'engagements, l'adolescent se retrouve en recherche active d'un sens de l'existence ;

– « la forclusion identitaire ». L'adolescent utilise peu le processus d'exploration tout en prenant des engagements forts, révélant ainsi une personnalité plutôt conventionnelle, avec une intégration des valeurs sociétales, et peu de remise en question des règles établies.

Selon Bosma (2001), l'identité est reflétée par la qualité des engagements pris, car ceux-ci ont une signification sociale et concourent donc à la construction d'une identité solide, formée par une exploration efficace (Berman, 2001).

Les aspects motivationnels rentrent également en ligne de compte, de manière intrinsèque, lorsqu'une personne entre dans une activité pour le plaisir qu'elle procure, ou extrinsèque, si une personne s'y attelle parce qu'elle est nécessaire à l'accession d'un but fixé (Blanchard *et al.*, 1997). Selon Waterman (2004), la réalisation identitaire dépendrait d'une motivation intrinsèque alors que la forclusion s'exprimerait plutôt chez les adolescents motivés de manière extrinsèque.

Les études montrent que les processus identitaires s'appuient sur une dimension de personnalité (Clancy et Dollinger, 1993). Les deux

dimensions non basées sur le processus d'engagement (diffusion et moratoire) seraient reliées à une forte anxiété. Les statuts d'exploration (moratoire et réalisation) contribueraient à une plus grande ouverture d'esprit et permettraient donc plus que les autres à investir des activités artistiques.

Alors que certaines études intègrent les concepts de créativité et d'identité en une identité créative, d'autres envisagent le statut identitaire comme une structure organisant le potentiel créatif. Mais Barbot (2008) a démontré qu'il semble possible de proposer des activités créatrices chez des adolescents se situant dans des configurations identitaires mal structurées pour stimuler le processus d'exploration.

Proposer de l'art-thérapie aux adolescents : une évidence ?

Des indications à l'efficacité

Dans leur revue systématique, Cohen-Yatziv et Regev (2019) ont clairement indiqué que l'art-thérapie a des effets bénéfiques sur les mineurs « à besoin éducatif spécifique » ou bien porteurs de handicaps.

Sudres (2005) a tenté de cerner de théoriser plus précisément les indications et les contre-indications de l'art-thérapie chez les adolescents. Bien que soulignant la difficulté de dresser une liste d'indications et de contre-indications pour cette pratique, il résume les indications d'une telle prise en charge aux troubles de l'expression, de la communication, des apprentissages, et aux troubles affectifs, en insistant sur le besoin pare-exciteur de la médiation, évitant ainsi une relation duelle qui pourrait être vécue comme persécutrice. De plus, il souligne que l'art-thérapie est particulièrement indiquée lorsque le patient témoigne d'un intérêt artistique.

Les premiers à définir les objectifs de l'art-thérapie sont Pessin et Friedman (1949). D'après eux, des séances d'art-thérapie permettent un renforcement du Moi grâce aux satisfactions narcissiques que procure la réalisation d'une œuvre artistique. Les séances, surtout en groupe, permettent également une aide à l'intégration sociale, grâce à la dynamique du groupe, mais aussi aux interventions de l'art-thérapeute. Les séances permettent aussi une expression des conflits inconscients que le sujet, souvent incapable de verbaliser, peut mettre en scène dans ses créations, l'art appa-

raissant ainsi comme un complément du langage.

Liebmann (1996) a ensuite réinvesti la problématique du rôle de l'art-thérapie en fonction de la psychopathologie. Suivant la problématique psychopathologique, l'art-thérapie peut aider à assouplir les défenses pour aider la levée du refoulement, ou favoriser la symbolisation, notamment en encourageant l'émergence des résolutions des problématiques, de manière non obligatoirement consciente, au sein des créations artistiques (Klein, 2009). Francese (2016) souligne également l'intérêt de l'art-thérapie lorsque la parole ne suffit pas dans la relation thérapeutique, pour « mettre en route l'élaboration psychique » lorsqu'elle est défaillante.

Le groupe permet un espace de jeu relationnel qui ouvre la possibilité pour chacun de se situer dans son histoire affective, par l'intermédiaire de la matière à création, quel que soit le domaine artistique pratiqué. Chacun peut alors tester l'absence de dangerosité à se livrer, grâce à la mise à distance permise par la médiation artistique, avant de pouvoir passer au « je », dans un premier temps souvent trop difficile à exprimer. Les différents événements vécus collectivement peuvent également s'agencer pour chacun sous une nouvelle forme, les apports groupaux apportant un nouvel angle d'approche, et parfois même une réconciliation avec l'histoire de chacun. L'art-thérapie vise aussi à étayer les facultés intellectuelles et cognitives ainsi qu'à développer les potentialités physiques en motricité large ou fine. Le traçage, la mise en couleur, sont autant d'activités de développement des habiletés psychomotrices, sollicitant également les facultés d'attention et de concentration qui font parfois défaut aux enfants fragilisés. L'organisation spatiale des éléments d'une création impose aussi l'appréhension, de manière ludique, des notions spatiales.

Il s'agit également d'acquérir une autonomie, en apprenant à faire des choix, à s'organiser, à anticiper ce qui peut se passer durant les séances. En cela elle est ouverture sur le monde environnant, tout en permettant une connexion avec le monde socio-émotionnel (Geiger, Shpigelman et Feniger-Schaal, 2020). Elle tente aussi d'améliorer la communication à la fois verbale et artistique, révélant une possibilité d'affirmer ses goûts et donc d'améliorer l'affirmation de soi. Il a ainsi été prouvé que, chez des jeunes en situation de handicap intellectuel, la musicothérapie en-

gendre une motivation à communiquer (Thompson et Skewes McFerran, 2015), développant des capacités de partage, de transmission, par la naissance d'une œuvre, par la création. L'art-thérapie consiste en une forme d'expression qui dépasse les difficultés de communication, qui s'avère parfois limitée ou inadaptée.

Klein (1997) a mis en exergue le rôle de « la création comme processus de transformation », lorsqu'il parle d'art-thérapie. Alors que les thérapies classiques sont dictées par un discours à la première personne, l'art-thérapie propose une distanciation. En art-thérapie, le praticien soutient le processus de création par l'accompagnement du cheminement symbolique des créations. L'art-thérapie a donc cela de particulier que la relation transférentielle s'effectue par l'intermédiaire d'une création artistique, pour laquelle l'art-thérapeute se doit d'être prudent dans ses interventions. Il s'agit d'un moment partagé à deux ou en groupe, où les résistances sont respectées et les symptômes non attaqués de front. Chez l'adolescent en particulier, la création aide à l'évolution personnelle et trouve sa place dans la quête identitaire en des « mises en forme imaginaires de soi-même ». Toute cette dynamique lui permet de traverser l'expérience des processus de symbolisation primaire (« instanciation ») et secondaire (« distanciation ») et de distinguer l'informel du formel en convoquant aussi la dimension sensori-motrice propice à l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps (Chouvier, 2000 ; Sudres, 2005).

Richard (1990) a étudié l'importance du développement de l'imagination en lien avec le développement cognitif de l'adolescent. Comme le met en avant Richard, « l'adolescent organise son temps psychique par rapport au passé et par rapport à l'avenir ». Wawrzyniak (2006), quant à lui, indique le rôle majeur du développement de l'imaginaire et de la virtualité dans l'émergence des capacités d'expression, ce qui se révèle prégnant dans les études phénoméno-structurales centrées autour de la clinique adolescente. Une fois encore interviennent les séances d'art-thérapie comme un soutien à l'activité élaboratrice psychique nécessaire au développement psychologique des adolescents.

Masson et Perret (2018) soulignent la ressemblance entre le travail psychique à l'adolescence et le travail de création artistique. Dans les deux cas, il s'agit d'une « rencontre avec

le manque ». Selon Mélanie Klein (1932), la création permet la recréation de l'objet perdu ou détruit. Masson et Perret alors partent du principe que les médiations artistiques facilitent les processus de symbolisation, permettant un accès privilégié aux symptômes, notamment à l'adolescence.

Une étude de Schiltz (2004) s'est portée sur la fonction du double dans la quête adolescente de l'identité. Il est apparu que l'archétype du double intervient particulièrement en tant que soutien du processus de subjectivation, de différentes manières suivant la pathologie du patient, et qu'il s'enrichit de manière importante au fur et à mesure de séances d'art-thérapie proposées dans l'étude.

De plus, il a également été mis en avant par Schiltz (2007), un rôle de prévention tertiaire de l'art-thérapie dans des lycées luxembourgeois, afin de tenter d'éviter aux adolescents les plus fragiles de développer des troubles psychopathologiques, notamment borderline. Beh-Pajoo, Abdollahi et Hosseinian (2018) ont également constaté une baisse des comportements d'extériorisation chez les adolescents déficients intellectuels après une session de douze séances d'art-thérapie. Ainsi apparaît l'importance de s'intéresser à certains facteurs dans les tests projectifs proposés aux jeunes, comme par exemple l'organisation du Moi, le niveau des relations objectales, la représentation de soi, les capacités de distinction des êtres suivant leurs sexes et leurs générations. L'art-thérapie a également toute sa place pour soutenir les adolescents dans leur lutte contre les affects dépressifs inhérents à cette période de la vie, qui se révèle notamment au travers des méthodes projectives comme le test de Rorschach (Wawrzyniak et Schmit, 2008).

Les effets positifs de la musicothérapie chez des adolescents présentant un faux self ont également été démontrés (Schiltz, 2013). En effet, une reprise de la subjectivation est possible, ainsi qu'une facilitation de la quête d'identité. L'art-thérapie a ainsi agi à la fois sur les relations interpersonnelles et la socialisation, et sur la maturation affective et la construction de la personnalité.

La structuration des séances, de l'utilisation des médias représente également un moyen de soutenir la structuration de la personnalité, avec un ancrage dans la réalité temporelle et spatiale induite par le fait de laisser une trace, de rendre concret des éléments jusqu'alors internes, impalpables, de passer d'un monde in-

terne à un monde externe. Ainsi, l'art-thérapie permet d'articuler le symbolique et le réel (Orrado, 2017).

Une prise en charge groupale

La mise en place d'un groupe thérapeutique doit être mûrement réfléchi tant au niveau de ses indications qu'au niveau de sa mise en place.

Historiquement, la thérapie de groupe a à faire avec le traumatisme de la guerre, tel que l'ont écrit Bion (1961) en Grande-Bretagne, et Slavson (1964) avec ses groupes d'enfants aux États-Unis. La thérapie de groupe étant alors particulièrement indiquée pour les personnes n'étant pas accessibles à la cure type côté analytique, ou bien à la clinique individuelle. La thérapie de groupe est toute prédestinée aux enfants ayant un langage précaire, comme le soulignait Anna Freud.

Slavson distingue deux groupes thérapeutiques pour les enfants : la « play therapy », pour les petits, où il s'agit d'observer leurs jeux et de travailler sur le jeu lui-même, et l'« activity group », où le travail psychique est médiatisé par une tâche. Slavson décrit là l'ancêtre des groupes à médiation.

Une autre distinction peut être proposée, notamment par Oury (1976) qui distingue deux types de groupes thérapeutiques : les groupes thérapeutiques à proprement parler, avec des transferts sur le groupe pour (re)symboliser ce qui a été mal, voire qui n'a pas été, symbolisé, et les groupes à médiations thérapeutiques avec la mise en œuvre d'une fabrication artistique.

Quant à Kaës (2011), il admet que tout groupe peut être considéré comme « un moyen et un lieu d'un travail psychique qui fabrique des médiations entre les espaces psychiques ». Il fait état de trois espaces psychiques à l'œuvre. Premièrement, l'espace du groupe lie et transforme les espaces psychiques des sujets. Chacun puise dans le groupe des représentations qui lui faisaient défaut, et en retour le groupe enrichit sa chaîne associative. Deuxièmement, l'espace du lien façonne les liens entre les membres du groupe. Enfin, l'espace du sujet singulier, formé des « processus, formations et fonctions intermédiaires nécessaires à la vie psychique ». L'art-thérapie apparaît donc comme une « technique », souvent groupale, en soutien de la verbalisation défailante du patient, dont les productions soutiennent ses associations ainsi que celles du groupe (Brun,

2016). Ainsi, les créations réalisées dans le contexte d'ateliers art-thérapeutiques sont perçues suivant les mouvements transférentiels dans le groupe et « l'objet médiateur n'est médiateur que dans un concept de médiation ».

Comme le souligne Gremillet (2017), les groupes thérapeutiques présentent un réel intérêt dans la prise en charge des adolescents. Il peut être judicieux de proposer aux jeunes des séances de groupe combinant un groupe de parole, d'arts plastiques et d'écriture lorsqu'elle est possible, mêlant ainsi la communication verbale et la communication non verbale s'extériorisant dans l'art. Le temps de parole se présente comme un véritable échange, avec un accompagnement à la parole mais aussi un temps d'écoute. Le langage en lui-même agit sur la psyché, comme agent thérapeutique. Il s'agit d'apprendre à prendre soin de son histoire, de soi et de l'autre, dans un espace offrant la possibilité d'évoquer des événements, des émotions, des pensées marquants à un moment et dans un lieu donné, passé, présent, ou anticipé sur le futur. Le dispositif groupal se présente donc comme un étayage de la construction identitaire, par le biais d'un soutien à la symbolisation et à la subjectivation, pour proposer aux autres sa propre vision de soi.

Chez les adolescents, la nécessité de l'autonomie est au centre des préoccupations, liée à la mise à distance des générations antérieures, passage obligé pour grandir. Dans un groupe invariant et dédié à une élaboration tant commune qu'individuelle, les jeunes se lient donc plus à leurs pairs, toujours en tant que groupe de référence. La parole chemine dans le groupe, qui tisse alors des liens entre les pensées exprimées par chaque membre, dans un travail associatif précieux à chacun.

L'adolescence est également une période de fragilité narcissique, et le collectif permet une forme de dilution de l'individuel dans le groupe tout autant qu'un étayage par le Moi auxiliaire qu'est l'autre et le groupe. Il permet également d'apporter un contenant, dans lequel chacun trouve un rôle, une fonction, et permet à l'autre de s'exprimer verbalement, gestuellement. Il est donc possible de profiter du groupe dans ses capacités d'accueil empathique, d'autant plus dans une période charnière aussi bien provoquée par des éléments extérieurs (en particulier le changement d'instituts de scolarisation) ou intérieurs (le vécu de l'adolescence).

De plus, dans la société, la fonction paternelle est moins marquée qu'il y a quelques années et les adolescents sont moins guidés dans leur pulsionnel. Ainsi, les adolescents se retrouvent dans une situation où la difficulté de s'inscrire dans le réel s'avère importante, avec des mots qui font défaut malgré les maux. Il est donc capital de proposer un lieu de verbalisation pour permettre un accès à la symbolisation grâce à une élaboration de leurs énonciations. Le travail de l'imaginaire passe ensuite par le temps de création.

Une posture art-thérapeutique singulière

Il n'y a pas de méthode psychothérapeutique propre à l'adolescence. Néanmoins, lorsque l'on travaille avec des adolescents, il est nécessaire de prendre un compte un certain nombre de facteurs, pour soutenir le monde interne en résonance avec la réalité extérieure, dans un objectif narcissisant et de quête objectale (Jeammet, 1989, 2001).

Tout d'abord, il est souvent difficile aux adolescents d'admettre leur souffrance. Klein (2012) parle de « stratégie de détour », pour signifier la nécessité de ne pas « attaquer frontalement le symptôme », et respecter ainsi le besoin de contourner les résistances et les réactances de l'adolescent, et lui permettre de créer une bonne alliance avec le thérapeute avant de se mettre au travail psychique et à la création. L'adolescence est une période d'autonomisation, où la souffrance, l'angoisse, les affects dépressifs sont vécus comme des entraves au besoin de liberté. Ainsi, reconnaître sa souffrance équivaut à, d'une part, l'admettre et d'autre part, être obligé de reconnaître une dépendance vis-à-vis de l'adulte. La souffrance s'exprime donc plus souvent de manière indirecte : plaintes somatiques, difficultés scolaires, etc.

De plus, l'expression verbale est évitée, comme si elle signifiait une fuite du monde interne, dont on sait l'importance à cette période de la vie, qui échapperait ainsi au contrôle. La création permet ainsi d'approcher la part de réalité qu'il est difficile d'accepter et d'en organiser le contenu symbolique (De Vareilles, 2009). Les pensées, les affects trouvent préférentiellement une expression dans des carnets intimes, voire dans les confessions aux pairs. Il apparaît alors parfois plus facile de « projeter ses tourments » dans des œuvres,

dans une pratique qui respecte les défenses et les résistances (Klein, 2020).

Dans tous les cas, les adolescents se trouvent souvent dans une ambivalence lorsqu'il s'agit de confession à un adulte, pris entre le besoin de partager une souffrance, et celui d'une indépendance. Il faut alors faire particulièrement attention au rôle du thérapeute, dont les interventions peuvent être vécues de manière persécutrice, mais peuvent aussi être idéalisées, d'autant plus que la relation entre l'adolescent et le thérapeute peut être sous-tendue par des fantasmes de séduction ou d'agression. En effet, les adolescents sont particulièrement sensibles aux variations infimes de la distance relationnelle. Dans un fonctionnement extrême de « tout ou rien », ils oscillent parfois entre une vision positive et une vision négative du thérapeute.

Ensuite, il est important dans la prise en charge de mettre l'accent sur la réalité actuelle, et non passée, des adolescents. À la recherche d'une identité plus mature, ils peuvent interpréter l'analyse des racines des conflits internes dans les périodes antérieures de la vie comme une dévalorisation ou une dénégation de leur besoin de grandir.

Le thérapeute se situe dans une position d'accompagnement, en dehors de toute contrainte de performance, le but n'étant absolument pas une esthétique de la création, sans chercher non plus à l'éviter. Il doit accueillir les productions, encourager les efforts et la créativité. Il est indispensable que se crée entre le jeune et le thérapeute une bonne alliance thérapeutique, non intrusive et empathique, basée sur une attitude bienveillante. Le partage a alors une « fonction réhumanisante » (Schaunder, 2012) qui accueille l'expérience subjective du vécu de l'adolescent, parfois traumatisant. Il s'agit alors de permettre au jeune un investissement de sa singularité, sans être stigmatisé, en stimulant des émotions positives grâce au plaisir sensoriel, et en déchargeant les émotions négatives sans culpabilité.

Le rôle du thérapeute peut également être celui de guide dans l'activité, en encourageant par exemple une forme dans une œuvre picturale, lorsqu'il pense qu'elle peut apporter à l'adolescent un élément lui permettant d'avancer dans son cheminement, dans la recreation positive de soi. C'est là tout l'avantage de la médiation art-thérapeutique, celui de pouvoir appuyer notre analyse sur une empreinte matérielle laissée par les jeunes. L'œuvre peut être reliée directement, par son contenu, à des

éléments clés dans la compréhension de la personne, ou bien ce peut être les processus créateurs les vecteurs de ces éléments. En tout cas, il ne s'agit pas pour le thérapeute d'être complaisant, ni d'être directif (Sudres, 1998 ; Sudres, Oziol et Jarreau, 1998). Une communication constructive se crée à partir de l'objet médiateur, et son code est déterminé par le jeune lui-même.

Il est donc important, dans une prise en charge thérapeutique, et particulièrement en milieu scolaire où la pression de la réussite est forte, de créer un espace créatif ludique. La nécessité d'un vécu de plaisir dans la thérapie par l'art a été souligné par Muret (1983) qui le qualifie d'« indispensable » au travail thérapeutique. Cette notion apparaît également importante dans les manifestations dépressives de l'adolescent. Interpréter les productions à chaque séance ramènerait brutalement le sujet dans la réalité extérieure. Les productions artistiques sont alors comme un écran, dont l'intérêt est l'ambiguïté de l'expression qu'il révèle mais cache en même temps, et qu'il ne faut pas lever trop rapidement. L'art-thérapie réintroduit donc de la temporalité, ainsi que de la spatialité, dans la figurabilité plus ou moins directe des œuvres produites, en complément ou en lieu et place d'une introspection douloureuse ou impossible.

En conclusion

L'adolescent apparaît ainsi en construction dans une identité encore fragile, dont les rites de passage, accompagnés et structurés, s'avèrent autant de moyens de franchir ce cap délicat. L'art-thérapie a, dans une de ses fonctions, la possibilité de soutenir ces jeunes dans cette progression vers une personnalité le plus équilibrée possible. Elle peut stimuler le plaisir et élaborer les émotions négatives, donner une position de maîtrise qui fait parfois défaut dans cette période de la vie, et même permettre la symbolisation là où le langage est difficile ; si tant est qu'une bonne alliance thérapeutique se crée, et que le thérapeute permet l'émergence d'affects, de pensées, de comportements dans un lieu à la fois protecteur et de libre expression, ce qui représente quelques éléments de recommandation des pratiques aux confins de la psychologie et de l'art-thérapie. C'est ainsi qu'intervient la médiation art-thérapeutique, une médiation parmi d'autres, tant elles sont omniprésentes et indispensables à cet âge de la vie.

Une médiation pour aider à créer du lien tiercéisé, se construire en soi et avec autrui pour chaque personnalité en devenir, ce qui pourra être observé dans notre future étude conduite au plus près d'adolescents déficients intellectuels, pour lesquels ont été proposées des séances d'art-thérapie. ■

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahovi J., Moro M. R. (2010). Rites de passage et adolescence. *Adolescence*, 4, 861-871.
- Atalay M. (2007). Psychology of crisis : an overall account of the psychology of Erikson. *Ekev Academic Review*, Vol. 11, 15-34.
- Barbe R. (2016). Quelle aire transitionnelle pour traiter les adolescents ? *Psychothérapies*, Vol. 36, 211-212.
- Barbot B. (2008). Structures identitaires et expression créative à l'adolescence. *Identités et orientations*, 37/4, 483-507.
- Beh-Pajooch A., Abdollahi A., Hosseinian S. (2018). The effectiveness of painting therapy program for the treatment of externalizing behaviors in children with intellectual disability. *Vulnerable Children Youth Studies*, Vol. 13, Issue 3, 221-227.
- Berman A. M., Schwartz S. J., Kurtines W. M., Berman S. L. (2001). The process of exploration in identity formation : The role of style and competence. *Journal of Adolescence*, 24, 513-528.
- Bion W. (1961). *Experiences in groups and other papers*. London : Tavistock
- Blanchard S., Vrignaud P., Lallemand N., Dosnon O., Wach M. (1997). Validation de l'échelle de motivation en éducation auprès de lycéens français. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 22, pp. 85-108.
- Bosma H. A. (1994). Le développement de l'identité à l'adolescence. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 23, 291-311.
- Brun A. (2016). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. *Cliniques*, n° 11, 16-44.
- Catheline N. Marcelli D. (2017). Ces adolescents qui évitent de penser. Pour une théorie du soin avec médiation. Toulouse : Érès.
- Chouvier B. (2000). *Matière à symbolisation : art, création et psychanalyse*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Clancy S. M., Dolliger S. J. (1993). Identity, self, and personality : Identity status and the five-factor model of personality. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 227-245.

- Cohen-Yatziv L., Regev D. (2019). Efficacité et apport du travail d'art-thérapie auprès des enfants en 2018 – quels progrès ont été réalisés jusqu'à présent ? Une revue systématique. *Revue internationale d'art-thérapie*, Vol. 24, 100-112.
- De Vareilles C. (2009). L'autre part, la création artistique : une approche de « l'espace du dedans ». *Perspectives psychiatriques*, Vol. 48, n° 3, 237-245.
- Erikson E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York : Norton.
- Francesca E. (2016). Rôle de l'esthétique dans les ateliers à médiation artistique. *Le journal des psychologues*, n° 333, 36-41.
- Geiger A., Shpigelman C.-N., Feniger-Schaal R. (2020). The socio-emotional world of adolescents with intellectual disability : A drama therapy-based participatory action research. *Arts in Psychotherapy*, Vol. 70.
- Gremillet C. (2017). « Jeux de mots » ou les tribulations d'un groupe en devenir. *Le journal des psychologues*, n° 346, 73-78.
- Jeammet P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation. *Revue française de la psychanalyse*, 179-202.
- Jeammet P. (2001). Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence. *L'Autre*, Vol. 2, 29-51.
- Kaes R. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse : Érès.
- Klein J.-P. (1997). *L'art-thérapie*. Paris : PUF.
- Klein J.-P. (2009). Symbolisations accompagnées. *Perspectives psychiatriques*, Vol. 48, n° 3, 265-270.
- Klein J.-P. (2012). Chapitre III. L'art-thérapie : avec qui ? In *L'art-thérapie* (pp. 86-103). Paris : PUF.
- Klein J.-P. (2020). L'art-thérapie ou la création comme processus de transformation. *Perspectives psychiatriques*, Vol. 59, N° 4, 395-396.
- Klein M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris : PUF.
- Larson R. W., Wilson S., Bradford Brown B., Furstenberg F., Verma S. (2002). Changes in adolescents' interpersonal experiences : are they being prepared for adult relationships in the twenty-first century ? *Journal of research on adolescence*, 12/1, 31-68.
- Liebmann M. (1996). *Art approaches to conflicts*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Marcia J. E. (1966). Développement et validation du statut d'identité du moi. *Journal de la personnalité et de la psychologie sociale*, 3/5, 551-558.
- Masson C., Perret A. (2018). Dispositif psycho-artistique (médiation par l'artiste). Présentation d'un dispositif d'ateliers artistiques mis en place dans une institution de soin pour adolescents. *Bulletin de Psychologie*, n° 553, 545-553.
- Muret M. (1983). *Les arts-thérapies*. Paris : Retz.
- Orrado I. (2017). La médiation artistique : L'accueil du public en situation de handicap. *Psychothérapies*, Vol. 37, 153-160.
- Oury F. (1976). *La pédagogie institutionnelle*. Vigneux : Matrice.
- Piaget J. (2019). Chapitre 2 : la théorie de Jean Piaget (1896-1980). In Laval V. *La psychologie du développement*, pp. 22-67.
- Richard J.-F. (1990). *Les activités mentales : comprendre, raisonner, trouver des solutions*. Paris : Armand Colin.
- Schauder S. (2012). Qu'apporte la médiation thérapeutique en situation de handicap ? *Art et handicap*, 177-191.
- Schiltz L. (2004). La fonction du double à l'âge de la quête d'identité. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 80, Tome 7, 51-55.
- Schiltz L. (2007). L'art-thérapie en milieu scolaire : un outil de prévention tertiaire en psychopathologie de l'adolescence. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 7 (3), 152-161.
- Schiltz L. (2013). Faux self et intégration de l'agressivité à l'adolescence. Évaluation d'une expérience thérapeutique. *Confinia Psychopathologica*, 2 (1), 6-24.
- Schlegel A., Barry H. (1991). *An anthropological Inquiry*. New York : Free Press, 263 p.
- Slavson S. R. (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy*. New York : International Universities Press.
- Sudres J. L. (1998). L'adolescent et sa famille : Éléments pour une approche par l'art-thérapie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 46, 4, 236-244.
- Sudres J. L. (2003). La créativité des adolescents : De banalités en aménagements. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51, 49-61.
- Sudres J. L. (2005). *L'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod.
- Sudres J. L., Moron P. (1997). L'adolescent en créations. Entre expression et thérapie. Paris : L'Harmattan.
- Sudres J. L., Oziol M. C., Jarreau G. (1998). Les adolescents et leurs vécus de l'art-thérapie. Évaluation des représentations, profils et processus de changement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 46, 4, 245-255.
- Thompson G., Skewes McFerran K. (2015). Music therapy with young people who have profound intellectual and developmental disability : Four case studies exploring communication and engagement within musical interactions. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, n° 40, 1-11.
- Van Gennep A. (1909). *Les rites de passage*. Paris : Picard.
- Waterman A. S. (2004). Finding someone to be : Studies on the role of intrinsic motivation in identity formation. *Identity: an international journal of theory and research*, 45 (3), 209-228.
- Wawrzyniak M. (2006). Comment, à l'adolescence, l'imagination invente de l'esprit nouveau. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 35 (2), 269-280.
- Wawrzyniak M., Schmit G. (2008). Les luttes psychiques de l'adolescence. Identité et appartenance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 40, 27-43.
- Winnicott D. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.