

QUELLE INDICATION, QUELLES PERSPECTIVES POUR L'ART-THÉRAPIE AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ?

Silke Schauder¹
Université de Picardie Jules Verne (France)

INTRODUCTION

Support privilégié de la relation clinique, la médiation thérapeutique constitue une bonne indication pour les personnes en situation de handicap. Quels sont les apports de ce dispositif de soin auprès de cette population spécifique, quels en sont les limites et écueils ? Comment construire le cadre auquel revient une fonction contenante et stabilisatrice centrale ? Comment soutenir, dans une visée narcissisante, la créativité du patient ? Afin de répondre à notre questionnement, nous discutons d'abord la littérature disponible en vue de faire apparaître les différences entre l'art-thérapie et les médiations thérapeutiques. Puis, nous esquissons la spécificité du modelage qui, en tant que médium, est particulièrement indiqué auprès des sujets en difficulté de mentalisation. Enfin, nous proposons de retracer à l'aide d'une vignette clinique la dynamique et les moments-clés de la prise en charge psychothérapeutique de Pierre, un adolescent présentant une trisomie 21. L'analyse des processus de figuration et de symbolisation qui sous-tendent ses réalisations plastiques en atelier pourra nous éclairer sur son travail psychique.

1. REVUE DE LA QUESTION

En esquisant brièvement l'origine et l'évolution des travaux disponibles aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en France et en Belgique, nous verrons quelles sont les caractéristiques spécifiques de l'art-thérapie en situation de handicap pour les confronter ensuite, en vue d'un débat fertile, à celles des thérapies de médiation.

Parmi les premiers auteurs anglo-saxons ayant publié sur le sujet, Zaidee Lindsay a attiré l'attention, dans son ouvrage *Art and the handicapped child* (1972), sur le fait que l'activité artistique permet de restaurer la confiance en soi de l'enfant en situation de handicap, de lui offrir des expériences sensorielles stimulantes, de développer la communication avec lui et de favoriser, à travers le maniement des supports, l'acquisition de nouvelles compétences valorisantes. Dans *Children Art Therapy* (1978) et *Introduction to Art Therapy* (1998, 2009), l'art-thérapeute américaine Judith A. Rubin situe les enjeux de l'art-thérapie non comme thérapie du handicap, mais comme thérapie psychique de la personne, la création pouvant avoir elle-même valeur de soin psychique. Ainsi, elle écrit : « L'art offre un moyen aux personnes en situation de handicap d'améliorer le schéma, initialement confus, qu'ils ont de leur corps et du monde. [...] À travers l'art, une personne peut à la fois échapper symboliquement et saisir à bras le corps ses émotions - surtout celles qui ont trait au handicap lui-même. »² (Rubin, 2009, p. 199). C'est surtout Frances E. Anderson, qui a jeté les bases de l'art-thérapie en faveur des enfants en

¹ silke.schauder@u-picardie.fr, silke.schauder@orange.fr

² Traduction libre : « *Art gives those with disabilities a way to "map out" a confusing sense of the body and the world. [...] Through art, a person can both escape symbolically, and come to grips with feelings – especially those about the disability itself.* »

situation de handicap³, traçant des perspectives pour la pratique éducative et thérapeutique et proposant de moduler les médias en fonction du type de handicap. Abordant les troubles du développement, les troubles du comportement et les handicaps psychiques et physiques, elle souligne en même temps que l'enfant est avant tout enfant, avant d'être en situation de handicap. Les expériences sensorielles que favorise l'art-thérapie lui semblent particulièrement appropriées pour développer, dans un dialogue affectif, la conscience qu'a l'enfant de lui-même, de son schéma corporel et de sa situation relationnelle.

En Grande-Bretagne, on peut observer une évolution et un intérêt pour l'art-thérapie pour les personnes en situation de handicap, un peu plus tardifs qu'aux États-Unis. Ainsi, un premier colloque a été organisé en novembre 1984 au *Hertfordshire College of Art and Design* à St. Albans, dans le nord de Londres, sur le thème *Art Therapy as Psychotherapy in relation to the Mentally Handicapped*?⁴ Il initie toute une série de travaux et de réflexions sur des thèmes aussi divers que l'indication de l'art-thérapie en situation de handicap (Stott et Males, 1984), la gestion spécifique du transfert/contre-transfert (Tipple, 1993), l'importance de la sensorialité (Arguile, 1984), le soutien à la socialisation (Banks, Davis, Howard et McLaughlin, 1993), la lutte contre la stigmatisation (Dalley, 1984) ainsi que la communication facilitée par le recours au média (Gray, Hughes, Cole et Peterson., 1985; Tipple, 1994 et 2011)⁵.

Dans leur contribution à l'ouvrage collectif dirigé par Tessa Dalley, *Art as Therapy: an Introduction to the Use of Art as a Therapeutic Technique*, Stott et Males (1984), proposent une première réflexion sur le cadre, l'inscription institutionnelle de l'atelier et le choix du matériel en fonction notamment de la sévérité et du type du handicap⁶. Ils discutent également de l'intérêt d'utiliser une grille d'évaluation qui est basée sur les caractéristiques de l'oeuvre produite par la personne handicapée, son comportement pendant l'atelier et les bénéfices éventuels qu'elle a pu en retirer.

Rappelons qu'il revient à la *Tavistock Clinic* à Londres un rôle pionnier dans l'extension de la psychanalyse à des personnes en situation de handicap (Waitman et Conboy-Hill, 1992) et à l'utilisation, en leur faveur, de l'art-thérapie. Dans leur série *Videos Art Therapy*, la *Tavistock* publie dès 1985 un documentaire montrant Roger Arguile animant un atelier d'art-thérapie auprès d'enfants handicapés mentaux⁷. Enfin, l'*International Journal of Art-therapy* de la *British association of art-therapy* (BAAT) publie, en 1985, un article de référence par Judy Gray, Rose Hughes, Peter Cole et Mary Peterson sur le thème *Art Therapy as Psychotherapy with the Mentally Handicapped*⁸, apportant des arguments clés pour l'indication de l'art-thérapie en situation de handicap⁹.

En France, ce sont surtout les travaux de Simone Korff-Sausse (1996) qui ont ouvert la réflexion sur la psychothérapie psychanalytique des personnes en situation de handicap, et de manière plus générale, sur l'approche psychanalytique du handicap, ses représentations individuelles et sociales, ses sources dans les arts et la mythologie (Korff-Sausse, 2010). En Belgique, mentionnons le travail pionnier de Luc Boulangé (1987) qui a développé les ateliers CRÉAtivité Handicap Mental. Plus récemment, l'ouvrage collectif *Art et handicap* (2008) paru sous la direction de Julie Barozzini, Geneviève Bazier, Muriel Damien, Michel Mercier et Yvette Vanden

3 Cf. ses ouvrages *Art for all the Children: A Creative Sourcebook for the Impaired Child* (1978); *Art for all the Children: Approaches to Art Therapy for Children with Disabilities* (1988, 2^e éd. 1992); *Art-centered Education and Therapy for Children with Disabilities* (1994).

4 Ce point d'interrogation marque-t-il le questionnement d'un domaine émergent qui a encore à asseoir sa légitimité ?

5 Cf., pour une discussion plus ample des pratiques de l'art-thérapie en faveur des personnes handicapées mentales, voir Herrmann (2003), l'auteur étant spécialisé dans l'art-thérapie auprès de personnes aveugles.

6 Cf. <http://library.rit.edu/guides/deaf-studies/counseling-psychology-and-mental-health/art-therapy-and-deaf.html>, qui propose des ressources spécialisées en art-thérapie pour enfants malentendants.

7 Cf. son chapitre « 'I show you' Children in art therapy », In Dalley (1984), et dans la série *Videos Art Therapy*, Tavistock Publications Art Therapy—Children with Special Needs (1985).

8 Les anciens numéros de cette revue sont téléchargeables à l'adresse http://www.docstoc.com/docs/38637254/Inscape-previous-contents_-Volum

9 Pour un état des lieux de l'art-thérapie en faveur des personnes en situation de handicap en Allemagne, nous renvoyons à Menzen (1987, 1990 et 1994), Herrmann (2000), Ameln-Haffke, Herrmann, Müller et Zielbauer (2011).

Bemden aborde les représentations sociales et iconographiques des handicaps dans l'art d'une part, et l'art des personnes handicapées d'autre part. Plusieurs aspects sont développés dans le deuxième axe qui nous intéresse ici : les ateliers créatifs et les productions artistiques des personnes handicapées mentales ainsi que les pratiques théâtrales avec des personnes en situation de handicap¹⁰. Il convient toutefois de noter que la plupart du temps, ces ateliers sont animés non par des art-thérapeutes, mais par des artistes qui ne revendiquent pas, de manière explicite, une visée thérapeutique des activités proposées¹¹.

Concernant plus spécifiquement les dispositifs d'art-thérapie en France, Rodriguez et Troll (2001) consacrent dans leur ouvrage *L'art-thérapie : pratiques, techniques et concepts : manuel alphabétique* un chapitre à l'intervention auprès des personnes en situation de handicap. Ils recentrent notamment le projet thérapeutique que le clinicien peut construire avec ces personnes : « Ce n'est pas le handicap qui est une indication de l'art-thérapie, c'est la nécessité d'un développement personnel qui est le plus souvent perturbé par le handicap; cela en tant qu'individu et non en tant que handicapé. » (p. 116) De même, ils attirent l'attention sur le fait que « c'est le contexte de non-compétitivité qui préside toute action d'art-thérapie. L'accent est toujours porté sur le déroulement de la séance, bien plus que sur le produit de la séance. » (*Ibid.*)

À la lumière de ces différentes publications, nous pouvons dégager un certain consensus concernant les objectifs principaux de l'art-thérapie¹². Ainsi, la prise en charge en art-thérapie permet d'aborder la personne non sous l'angle des incapacités ou des inadaptations. Rompant avec une approche déficitaire éminemment réductrice, cette prise en charge vise davantage l'épanouissement de la personne et l'aide à élaborer sa singularité. Offrant un espace et des modalités d'expression qui tiennent compte des limitations fonctionnelles dues au handicap, l'art-thérapie permet de créer un lien indépendant des compétences langagières et introduit, à l'aide de la médiation, un tiers dans la relation dyadique patient-thérapeute. De même, elle permet de renarcissiser le patient en construisant avec lui des expériences satisfaisantes. L'art-thérapie, par la production d'objets socialement valorisés, aide à restaurer le sentiment de compétence et de contrôle de la personne qui est fragilisée par la situation de handicap. En résumé, il lui est proposé de :

- s'engager dans une activité partagée s'appuyant sur l'imaginaire et l'activité créatrice;
- (re)trouver du plaisir à penser, à imaginer, à produire un objet socialement partageable;
- acquérir une plus grande confiance en soi par le biais de l'activité artistique (découverte et maîtrise des matériaux, choix à faire, etc.);
- restaurer une meilleure image de soi en favorisant le développement d'un sentiment de compétence (valorisation liée à la réalisation de l'œuvre, à l'utilisation réussie des outils et aux échanges avec le thérapeute);
- stimuler la créativité comme facteur de résilience, favorisant le dépassement des différentes difficultés liées au handicap (surhandicaps, stigmatisation, vécu d'exclusion);
- rendre plus accessibles les émotions qui peuvent ensuite être plus facilement verbalisées;
- se socialiser par l'initiation à des techniques artistiques et l'accès à l'art.¹³

Les auteurs s'accordent sur le fait qu'une fois l'œuvre terminée, celle-ci peut être source de contentement et de valorisation, apportant un gain narcissique appréciable et soutenant une meilleure estime de soi (Bernhard, 2010). Encore trop souvent exposée à la stigmatisation, la personne en situation de handicap peut se vivre comme « objet », se dévaloriser et montrer un

10 Cf. Table Ronde Internationale « Créativité, art et déficience intellectuelle », de Anne-Françoise Rouche, Université Paris 8, décembre 2011.

11 Cf., entre autres, le projet *Handist'ARTS*, en Belgique, qui favorise l'expression artistique, l'épanouissement et l'insertion sociale des personnes en situation de handicap : <http://handistarts.wordpress.com>.

12 Pour une revue des études sur l'efficacité de l'art-thérapie dans la prise en charge de différentes formes de handicap se reporter à http://faculty.frostburg.edu/mbradley/EC/art_therapy.html.

13 Cf. les travaux de Lairez-Sosiewicz (2010) sur les personnes âgées dépendantes.

désinvestissement relationnel marqué. Or, un des objectifs de l'art-thérapie est de lui permettre, à travers la réalisation artistique, une revalorisation et une relance de ses processus de subjectivation. Notons que la plupart des praticiens estiment que la dynamique et le processus de la création sont bien supérieurs, en intérêt clinique, au résultat fini. Ainsi, la recherche du beau ne doit pas grever, par sa normativité et sa pression potentielle, le processus de création en tant que tel.

1.1 Thérapies de médiation en situation de handicap

À la différence de l'art-thérapie dont les références théoriques sont parfois multiples, voire floues, les thérapies de médiation, quant à elles, s'inscrivent pour la plupart dans le cadre des psychothérapies psychanalytiques¹⁴. Si le respect du cadre, le recours au média et l'intérêt porté au processus créateur les unit, plusieurs différences entre art-thérapie et thérapies de médiation doivent être soulignées. Celles-ci portent essentiellement sur le type de formation et le statut des intervenants, leurs grilles de lecture des processus et du matériel produit ainsi que le rôle spécifique qu'ils accordent à l'interprétation. L'analyse de la dynamique transféro-contretransférentielle étant réservée, quant à elle, aux seuls psychothérapeutes formés à la psychanalyse et ayant recours aux médiations artistiques¹⁵.

C'est notamment après la pratique fondatrice de Gisela Pankow (1911-1988) et dans la clinique de psychoses infantiles que de nombreux travaux sur la médiation ont vu le jour (Brun, 2005; Gaetner, 2000). Ainsi, dans son livre *Médiations thérapeutiques et psychose infantile* (2010), Brun défend la position suivante : « dans le champ de la psychose infantile et de l'autisme, les médiations thérapeutiques présentent l'intérêt de permettre aux enfants d'accéder aux processus de symbolisation à partir de la sensori-motricité; la spécificité de ce cadre thérapeutique consiste en effet à proposer un travail de mise en figuration, à partir de la sensorialité, tant de la sensori-motricité de l'enfant que des qualités sensorielles du médium malléable. » Les expériences sensori-affectivo-motrices, jusqu'alors impensables et irréprésentables deviennent élaborables dans le cadre des médiations thérapeutiques qui peuvent être étayées sur la peinture, le dessin ou encore le modelage qui ouvre la voie à une symbolisation primaire.

À la suite de Milner, Roussillon (1991) a amplement théorisé le modelage, en précisant les caractéristiques essentielles de ce médium malléable, lesquelles sont l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et sa vie propre. Outil de prédilection notamment dans le soin des psychoses, le modelage a fait l'objet d'une grille conçue par Krauss (2007) permettant de repérer, à travers les productions plastiques, certains aspects du développement des enfants autistes tels que la dimensionnalité psychique, la qualité de l'enveloppe psychique et le Moi-corporel. Le même auteur spécifie les fonctions psychiques du modelage ainsi : « Se sentir exister; créer une permanence et une continuité corporelles; renforcer le Self par rassemblement; s'apaiser, se calmer; se procurer du plaisir; support des premiers mouvements psychiques; témoin de l'organisation temporelle et spatiale; fond sur lequel s'inscrit une bisexualité primaire; support de la communication et contenu de l'interaction ».

En approfondissant quelques-uns des aspects que nous venons de développer, une brève vignette clinique nous permettra d'illustrer les apports du modelage dans le cadre d'une médiation thérapeutique en situation de handicap.

14 Cf. Brun (2005).

15 Ce n'est pas l'objet du présent article que de restituer dans toute sa complexité le débat, parfois polémique, entre thérapies de médiation et art-thérapie. Nous renvoyons, pour une discussion plus ample, à Florence (1997) et Sudres (2005).

2. DE L'INFORME... À L'AFFIRMATION DE SON IDENTITÉ : LA VIGNETTE CLINIQUE DE PIERRE

Pierre, 13 ans, est un jeune adolescent trisomique souffrant d'un physique particulièrement disgracieux. Il se sent rejeté et raillé par ses camarades au collège. Souvent replié sur lui-même, il inquiète ses parents et son frère aîné par un isolement grandissant. Un certain fléchissement scolaire et une perte d'intérêt dans ses loisirs habituels – les BD, le vélo et les jeux vidéo – alarment ses parents qui l'amènent en consultation au privé¹⁶. Dans le cadre restreint de cet article, nous allons brièvement restituer les différentes phases qui sont repérables dans les productions plastiques de Pierre comme autant d'indices et de jalons du processus thérapeutique. Son suivi s'est échelonné sur deux ans, à raison d'une séance par semaine¹⁷.

Lors des premières séances de médiation thérapeutique, nous proposons à Pierre le modelage avec l'argile dont nous avons déjà souligné les fonctions psychiques *supra*. Avant de faire cette proposition, nous avons pris soin d'identifier d'éventuelles contre-indications liées notamment aux attentes de Pierre et à ses expériences préalables. De même, sur un plan plus technique, nous avons évalué le risque de blocage que comporte la confrontation à ce support de médiation et la sollicitation particulière qu'il induit. En effet, il est souhaitable de proposer en début de prise en charge ce type de support d'abord facile, qui permet plus de spontanéité que des supports exigeant davantage de technicité et comprenant, par voie de conséquence, un risque plus élevé de frustration.¹⁸

Au début, nous expliquons à Pierre que cette activité n'a pas pour but ni contrainte de « faire du beau » - nous tenons à écarter les attentes esthétiques potentiellement aliénantes et alléger le poids de la normativité afin que ceux-ci n'entraient pas le processus créatif.

Pierre investit bien le matériau et en apprécie le contact physique. Ainsi, il est très sensible au fait que le bloc d'argile se réchauffe progressivement dans sa main et que la boule devient de plus en plus malléable. Ses premières mises en forme frappent par leur dimension abstraite, échappant à une représentation aisément identifiable (figures 1 et 2).



Figures 1 et 2. Premières mise en forme

16 Nous pouvons en effet nous questionner sur le risque d'une évolution vers une dépression de l'adolescent qui est majorée par la prise de conscience par Pierre de sa différence irréductible et du deuil de certains possibles.

17 Bien entendu, un tel résumé est réducteur et ne saurait restituer la complexité ni la richesse du processus parcouru par Pierre.

18 En même temps, le média ne doit pas non plus être trop facile, pour ne pas induire chez le sujet un sentiment de lassitude, voire d'infantilisation. Cf. Rodriguez et Troll (2001, p.119) : « L'Art-thérapeute doit veiller à ce que ses propositions soient adaptées au handicap. Qu'elles ne soient ni trop exigeantes, ni trop en deçà des capacités réelles du sujet, qu'elles restent toujours ouvertes. »

Pendant ce premier temps, il s'agit davantage d'une mise en forme de l'informe où le plaisir de la manipulation prime sur la production de telle ressemblance ou la recherche de telle figurabilité. Pierre passe beaucoup de temps à lisser la surface de ces formes avec ses doigts, les passages répétés sur la matière lui apportent un plaisir et un apaisement notable. Il commente avec un sourire de contentement les effets de son intervention sur la surface qui devient de plus en plus lisse et luisante. Pendant une dizaine de séances, ce plaisir du lissage reste primordial. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces premières réalisations de Pierre ont pour fonction d'initier une récupération narcissique, l'activité de lissage comportant une dimension autocalmante et autoérotique, prélude à un investissement narcissique ultérieur plus positif. À notre sens, ces formes constituent, d'après les travaux de Krauss (2007), de véritables formes échos, permettant de passer de l'écho sensoriel à l'écho psychique qui, dans les réalisations suivantes, va amplifier encore les processus de la symbolisation primaire émergeant de plus en plus nettement de l'expérience sensorielle.

Franchissant un nouveau palier de figurabilité, Pierre passe à la réalisation d'une ébauche d'une figure humaine, mais indifférenciée (figure 3). « Elle ne tient pas debout » rit-il, se moquant ouvertement de son infirmité. Il nous semble alors que cette figure lui permet d'exprimer aussi bien les projections haineuses et dépréciatrices de ses camarades de classe que son propre sentiment d'insuffisance et d'incapacité qui colore son vécu dépressif.



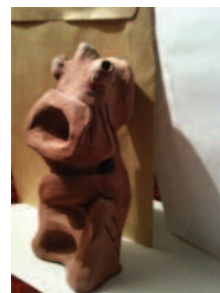
Figure 3. Première ébauche d'une figure humaine

S'ensuit alors, quelques séances plus tard, une proto-représentation d'un bonhomme avec bras et jambes (figure 4, à la page suivante). Pierre prend soin cette fois-ci de travailler les masses, poids et équilibres de telle façon que sa figurine puisse tenir debout. Il préfère l'adosser toutefois à un support : « C'est plus sûr », dit-il. Il ne souhaite pas travailler davantage la tête dont il omet les détails du visage : « vaut mieux qu'il n'en ait pas, de visage ». Expression, encore, du regard haineux dont Pierre se sent l'objet et dont il a intériorisé la dimension destructrice.



Figure 4. Deuxième ébauche d'une forme humaine

Faisant l'expérience dans notre atelier d'un regard inconditionnellement bienveillant, Pierre prend confiance en sa capacité à réaliser des formes de plus en plus sophistiquées. Ainsi, il franchit une étape décisive dans le processus thérapeutique à travers sa construction du « fétiche » (figures 5 et 6). C'est ainsi que cette figurine sera appelée par Pierre, alors qu'il n'avait pas nommé ses réalisations précédentes - comme si, à l'informe et à l'innommable, pouvait succéder maintenant la nomination, signant un progrès en termes de figurabilité et de représentation psychique. Quelles en sont les étapes ? Comment la thématique du visage a pris figure dans le travail du médium ? D'abord, Pierre malaxe l'argile pour en former un socle, entouré de bras rudimentaires. Puis, il confectionne une tête amovible, l'ensemble constituant un assemblage dont l'aspect modulable répond à ses envies. Ainsi, il pose et retire à plusieurs reprises cette tête dont il dit : « Brrr. Qu'est-ce qu'il est affreux, celui-là ! » Il nous semble que cette solution technique va de pair chez Pierre avec une meilleure capacité d'intégration psychique : dans ses réalisations précédentes, la tête n'était pas formée. Maintenant, elle peut l'être, à condition qu'elle soit amovible et que Pierre puisse la faire disparaître et faire réapparaître à loisir, ouvrant à un véritable jeu de *Fort-da* avec la monstruosité, tantôt redoutée, tantôt maîtrisée. Au tabou initial et au déni du handicap fait suite une intégration salutaire - à condition que Pierre puisse l'annuler fantasmatiquement, puis la rétablir.



Figures 5 et 6. Le « fétiche »

L'évocation à la fois sérieuse et ludique de la monstruosité de cette figurine aura un véritable effet cathartique sur Pierre. Le fétiche lui servant tant de surface de projection que d'exutoire,

Pierre le charge de son propre vécu auparavant indicible. Il exprime, de manière substitutive et comme par procuration, sa souffrance intense - parler du fétiche lui permet de parler, à mots couverts, de lui-même, tout en instaurant entre eux une distance protectrice. Créer le fétiche, le manipuler opère une réelle différenciation libératrice. Verbaliser sa souffrance supposée - « puuh, qu'il est laid ! il doit se faire peur lui-même dans le miroir ! » permet d'amoinrir la sienne propre, jusqu'alors tue. Le vécu de monstruosité qui a généré chez Pierre des sentiments d'exclusion, de honte et de rejet très douloureux a pu alors se dire, en prenant forme dans le fétiche. L'humour participe à cette prise de distance élaborative et salvatrice.

Lors d'une des séances suivantes, après que Pierre a fait parler son fétiche, nous lui montrons, dans un des livres d'art mis à disposition dans l'atelier, un fétiche du Cameroun (figure 7). Pierre se saisit volontiers de cette recontextualisation et de la mise en perspective avec les arts premiers où le difforme, l'exagération et la distorsion des proportions font partie intégrante du code esthétique. Le fait de voir intégré son fétiche dans une lignée de productions voisines et des pratiques ancestrales, comme une des formes d'expression possibles de l'humanité, l'a profondément pacifié.



Figure 7. Statuette rituelle africaine, petit fétiche Pygmée du Cameroun, Musée Dapper

Nous venons de voir que le modelage a permis à Pierre un travail sur l'identité, le travail de la terre a eu une fonction structurante importante. L'expression plastique a contribué à rompre son isolement et à symboliser progressivement des éléments identificatoires épars qui sont devenus intégrables par la suite. Aussi cette activité lui a-t-elle permis d'élaborer ses sentiments de rejet et de développer, à travers l'humour, des mécanismes de défense plus matures contre l'angoisse liée au handicap et à la stigmatisation. De même, Pierre s'est engagé dans un travail de différenciation et de construction identitaire qui tient compte de la spécificité de son expérience subjective. En même temps, il convient de rester prudent face aux progrès accompli qui demandent à être consolidés au cours de la crise d'adolescence.

CONCLUSION

Tentons, en guise de conclusion, de résumer les apports essentiels de l'art-thérapie et des médiations thérapeutiques en situation de handicap. Ceux-ci consistent essentiellement dans le fait de proposer une approche en plusieurs phases, basée sur la création d'une relation de confiance et une attitude non intrusive et empathique du clinicien qui, notamment à travers des interventions suffisamment ouvertes, respecte l'aménagement défensif et le rythme de son patient. Le cadre sécurisant de l'atelier, l'attitude bienveillante et l'acceptation inconditionnelle du thérapeute offrent au sujet la possibilité d'exprimer de manière recevable, puisque relayé par le médiateur, son expérience subjective et souvent traumatisante du handicap. Ce partage ayant une fonction ré-humanisante essentielle. Le handicap devenant figurable à travers les réalisations plastiques, ce processus participe chez le patient à un sentiment de maîtrise, à un

investissement progressif et positif de sa singularité. En continuité avec des travaux récents sur le respect de la vie psychique de la personne handicapée (Korff-Sausse, 2011; Korff-Sausse, Ciccone, Missonnier, Salbreux et Scelles, 2009), l'expression artistique peut favoriser une renarcissisation à travers la considération de l'oeuvre produite, la restauration du sentiment de valeur subjectif pouvant passer, en partie, par la reconnaissance des qualités de l'oeuvre. Étai de la relation clinique, la pratique artistique est susceptible de stimuler, par l'expérience du plaisir sensoriel et esthétique, des émotions positives tout comme elle permet la décharge non culpabilisante d'émotions négatives. Moyen favorisant l'élaboration psychique, la thérapie de médiation facilite un accès à la symbolisation quand, en première intention, l'expression verbale est difficile, voire impossible¹⁹. Le fait de visualiser dans la médiation la situation de handicap et de la reproduire symboliquement a pour visée d'en contrôler et d'en moduler l'impact émotionnel. Les différentes phases du travail thérapeutique consisteraient dans l'invite faite au patient d'exprimer son état actuel; de symboliser, en respectant son rythme de progression, la situation de handicap; de traiter les émotions qui y sont liées et, enfin, d'intégrer sa position subjective dans son récit de vie. Le but étant d'offrir, à travers les thérapies de médiation, une expérience humanisante de par son inscription culturelle et sa communicabilité et d'aider à l'élaboration d'une singularité non stigmatisante.

¹⁹ Nonobstant ces limitations, il reviendra une fonction centrale à la reformulation et à la verbalisation des processus et résultats créatifs par le clinicien.