

**L'art-thérapie: un outil pour favoriser la réussite de
l'intégration scolaire d'enfants ayant une déficience auditive**

Geneviève Hallé

Un travail de recherche

présenté

au

Département de Thérapie par les Arts

comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès Arts (M.A.)

Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

Juin 2005

© Geneviève Hallé, 2005



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

ISBN: 0-494-10317-5

Our file *Notre référence*

ISBN: 0-494-10317-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

SOMMAIRE

L'art-thérapie: un outil pour favoriser la réussite de l'intégration scolaire d'enfants ayant une déficience auditive

Geneviève Hallé

Ce travail de recherche propose l'étude clinique d'un adolescent ayant une déficience auditive et qui se retrouve dans le processus de l'intégration scolaire avec tous les changements et l'adaptation que cela comporte. Ayant moi-même vécu ce même processus à l'âge de six ans, j'explore comment l'art-thérapie peut intervenir et aider dans la réussite de cette intégration. Je n'ai pas eu de services d'art-thérapie étant jeune, mais j'ai vécu le processus d'intégration scolaire et j'ai connu l'importance de l'art au sens large dans ma vie. Donc, je peux témoigner de l'impact que cela a eu sur mon développement personnel. Ce travail de recherche abordera, selon une approche phénoménologique, les différents aspects de l'intégration scolaire pouvant être retrouvés dans le processus thérapeutique. Ces différents aspects seront aussi abordés à la lumière des approches de Winnicott et Robbins. J'expliquerai alors comment un adolescent a pu témoigner de son processus à l'intérieur du cadre thérapeutique fourni par l'art-thérapie.

REMERCIEMENTS

J'aimerais adresser de sincères remerciements à Louise Lacroix, professeure à l'université Concordia, pour sa générosité, son support et sa grande disponibilité. Tout au long de la recherche, elle a été présente et m'a offert des conseils judicieux.

J'aimerais aussi remercier chaleureusement ma mère, Yolande Gagnard, pour sa grande présence dans ma vie et sa confiance en moi, mais surtout, pour avoir toujours su voir grand et repousser sagement les limites que les gens imposaient en lien avec ma déficience auditive. Sa présence dans ma vie m'a appris que les seules limites réelles viennent de l'intérieur de nous et que si l'on croit en nous, tous les rêves sont possibles.

J'aimerais également exprimer ma reconnaissance à mon père, Gilles Hallé, pour sa grande disponibilité et la confiance qu'il a mis en mes capacités de réussir.

J'aimerais souligner l'influence positive de ma sœur Julie dans le développement de certaines facettes de ma personnalité, mais aussi dans mes différents apprentissages de la vie.

J'aimerais aussi exprimer ma gratitude pour toutes les personnes que je n'ai point nommées, et qui m'ont partagé une parcelle d'eux-mêmes, enrichissant ainsi ma vie et mon expérience personnelle.

TABLE DES MATIÈRES

	page
Introduction.....	1
Chapitre 1 : La déficience auditive et ses implications.....	3
1.1 La déficience auditive.....	3
1.1.1 La définition de la déficience auditive.....	3
1.1.2 La notion d’handicap.....	4
1.1.3 L’avènement de l’intégration scolaire des personnes ayant divers handicaps.....	4
1.2 Les premières expériences de l’enfant ayant une déficience auditive et le développement de la relation d’attachement.....	5
1.2.1 Le <i>synchronisme</i> et la <i>réciprocité</i>	6
1.2.2 Le premier contact avec la différence.....	7
1.2.3 La relation d’attachement.....	8
1.2.4 L’impact, chez les parents, du diagnostic de déficience auditive de leur enfant	9

1.3	Le développement des relations sociales chez l'enfant sourd.....	11
1.3.1	La communication.....	11
1.3.2	La langue de communication.....	12
1.3.3	La socialisation.....	13
1.3.4	Le sentiment de solitude.....	13
1.3.5	Le développement de l'identité et du concept de soi.....	15

Chapitre 2 : Mon expérience personnelle.....17

2.1	La recherche en tant que processus thérapeutique.....	17
2.2	Mon expérience personnelle.....	18
2.2.1	Étapes d'apprentissage du langage.....	18
2.2.2	Mon expérience du sentiment d'appartenance	19
2.2.3	Mon expérience de l'intégration scolaire en milieu entendant et de la solitude vs. l'isolement	19
2.2.4	Mon expérience de la valorisation vs. le déni des enseignants.....	20
2.2.5	Mon acceptation de la différence.....	21
2.3	L'influence de l'art dans ma vie.....	22

Chapitre 3 : Présentation des approches utilisées pour la compréhension de l'étude clinique.....	24
3.1 Présentation de la théorie de Winnicott.....	24
3.1.1 Le concept du <i>self</i>	24
3.1.2 Le concept de l' <i>objet transitionnel</i>	26
3.1.3 Les concepts du jeu et de la créativité.....	28
3.1.4. La relation thérapeutique et l' <i>espace potentiel</i>	29
3.2 Présentation de la théorie de Robbins.....	31
3.2.1 Les processus primaire et secondaire de communication.....	31
3.2.2 La communication par les symboles.....	33
3.2.3 Le thérapeute en tant que contenant.....	33
3.2.4 Le thérapeute en tant que miroir.....	34
3.2.5 L'approche humaniste.....	35
3.2.6 La théorie de la relation d'objet.....	36
3.2.7 L'art en tant que contenant et miroir.....	36
Chapitre 4 : Description d'une étude de cas sur la problématique de l'intégration scolaire chez un adolescent ayant une déficience auditive.....	38
4.1 Description du participant et exploration des facteurs problématiques.....	38

4.1.1	Facteurs généraux.....	40
4.1.1.1	La période de l'adolescence.....	40
4.1.2	Facteurs personnels.....	42
4.1.2.1	Les implications de l'adoption.....	42
4.1.2.2	L'intégration scolaire et les relations sociales.....	44
4.1.2.3	Le syndrome de dysfonction non verbale.....	44
4.2	Impressions cliniques et objectifs.....	46
4.3	Approche thérapeutique.....	48
4.4	Sommaire des séances.....	50
Chapitre 5 : Discussion.....		64
Références.....		67
Annexe.....		72

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Travaux artistiques réalisés par Mathieu	page
No.1 Le portfolio de Mathieu.....	51
No.2 Le dessin de famille.....	52
No.3 Le dragon de Chine.....	54
No.4 Le Japonais.....	55
No.5 Le graffiti.....	56
No.6 L'outil de tricot.....	57
No.7 La fusée spatiale.....	57
No.8 La rose.....	58
No.9 La pancarte « C'est privé ici, car c'est mortel ».....	59
No.10 Le fou.....	60
No.11 Le fumeur de joint.....	61

Introduction

Ce travail de recherche propose d'approcher, de façon phénoménologique, la problématique de l'intégration scolaire des enfants ayant une déficience auditive. Cette approche met en relief l'expérience personnelle de l'individu, ainsi que sa propre perception de son univers, au sens du terme de « réalité intérieure » de Winnicott. L'approche phénoménologique est essentiellement subjective et vise à comprendre d'une façon interne certaines dynamiques à l'œuvre dans le processus thérapeutique. Cette façon d'approcher la recherche ne permet pas la généralisation d'une étude de cas, mais au contraire, peut nous éclairer davantage sur certains aspects de la problématique.

Différents aspects de l'intégration scolaire seront abordés à l'intérieur de cette recherche. L'intégration scolaire des enfants ayant différents handicaps a pris un essor fulgurant au cours des années 1980, au moment où des projets de lois ont réformé les politiques de l'éducation. Ayant vécu personnellement l'expérience, j'ai choisi d'explorer comment l'art-thérapie pouvait accompagner et aider l'enfant dans ce processus d'adaptation.

À travers cette exploration que je partage avec vous, je ferai référence à la psychologie de la surdité afin de décrire le monde de la surdité et certaines de ses particularités. Dans le premier chapitre, je traiterai non seulement de la psychologie de la surdité, mais aussi de la problématique de l'intégration scolaire. Au deuxième, je témoignerai de ma propre expérience personnelle, et ce à plusieurs niveaux; c'est-à-dire mon expérience de la surdité, de l'intégration scolaire ainsi que de la présence des arts créatifs dans ma vie. Ces diverses expériences donnent une couleur à ma relation

thérapeutique avec les enfants et représentent donc un facteur d'influence dans mon interprétation du processus vécu par l'enfant. Au troisième chapitre, je définirai et décrirai différents concepts abordés par deux théoriciens, Winnicott et Robbins, lesquels clarifient certains des processus vécus par les enfants et qui sont explorés dans cette même recherche. Le quatrième chapitre relatera l'expérience d'un adolescent, atteint d'une déficience auditive, ayant vécu un processus thérapeutique dans le contexte de l'art-thérapie. Le cinquième et dernier chapitre sera essentiellement une discussion sur l'apport de l'art-thérapie en tant qu'outil pour faciliter le processus d'intégration scolaire des enfants ayant une déficience auditive.

Chapitre 1

La déficience auditive et ses implications

1.1 La déficience auditive

1.1.1 La définition de la déficience auditive

Tout d'abord, il est important de définir la déficience auditive afin de comprendre les implications de cette déficience sensorielle pour la personne. Il y a bien entendu plusieurs définitions, mais pour les besoins de cette recherche qui se situe dans un contexte scolaire, je vais me référer à celle du ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ). Selon le MÉQ (2000, Septembre):

L'élève ayant une déficience auditive est celui ou celle dont l'ouïe, évaluée à l'aide d'examens standardisés par un ou une spécialiste, révèle un seuil moyen d'acuité supérieur à 25 décibels pour des sons purs de 500, 1000 et 2000 hertz, perçus par la meilleure oreille. (p.20)

De plus, le MÉQ (2000, Septembre) considère l'élève comme étant handicapé par une déficience auditive lorsque:

Son évaluation fonctionnelle révèle, en dépit de l'aide de la technologie, l'une des caractéristiques suivantes:

- des limites sur le plan de l'apprentissage et de l'utilisation de la communication verbale pouvant se traduire par:
 - le besoin de techniques spécialisées pour l'apprentissage du langage verbal;

- le besoin d'apprendre et d'utiliser des moyens de communication substitutifs (lecture labiale, langue signée, etc.);
 - le besoin de recourir à des interprètes.
- des difficultés dans le domaine du développement cognitif (lacunes dans la formation des concepts) et du développement du langage oral entraînant:
- le besoin d'un enseignement adapté;
 - le besoin de combler des retards d'apprentissage. (p.20)

1.1.2 La notion d'handicap

Dans ce même document (MÉQ, 2000, Septembre), on retrouve la définition d'une personne « handicapée »:

toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier à son handicap. (p.9)

La déficience sensorielle d'un certain degré est considérée comme un handicap, et donc certaines mesures éducatives ont été établies pour répondre aux besoins particuliers de ces personnes.

1.1.3 L'avènement de l'intégration scolaire des personnes ayant divers handicaps

Ces mesures éducatives ont été développées davantage suite au mouvement d'intégration scolaire des enfants ayant une déficience physique et intellectuelle dans les écoles. Sur le plan de la déficience auditive, on souligne qu'il y a eu une progression de 54% du taux d'intégration de ces élèves en classe régulière depuis une

vingtaine d'années (MÉQ, 1990; 2000a, Janvier). En 1979, le ministère de l'Éducation visait une éducation adaptée aux besoins de l'élève dans le cadre le plus normal possible (MÉQ, 1979). En 1996, le Conseil Supérieur de l'Éducation a réitéré sa conviction à l'effet que l'intégration scolaire représentait un choix de société à maintenir, tout en insistant cependant sur la « nécessité de concilier l'égalité des chances avec la qualité de l'éducation. » (CSÉ, 1996, cité dans Panorama, Nov.96). En 1999, le MÉQ proposait une nouvelle politique de l'adaptation scolaire avec l'orientation fondamentale d'aider l'élève handicapé à réussir conjointement sur plusieurs plans; c'est-à-dire sur les plans de l'instruction, de la socialisation et de la qualification (MÉQ, 1999, Mars; 2000a, Janvier; 2000b, Janvier). Donc, au fil des années, est apparu un plus grand souci de répondre aux besoins de socialisation et de qualification de l'élève ayant un handicap et étant intégré dans un contexte scolaire. La notion de réussite de l'intégration ne reposait plus essentiellement sur une réussite scolaire, mais s'est élargie pour inclure des dimensions de réussite sociale et professionnelle.

1.2 Les premières expériences de l'enfant ayant une déficience auditive et le développement de la relation d'attachement

La déficience auditive apporte non seulement des difficultés en matière de communication, mais aussi dans les relations interpersonnelles. En effet, les difficultés de communication interviennent dès le début du développement de l'enfant que ce soit sur le plan cognitif ou affectif. Ces difficultés de communication peuvent influencer la relation d'attachement entre la mère et l'enfant.

1.2.1 Le *synchronisme* et la *réciprocité*

Au tout début, le développement social de l'enfant se constitue par le partage d'expériences entre la mère et l'enfant. Ces diverses expériences menant au *synchronisme* permettent à l'enfant de développer ses habiletés sociales et sa capacité d'établir une interrelation. Dans le cas d'un enfant ayant une déficience, l'instauration du *synchronisme* avec la mère peut s'avérer plus difficile (Marschark, 1997). Le fait que la mère utilise principalement la voix et des sons pour communiquer avec l'enfant, alors que ce dernier est peu réceptif à ces éléments de la communication, peut effectivement embrouiller leurs échanges affectifs et rendre plus difficile les expériences du *synchronisme* et de la *réceptivité* nécessaires au développement affectif et social de l'enfant.

Généralement, la perte auditive n'est souvent diagnostiquée qu'à l'âge de deux ou trois ans. On peut alors supposer qu'au moment où l'enfant développe sa première relation d'attachement avec sa mère, celle-ci n'est pas consciente de la déficience auditive de son enfant ou bien, elle n'a détecté que quelques indices lui permettant de la soupçonner. Il est donc possible que la relation entre une mère entendante et un enfant sourd se développe de façon moins aisée et ce, en raison des difficultés apportées par cette différence. Ces problèmes ne se retrouveraient probablement pas dans le cas d'une relation d'attachement mère-enfant où les deux partageraient la même déficience. C'est bien la différence dans les modes de relation et de communication qui occasionne les difficultés, et c'est sur cette perspective que la recherche a été élaborée. L'accent sera donc mis sur les difficultés rencontrées par l'enfant ayant une déficience auditive et vivant au cœur d'une famille constituée de personnes entendantes.

1.2.2 Le premier contact avec la différence

Ainsi, bien que les parents perçoivent une anomalie chez leur enfant, celle-ci n'est souvent confirmée que bien plus tard. Ceci s'explique par le fait que les personnes ayant une grande déficience auditive ont quand même une sensibilité aux vibrations causées par des bruits forts, et donc réagissent à ces bruits. Par exemple, si une personne claque des mains en arrière de la personne sourde ou même claque la porte, cette dernière peut réagir à ces vibrations (Marschark, 1997). Cette sensibilité aux vibrations peut donc prêter à confusion pour les personnes entendant et à plus forte raison lorsque l'enfant marche à quatre pattes sur le sol. L'enfant peut « sentir » la présence d'une personne et trépigner de joie à son arrivée puisque les vibrations font partie de son univers au quotidien.

De plus, si les parents observent des anomalies dans le comportement de leur enfant, ils peuvent avoir de la difficulté à déterminer la présence d'une déficience auditive. Certains vont s'expliquer les comportements de l'enfant en se disant qu'il est entêté, qu'il est calme, placide, qu'il est « lent », et d'autres vont même jusqu'à soupçonner l'autisme ou une déficience intellectuelle chez leur enfant (Vernon & Andrews, 1990). Ainsi, les parents, dans leurs tentatives d'explication des comportements de l'enfant, peuvent lui attribuer certains traits de personnalité. Ces différentes perceptions peuvent aussi influencer l'enfant dans son développement personnel et social comme nous le verrons d'une façon plus détaillée dans un prochain chapitre.

Quoi qu'il en soit, selon certains auteurs, le processus menant au diagnostic de la déficience auditive peut être retardé en raison d'un déni inconscient des parents (Vernon & Andrews, 1990). Cela sous-entend que la crainte inconsciente des parents

de trouver quelque chose d'anormal chez leur enfant, peut les amener à se convaincre, par exemple, qu'ils sont simplement trop préoccupés par leur nouveau statut de parents.

1.2.3 La relation d'attachement

Pour les parents non conscients de la déficience auditive de leur enfant, certains comportements peuvent leur sembler étranges: par exemple, l'enfant réagit parfois à la parole de sa mère, d'autres fois il semble l'ignorer complètement. Ce manque de perception de certains éléments des échanges affectifs entre la mère et l'enfant peut avoir un impact sur la relation d'attachement qui se développe entre eux. Ce phénomène est expliqué par la *réciprocité* telle que définie par Vernon & Andrews (1990).

En raison de l'incompréhension des comportements de leur enfant, une multitude de réactions surgissent chez les parents. Certains se questionnent sur la possibilité d'une déficience auditive ou intellectuelle. D'autres pensent à un trouble de la personnalité ou à un problème psychologique indéfini. D'autres parents peuvent se sentir rejetés, coupables ou même anxieux, considérant cette absence de réaction comme un échec dans leur relation avec leur enfant (Marschark, 1997). Certains peuvent aller même jusqu'à ériger un mur entre eux et leur enfant dans le but de se protéger d'une souffrance émotionnelle. Quand on pense que le développement du concept de soi chez l'enfant se fait d'abord par l'intermédiaire de tout cet amalgame de perceptions et de projections que les parents lui reflètent, on peut s'interroger sur le développement ultérieur de l'image de soi de l'enfant.

De plus, c'est à travers ces expériences du *synchronisme* et de la *réciprocité* dans sa relation d'attachement avec la mère que l'enfant développe ses premières

habiletés sociales et intériorise certains modèles de relation qui vont lui servir dans le développement des relations sociales ultérieures (Marschark, 1997). Ces divers aspects du développement de la relation d'objet et leurs influences dans le développement des relations sociales ont été explorés par Winnicott dans plusieurs de ses ouvrages et seront approfondis au chapitre trois de cette recherche.

1.2.4 L'impact, chez les parents, du diagnostic de déficience auditive de leur enfant

Marschark (1997) décrit les différentes étapes traversées par les parents suite à la prise de connaissance du diagnostic de leur enfant. La première étape décrite est celle d'un choc, d'une incrédulité (Mindel & Vernon, 1987). Le déni est un moyen de défense permettant de se protéger de l'impact émotionnel de la situation, mais qui permet graduellement de prendre contact avec le sentiment de perte. Ensuite, viennent le chagrin et la dépression. Finalement, la dernière étape est celle du deuil qui permet de faire face à la réalité et de s'adapter aux circonstances de la vie. Marschark (1997) souligne l'importance pour les parents de progresser à travers ces différentes étapes. La stagnation des parents, à l'une des étapes du processus de deuil, peut résulter en des dommages psychologiques pour l'enfant.

Lors du diagnostic de déficience auditive chez leur enfant, les parents peuvent avoir différentes réactions. Plusieurs vont vivre un état de choc; un mélange d'incrédulité, de chagrin, d'impuissance, de colère et de culpabilité (Mindel & Vernon, 1987). Certains parents peuvent voir la surdité de leur enfant comme une forme de punition relative à des pensées négatives, conscientes ou inconscientes, entretenues durant la grossesse. Pour eux, l'enfant est alors perçu comme une certaine actualisation de leurs pensées négatives (Vernon & Andrews, 1990). Les parents

adoptifs vivent aussi des dynamiques semblables alors qu'ils se représentent l'enfant adopté de façon idéalisée (Brodzinsky & Schetcher, 1990). La découverte d'une déficience peut ainsi faire surgir des déceptions ou des émotions variées, autant pour les parents adoptifs que les parents biologiques. De nombreux parents peuvent aussi ressentir des émotions négatives vis-à-vis de l'enfant en raison de la déficience auditive, et ensuite se sentir coupable. Les parents peuvent également se sentir inadéquat compte tenu de leur manque de connaissance en matière de surdité. De plus, ils peuvent s'identifier à l'enfant sur deux aspects; celui de la perte d'audition et de l'isolement social, d'où leurs sentiments de tristesse et d'empathie (Mindel & Vernon, 1987). Ce qui est intéressant de constater dans cette dynamique est que l'enfant n  sourd ne vit pas la déficience auditive comme une perte, mais pour ses parents entendants, c'est une perte. D'autre part, les parents anticipent l'isolement social de leur enfant et s'inquiètent pour les chances de réussite de son avenir.

Marschark (1997) mentionne que les parents vivent des pertes multiples; perte de l'audition de leur enfant, de l'image de l'enfant parfait et celle d'une vie normale pour l'enfant et sa famille. Un sentiment de colère peut être vécu en raison de la perte de la gratification parentale, laquelle résulte normalement de l'observation des accomplissements de l'enfant. Ces accomplissements font figure de récompense pour les parents en rapport avec l'investissement de leur amour et de leur temps (Mindel & Vernon, 1987). Marschark (1997) souligne l'ajustement des familles entendants lors de l'arrivée d'un enfant présentant une déficience auditive. Cet ajustement, à la fois pratique, émotionnel et financier, est vécu par tous les membres de la famille immédiate et de la famille élargie.

1.3 Le développement des relations sociales chez l'enfant sourd

La déficience auditive amène tout son lot d'implications sur le plan de la communication et sur le plan des relations sociales futures de l'enfant. Les difficultés de communication suscitent des sentiments de frustration de part et d'autre. Ces expériences de frustration dans le simple désir d'exprimer des pensées et des sentiments peuvent mener à des difficultés en ce qui a trait à la confiance en soi et affecter la stabilité émotionnelle de l'enfant (Miller, 1990).

1.3.1 La communication

Certains auteurs soulignent d'ailleurs l'importance pour les parents de choisir une méthode de communication qui favorise les échanges entre eux et l'enfant, que ce soit l'oralisme ou la langue des signes (Marschark, 1997, 2000; Schum, 2000). Le manque de communication et le retard dans l'apprentissage d'une langue occasionnent des délais dans le développement émotionnel et social de l'enfant. En effet, à travers les interactions avec sa famille, l'enfant acquiert une certaine connaissance de lui-même et des autres, des habiletés sociales, des stratégies de résolution de problèmes ainsi qu'un sentiment d'appartenance (Marschark, 2000). Ce sentiment d'appartenance favorise l'estime de soi, la motivation, la confiance en soi et aux autres, lesquels s'avèrent tous des facteurs importants dans la réussite scolaire (Vaccari & Marschark, 1997).

D'autres auteurs rapportent un plus grand degré d'impulsivité chez les enfants ayant une déficience auditive (Marschark, 2000; Moores, 2001; Schum, 2000). Cette impulsivité s'expliquerait par le manque d'une communication efficace avec les parents lorsque l'enfant est en bas âge. Ces barrières de communication justifieraient

le manque de connaissance des normes et des habiletés sociales de ces enfants et de ces adolescents. Ceux-ci ont été privés d'occasions d'apprendre par le biais des expériences sociales, à gérer leurs émotions et leurs comportements. L'absence de modèles (personnes sourdes) avec lesquelles les enfants peuvent s'identifier et communiquer peut aussi contribuer à ces comportements impulsifs (Marschark, 2000). Une autre hypothèse soumise par Marschark (2000) considère que l'attitude des parents vis-à-vis l'handicap de leur enfant est déterminante sur l'autonomie, le développement social et émotionnel de l'enfant. Cependant, il est opportun de se rappeler que nous faisons un survol des problématiques reliées à la déficience auditive, néanmoins ces constats ne peuvent être généralisés pour définir cette population.

1.3.2 La langue de communication

Depuis des décennies, les débats se sont engagés sur le choix de la langue de prédilection pour le développement optimal de l'enfant ayant une déficience auditive. Ce qui ressort de ces débats est le fait que la langue des signes permettrait un meilleur développement cognitif et social de l'enfant, tandis que la langue parlée permettrait de meilleurs résultats scolaires (Lynas, 1986) et ouvrirait plus d'opportunités à l'enfant quant à son avenir et son intégration sur le marché du travail. Galkowski (1990) suggère l'utilisation de la communication *totale* laquelle utilise les deux moyens conjointement. Des débats similaires surgissent quant au choix de l'école à privilégier: l'intégration scolaire à l'école du quartier ou le choix d'une école spécialisée. Comme on peut le constater à travers ces débats, on retrouve des avantages et des inconvénients dans chacune des situations. Il s'agit simplement de prendre en considération tous les facteurs en cause tels que le degré de déficience

auditive, la personnalité de l'enfant, la facilité d'apprentissage, la dynamique familiale, etc. C'est pourquoi de plus en plus de professionnels privilégient une approche individuelle et personnalisée à chaque enfant.

1.3.3 La socialisation

La problématique abordée dans cette recherche concerne l'intégration des enfants malentendants dans un milieu scolaire pour entendants. La Fédération de la réadaptation en déficience physique du Québec (1993) mentionne que: «L'intégration d'un enfant ayant une déficience auditive met continuellement à l'épreuve sa capacité de communication, laquelle est fondamentale à ses apprentissages, à sa socialisation, et à son équilibre psychologique (p.7). L'école est un agent d'influence à la fois sur le développement scolaire, social et émotionnel de l'enfant (Stinson & Foster, 2000). L'école étant le lieu de socialisation par excellence, elle est le second milieu, après la famille, permettant à l'enfant de développer ses habiletés sociales. Les difficultés de communication s'accroissent à l'école et influencent à leur tour le développement social et affectif de l'enfant (Anderson, 1992). Malgré le fait que les professeurs reçoivent de l'information sur la problématique de l'enfant ayant une déficience auditive, la majorité des élèves de la classe ne sont pas suffisamment sensibilisés aux difficultés vécues par leur compagnon de classe malentendant.

1.3.4 Le sentiment de solitude

Plusieurs auteurs rapportent des sentiments d'isolement parmi ces enfants intégrés en milieu scolaire parmi les entendants (Marschark, 1997; Mindel & Vernon, 1987; Moores, 2001; Schum, 2000; Stinson & Foster, 2000). Selon Mindel et Vernon (1987), le sentiment d'isolement commence avec la famille alors que l'enfant ayant

une déficience auditive éprouve des difficultés à participer aux discussions familiales. À l'école, les bruits environnementaux, les activités des personnes de l'entourage, la multitude de conversations simultanées créent une cacophonie rendant impossible la communication avec les pairs. L'enfant malentendant, s'il peut se retrouver avec d'autres enfants ayant la même déficience, va choisir de se joindre à eux et peut même se limiter uniquement à des interactions avec eux (Anderson, 1992). Cette fraternité qu'on retrouve souvent chez les personnes sourdes existe en raison de la facilité de communiquer, du sentiment d'appartenance et de la complicité.

Marschark (1997) souligne que les enfants ayant eu de bonnes relations avec les premières personnes qui ont pris soin d'eux tendent généralement à développer de meilleures relations sociales avec les pairs et à avoir une meilleure estime d'eux-mêmes. De plus, les enfants qui ont de bonnes interactions sociales à l'école vont avoir tendance à obtenir de meilleurs résultats scolaires, une meilleure santé psychologique et une carrière réussie. (Marschark, 1997). Par ailleurs, Mindel et Vernon (1987) mentionnent une plus grande incidence de dépression et d'isolement chez les enfants malentendants. À l'âge adulte, les personnes ayant eu des troubles de communication importants peuvent développer une dépression chronique et perdre espoir en des relations interpersonnelles satisfaisantes.

Finalement, pour comprendre le processus de socialisation à l'école, il est important de faire une distinction entre les communications formelles et informelles. Stinson et Foster (2000) mentionnent l'importance pour tout enfant de participer aux différents types de communication. La communication *formelle* est celle, qui par exemple, est dispensée par le professeur dans un contexte scolaire. C'est une forme de communication qui est davantage explicite et théorique que celle qui est principalement utilisée entre pairs et qui se nomme la communication *informelle*. Ces

deux formes de communication sont normalement utilisées par les personnes entendant de façon simultanée dans le cadre scolaire. Cependant, pour les enfants ayant une déficience auditive, la forme de communication plus spontanée et libre (*informelle*) qui permet le développement des relations avec les autres, est plus difficile d'accès et par conséquent moins présente. Par cette communication *informelle* ayant lieu principalement en dehors de la classe, l'enfant apprend à écouter l'autre, à exprimer ses émotions, à participer sans dominer le groupe ou la relation, et à réagir à la confrontation ou au rejet (Stinson & Foster, 2000). L'engagement social de l'élève semble donc lié à cette communication *informelle* et le sentiment de solitude est davantage le résultat de l'absence de cette forme de communication.

1.3.5 Le développement de l'identité et du concept de soi

La littérature souligne l'importance pour les enfants ayant une déficience auditive de côtoyer des personnes partageant cette même déficience, notamment dans le développement de l'identité et du concept de soi. La présence de personnes sourdes plus âgées dans l'entourage de l'enfant trouve son importance non seulement dans le rôle de modèle, mais aussi dans la rectification de ses croyances par rapport à la surdité. Par exemple, plusieurs enfants sourds n'ayant jamais vu de personnes âgées sourdes, croient qu'ils guériront ou qu'ils décèderont avant d'atteindre l'âge adulte. Cette croyance peut influencer le développement de l'identité et du concept de soi de l'enfant.

Anderson (1992) souligne que les enfants ayant différentes déficiences peuvent avoir des distorsions au niveau du concept de soi. Ces distorsions peuvent provenir des projections de l'entourage et de la façon dont ces personnes traitent la personne ayant une déficience physique. Selon le point de vue d'Anderson (1992),

l'image de soi et la perception de son corps sont intimement liées. L'enfant ayant une déficience auditive et qui est intégré, peut se sentir différencié des autres à cause de ses besoins en matière de communication. La perception des différences et les difficultés de socialisation influencent aussi l'identité (Meadow-Orlans, 1996; citée par Leigh, 1999). L'identité et le concept de soi sont à la fois influencés par les perceptions de soi-même à travers les différents miroirs de notre entourage et de nos propres perceptions. L'identité des enfants ayant une déficience auditive se définit en fonction des ressemblances ou des différences à propos de sa déficience, de sa perception des habiletés de communication, de la nature de son développement personnel, etc. (Leigh, 1999). Ainsi, Leigh souligne l'importance pour ces enfants et ces adolescents d'avoir une certaine relation avec la communauté sourde, ne serait-ce que pour le développement d'une certaine identité et l'obtention d'un certain support.

En conclusion, la psychologie de la déficience auditive peut englober plusieurs aspects concernant le développement de l'enfant. Ce développement est nécessairement différent, et ce en raison des troubles de communication engendrés par sa condition. Ces problèmes peuvent entraîner des difficultés dans le développement du concept de soi et de l'identité, un manque de confiance et finalement, l'isolement social. Il est important d'en être conscient, ne serait-ce que pour être plus alerte, avoir une plus grande ouverture, connaître les implications de la déficience auditive et aussi offrir la meilleure aide possible.

Chapitre 2

Mon expérience personnelle

La réalisation de ma recherche origine d'une motivation intrinsèque bénéfique au maintien de l'intérêt constant de mon sujet. Malgré mes meilleures intentions, certains aspects de ma recherche ont pu être écartés plus ou moins consciemment. Mon approche étant essentiellement phénoménologique, j'ai cru bon d'ajouter une autre perspective à la recherche, celle-ci plus personnelle, relatant mes propres expériences de la déficience auditive et de l'intégration scolaire.

2.1 La recherche en tant que processus thérapeutique

En réalisant cette recherche, j'ai été fascinée par les perspectives des chercheurs tentant tout comme moi de mieux comprendre le monde de la déficience auditive. Le simple fait de lire les points de vues de différents chercheurs et leurs conclusions m'a permis de trouver une certaine reconnaissance, une compréhension et un certain degré d'empathie pour ce que j'ai vécu. Cette reconnaissance des émotions vécues a constitué pour moi la continuation d'un processus thérapeutique. Même si les dernières années, je ressentais un vif besoin de communiquer mes désirs, mes frustrations et d'accorder une plus grande importance à mes émotions, je peux dire que ce travail de recherche est venu boucler mon processus en légitimant mes besoins, mes désirs et en aidant à la compréhension de leurs origines. La description de mon expérience personnelle à l'intérieur même de ce projet de recherche vise essentiellement à offrir un autre regard sur ce monde de la déficience auditive. Une

expérience personnelle, mais qui peut éclairer sur certains aspects de la psychologie de la déficience auditive.

2.2 Mon expérience personnelle

2.2.1 Étapes d'apprentissage du langage

Bien que mes parents aient eu des doutes depuis l'âge de sept à huit mois concernant ma surdité, qu'ils les aient exprimés au pédiatre et malgré toutes les démarches entreprises par ma mère, le diagnostic final n'a été confirmé qu'à l'âge de deux ans. Suite à cela, plusieurs mesures ont été prises afin de me permettre l'apprentissage de la parole et de la communication. Je dois dire que ma mère a mis beaucoup d'énergie à m'apprendre à parler et ce, de toutes les façons créatives et imaginables. Ma mère ne se contentait pas de me donner les exercices suggérés par les orthophonistes, elle allait même au devant d'eux en demandant plus d'exercices et davantage de défis. De plus, par le biais du jeu, elle tentait de susciter mon intérêt et de favoriser mon goût d'apprendre. Ma mère a été une vraie pédagogue, valorisant tous les apprentissages et les expériences tout en conservant des attentes et des exigences élevées. Je peux dire qu'elle m'a incitée à me surpasser, et que maintenant, j'ai conservé cette attitude. Je ressens toujours ce besoin d'aller plus loin et de repousser les limites au-delà des frontières.

Il y a belle lurette que j'ai dépassé les attentes de ma mère, mais j'ai moi-même repris le flambeau. Ainsi, on peut dire qu'elle m'a laissé tout un héritage et que j'ai introjecté une attitude qui constitue non seulement ma plus grande force, mais aussi possiblement, ma plus grande faiblesse. Cette détermination et cette persévérance, tout en me guidant toujours plus loin, me mènent parfois dans des

situations des plus compliquées. Avec les défis surviennent souvent les obstacles et les complications inhérentes. Le moins que l'on puisse dire est que je ne me suis pas choisie une existence de tout repos. Mon père a lui aussi contribué à sa façon à mes apprentissages et à mon développement en démontrant un intérêt particulier pour mes réalisations. Ma sœur en voulant toujours participer à mes séances d'orthophonie quotidiennes avec ma mère, m'a donné l'impression d'être privilégiée dans la réalisation de toutes ces activités d'apprentissage, alors que paradoxalement j'enviais sa grande liberté de choix et d'action. Ainsi, on peut dire que j'ai eu beaucoup de support de ma mère, une relation privilégiée avec elle et que cette relation m'a menée où je suis aujourd'hui.

2.2.2 Mon expérience du sentiment d'appartenance

À la pré-maternelle et à la maternelle, je fréquentais une école spécialisée pour enfants ayant une déficience auditive. À cette période, je vivais le meilleur des deux mondes; je pouvais rire et m'amuser à la fois avec des amis malentendants de mon école et avec des amis entendants de mon quartier.

2.2.3 Mon expérience de l'intégration scolaire en milieu entendant et de la solitude vs. l'isolement

Dès mon intégration en milieu scolaire avec les entendants, j'ai vécu des sentiments d'abandon et de solitude, souvent décrits dans la littérature sur la psychologie de la déficience auditive (Marschark, 1997; Mindel & Vernon, 1987; Moores, 2001; Schum, 2000; Stinson & Foster, 2000). Parallèlement à l'intégration en milieu scolaire entendant, j'ai subi la perte de liens affectifs et du sentiment d'appartenance avec mes amis du préscolaire et ceux de mon quartier. En effet, durant

mes années du primaire, j'ai dû fréquenter une école à aire fermée d'un autre quartier, compte tenu des bruits environnementaux des classes à aire ouverte de mon école de quartier. De ce fait, j'ai vécu le sentiment d'être exclue tant avec les amis de mon quartier qu'avec ceux de mon école. Tandis que mes amis d'école se retrouvaient ensemble pour s'amuser après la classe et les fins de semaine, moi je ne pouvais me joindre à eux en raison de l'éloignement. Par ailleurs, mes amis de quartier développaient de plus en plus leur lien d'appartenance du fait qu'ils fréquentaient la même école, ce qui a contribué à mon double sentiment d'exclusion. Je me souviens d'ailleurs de ma première journée à l'école primaire, qui était aussi ma première journée d'intégration scolaire avec les enfants entendants. La matinée en classe s'était bien déroulée et à l'heure du dîner, dans le gymnase de l'école, tous les enfants riaient, s'amusaient et partageaient ce plaisir en chœur. J'aurais bien aimé me joindre à eux, faire partie de cet univers, mais je m'en sentais incapable.

Cette situation fut mon premier dur contact avec la réalité selon laquelle j'étais différente et que jamais je ne pourrais faire partie de leur monde autant qu'eux. Ces sentiments d'abandon, de solitude, d'impuissance et de non appartenance sont restés dans ma vie comme une ombre qui toujours me suivait, et un jour, après l'avoir apprivoisée, je suis devenue amie avec cette ombre, non seulement par habitude, mais parce qu'elle semblait faire partie de mon existence.

2.2.4 Mon expérience de la valorisation vs. le déni des enseignants

À mon entrée à l'école primaire, forte de tout mon bagage familial et de mes expériences préscolaires, j'ai malgré tout été confrontée à certaines difficultés sur le plan social. Certains professeurs bien intentionnés ont fait tous les efforts pour que je m'intègre le mieux possible dans le milieu scolaire et n'ont pas hésité à m'épauler

dans mes apprentissages et à me valoriser dans mes réussites scolaires. Par contre, j'ai eu aussi des enseignants qui ne connaissaient point la problématique de la déficience auditive et j'ai vécu beaucoup d'incompréhension de leur part. D'autres considéraient que je me débrouillais tellement bien qu'ils ignoraient mes désirs et mes besoins réels. D'autres encore agissaient comme si je n'avais aucune déficience auditive. Ce déni m'a poussé à la limite de mes capacités et a contribué à ma dévalorisation personnelle, car je n'étais plus à la hauteur. Autant j'ai vécu l'approbation et la valorisation, autant j'ai vécu ce sentiment de ne pas être à la hauteur et de ne pas être assez. J'ai donc connu les deux côtés de la médaille à différentes périodes de ma vie.

2.2.5 Mon acceptation de la différence

Dès mon plus jeune âge, consciente de ma différence, je faisais tout pour être comme les autres, pour ne pas me faire remarquer; ce n'était pas plus par désir de me faire aimer que par crainte d'être rejetée. En effet, la différence semblait être quelque chose à éviter. Dans un milieu scolaire où l'enfant ayant une déficience auditive est intégré parmi des enfants entendants, l'enfant sourd est forcément différent. Si sa différence peut passer inaperçue à prime abord, elle est remarquée à plus ou moins long terme. Toutes les situations sont là pour le lui rappeler: l'attitude de surprise des gens en voyant l'appareil auditif, l'aide des compagnons de classe, l'empressement du professeur à assigner une place à l'avant, la bienveillance d'un autre qui s'assure que l'enfant comprend son discours, l'exigence d'une attention soutenue pour ne pas perdre le fil de l'enseignement ou de la conversation, les moqueries des élèves, etc.

Mais ce que j'ai compris avec le temps, c'est que le fait de camoufler ma déficience auditive ne me permettait pas de me sentir mieux, au contraire, j'empêchais les personnes de me connaître véritablement et d'établir une relation

authentique avec moi. Cette façade bien que m'empêchant en quelque sorte de vivre un certain rejet, m'empêchait en même temps de recevoir l'amour véritable pour la personne que j'étais. Et ainsi avec les années, j'en suis venue à apprécier ma différence plutôt que de tenter d'être comme tout le monde, ce qui était vain de toute façon. Aujourd'hui, je ne désirerais même plus être comme les autres. Je m'apprécie davantage justement parce que n'eut été de ces expériences vécues en raison de ma déficience auditive, je ne serais jamais devenue la personne que je suis.

2.3 L'influence de l'art dans ma vie

On peut dire que l'art a eu une grande place dans ma vie. Lors de mes années du secondaire, j'ai découvert le plaisir de peindre à travers des cours de peinture à l'huile. Ces rencontres hebdomadaires m'ont permis de développer cette passion. L'apport de l'art dans ma vie ne se résume pas seulement au développement d'habiletés artistiques. J'ai appris à me connaître davantage, à développer ma confiance en moi et en les autres, à rehausser mon estime personnelle, à exprimer mes émotions et par le fait même, à devenir une personne plus confiante, plus épanouie, plus équilibrée et complète.

L'art représente plus que simplement le fait de dessiner et de peindre, c'est de plonger à la découverte de son monde intérieur. Ce processus n'est pas nécessairement facile en ce sens que je devais faire face à des parties de moi que je préférais ignorer ou ne pas reconnaître. Souvent, alors que je désirais exprimer quelque chose, des incidents survenaient comme un cheveu sur la soupe et venaient gâcher le tableau. Je me retrouvais alors confrontée dans mon désir de perfectionnisme et plus je tentais d'atteindre la perfection, plus celle-ci me faisait

défaut. Quel paradoxe que de vivre un tel processus et il m'a poursuivi à travers tous mes cours d'arts au cégep et à l'université.

Connaissant déjà les bienfaits de l'art comme moyen d'expression personnelle, je me suis sentie attirée par les cours d'arts, d'où mon inscription au cégep, puis à l'université. À travers mes cours d'art, je sentais des émotions très intenses refaire surface et je me retrouvais à jongler avec mes émotions tout en tentant de répondre aux objectifs scolaires. C'est à ce moment que j'expérimentais une dimension de l'art-thérapie, celle de l'expression des émotions et l'apprentissage de la connaissance de soi. Cependant, le cadre rigide des cours ne répondait pas à mes besoins. C'est à l'intérieur du cadre de la maîtrise en art-thérapie que j'ai pu davantage explorer le soi à travers les différentes activités proposées, lesquelles laissent une plus grande place au subconscient et privilégient l'être, plutôt que le faire. J'ai découvert une toute autre dimension à l'art-thérapie, celle de la relation thérapeutique, des introjections, des projections et des relations d'objet introjectées. Finalement, l'art-thérapie comporte une dimension curative qui permet de conscientiser les blessures et de suppléer les pertes afin d'aider au processus de guérison.

Chapitre 3

Présentation des approches utilisées pour la compréhension de l'étude clinique

Dans ce chapitre, sont décrites et explorées les théories de deux auteurs: Winnicott et Robbins. Certains concepts décrits par ces auteurs clarifient le processus thérapeutique dans le cadre d'une thérapie par l'art. Les approches adoptées par ces auteurs rejoignent la mienne sur plusieurs points et donc, servent d'éléments de référence pour comprendre ma façon d'interagir avec les clients.

3.1 Présentation de la théorie de Winnicott

Winnicott fut d'abord pédiatre avant de devenir psychanalyste. Pendant ses quarante années de pratique comme psychanalyste, il a rencontré à la fois des enfants et des adultes (Winnicott, 1979). Fort de ses connaissances du développement psychomoteur de l'enfant, Winnicott s'est vivement intéressé à la dynamique globale du développement. Selon certains congénères, Winnicott se caractérise par sa grande perspicacité et son sens de l'observation des plus petits détails, lesquels lui ont servi à l'élaboration des concepts maintenant largement utilisés en psychothérapie (préface de M. Masud R. Khan, Winnicott, 1979; préface de H. Sauguet, Winnicott, 1969).

3.1.1 Le concept du *self*

Winnicott (1957, 1975a) accorde une très grande importance à la relation mère-enfant et à l'environnement de l'enfant au cours de ses premières années d'existence. La mère constitue le premier lien que l'enfant établit avec un objet

extérieur, c'est-à-dire extérieur au *self* de l'enfant, pour reprendre les termes de Winnicott. Le *self* est défini par Winnicott dans *Fragment d'une analyse* (1975a):

À mon avis, le *self*, qui n'est pas « le moi » (ego), est la personne qui est moi (*me*), qui n'est que moi—une totalité qui se fonde sur le déroulement du processus de maturation. En même temps, le *self* a différentes parties, il est constitué en fait par ces parties qui s'agglutinent les unes aux autres à partir de l'intérieur au cours de ce processus de maturation, avec l'aide obligatoirement (la plus grande au début de la vie) de l'environnement humain; c'est l'environnement qui assure à l'enfant le maintien, les soins et favorise le processus de maturation de façon appropriée. Le *self* se trouve placé dans le corps par nature, mais il arrive dans certaines circonstances que le corps s'en dissocie ou vice versa. Le *self* se reconnaît essentiellement dans les yeux et l'expression du visage de la mère ainsi que dans le miroir qui représente parfois le visage de la mère. Enfin, le *self* parvient à édifier une relation significative entre l'enfant et la somme des identifications qui s'organisent quand l'incorporation et l'introjection des représentations mentales sont suffisantes—sous la forme d'une réalité psychique interne et vivante. (p. 36)

Plusieurs éléments importants de la conception de Winnicott sur le développement et la maturation de l'enfant sont ainsi abordés à travers sa définition du *self*, la définition étant expliquée par le développement de celui-ci et vice versa.

En effet, on retrouve l'impact de l'environnement sur le développement du *self*, qui est plus important au début, et qui constitue la base sur laquelle repose la maturation psychique de l'enfant. À l'intérieur de cette définition, on retrouve aussi l'importance accordée par Winnicott au regard de la mère, qui fait figure de miroir pour l'enfant et contribue ainsi à la définition de son *self*. Le *self* se construit aussi à

partir de représentations ou de projections extérieures (Winnicott, 1975a). La relation que l'enfant établit avec son organisation psychique interne se modifie ensuite en fonction des attentes manifestées par les parents et les personnes significatives de son milieu de vie. Le *self* est donc par définition, toujours en mouvement, toujours dans une possibilité de changement.

Le développement du *self* est nécessaire à la progression d'un état de dépendance et d'immatunité vers un état d'autonomie et de maturité ainsi qu'au développement de la capacité d'identification à des objets d'amour sans pour autant perdre son identité propre. Selon Winnicott (1975a), le *self* de la personne donne sens à ses actions et à sa vie.

La relation mère-enfant et l'environnement ont donc une importance primordiale dans le développement et la maturation de l'enfant (Winnicott, 1957, 1975a). Effectivement, si les soins maternels ne sont pas suffisamment bons, il en résulte selon Winnicott (1957), soit la déformation du moi dans certains aspects vitaux de son développement ou bien la maturation de l'enfant ne peut se faire. La relation mère-enfant lui permettra un premier lien avec un objet extérieur, ce qui nous amène à la description d'un autre concept élaboré par Winnicott: l'*objet transitionnel*.

3.1.2 Le concept d'*objet transitionnel*

Lorsque la mère s'adapte suffisamment bien aux besoins de l'enfant, elle permet la création d'une certaine illusion dans sa psyché (Winnicott, 1969, 1971). Cette illusion est importante dans le développement de la confiance et de l'objet interne (concept mental) de l'enfant. Lorsque l'enfant est plus tard confronté à la réalité extérieure, donc à l'existence propre de l'objet extérieur, une délimitation entre la réalité intérieure et extérieure se fait et il est alors en mesure d'aller chercher un

réconfort dans l'utilisation de *phénomènes transitionnels* d'abord, et ensuite de l'*objet transitionnel* (Winnicott, 1969).

Le *phénomène transitionnel* et l'*objet transitionnel* se situent dans une zone intermédiaire, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure du nourrisson (Winnicott, 1969). Le *phénomène transitionnel* est d'abord un moyen de réconfort utilisé par l'enfant pour combattre l'angoisse. C'est souvent un objet auto-érotique ne faisant pas partie du corps du nourrisson, et n'étant pas reconnu non plus comme un objet appartenant à la réalité extérieure. Par exemple, un phénomène transitionnel peut être un geste habituel de l'enfant, le coin de sa couverture, un mot ou une mélodie qui joue dans sa tête avant de s'endormir (Winnicott, 1969).

L'*objet transitionnel* (Winnicott, 1971) constitue la première possession du nourrisson, c'est-à-dire que c'est la première chose lui appartenant mais qui ne fait pas partie de lui, comme le sont le pouce et la bouche. Cette première possession, l'*objet transitionnel*, représente pour le nourrisson sa première relation au monde. En effet, cet objet représente la transition entre l'état de fusion vécu par le bébé avec sa mère et l'état de relation avec la mère en tant que personne distincte et faisant partie du monde extérieur (Winnicott, 1971). C'est un objet considéré comme étant très important par l'enfant et cet objet peut être, par exemple, un ours en peluche, une couverture, une poupée ou même un jouet dur (Winnicott, 1969).

Alors que l'enfant connaît cette première possession, il témoigne à la fois de sa première utilisation du symbolisme et de sa première expérience de jeu (Winnicott, 1969, 1975b). À cette étape de l'utilisation du symbolisme, l'enfant a acquis la distinction « entre le fantasme et la réalité, entre les objets intérieurs et les objets extérieurs, entre l'activité créatrice primaire et la perception » (Winnicott, 1969, p. 114).

Comme un enfant ne peut utiliser un *objet transitionnel* que lorsqu'il a un objet interne vivant, réel et suffisamment bon (Winnicott, 1969), et que cet objet interne dépend de l'existence d'un objet externe présentant ces mêmes qualités, l'importance de l'environnement et des soins apportés à l'enfant trouvent tous leurs sens. Winnicott définit aussi un enfant en santé comme partageant à la fois un intérêt pour la réalité extérieure et le monde intérieur, passant de l'un à l'autre par l'intermédiaire des rêves, du jeu, etc. (1969). Le jeu et la créativité se situent dans l'espace intermédiaire, aussi nommé *espace potentiel* (Winnicott, 1975b). Selon Winnicott (1971, 1975b), le jeu est très important dans le développement et la maturation de l'enfant. En effet, le jeu démontre sa capacité d'élaborer une manière personnelle de vivre et de devenir un être humain global (Winnicott, 1971).

3.1.3 Les concepts du jeu et de la créativité

Winnicott a utilisé le jeu dans son travail avec les enfants. Par le jeu, l'individu peut être créatif, utiliser sa personnalité entière et à travers ce processus, découvrir son soi (Winnicott, 1975b). Il est important cependant de définir le jeu au sens de Winnicott. Lorsque l'enfant joue, il le fait dans une aire extérieure à lui, mais qui n'appartient pas non plus au monde extérieur. Dans cette aire de jeu, l'enfant rassemble des éléments, des objets de la réalité extérieure pour extérioriser ses rêves ou ce qu'il a pu prélever de sa réalité interne (Winnicott, 1975b). Il peut ainsi manipuler des fragments de la réalité extérieure pour créer un certain symbolisme, empruntant certaines caractéristiques du rêve. Mais avant tout, le jeu permet la créativité et se doit par conséquent d'être spontané.

Selon Winnicott (1975b), la créativité est universelle, c'est-à-dire qu'elle fait partie du processus même de la vie. Il ajoute même:

Il ne saurait véritablement y avoir de destruction complète de la capacité de l'individu à vivre une vie créative; même, en cas de soumission extrême et d'établissement d'une fausse personnalité, il existe, cachée quelque part, une vie secrète qui est satisfaisante parce que créative ou propre à l'être humain dont il s'agit. Ce qu'elle a d'insatisfaisant est dû au fait qu'elle est cachée et, par conséquent, qu'elle ne s'enrichit pas au contact de l'expérience de la vie (p. 96).

Selon Winnicott (1975b), l'expérience créative et le jeu ont beaucoup de similarités: ils se déroulent dans l'espace potentiel, ils font partie du processus de l'existence de l'individu et lui permettent de grandir psychiquement. Il est donc naturel de considérer une psychothérapie utilisant ces deux types d'expériences.

3.1.4. La relation thérapeutique et l'*espace potentiel*

Winnicott (1975b) définit justement la psychothérapie comme un « lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. » (p. 55). La tâche première du thérapeute est d'amener le client à jouer si ce dernier éprouve des difficultés à le faire. Considérant que l'*espace potentiel* est lié à la relation mère-enfant, on a donc par le jeu et la créativité, accès directement à cette aire qui s'est développée de par les premières relations d'objet de l'enfant. Le thérapeute travaille cette relation à l'objet qui a pu être défaillante et qui permet ensuite au jeu et à la créativité de se vivre dans l'*espace potentiel*. Winnicott (1975b) décrit le procédé thérapeutique à adopter: « il faut donner une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles de se manifester; elles sont la trame du jeu » (p. 90). En effet, « c'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence

expérientielle de l'homme » (Winnicott, 1975b, p. 90), car c'est dans cette aire qu'il expérimente la vie.

Bref, Winnicott a développé plusieurs concepts pour définir le processus d'une thérapie utilisant le jeu ou la créativité. Ses apports sont considérables pour les thérapies expressives utilisant la musique, les arts, le jeu, la danse, le théâtre, etc. Les concepts d'*objet transitionnel* et d'*espace potentiel* sont très importants dans la compréhension de la théorie de la relation d'objet et permettent entre autres d'expliquer la relation que l'individu développe avec son environnement. C'est dans cet espace entre deux réalités qu'ont lieu les interrelations entre les individus, et que les introjections et les projections influencent grandement la vie de l'individu.

3.2 Présentation de la théorie de Robbins

Arthur Robbins est un autre auteur ayant apporté de grandes contributions à la discipline de la thérapie par l'art. Il est à la fois psychanalyste, professeur, art-thérapeute et sculpteur. Par sa formation et ses diverses expériences, Robbins a développé sa propre conception de la thérapie par l'art en empruntant diverses théories. Sa base psychanalytique est la théorie de la relation d'objet, il a donc été profondément influencé par Winnicott (Robbins, 1994). Robbins incorpore certains éléments de la psychanalyse et de l'approche humaniste. Dans ce chapitre seront abordés différents concepts considérés par Robbins comme étant très importants dans un contexte d'art-thérapie.

3.2.1 Les processus primaire et secondaire de communication

Robbins (1980) décrit deux processus de communication, lesquels font appel à deux parties cognitives distinctes du cerveau. Le processus primaire de communication englobe les formes de communication où le temps et l'espace sont fonction d'une logique émotionnelle. Les rêves sont un exemple de processus primaire de communication, mais dans cette catégorie, on retrouve tout ce qui fait appel aux sens plutôt qu'à la raison. Le processus secondaire de communication englobe, au contraire, le raisonnement, la logique et la verbalisation.

Le passage fluide de l'un à l'autre de ces processus est une habileté nécessaire au thérapeute pour intégrer les différents processus de communication du client et comprendre les expériences vécues et exprimées par ce dernier. Le thérapeute intègre les affects, les images et les perceptions du client tout en unifiant leurs polarités pour en faciliter ensuite l'accès au client (Robbins, 1980).

Robbins (1980) mentionne que les thérapeutes utilisant les moyens d'expression tels que l'art, la danse, la musique, le théâtre, le jeu, etc. sont réceptifs à la fois aux modes de communication primaires et secondaires. Selon lui, la flexibilité dans l'utilisation des deux processus de communication contribue à l'équilibre et l'harmonie (1980). L'habileté du thérapeute consiste à synthétiser et à structurer les différents niveaux de communication ayant lieu dans la dyade client-thérapeute et à guider le client dans l'exploration de ses différents états d'ego. Les thérapeutes doivent être réceptifs non seulement aux indices verbaux, mais aussi aux indices non verbaux du client, car à l'intérieur d'une expérience, on retrouve un comportement pouvant être le résultat d'une multitude d'états affectifs, cognitifs et perceptuels (Robbins, 1980). Les indices non verbaux tels que l'intonation de la voix du client, sa posture, ses expressions faciales, ses gestes, etc., permettent d'obtenir des informations concernant les expériences et les émotions vécues par le client (Robbins & Seaver, 1976; Robbins, 1980, 1989, 1998). L'art-thérapeute doit aussi être attentif à ce qu'il transmet au client par le biais de sa communication non verbale. Cette connaissance des modes de communication primaires permet donc au thérapeute d'être à l'aise et flexible dans cette communication.

L'imagerie visuelle jouant un rôle important dans le développement du concept de soi, certaines expériences vécues avant l'usage de la parole, difficiles d'accès par la mémoire, sont accessibles par des modes de communication primaires (Robbins, 1980). L'utilisation de l'imagerie constitue donc un des moyens d'accéder aux expériences vécues par l'enfant, entre autres sa première relation d'objet (Robbins, 1980).

3.2.2 La communication par les symboles

L'art-thérapeute utilise davantage cette communication primaire qui consiste à utiliser des symboles et des métaphores permettant l'accès à l'inconscient (Robbins, 1980, 1998). Les rêves, la fantaisie, l'art et le jeu s'opèrent par les modes organisationnels du processus primaire, c'est-à-dire par la condensation, le déplacement et la symbolisation sont organisés sous un mode primaire par les processus de condensation, de déplacement et de sublimation (Robbins, 1980). Les symboles et les métaphores, retrouvés dans les rêves, la fantaisie, l'art et le jeu, sont des outils que l'art-thérapeute utilise dans la poursuite d'objectifs de développement de l'ego du client et de l'expression du soi.

Robbins souligne également que la connaissance de l'art-thérapeute du processus primaire de communication lui permet de voir à l'intérieur d'une image, la représentation simultanée de plusieurs niveaux de la psyché du client. Aussi, l'art-thérapeute peut obtenir une définition plus juste et plus exacte de la cognition du client qu'il ne le pourrait par l'interprétation de la communication verbale (Robbins & Seaver, 1976; Robbins, 1994). Dans cet *espace potentiel*, l'art-thérapeute offre un espace où le dialogue entre les perceptions et les affects complexes est possible, et où ceux-ci peuvent être intégrés.

3.2.3 Le thérapeute en tant que contenant

Dans un contexte d'art-thérapie, le thérapeute encourage le client à exprimer sa réalité intérieure et à trouver un moyen de la représenter dans le monde extérieur. Les expériences ne pouvant souvent être réduites à une simple expression verbale et linéaire, compte tenu de leur caractère spatial et continu, le thérapeute et l'art créé constituent des contenants, des cadres qui permettent d'englober à la fois les affects et

les expériences vécues par le client (Robbins, 1980; 1989, 1994). En d'autres mots, l'art-thérapeute fait figure de contenant pour les différentes parties du soi du client, non développées et fragmentaires, et il les rassemble pour les intégrer en un tout cohérent constituant le *self*.

3.2.4 Le thérapeute en tant que miroir

La personnalité de l'individu s'est développée et organisée en fonction d'une série de relations introjectées à un très jeune âge. Ces modèles de relations introjectés, conscients ou non, sont constamment répétés dans le présent (Robbins, 1994). Ils sont nommés les *introjections* et ont une place prépondérante dans le contexte thérapeutique tel que défini par Robbins. Le rôle du thérapeute, dans cette approche, consiste à créer un environnement de confiance pour le client, afin de l'amener à explorer ces modèles de relations. Ces *introjections*, souvent cachées dans l'inconscient, émergent dans la relation thérapeutique et dans l'expression de la créativité. À ce moment, cette libération d'énergie peut faire surgir des émotions refoulées par le soi du client, lesquelles, comprises et intégrées par le thérapeute, permettent au client de retrouver le flux de sa créativité (Robbins, 1994).

Le thérapeute sert de miroir pour les relations d'objets de l'individu, de même que l'entourage, et reflètent les perceptions de la réalité intérieure et extérieure de l'individu (Robbins, 1994). Ces miroirs se révèlent à lui depuis sa plus tendre enfance et sont tout au long de la vie soit constants, modifiés ou changés (Robbins, 1994). Il y a toujours un dialogue entre la réalité interne et la réalité externe, et celui-ci constitue un cadre de référence dans la perception du monde. Le travail thérapeutique concerne aussi les modèles de relations internalisées (*introjections*) et qui sont associées à des peurs, à des conflits de la relation d'attachement et à des pertes (Robbins, 1994). La

constance de la relation thérapeutique réelle avec le thérapeute et la structure amenée par le travail artistique du client permettent le processus de guérison (Robbins, 1994). Quand le client se sent en confiance et laisse tomber ses mécanismes de défense, il peut explorer ces miroirs et changer son cadre de référence afin qu'il y ait une meilleure synchronisation entre sa réalité interne et sa réalité externe (Robbins, 1994). Le rôle du thérapeute est donc d'amener le client, non pas à vivre uniquement des émotions positives, mais éventuellement à accepter toutes les émotions, et ce afin de vivre de la façon la plus consciente possible.

3.2.5 L'approche humaniste

Le rôle du thérapeute selon Robbins en est un d'accompagnement (1994). Le thérapeute est là pour accueillir les émotions et les affects du client tout en lui offrant ses perspectives. Le fait que l'art-thérapeute soit présent et ne se laisse pas démolir par les affects du client permet éventuellement à ce dernier d'intérioriser certaines forces du thérapeute (Robbins, 1994). Par cette approche, on reconnaît l'importance de l'humanisme et de l'empathie. Le concept d'empathie semble indissociable de toute approche thérapeutique, mais il est d'autant plus nécessaire au processus de miroir du thérapeute vis-à-vis du client. En effet, le thérapeute doit manifester une grande empathie envers le client pour pouvoir non seulement comprendre ce qu'il vit, mais lui communiquer cette compréhension. L'empathie et la fluidité du thérapeute dans l'utilisation des processus primaire et secondaire de communication lui permettent de respecter le rythme de l'égo du client dans cette intégration des projections non assimilées et des relations d'objets internes.

3.2.6 La théorie de la relation d'objet

Robbins partage plusieurs idées de Winnicott sur la théorie de la relation d'objet et les a intégrées dans son approche. Parmi ces concepts, on retrouve ceux de l'*espace potentiel*, des *introjections*, de la créativité *primaire*, que j'ai décrits précédemment. Même si Robbins a intégré une théorie de relation d'objet, il souligne le fait que cette approche ne peut convenir à tous les clients (Robbins, 1994). Il est important pour le thérapeute d'être ouvert à différentes approches et ce, dans le but de répondre aux besoins réels de sa clientèle. Bien entendu, le traitement dépend toujours du diagnostic, ce dernier pouvant changer au cours de la thérapie (Robbins, 1980).

3.2.7 L'art en tant que contenant et miroir

Robbins souligne le rôle de l'art-thérapeute en tant que guide du client dans l'utilisation de certains matériaux et de certaines formes d'expression et ce, dans le but de favoriser la confiance et la maîtrise nécessaires à l'exploration et l'expression de ses affects non intégrés et de ses *introjections* (Robbins & Seaver, 1976). À travers l'utilisation des matériaux interviennent non seulement les dimensions affective et expressive, mais aussi les mécanismes de défense, les transferts et les contre-transferts. C'est dans cette optique que Robbins et Seaver (1976) insistent sur la connaissance intuitive qu'a le thérapeute du matériel. De cette façon, le thérapeute vise toujours à encourager le processus de création du client en permettant la libération de ses affects et l'intégration de ses polarités (Robbins & Seaver, 1976; Robbins, 1980).

Dans mon étude de cas, j'ai adopté une approche principalement éclectique utilisant davantage les méthodes non verbales et ai trouvé écho dans les théories

décrites par ces deux auteurs. Cependant, je ne dessine pas avec le client, contrairement à certaines méthodes employées par Winnicott (1979, 1989) et Robbins (Robbins & Seaver, 1976; Robbins, 1980, 1994) et ce, en raison de mon manque d'expérience dans le contexte thérapeutique. Car si cette méthode permet une plus grande communication, elle présente de plus grands risques à la fois pour le thérapeute et le client, en favorisant l'émergence de matériel transférentiel et contre-transférentiel (Robbins & Seaver, 1976). Le client peut utiliser ces informations, et le thérapeute peu habitué dans cette communication par symboles peut éprouver de la difficulté à contenir les affects et les expériences du client, exprimés à travers cette communication primaire.

Chapitre 4

Description d'une étude de cas sur la problématique de l'intégration scolaire chez un adolescent ayant une déficience auditive

L'étude clinique a été choisie en raison de son lien avec la problématique de l'intégration scolaire des personnes ayant une déficience auditive. Cette problématique ayant été largement explorée au cours des chapitres précédents, elle ne sera abordée ici que sommairement. Cette étude de cas décrit le processus vécu par le participant en art-thérapie et démontre comment il a été amené à exprimer ses émotions et, plus particulièrement, son agressivité à travers les dessins.

4.1 Description du participant et exploration des facteurs problématiques

Le pseudonyme de Mathieu est utilisé dans cet ouvrage afin de préserver l'anonymat. Mathieu est un adolescent âgé de douze ans, qui a été adopté à l'âge de quatre mois. Il est enfant unique dans sa famille adoptive et vit dans un milieu financièrement aisé avec des parents pouvant répondre à ses besoins.

Il y a deux ans, Mathieu a rencontré sa mère biologique, d'origine italienne, ainsi que son demi-frère de trois ans et ses deux demi-sœurs, de quelques années ses cadettes. Sa mère biologique lui a expliqué qu'elle l'avait mis en adoption étant donné qu'elle était trop jeune pour l'élever. Depuis, Mathieu rencontre sa mère biologique aux deux à trois mois et malgré la distance géographique, une centaine de kilomètres environ, il décrit leur relation comme étant relativement harmonieuse et agréable.

Mathieu est atteint d'une surdité bilatérale légère à modérée et porte des prothèses pour pallier à sa perte auditive. De la maternelle à la troisième année, il fréquentait l'école régulière de son quartier. Étant donné ses difficultés

d'apprentissage et ses problèmes de relation avec ses pairs, il fut jugé pertinent de le diriger vers une école offrant des services spécialisés pour une population d'enfants ayant une déficience auditive. Il fréquente cette école spécialisée depuis le début de sa quatrième année, durant laquelle il s'est retrouvé en classe fermée, c'est-à-dire avec quelques élèves malentendants comme lui. Il bénéficie des services d'une orthopédagogue et d'une orthophoniste. En cinquième année, il fut décidé de l'intégrer dans une classe régulière avec les entendants, et actuellement en sixième année, il fréquente toujours la même école en classe régulière. Cette classe a une certaine particularité; c'est un groupe d'adolescents majoritairement d'origine portugaise qui privilégient l'utilisation de leur langue d'origine plutôt que la langue française lors des périodes de récréation.

Mathieu a été référé en art-thérapie, principalement en raison de difficultés, observées par son enseignante, sur le plan des relations sociales. En effet, selon elle, il vit des conflits avec ses pairs et manifeste plusieurs comportements contribuant à l'isoler socialement. Parmi ceux-ci, on retrouve le fait d'injurier les autres, de les dénigrer, d'utiliser un langage grossier et de chercher à les blesser. Mathieu est aussi décrit comme étant un garçon boudeur, se repliant sur lui-même lorsqu'il éprouve des difficultés. Selon son enseignante et son orthopédagogue, il démontre des faiblesses dans la communication, tout comme dans l'établissement et le maintien de relations amicales avec ses pairs.

Les problèmes rencontrés par Mathieu dans ses relations sociales pourraient être expliqués par le syndrome de dysfonction non verbale (SDNV) dont il a été diagnostiqué. Ce syndrome, décrit par Rourke (1991), se définit par un ensemble de déficits primaires, secondaires et tertiaires des fonctions neuropsychologiques. Ce syndrome sera décrit plus en détail au cours d'un prochain volet.

Afin de favoriser une meilleure compréhension globale et phénoménologique de cette étude clinique, je vais élaborer avec un peu plus de détails les différents facteurs généraux et personnels du participant et établir des liens en référence à différents auteurs. Parmi ces facteurs généraux, on va prioriser, dans le cas présent, la période de développement de l'adolescence, puis aborder les facteurs personnels tels que l'origine, la culture, l'expérience de l'adoption et le syndrome de dysfonction non verbale.

4.1.1 Facteurs généraux

4.1.1.1 La période de l'adolescence

Compte tenu de l'intérêt croissant de la psychologie pour la période de l'adolescence et de l'impact de celle-ci sur le développement de la personne, une multitude d'auteurs ont exploré le sujet au cours de la dernière décennie. Cet intérêt vient aussi du fait que cette période semble s'allonger au fur et à mesure que la société évolue. Clerget (2000) a mentionné l'hypothèse que cet allongement dans la durée soit justifié par le fait que l'être humain ait une longévité plus grande.

L'exploration de cette période est intéressante dans le cadre de cette étude clinique, car Mathieu manifeste à son âge plusieurs attitudes typiques de l'adolescence telles que l'écoute d'un certain style de musique, le port de chandail de groupes de musique, la pratique de sports considérés comme dangereux, le dessin de graffitis et l'affirmation de soi qui semble particulièrement rebelle. Selon les écrits de Clerget (2000), durant cette période de développement de l'être humain, l'adolescent recherche son identité.

L'adolescence est aussi une période où l'enfant se distance de plus en plus de son univers familial pour s'approcher du monde environnant. Cette prise de distance

qui consiste au deuil des images parentales qu'il porte en lui est importante et ce, notamment dans la construction de son identité (Clerget, 2000). Pour Mathieu, ce deuil des images parentales concerne principalement celles venant de ses parents adoptifs, mais aussi celles de ses parents biologiques. Plusieurs moyens sont utilisés par les adolescents pour se distancer des images parentales, notamment en modifiant leur apparence physique, en écoutant une musique à l'encontre des goûts de leurs parents et en adoptant des idéologies opposées à celle de leurs parents. Dans ce processus de développement et de construction de l'identité, on retrouve plusieurs facteurs de transformation du moi. Parmi ceux-ci, on retrouve les changements physiques, les nouvelles potentialités intellectuelles et psychiques de l'adolescent, le changement de regard de l'entourage sur lui et ses perceptions du monde et du soi. (Clerget, 2000).

Lors de la période de l'adolescence, la dépression est souvent présente. Celle-ci s'explique du fait qu'à cette période, plusieurs pertes ont lieu (notamment celles de son corps d'enfant, de sa sécurité et des images parentales) et que celles-ci peuvent se faire l'écho d'une autre perte symbolique vécue dans l'enfance. (Clerget, 2000).

Mathieu, ayant vécu l'expérience de l'adoption, peut effectivement vivre à la période de l'adolescence, la réactivation de ces pertes vécues dans l'enfance telles que la perte de ses parents biologiques, de sa continuité généalogique et de ses origines ancestrales.

Chez l'adolescent, on retrouve aussi certaines attitudes typiques telles que l'ennui, la passivité ou au contraire, une impulsivité, une agressivité envers lui-même ou envers les autres et un besoin d'action qui peut ressembler étrangement à de l'hyperactivité. Il est possible que ces attitudes soient en réaction à une dépression sous-jacente. Selon Clerget (2000), l'agressivité est aussi le moyen le plus primaire et

le plus direct pour se décharger de l'angoisse. Rufo (2000) affirme quant à lui que l'agressivité et la violence font partie du processus du développement de la personne, en autant bien entendu, qu'elles ne prennent pas des proportions démesurées. Cette agressivité se retrouve souvent chez les enfants adoptés, qui à certains moments de leur développement, cherchent par leur provocation à vérifier la nature véritable de l'amour qu'on leur porte (Rufo, 2000). Cette agressivité, manifestée par l'adolescent, vise à tester à la fois l'attachement des membres de sa famille et son niveau d'intégration à travers elle. Dans la description de l'étude clinique, on remarquera justement l'expression de l'agressivité dans les dessins réalisés par Mathieu.

4.1.2 Facteurs personnels

4.1.2.1 Les implications de l'adoption

L'expérience de l'adoption pour un enfant comporte certaines implications, lesquelles seront explorées au cours de ce chapitre. Tout d'abord, l'impact de l'adoption sur l'enfant dépend d'une multitude de facteurs dont le processus d'adoption, l'âge de l'enfant lors de celui-ci, l'accueil réservé par sa famille adoptive, l'environnement physique, la connaissance des circonstances qui ont entouré l'adoption, ainsi que le vécu de l'enfant par rapport à l'expérience. Indépendamment des circonstances, l'expérience de l'adoption amène vraisemblablement chez l'enfant un sentiment de perte et par le fait même, un deuil à vivre. Cette perte peut être décrite comme étant la perte de sa famille biologique et de ses origines, mais aussi la perte de la stabilité et de la continuité de sa relation avec ses parents biologiques (Brodzinsky & Schechter, 1990). Parallèlement à ces pertes, l'enfant peut vivre aussi le sentiment d'une perte du soi et de sa continuité généalogique (Brodzinsky, 1987, cité en 1990 par ce même auteur). Mathieu manifeste l'importance de son origine biologique

italienne en dessinant souvent des éléments de sa culture, comme il le sera démontré dans l'étude clinique. En dépit du fait que tous les enfants adoptés vivent un sentiment de perte, la nature et l'intensité de celle-ci, de même que les mécanismes de défense utilisés pour compenser cette perte varient d'un enfant à l'autre. Le sentiment de perte vécu par l'enfant adopté peut être accompagné de changements émotionnels, de changements d'attitudes et de comportements (Brodzinsky & Schechter, 1990).

Brodzinsky (cité dans Brodzinsky & Schechter, 1990) atteste que ces changements sont reconnus par plusieurs professionnels comme étant des comportements d'opposition, d'agression, de grande colère, de manque de communication, de dépression ainsi que de difficultés rencontrées quant à l'image de soi. Brodzinsky & Schechter (1990) soulignent que la perte peut être davantage ressentie à l'adolescence, étant donné que cette perte se vit sur deux plans: la perte du soi et du lien avec la lignée généalogique d'où la double difficulté à retrouver son identité.

La dévalorisation de soi peut être un autre impact résultant de l'expérience de l'adoption, car cette dernière implique le fait d'être d'abord abandonné, ce qui fait figure de rejet, avant d'être choisi par quelqu'un d'autre (Delaisi & Verdier, 1994). Les enfants adoptés peuvent vivre le sentiment d'abandon en raison du fait qu'ils pensent ne pas avoir mérité l'amour de leurs parents biologiques, d'où la dévalorisation de soi. Ce sont donc, en résumé, les principales pertes vécues par ces enfants, ainsi que les principaux impacts de l'adoption sur la construction de leur identité.

L'art-thérapie peut, dans le cas présent, permettre la reconnaissance des failles dans les relations d'attachement et activer le processus de guérison de certaines blessures dues aux pertes relatives à l'expérience de l'adoption.

4.1.2.2 L'intégration scolaire et les relations sociales

Les impacts de l'intégration scolaire chez une personne ayant une déficience auditive ont été largement explorés dans un chapitre précédent. Dans la présente étude clinique, Mathieu est confronté à deux grandes difficultés affectant la communication avec ses pairs: - difficulté en raison de sa déficience auditive et du manque de connaissance des autres élèves de sa classe quant à la surdité - difficulté en raison du fait que les élèves parlent portugais en dehors des heures de classe et que lui ne connaît pas cette langue. Par conséquent, Mathieu s'est lié d'amitié avec le seul garçon de sa classe, rejeté des autres élèves et qui plus est, ne parle pas portugais. Il semble donc qu'il se soit identifié à ce garçon en raison de leur isolement respectif. Dans la description clinique des travaux artistiques réalisés par Mathieu, on retrouvera plusieurs éléments faisant référence à sa culture d'origine italienne.

4.1.2.3 Le syndrome de dysfonction non verbale

Comme il l'a été mentionné précédemment, Mathieu présente le syndrome de dysfonction non verbale. Dans ce syndrome, défini par Rourke et al. (1990), la personne présente à la fois des habiletés et des dysfonctions particulières. En effet, les enfants atteints du SDNV ont un développement précoce au niveau du langage, du vocabulaire, de la lecture et de l'écriture (Rourke et al., 1990). Ils ont, en outre, une bonne perception des détails, une très bonne mémoire auditive et s'expriment avec éloquence. Cependant, les déficits relatifs à ce syndrome se répercutent sur plusieurs sphères: motrice, visuelle, spatiale, organisationnelle, sociale et sensorielle.

Les dysfonctions au plan de la sphère motrice se reconnaissent par un manque de coordination, des problèmes d'équilibre et des lacunes dans les habiletés graphomotrices (Rourke et al., 1990). Sur les plans de la sphère visuo-spatiale et

organisationnelle, ces enfants présentent des lacunes au niveau de la mémoire visuelle, des perceptions et des relations spatiales et éprouvent des difficultés au niveau des fonctions exécutives (Harnadek & Rourke, 1994; Rourke, Fisk & Strang, 1986; Rourke et al., 1990). Parmi les fonctions exécutives ardues pour ces enfants, on retrouve la résolution de problèmes, la planification, la mise en séquence, la hiérarchisation des priorités, la régulation émotionnelle, la définition d'objectifs et l'autocorrection (Rourke et al., 1990). Les déficits sur le plan de la sphère sociale se reconnaissent par des difficultés à décoder les messages non verbaux, à évaluer les interactions sociales, à adopter des comportements sociaux adéquats et à s'adapter aux changements (Harnadek & Rourke, 1994; Rourke, Fisk & Strang, 1986; Rourke et al., 1990). Finalement, sur le plan de la sphère sensorielle, ces enfants présentent des défaillances dans un ou plusieurs modes sensoriels de perception tels que la vue, l'audition, le toucher, le goût et l'odorat. La connaissance de ces dysfonctions permet d'avoir une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par ces enfants, même si celles-ci sont rarement tous présents dans le diagnostic du syndrome.

Selon la psychologue Kay (1999), spécialisée en neuropsychologie, les adolescents atteints du SDNV sont décrits comme étant hypoactifs, dépendants vis-à-vis de leurs parents et peu habiles dans les interactions avec leurs pairs. Ils ont une faible perception sociale, des difficultés émotionnelles chroniques, un manque d'habiletés dans l'expression de leurs affects et une difficulté à accepter les critiques. Sur le plan scolaire, ils ont des problèmes dans la compréhension de texte, la résolution de problèmes et le raisonnement mathématique complexe (Harnadek & Rourke, 1994; Rourke et al., 1990). Ces enfants, dans le milieu scolaire, peuvent être perçus lents et désorganisés dans l'exécution de tâches diverses. Ce syndrome de dysfonction non verbale expliquerait donc certaines difficultés que rencontre Mathieu

à l'école sur les plans de la synthèse et de l'analyse visuelle, de même qu'au niveau des relations sociales avec ses pairs.

4.2 Impressions cliniques et objectifs

Précédemment, les différents facteurs pouvant influencer et aider à la compréhension du vécu du participant en art-thérapie ont été définis et clarifiés. Maintenant, l'étude clinique du processus peut être abordée de façon plus phénoménologique.

Mathieu a d'abord été référé en art-thérapie en raison de difficultés de socialisation avec les élèves de sa classe. Toutefois, au début des séances, je constate qu'il possède de très bonnes habiletés relationnelles avec l'adulte. Mathieu est un adolescent calme et très attentif. Il démontre une aisance particulière pour s'exprimer, et ce, de façon claire et concise; habileté que l'on retrouve particulièrement chez certains enfants atteints du syndrome de dysfonction non verbale. La relation entre nous s'établit aisément dès le départ. Dès les premières séances, Mathieu me parle spontanément de sa famille, de ses amis de l'extérieur de l'école, de ses intérêts et de ses activités. Lorsque que je lui pose des questions, il répond sans hésiter. Ses difficultés au niveau de la relation avec ses pairs ne ressortent pas lors des rencontres individuelles en art-thérapie.

Dès le départ, j'identifie plusieurs similarités entre nous, tant au niveau des traits de caractère, que du vécu en rapport avec la déficience auditive et l'intégration scolaire. Mon ouverture, ma sensibilité et mon écoute attentive de son vécu contribuent à créer une bonne alliance thérapeutique. À travers nos discussions, je me reconnais en lui et découvre de très belles qualités chez cet adolescent. J'ai donc vécu

un contre-transfert positif à son égard et une certaine forme d'attachement. Il va sans dire que ce contre-transfert a pu contribuer aussi à l'instauration du sentiment de confiance dans la relation thérapeutique, lequel est favorable à l'émergence de contenus transférentiels.

Dès les premières séances, j'ai remarqué la très grande implication de Mathieu ainsi que son respect du matériel et de l'espace thérapeutique. Il manifeste une application constante dans la réalisation de ses travaux artistiques et un intérêt particulier pour le dialogue.

Dans les premiers travaux artistiques réalisés par Mathieu, j'ai remarqué une faible utilisation de l'espace disponible. Son premier travail qui consiste en la réalisation du portfolio (figure no.1) s'étend sur plusieurs séances. La figure no.1 représente seulement les éléments dessinés lors de la première séance. Bien que les éléments représentés dans ce dessin semblent ne pas avoir de liens entre eux, ils représentent au contraire son origine culturelle et ses principaux intérêts. Cependant, au niveau graphique, ces liens-là ne sont pas évidents. Ces petits dessins sont aussi peu expressifs sur le plan pictural. Au cours de ces premières séances et particulièrement, pour la réalisation de son portfolio, les dessins semblent démontrer la difficulté de Mathieu à faire une synthèse ou à regrouper des éléments. Mais il est encore trop tôt pour associer ce fait au syndrome de dysfonction non verbale. Les objectifs établis après l'évaluation de quelques séances étaient donc de lui permettre l'exploration et l'expression de ses émotions, lesquelles sont primordiales dans la découverte et la maturation du soi. Par le biais de l'art-thérapie, Mathieu pourrait apprendre à se connaître davantage, à explorer le soi et aussi possiblement à retirer une certaine valorisation personnelle par la réalisation de travaux d'arts.

4.3 Approche thérapeutique

En tant que thérapeute travaillant avec les personnes sourdes, je porte davantage attention aux éléments non verbaux tels que l'expression du regard, la mimique, la posture et la gestuelle du participant. Tout ce langage fait partie de la communication spontanée et naturelle chez les sourds. La manifestation de l'empathie et l'instauration du sentiment de confiance semblent s'exprimer de façon un peu différente entre les personnes sourdes et entendants.

Selon moi, la notion d'empathie consiste en une attitude d'ouverture, de disponibilité et d'accueil de la personne, qui ne se décrit pas par le fait d'être « tout ouïe », mais plutôt « tout accueil », c'est-à-dire, dans une position imagée « les bras ouverts et une attention visuelle particulière à tout ce qui se passe ».

Chez l'enfant, le sentiment de confiance en son environnement trouve sa base dans la relation d'attachement avec les premières figures (Winnicott, 1969). Je dirais que l'enfant sourd ne peut trouver de réconfort dans la voix, mais plutôt, dans le regard ou le toucher. D'ailleurs, pour la plupart, ils n'ont pu compter sur la voix des parents pour les rassurer lorsqu'ils étaient bébés, mais plutôt sur la vue ou la sensation de présence de ces personnes.

Avec les personnes ayant une déficience auditive, le langage non verbal doit non seulement faire partie de la relation thérapeutique, mais y occuper une place de choix pour l'instauration du sentiment de confiance, nécessaire à tout travail thérapeutique. Car, il semblerait que les appareils auditifs, bien que permettant d'entendre les sons et de suivre des conversations, ne puissent transmettre les dimensions affective et familière de la voix. La conscience de cette possibilité doit nous amener à explorer d'autres moyens de communication permettant d'aller au-delà

de ces difficultés, d'où l'importance du langage non verbal comme complément à la communication.

La psychothérapie, cet espace potentiel, permet un accès à l'aire des premières relations objectales et l'émergence des expériences liées à la relation d'attachement avec les personnes de l'environnement (Winnicott, 1969; 1975b; 1971). Cet espace thérapeutique constitue donc le point de rencontre des interrelations, des introjections et des projections des deux personnes impliquées dans la relation, en l'occurrence, le thérapeute et le client.

Le rôle de l'art-thérapeute consiste avant tout à créer un environnement de confiance permettant l'exploration des modèles de relation intériorisés par le client. L'art-thérapeute fait également figure de contenant pour les affects et les projections du client et lui reflète une image-miroir, la plus juste possible, lui permettant ainsi la prise de conscience de ses affects et de ses projections intériorisées. La dernière dimension de ce rôle, et non la moindre, est le départage des relations intériorisées du client de celles du thérapeute.

Avec Mathieu, lors des premières séances, j'ai privilégié une approche directive, pour ensuite choisir une approche davantage non directive. Mon intention était de lui donner l'espace pour explorer ce dont il avait besoin et écouter davantage son ressenti. Alors que les premières séances sont davantage structurées, les séances subséquentes sont plus libres. J'ai respecté les besoins de Mathieu à savoir les journées où il préférait dialoguer et celles où il préférait s'impliquer dans les travaux d'arts. Cela implique le fait de lui suggérer des pistes d'exploration de thèmes, mais en dernier lieu, c'est Mathieu qui choisit la direction. L'approche non directive a été privilégiée à la fois en raison du sentiment de confiance de Mathieu dans la relation

thérapeute-client et de la force de l'alliance thérapeutique. Selon moi, le processus vécu par le participant en art-thérapie peut se vivre comme un voyage à la découverte de soi et l'art-thérapeute fait ainsi figure d'accompagnateur du voyageur, ce qui rejoint les idéologies de Robbins (1994).

4.4 Sommaire des séances

Comme il l'a été mentionné précédemment, Mathieu a semblé à l'aise avec le contexte thérapeutique dès la première rencontre. Ces sentiments de confiance et de confort lui ont permis de s'impliquer à la fois dans le processus verbal et créatif, en alternance selon ses besoins. Lors des premières séances, davantage directives, j'ai demandé certains types de travaux tels que la réalisation: d'un portfolio (figure no.1), du dessin de sa famille (figure no.2) et d'un dessin libre (figure no.3, le dragon de Chine). Tous les dessins ne figureront pas dans l'étude clinique.

Le portfolio représente plusieurs éléments d'intérêts de Mathieu (lesquels démontrent la recherche de son identité) tels que le skateboard sur les rampes, le symbole de la marque Osiris pour les skateboards, le drapeau de l'Italie faisant référence à sa culture d'origine, de même que l'auto Ferrari qu'il affectionne particulièrement (également d'origine italienne) et finalement les graffitis. Sur son portfolio (figure no.1), on retrouve aussi le dessin du visage d'un personnage avec les cheveux couleur orange. Mathieu a mentionné durant cette même séance qu'il avait déjà eu les cheveux couleur orange, ce qu'il affectionnait particulièrement. Cette couleur de cheveux revient souvent dans ses dessins de personnages. Ce personnage a de très grandes oreilles, faisant la moitié de la longueur de son visage (bien que n'apparaissant pas sur la photo). Cette emphase sur les oreilles se retrouve souvent

chez les personnes sourdes (Machover, 1949; Oster & Gould, 1987; cités par Drachnik, 1995) Au fur et à mesure qu'il réalisait son portfolio, Mathieu parlait de ses intérêts et de son univers.

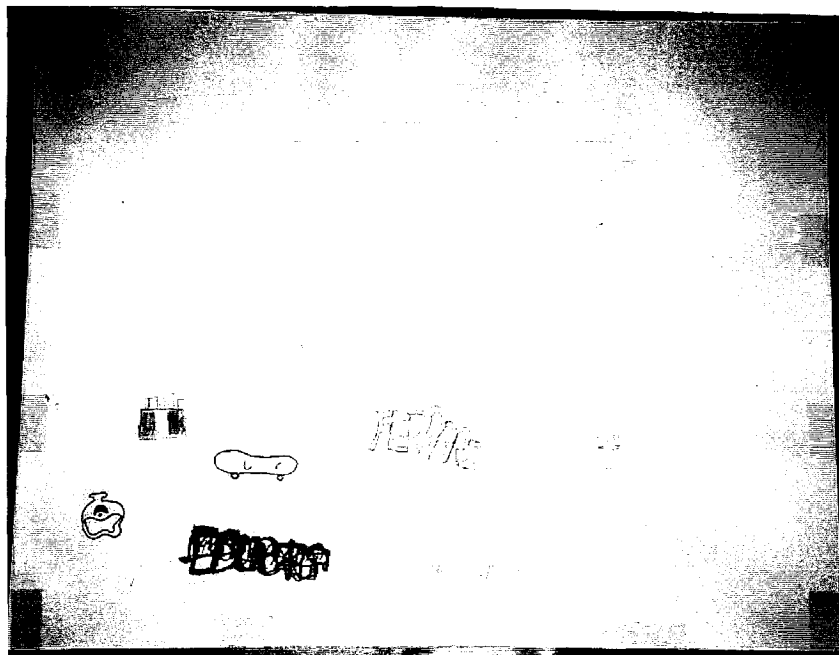


Figure no.1 – Portfolio de Mathieu

Lors de la séance suivante, Mathieu a dessiné une autre Ferrari, un feu et une fleur orange et il a collé deux photos de Ferrari qu'il avait pris soin de découper dans une revue et d'apporter à la séance (ces éléments ne se retrouvent pas sur la figure no.1). Si à prime abord, en observant le portfolio, il semble y avoir un manque de lien entre les divers éléments représentés, Mathieu avait rassemblé là ses principaux intérêts et présentait son identité culturelle par l'utilisation de différents symboles rappelant l'Italie.

Sur le plan graphique cependant, il y a beaucoup d'espaces vides et peu d'expressivité. Certains éléments représentés sont estompés et prennent peu de place en regard de l'espace disponible. Cet éparpillement peut probablement s'expliquer par la difficulté de Mathieu à faire une synthèse de différents éléments, comme il l'a été

mentionné précédemment dans l'exploration du syndrome de dysfonction non verbale. Au cours des premières séances, la présence de Mathieu dans la relation thérapeutique pourrait être qualifiée comme étant aussi discrète que les éléments de ses dessins. Par son comportement, il démontrait une certaine timidité et une certaine discrétion dans sa façon d'être et il utilisait le matériel avec parcimonie.

Le dessin de famille (figure no.2) constitue le deuxième travail demandé. Étant un outil de diagnostic utile, il vise à clarifier la dynamique familiale.

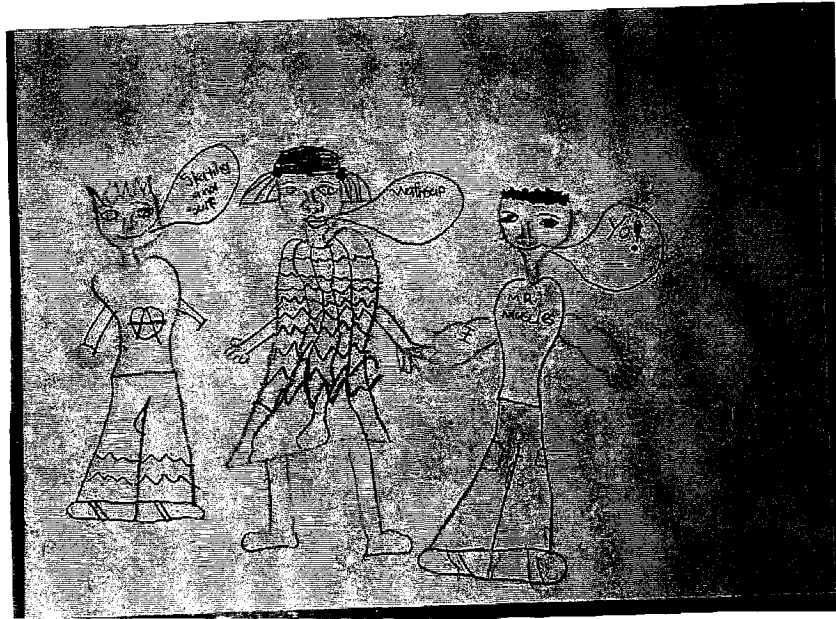


Figure no.2 - Le dessin de famille

Mathieu y a représenté sa famille adoptive québécoise: Mathieu à gauche, sa mère au centre, son père à droite. Selon Burns et Kaufman (1972, cités par Drachnik, 1995), l'enfant se dessine habituellement près de la personne dont il se sent la plus proche. Dans ce dessin de famille, Mathieu s'est représenté à côté de sa mère. Les trois personnes sont représentées dans un style adolescent, tant à travers leurs vêtements, que dans l'utilisation d'expressions de la langue anglaise. Mathieu mentionne son intérêt pour le surf et le skateboard, alors que sa mère adoptive demande: « what's up ? » et que son père adoptif répond: « yo ! ».

Mathieu m'a expliqué qu'il porte le symbole de l'anarchie sur son chandail. Il a identifié son père à Mr. Muscle, comme pour souligner davantage la force masculine. La représentation de la mère est ardue pour lui, il me parle de sa difficulté à dessiner des vêtements féminins, il ne se trouve pas bon dans ce dessin. La robe de sa mère présente des lignes rouges en zigzag démontrant une certaine agressivité. Sur le dessin, on voit aussi que Mathieu n'a pas de main gauche pour rejoindre celle de sa mère adoptive. (Bien que la main droite ne soit pas évidente sur la figure no. 2, elle est présente sur le dessin original, alors que la main gauche est incomplète). Mathieu est à l'étape de l'adolescence où il ressent le besoin de prendre ses distances par rapport à ses images parentales. Son attitude ainsi que son dessin peuvent suggérer un manque ou un trouble sur le plan de l'attachement maternel. Un autre élément important à souligner est l'apparition de la cicatrice sur le bras de son père adoptif, laquelle sera explorée comme figure de symbole tout au long du processus.

Le troisième dessin réalisé par Mathieu, qui consiste en un dessin libre, représente un dragon de Chine (figure no. 3). Ce symbole du dragon peut représenter la mère ou la colère (Oster & Gould, 1987; cités par Drachnik, 1995). Le dragon forme la lettre « S » et crache du feu. De chaque côté, on retrouve un symbole représentant la droite et la gauche selon l'explication de Mathieu, et en dessous du dragon, on retrouve deux autres symboles, dont il ignore la signification. L'utilisation des symboles est très fréquente dans l'univers des adolescents.

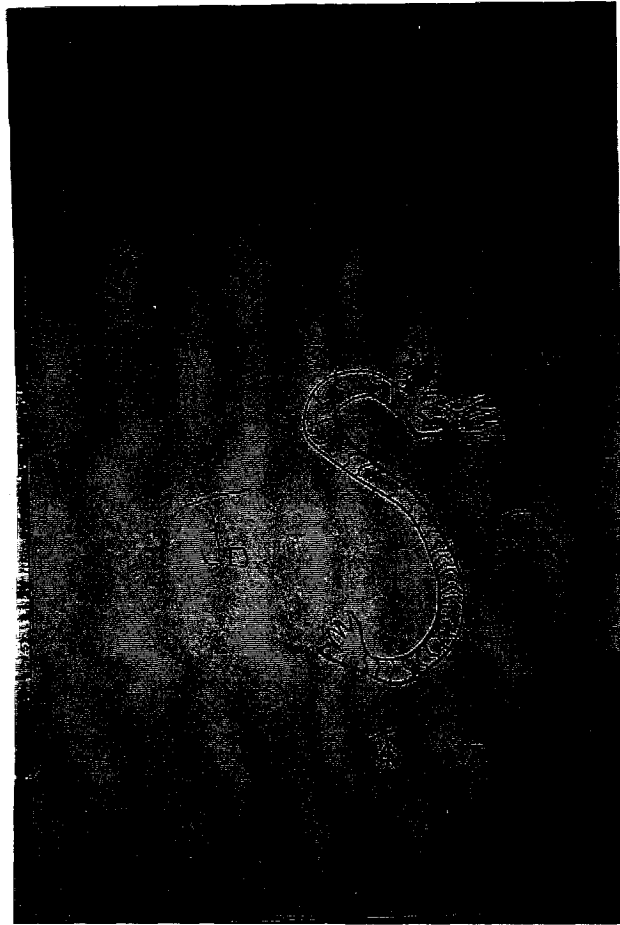


Figure no.3 - Le dragon de Chine

Au cours du milieu de la thérapie, Mathieu a commencé à intégrer des éléments tridimensionnels, pour finalement réaliser des travaux à trois dimensions. Le quatrième travail artistique réalisé est un collage (figure no.4) et est considéré comme le premier travail utilisant de nouveaux matériaux. C'est l'image d'un Japonais portant une casquette de la marque Osiris, ce qui fait référence au skateboard. Le Japonais a les cheveux orange et bouclés, comme Mathieu les a déjà eus. Sur la casquette, on retrouve l'inscription Ferrari, laquelle est encore une référence à son identité culturelle. Le symbole de la cicatrice revient encore une fois, mais cette fois-ci sur la joue du Japonais, lequel semble représenter Mathieu d'une façon dissimulée.

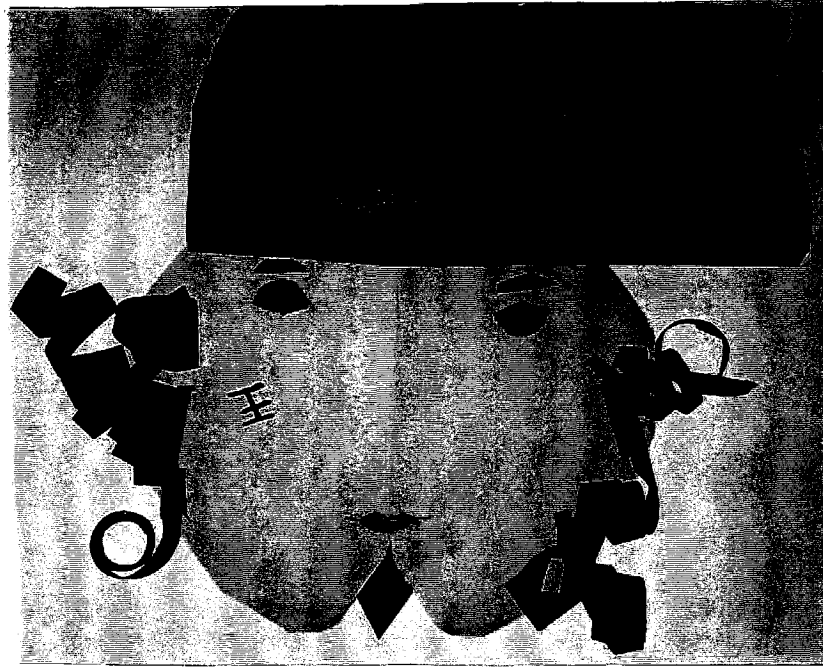


Figure no.4 - Le Japonais

Selon Mathieu, le personnage n'est pas défini comme étant un homme ou une femme, pouvant être l'un ou l'autre. Il explique qu'actuellement les gars peuvent avoir les cheveux longs et les filles faire du skateboard. La cicatrice selon lui est là pour démontrer le danger impliqué dans la pratique du skateboard. La personne s'est donc « cassée la gueule » pour reprendre ses termes. Plus tard, cette personne est finalement définie comme étant un homme alors qu'il remarque la barbe qu'il avait pris soin d'ajouter la semaine précédente. Pour lui, la différenciation entre les sexes semble donc être ambiguë ou à tout le moins dans sa représentation graphique.

Ce collage constitue la première véritable utilisation de la couleur et de matériaux autre que le crayon, ce qui démontre une plus grande utilisation de l'espace potentiel au sens de Winnicott (1975b). Il utilise d'avantage sa créativité et se permet de jouer avec les différents matériaux pour projeter son identité. L'agencement des formes et des couleurs démontre une certaine originalité dans la création d'un tout cohérent. Mathieu a, pour la première fois, utilisé pleinement l'espace de la feuille

blanche. Dans l'évolution de la thérapie, on peut constater que Mathieu a développé sa confiance en lui, il s'affirme davantage et il prend de plus en plus sa place.

Le cinquième travail réalisé représente un graffiti du mot Ferrari (figure no. 5). C'est donc une fois de plus un rappel de cette auto qu'il aime particulièrement et qui fait référence à son origine culturelle. Durant cette même séance, il a aussi dessiné le drapeau de l'Italie avec des crayons feutres (ce dessin n'apparaît pas). Étant d'origine italienne et confronté à une autre culture à l'intérieur même de sa classe, Mathieu semble réaffirmer son origine, sa différence et possiblement son lien ou son attachement à sa mère biologique.



Figure no.5 - Graffiti

Lors d'une séance subséquente, il a réalisé trois travaux tridimensionnels. Le premier consiste en un outil de tricot permettant de faire des tresses de laine (figure no.6).

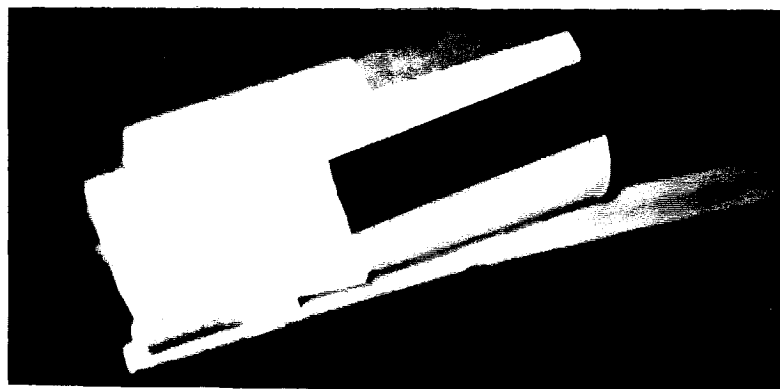


Figure no.6 – Outil de tricot

Le deuxième consiste en la réalisation de la sculpture d'une fusée spatiale (figure no.7). Celle-ci est orange et rouge, ces couleurs rappelant les couleurs du feu, de même que les couleurs utilisées pour se représenter et représenter sa mère.

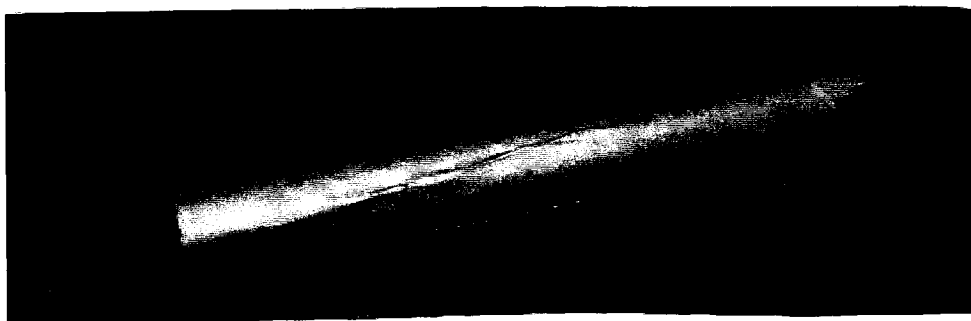


Figure no.7 - Fusée spatiale

Ce travail a été compliqué à réaliser pour Mathieu car il éprouvait des difficultés à fixer les éléments ensemble. Cependant, Mathieu a démontré une très grande patience dans la réalisation de son projet, réessayant sans relâche les mêmes étapes visant à coller les éléments ensemble, et cela, sans se décourager pour autant. Sa difficulté à rassembler divers morceaux peut représenter de façon symbolique son expérience du processus de l'adoption. Sa persistance dans l'assemblage des pièces démontrerait sa capacité de regrouper des éléments fragmentaires de sa vie et une certaine résilience par rapport à ses pertes. Durant cette séance, il a manifesté le désir d'essayer de faire voler la fusée, mais il craignait de faire éclater les néons. La menace dans l'action

plane alors et l'image de la fusée avec le feu semble représenter l'idée de l'explosion de la colère. Cette idée de menace et de danger se développe par la suite dans ses travaux réalisés ultérieurement. Finalement, le dernier travail (figure no.8) consiste en la confection d'une rose pour son enseignante. Au cours de cette même séance, Mathieu a réalisé des projets faisant appel à la fois à la sensibilité et à la féminité, tels que l'outil pour tricoter et la rose. Et entre ces deux projets, il a fabriqué une fusée, rappelant une forme phallique, élément faisant référence à la masculinité, mais aussi à une grande énergie.

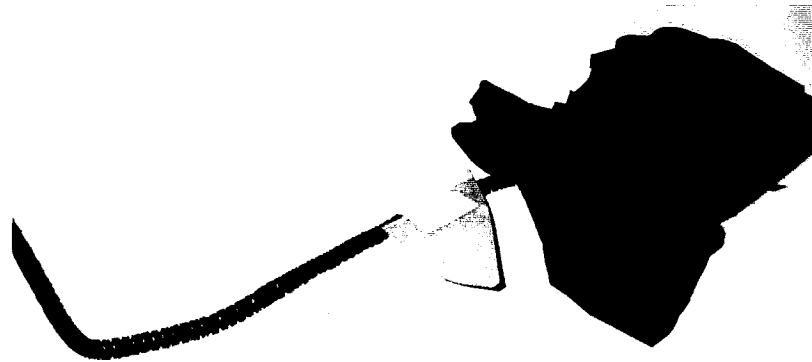


Figure no. 8 – La rose

C'est au cours des séances subséquentes que les travaux artistiques de Mathieu ont pris une dimension plus expressive, plus agressive et plus personnelle. Parallèlement, au cours de cette période, Mathieu s'exprimait moins verbalement et demandait davantage de directives quant aux projets à concrétiser. Des suggestions ont été données, en insistant toutefois sur la dimension libre de ces séances.

Lors de la séance suivante, il a conçu une carte de fête pour son enseignante, en cachant minutieusement la carte d'une main lors de sa réalisation. Cette carte très colorée représente un gâteau de fête avec des bougies et le nom de son professeur. Au cours de cette même séance, Mathieu a fabriqué une pancarte «c'est privé ici, car c'est mortel» (figure no. 9). Sur cette pancarte, l'idée de menace est davantage présente. Il

y a des têtes de mort, du sang et une allusion à la mort: une épée qui transperce le E. Cette pancarte représente à la fois son agressivité et ses blessures. Son comportement et son dessin témoignent d'un sentiment d'intrusion. Suite à la confection de cette pancarte, Mathieu a fait un dessin de graffiti avec le nom de sa professeure dans le but de la lui donner. Son nom est entouré de briques, comme un mur.



Figure no. 9 – Pancarte « C'est privé ici, car c'est mortel »

À la fin de cette séance, Mathieu oubliait d'apporter la carte de fête. Cette attitude paraissait d'autant plus étrange qu'il semblait tout au long de la séance vouloir garder son intimité. À la fin, une attitude aussi désinvolte me semblait pour le moins paradoxal. Il m'exprimait alors possiblement son désarroi quant à l'idée de menace qui planait autour de lui en rapport avec le lien d'attachement, comme s'il y avait un danger possible. Mathieu parlait peu, restait silencieux la majeure partie du temps et faisait des projets qui parlaient de son lien d'attachement avec sa professeure. À travers la réalisation de ces projets, Mathieu, métaphoriquement, me parlait de sa relation d'objet. Au cours de cette séance, je ressentais de la fatigue et de l'ennui alors que rétrospectivement, il semble évident qu'on se trouvait au cœur même

de la partie la plus intéressante de la thérapie. Il est possible alors qu'il me projetait son sentiment de dépression. En effet, Clerget (2000) a souligné le fait que l'adolescent peut, face aux bouleversements et aux changements qui l'assaillent, se sentir passif. L'action peut être alors un moyen de se redonner un rôle actif, de reprendre en main un certain contrôle sur les choses qui lui échappent. Clerget (2000) mentionne aussi que l'adolescent qui se sent menacé par la dépression peut avoir des périodes d'agressivité envers lui-même ou les autres.

Vers la fin des séances, Mathieu a utilisé les crayons feutres pour le dessin de personnages très expressifs. On retrouve notamment « Le fou » (figure no. 10) et « Le fumeur de joint » (figure no. 11). Dans ces deux dessins, les personnages représentés ont des dents pointues ressemblant à des crocs. Les dents d'un animal peuvent faire figure de symbole représentant ce qui est du domaine instinctif et impulsif. Les yeux sont aussi très grands et rougis. Ce sont des personnages qui apparaissent agressifs et en colère. Ces dessins sont très colorés et très expressifs. Le fou semble particulièrement menaçant.



Figure no. 10 - Le fou



Figure no.11 – Le fumeur de joint

Cette séance-ci, Mathieu était plutôt de bonne humeur et il semblait fier de ses dessins. Il expérimentait alors la libération d'énergie qui devient source d'inspiration dans l'acte de création tel que mentionné par Robbins (1994). L'expression des émotions dans la création peut ainsi donner un sentiment de légèreté et d'énergie.

Lors de l'avant-dernière séance, Mathieu a manifesté le désir de se faire une cicatrice sur le poignet avec des ciseaux et de la colle. Ressentant une menace, j'ai vérifié auprès de lui de quelle façon il envisageait créer cette cicatrice. À partir du moment où j'ai compris qu'il restait dans la dimension symbolique et qu'il voulait donner « l'illusion d'une cicatrice », j'ai été rassurée et il pouvait alors explorer davantage le thème de la blessure. Alors qu'au début des séances de thérapie, ses personnages se retrouvaient avec des cicatrices, Mathieu tentait de s'en faire une vers la fin des séances. On peut donc constater un processus évolutif dans la conception de la blessure, d'abord projetée sur les autres et finalement, sur lui-même. Le processus de réalisation de cette cicatrice fut particulièrement difficile; Mathieu était toujours

insatisfait de la concrétisation de sa blessure. Avec lui, les deux dimensions de la blessure (physique et psychologique) ont été explorées. Alors qu'il avait besoin d'essuie-tout pour essuyer une bavure qu'il avait fait avec la colle, je lui ai tendu un mouchoir, qu'il a accepté sans hésitation, comme pour « panser sa blessure ». Ce symbole métaphorique a agit sur lui et c'est à ce moment que Mathieu fût satisfait de la concrétisation de sa blessure. La cicatrice avait finalement trouvé sa voie d'expression comme symbole pour ses propres blessures.

Le thème de la blessure a donc été présent tout au long de la thérapie allant du danger de se « casser la gueule », aux cicatrices retrouvées sur plusieurs de ses personnages, et finalement, à la cicatrice qu'il se crée sur lui-même. L'agressivité symbolique, dirigée aussi contre lui-même a pu ainsi trouver une façon d'être exprimée de façon saine. Les symboles ont donc permis à Mathieu de trouver une résonance à ses propres conflits intérieurs. Le monde des symboles est la voie royale de l'inconscient et l'art-thérapie permet le travail avec les symboles.

Les facteurs personnels et généraux du participant tels qu'explorés au début de ce chapitre, nous permettent d'avoir une idée des difficultés vécues par le participant. Alors que la recherche visait essentiellement à connaître davantage le processus vécu en lien avec l'intégration scolaire, Mathieu semblait avoir davantage des besoins au niveau de l'expression de la différence de sa culture, alors qu'il était à l'étape de la recherche de son identité. Mon approche a donc été de le suivre dans cette voie, ce qui lui a permis d'explorer ses blessures et de manifester son agressivité et sa colère. Étant donné les limites de temps et d'espace dues au stage, le suivi en art-thérapie a du se terminer bien avant ce qui aurait été jugé préférable pour Mathieu. Néanmoins, il a vécu l'expérience de sublimation de son agressivité et de ses frustrations par le

biais des symboles et de l'art, ce qui constitue un outil de plus en sa possession.

Aussi, il a été accompagné dans ce processus de guérison de ses blessures et dans la recherche de son identité.

Chapitre 5

Discussion

Le but de la réalisation de cette recherche était de connaître davantage le monde de la surdité et sa psychologie, mais aussi d'évaluer l'apport de l'art-thérapie pour les adolescents ayant une déficience auditive, notamment dans le processus d'intégration scolaire. Les sujets d'intérêts étant vastes, je n'ai pu aborder tous les aspects concernant ces domaines d'investigation.

Si ma recherche a exploré davantage le monde de la surdité et ses implications au niveau de l'intégration scolaire et des relations personnelles et sociales, c'est que selon mon expérience, il y a un manque de services pour répondre aux besoins. Et pourtant, pour garantir la réussite scolaire, une bonne intégration est un des éléments-clés absolument essentiel.

Malgré le fait que depuis une vingtaine d'années, les services ont évolué et reconnaissent davantage la nécessité d'évaluer chaque enfant de façon individuelle et globale en partenariat avec différents intervenants, il semble que la dimension psychologique de l'intégration scolaire ait été sous-estimée.

Dans le cas de l'intégration scolaire de ces enfants, la principale problématique observée dans la recension des écrits consiste au sentiment d'isolement que vivent ceux-ci, de leurs difficultés de communication, de l'agressivité, de l'incompréhension et surtout de la dévalorisation de soi. Étant donné que pour le développement optimum de l'être humain au sens global, on doit considérer à la fois les dimensions affectives, sociales et intellectuelles, je considère que le service d'accompagnement en psychologie devrait être offert à tous ces enfants.

Étant donné que l'art-thérapie peut permettre à l'enfant de se connaître davantage, d'explorer ses émotions et de les exprimer, de rehausser son estime personnel; je crois qu'elle peut aider dans le processus d'intégration qui demande beaucoup d'adaptation de la part de l'école, de la famille, et surtout de la part de l'enfant. En effet, de bonnes habiletés personnelles et relationnelles favorisent généralement une meilleure relation entre la personne et son environnement.

L'art-thérapie, par son approche qui est davantage axée sur le processus primaire de communication tel que définit par Robbins (1980, 1998), me semble répondre de façon toute particulière aux besoins de cette clientèle. Effectivement, en offrant un contexte thérapeutique engageant davantage le non verbal et la communication visuelle, elle permet l'instauration du sentiment de confiance dans la relation et une communication plus facile d'accès pour ces personnes. Comme l'intégration scolaire demande de la part de l'enfant beaucoup d'efforts au niveau de la communication et qu'elle entraîne parfois des difficultés relationnelles, scolaires et sociales, un suivi en art-thérapie peut apporter un équilibre. L'art-thérapie permet à l'enfant de se concentrer davantage sur son soi, de vivre ses émotions et de communiquer dans une dimension plus primaire, en empruntant la voie émotionnelle des affects et des symboles.

La dimension thérapeutique de l'art apporte aussi un autre aspect non négligeable à l'effet que l'enfant voit sans ambiguïté ce qu'il exprime à travers ses dessins. Il y a donc un processus qui se vit, autre que celui apporté par la relation thérapeutique avec le thérapeute, et qui est positif dans le développement du soi de l'enfant.

Finalement, la création apporte souvent un dynamisme, une valorisation personnelle et une certaine responsabilité de la personne envers elle-même. L'art-

thérapie peut permettre la reprise d'un certain pouvoir pour ces enfants, souvent impuissants face aux décisions prises indépendamment d'eux. Bien que ces décisions concernant l'intégration scolaire soient prises dans les meilleures intentions et pour le bien-être de l'enfant, elles ne sont pas sans entraîner plusieurs changements dans sa vie.

Comme il l'a été mentionné au cours de la recherche, il serait opportun de vérifier l'hypothèse selon laquelle il existe des différences au niveau de la relation d'attachement et des relations objectales vécues par les personnes ayant une déficience auditive, comparativement aux personnes entendant. Comme la relation avec le thérapeute rappelle les premières relations objectales selon Winnicott (1957), il serait intéressant de revoir cette approche à la lumière de la relation d'attachement vécue par ces enfants et d'évaluer les implications ainsi apportées au niveau de la relation thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- Anderson, F. E. (Ed.). (1992). *Art for All the Children: Approaches to Art Therapy for Children with Disabilities*. Springfield, Ill: C.C. Thomas.
- Brodzinsky, D. M. & Schechter, M. D. (Eds.). (1990). *The Psychology of Adoption*. New York: Oxford University Press.
- Clerget, S. (2000). *Adolescents, la crise nécessaire*. Paris: Librairie Arthème Fayard.
- Conseil Supérieur de l'Éducation. (1996, Novembre) L'intégration scolaire des élèves handicapés: Avis à la ministre de l'éducation. *Panorama, Vol.1 (2)*,
http://www.cse.gouv.qc.ca/f/pub/panorama/96-11/int_sco.htm
- Delaisi, G. & Verdier, P. (1994). *Enfant de personne*. Paris: Odile Jacob.
- Drachnik, C. (1995). *Interpreting Metaphors in Children's Drawings: A Manual*. CA: Abbeygate Press.
- Fédération de la réadaptation en déficience physique du Québec. (1993). *L'intégration scolaire: un guide pour les intervenants en réadaptation. Volet: déficience auditive, Octobre 1993*. Québec: Auteur.
- Galkowski, T. (1990). *Développement et éducation des enfants sourds et malentendants*. Paris: Presses universitaires de France.
- Harnadek, M. C. S. & Rourke, B. P. (March 1, 1994). Principal identifying features of the syndrome of nonverbal learning disabilities in children. *Journal of Learning Disabilities, 27(3)*, 0022-2194.
- Kay, M. J. (1999). *NLD and the School Age Child*. Disponible sur le site Web
<http://www.margaretkay.com>

- Leigh, I. W. (1999, Summer). Inclusive education and personal development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4(3), 236-245.
- Lynas, W. (1986). *Integrating the handicapped into ordinary schools: A Study of Hearing-Impaired Pupils*. London: Croom Helm.
- Marschark, M. (1997). *Raising and Educating a Deaf Child*. NY: Oxford University Press.
- Marschark, M. (2000). Education and development of deaf children—or is it development and education? In Spencer, P. E., Erting, C. J. & Marschark, M. (Eds.). *The Deaf Child in the Family and at School: Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans* (pp.275-291). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, C. K. (1990). Potentials and problems in establishing an art therapy program in a residential school for children who are deaf. *The American Journal of Art Therapy*, 29, 34-41.
- Mindel, E. D. & Vernon, M. (1987). *They Grow in Silence: Understanding Deaf Children and Adults* (2nd Ed.). Boston: College-Hill Press.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (1979). *L'école québécoise: énoncé de politique et plan d'action*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (1990). Direction générale des programmes et Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires. *L'adaptation scolaire dans la foulée de la nouvelle loi sur l'instruction publique*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec: Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires (DASSC). (2000a, Janvier). *Une école adaptée à tous ses élèves: Politique de l'adaptation scolaire*

- (No. 19-6509) [Data file]. Disponible à partir du site Web du Ministère de l'Éducation du Québec, <http://www.mels.gouv.qc.ca/dassc/pdf/politi00.pdf>
- Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec: Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires (DASSC). (2000b, Janvier). *Une école adaptée à tous ses élèves: Plan d'action en matière d'adaptation scolaire* (No. 19-6509-01) [Data file]. Disponible à partir du site Web du Ministère de l'Éducation du Québec, <http://www.mels.gouv.qc.ca/dassc/pdf/planad00.pdf>
- Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec: Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires (DASSC). (2000, Septembre). *Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA): Définitions* (No. 19-6505) [Data file]. Disponible à partir du site Web du Ministère de l'Éducation du Québec, <http://www.mels.gouv.qc.ca/dassc/pdf/definitions.pdf>
- Moore, D. F. (2001). *Educating the Deaf: Psychology, Principles and Practice* (5^e éd.). Boston: Houghton Mifflin.
- Robbins, A. (Ed.). (1980). *Expressive Therapy: A Creative Arts Approach to Depth-Oriented Treatment*. NY: Human Science Press.
- Robbins, A. (Ed.). (1989). *The Psychoaesthetic Experience: An Approach to Depth-Oriented Treatment*. NY: Human Science Press.
- Robbins, A. (Ed.). (1994). *A Multi-Modal Approach to Creative Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Robbins, A. (Ed.). (1998). *Therapeutic Presence: Bridging Expression and Form*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Robbins, A. & Seaver, L. S. (Eds.). (1976). *Creative Art Therapy*. NY: Pratt Institute.

- Rourke, B. P. (Ed.). (1991). *Learning disabilities and Psychosocial Functioning*. NY: The Guildford Press.
- Rourke, B. P. Dotto, J. E. D., Rourke, S. B. & Casey, J. E. (1990). Nonverbal Learning Disabilities: The syndrome and a Case Study. *Journal of School Psychology, 28*, pp.361-385.
- Rourke, B. P., Fisk, J. L. & Strang, J. D. (1986). *Neuropsychological Assessment of Children: A Treatment-Oriented Approach*. NY: Guilford Press.
- Rufo, M. (2000). *Oedipe toi-même: Consultations d'un pédopsychiatre*. Paris: Anne Carrière.
- Schum, R.L. (2000, September/October). Developing social skills in elementary school children. *Volta Voices, 7*(5), 14-18.
- Stinson, M. S. & Foster, S. (2000). Socialization of deaf children and youths in school. In Spencer, P. E., Erting, C. J., Marschark, M. (Eds.), *The Deaf Child in the Family and at School: Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans* (pp. 191-209). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vaccari, C. & Marschark, M. (1997). Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 793-802.
- Vernon, M. & Andrews, J. F. (Eds.). (1990). *The Psychology of Deafness: Understanding Deaf and Hard-of-Hearing People*. NY: Longman.
- Winnicott, D.W. (1957). *Processus de maturation chez l'enfant: Développement affectif et environnement*. Paris: Payot.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmanovitch, Trad.) Paris: Petite Bibliothèque Payot.

- Winnicott, D.W. (1971). *L'enfant et sa famille: Les premières relations*. (A. Stronck-Robert, Trad.) Paris: Petite Bibliothèque Payot. (Version originale publiée en 1957).
- Winnicott, D.W. (1975a). *Fragment d'une analyse* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D.W. (1975b). *Jeu et réalité: L'espace potentiel* (C. Monod & J.-B. Pontalis, Trad.). Paris: Éditions Gallimard. (Version originale publiée en 1971).
- Winnicott, D.W. (1979). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. (C. Monod, Trad.). Paris: Gallimard. (Version originale publiée en 1971).
- Winnicott, D. W. (1989). *La petite « Piggie »*. (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris: Payot.

ANNEXE

INFORMATIONS SUR LE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

PROJET DE RECHERCHE: L'art-thérapie comme outil de prévention dans le processus d'intégration scolaire d'enfants ayant une déficience auditive.

Étudiante/Chercheuse: Geneviève Hallé
Université Concordia, 1455, Boul. Maisonneuve Ouest,
Montréal, Qc. H3G 1M8

Superviseure: Louise Lacroix

En tant qu'étudiante au programme de maîtrise en art-thérapie de l'université Concordia, j'effectue un projet de recherche visant à étudier le processus d'intégration scolaire des enfants ayant une déficience auditive et l'utilisation de l'art-thérapie comme outil de prévention. Cette recherche vise la compréhension de ce processus de transition, et ce par l'exploration des symboles utilisés dans le contexte d'art-thérapie.

Pour la réalisation de cette recherche, des notes cliniques sont prises sur le déroulement de la séance, le comportement de l'enfant, les symboles utilisés dans les travaux d'art ainsi que sur mes impressions personnelles de l'expérience, de même que des photographies des travaux artistiques.

Toutes ces informations visent la compréhension de l'expérience de l'enfant dans ce processus d'intégration scolaire et de partager cette expérience et

connaissance aux autres étudiants et art-thérapeutes qui liront la recherche afin de pouvoir les aider à offrir le meilleur service possible.

L'information obtenue dans le cadre de cette recherche est confidentielle. Ni le nom de votre enfant, l'endroit où l'art-thérapie a eu lieu, ni aucune information pouvant vous identifier ne figurera dans l'étude de cas. Les travaux artistiques seront anonymes et votre identité ou celle de votre enfant ne seront pas dévoilées. En tant qu'étudiante en maîtrise au programme de thérapies par les arts à l'université Concordia, je vous demande l'autorisation d'inclure ces notes cliniques et photographies des productions artistiques de votre enfant dans mon travail. Il est possible que ces données servent à la publication d'une étude, mais aussi qu'elles ne soient pas publiées. À ma connaissance, cette autorisation n'entraînera aucun inconvénient pour vous ou votre enfant ni ne vous apportera aucun avantage. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi, peu importe le stade du projet. Vous pouvez aussi retirer votre autorisation à tout moment avant que mon étude de cas ne soit terminée sans que cela n'ait de conséquence pour vous, et ce, sans fournir aucune explication. Pour ce faire, ou si vous avez des questions, vous pouvez me contacter au (819) 843-8906.

J'ai lu les informations ci-haut ainsi que le formulaire de consentement et je consens à ce que mon enfant participe au projet de recherche.

Signature du parent ou tuteur(e) du (de la) participant(e)

Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET DE RECHERCHE EN ART-THÉRAPIE

par

Geneviève Hallé

Programme de Maîtrise en thérapie par les arts

Université Concordia

Je soussigné(e) _____
consens à ce que mon enfant _____
participe au projet de recherche dirigé par Geneviève Hallé, sur le processus
d'intégration scolaire des enfants ayant une déficience auditive. Je comprends l'objet
de cette étude en art-thérapie et donne l'accord pour que mon enfant participe à ce
projet de recherche. Je donne ma permission pour que les données recueillies soient
utilisées dans la préparation et la publication du projet de recherche de Geneviève
Hallé. J'accorde aussi la permission de photographier les productions artistiques de
mon enfant. J'ai été assuré(e) de la confidentialité des notes cliniques et des travaux
d'art ainsi que du maintien de l'anonymat. Je comprends aussi que je peux choisir de
retirer mon consentement à tout moment avant que le manuscrit de recherche ne soit
complété, et ce sans aucune explication, en contactant Geneviève Hallé au (819) 843-
8906. J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant les implications de ce
consentement et je suis satisfait(e) des réponses obtenues.

Parent ou tuteur(e) du (de la) participant(e)

Date

Étudiante/ Chercheuse

Date