

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
DE L'ÉDUCATION ET INGÉNIEURIE
ÉDUCATIVE

FACULTÉ DES SCIENCES DE
L'ÉDUCATION

DÉPARTEMENT D'ÉDUCATION
SPÉCIALISÉE

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

**ART-THÉRAPIE ET ACQUISITION DES HABILITÉS
MOTRICES CHEZ LES ENFANTS INFIRMES
MOTEURS CÉRÉBRAUX EN ÂGE SCOLAIRE : CAS
DES ÉLÈVES DE PROMHANDICAM-ASSOCIATION.**

*Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Sciences de l'Education.*



Filière : Education Spécialisée

Spécialité : Handicaps Physiques, Instrumentaux et Conseils

par

NGUENDJI ATEBA Victoire Elvira-Reine

Licence en lettres bilingues

Matricule : 21V3583

Devant le jury :

**President
Rapporteur
Membre**

**Pr CHAFFI Cyrille Ivan
Pr BANINDJEL Joachen
Dr DONG Thierry**

**Maître de conférences
Maître de conférences
chargé de cours**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DÉDICACES	ii
REMERCIEMENTS	iii
Liste des acronymes, sigles et abréviations	iv
Listes des figures.....	v
Liste des tableaux.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR ART-THÉRAPIE ET ACQUISITION DES HABILITÉS MOTRICES CHEZ L'ENFANT IMC	26
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES.....	43
DEUXIÈME PARTIE CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	58
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	59
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	81
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS.....	106
CONCLUSION	117
BIBLIOGRAPHIE :	119
ANNEXES	124
TABLE DES MATIERES	124

À monsieur ATEBA Elias,

Notre père!

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement de plusieurs mois de travail, de réflexion, d'investissement collectif. À ce titre, nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin, à la réalisation de ce projet.

En premier lieu, nous tenons à marquer notre profonde gratitude à notre Directeur de recherche, Pr Banindjel Joachen, pour son soutien indéfectible, ses conseils avisés, et sa disponibilité. Son expertise et sa bienveillance ont été des piliers essentiels pour l'avancement de ce travail.

Nous remercions également l'ensemble des enseignants et membres du corps professoral de la FSE et du département d'EDS, pour la qualité de leur enseignement et les échanges enrichissants tout au long de ces années. Leur engagement pédagogique a nourri notre parcours académique et a stimulé notre curiosité intellectuelle.

Un grand merci aux membres du personnel de Promhandicam-Association, en commençant par son ancien DG, le Dr Enoga Laurent et monsieur Tsopfack Pierre, ancien directeur de l'école maternelle et primaire inclusive pour nous avoir facilité la circulation au sein de l'institution. Merci aux participants de cette étude, sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour. Leur coopération et leur générosité ont été essentielles pour la collecte des données.

Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance à nos amis et camarades de promotion en particulier Mvondo Mvondo Quentin Benjamin, Ngassam Ruth, Badikne Richard, Meye'e Claude, Otele Gaëlle, Ngouateu Sophie, pour leur soutien, les encouragements et les moments de convivialité partagés. Leur amitié a été une source de motivation et de réconfort.

Nous ne pouvons oublier de remercier notre famille entière et tous ceux qui nous sont chers en particulier nos parents, les dénommés Mveng Pascal, Bong Thérèse Georgette et Ateba Elias, pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements constants tout au long de notre parcours universitaire. L'amour et la confiance dont ils ont fait preuve ont été des moteurs précieux dans la poursuite de nos études.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACP :	Approche Centrée sur la Personne.
AFRATAPEM :	Centre de Formation et de Recherche en Art et Médecine.
ASEIMC :	Association de Soutien aux Enfants Infirmes Moteur Cérébraux.
AT :	Art-Thérapie
CIH :	Classification Internationale des Handicaps.
CM1 :	Cours Moyen Première Année
CNRPH :	Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées
CRDPH :	Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
GFM:	Gross Motor Fonction Measure
HMF :	Habilités Motrices Fondamentales
HR :	Hypothèse de Recherche
IA :	Intelligence Artificielle
IMC :	Infirmité Motrice Cérébrale
IMOC :	Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PC :	Paralysie Cérébrale.
PROFAC :	Organisme de Recherche et de Formation en Psychologie Appliquée.
PROMHANDICAM :	Centre pour la Promotion des Personnes Handicapées du Cameroun
TCC :	Thérapie Cognitivo Comportementale

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Base de Développement moteur	33
Figure 2: Pratique du dessin guidé par le sujet 1.....	85
Figure 3: Pratique de la sculpture par le sujet 1	85
Figure 4: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 1	86
Figure 5 : Pratique du dessin guidé du sujet 2.....	88
Figure 6: Pratique de la sculpture par le sujet 2	88
Figure 7: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 2	88
Figure 8 Pratique du dessin guidé du sujet 3.....	90
Figure 9: Pratique de la sculpture par le sujet 3	91
Figure 10 : Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 3	91
Figure 11 : Pratique du dessin guidé du sujet 4.....	93
Figure 12: Pratique de la sculpture par le sujet 4	94
Figure 13: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 4	94
Figure 14 : Pratique du dessin guidé du sujet 5.....	96
Figure 15: Pratique de la sculpture par le sujet 5	96
Figure 16: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 5	97
Figure 17 : Pratique du dessin guidé du sujet 6.....	99
Figure 18: Pratique de la sculpture par le sujet 6	99
Figure 19: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 6	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cartésien des variables	62
Tableau 2 : Tableau synoptique de l'hypothèse générale, variable, modalités, indicateurs et indices.....	63
Tableau 3 : Caractéristiques des participants.	70
Tableau 4 : Observation de sujet I.....	83
Tableau 5 : Grille d'observation remplie n°2	86
Tableau 7 : Observation du sujet 4.....	92
Tableau 8 : Grille d'observation remplie n°5	95
Tableau 9 : Observation du sujet 6.....	97

RÉSUMÉ

Le présent travail porte sur le thème « Art-thérapie et acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire : cas des élèves de Promhandicam-Association ». Nous sommes partis des observations selon lesquelles les enfants IMC rencontrent sur le long terme des difficultés de motricité fine, de coordination, d'équilibre, des spasmes, etc. Ces observations nous ont permis de formuler le problème de la persistance des troubles et des difficultés d'apprentissages chez les enfants IMC sur le plan moteur. Pour mieux l'explorer, nous avons fait recours aux approches théoriques telles que l'approche centrée sur la personne de Nathalie Rogers, l'approche de la thérapie par le jeu de Winnicott, l'approche Kinesthésique de Montessori, l'approche comportementale de Watson, l'approche sensorielle d'Elbretch. Pour ce faire, nous nous sommes questionnés de la manière suivante : Comment la pratique de l'art-thérapie favorise-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire ? La réponse à cette question a donné lieu à l'hypothèse générale suivante : « l'art-thérapie favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers la pratique d'activités tels que le dessin guidé, la sculpture, les exercices de mouvements rythmés car elle stimule la plasticité cérébrale, développe la coordination motrice, améliore la proprioception et renforce la motivation ainsi que la confiance en soi ». Son opérationnalisation a permis d'obtenir trois hypothèses de recherche. Pour les éprouver, nous avons sélectionné un échantillon de six enfants IMC répondant aux critères préalablement fixés, ainsi que quatre de leurs enseignants. Nous avons fait usage des entretiens, d'un protocole d'évaluation des habiletés motrices et d'une grille d'observation. Les données recueillies ont été analysées à l'aide de l'analyse de contenus et l'interprétation des différents tests. Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que la pratique d'activités artistiques régulières permet d'acquérir des habiletés motrices. L'art-thérapie quant à elle est une discipline qui a beaucoup à apporter aux enfants à besoins spécifiques dans nos sociétés. À partir de ces résultats, des suggestions ont été faites à l'endroit des pouvoirs publics, des enseignants et des parents afin de prendre en considération ce type d'intervention qui peut contribuer favorablement sur le plan moteur des enfants en situation d'handicap. Lorsque tout le monde s'implique, il est évident que les enfants IMC pourront réaliser leur plein potentiel et parvenir à une certaine autonomie.

Mots clés : Art-thérapie, IMC, Handicap moteur, motricité, habiletés, apprentissage.

ABSTRACT

The present work focuses on the theme "Art Therapy and the Acquisition of Motor Skills in School-Aged Children with Cerebral Palsy: The Case of Students from Promhandicam-Association". We started with observations that children with cerebral palsy encounter difficulties with fine motor skills, coordination, balance, spasms, etc. These observations allowed us to formulate the problem of motor learning difficulties in children with cerebral palsy. To explore this further, we referred to theoretical approaches such as Nathalie Rogers' person-centered approach, Winnicott's play therapy approach, Montessori's kinesthetic approach, Watson's behavioral approach, and Elbrecht's sensory approach. We posed the following question: How does the practice of art therapy promote the acquisition of motor skills in school-aged children with cerebral palsy? The answer to this question led to the following general hypothesis: "The practice of art therapy, predominantly dance and visual arts, promotes the acquisition of motor skills in school-aged children with cerebral palsy through guided drawing, sculpture, and rhythmic movement exercises." Operationalizing this hypothesis yielded three research hypotheses. To test them, we selected a sample of six children with cerebral palsy who met predefined criteria, as well as four of their teachers. We used interviews, a motor skills evaluation protocol, and an observation grid. The data collected were analyzed using content analysis and the interpretation of various tests. The results we obtained show that the regular practice of artistic activities facilitates the acquisition of motor skills. Art therapy, as a discipline, has much to offer children with special needs in our societies. Based on these results, suggestions were made to public authorities, teachers, and parents to consider this type of intervention and this category of children with disabilities. When everyone is involved, it is evident that children with cerebral palsy can realize their full potential and achieve a certain level of autonomy.

Keywords: Art Therapy, Cerebral Palsy, Motor Disability, Motor Skills, Learning.

INTRODUCTION

Cette recherche est née des observations que nous avons faites durant notre second stage académique au sein du centre spécialisé pour enfants déficients intellectuels et infirmes moteurs cérébraux de PROMHANDICAM-Association. Nous y avons côtoyé une multitude d'enfants en situation de handicap dans les salles de classe, mais les élèves IMC ont beaucoup plus saisi notre attention. Après avoir mené des activités d'apprentissage avec eux, ils ont encore plus suscité tout notre intérêt ; ces enfants bravaient d'énormes difficultés pour venir à l'école dans le but d'apprendre. Nous avons dès lors voulu en savoir plus sur eux, connaître leurs véritables difficultés, l'origine de leurs malformations, leur mode de vie, leurs capacités, etc. Puis nous avons voulu faire quelque chose pour eux. Nous avons donc pensé à l'épanouissement de cette souche de personnes. Il nous est alors venu en idée tout d'abord de les aider à faire des activités dans le but de leur apporter du plaisir ; en classe spécialisée la principale méthode est le jeu. Dans le but de faire la différence, nous avons pensé à pratiquer des activités artistiques. Puis, il nous est venu en tête d'essayer de leur apporter également du soulagement grâce à ces memes activités, sans toutefois qu'ils sachent ce qu'il se passe. C'est ainsi que nous avons commencé à mener des recherches sur des activités artistiques pouvant être à la fois thérapeutiques et nous sommes tombés sur l'art-thérapie qui est selon l'Association des art-thérapeutes du Québec une sorte de psychothérapie visant l'utilisation de diverses méthodes artistiques à des fins thérapeutiques (Santé sur le net, 2019). Nous avons commencé par des activités artistiques telles que le dessin guidé par exemple ainsi que des jeux éducatifs ; mais plus tard notre intérêt s'est porté vers les activités artistiques uniquement car nous avons constaté l'engouement des enfants quand il s'agit de produire des objets socialement valorisés. Puis il nous est venu une autre idée en voulant inscrire ces activités artistiques à la fois dans un but thérapeutique. Au vu de toutes les difficultés physiques, cognitives, psychiques, sociales et environnementales auxquelles les enfants atteints d'IMC sont confrontés, nous avons trouvé cela ingénieux, pour en même temps essayer de leur offrir un accompagnement spécial à travers cette méthode.

À bien observer nos participants, leur difficulté commune repose sur le plan moteur ce qui entrave en grande partie leur autonomie à pouvoir réaliser certains gestes de la vie quotidienne. Sur le plan scolaire, il est nécessaire de maîtriser un certain nombre de facteurs tels que la coordination, l'équilibre, la motricité fine, la posture, le schéma corporel, l'image du corps, etc. Or, c'est exactement à ces niveaux qu'ils éprouvent les plus grandes difficultés. Des études menées par Schiltz (2014), Chérière (2020), Pelletier & Lambert (2023) etc, nous ont ouvert les yeux sur l'apport considérable de la pratique d'activités artistiques dans un but thérapeutique.

Nous avons pris l'initiative de mener notre propre recherche sur la question en nous basant sur une population d'enfants dits IMC, pour aller dans la continuité de nos prédécesseurs. Aussi, les approches théoriques du modèle humaniste de Rogers, le modèle comportemental de Watson, le modèle kinesthésique de Montessori, le modèle sensoriel de Ayres et enfin l'approche de la thérapie par le jeu de Winnicott, nous ont permis de démontrer que les difficultés d'acquisition des habiletés motrices rencontrées chez l'enfant IMC peuvent être contrecarrées par une intervention en art-thérapie. En effet, la structuration du comportement de l'enfant est fonction des activités qu'il pratique et de la fréquence à laquelle il les pratique.

Face à cette situation, on peut dès lors se poser la question de savoir comment optimiser les ressources motrices des enfants IMC afin de leur permettre d'acquérir les habiletés motrices qui leur permettront d'être autonomes. Il s'agit de s'interroger sur les modalités de prise en charge de ces élèves notamment les stratégies à adopter pour améliorer les performances de ces derniers dans la réalisation des tâches faisant intervenir la motricité.

Nous avons constaté que les travaux des auteurs suscités n'ont pas toujours pris en compte la problématique des habiletés motrices chez les enfants en situation de handicap. En sachant que l'action de l'éducateur spécialisé vise à autonomiser l'enfant à besoin spécifique, il sera question pour nous de promouvoir la prise en charge en art-thérapie afin de comprendre son incidence sur l'acquisition des habiletés motrices. Précisons que notre étude s'oriente vers les enfants IMC car ce type de population entre non seulement dans notre champ d'étude en handicap physique, instrumental et conseil, mais aussi à cause de l'importance que cette couche représente dans la valorisation des personnes en situation de handicap au Cameroun. Par conséquent, nous essayerons de résoudre ou de diminuer ce retard de développement moteur au moyen de l'art-thérapie.

Le présent travail est donc effectué dans l'optique de démontrer que la pratique d'un accompagnement en art-thérapie serait un moyen de réduire le retard de développement moteur chez l'enfant atteint d'IMC, de faciliter chez lui l'acquisition des habiletés motrices et par conséquent le rendre plus indépendant, favoriser leur bien être en même temps. À cet effet, notre recherche a pour but de mettre sur pied un accompagnement en art-thérapie pour les enfants en âge scolaire atteints d'une IMC pour favoriser la bonne assimilation de leurs apprentissages. Pour mener à bien cette recherche, nous avons posé la question principale de recherche comme suit : comment la pratique de l'art-thérapie contribue-t-elle à l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers le dessin guidé, la sculpture et les exercices de mouvements rythmés ? Nous nous interrogeons alors sur la nature des

troubles d'apprentissages rencontrés par les enfants IMC en âge scolaire et en contexte de classe. Nous pensons que l'art-thérapie peut leur apporter du soutien.

Notre travail s'articule par conséquent autour de deux grandes parties. La première partie dénommée cadre théorique a pour sous parties trois chapitres à savoir : la problématique, la revue de la littérature et les théories. La deuxième partie appelée cadre méthodologique et opératoire contient le chapitre quatre portant sur la méthodologie et le chapitre cinq qui porte sur la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats de cette recherche.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ETUDE

Selon Aghassi (2020), la problématique est l'ensemble des questions, des hypothèses ou des objectifs qui guident une étude clinique. Elle est l'articulation qui prend en compte les différentes propositions empiriques et théoriques qui tendent à définir un problème de recherche. Compte tenu du point de vue de cet auteur, ce chapitre va s'apesantir sur les articulations théoriques et empiriques qui entourent ce thème dans le but de nous aider à énoncer le problème. Ceci se fera en fonction des différents sous titres que doit contenir cette partie qui sont : le contexte et justification de l'étude, le constat et problème de l'étude, les questions de recherche, les hypothèses, les objectifs, les intérêts, la délimitation de l'étude et le type de recherche.

1.1.CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION

1.1.1. Contexte de l'étude

Pour l'OMS, « est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, de sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi se trouve compromise » (Libermann, 2003). À partir de cette définition nous constatons que les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale sont bel et bien handicapés, certains d'entre eux ont juste des problèmes sur le plan physique qui entravent leur autonomie mais d'autres ont également des troubles mentaux qui les conduisent au polyhandicap.

Notons également que la CIH élaborée par Wood (1980) décrit le handicap en trois dimensions : d'abord la déficience (de la dimension organique du corps) qui concerne les fonctions des parties du corps de l'individu ; puis l'incapacité (de la dimension fonctionnelle du corps) qui résulte d'une déficience et réduit la capacité d'accomplir une activité aussi simple soit elle. Et enfin le désavantage social (de la dimension sociale de l'activité) : causée par la déficience et l'incapacité à accomplir un rôle social valorisé compte tenu d'un certain nombre de facteurs socio-culturels. Selon l'enquête sur la santé dans le monde menée par l'OMS (2016) environ 785 millions soit 15,6% de personnes âgées de plus de 15 ans et plus portent un handicap multiforme. Cette enquête sur la santé dans le monde estime que 110 millions de personnes (2,2%) ont de très grandes difficultés fonctionnelles tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité parlent de 190 millions de personnes (3,8%) ayant un handicap sévère équivalent à des déficiences. On estime que le handicap chez les enfants (0-14ans) est

de 95 millions (5,1%) dont 13 millions (0,7%) ayant un handicap sévère (Dong, 2020). Dans cette étude, nous portons notre attention sur le handicap physique.

Le Cameroun, pays d'Afrique centrale, a adhéré à toutes les résolutions qui vont dans le sens de la protection et de la promotion des personnes handicapées d'après les lois n°83/013 promulguées le 21 juillet 1983 et n°2010/002 du 13 avril 2010. La vie sociale étant fondamentale, la personne handicapée doit être prise en compte sur tous les plans. En 1985, le ministère des affaires sociales et de la condition féminine a procédé sur le territoire à un recensement physique des personnes handicapées. En 2003, le pays s'est doté du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) où il prévoyait des stratégies de réinsertion sociale. Ainsi, il y est dit que des mesures seront prises pour développer les structures d'accueil fonctionnelles, promouvoir l'autonomie fonctionnelle et améliorer la fourniture des services sociaux de réinsertion socio-économique.

Les résultats du 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) confirment en 2010 que la prévalence du handicap dans la population du Cameroun augmente avec l'âge sans doute à cause des maladies incapacitantes qui augmentent également. Sur une population de 2.910.000 personnes vivant avec un handicap soit 15% de sa population totale estimée elle-même à cette époque à 19.406.100 habitants, les sourds et les déficients auditifs sont les plus nombreux car ils représentent 42,11% de l'ensemble. Ils sont suivis par les infirmes des membres inférieurs, les muets, les aveugles et déficients visuels, les lépreux, les infirmes des membres supérieurs et les malades mentaux.

L'IMC est la déficience motrice la plus répandue chez les enfants dans le monde et la première cause de handicap moteur qui entraîne une certaine variété de troubles associés (Sanou, 2013). Elle touche le cerveau en pleine maturation ce qui va gêner le développement de l'enfant sur le plan cognitif, affectif et moteur. D'après l'OMS, l'IMC touche environ deux enfants sur 1000 naissances dans le monde. Dans les pays anglo-saxons l'IMC est encore appelée paralysie cérébrale (Grand Dictionnaire de Psychologie, 1999). Une personne atteinte de l'IMC est touchée par les trois dimensions du handicap (déficience, incapacité et désavantage social) ce qui impacte négativement son autonomie, sa qualité de vie, son bien être.

L'IMC touche 17 millions de personnes dans le monde (dossier de presse Fondation Paralysie Cérébrale, 2017). La prévalence de la paralysie cérébrale en Europe, aux Etats Unis d'Amérique et en Australie se situe entre 2 et 2,5% pour 1000 naissances (Tshongo Kataliko, 2005). Pour Sanou (2013), cette prévalence est entre 1,5 et 4 pour 1000 naissances dans le

monde. D'après Nguefack et al. (2015), la prévalence de l'IMC est estimée entre 13,5 pour 1000 naissances dans les pays développés. Selon Amankwah et al. (2020), la prévalence de la paralysie cérébrale dans les pays développés est de 2,11 pour 1000 naissances vivantes.

En Amérique, les études menées dans quelques pays ont produit des estimations dont la prévalence est telle que : la Colombie-Britannique avec une estimation de 2,68 enfants IMC pour 1000 naissances, le Québec avec 2,3 et l'Alberta avec 2,57 pour 1000 personnes. Aussi, d'après les résultats de l'étude visant à présenter les estimations et les projections par modélisation portant sur les repercussions épidémiologiques et économiques actuelles et futures de la paralysie cérébrale au Canada sur une période de 20ans (Amankwah et al., 2020) précisent que le nombre de nouveaux cas diagnostiqués passera de 1800 en 2011 à près de 2200 en 2031. En plus le nombre de personnes atteintes par la paralysie cérébrale passera de 75000 en 2011 à plus de 94000 en 2031.

En Europe, la prévalence est de 2 pour 2 pour 1000 nouveaux-nés (Sanou, 2013). En France elle touche 125000 personnes soit une naissance sur 550. Environ 1500 nouveaux nés par an (dossier de presse Fondation Paralysie Cérébrale, 2017). La commission départementale de l'éducation spécialisée créée en 2003 s'occupe de la prise en charge des infirmes moteurs cérébraux notamment, les jeunes entre 0 et 20 ans. L'objectif de cette prise en charge étant celui d'amener l'enfant à l'âge adulte dans une situation stabilisée voire améliorée et avec un projet de vie autonome. Cette commission montre qu'il y a 3,24 enfants sur 1000 atteints de troubles moteurs dont 1,12 sont infirmes moteurs cérébraux.

En Afrique, la prévalence de l'IMC est estimée à 11 enfants pour 1000 naissances compte tenue des nombreux facteurs étiologiques (Tshongo Kataliko, 2004). En République Démocratique du Congo la prévalence des IMC serait de 11,2 à 14% de naissances. Au Congo, la prévalence de l'IMC est de 22,9% (Kanteng et al., 2015). Au Burkina Faso, elle est de 11% (Sanou, 2013).

Les statistiques récentes montrent que la prévalence de la paralysie cérébrale chez les enfants varie globalement, avec environ 1 enfant sur 345 diagnostiqué aux États-Unis, soit environ 3 enfants pour 1 000 enfants de 8 ans. La paralysie cérébrale est plus fréquente chez les garçons (3,6 pour 1 000) que chez les filles (2,5 pour 1 000). En termes de sous-types, environ 70-76% des cas sont classés comme paralysie cérébrale spastique, ce qui en fait le type le plus commun. Il est également important de noter que la prévalence varie selon les groupes ethniques et le contexte socio-économique. Par exemple, les enfants afro-américains ont un taux

de prévalence plus élevé (3,9 pour 1 000) comparé aux enfants caucasiens (2,7 pour 1 000) et asiatiques (1,3 pour 1 000). Les complications associées à la paralysie cérébrale comprennent des difficultés motrices sévères (75% des enfants présentent des limitations motrices sévères), des troubles de la parole (95%), et des déficiences intellectuelles (87%).

Cent soixante-quatorze enfants IMC répondant aux critères cliniques ont été étudiés d'une façon assez particulière lors d'une recherche clinique par l'United Cerebral Palsy, une organisation spécialisée dans la recherche sur l'infirmité motrice cérébrale. La moitié (50,6%) avait moins de 5 ans avec un âge moyen de 5,6 ans (écart type de 3,6 ans) ; 55,2% étaient des garçons. La majorité souffrait de paralysie cérébrale spastique bilatérale (60,4%) suivie de paralysie cérébrale spastique unilatérale (21,8%), de paralysie cérébrale dyskinétique (10,4%) et de paralysie cérébrale ataxique (3,4%) ; 4% étaient non classifiables. Parmi les enfants, 95,4% avaient des difficultés de parole, 87,4% des troubles d'apprentissage, 60,9% de l'épilepsie, 24,7% une déficience visuelle et 8,6% une déficience auditive. Selon les systèmes de classification des fonctions motrices globales et des capacités manuelles, 75,3% des enfants avaient un niveau IV et V d'incapacité fonctionnelle. Plus de 80% des mères avaient des complications lors de l'accouchement. La moitié des nouveau-nés n'ont pas pleuré immédiatement après la naissance, 44% ont été réanimés avec ventilation au masque et ballon à la naissance, et 64% ont été immédiatement admis en unité de soins intensifs néonataux. Au cours du premier mois de vie, 50% ont eu une infection, 62% des difficultés à s'alimenter, 49,4% des difficultés respiratoires, 35% des convulsions et 13,8% ont eu la jaunisse.

Au Cameroun, la perception de l'IMC varie en fonction de l'éducation et de la sensibilité des membres de la communauté. Ils sont victimes de beaucoup de stéréotypies. Certains peuvent considérer l'IMC comme une malédiction ou une punition divine pour les péchés commis par les parents ou les ancêtres, ils ont même été nommés « enfants serpents » dans certaines communautés du fait de leur apparence flasque. Parfois, on pense qu'ils peuvent détenir des pouvoirs spéciaux ou des dons spirituels. Tandis que d'autres comprennent que cette condition est causée par un événement imprévisible et qu'elle n'est pas la faute de la personne atteinte. Dans tous les cas, ils sont victimes de beaucoup de stéréotypies et cela conduit à une stigmatisation importante de ces enfants, une forte marginalisation.

Certaines institutions prennent en charge les personnes handicapées à l'instar du centre national de réhabilitation des personnes handicapées Cardinal Paul Emile Léger (CNRPH d'Etoug-Ebe) et du centre de promotion des personnes handicapées (PROMHANDICAM). D'après les statistiques du nombre d'enfants handicapés recus à l'école inclusive du CNRPH

pour le compte de l'année académique 2021-2022, sur 128 enfants handicapés 33 sont IMC ; de même à PROMHANDICAM, parmi les 92 enfants handicapés reçus au cours de l'année scolaire 2022-2023, 16 sont IMC. La prise en charge de ces enfants est également assurée dans les hôpitaux par des spécialistes tels que les chirurgiens orthopédistes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, toutefois il n'existe pas une politique de suivi mise en œuvre. Les méthodes sont principalement basées sur le soulagement des symptômes, tels que la spasticité musculaire et la douleur. Les médicaments anti-spastiques sont souvent utilisés pour aider à détendre les muscles tendus et la physiothérapie peut aider à améliorer la coordination et la mobilité. Cependant, étant donné les ressources limitées, beaucoup de personnes atteintes d'IMC au Cameroun ne reçoivent pas les soins adéquats. En conséquence, Elles peuvent avoir des difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne et être stigmatisées par rapport à leur condition.

Dans l'ensemble, il reste encore beaucoup à accomplir pour soutenir les personnes atteintes d'IMC au Cameroun et améliorer leur accès aux soins de santé et de réadaptation nécessaires. Il est du ressort des éducateurs spécialisés, le personnel paramédical, les agents de réadaptation, les médecins, les pouvoirs publics, et bien d'autres de mettre sur pieds des méthodes qui permettent de minimiser les dommages, les obstacles rencontrés par la personne en situation de handicap au quotidien. Le handicap doit être considéré comme l'apanage de tout le monde dans la société car il est un phénomène naturel. Comme on dit tout peut arriver, mais nous ne devrions pas considérer cela comme une fatalité.

Au vu de tout ceci, l'IMC nécessite une prise en charge multidisciplinaire pour améliorer la mobilité, l'indépendance et la qualité de vie des personnes touchées. Chaque enfant atteint a des besoins spécifiques voilà pourquoi la prise en charge devrait être adaptée en conséquence d'où les plans de prise en charge doivent être personnalisés. Le kinésithérapeute aide à améliorer la force musculaire, la mobilité et l'équilibre ; l'ergothérapeute permet d'apprendre des stratégies pour réaliser les activités quotidiennes malgré les limitations physiques ; l'appareillage aide à soutenir les membres ou améliorer la mobilité ; le chirurgien peut être utile pour corriger les déformations orthopédiques ou réduire la spasticité ; les médicaments comme la toxine botulique ou le baclofène peuvent être utilisés pour réduire la spasticité ; la rééducation à la parole aide à améliorer la communication et à résoudre les problèmes de déglutition ; la thérapie par contrainte induite aide les personnes à développer de nouvelles voies nerveuses pour améliorer la mobilité ; les thérapies physiques, les thérapies psychologiques, etc.

La problématique de l'art-thérapie chez les enfants atteints de paralysie cérébrale réside dans la recherche d'interventions efficaces qui combinent les approches thérapeutiques

sensorielles, kinesthésiques, comportementales et centrées sur la personne, afin de promouvoir le développement des habiletés motrices. Cette recherche vise à identifier comment ces interventions peuvent améliorer non seulement les capacités motrices, mais aussi le bien-être émotionnel et social des enfants, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de leur environnement scolaire. Cette définition met en évidence l'importance de la multidisciplinarité et de l'adaptation des interventions thérapeutiques aux besoins spécifiques des enfants infirmes moteurs cérébraux, soulignant ainsi la complexité et l'importance de notre recherche.

1.1.2. Justification

Plusieurs raisons d'ordre scientifique, social, personnel justifient notre choix de travailler sur ce sujet qui porte sur l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants en âge scolaire atteints d'IMC et sur l'art-thérapie comme moyen d'accompagnement de ces enfants. En effet au regard des statistiques prélevés sur le plan mondial, et compte tenue des repercussions d'un tel handicap sur la vie quotidienne et scolaire des enfants, une étude sérieuse s'avère nécessaire. Elle a donc pour objectif de venir en aide aux personnes en situation de handicap qu'il soit physique ou mental afin qu'elles puissent mobiliser en elles le potentiel artistique nécessaire afin de pouvoir renforcer leur autonomie et améliorer leur qualité de vie.

Sur le plan scientifique, plusieurs recherches ont été menées dans le cadre de l'acquisition des habiletés motrices. Il s'agit notamment des travaux de Pajuelo (2015) qui a évalué les habiletés motrices chez des élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation. Barnett et al. (2016) nous a démontré que l'acquisition des habiletés motrices fondamentales n'est pas exclusivement l'aboutissement d'un processus de maturation car ces habiletés doivent et peuvent être enseignées, pratiquées et renforcées au moyen de programmes adaptés au développement des enfants. Conséquemment, l'intervention constitue une voie primordiale pour soutenir l'apprentissage des habiletés motrices fondamentales. Perruiseau-carrier (2011) nous a démontré que les enfants IMC dépensent beaucoup d'énergie aux dépend d'autres activités. Dans les activités de la vie quotidienne, l'enfant est confronté à son handicap, il émet beaucoup plus d'effort que la normale. Des fois, l'environnement n'est pas toujours propice au développement des habiletés motrices de l'enfant en situation de handicap. Cela est beaucoup plus poussé chez les enfants IMC qui se retrouvent des fois paralysés de moitié ou sur des fauteuils roulants. En se rendant compte de ce déficit, les parents éprouvent beaucoup plus de mal à se déplacer avec eux ou à effectuer certaines activités avec eux. C'est dans cette optique que Martin (2013) a présenté la sédentarité et le manque d'activité comme les principaux facteurs de sous-développement des habiletés motrices. Notons qu'il peut être très important de

privilégier les habiletés motrices des enfants IMC pour la principale raison comme quoi elles favorisent l'acquisition des concepts préalables aux apprentissages scolaires. Malgré la pertinence scientifique des travaux portant sur les habiletés motrices, nous notons cependant une insuffisance concernant les enfants ayant des déficiences. A la suite de ces auteurs, nous aimerions apporter notre contribution dans la connaissance de cette problématique d'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC.

Sur le plan social encore de nos jours, les enfants IMC au Cameroun sont victimes de discriminations au sein de la société en étant taxés soit d'enfant de malheur, d'enfant sorcier, enfant serpent, etc. Dans l'imagerie populaire, ce type d'incapacité est tabou et représente un sujet de honte, un sujet qui dérange et qui fâche. Tout comme en Algérie (Gardou, 2013), avoir un enfant handicapé est considéré comme une malédiction des parents qui poursuit la progéniture ou au mauvais œil causé par des forces mystérieuses selon l'idéologie sociale traditionnelle. Dans certaines zones rurales, il existe des rites d'accompagnement pour supprimer ces « enfants de malheurs, enfants serpents, enfants de deux pays, enfants sorciers, mauvais enfants, enfants de la honte » Car les moyens dont disposent ces familles sont destinés aux enfants valides (Gardou, 2013) ; ces clichés négatifs qu'on a des enfants IMC cause chez eux la baisse de l'estime de soi et le rejet familial. Certains parents cachent ces enfants chez eux sans jamais les montrer. Les parents plus courageux qui essaient de les montrer au monde font face aux regards insistants voire méprisants, aux commentaires déplacés, aux questions incongrues ; ce qui a emmené Banindjel (2021) à poser l'hypothèse d'une parentalité affectée par le polyhandicap de son enfant. Ces enfants apparaissent comme des personnes bizarres qui pourraient contaminer les autres. Pour les superstitieux, un enfant en situation de handicap est souvent le fruit de pratiques mystiques des parents. Ainsi chacun y va de son interprétation et les causes réelles de cette situation sont méconnues. Il y a donc un manque d'information criard au sujet de cette maladie (Aseimc, 2022). Comme l'a affirmé le ministre des affaires sociales au Congo madame Dzondo, « si le handicap est sans nul doute un facteur de stigmatisation et d'exclusion, l'infirmité motrice cérébrale quant à elle est vécu comme la catastrophe » (Association Handicap Afrique, 2018). Il sera question pour nous de tout faire pour lever le voile sur cette forme de handicap assez stigmatisée, à travers notre étude sur les enfants IMC en âge scolaire et scolarisés pour permettre à cette catégorie de la population de se sentir utile à la société.

Il est également important de considérer les différentes difficultés dont ces enfants font face au niveau du côté affectif lorsqu'ils se sentent rejetés par leur entourage, leur parents et

leurs enseignants. Il s'agira pour nous d'essayer de favoriser les liens résilients avec nos apprenants en situation d'apprentissage afin de permettre leur autonomisation.

Sur le plan personnel, nous ressentons une motivation intrinsèque de porter une attention particulière vers ces enfants chez qui nous n'avons relevé aucune difficulté d'ordre intellectuel en dépit des troubles physiques. L'évidence est qu'on observe chez l'enfant IMC un retard de développement qui le pénalise en milieu scolaire. Toutefois, tout le monde a droit à l'éducation d'une manière ou d'une autre. Alors ce retard ne devrait être un frein ni à l'éducation, ni à l'épanouissement de ces enfants. De plus, aller à l'école requiert un certain nombre de capacités et d'habiletés dont l'enfant IMC éprouve des difficultés à maîtriser par exemple écrire, dessiner, tracer, colorier, etc. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire, la pratique d'activités artistiques dans le but de l'aider à acquérir plus aisément les habiletés dont il pourra se servir en situation de classe et même en dehors. L'art-thérapie sied parfaitement dans ce contexte car elle est tout d'abord une discipline originale qui propose une approche pédagogique différente et permet de promouvoir l'interaction sociale, de développer les aptitudes artistiques et la sensibilité des enfants. En utilisant l'art comme moyen de sensibilisation, nous pouvons échanger de manière pédagogique avec les enfants. C'est une discipline thérapeutique originale, pertinente et innovante qui essaie de joindre l'utile à l'agréable.

En outre, cette étude est particulièrement orientée vers les enfants porteurs d'une IMC car ce type de population entre non seulement dans notre champ d'étude en handicap physique, instrumental et conseil, mais aussi à cause de l'importance que cette couche représente dans la valorisation des personnes en situation de handicap au Cameroun. Par conséquent, nous essaierons de résoudre ou de diminuer ce retard de développement moteur au moyen de l'art-thérapie.

Le présent travail est donc effectué dans l'optique de montrer que la pratique d'un accompagnement en art-thérapie à dominante danse et arts-plastiques serait un moyen de réduire le retard de développement moteur chez l'enfant atteint d'IMC, de faciliter chez lui l'acquisition des habiletés motrices et par conséquent le rendre plus indépendant, tout en favorisant leur bien-être social et affectif en même temps. À cet effet, notre recherche a pour but de mettre sur pied un accompagnement en art-thérapie pour les enfants en âge scolaire atteints d'une IMC pour favoriser la bonne assimilation de leurs apprentissages. Nous nous interrogeons alors sur les troubles d'apprentissages rencontrés par les enfants IMC en âge scolaire et en contexte de classe. Nous pensons que l'art-thérapie peut leur apporter du soutien.

1.2.CONSTAT ET PROBLEME DE L'ETUDE :

1.2.1. Constat

Il y'a deux ans de cela, nous avons effectué un stage académique au sein d'une structure spécialisée dénommée "Alted Cross, autisme Cameroun" dans le but de rentrer en contact direct avec les enfants et adolescents handicapés sur le terrain en tant qu'éducateurs spécialisés. On pouvait y dénombrier en moyenne 20 enfants, tous différents. En tant que spécialistes en handicap physique on s'est intéressé aux enfants handicapés moteurs, aux déficients auditifs et visuels, à ceux avec des troubles d'apprentissages et dysfonctionnels, etc. Néanmoins cela n'a nullement empêché qu'on s'occupe également d'enfants autistes et polyhandicapés. Nous avons constaté toutes les difficultés par lesquelles ces tout-petits passent pour apprendre et pour restituer ce qu'ils avaient appris.

Notre constat ne s'est pas arrêté là car notre deuxième stage s'est effectué au sein du centre spécialisé pour enfants déficients intellectuels et Infirmes Moteurs Cérébraux de Promhandicam- Association où nous avons décidé de mener notre recherche. Cette institution est constituée de plusieurs services que nous avons visités. Au tout début de ce stage, nous avons été affectés au service de rééducation fonctionnelle afin de découvrir comment est-ce que le kinésithérapeute et la psychomotricienne prennent en charge les enfants. En vue d'assurer la prise en charge multidisciplinaire dont les enfants à besoins spécifiques ont besoin pour évoluer et améliorer leurs capacités physiques et intellectuelles. Ensuite nous étions à la salle informatique et d'imprimerie braille, puis au bureau de la psychologue et de l'assistante sociale et enfin à l'école primaire inclusive.

Là-bas, nous avons observé avec attention les enfants IMC en situation de classe spéciale et de classe inclusive. Nous avons capté notre attention sur six cas en particulier, ces derniers avaient une très grande volonté quand on commençait à mener des activités, ils étaient les plus concentrés et les plus enthousiastes. Nous avons remarqué chez ces enfants le goût de l'effort et l'acharnement au moment d'effectuer certaines tâches qui semblaient difficiles. Néanmoins, ils font face à un vrai challenge pour pouvoir aller au même rythme que les autres. Pourtant très conscients de leur état de retard physique, ces derniers ne se laissent pas abattre et mettent des efforts supplémentaires en jeu pour réaliser certaines tâches qui devraient être aisées et simples à exercer pour la plupart des personnes. Leur retard de développement sur le plan moteur complique énormément la tâche car leur difficulté n'est pas juste au niveau de rendre ce qu'ils ont appris ou retenu mais ils doivent encore entamer un autre parcours du combattant dans le but de prononcer les mots, former des phrases, tenir un stylo, dessiner sur un papier, se mettre

correctement debout, etc. En dehors des troubles neuromoteurs, ils peuvent aussi subir des troubles de la motricité bucco-faciale, les troubles visuo-spatio, des paralysies complètes ou partielles, des tremblements, des malformations, la spasticité, l'athétose, l'extasie, la dyskinésie, etc. Nous pouvons aussi dénombrer des troubles associés tels que les hypertonies, dystonie, hémianopsie, strabisme, astérogénésie, etc.

Les enfants atteints d'une IMC sont des personnes handicapées dont les lésions affectent non seulement la motricité mais aussi et surtout la capacité à comprendre avec une certaine aisance mentale les explications données par l'enseignant. Le Cameroun ne s'est pas encore bien approprié toutes les recommandations et les différentes conventions, les traités signés par rapport aux personnes handicapées ou alors n'ayant pas encore mis sur pied tous les mécanismes de facilitation de l'intégration. Toutefois des efforts sont sans cesse fournis dans ce sens sont grandissant.

L'évolution probable de l'enfant et le parcours scolaires dépendent de la nature de l'extension des lésions, la précocité, et la pertinence de troubles de la motricité et de certaines fonctions cognitives. On voudrait donc aider les enfants atteints IMC à acquérir un peu plus d'autonomie sur le plan de la motricité afin de vivre un apprentissage un peu plus aisé et serein. Certes les lésions sont irréductibles en particulier chez les déficients profonds, mais si on pouvait essayer d'améliorer ne serait-ce que dans la mesure du possible leurs comportements moteur en situation de classe, cela peut être d'une grande aide. Pour leur apporter cette aide, la méthode d'accompagnement que nous avons choisi de mettre en avant est celle de l'art-thérapie en tant que spécialité paramédicale qui utilise le processus artistique dans un projet de soin mais également dans le secteur social et éducatif.

Du stade gestatif jusqu'en fin de vie les arts peuvent avoir une influence positive sur la santé et sur l'être humain en général par exemple : faire écouter la musique classique au bébé le rendrait plus intelligent ; les parents auxquels les enfants lisent une histoire avant de les coucher ont de plus longues nuits de sommeil et une meilleure concentration à l'école. Chez les adolescents vivant en milieu urbain, une formation théâtrale dispensée entre camarades peut faciliter une prise de décision responsable, renforcer le bien-être et limiter l'exposition à la violence. À un stage de vie ultérieur, la musique peut stimuler les fonctions cognitives chez les personnes souffrant de démence : on a constaté que le chant en particulier améliorerait l'attention, la mémoire épisodique et les fonctions exécutives.

L'Organisation mondiale de la santé (2019) reconnaît l'importance de l'art-thérapie en éducation, notamment dans les contextes inclusifs. Elle souligne que l'art-thérapie peut jouer un rôle crucial dans la promotion de la santé mentale, le développement personnel et le bien-être émotionnel des individus, en particulier des enfants et des adolescents. L'art-thérapie peut contribuer à améliorer la confiance en soi, la capacité d'expression et de communication, ainsi que les compétences sociales. Elle peut également être bénéfique pour les enfants et les adolescents confrontés à des difficultés émotionnelles, comportementales ou d'apprentissage, en les aidant à surmonter ces défis et à mieux s'intégrer dans leur environnement éducatif et social. En intégrant l'art-thérapie dans les programmes éducatifs, les établissements scolaires peuvent offrir aux élèves une approche holistique de l'apprentissage qui prend en compte non seulement leurs besoins académiques, mais aussi leur bien-être émotionnel et psychologique. Cela peut contribuer à créer des environnements éducatifs plus inclusifs et favorables à la santé mentale des élèves.

Ainsi, nous allons formuler notre problème d'étude après avoir examiné la littérature scientifique.

1.2.2. Formulation du problème

Le handicap est un fait très commun dans nos sociétés. L'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant est une problématique qui fait l'objet d'approches diversifiées.

D'après Chérière (2020), l'IMC encore appelée paralysie cérébrale (PC) entraîne des troubles moteurs notamment de l'équilibre et de la marche. Elle peut également entraîner des troubles cognitifs (les troubles de l'attention par exemple) et avoir des répercussions psychosociales importantes. Les approches rééducatives doivent pour cela être globales pour prendre en compte l'ensemble de ces dimensions pouvant être touchées par la PC. Elle a démontré que la danse est une activité physique qui entraîne des améliorations motrices, cognitives et psychosociales auprès de différentes populations ayant des troubles d'origines neurologiques. Elle peut être considérée comme une forme d'entraînement rythmique impliquant la synchronisation des mouvements au rythme de la musique (synchronisation sensorimotrice), et il serait intéressant d'étudier davantage ce mécanisme dans la population ayant une PC.

Ukondanyanga (2013) a mis un accent particulier sur le travail en équipe pluridisciplinaire (médecins spécialisés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, etc.) dans son étude pour analyser la

problématique de la prise en charge du syndrome de l'infirmité motrice cérébrale au Congo. Cette prise en charge nécessite une approche globale et coordonnée impliquant plusieurs spécialités médicales et paramédicales. Les objectifs de cette approche étant de :

- Améliorer la qualité de vie en réduisant les difficultés motrices et les troubles associés ;
- Développer des capacités en favorisant l'autonomie, la communication, et les compétences sociales ;
- Prévenir les complications en gérant les problèmes de santé secondaires (épilepsie, ostéoporose, etc.) ;

Makou (2022) s'est également intéressée à l'étude de l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC dysgraphique en âge scolaire. Elle a focalisé ses recherches sur l'étude de l'apport des schèmes de graphomotricité dans l'acquisition des habiletés manuelles et motrices chez les enfants IMC ayant des difficultés à écrire en contexte scolaire. Elle a mis un accent particulier sur le graphisme, les mouvements de déliements digitaux et les exercices de préhension. Après avoir observé les troubles de dextérité présents chez sa population d'étude, elle a déduit que c'est ce handicap qui entrave leur autonomisation sur le plan scolaire. Ces difficultés ont des répercussions sur l'acquisition des habiletés voire sur l'écriture chez ces derniers. En mettant un accent particulier sur la stimulation des schèmes de graphimotricité, elle a pu démontrer leur apport pour soulager les enfants IMC dysgraphiques en âge scolaire.

Pour Pajuelo (2015), les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage au Québec, bénéficient d'interventions adaptées visant leur réussite scolaire. Ces interventions sont consignées dans leur plan d'intervention. Sa recherche visait à recenser les éléments en lien avec la motricité consignés dans les plans d'interventions auprès d'élèves du primaire ayant des difficultés motrices.

Langlois (2016) nous précise que l'acquisition d'un geste chez l'enfant, quelque'il soit, dépend de deux grands facteurs à savoir, l'équipement neurobiologique (maturation cérébrale) et les capacités perceptives et cognitives, l'environnement et ses stimulations. Parmi les capacités nécessaires à l'acquisition d'un geste, l'une des plus nécessaires dans le développement de la motricité fine, c'est la vision car c'est lorsqu'un enfant perçoit un objet dans son champ visuel qu'il cherche à diriger son geste vers celui-ci.

Rousselet (2011) a quant à lui mené une expérience écrite à partir d'une prise en charge en art-thérapie à dominante musique auprès de jeunes filles porteuses d'une IMC dans un Institut d'Education Motrice. Prenant en compte la difficulté de ces personnes à s'insérer dans

le monde adulte, et souvent dans l'attente d'une place dans un établissement pouvant les accueillir et répondre à leurs besoins, il nous a démontré à travers son étude que ces patients peuvent retrouver une meilleure qualité de vie, et se projeter dans l'avenir. Or, il apparaît qu'il est possible de solliciter l'intention d'une personne dans une activité artistique à dominante musique dans un atelier d'art-thérapie. Pourtant, il existe selon lui en chaque individu un potentiel artistique. L'exploitation de ce potentiel dans un cadre thérapeutique peut détourner la personne de son quotidien parfois difficile du fait de sa prise en charge et le projeter plus sereinement dans son avenir.

Pelletier et Lambert (2024) précisent que l'art permet particulièrement aux populations plus silencieuses, marginalisées ou exclues de s'exprimer, d'exposer et d'appriivoiser leur univers. Ainsi, le fait de porter attention au processus de création et au contenu de l'image permet de contourner des résistances ou des sentiments de gêne et de honte quant à l'image produite, laissant à l'art la chance de devenir l'outil principal d'expression, de communication et de transformation dans le groupe. Le contexte particulier de l'art-thérapie pratiqué auprès des groupes est un modèle d'intervention qui met en action l'imagerie et la créativité des participantes et participants tout en stimulant le développement d'une nouvelle compréhension de leurs réalités.

En 2024, l'OMS a mis en lumière les bienfaits de l'art-thérapie pour la santé mentale et physique ; il est dit que la discipline aide à améliorer la confiance en soi, la connexion sociale et la régulation émotionnelle tout en réduisant les niveaux de détresse, d'anxiété et de douleur. Des études ont montré des résultats positifs chez les enfants et les adolescents hospitalisés pour des troubles mentaux ainsi que pour les patients atteints de maladies physiques graves.

Un mauvais développement des habiletés motrices à l'enfance pourra avoir des conséquences négatives à long terme, nous pensons que c'est sans doute ce phénomène qu'on observe chez l'enfant porteur d'IMC chez qui l'acquisition des habiletés motrices devient assez difficile. Toute fois, l'entraînement et parfois l'apprentissage améliorent les coordinations bimanuelles permettant de manipuler les outils avec une certaine dextérité. Ces coordinations nécessitent une maturation corticale des fonctions exécutives, des aires associatives et se développent considérablement au fur et à mesure que l'enfant s'autonomise en apprenant à tout faire par lui-même par exemple : s'habiller, manger, éplucher un fruit, se boutonner, etc.

Or au regard de ce que nous avons rencontré, nous constatons que malgré l'utilisation des techniques sur la prise en charge des enfants IMC, leurs difficultés et problèmes quotidiens ne

changent pas : ils ont des problèmes de coordination, de déplacement, de motricité fine, d'équilibre, et de latéralité entravant ainsi leur adaptation dans leur environnement et leur autonomisation.

Partant des constats empirique et théoriques que nous avons effectué plus haut, nous pouvons énoncer comme problème majeur de notre recherche, la notion de difficultés d'apprentissages rencontrées par l'enfant porteur d'une IMC en âge scolaire. On peut dès lors chercher à savoir comment stimuler le potentiel d'acquisition d'habiletés motrices chez les enfants IMC par le biais de l'art-thérapie, afin de favoriser leur autonomisation ; en d'autres termes, comment aider les enfants IMC à optimiser leurs ressources et leurs compétences motrices afin qu'ils soient capables de mener les activités scolaires ainsi que les activités de la vie quotidienne par eux-mêmes. Notre recherche a donc pour but de tenter de résoudre ce problème à travers l'accompagnement en art-thérapie en vue de favoriser l'émergence des habiletés motrices chez ces enfants, et réduire leurs désavantages. En ce qui concerne les enfants en âge scolaire, leur handicap ne doit en aucun cas constituer une barrière à leur apprentissage ou à leur socialisation. C'est pourquoi autant de moyens doivent être mis en œuvre pour leur permettre une bonne insertion à la fois scolaire et sociale.

1.2.3. Champ et problématique spécifique

- **Champ de l'étude**

Notre recherche s'inscrit dans le champ du handicap physique. Ce terme renvoie à un dysfonctionnement organique qui entraîne une défaillance sur le physique d'une personne. Il regroupe deux grandes catégories de handicaps à savoir le handicap sensoriel (auditif et visuel) et le handicap moteur ou physique. Le handicap physique peut résulter de diverses causes telles que des anomalies congénitales, des maladies, du vieillissement, des accidents ou des troubles neurologiques. Les limitations peuvent varier considérablement allant de légères à sévères, et peuvent affecter la mobilité, la coordination, la force musculaire la dextérité ou l'endurance. L'IMC est l'une des formes du handicap moteur.

Notre travail s'inscrit dans une thématique particulièrement innovante dans l'optique de découvrir une nouvelle approche dans la prise en charge des enfants IMC. Il est question dans cette thématique de la pratique de l'AT plus précisément les activités de dessin guidé, de sculpture et les exercices de mouvements rythmés comme moyens de psychothérapie à médiation corporelle basée sur l'interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu. Elle offre une vision globale du sujet en plaçant les manifestations corporelles de l'être au centre de sa vie affective et psychique.

Selon Pour Klein (2010), créateur de la Fondation Art et Thérapie,

« La thérapie ajoute à l'art le projet de transformation de soi-même. L'art ajoute à la thérapie l'ambition de figurer de façon énigmatique les grands thèmes de la condition humaine. La création "acte et résultat" peut permettre la transformation profonde du sujet créateur. L'art-thérapie consiste en un accompagnement de ces créations dans un parcours symbolique au service du développement de la personne vers un aller-mieux..." En d'autres termes, c'est le processus de création en art-thérapie qui permet de développer la personne et d'améliorer son bien-être. »

Le public auquel s'adresse l'art-thérapie est celui en difficulté psychique, physique, sociale, existentielle ou en quête de développement personnel. Cette méthode est aussi particulièrement recommandée pour les individus qui ont du mal à s'exprimer, à organiser leurs pensées ou à mettre des mots sur leurs maux, leurs ressentis comme les enfants par exemple, les personnes âgées, les adolescents, les personnes souffrant de troubles divers (elle s'adapte aux différents publics). Les déficits pris en charge en atelier d'art-thérapie sont très variés, nous avons par exemple les déficits physiques (Alzheimer ou toutes les difficultés liées au vieillissement, l'Infirmité Motrice Cérébrale,...), les déficits psychiques et maladies mentales (anorexie, psychiatrie, troubles du comportement, autisme, trisomie, schizophrénie, etc), ou les déficits socio-relationnels(illettrisme, désinsertion, troubles scolaires, incarcération, sans domicile fixe,...) et les difficultés passagères plus ou moins longues (dépression, deuil,...).

- **Problématique spécifique de l'étude**

Dans le cadre de ce travail, on voudrait résoudre les difficultés d'apprentissage chez les enfants IMC. La majorité de ces difficultés sont principalement causées par leur retard de développement moteur, alors nous voulons résoudre le problème à la base en mettant en œuvre un suivi thérapeutique au travers d'activités artistiques. Nous démontrerons par ricochet que bien que l'art-thérapie soit une forme de psychothérapie, elle peut être efficace dans la résolution des troubles qui portent sur le plan physique tout comme certaines études l'ont déjà prouvé. Nous voulons également démontrer que sa contribution au développement de la motricité volontaire n'est pas à négliger. Dès lors on peut s'interroger comme suit : en quoi la pratique de l'art-thérapie favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire ? En milieu inclusif, l'art-thérapie peut rencontrer plusieurs problèmes et poser des problématiques spécifiques, notamment : la diversité des besoins, le manque de formation des professionnels, la non acceptation sociale car l'art-thérapie peut parfois être perçue comme un traitement non conventionnel, ce qui peut entraîner une résistance de la part des parents, des enseignants ou des administrateurs scolaires, etc.

Selon l'approche de Schaub et Schupp (2019), la problématique de l'étude peut être définie comme suit :

"L'art-thérapie chez les enfants atteints de paralysie cérébrale réside dans la recherche d'interventions efficaces qui combinent les approches thérapeutiques sensorielles, kinesthésiques, comportementales et centrées sur la personne, afin de promouvoir le développement des habiletés motrices. Cette recherche vise à identifier comment ces interventions peuvent améliorer non seulement les capacités motrices, mais aussi le bien-être émotionnel et social des enfants, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de leur environnement scolaire." Cette définition met en évidence l'importance de la multidisciplinarité et de l'adaptation des interventions thérapeutiques aux besoins spécifiques des enfants infirmes moteurs cérébraux, soulignant ainsi la complexité et l'importance de notre recherche.

La problématique générale qui se pose est donc de savoir comment développer et mettre en œuvre des programmes d'art-thérapie efficaces en milieu inclusif, en tenant compte de la diversité des besoins des élèves, des contraintes du système éducatif et des attentes sociales. Cela nécessite une réflexion approfondie sur les approches, les outils et les partenariats nécessaires pour soutenir pleinement l'art-thérapie en tant que pratique thérapeutique valable et bénéfique pour tous les élèves, quels que soient leurs besoins et leurs capacités.

1.3. QUESTION DE RECHERCHE :

Ici, il est temps de passer aux questions d'orientations spécifiques qui aiguillent les opérations de collecte de données. Ces dernières font référence à ce que nous voulons découvrir dans cette étude.

1.3.1. Question principale de recherche

La question principale de notre étude est la suivante : Comment la pratique de l'art-thérapie favorise-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire ?

1.3.2. Questions secondaires

- Comment la pratique du dessin guidé facilite-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants IMC en âge scolaire ?
- Comment la pratique de la sculpture favorise-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants IMC en âge scolaire ?
- Comment la pratique des exercices de mouvements rythmés favorise-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants IMC en âge scolaire ?

1.4.HYPOTHÈSES CONCEPTUELLES DE L'ÉTUDE :

Une hypothèse se définit comme une proposition admise provisoirement avant qu'elle soit confirmée, informée ou nuancée par la confrontation des faits. Pour Aktouf (1987), l'hypothèse est « en quelque sorte une base avancée de ce que l'on cherche à prouver. C'est la formulation pro forma de conclusion que l'on compte tirer et que l'on va s'efforcer de justifier de démontrer méthodiquement et systématiquement. »

1.4.1. Hypothèse générale

Nous l'avons formulé comme suit : « la pratique de l'art-thérapie favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers le dessin guidé, la sculpture et les exercices de mouvements rythmés ».

1.4.2. Hypothèses secondaires

Elles sont plus concrètes que l'hypothèse générale. Elles sont des propositions de réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale sous une forme facilement mesurable, avancée pour guider une investigation, elles constituent en fait une opérationnalisation de l'hypothèse générale.

De ce fait, trois hypothèses secondaires de recherche sont construites à partir des modalités de la variable indépendante, en maintenant la même formulation que l'hypothèse générale que l'on va récapituler dans un tableau synoptique ont été formulée :

- La pratique du dessin guidé favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers la stimulation de la motricité fine et de la concentration.
- La pratique de la sculpture favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers la stimulation des mouvements manuels et digitaux et des gestes.
- La pratique des exercices de mouvements rythmés favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers le développement de l'équilibre, de la coordination et du dynamisme.

1.5.OBJECTIFS DE RECHERCHE :

Les objectifs de recherche sont le point de départ d'un projet de recherche. Ils indiquent pourquoi on veut entreprendre cette étude et ce qu'on pense pouvoir accomplir en la réalisant. Ils indiquent aussi l'idée principale.

1.5.1. Objectif principal

L'objectif général de notre recherche vise à comprendre comment la pratique de l'art-thérapie à dominante danse et art-plastique dans l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC en âge scolaire.

1.5.2. Objectifs spécifiques

- Expliquer comment l'apport de la pratique des activités de dessin guidé sur l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire.
- Appréhender comment la pratique des activités de sculpture sur l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants en âge scolaire atteints d'IMC.
- Saisir comment la pratique des exercices de mouvement rythmés sur l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants en âge scolaire atteints d'IMC.

1.6. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

Pour Ntebe, (1993) : « l'on écrit d'abord pour les autres dans l'espoir que leurs réactions positives ou même négatives nous apportent la valorisation dont l'impact n'est pas négligeable dans le processus du développement personnel ». Il s'agit dès lors de se trouver une raison de mener sa recherche, elle doit être d'un intérêt à la fois pour nous et pour les autres. Notre recherche est dès lors intéressante à plus d'un titre. Nous avons fait mention d'intérêts sur les plans scientifiques, sociaux et personnels.

1.6.1. Intérêt scientifique

Nous pensons que cette étude va contribuer à l'avancement des connaissances en ce qui concerne le handicap physique, notamment la prise en charge des enfants IMC. En milieu éducatif inclusif, avec des apprenants à besoins spécifiques, elle serait un moyen approprié pour aider les enfants à une éducation holistique et en même temps un développement de compétences concrètes, telles que la conception d'objets socialement valorisés. Ces pratiques artistiques sont thérapeutiques en ce sens que leur finalité n'est pas de rendre les enfants talentueux en art, ni des futurs artistes...mais bien plus. Elle vise avant tout leur bien-être holistique. Dans le domaine du soin elle va viser leur guérison, dans le domaine de l'éducation elle va viser une acquisition de compétences concrètes qui peuvent être utiles dans la vie quotidienne.

1.6.2. Intérêt social

Malgré les discriminations et les limitations auxquelles elle fait face, la personne en situation de handicap a besoin de vivre pleinement et s'intéresser à tous les domaines de la

vie sans aucune restriction pouvant favoriser son épanouissement. Notre étude met un accent flatteur sur la pratique de l'art-thérapie en milieu scolaire spécialisé, en milieu hospitalier et même en milieu social. En dehors de vouloir associer l'art au désir de soigner, notons tout d'abord que l'art est une forme d'expression qui a pour but le fait d'être esthétique. Qui dit esthétique dit le beau, le bon, ce qui plaît. Cette forme d'art vise donc l'épanouissement, le développement et l'insertion sociale des personnes qui s'y adonnent.

1.6.3. Intérêt personnel

Il s'agit ici pour d'une grande satisfaction de nous savoir capable de mener à bien une recherche scientifique du début à la fin et de la présenter devant un jury. Il s'agit d'une grande satisfaction de savoir qu'on a pu fournir notre pierre à l'édifice dans le cadre de notre champ de recherche (handicap physique, instrumental et conseil) en apportant de nouvelle idée à la prise en charge des personnes en situation de handicap et en promouvant la pratique de l'art-thérapie dans le but d'améliorer la qualité de vie.

1.7.DÉLIMITATION, TYPE DE RECHERCHE ET DÉFINITION DES CONCEPTS

1.7.1. Délimitation de l'étude

« Délimiter » c'est circonscrire, assigner des limites à une étude sur le plan thématique et sur le plan spatio-temporel.

Le thème de notre recherche nous pousse à s'intéresser de façon particulière à l'infirmité motrice cérébrale chez les jeunes enfants et à l'art-thérapie. Ensuite dans le cadre de l'expérimentation nous présenterons l'étude du développement de la motricité chez les enfants IMC à travers l'art-thérapie.

Nous aurions voulu entendre nos recherches dans tous les centres d'accueil d'enfants en situation de déficience de la région du Centre pour rendre nos résultats beaucoup plus fiables. Mais compte tenu des divers obstacles financiers, temporels nous nous sommes limités au Centre Spécialisé de l'institution Promhandicam sis Rondpoint Mimboman précisément dans la région du Centre, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé IV.

La présente étude s'est étendue sur les années 2021-2022 et 2022-2023. Elle a commencé par des observations, une pré-enquête et une recherche documentaire.

1.7.2. Type De Recherche

L'objectif de notre étude étant celui de comprendre l'apport de l'art-thérapie dans l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire, notre étude est de type exploratoire descriptive. Elle met en exergue des facteurs qui expliquent et décrivent le

phénomène d'acquisition de habiletés motrices. Nous ferons recours à la méthode d'étude de cas qui trouve son sens dans l'approche qualitative. Cette étude de cas, nous permet d'être plus près de la réalité, de décrire les phénomènes, de formuler des hypothèses et de les vérifier. La méthode d'étude de cas se définit comme l'observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leur relation.

1.7.3. Définition des concepts

- **Infirmité motrice cérébrale** : pour Banindjel (2021), il s'agit d'une déficience physique liée à des lésions sur un cerveau en maturation.
- **Handicap moteur** : se réfère à une altération partielle ou totale de la fonction motrice d'une personne, causée par une atteinte du système nerveux, musculaire ou squelettique. Cela peut affecter la capacité d'une personne à se déplacer, à contrôler ses mouvements, à utiliser ses membres de manière efficace, ou à réaliser des activités quotidiennes.
- **Motricité** : ensemble des fonctions qui permettent à un individu de réaliser des mouvements
- **Habiletés motrices** : Une habileté motrice est une compétence qui permet à une personne de réaliser des mouvements précis et coordonnés. Ces habiletés impliquent l'utilisation efficace des muscles du corps pour accomplir des tâches spécifiques et sont développées à travers la pratique et l'apprentissage. Les habiletés motrices peuvent être classées en deux catégories principales.
- **Habiletés motrices globales** : concernent les mouvements impliquant les grands muscles du corps et sont nécessaires pour des activités telles que courir, sauter, grimper, lancer, et attraper. Ces habiletés sont essentielles pour la mobilité générale et la coordination globale du corps.
- **Habiletés motrices fines** : impliquent les petits muscles, particulièrement ceux des mains et des doigts, et sont nécessaires pour des tâches précises comme écrire, dessiner, boutonner, manipuler de petits objets, et utiliser des outils. Ces habiletés sont cruciales pour les activités quotidiennes et les tâches scolaires.
- **Apprentissage** : est un processus par lequel un individu acquiert de nouvelles connaissances, compétences, attitudes ou comportements à travers l'expérience, l'enseignement, l'étude ou l'observation. Il s'agit d'un changement relativement permanent dans le comportement ou les capacités de l'individu, résultant de l'interaction avec son environnement.

- **Art thérapie** : est une forme d'accompagnement qui vise à utiliser le potentiel d'expression artistique et la créativité d'une personne à des fins psychothérapeutiques ou de développement personnel. Par la production d'objets socialement valorisés, elle aide à restaurer le sentiment de compétence, de valeur, et de contrôle de la personne qui a été fragilisée par la situation de handicap.
- **Mediation artistique** : est une pratique qui utilise les arts comme moyen de communication et d'expression dans un contexte thérapeutique, éducatif, social ou culturel.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR ART- THÉRAPIE ET ACQUISITION DES HABILITÉS MOTRICES CHEZ L'ENFANT IMC

2.1. REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'IMC

2.1.1. Historique de l'IMC d'après quelques auteurs : Tardieu, Chérière, Langlois, Nguefack et autres

D'après le manuel de psychologie des handicaps, le terme Infirmité Motrice Cérébrale est introduit en France en 1952 par le neuropédiatre français Tardieu lui-même atteint de paralysie cérébrale depuis la naissance. Il s'agit de la séquelle de lésions précoces du cerveau en maturation, des lésions irréparables et non évolutives. Elles se traduisent par des troubles moteurs auxquels peuvent s'ajouter des troubles des fonctions cognitives à différents degrés. L'atteinte cérébrale a cependant suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation. Cette définition exclut donc les personnes ayant un retard mental associé aux troubles moteurs d'origine cérébrale qui sont regroupés sous le terme d'I.M.O.C (infirmité motrice d'origine cérébrale) et les polyhandicapés. Les enfants présentant une I.M.O.C représentent 2,14/1000 nouveaux-nés, les IMC au sens strict sont 0,6/1000. L'incidence de cette pathologie a peu variée depuis 10 ans.

En 2008, une définition internationale est élaborée à partir du terme « cerebral Palsy » qui signifie paralysie est une atteinte du système nerveux central. Cette définition vise à rechercher une dénomination non stigmatisante qui permet de faire progresser les soutiens à l'autonomie et à la reconnaissance de cette pathologie ; la paralysie cérébrale ou IMC désigne selon Tardieu (1955) un ensemble de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitation d'activités, imputables à des atteintes non progressives survenues sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de l'IMC sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et/ou des problèmes musculo-squelettiques secondaires » d'après le manuel de psychologie du handicap. Cette définition met en évidence le modèle médical et le modèle social et relève pleinement de la Loi de 2005 qui donna la notion de personne en situation de handicap plutôt que celle de personne handicapée c'est-à-dire d'une personne autrement capable. L'infirmité motrice cérébrale en gros est une condition neurologique qui affecte la motricité et la posture, généralement causée par des lésions cérébrales survenues avant, pendant ou après la naissance (Rondal et al., 2001).

La connaissance du cerveau est fondamentale car elle renvoie à son fonctionnement ; cette démarche nous permettra de cerner les déficiences et les incapacités dont on doit tenir compte dans l'accompagnement d'une personne atteinte d'IMC. Le cerveau est la partie principale de l'encéphale. Il est constitué de deux hémisphères cérébraux qui sont à l'origine des sensations conscientes, des facultés intellectuelles, des émotions et de la motricité volontaire. Le chef d'orchestre de tout ce réseau de communication est le système nerveux qui contrôle et coordonne toutes les parties du corps. Lui-même est composé du système nerveux central dont fait partie le cerveau et le système nerveux périphérique constitué par les nerfs. Ce système nerveux central (S.N.C) reçoit les informations qui lui sont transmises des organes de sens et des récepteurs sensitifs par l'intermédiaire des nerfs. Il les analyse et les interprète en fonction d'une multitude d'informations qui proviennent de l'extérieur mais aussi de ce que nous sommes (mémoire, motivations, expérience, apprentissage, etc). Ce traitement de l'information aboutit à une réponse motrice qui est transmise aux muscles, aux glandes et aux organes. Chez une personne atteinte d'une IMC, les perceptions et les interprétations des sensations captées par les récepteurs périphériques de la peau, des muscles, des tendons fonctionnent normalement. Les messages sont corrects jusqu'à la lecture qu'en fait le cerveau lésé. Le problème se situe donc au moment du traitement de l'information qui donne des réponses faussées entraînant différents troubles suivant les lésions cérébrales. En revanche, les instruments sensoriels que sont l'œil et l'oreille peuvent être altérés par la maladie cérébrale en cause et produire un message faussé dès le départ, ce qui entraîne des problèmes d'expression, de relation et de communication. Par ailleurs, le goût, l'odorat ainsi que le toucher peuvent être altérés (Perruisseau-Carrier, 2011).

2.1.2. Les causes de l'IMC

2.1.2.1. Les causes anténatales

Elles peuvent être un accident vasculaire cérébral (AVC), une malformation cérébrale, une anomalie congénitale (chromosomique par exemple) majeure ou multiple, des pathologies maternelles (maladies virales, infectieuses, métaboliques...). L'IMC n'est pas une maladie, cependant il existe des risques de récurrence lors de grossesses ultérieures si la cause de l'accident périnatal est liée à une pathologie maternelle non contrôlable. On sait qu'il existe des familles de prématurés, des familles de petits poids de naissance : le risque de récurrence d'IMC est alors de 1 à 2%.

2.1.2.2. Les causes néonatales :

Principalement à l'origine de l'IMC, nous avons la prématurité. On peut aussi envisager une cause d'ictère nucléaire, une souffrance lors d'un accouchement difficile, une hypoxie, une hémorragie intracérébrale du prématuré. Une anoxie cérébrale peut également se constituer après la naissance lors d'une hémorragie cérébro-méningée, d'une chute de tension, des grossesses multiples ou tardives, la consanguinité, une substance toxique, une drépanocytose, une différence entre le sang de la mère et celui de l'enfant, etc.

L'ischémie corticale diffuse du nouveau-né à terme (non prématuré) donne un tableau clinique de tétraplégie avec microcéphalie (petite tête), l'ischémie des noyaux gris donne un tableau d'athétose, les lésions ischémiques hémisphériques focales peuvent donner une hémiplégie, la prématurité entraîne souvent une diplégie spastique.

2.1.2.3. Les causes postnatales :

Elles surviennent généralement bien après naissance de l'enfant, dans les deux années qui suivent. Elles peuvent être dues à un traumatisme crânien, une méningite, etc. Et des fois quelques autres cas dont un évènement étiologique se rattachant à aucune de ces périodes.

Malgré la surveillance stricte des grossesses (depuis les années 1970), les nouveaux traitements dans les hôpitaux, l'évolution des prématurités qui représentent la cause d'un tiers des IMC n'a pas subi de franche décroissance.

2.1.3. Tableaux cliniques : les types et les formes d'IMC

2.1.3.1. Selon les manifestations

On distingue quatre principaux types d'IMC parmi lesquels

- La forme spastique se manifeste par la rigidité et la raideur musculaire du corps accompagné de la réalisation du mouvement déclenchant des positions anormales du reste du corps ;
- La forme athétosique se manifeste par des mouvements de contorsions lents, gesticulant ou des mouvements brusques des pieds, des bras, des mains ou des muscles du visage ;
- La forme ataxique se manifeste par des troubles d'équilibre et des problèmes de coordination ;
- La forme mixte est une combinaison des formes suscitées.

2.1.3.2. Selon la topographie des déficiences motrices : les membres du corps atteints

En fonction du membre du corps atteint, on peut distinguer les personnes IMC les schémas suivants :

- IMC hémiplégique : atteinte unilatérale avec une composante dystonique (bras et jambes du même côté paralysé) ;
- IMC paraplégique ou diplégie (diplégie spastique aussi appelée « syndrome de LITTLE » chirurgien qui la décrit au XIXe siècle) atteinte des deux membres inférieurs plus une seule atteinte minime des membres supérieurs : les deux jambes sont paralysées, tronc habituel normal ou avec des atteintes mineures.
- IMC tétraplégique ou quadriplégique : atteinte de tout le corps avec une tenue de tête faible (les deux bras et les deux jambes sont paralysés).
- IMC monoplégique : un seul membre atteint, le bras plus fréquemment que la jambe.
- Les tétras parésies : paralysie partielle des quatre membres. Les troubles orthopédiques : pieds en équin, flexum des genoux, rotation, interne flexum, adductum des hanches, scoliose, cyphose, hyper lordose cervicale.
- La limitation de l'extension et supination des membres supérieurs.

2.1.3.3. Selon le degré de sévérité

On peut distinguer l'IMC léger encore dit superficiel, et l'IMC profond. Le degré de l'atteinte neurologique est sévère dans un tiers des cas et modéré dans un sixième des cas.

2.1.4. Signes et manifestations de l'infirmité motrice cérébrale : la symptomatologie dépend de la localisation et de l'étendue des lésions.

L'ischémie corticale diffuse du nouveau-né à terme (non prématuré) donne un tableau clinique de tétraplégie avec microcéphalie (petite tête), l'ischémie des noyaux gris donne un tableau d'athétose, les lésions ischémiques hémisphériques focales peuvent donner une hémiplégie, la prématurité entraîne souvent une diplégie spastique (Leroy, 2002).

Les troubles neuromoteurs sont les premiers signes cliniques d'IMC qui vont être visibles par tous. Aussi, le corps de l'infirme moteur cérébral est déformé par des paralysies pouvant être complètes ou partielles entraînant un manque d'autonomie. En outre, nous avons les troubles de la motricité bucco-faciale, troubles spécifiques du langage ou troubles visuo-spatio, la spasticité, les mouvements lents involontaires survenus au repos (forme athétosique) ; extasie (incoordination du geste), hémianopsie, strabisme, astéréognosie, tremblement, faiblesse

musculaire, hypertonie et dystonie, les dyskinésies qui sont les mouvements volontaires anormaux mal contrôlés, les contractions incessantes ne disparaissant que dans le sommeil.

On peut reconnaître un enfant IMC quand :

- L'enfant est mou et flasque : c'est-à-dire on dirait que sa tête va tomber
- L'enfant est parfois rigide (rigidité qui survient parfois brusquement)
- L'enfant a un développement psychomoteur lent
- L'enfant ne serre pas les mains, n'utilise pas ses mains ou utilise une main uniquement ou les points fermés
- L'enfant a des difficultés à téter, à avaler ou mâcher ; parfois s'étouffe ou s'étrangle lors des repas
- La mère a des difficultés à s'occuper de l'enfant à cause de la rigidité
- L'enfant s'effraie parfois tout seul.

2.1.5. Traitement et méthodes de remédiation

Rappelons que les examens intrafoetaux peuvent permettre d'éviter l'IMC et que cette dernière est une déficience qui ne se soigne pas mais qui se contrôle via l'intervention de plusieurs spécialistes en médecine et rééducation. La première période une fois le diagnostic posé, on se consacrera à l'éveil du langage avec la participation des parents, parallèlement une prise en charge sur le plan de la kinésithérapie, visant une amélioration de la motricité, toute activité pouvant faciliter l'expression orale, enrichir la compréhension et le vocabulaire ou favoriser l'autonomie de vie quotidienne sera un apport important pour faire mieux progresser l'enfant.

La prise en charge de la personne IMC est complexe. Elle doit être précoce et elle doit se réaliser selon un partenariat parents et rééducateurs. Le but ici étant de développer chez l'enfant son autonomie maximale. Dans un cadre pluridisciplinaire intégrant :

2.1.5.1. La prise en charge médicamenteuse

Le traitement médical est basé principalement sur une intervention pharmacologique avec pour objectif de maîtriser les conséquences motrices des différentes formes d'athétoses, en particulier le fameux "facteur B".

2.1.5.2. La rééducation

Celle-ci à travers l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : la kinésithérapie (contrôle postural, massothérapie, réadaptation), l'ergothérapie (adaptation, stimulation de la motricité

fine, aide technique ambulatoire), la psychomotricité (travail de l'appréhension du schéma corporel, de l'équilibre statique et dynamique), la médecine, l'orthophonie, la psychologie, l'ergothérapie, l'éducation spécialisée, et j'en passe.

2.1.5.3. Les méthodes de l'appareillage :

Elles sont également très efficaces : attèle de nuit équine, attèle de verticalisation, attèle de nuit anti flexion de genoux, sièges moulés, etc. Ces différents soins peuvent permettre de remédier au minimum à l'absence d'autonomie. Ils peuvent se faire de manière indéfinie ou alors jusqu'à l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs préalablement fixés.

2.2. L'ACQUISITION DES HABILITES MOTRICES PAR MARTIN ET MAKOU

Dans son article sur les habiletés motrices l'OMS nous affirme que les habiletés motrices sont développées par l'activité physique régulière. Le terme habileté motrice (HM) renvoie au construit global de trois (03) types d'habiletés motrices bien définie : les habiletés motrices fondamentales, les habiletés motrices fonctionnelles et plus tard les habiletés motrices spécialisées.

Pour Martin (2013), les HMF sont des actions naturelles, universelles et propres aux êtres humains. Elles apparaissent à la naissance et découlent en partie des mouvements réflexes et rudimentaires. Elles dépendent de la maturation et de l'environnement (opportunités, encouragements, entraînements). On peut citer de ce fait la locomotion, exemple : ramper, marcher, courir, galoper, grimper, pas de chasse, saut à cloche-pied, jeux de déplacement en circuit, etc. Ensuite la manipulation (projection et réception), exemple : lancer par-dessus/dessous l'épaule, dribbler statique, attraper à deux mains, botter avec élan, frapper un objet avec une main ou une raquette, tout ce qui nécessite l'usage manuel. Et enfin la stabilité, exemple : équilibre sur un pied, jeux de posture.

Les habiletés motrices fonctionnelles permettent d'être autonome dans la vie quotidienne ; exemple : s'habiller (...). Les Habiletés motrices spécialisées sont les plus complexes en lien étroit avec les mouvements fondamentaux ; ces mouvements résultent principalement de l'apprentissage, car un outil, enfiler une perle, jouer d'un instrument, clouer, lancer-frapper au hockératique répétitive est nécessaire pour les maîtriser. Exemple : écriture, saut en longueur en athlétisme, touche au volley-ball, lancé franc au basket-ball... (West et Bucher, 2009).

Makou (2022) a mis un point central sur l'acquisition des habiletés manuelles telles que l'écriture. En tant qu'habileté motrice indispensable en milieu scolaire constitue le produit d'une succession de lettres composant des mots (graphèmes), leur forme (allographe) et l'organisation

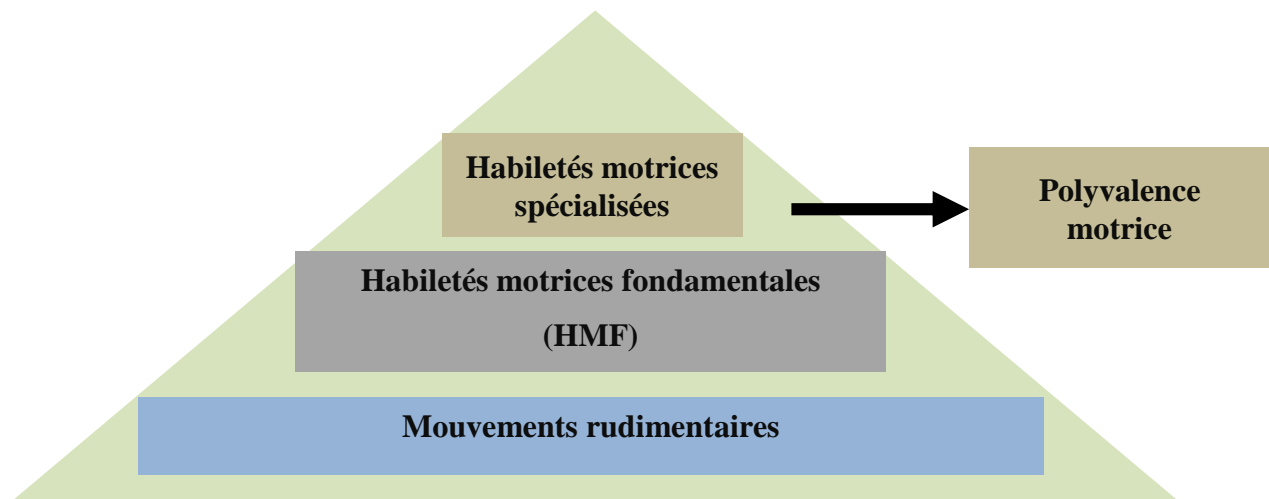
spatiale des traits constituant la trace graphique effective. D'après elle, l'entraînement graphomoteur continue où la stimulation des schèmes de graphimotricité est primordiale pour l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC dysgraphique en âge scolaire. D'un point de vue moteur, on s'intéresse à l'exécution de cette trace graphique impliquant une succession de petits mouvements de la pointe du stylo surimposés à un mouvement progressif de transport horizontal de gauche à droite. Ces mouvements sont principalement effectués avec la main qui constitue un système moteur complexe comprenant vingt sept os et contrôlé par plus de 40 muscles. Ce système doit être contrôlé sous diverses conditions : la forme achevée, bien automatisée, la séquence des lettres, qui doit être produite à une vitesse relativement élevée, de façon fluide, sans à-coup, sans référence à un modèle et avec une taille relativement réduite (par rapport au cadre, feuille ou tableau dans lequel elle s'inscrit) (Grand dictionnaire de psychologie, 1999).

Les enfants mal adaptés tels que les IMC sont beaucoup moins habiles, bien plus lents à apprendre. Debray-Ritzen et Messerschmitt les classent avec les débiles mentaux, les psychotiques, les épileptiques ainsi que d'autres enfants mal adaptés sous l'appellation MBD (minimal brain dysfunction). De ce dysfonctionnement cérébral minime apparaissent les symptômes comme l'instabilité motrice, le retard du langage, l'immaturation motrice (enfants nés à terme mais d'un poids insuffisant ; ces enfants sont malhabiles dans des gestes fins et rapides), la dyslexie. Leur pathologie peut être à l'origine d'une mauvaise perception visuelle et auditive ce qui va les amener à mal contrôler leurs gestes, éprouver des difficultés à agir correctement sur l'environnement. Cette difficulté visuelle se répercute l'orientation. Lorsque l'enfant IMC discrimine mal au niveau auditif, il perd une partie des informations et ne comprend pas toujours le sens de ce qu'il entend. Moins murs sur le plan de leur développement moteur, ils ne sont pas prêts à affronter les apprentissages scolaires qui leur sont proposés. Les enfants paralysés cérébraux par exemple dépensent beaucoup d'énergies aux dépens d'autres activités. Les problèmes de coordination entraînent une écriture irrégulière, tremblante. Dans les activités de la vie quotidienne telles que s'habiller, découper, gommer, tracer, etc., l'enfant IMC est confronté son handicap, il met beaucoup plus d'effort que la normale (Perruissau, 2011)

Il est évident que ces derniers ont un faible niveau d'HMF. La plupart du temps, l'environnement n'est pas toujours propice au développement des habiletés motrices de l'enfant handicapé, et ceci est encore plus criard pour ceux atteints de IMC qui se retrouvent souvent paralysés à moitié ou encore sur une chaise roulante. Se rendant compte de leur déficit, les parents éprouvent beaucoup plus de mal à se déplacer avec eux et encore plus à pratiquer

certaines activités avec eux. Des activités qui pourraient pourtant leur être très bénéfiques sur le plan moteur. La sédentarité et le manque d'activité sont les principaux facteurs de sous-développement des habiletés motrices. Notons qu'il peut être très important de privilégier les habiletés motrices chez les enfants IMC pour certaines raisons données par Martin (2013) : ils favorisent l'acquisition des concepts préalables aux apprentissages scolaires.

Figure 1: Base de Développement moteur



Source Québec en forme, 2013

L'activité physique est la voie principale permettant de développer ses habiletés motrices. La majorité des activités motrices, que ce soit pour des tâches de la vie quotidienne ou pour des habiletés sportives reposent sur le traitement des informations sensorielles perçues lors de l'exécution. Ces informations permettent à l'individu de contrôler le bon déroulement de la réponse en cours d'exécution et éventuellement de planifier la correction nécessaire à l'atteinte de l'objectif. Les modèles de contrôle de la performance motrice humaine soulignent l'importance des informations sensorielles dans l'apprentissage de conduite motrices adaptées aux exigences environnementales (Proteau, Martenuik et Levesque, 1992 ; Schimdt, 1975, 1988 cités par Audiffren 2012).

- Elles stimulent les trois (03) composantes de la motricité globale qui sont l'équilibre, le tonus musculaire et la coordination,
- Elles sont indispensables au développement moteur des enfants et elles permettent aux enfants de 3 à 7 ans de s'accomplir,
- Elles peuvent également réduire la sédentarité qui elle peut nuire au développement moteur et entrainer de troubles d'apprentissage.

- En contexte scolaire ou d'éducation, les habiletés motrices chez l'enfant handicapé ou non sont incontournables. La psychomotricité est à la base des apprentissages de l'enfant, l'éducation motrice influence considérablement les apprentissages scolaires.
- Elles augmentent la confiance en soi et la capacité à faire de L'AP de façon autonome (Trost, 2010)
- Elles contribuent à la « maturité cérébrale » par la construction des circuits des fonctions d'autorégulation attentionnelles (Pagani et coll., 2011).

Les mouvements font partie de la nature humaine. En très bas âge, ils prennent la forme de mouvements réflexes et de mouvements rudimentaires (Gallahue et Goodway, 2012). Les stades d'évolution des habiletés motrices fondamentales chez l'enfant sont :

- Le stade initial/débutant 2-4ans : le mouvement se fait de façon très saccadée, il y a absence de fluidité, de continuité. Mouvement souvent difficile à reconnaître à cause d'un grand nombre de mouvements parasites
- Le stade intermédiaire (simple maturation) 4-6ans : augmentation marquée de la coordination, le mouvement prend bien forme, mais il manque encore certains détails pour le rendre performant.
- Le stade avancé ou mature 6-12ans : mouvement très bien coordonné, il semble facile et gracieux. L'efficacité motrice est au rendez-vous. Le mouvement se fait avec plus de vitesse, de force et de précision. Cependant ces stades bien définis ne sont pas pareils chez les enfants atteints d'IMC qui ont un retard considérable sur le plan moteur. Nous pensons qu'il serait très important de mettre un accent sur l'acquisition des habiletés motrices de ces derniers.

Nous savons désormais à travers ceci que l'acquisition des HMF n'est pas exclusivement l'aboutissement d'un processus de maturation car ces habiletés doivent être enseignées, pratiquées et renforcées au moyen de programmes adaptés au développement des enfants (Barnett et al., 2016). Conséquemment, l'intervention constitue une voie primordiale pour soutenir l'apprentissage des HMF. Les domaines du développement de l'enfant pouvant être améliorés par une stimulation précoce et des activités d'apprentissage :

- Les mouvements, contrôle du corps, force et équilibre aideront l'enfant à bouger, à savoir faire des choses, à jouer, à travailler.
- L'utilisation des mains : pour acquérir de nombreux savoir-faire.
- Les sens en particulier la vue, le toucher et l'ouïe

- La communication : entendre, comprendre ce que l'on dit
- L'interaction avec les autres : jouer, sourire, voir se comporter et apprendre à s'entendre avec les autres.
- Les activités de la vie quotidienne : manger, boire, s'habiller, contrôler ses intestins et sa vessie
- Observer, penser et faire : savoir prendre les décisions de façon réfléchie et intelligente.

Pour un développement moteur optimal chez l'enfant atteint d'IMC la famille, le milieu scolaire, la santé et les différents services sociaux, les loisirs et le sport, le service de garde, etc. doivent se mettre ensemble afin de privilégier l'entraînement des habiletés motrices. C'est dans cet optique que nous avons décidé de réaliser cette étude ; elle se veut une contribution à l'amélioration des pratiques d'intervention sur les habiletés motrices d'élèves IMC. En effet, elle voudrait mettre l'accent sur l'acquisition des habiletés motrices afin de faciliter les apprentissages scolaires chez les enfants IMC à travers l'expérimentation d'une nouvelle approche d'intervention qui se veut globale appelée « l'art-thérapie ».

2.3. REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ART-THÉRAPIE

2.3.1. Quelques travaux sur l'art-thérapie

La pratique active ou passive des arts est présentée comme ayant une influence positive sur la santé tout au long de la vie d'après OMS (2019) : « faire entrer l'art dans la vie de quelqu'un par le biais d'activités telles que la danse, le chant ou la fréquentation des musées et de concert nous donne une clé supplémentaire pour améliorer notre santé physique et mentale » déclare le docteur Piroška Ostlin, une des expertes choisies pour représenter la presse de l'étude portant sur le rôle des arts dans les soins de santé. En fonction des publics, la prise en charge et l'orientation est adaptée, ainsi que les médiations utilisées et la manière de les utiliser. Ainsi, à travers quelques résultats recherche, on note que l'art-thérapie permet d'atteindre différents objectifs.

Une étude aléatoire avec groupe témoin de 40 personnes âgées de 70 ans à 97 ans a démontré que l'AT est susceptible d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Les résultats révèlent qu'une intervention d'AT basée sur l'observation d'œuvres d'arts améliore le bien-être émotionnel et divers paramètres physiologiques (pression artérielle, fatigue, douleur, etc.). Dans une autre étude, des personnes de 60 ans à 86 ans ont participé, pendant un mois à une des trois démarches suivantes : séances de théâtre, discussions à partir d'œuvres en arts visuels ou aucune intervention. Les personnes âgées ayant suivi les sessions de théâtre ont

amélioré de façon significative leurs fonctions cognitives et leur bien-être psychologique comparativement aux 2 autres groupes, et ces améliorations étaient maintenues après 4 mois.

En 2010, deux revues systémiques de la littérature scientifique ont conclu qu'une approche d'AT pouvait être bénéfique chez les gens souffrant de cancer à plusieurs niveaux de l'évolution de la maladie. Parmi les articles recensés, quelques résultats ont montré une diminution des niveaux d'anxiété et de dépression des patients, une amélioration de leur qualité de vie, ainsi que des effets positifs sur leur croissance personnelle, leur capacité à affronter la maladie et sur leur interaction sociale.

Ces résultats viennent approuver les conclusions d'autres études publiées sur l'AT et le cancer. En voici quelques exemples : un essai mené auprès d'enfants leucémiques indique qu'une approche d'AT combinant dialogue, imagination visuelle, jeux et dessins induit des comportements positifs avant, pendant et après une intervention médicale douloureuse comme une ponction lombaire ou de la moelle osseuse, comparativement à une intervention sans ce type de soutien.

Des études cliniques auprès de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer révèlent qu'un programme d'art-thérapie diminue les symptômes de détresse psychologique et améliore la qualité de vie comparativement à des femmes de groupes témoins. Même si d'autres essais bien contrôlés sont nécessaires, l'AT semble prometteuse pour améliorer le bien-être, favoriser la communication et aider à gérer les conflits émotionnels.

D'après des résultats d'une étude aléatoire, menée auprès de 36 étudiantes en sciences infirmières, une séance d'AT incluant dessin, peinture, écriture et collage pourrait être bénéfique afin de réduire le stress et l'anxiété et favorise des émotions positives, en procurant des moments de divertissement et de créativité. En outre, l'AT pourrait aider les personnes, qu'elles soient victimes ou témoins, à mieux gérer l'ensemble de leurs symptômes de stress post-traumatique d'ordre physique, cognitif, émotionnel et comportemental, selon les chercheurs.

Il a été avancé que l'art-thérapie pouvait contribuer à aider les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Toutefois, les auteurs de deux revues systématiques ont convenu qu'étant donné le petit nombre d'études ainsi que la qualité insuffisante des protocoles, aucune conclusion définitive ne pouvait être tirée à propos de l'efficacité de cette approche pour les personnes atteintes de schizophrénie.

En 2010, une petite étude clinique aléatoire a été réalisée auprès de 22 enfants souffrant d'asthme. Elle a permis d'observer que les enfants recevant une séance hebdomadaire d'AT pendant 7 semaines montraient une diminution des niveaux d'anxiété et une amélioration de leur qualité de vie. Il est à noter que cette étude ne visait pas à réduire la gravité ni la fréquence des crises d'asthme.

Shiltz (2014) dans une étude auprès d'adolescents à fonctionnement limité de la personnalité a constaté que la combinaison de la musicothérapie active et de l'écriture sous forme d'histoires écrites sous induction musicale s'est montrée particulièrement pertinente. L'une des découvertes les plus fascinantes se dégageant au cours de la pratique de l'AT auprès d'adolescents souffrant de troubles de la conduite a été l'apparition plus fréquente d'archétype au fur et à mesure que le processus thérapeutique se déployait. Des élèves qui se cantonnaient dans des descriptions banales au cours des premières séances ont écrit à la fin d'année des scénarios quasi mythiques centrés sur l'amour, la naissance et la mort mettant en scène les grandes figures de l'imaginaire collectif. Il ne s'agissait pas de souvenirs littéraires mais d'une élaboration imaginaire et cognitive de la situation existentielle personnelle des sujets et des émotions profondes qui s'y rattachaient. L'apparition de ces thèmes et personnages archétypaux était généralement accompagnée d'une amélioration subite des qualités formelles et stylistiques des histoires, comme si ces contenus existentiels ébranlaient toutes les couches du psychisme et mettaient toutes les ressources conscientes et inconscientes à disposition du sujet.

Cherrière (2020) a mené trois études dans le but de valider les effets globaux d'interventions en AT et d'étudier un des mécanismes pouvant contribuer à ces effets auprès des jeunes atteints d'IMC. Les résultats ont démontré que la pratique de la danse pour des personnes IMC entraîne des bienfaits moteurs et de potentiels bienfaits cognitifs et psychosociaux malgré le faible taux de travaux scientifiques sur le sujet. Ces résultats sont confirmés par l'amélioration significative de performances d'équilibre et de processus rythmique dans le groupe des 10 adolescents qu'elle a étudié. Ses résultats suggèrent également que les enfants IMC ont des habiletés rythmiques partiellement préservées et que l'intervention en danse basée sur le rythme devrait en tenir compte. La danse apparaît à cet effet comme une approche prometteuse en rééducation.

Perruisseau-Carrier (2011) a pu vérifier son hypothèse selon laquelle l'art-thérapie à dominante arts plastiques impliquant le corps et esprit peut valoriser l'autonomie de l'adulte atteint d'IMC et participer à l'amélioration de sa qualité existentielle. Cependant, elle précise que la diversité et le degré de handicap peuvent rendre complexe l'accompagnement. Son étude

qualitative sur deux candidats nommés M. R et Mme J. qu'elle a évalué sur les plans de l'implication relationnelle, le phénomène artistique (intention, action, production) et de la capacité esthétique s'est montrée favorable.

2.3.2. L'art-thérapie : une méthode de prise en charge originale

2.3.2.1. Définition

Dans son rapport mondial de novembre 2019, l'OMS a déclaré que l'AT serait bénéfique pour la santé physique et mentale. Longtemps considérée comme une animation plutôt qu'un soin, l'AT à travers le rapport de cette organisation de renommée internationale. Elle est une des rares disciplines qui prend en considération la personne dans sa globalité c'est à dire son mental (psychisme), son physique (le corps entier) et sa socialisation. Il existe cependant plusieurs approches de cette discipline, qui sont parfois différentes sur certains aspects.

D'après la définition tirée du dictionnaire du handicap 7e édition (2012), il s'agit de l'utilisation de l'expression artistique à des fins thérapeutiques ou diagnostiques. Cette méthode a pour but de favoriser l'expression et la créativité et d'emmener une restauration narcissique au moyen de techniques artistiques : peinture, sculpture, théâtre, écriture, musique, photographie, danse, etc.

Selon la Fédération française des art-thérapeutes, l'AT est « une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique ». La pratique de l'AT implique l'utilisation de "médiations artistiques" qui peuvent être picturales, plastiques ou corporelles.

Royol (2008) directeur de PROFAC la définit comme étant « une méthode qui consiste à créer les conditions favorables au dépassement des difficultés personnelles par le biais d'une stimulation des capacités créatrices. Elle ne permet en aucun cas de poser un diagnostic et sa pratique n'est possible que sur indication médicale dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne. Elle ne prétend pas non plus traiter une pathologie mais permet d'aider à mobiliser les forces positives chez une personne en souffrance. Elle n'autorise aucune interprétation des productions créatives et respecte en premier lieu la liberté d'expression du sujet. Elle ne peut pas du tout se substituer à un traitement chimio thérapeutique ou psychothérapeutique mais elle est conçue pour procurer une forme de soulagement des tensions internes, effet particulièrement positif en cas de difficultés personnelles ». Ce dernier est suivi de Klein (2010), créateur de la Fondation Art et Thérapie qui viendra préciser que : « la thérapie ajoute à l'art le projet de transformation de soi-même. L'art ajoute à la thérapie l'ambition de

figurer de façon énigmatique les grands thèmes de la condition humaine. La création en elle même (acte et résultat) peut permettre la transformation profonde du sujet.

Au CHU de Nantes, ils entendent l'AT comme une spécialité paramédicale qui utilise le processus de création artistique dans un projet de soins, mais également dans le secteur social et éducatif : le pouvoir expressif, les effets relationnels et les gratifications esthétiques de l'art, selon les besoins de la personne et des objectifs thérapeutiques définis. Il existe bien-sûr d'autres définitions, mais ces dernières ont toutes un point commun, celui de se servir d'une médiation artistique pour exploiter le potentiel d'expression artistique et créatif d'une personne à des fins psychothérapeutiques ou de développement personnel. Nous allons dès lors nous intéresser au point de départ de cette idéologie c'est-à-dire, comment tout a commencé.

2.3.2.2. Historique de l'association de l'art au désir de soigner

Le pouvoir thérapeutique de l'art est évoqué depuis la nuit des temps. Dès l'antiquité, son concept en tant que thérapie serait attribué à Aristote. Selon lui, le théâtre permettait aux hommes de décharger leurs pulsions, de se purifier de leurs angoisses ou fantasmes en s'identifiant aux personnages du drame : ce que nous pouvons appeler la fonction cathartique de l'art.

À partir de la Renaissance déjà, les écrits esthétiques évoquent souvent le pouvoir "curatif" de la peinture, comme le peintre Giovanni Battista Armenini qui a écrit que la gaieté des « grotesques des loges de Raphaël au Vatican » pouvait traiter la mélancolie.

Au début du XX^{ème} siècle, les psychiatres étudient les productions des personnes internées dans les hôpitaux psychiatriques, ils en dégagent une catégorie qu'ils nomment « art psychopathologique ». Parmi les premiers à s'intéresser à l'expression de la pathologie mentale à travers l'art, on peut citer Reja (1873-1957) qui, en 1901 a publié « L'art malade : dessins de fous », puis le livre « L'art des fous » en 1907. Morgenthaler, médecin en 1921 a publié « A Psychiatric Patient as Artist », un livre de référence sur l'art psychopathologique. En 1922, il publie une monographie d'Adolf Wölfi, patient qui a réalisé une très grande quantité de dessin et collage. En 1922, Hanz Prinzhorn a publié l'ouvrage « Expression de la folie : dessin, peinture, sculpture d'asile » dans lequel il étudie des productions (cinq mille dessins) de patients hospitalisés en psychiatrie. Son approche est basée sur la Gestaltung, la psychologie de la mise en forme.

En 1950 a lieu la première exposition internationale d'art psychopathologique à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, à l'occasion du premier congrès mondial de psychiatrie. Y sont exposés,

2000 œuvres plastiques (dessins et peintures) créées par 350 personnes en situation de handicap mental.

En 1955 paraît le livre « L'art psychopathologique » de Volmat consacré à l'exposition de 1950. En 1959, ce dernier fonde avec Delay, la société internationale de psychopathologie de l'expression (celle-ci existe encore sous le nom de Société internationale de psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie). Celle-ci donnera naissance en 1964 à la société française de psychopathologie de l'expression sous la présidence du Dr. Ferdière qui existe encore sous le nom de Société française de psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie.

Mais la paternité de l'art-thérapie est souvent attribuée au peintre anglais Adrian Hill qui avoua le fait que sa convalescence rapide après qu'il ait souffert de tuberculose était due à la pratique de l'art, de la création d'images, le dessin, les peintures, dans les années 1940. Sa théorie inspira plusieurs médecins et depuis lors, l'art-thérapie a " fait son chemin". En outre, est considérée comme mère de l'art-thérapie, Margaret Naumburg qui fût influencée par la première vague de théorie psychanalytique au début du XXe siècle aux Etats-Unis. Elle croyait fermement qu'à travers le processus créatif, les individus peuvent faire la lumière sur leurs pensées et sentiments inconscients refoulés. Pour Elle, l'art-thérapie est un discours symbolique entre le patient et le thérapeute.

Bien que ces pionniers aient élaboré différentes approches à l'AT, leurs travaux ont significativement influencé la création de ladite discipline. Il existe différents ateliers encore appelés médiations artistiques en AT : La musicothérapie ou thérapie par la musique, les arts plastiques thérapie, La dramathérapie ou thérapie par le théâtre, la danse thérapie ou thérapie par la danse et le mouvement, la vidéo, la photographie, Le tissu, Le clown, Le masque, La littérature, le LandArt, etc.

2.3.2.3. Originalité de la discipline

L'originalité de l'art-thérapie réside dans sa capacité à utiliser le processus créatif artistique comme moyen thérapeutique. Voici quelques aspects qui distinguent l'AT des autres formes de thérapie :

- **Expression non verbale** : elle permet aux individus d'exprimer leurs émotions, leurs pensées et leurs expériences de manière non verbale, à travers l'art. Cela peut être particulièrement bénéfique pour ceux qui ont du mal à mettre leurs sentiments en mots.

- **Processus créatif** : l'accent est mis sur le processus créatif plutôt que sur le produit final. Cela signifie que l'attention est portée sur ce que l'individu expérimente et ressent pendant qu'il crée, plutôt que sur la qualité esthétique de l'œuvre d'art.
- **Approche holistique** : l'AT prend en compte l'individu dans sa globalité, en tenant compte de ses aspects émotionnels, psychologiques, physiques, sociaux et existentiels. Elle vise à favoriser l'équilibre et le bien-être général.
- **Intégration des arts visuels** : bien que souvent associée à la peinture ou au dessin, l'art-thérapie peut également inclure d'autres formes d'expression artistique, telles que la sculpture, la photographie, la danse ou la musique, en fonction des besoins et des préférences de l'individu.
- **Relation thérapeutique** : elle repose sur une relation de confiance entre le thérapeute et le client, dans laquelle le processus artistique est utilisé comme moyen de communication et de transformation.
- **Adaptabilité** : l'AT peut être adaptée à une variété de populations et de contextes, y compris les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées, ainsi que dans des milieux tels que les hôpitaux, les écoles, les centres de santé mentale, les établissements correctionnels, etc.

En conclusion, l'AT se distingue donc par son approche non verbale, son emphase sur le processus créatif, son approche holistique, son intégration des arts visuels, sa relation thérapeutique et son adaptabilité à différents contextes et populations. Ces caractéristiques en font une discipline thérapeutique unique et efficace pour favoriser la croissance personnelle et le bien-être.

2.3.2.4. Les domaines du développement de l'enfant pouvant être améliorés par une stimulation précoce et des activités d'apprentissage

- Les mouvements, contrôle du corps, force et équilibre aideront l'enfant à bouger, à savoir faire des choses, à jouer, à travailler ;
- L'utilisation des mains : pour acquérir de nombreux savoir-faire ;
- Les sens en particulier la vue, le toucher et l'ouïe ;
- La communication : entendre, comprendre ce que l'on dit ;
- L'interaction avec les autres : jouer, sourire, voir se comporter et apprendre à s'entendre avec les autres ;
- Les activités de la vie quotidienne : manger, boire, s'habiller, contrôler ses intestins et sa vessie ;
- Observer, penser et faire : savoir prendre les décisions de façon réfléchie et intelligente...

L'évidence est qu'on observe chez l'enfant atteint d'IMC un retard de développement qui le pénalise en milieu scolaire. Néanmoins nous avons tous droit à l'éducation alors ce retard de développement moteur ne devrait être un frein ni à l'éducation de ces enfants ni à leur épanouissement. De plus, aller à l'école requiert un certain nombre de capacités et d'habiletés que l'enfant IMC éprouve un maximum de difficultés à maîtriser par exemple : écrire, dessiner, tracer, colorier, coller, etc. l'AT En tant que discipline originale, propose une approche pédagogique différente qui permet de promouvoir l'interaction sociale et de développer les aptitudes artistiques et la sensibilité des enfants. En utilisant l'art comme moyen de sensibilisation, nous pouvons échanger de manière pédagogique avec les enfants comme dans le cas de cette étude. C'est une discipline thérapeutique pertinente qui essaie de joindre l'utile à l'agréable.

En contexte africain, les travaux sur l'AT sont encore attendus car il s'agit d'un champ laissé en friche. Il tend cependant à être de plus en plus cultivé, d'où notre présente contribution dans le domaine. S'agissant de donner une nouvelle vision et une nouvelle orientation au pouvoir artistique pour venir en aide à l'humanité en général, cette étude se donne une dimension scientifique par le biais de certaines théories explicatives. Nous nous demandons dès lors ce qu'est une théorie. À cet effet, il a été retenu dans le cadre de cette recherche cinq théories qui pourraient apporter une dimension scientifique et permettre de mieux comprendre par déduction notre intitulé.

CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES.

De son origine grecque « theorein » qui signifie observer, contempler, examiner, une théorie est un ensemble cohérent d'explication d'idées sur un sujet ; elle peut inclure des lois, des hypothèses induites par l'accumulation des faits provenant de l'observation. Tsafack (2004) présente la théorie comme « un ensemble de concepts, de propositions, de modèles articulés entre eux et qui a pour but d'expliquer un phénomène ». Ainsi, la théorie est l'œuvre d'un auteur ou d'un chercheur, issue d'une production écrite ou orale pertinente et vérifiable ; c'est un ensemble d'idées ou d'opinions sur un sujet particulier. Dans cette partie de notre étude, il s'agit de mettre en avant les fondements théoriques et pour ce faire, notre travail de recherche s'appuie sur cinq (05) principales théories.

3.1. L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ENCORE APPELÉE APPROCHE HUMANISTE : CARL (1902-1987) ET NATHALIE (1928-2015)

La fille de Rogers nommée Nathalie est une docteure en psychologie qui s'est d'abord tournée vers l'art avant de devenir psychologue clinicienne à Boston. En 1974, elle rejoint son père à La Jolla et crée avec lui le premier atelier sur l'approche centrée sur la personne. Nathalie enrichit les recherches de son père d'un travail sur l'expression multimodale : mouvement, dessin, écriture, collage, jeu, etc. En tant que formatrice, elle facilita des ateliers en Europe, en Russie et en Amérique Latine. Elle a su mettre en relief le Potentiel créatif de l'ACP et a fondé le « Person-Centered Expressive Arts Association ». Elle est l'auteur de « The Creative Connection : Expressive arts as healing » ; dans son chapitre sur la créativité assez bref et concis, Nathalie discute du besoin social urgent d'éveiller le processus créatif et des conditions de centration sur la personne sous lesquelles il peut s'épanouir. Elle établit les conditions pour développer la créativité constructive :

- La première est le sentiment d'être **psychologiquement en sécurité**, ce qui suppose d'accepter l'individu comme quelqu'un qui a une valeur inconditionnelle, la compréhension empathique et le fait d'offrir un climat de non jugement ;
- La seconde condition est un climat pour la **liberté psychologique** (Rogers, 1954) ;
- La troisième est d'offrir des expériences qui stimulent et interpellent, par exemple « utiliser le mouvement, l'art visuel, le son, l'écriture, tout ça à la suite avec très peu de verbalisation pourrait aider à accéder à notre personne inconsciente et archétypale en menant à des prises de conscience de nos problématiques personnelles » (Rogers, 1963).

Nathalie tout comme son père Carl est très connue dans le domaine de l'art-thérapie car elle a beaucoup contribué à travers des travaux d'expressions artistiques et l'art-thérapie centrée sur la personne. Rogers (2004) nous parle de la « théorie de la créativité » de son père à laquelle elle s'est consacrée à donner vie. D'après elle, nous avons besoin de créativité pour lutter contre la conformité qui nous est imposée, nous avons besoin d'individus forts, capables de penser et d'agir de manière créative. Elle pense que pour maintenir la démocratie dans notre monde, tout être humain a besoin d'être créatif. Elle précise :

La créativité menace ceux qui exigent la conformité. Les dictateurs écrasent l'expression de soi et le processus créatif. Ils ne veulent pas que leurs concitoyens pensent par eux-mêmes ou qu'ils soient spontanés, imaginatifs ou autodéterminés. Ainsi, la créativité est subversive pour ceux qui exigent la conformité à un système politique. Carl était un individu très créatif lui-même. Il incarnait la personne créative qui reste ouverte aux options, qui est flexible et valorise les différences individuelles. (Approche centrée sur la personne : Pratique et recherche n°5, 2007).

Par cette approche, les attitudes que le praticien s'engage à mettre en œuvre et à développer sont : l'empathie, la congruence, le regard positif et inconditionnel. Celles-ci ne constituent pas un acquis figé mais un potentiel qui s'actualise en permanence. L'expérience Immédiate : le praticien centré sur la personne ne vise pas seulement à ce que le client acquière un « savoir sur soi », mais surtout la possibilité pour celui-ci de vivre « l'expérience de soi ». Etre soi-même : c'est le concept clé d'une relation d'aide centrée sur la personne à travers l'intégration des différents niveaux d'expérience de soi.

Le pouvoir dans l'approche centrée sur la personne s'exerce dès que l'on EST (Dartevelle, 1996). On transforme son environnement, même sans le vouloir. On a vu un arbre, on est différent d'avoir vu un arbre, l'arbre a donc un pouvoir sur nous. La physique quantique nous apprend que le seul fait de mouvoir son bras modifie la répartition des molécules dans l'univers entier (le Bouddhisme l'avait déjà affirmé). Vouloir ne pas exercer de pouvoir ce serait décider de ne plus exister, ce qui impliquerait encore une volonté de pouvoir sur sa propre existence. Dartevelle (1996) nous définit trois types de « Pouvoir » :

1. Le pouvoir d'être et d'agir : ici c'est celui du thérapeute, et en fin de thérapie, il est souhaitable pour un client. C'est « pouvoir être capable de », dans les trois plans de son incarnation humaine : physique, émotionnel et mental. C'est le déploiement, l'incarnation de l'énergie dans une personne. C'est être une personne à part entière, c'est être à l'aise dans son corps (ce à quoi nous aspirons pour nos apprenants IMC), être sensible, intelligent, audacieux et libre. Bref : « vivant ».

2. Le « pouvoir sur » : il peut vouloir signifier prendre en son pouvoir, être maître de, être en possession de. Ce serait soumettre les autres, les diriger, les dominer, savoir ce qui est bon pour eux à leur place. Ce serait encore les rendre dépendant, avoir une emprise sur eux à travers un savoir dont on tirerait gloire qu'on leur imposerait, avec le statut qui y est lié. Il n'existe pas ce type de pouvoir dans l'ACP.

3. Le pouvoir au-dedans : ce serait le pouvoir intérieur, la force intérieure, l'énergie présente en une personne. Une force, une présence qui ne se dit pas, qui ne se démontre pas, mais qui émane de la personne. On peut sans doute relier ce pouvoir à la qualité de présence, ajoutée ensuite par Rogers à la triade classique des attitudes.

Caractéristiques de l'ACP :

Le respect de la personne : c'est de la philosophie, l'aspect éthique qui régit toute la pratique, y compris laisser à l'autre le droit d'être différent.

La présence en tout être humain d'un potentiel de ressources : chaque individu a en lui les capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, de changer ses attitudes de base, et de trouver un comportement autonome. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses propres ressources. Le mot « potentiel » ici a la racine de « pouvoir ». Tout individu a un « pouvoir », non encore actualisé mais qui peut croître.

Une autre idée véhiculée comme inhérente à la philosophie de Rogers est celle de la « positivité de l'être humain » ou « positivité du développement humain ». Le mot qu'employait Devonshire était « trustworthy » qui signifie digne de confiance : justement parce qu'il est détenteur de ce potentiel de ressources.

Les concepts de Vie et Mouvement sont la clef voute de l'ACP. C'est à travers eux que l'on peut comprendre une pratique aussi peu commune dans l'univers thérapeutique que la pratique rogerienne et la relation de celle-ci au pouvoir. Pour Rogers (2004) la vie c'est ce qui meut l'univers et elle est présente dans l'être humain. Le mouvement quant à lui est intrinsèquement lié à la notion de vie car la vie est mouvement. De ces deux concepts est issue la méthode thérapeutique :

- La Vie : c'est ce qui est à la base de la confiance chez le client. La vie est là mais endiguée. Ce sera la catalyser, quelque forme, chemin et rythme qu'elle emprunte (pouvoir d'être et d'agir : comprendre, sentir, accueillir, catalyser).

- Le Mouvement : en termes de thérapie, on ne va pas chercher à développer par tentative de « pouvoir-sur » quelque chose qui n'est pas inscrit momentanément ou définitivement dans le processus directionnel. Par le mouvement, il s'agira de son pouvoir d'être et d'agir.

Les attitudes du thérapeute:

1. La congruence : voici comment Rogers la définit : «le thérapeute est, en toute ouverture, l'ensemble des sentiments et attitudes qui coulent (are Rowing) en lui dans l'instant. Le terme donne une idée de cet état (catches the flavor). Pour le thérapeute, ce qu'il vit profondément (experiencing) est disponible à sa conscience, peut être vécu dans la relation, et être communiqué au client si cela est approprié. Ainsi il y a un accord étroit entre ce qu'il vit viscéralement ('gut level' : tripes), ce qui est présent à sa conscience et ce qui est exprimé au client (Rogers, 1979).

2. L'empathie : cela signifie que le thérapeute sent avec précision finesse les sentiments sensations, significations dont le client est en train de faire l'expérience et est capable de refléter au client qu'il les sent. Cela implique être sensible, instant après restant instant, aux significations mouvantes ressenties qui coulent dans l'autre personne, à la crainte ou la rage ou la tendresse ou la confusion ou quoi que ce soit d'autre dont elle est en train de faire l'expérience. Parlons aussi de l'empathie du corps, la modulation de la voix, un regard, une ombre qui passe sur le visage, le frémissement de la lèvre, etc (Rogers, 1975).

3. Le regard positif inconditionnel ou acceptation inconditionnelle.

4. La qualité de présence : un peu plus tard dans sa recherche, Rogers ajouta cette quatrième caractéristique. Rogers lui-même a dit qu'il y a une source centrale d'énergie dans l'être humain. Il dit d'ailleurs avec surprise parlant de certains états de conscience : 'il semblerait que seule ma présence était « healing », guérissante'.

L'ACP est incontournable en AT. Tout d'abord, l'art-thérapeute devra adopter toutes les attitudes suscitées, mais aussi prendre en compte toutes les caractéristiques mises en commun afin d'assurer le bon déroulement des séances. Ce modèle place la personne au centre de tout et se centre sur la personne c'est dans ce sens que l'art-thérapie va s'assurer de prendre en compte tous désirs, les goûts, la volonté du client pour qu'il ressente qu'il peut faire quelque chose, être créatif et libre. De plus, la créativité est en chacun de nous, c'est pourquoi l'art-thérapie est accessible à tous avec ou sans expérience en art.

3.2. L'APPROCHE COMPORTEMENTALE : WATSON, PAVLOV, SKINNER, BANDURA

L'approche comportementale trouve ses précurseurs dans plusieurs domaines, notamment la psychologie expérimentale, le behaviorisme et la psychologie cognitive. Voici quelques-uns des principaux précurseurs de l'approche comportementale :

Tout d'abord, Watson est considéré comme le fondateur du behaviorisme ; il a soutenu que la psychologie devrait se concentrer uniquement sur l'étude des comportements observables et mesurables, rejetant de ce fait l'étude des processus mentaux internes. Il a démontré que les réponses émotionnelles peuvent être conditionnées. Il a ainsi établi que le comportement est principalement appris par l'expérience, mettant l'accent sur l'observation et l'expérimentation.

Pavlov

Skinner qui a développé le concept de conditionnement opérant, dans lequel les comportements sont façonnés par des conséquences telles que les récompenses et les punitions. Il a également introduit le concept de renforcement, soulignant son rôle dans le façonnement des comportements. Il a contribué à l'élaboration des principes fondamentaux de l'approche comportementale à travers une série d'expériences, qui mettent l'accent sur l'observation et la modification des comportements pour comprendre et influencer le fonctionnement humain.

Bandura

Les thérapies comportementales et cognitives se sont développées d'abord dans les pays anglo-saxons de l'Europe du Nord dès la fin des années 50, elle tire sa source de la psychanalyse. Beck, père de la TCC a décrit les schémas de pensées négatives associés à la dépression (être critique à l'égard de soi, du monde et de l'avenir). Il a également décrit les moyens de cibler et d'atténuer les pensées négatives afin d'améliorer l'humeur. Plus tard, Beck et ses collègues (1979) se sont concentrés sur le contenu de pensées et le processus de pensées associés à l'anxiété ainsi que sur les moyens de traiter les problèmes d'anxiété. Depuis sa création, la TCC est devenue une des méthodes thérapeutiques les plus répandues. Il s'agit d'un modèle évolué qui intègre les représentations et les états mentaux voilà pourquoi on parle plus de modèle cognitivo-behavioriste, aujourd'hui bien connu dans sa partie psychothérapeutique des thérapies cognitivistes et comportementales (TCC). Elles représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Dans un premier temps, ces thérapies ont été fondées sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théories de l'apprentissage social.

Elle fait appel à la cognition de l'individu. Elle vise à modifier les pensées et des comportements négatifs afin de favoriser des réactions adaptées. Le patient est amené à effectuer un travail sur lui-même pour changer son comportement de manière progressive. De plus, la TCC est reconnu comme la « norme d'excellence » c'est-à-dire le meilleur type de thérapie pour ce genre de problèmes. Comme l'ont confirmé plus de 357 études cliniques effectuées depuis 1957 et les directives de traitement internationales actuelles qui reposent sur la connaissance des experts du domaine. Par exemple, le National Institute of Mental Health (NIMH) des Etats-Unis et le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICH) du Royaume-Unis ont conclu que parmi les divers traitements psychologiques de l'anxiété, les dépendances, la dépression, les phobies (peurs fondées sur des croyances irrationnelles), et autres troubles émotionnels, la TCC est le traitement psychologique de première ligne recommandée. D'après Neil (2010), C'est une méthode thérapeutique efficace parce qu'elle est structurée, axée sur la résolution de problèmes orientée vers un but, enseigne des stratégies et permet développer des habiletés qui ont fait leurs preuves, mets l'accent sur l'importance d'établir une relation saine axée la collaboration entre le thérapeute et le client

Il est évident que les comportements influent sur les émotions, ils sont liés et forment des schémas mentaux. Les TCC travaillent à modifier les représentations, les idées (cognition), les discours enfouis, les croyances pour transformer par conséquent l'humeur, l'anxiété, la dépression, etc. Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. La thérapie familiale sous forme de psychoéducation et de résolution de problèmes a particulièrement été étudiée chez les psychotiques. Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes son non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Le thérapeute est actif ; les séances sont structurées selon le modèle qui est issu des thérapies cognitives de la dépression (Beck et coll., 1979) mais peut être étendu plus facilement avec quelques variantes aux différentes indications des TCC ;

Il a été démontré que la TCC est efficace pour tous les groupes d'âge, de la petite enfance à l'âge d'or, peu importe le niveau d'instruction, le revenu et l'origine ethnique des clients. Elle s'est également avérée efficace lors des séances individuelles et de groupe. Dans le cas de note étude, les TCC sont centrées beaucoup plus sur un certain nombre d'exercices manuels et instrumentaux avec les enfants IMC ; le but ici étant de soulager des convulsions et prévenir

les raideurs. On a également l'ergothérapie qui soulage la motricité et aide les enfants à devenir autonomes.

Le point de départ est tout simplement le fait qu'avant d'avoir essayé de pratiquer une activité qui sort de l'ordinaire, toute personne manque de confiance en elle. On pense toujours qu'on ne va pas y arriver ou qu'on sera rejeté par les autres. Chez l'enfant IMC ce sentiment est beaucoup plus profond car ce dernier se sent incapable de réaliser quoi que ce soit ; notre rôle ici sera alors de l'emmener à briser ces comportements de repliement sur soi au profit d'une plus grande ouverture sur le monde à travers la médiation artistique. La personne IMC en changeant son comportement par petites touches, en allant du plus simple au plus facile, peut se rendre compte que sa représentation, son anticipation de l'attitude rejetant d'autrui est fautive et ainsi la changer progressivement, la réajuster sur la réalité. Ainsi, ces émotions pénibles diminueront d'intensité et seront et deviendront gérables. Les phobies sont les champs sur lesquels ces approches se sont révélées les plus efficaces. Au vu de ses limites, le modèle strictement behavioriste est ainsi dépassé (Nguimatio, 2019).

La modification du comportement permet donc de supprimer les comportements inadaptés et problématiques, des mauvaises habitudes telles que se ronger les ongles, fumer, etc. ou d'enseigner de nouveaux comportements plus appropriés. Pour le cas de l'enfance IMC, ceci est très important car les lésions cérébrales affectent la coordination des gestes et la motricité. Les activités thérapeutiques seront donc nécessaires pour pouvoir modifier et améliorer les comportements. Nguimatio (2019) nous évoque quelques exemples de modification du comportement:

- L'apprentissage de la propreté chez l'enfant implique le principe de modification du comportement
- La correction de certains déficits du langage permet à certains enfants autistes qui ne parlent pas du tout de développer un vocabulaire de plusieurs centaines de mots. Il en est de même pour les personnes atteintes de paralysie cérébrale.
- L'amélioration de l'autonomie : cette méthode permet aux personnes en absence d'autonomie physique, mentale ou intellectuelle de développer les Contact sociaux, d'assurer leurs tâches quotidiennes eux-mêmes, voire occuper un emploi.
- L'apprentissage d'un art, de la musique, ou d'un sport : l'acquisition de nouvelles habiletés se fait souvent en utilisant des techniques du conditionnement.

À travers cette approche, l'art thérapie va être utilisé comme moyen permettant de modifier les comportements problématiques ou indésirables. Les médiations artistiques seront les outils par excellence. Ici les patients seront encouragés à créer des œuvres d'arts qui reflètent des comportements positifs ou utiliser l'art pour développer des compétences sociales.

3.3. L'APPROCHE KINESTHÉSIQUE DE MONTESSORI

L'approche kinesthésique met l'accent sur l'apprentissage par le mouvement et la manipulation ; elle trouve ses précurseurs dans plusieurs théories et pratiques éducatives. Des penseurs comme Montessori et Dewey ont contribué à façonner notre compréhension de la manière dont le mouvement et l'interaction physique peuvent être des composantes essentielles de l'apprentissage.

En AT, l'approche kinesthésique tout comme les approches basées sur le mouvement sont utilisées pour favoriser l'expression et la compréhension des émotions à travers les mouvements et le corps en d'autres termes, elles utilisent le mouvement et la conscience de soi comme outil pour favoriser le processus de guérison et d'exploration de soi. L'approche kinesthésique est basée sur le principe que le mouvement du corps peut être utilisé pour accéder aux émotions, aux expériences et aux souvenirs stockés dans notre corps. Ici, l'art-thérapeute encourage les participants à utiliser les techniques corporelles telles que la danse, le mime ou le théâtre en combinaison avec des médiums artistiques comme la peinture ou la sculpture. Ils peuvent aussi explorer différentes formes de mouvements et d'expression corporelle tels que la danse libre, la respiration consciente, les exercices de relaxation et la manipulation d'objets. Toutes ces activités permettent aux individus de se connecter à leur corps, de ressentir leur sensation physique et d'exprimer leurs émotions de manière non verbale. L'objectif ici est de promouvoir la prise de conscience, favoriser l'exploration de soi, l'expression émotionnelle et le processus de transformation personnelle à travers le mouvement. Cela peut aider les individus à libérer des tensions corporelles, à découvrir de nouvelles façons d'être en relation avec leur corps et à développer une meilleure compréhension de soi et leur coordination. En encourageant le mouvement et l'expression corporelle, l'art kinesthésique peut permettre d'exprimer ses sentiments, à exterioriser des expériences qui peuvent être difficiles à verbaliser. Il est important de noter que tous les individus sont uniques et les approches peuvent varier, il est donc réfléchi de travailler avec un art thérapeute qualifié qui saura adapter les activités en fonction des besoins de chaque participant (Laban, 1950). Il convient de noter que l'approche kinesthésique en art-thérapie ne vise pas à produire des performances artistiques mais plutôt à encourager l'exploration personnelle et l'expression créative à travers le mouvement. Chaque enfant IMC

est unique, chacun réagira différemment aux activités. Les exercices de mouvement corporels, de danse et de respiration servent à les aider à se connecter à leurs corps et à exprimer des émotions à travers le mouvement. Ils peuvent ainsi développer des comportements positifs qu'ils n'avaient pas avant sur les plans moteur et cognitif. Donc l'AT peut être utilisé pour capturer les sensations avec le mouvement.

3.4. L'APPROCHE SENSORIELLE : MONTESSORI, ELBRETCH

L'approche sensorielle ou sensorimotrice en éducation met l'accent sur l'utilisation des sens dans le processus d'apprentissage. Elle trouve ses précurseurs dans plusieurs domaines de la pensée éducative et psychologique. Fröbel (1850) est connu pour avoir inventé les jardins d'enfants et pour avoir développé une méthode éducative basée sur le jeu et les activités sensorielles. Montessori (1955) a développé une approche éducative qui met fortement l'accent sur l'apprentissage sensoriel, encourageant les enfants à utiliser leurs sens pour explorer et apprendre. Ces penseurs ont influencé notre compréhension de la manière dont les sens jouent un rôle crucial dans le processus d'apprentissage et ont contribué à la reconnaissance de l'approche sensorielle comme une composante importante de l'éducation.

Depuis Aristote, il est généralement établi que l'homme possède cinq sens. Parlant de sens, il s'agit de l'ensemble de l'appareillage permettant le traitement spécifique des informations en provenance du monde extérieur. Cet appareillage est formé des quatre organes récepteurs spécialisés auxquels s'ajoute le toucher.

Montessori (1955) nous parle du « raffinement des habiletés perceptives ». L'éducation des sens a pour but de raffiner la perception différentielle des stimulants au moyen d'exercices répétés. Lorsque l'enfant a manipulé et expérimenté le matériel, les mots servent à couronner l'expérience de l'enfant en donnant une expression claire et juste. Les cinq sens nous relient à la vie. Ils nous permettent de percevoir le monde qui nous entoure, ils sont à la base du système de perception de l'organisme. À travers eux le corps humain reçoit les informations sensorielles. À chaque sens correspond un organe :

- L'ouïe à travers les oreilles permet d'entendre. Les vibrations de l'air pénètrent dans le conduit auditif. Elles heurtent la membrane du tympan et la font vibrer. Les osselets prennent le relais, amplifient les sons et transmettent les informations au nerf auditif ce qui fait en sorte que les informations peuvent être analysées par le cerveau.

- L'odorat à travers le nez permet de sentir. Quand on respire, l'air passe sur les cils olfactifs. Ceux-ci détectent les odeurs et les transmettent au cerveau par l'intermédiaire du nerf olfactif.
- La vue à travers l'organe des yeux. Une image traverse la pupille puis le cristallin et se forme alors sur la rétine. Le nerf optique transmet l'image au cerveau qui la remet à l'endroit.
- Le goût qui permet de goûter à travers la langue. La langue est un muscle dont la surface est parsemée de petits boutons qui sont les papilles gustatives. Ces petits organes sont capables de percevoir cinq saveurs : le sucré, le salé, l'amer, acide et l'umami (le savoureux, un goût plaisant de bouillon ou de viande). Les papilles reconnaissent les saveurs de ce que l'on mange et renvoient les informations au cerveau.
- Le toucher (perception tactile) à travers la peau qui contient des nerfs dans le derme transmet les informations à la moelle épinière puis au cerveau. Il serait important ici, d'évoquer le toucher thérapeutique qui est une pratique de soin énergétique utilisée pour promouvoir la guérison et le bien-être. Il repose sur l'idée que l'énergie vitale circule autour et à travers le corps humain, et que des déséquilibres ou des blocages dans ce flux énergétique peuvent causer des maladies ou des malaises. Il se déroule en plusieurs étapes qui sont : le centrage, l'évaluation, l'intervention et la réévaluation. Cette méthode est souvent utilisée en complément de traitements médicaux traditionnels et est pratiquée dans divers contextes, notamment en soins palliatifs, en oncologie, et en soins infirmiers. Les bénéfices rapportés incluent la réduction du stress, la diminution de la douleur, et une sensation générale de bien-être.

La théorie des cinq sens a toutefois été déconstruite car selon certains scientifiques il existe bien plus de sens comme quoi, ils seraient au nombre de neuf ou plus (Rosenblum, 2010). Citons par exemple le sens de l'équilibre ou sens vestibulaire dont l'organe est situé dans l'oreille interne (le système vestibulaire), la thermoception permettant de ressentir les températures ou celui de la proprioception ou sens kinesthésique qui à chaque instant nous permet de savoir où se trouve notre pied droit ou notre genou gauche ou encore de toucher notre nez les yeux fermés, le sens de la faim et de la soif, le sens de la douleur, le sens magnétique.

Cette approche accorde une grande attention aux sens et à la pratique de la pleine conscience et constitue comme une cartographie corporelle centrée sur le corps et dite bottom-up car elle va du bas vers le haut, c'est-à-dire utilisant les sensations du corps et les émotions

avant de réfléchir sur ce que l'on vit. De plus, les consignes données consistent à guider le client pour favoriser son évolution.

En AT, tous ces sens entrent en jeu. Il faut à la fois voir, entendre, sentir, goûter et toucher. L'enfant IMC dont certains sens peuvent être altérés ou diminués dû au dysfonctionnement des parties du cerveau lésé sera quand même entraîné à se servir de ses organes de sens dans le but de mener des activités enrichissantes. Les arts plastiques et la danse par exemple permettent à l'enfant IMC de mettre son corps en mouvement, de stimuler ses sens. Ces activités stimulent les capteurs sensoriels (yeux, langue, peau, nez et oreilles) de l'enfant suivant les médiums choisis ; l'enfant IMC retrouve ses sensations visuelles par les couleurs et les formes, ses sensations corporelles par les différents mouvements effectués. Elles réveillent les capacités créatives et permettent de créer, inventer, imaginer quelque chose en utilisant ses connaissances. La diversité des techniques simples offre l'accessibilité à une pratique artistique selon ses capacités physiques par des techniques moins compliquées. Ainsi l'enfant IMC peut trouver un médium adapté à ses capacités de préhension et de dextérité. Des sensations tactiles en ressentant la texture des matériaux par le toucher par exemple malaxer la pâte à modeler, déchirer du papier (élan corporel simple, gestuelle), mais aussi des sensations olfactives par l'odeur de la peinture ou de la terre et enfin des sensations auditives par le frottement des matériaux sur un support, etc. L'accent est mis sur l'utilisation des sens pour créer des œuvres d'arts. On encourage le patient à explorer les différentes textures, couleurs et formes pour stimuler la créativité.

Elbretch (2019) dans son approche, présente sa méthode de thérapie par le dessin guidé en mettant l'accent sur les processus sensorimoteurs pour aider les enfants à traiter les traumatismes à travers une approche d'AT ; elle incite à l'utilisation des sphères sensorielles et kinesthésiques, proposant ainsi la connexion à soi et à ses urgences physiologiques instinctives par des mouvements rythmiques répétitifs. Les formes archétypales proposées sont universelles et se retrouvent toutes dans la nature. Les formes primaires rondes et à connotation féminines sont : le bol, l'arche, le cercle, la spirale, la figure huit et la vague, tandis que les formes primaires linéaires et angulaires à connotation masculine sont : la ligne verticale, la ligne horizontale, la croix, le triangle, le rectangle, l'éclair et le point. Ces catégories ne sont pas basées sur le genre ; elles sont plutôt des motifs archétypaux que l'on retrouve depuis la préhistoire dans la culture, l'art et la religion. Le fait de connecter à ces formes avec une présence consciente peut restaurer l'ordre intérieur et favoriser l'émergence de l'affectif, ramenant ainsi le niveau cognitif et permettant de nommer son expérience.

Elbretch (2019) considère le dessin guidé comme une méthode d'autorégulation, une technique d'ancrage permettant d'initier le processus de mouvement intérieur dans le corps et l'esprit, notamment à la suite d'un traumatisme. Elle explique qu'à la suite d'un tel événement, l'impulsion motrice est très forte et que seule l'approche sensorimotrice peut atteindre le cerveau jusqu'au système limbique où le trauma est stocké. Elle explique également que dans le développement sensorimoteur préverbal, chez l'enfant, trois étapes-clés sont : le ressenti provenant de la peau, l'équilibre et la sensibilité à la profondeur. Ainsi cette approche peut favoriser le rétablissement de ces sphères chez les personnes dont ces étapes auraient été interrompues lors du développement initial. En utilisant d'abord l'expérience du corps de façon auto-réconfortante en réalisant des marques et des gestes sur papier ou encore la thérapie par le champ d'argile, mettant en avant le rôle du corps et des processus sensorimoteurs dans la guérison ; cela peut commencer à altérer les rythmes internes du client tout en dirigeant l'attention vers l'action et l'empuissancement (Elbretch, 2018).

3.5. L'APPROCHE DE LA THÉRAPIE PAR LE JEU DE WINNICOTT

L'approche thérapeutique par le jeu trouve ses racines dans plusieurs traditions et disciplines. Rorschach, bien que son travail ne soit pas directement lié à la thérapie par le jeu, le test de Rorschach, qui utilise des images abstraites pour évaluer les perceptions et les émotions des individus, a jeté les bases de l'utilisation de stimuli visuels dans la compréhension de la psyché humaine. Lowenfeld, pionnière de la thérapie par le jeu, Lowenfeld a développé la "World Technique", qui consiste à utiliser des figurines et des miniatures pour permettre aux enfants d'exprimer leurs sentiments et leurs préoccupations de manière symbolique. Levy a contribué à la thérapie par le jeu en développant la "méthode du jeu dirigé", qui consiste à observer les enfants pendant qu'ils jouent librement et à interagir avec eux de manière à favoriser l'expression de leurs émotions et de leurs pensées.

Ces précurseurs ont posé les bases de l'approche de la thérapie par le jeu telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, mettant en lumière le potentiel du jeu comme moyen puissant pour les enfants (et même les adultes) d'exprimer leurs émotions, de résoudre des problèmes et de développer des compétences sociales et cognitives.

Le jeu est une notion centrale chez Winnicott. Pour lui, ce qui fait que l'enfant soit capable de jouer revient à questionner « ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue » (Winnicott, 1971). Ce dernier s'inspire à la fois des thèses freudiennes et des avancées théoriques de Klein. Néanmoins il ajoute à sa position la pensée selon laquelle le jeu n'est pas uniquement le reflet

de représentations internes de l'enfant, mais que cela témoigne aussi de l'impact de l'environnement sur son développement.

Klein a précédé Winnicott dans le domaine. Elle est celle qui a mis en place la technique de l'analyse par le jeu et par ricochet l'analyse des enfants (Klein, 1993) qui consiste à interpréter le jeu chez l'enfant comme on interpréterait un rêve. Avec Klein, la psychanalyse interroge le jeu de l'enfant. Ici, le jeu perd sa caractéristique futile et récréative. Il devient une médiation thérapeutique qui permet d'avoir accès aux représentations internes, psychiques (contenus conscients et inconscients), symboliques de l'enfant. Elle se réfère très explicitement à Freud car d'après elle, la technique d'analyse par le jeu chez l'enfant est équivalente à la psychanalyse de l'adulte.

La théorie du jeu de Winnicott l'a amené à reconsidérer la technique de l'analyse de Klein. En tant que pédiatre et psychanalyste, il considère que le jeu de l'enfant est spontané et universel. Son apport essentiel est qu'il soutient que l'environnement ne peut être dissocié de la genèse d'un individu et le jeu contient cette genèse de son développement psychique. Ici, il ne s'agit plus de regarder le jeu comme nous l'avons vu avec Klein c'est à dire mettre en scène la réalité psychique interne de l'enfant mais plutôt d'une expérience vitale essentielle à l'enfant. Jouer est un phénomène transitionnel car lorsque l'enfant joue il entre dans une sphère intermédiaire où la réalité n'est plus une contrainte mais est adaptée en fonction des besoins internes, le jeu est son moyen d'exister réellement. Winnicott soutient que le jeu est un tout qui a des vertus thérapeutiques en soi, à la fois un contenu et un contenant. Pour lui, « le nourrisson joue dès qu'il est capable de posséder un objet non-moi » (1979), encore appelé objet transitionnel, cela peut être un morceau de chiffon, un nounours, un hochet, une ficelle, une balle, un bout de laine, etc. L'objet transitionnel en psychologie est ce qui permet à l'enfant de projeter ses émotions sur autre chose que sur lui-même. L'intérêt du jeu est qu'il soit une expérience à l'initiative de l'enfant (Winnicott, 1969).

Parlant de la création comme d'un objet transitionnel entre réalité psychique interne et réalité externe perçue, c'est une notion très enrichissante pour le développement de l'enfant. Le travail de jouer soutient le travail d'axes spécifiques de toute activité chez l'enfant. Il est intéressant de constater que le jeu, dans notre langue française, regroupe plusieurs types : jouer, selon le Larousse, réfère à « la pratique d'un jeu, s'amuser avec un jeu ». En anglais, différents termes sont utilisés pour définir l'étendue des significations que peut regrouper le jeu, le game, le play, le playing. Le game faisant références à des jeux codifiés, aux règles bien définies, comme les jeux de société. Le play se réfère à l'aspect symbolique du jeu, il fait appel à

l'imagination, la spontanéité. Et le playing dont le -ing appuie sur « être en train de faire quelque chose », se réfère alors aux processus de création, aux multiples modifications qui se jouent dans l'instant du jeu. Dans l'image de base, composante de l'image du corps, cet espace transitionnel partagé, dans le jouer qui remplit cet espace, une composante de l'image du corps qui est en construction.

« Il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. Faire le nécessaire pour que les enfants soient capables de jouer, c'est une psychothérapie qui a une application immédiate et universelle ; elle comporte l'établissement d'une attitude sociale positive envers le jeu. Mais il faut admettre que le jeu est toujours à même de se muer en quelque chose d'effrayant. Et l'on peut tenir les jeux (games), avec ce qu'ils comportent d'organiser, comme une tentative de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (playing) ». (Winnicott, 1975)

Cependant pour des enfants cérébrolésés, le travail du jouer prend encore une autre dimension. Le jeu qui est une activité dont le seul objectif est le plaisir va aider l'enfant à accéder à son « je », à s'affirmer en tant qu'individu et va ainsi lui apprendre à devenir autonome. Pour Winnicott, jouer et être créatif vont de pair car l'enfant ou même l'adulte y fait émerger sa personnalité et donc son « Moi ». Le jeu en particulier, peut participer à remettre en mouvement les différentes dimensions qui composent le sujet (motrices, psychiques, affectives...), souvent scindées par le handicap à travers les prises en charges spécifiques.... De même le jeu peut permettre de redonner à l'enfant sa place de sujet en favorisant le plaisir d'un vécu corporel unifié et différencié.

En Art-thérapie, on utilise le jeu et les activités ludiques pour aider les patients à développer les habiletés motrices, leur créativité, leur coordination. La notion de jeu libre est centrale en art-thérapie (Winnicott, 1975). Avec les jeunes enfants en particulier, il s'agit de les aider à développer leur propre capacité à jouer de manière créative, surtout lorsqu'elle est endommagée par des troubles psychosomatiques ou des vécus traumatiques. On peut procéder de deux manières:

- Soit en autorisant l'enfant à proposer, procéder de lui-même à des actions avec les matériaux mis à disposition dans un cadre pensé pour lui (ou pour eux, s'il s'agit d'un groupe). L'art-thérapeute se connecte à sa façon de faire pour l'amener progressivement vers les objectifs de travail.
- Soit, si plus efficace dans certains cas, en proposant un jeu créatif, éventuellement en collaboration avec l'art-thérapeute ou la ou les personne(s) accompagnant l'enfant ou le groupe dans le cadre du dispositif d'atelier. Il est bien sûr possible – et utile ! – de

combiner les approches en se laissant guider par l'enfant ou le groupe sur une voie d'avancement progressif.

L'art comme jeu tient une place importante dans les utopies artistiques : l'enjeu étant que chacun profite lui-même des bienfaits de la création. Ceux qui défendent cette utopie de l'art comme jeu, privilégiant la non-compétition dans le play, commencent par la mettre en œuvre en pratiquant un art quel qu'il soit, ou plusieurs, ou en appliquant leur créativité à leur cadre de vie. Le jeu et l'art ont un objectif commun, celui de la transformation par la créativité ; et quand il s'agit de thérapie, il serait bien plus intéressant de les combiner.

DEUXIÈME PARTIE CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRAIRE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

La méthodologie peut se définir comme étant « l'étude du bon usage des méthodes et des techniques pour résoudre un problème, répondre à une question ». La méthode quant à elle est une démarche scientifique, rigoureuse, logique, structurée pouvant être utilisés pour nous permettre de parvenir à un résultat précis, une vérité scientifique.

D'après Campenhout et Quicy (2011.P15) « une démarche est une manière de progresser vers un but ». En d'autres termes il s'agit de démontrer, faire l'illustration de comment est ce qu'on a cheminé pour parvenir à un résultat précis. Dès lors, ce chapitre permet d'apporter la crédibilité, la fiabilité à ce travail. Le type de recherche, le site de l'étude, la population de l'étude, l'échantillon, la description de l'instrument de collecte des données, la validation de l'instrument, la procédure de collecte des données, la méthode et la technique d'analyse, la vérification des hypothèses et les outils sont les éléments constitutifs du présent chapitre.

4.1. RAPPEL DE L'OBJET D'ETUDE

4.1.1. Rappel du problème de recherche

Au regard du constat empirique et théorique que nous avons relevé plus haut, notre problème de recherche par du phénomène selon lequel nous avons constaté un bon nombre de difficultés d'apprentissage chez les enfants IMC en contexte scolaire ; nous voulons de ce fait promouvoir la pratique de l'AT comme moyen efficace pouvant résoudre ces difficultés et favoriser l'autonomie de nos apprenants atteints d'IMC. Cette pratique est déjà bien établie en milieu hospitalier cependant les personnes déficientes peuvent être rencontrées partout. Nous avons choisi de mettre l'accent sur une population d'enfants IMC rencontrant des difficultés sur le plan moteur. C'est ainsi que notre problème de recherche est celui de la difficulté d'apprentissage des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire. Mais nous pensons que la pratique de l'AT peut être vue comme un moyen de remédiation à la fois utile et agréable pouvant permettre à ces derniers d'acquérir de nouvelles habiletés ou de perfectionner celles qu'ils ont déjà.

Bien que des activités artistiques et certaines médiations soient pratiquées en milieu scolaire, elles mettent plus l'accent sur la performance de l'élève et la beauté de l'œuvre réalisée. Or en contexte de troubles organiques et fonctionnels chez l'enfant IMC, l'accent devrait être mis sur l'évolution marquée juste après la pratique de l'AT et ainsi l'utiliser comme un moyen d'améliorer leur mode de vie, leur autonomie, voire de les guérir sur plusieurs plans (physique, cognitif, affectif, etc).

4.1.2. Rappel des questions de recherche

Il est question de rappeler la question de recherche (QR) et les questions secondaires (QS) de recherche que nous avons présenté au premier chapitre.

4.1.2.1. Question de recherche

QR : « Comment l'AT favorise-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire ? »

4.1.2.2. Questions secondaires :

Elles sont au nombre de trois

QS1 : la pratique du dessin guidé contribue-t-elle à l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants IMC en âge scolaire ?

QS2 : la pratique de la sculpture favorise-t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants IMC en âge scolaire ?

QS3 : la pratique des exercices de mouvements rythmés favorise -t-elle l'acquisition des habiletés motrices chez des enfants IMC en âge scolaire ?

4.2. DESCRIPTION DES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

4.2.1. Rappel de l'hypothèse générale (HG)

Dans ce travail, l'hypothèse générale est la suivante : « l'AT favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers la pratique du dessin guidé, de la sculpture, des exercices de mouvement rythmés ». De Cette hypothèse générale se dégagent deux types variables : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

Notre variable indépendante (VI) est : la pratique de l'art-thérapie, elle est ici à dominantes danse et art-plastique. Nous pouvons en tirer trois modalités qui sont :

Modalités 1 : la pratique du dessin guidé

Indicateur :

- Le traçage des formes
- La stabilité et la précision des gestes
- Concentration à effectuer les gestes

Indice :

- Utilisation d'outils scripteurs pour laisser une trace

- Faire des gribouillages
- Tracés colorés

Modalités 2 : la pratique de la sculpture

Indicateur :

- Agilité à pétrir
- Mouvements digitaux
- Mouvements manuels

Indices :

- Pétrir la pâte
- reproduire un modèle
- précision du geste

Modalités 3 : la pratique des exercices de mouvements rythmés

Indicateur :

- Développement de l'équilibre
- Maîtrise de la coordination
- Dynamisme et résilience

Indices :

- Tenir sur ses jambes en équilibre ou tenir sur une jambe en équilibre.
- Mouvements coordonnés
- Envie de bouger

Notre variable dépendante (VD) quant à elle est formulée de la manière suivante : l'acquisition des habiletés motrices des enfants IMC en âge scolaire. Elle comporte deux modalités qui vont nous permettre de déduire à travers certains critères si l'acquisition des habiletés motrices est effective ou non.

L'évaluation de l'acquisition de ces habiletés va se mesurer à deux niveaux, les habiletés motrices fondamentales et les habiletés motrices spécifiques. Les modalités sont les suivantes :

Modalités 1 : acquis

Indicateur : positif (+)

Indice : Réussite dans l'exécution des gestes et des mouvements.

Modalités 2 : En cours d'acquisition ou ECA

Indicateur : (+/-)

Indice : amélioration progressive dans l'exécution des gestes et des mouvements.

Modalités 3 : non acquis

Indicateur : négatif (-)

Indice : échec dans l'exécution des gestes et des mouvements.

Tableau 1 : Cartésien des variables

V.I \ VD	L'acquisition des habiletés motrices Chez l'enfant IMC en âge scolaire
La pratique du dessin du guidé =X1	$X1*Y=X1Y$
La pratique de la sculpture =X2	$X2*Y=X2Y$
La pratique des exercices des mouvements rythmé = X3	$X3*Y=X3Y$

4.2.2. Rappel des hypothèses de recherche

HR1 : La pratique du dessin guidé favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers la stimulation de la motricité fine et de la concentration.

HR2 : La pratique de la sculpture favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers la stimulation des mouvements manuels et digitaux et des gestes.

HR3 : La pratique des exercices de mouvements rythmés favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers le développement de l'équilibre, de la coordination et du dynamisme.

Tableau 2 : Tableau synoptique de l'hypothèse générale, variable, modalités, indicateurs et indices

HG	VI	HR	Modalités	Indicateurs	Indices	VD	Modalités	Indicateurs	Indices
La pratique de l'AT favorise l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC en âge scolaire à travers le dessin guidé, la sculpture et les exercices de mouvement rythmés.	La pratique de l'AT : à dominantes danse et art plastique	HR1. La pratique des activités de dessin guidé favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire.	Pratique Du dessin guidé	-Traçage des formes (graphisme) -Stabilité des gestes -Concentration pour réaliser les tâches	<i>Savoir tracer avec un outil scripteur, savoir gribouiller, colorier avec précision.</i>	L'acquisition des habiletés motrices des enfants IMC en âge scolaire	Acquis	(+)	Réussite dans l'exécution des gestes, et des mouvements
		HR2. La pratique des activités de sculpture favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire	Pratique de la sculpture	-Précision des gestes -Mouvements digitaux -Mouvements manuels	<i>Pour la sculpture: pétrir la pâte, reproduire un modèle, maîtrise et précise des gestes, modelage et moulages.</i>	ECA	(+/-)	Amélioration progressive durant l'exécution des gestes et mouvements	
		HR3. La pratique des exercices de mouvements rythmés favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire	Pratique des exercices de mouvements rythmés	-Développement de l'équilibre -Maîtrise de la coordination -Dynamisme et résilience	<i>Pour les exercices de mouvements rythmés: Tenir en équilibre sur ses/une jambe (s), envie de bouger, effectuer des mouvements coordonnés.</i>	Non acquis	(-)	Echec au moment de l'exécution des tâches.	

4.3. TYPE DE RECHERCHE

Notre étude est de type descriptif exploratoire en ce sens qu'elle envisage analyser la relation qui existe entre la pratique de l'AT, un enfant porteur d'IMC et l'acquisition d'habiletés motrices c'est à dire l'impact de la pratique thérapeutique à travers des activités artistiques (en contexte éducatif), sur l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC à l'aide des informations recueillies sur le terrain. Elle est corrélationnelle parce qu'elle fait référence à la relation qui existe entre les différentes variables et veut ressortir la relation de cause à effet qui s'établit entre l'AT et l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC. Ainsi nous examinerons au cas par cas plusieurs enfants en présentant différents symptômes afin d'évaluer en quoi l'AT leur a permis soit d'acquérir de nouvelles habiletés, soit de développer celles qu'ils avaient déjà.

L'approche quantitative :

Il s'agit d'une méthode de recherche qui vise à quantifier les données et à appliquer des analyses statistiques pour comprendre les phénomènes sociaux. Selon Creswell (2014), « la recherche quantitative est une enquête systématique, empirique et statistique qui collecte des données numériques pour identifier des modèles, tester des théories, et faire des prédictions. Elle repose sur la mesure des variables et l'analyse des relations entre elles, souvent à travers des enquêtes, des questionnaires et des expérimentations, pour généraliser les résultats à une population plus large. »

La recherche qualitative :

C'est une méthode de recherche qui vise à comprendre les phénomènes sociaux à travers une perspective détaillée et subjective. Selon Denzin et Lincoln (2005), « la recherche qualitative est une activité située qui situe l'observateur dans le monde. Elle consiste en une série de pratiques matérielles et interprétatives qui rendent le monde visible. Ces pratiques transforment le monde. Elles le tournent en une série de représentations, y compris des notes de terrain, des entretiens, des conversations, des photographies, des enregistrements et des mémos à soi-même. À ce niveau, la recherche qualitative implique une approche naturelle du monde, ce qui signifie qu'elle tente d'étudier les choses dans leur cadre naturel, et cherche à comprendre ou interpréter les phénomènes en termes de significations que les gens leur attribuent. » Dans cette étude qui vise à comprendre l'impact de la pratique des activités artistiques dans l'acquisition des habiletés motrices, une recherche qualitative et plus précisément l'étude de cas serait la mieux indiquée.

L'étude de cas

L'étude de cas est « une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'informations multiples sont utilisées » Collerette (1997). En d'autres mots, c'est une méthode de recherche qualitative qui consiste en une analyse détaillée et approfondie d'un cas spécifique, tel qu'une personne, un groupe, une situation ou une organisation. Cette méthode permet de recueillir des données riches et détaillées sur le sujet étudié, en utilisant une variété de sources d'information, telles que des entretiens, des observations, des documents et des archives.

4.4. SITE DE L'ÉTUDE

Notre Recherche s'est effectuée dans la ville de Yaoundé. À cet effet nous nous sommes intéressés à différents lieux où résident notre population de recherche avant de choisir l'institution Promhandicam-Association. Le choix de ce lieu a été basé on peut dire sur l'accueil généreuse des différents acteurs de l'association qui nous ont reçu convivialement bien que ce lieu soit assez éloigné de notre domicile.

4.4.1. Promhandicam-Association

Le centre d'éducation et de traitement spécialisé pour enfants déficients intellectuels et infirmes moteurs cérébraux est situé dans le département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé IV, au lieu-dit rondpoint petit marché Mimboman, en face de la pharmacie Aumacha, avant le château d'eau. Il accueille des enfants présentant des troubles d'apprentissage liés à leur déficience mentale et/ou intellectuelle.

PROMHANDICAM en abrégé est en fait un service pour la promotion des personnes handicapées du Cameroun. Il s'agit d'une œuvre sociale privée à but non lucratif qui a été créée en 1975 (soit deux ans après le CNRPH Paul Emile Léger d'Etoug-ebe) par le Colonel Daniel de ROUFFIGNAC et fut aussitôt reconnue par le Ministère des affaires sociales le 09 Avril 1979. Dix ans plus tard, elle devient PROMHANDICAM-ASSOCIATION et en 1994, sa gestion est confiée à la congrégation des fils de l'immaculée conception jusqu'en décembre 2022.

• Objectifs de la structure :

- Promouvoir toute action susceptible de faciliter l'inclusion holistique (sociale, économique, culturelle et sportive) des personnes handicapées.

- Promouvoir l'éducation inclusive des jeunes enfants vivant avec handicap dans les écoles ordinaires ; faciliter l'accès aux soins et aux services de réhabilitation des personnes handicapées.

• **Description des services offerts et des activités :**

Une fois arrivé au rondpoint Mimboman, on observe le portail noir de PROMHANDICAM. A l'entrée se trouve une guérite où il est possible de prendre des renseignements, puis un parking où garer son véhicule. Ensuite il est possible de se rendre dans les différents services ci-après :

- Un service de rééducation : (kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie, physiothérapie, etc.) spécialisé pour tous les problèmes de rééducation motrice et de réadaptation fonctionnelles dès le bas âge jusqu'à X âge (pieds bots, douleur musculaire et articulaire, rhumatisme, paralysie, retard psychomoteur, genou varum et valgum, etc.)
- Un service de consultations ophtalmologiques : accompagné d'un cabinet d'optique pour tous vos problèmes de santé oculaire, consultation et lunetterie.
- Une école maternelle et primaire inclusive aménagée pour accueillir tous les enfants avec ou sans déficiences : elle dispense aux handicapés visuels des techniques palliatives spécifiques telles que : le braille (avec la présence d'une imprimerie braille bien équipée et une salle machine pour l'informatique), la dactylographie, la locomotion indépendante, les activités de la vie journalière. Elle accompagne également les élèves et étudiants aveugles et malvoyants dans leurs études, et dispense des cours d'alphabétisation aux personnes devenues aveugles ou malvoyantes. L'école inclusive déroule toutes les classes de la maternelle : petite section, moyenne section, grande section ; toutes les classes du primaire ; sil, CP, CE1, CE2, CM1 et CM2. La tenue de classe est de couleur verte pour la chemise des garçons et kaki pour le bas (pantalons pour les garçons et robe pour les filles dont le bas est vert et le haut kaki).
- Un centre d'éducation spécialisée qui accueille des enfants infirmes moteurs cérébraux et déficients intellectuels sévères : ses activités sont d'ordres éducatifs, pédagogiques, scolaires, sportifs, artistiques, informatique, rééducation fonctionnelle, apprentissage des petits métiers, loisirs. Elles ont pour objectif de permettre à l'élève ayant une déficience intellectuelle sévère ou une IMC, avec ou sans autres déficiences associées, d'acquérir des compétences liées à la connaissance, à la motricité, à la socialisation, à l'affectivité et à la vie communautaire. Le but recherché est d'accroître son autonomie dans les

différents milieux de la vie et sa participation sociale. La tenue de classe ici est de couleur verte entièrement. Il existe au total quatre (04) groupes au centre spécialisé:

- Le groupe 1 qu'on nomme « les mignons » est une classe pour l'autonomisation de l'enfant (alphabétisation et réflexes).
- Le groupe 2 nommé « les anges » est la classe pour la socialisation et le langage, on insiste sur la motricité fine et l'apprentissage.
- Le groupe 3 qu'on nomme « les sages » est la classe obligatoire pour l'orientation à l'école primaire ou l'apprentissage des petits métiers pour les enfants avec un handicap profond (il y est effectué un test de niveau). Ici l'accent est mis sur l'écriture, la réflexion et la reproduction.

4. Le groupe 4 quant à lui est la classe pour l'apprentissage des petits métiers (peinture, arts, teinture, cuisine, informatique, etc.), on les appelle « les petits doués ».

5. Un suivi psychopédagogique des élèves par des psychologues expérimentés et un suivi social par l'assistance sociale. De plus, il existe un partenariat avec les parents qui met en place : école des parents, réunion des parents, participation aux projets éducatifs et pédagogiques, enquêtes sociales.

- Un atelier d'appareillage orthopédique : il a pour rôles la fabrication, l'entretien et la réparation des aides techniques de marche (béquilles, cannes anglaises, orthèses et attelles de correction) et les aides techniques roulantes (fauteuils roulants et tricycles) ; chaussures orthopédiques ; les conseils et les adaptations ergothérapeutiques.
- Un réseau RBC : qui consiste à offrir des services de proximité aux personnes handicapées, dans leur milieu de vie, par des personnes de leur communauté en utilisant autant que possible des ressources locales.
- Le Center Cameroon Cluster Program (CCCP) : c'est un programme initié par CBM et mis en place par PROMHANDICAM en partenariat avec l'ESEDA, le CJARC et le PNLCé. Il a pour but de faciliter l'accès des personnes handicapées de la région du centre aux soins de santé oculaire, à l'éducation et au développement inclusif, d'une manière équilibrée. Le CCCP a son siège dans l'enceinte de PROMHANDICAM à Mimboman.

Nous ne devons pas omettre la présence d'une cantine, d'une salle polyvalente de réunions, d'un office où il est possible de dire la messe, de toilettes modernes et semi-modernes, et bien d'autres.

Promhandicam est un établissement administré par une direction générale assistée par un secrétariat, une direction de l'école inclusive également assistée par un secrétariat et une direction au service de la Kiné.

4.5. POPULATION ET ÉCHANTILLON

Pour développer cette partie, nous commençons par présenter la population d'étude avant de nous intéresser à l'échantillon lui-même.

4.5.1. Population de l'étude

Le choix de la population s'impose de lui-même à nous car nous sommes rangés dans un champ précis qui est le handicap physique. Nous avons alors des informations d'une certaine nature à recueillir. Les membres de ladite population nous permettent d'avoir ces informations. Ce choix n'est donc pas neutre. D'après Angers (1992), la population désigne l'ensemble d'éléments qui ont une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments sur lesquels porte l'investigation. Vu l'intitulé de notre travail, notre population est constituée des enfants atteints d'IMC, engagé scolaire et scolarisés. La population sur laquelle nous avons choisi de mener nos investigations est une population d'enfants en âge scolaire, scolarisés, atteints d'IMC et menant régulièrement des activités artistiques. La population est l'ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquels portent les observations. Compte tenu des faits que nous analyserons le plan de formation des enseignants cela justifie que nos observations soient portées sur les enseignants en situation de classe. La population cible n'est pas toujours accessible.

4.5.2. Technique d'échantillonnage

L'échantillonnage est un processus par lequel on choisit un certain nombre d'éléments dans une population de telle manière que les éléments choisis représentent ladite population.

4.5.2.1. Types d'échantillonnage

a. L'échantillonnage Probabiliste pour la sélection d'un échantillon à partir d'un échantillon, c'est la méthode de sélection d'échantillon reposant sur le principe de la randomisation c'est à dire de façon aléatoire. Les individus sont sélectionnés en fonction de critères spécifiques tels que leur accessibilité, leur disponibilité ou leur pertinence pour l'étude. Cette approche ne garantit pas une représentativité équitable de la population, ce qui peut introduire des biais dans les résultats de l'étude. Ici nous avons : l'échantillonnage aléatoire simple, l'échantillonnage systématique ou par intervalle, l'échantillonnage stratifié,

l'échantillonnage en grappes, l'échantillonnage à plusieurs degrés, l'échantillonnage à plusieurs phases, l'échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille.

b. L'échantillonnage non Probabiliste : c'est une méthode de sélection d'échantillon où les éléments de la population ne sont pas choisis de manière aléatoire. Au lieu de cela, les individus sont sélectionnés en fonction de critères spécifiques tels que leur accessibilité, leur disponibilité ou leur pertinence pour l'étude. Les types les plus courants des méthodes d'échantillonnage non probabilistes sont : l'échantillonnage par quotas, l'échantillonnage au jugé, l'échantillonnage de commodité ou à l'aveuglette, l'échantillonnage volontaire (qui est la méthode de sélection d'échantillon pour une étude où les individus choisissent de participer de leur propre volonté).

4.5.2.2. Échantillon de l'étude

L'échantillon c'est la forme réduite de la population mère puisqu'ayant les mêmes caractéristiques. C'est un ensemble d'individus extraits d'une population initiale de manière aléatoire ou non, de façon à ce qu'il soit représentatif de cette population.

Dans la présente étude nous avons procédé par échantillonnage par choix raisonné dans les classes. Pour ce faire, nous avons tiré une portion de la population de telle manière que chaque membre ait une chance d'être sélectionné. Ce procédé est considéré comme le meilleur moyen de sélectionner un échantillon représentatif.

À partir de cette technique, notre échantillon est donc composé de six enfants IMC parmi lesquels 2 filles et 4 garçons dont l'âge varie entre 7 et 12 ans, allant du groupe 1 au CM2 des classes inclusives. Notre critère de choix était donc de voir toutes les classes où les enfants déficients ou non sont mis ensembles, dans un contexte d'apprentissage et ceux en mesure de prendre part à nos activités artistiques. Cette technique nous a permis de prélever l'échantillon de telle sorte qu'il représente presque toutes les caractéristiques de la population parente.

Procédure et critères de sélection des participants :

Nous nous intéressons aux enfants atteints d'IMC en âge scolaire dans la ville de Yaoundé, tout sexe confondu. Nous avons choisi l'école primaire inclusive de Promhandicam-Association où nous avons effectué notre stage académique. Après avoir fait des observations dans les salles de classe, nous avons constaté que tous les enfants IMC de l'école ne pourront pas participer à cette étude car il y a un certain nombre de conditions à remplir. Nous parlerons ici des critères d'inclusion et des critères d'exclusion ou de non inclusion :

• **Critères d'inclusion:**

- Être âgé entre 7 et 12ans pour les enfants IMC et plus pour les adultes.
- Être élève à Promhandicam, soit à l'école inclusive soit au centre spécialisé.
- Être identifié comme un enfant atteint d'IMC.
- Pratiquer des activités artistiques en contexte de classe (Apprenants et enseignants).

• **Critères de non-inclusion :** les sujets présentant les spécificités suivantes sont exclus :

- Avoir été très absentéiste durant l'exécution des activités et la pratique de nos observations ;
- Être un sujet atteint d'IMC avec une déficience intellectuelle ;
- Ne pas être apte à pratiquer une quelconque activité artistique.

Tableau 3 : Caractéristiques des participants.

Participants	Âge	Classe	Sexe	Type et forme d'IMC
Sujet 1)	7ans	Groupe 1	Garçon	Athetosique
Sujet 2)	10 ans	Groupe 3	Fille	Hémiplégique/spastique
Sujet 3)	8ans	Groupe 1	Fille	Spastique
Sujet 4)	9ans	Groupe 3	Fille	Spastique/paraplégique
Sujet 5)	12 ans	CM2	Fille	Paraplégique/ataxique
Sujet 6)	11ans	CM1	Garçon	Mixte
Sujet 7)	45 ans	Directeur	Home	Aucun
Sujet 8)	38 ans	Maîtresse G1	Femme	Aucun
Sujet 9)	33 ans	Maître	Homme	Aucun
Sujet 10)	35 ans	Maitresse G3	Femme	Aucun

4.6. OUTILS ET INSTRUMENTS DE L'ÉTUDE :

Plusieurs instruments permettent de collecter les données en sciences humaines. Cependant, le chercheur doit s'assurer que l'instrument choisis mesure effectivement ce qu'il est sensé mesurer. C'est dans ce sens que Grawitz (2001) soutient que dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les

moyens pour le faire. En effet il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche. L'objectif à atteindre détermine le choix de la technique.

4.6.1. L'observation

L'observation en art-thérapie consiste en un enregistrement de faits directs ou indirects, sans intervention du chercheur qui pourrait conduire à faire varier systématiquement certains facteurs dans le but de constater les effets de ces variations. En d'autres termes, le chercheur qui est l'observateur porte un regard sur des faits observables, des comportements à travers un des outils spécifiques dans le but de mener une étude dessus. Les faits pouvant être observés sont les divers aspects du développement tels que : un comportement verbal (moteur, déplacement, mimique, posture, etc) mais également des interactions. Il existe différents types d'observation, mais ici nous allons nous attarder juste sur quelques unes :

- L'observation occasionnelle : réalisée couramment dans la vie quotidienne, elle n'obéit à aucune règle, elle est assez fortuite.
- L'observation systématique, elle se subdivise en deux catégories : naturaliste et clinique. L'observation naturaliste se charge d'observer quotidiennement les comportements des individus dans leur vie habituelle, dans un cadre naturel. Elle est fréquemment utilisée en psychologie. L'observation clinique (expérimentale) : réalisée dans le cadre d'un projet précis d'étude, elle est préparée d'avance. La question de recherche nécessite parfois de provoquer artificiellement un évènement pour observer le comportement qui intéresse le chercheur. L'expérience va dans ce cas se dérouler dans le lieu où le chercheur voudra.
- L'auto-observation : il s'agit d'observer les situations dont les sujets doivent imaginer. Il s'agit alors d'une auto-observation provoquée par le chercheur. Les questionnaires de personnalité constituent ainsi un précieux outil pour ce type d'observation.
- L'observation en laboratoire : elle implique l'observation et l'étude de phénomènes naturels ou de comportements dans un environnement contrôlé. En laboratoire, les chercheurs peuvent manipuler les variables, contrôler les conditions expérimentales et recueillir des données de manière systématique. Cette approche permet d'étudier les interactions entre les variables et d'identifier les relations de cause à effet. L'observation en laboratoire est couramment utilisée dans les domaines de la psychologie, des sciences naturelles et des sciences sociales pour tester des hypothèses et obtenir des résultats fiables.
- L'observation participante : ici le chercheur s'intègre dans le groupe observé et fait la même activité. Elle nous a été d'une grande utilité.

- L'observation non participante : ici, l'observateur se fait le plus discret possible pour ne pas modifier la situation naturelle. Il peut être non interventionniste mais visible aux yeux des participants. Ou encore absent mais en utilisant un dispositif caché comme une caméra par exemple. On pourra alors parler d'observation instrumentée qui a pour but de remédier aux inconvénients de l'observation (perception subjective de l'observateur) en faisant appel à des instruments. Nous avons fait usage de cette dernière pour plus d'objectivité. L'observation doit être faite de façon minutieuse étant donné que chaque cas est unique.

LE PROTOCOLE D'ÉVALUATION DES HABILITÉS MOTRICES CHEZ LES ENFANTS IMC

L'objectif de ce protocole est de permettre aux enfants IMC de s'améliorer sur le plan de la motricité fine et globale. Il est à noter que les exercices proposés concernent cinq (5) déterminants moteurs et une feuille d'annotation des résultats obtenus sera disponible possible chaque sujet (grille d'observation). Nous allons nous référer à un outil nommé le "Gross Motor Function Measure" (GMFM), développé par Dianne Russell et ses collègues, publié en 1993. Le GMFM est largement utilisé pour évaluer les changements dans les fonctions motrices chez les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale. Il comprend des exercices et des activités spécifiques visant à évaluer différentes dimensions de la motricité et améliorer les habiletés motrices globales.

1. Agilité

Exercice 1 : Demander à l'enfant de se tourner du dos sur le ventre, une compétence de base pour la mobilité.

Exercice 2 : assouplissement du poignet servant à mesurer l'habileté de l'enfant IMC, changer la direction de sa main en mouvement à savoir enfiler des perles pour en fabriquer des bracelets.

Exercice 3 : mouvements manuels et digitaux à travers la sculpture des formes dans de la pâte à modeler.

2. Épreuve d'équilibre :

Il s'agit de mesurer l'habileté de l'enfant IMC à maintenir son équilibre en adoptant la position assise, les pieds au sol, la main sur la table puis faire des gribouillis sur un papier.

Exercice 1 : Aider l'enfant à s'asseoir sans appui pendant une période déterminée pour améliorer l'équilibre et la stabilité.

Exercice 2 : Encourager l'enfant à passer de la position assise à la position debout sans soutien pour travailler la force et la coordination. Faire ceci selon un rythme donné.

3. Vitesse de réaction :

Il s'agit de mesurer la capacité de l'enfant IMC à réagir le plus rapidement possible suite à un stimulus sensoriel, notamment visuel ou sonore.

Exercice 1 : Observation d'un modèle de coloris et reproduction dans une durée de dix minutes.

Exercice 2 : faire enfiler des perles de couleur jaune, rouge, verte et présenter après le coup de sifflet. Ou encore effectuer des pas de danse en suivant le rythme de la musique qui s'accélère progressivement.

4. Posture debout :

Exercice 1: Se lever d'une chaise. Encourager l'enfant à se lever d'une chaise sans utiliser les mains pour renforcer les muscles des jambes.

Exercice 2: Se tenir debout sans appui. Aider l'enfant à se tenir debout sans soutien pendant une période déterminée pour améliorer l'équilibre et la stabilité.

5. Épreuve de coordination :

Il s'agit de la coordination œil-main qui vise à mesurer l'habileté à réaliser un mouvement à partir de la main dominante nécessitant une coordination œil-main.

Exercice 1 : encourager l'enfant à tracer des lignes droites et des formes distinctes pour améliorer la coordination œil-main.

Exercice 2 : Aider l'enfant à monter et descendre des escaliers, en alternant les pieds, pour renforcer les muscles des jambes et améliorer la coordination.

Tout en étant progressifs et adaptés aux capacités individuelles de chaque enfant, ces exercices doivent être réalisés chaque semaine. Le GMFM permet de suivre les progrès de l'enfant et d'adapter les exercices en fonction de ses besoins spécifiques.

Grille d'observation :

Observation de classe d'élèves déficients intellectuels et infirmes moteurs cérébraux durant un séance d'AT: mise en application des médiums artistiques tels que une activité de danse et d'arts plastiques.		
Classe:		Garçons:
Effectif:	Nombre d'élèves IMC:	Filles:

	NOTE	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	De5 à 0	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ACQUIS	4 à 5						
ECA	2 à 3						
NON-ACQUIS	0 à 1						
2-Stabilité et précision des gestes							
ACQUIS							
ECA							
NA							
3-Concentration à effectuer des tâches							
ACQUIS							
ECA							
NA							
B)La pratique de la sculpture							
1-Agilité à pétrir							
ACQUIS							
ECA							
NA							
2-Mouvements digitaux							

ACQUIS							
ECA							
NA							
3-Mouvements manuels							
ACQUIS							
ECA							
NA							
C) La pratique des exercices de mouvements rythmés							
1- Equilibre							
ACQUIS							
ECA							
NA							
2-Maîtrise de la coordination							
ACQUIS							
ECA							
NA							
3-Dynamisme							
ACQUIS							
ECA							
NA							

N.B : Les observations ont été faites au cours des six semaines de stage. Et l'évolution des performances est notée sur une échelle de 0 à 5, de la manière suivante : « Non acquis » de 0 à 1, « ECA » soit en cours d'acquisition de 2 à 3 et « Acquis » de 4 à 5.

4.6.4. L'entretien

D'après Blanchet et Gotman (1992), l'entretien est « un dispositif technique visant à produire un discours traduisant un certain nombre de faits psychologiques et sociaux », nous pouvons noter qu'il s'agit d'un outil primordial en recherche scientifique qui peut servir dans divers contextes. Il peut aussi s'entendre comme une méthode scientifique rigoureuse répondant à des objectifs bien définis. Pour réaliser un entretien, il faut pouvoir au préalable monter sa grille d'entretien qui permettra de guider les échanges entre l'interviewer et l'interviewé. Les types d'entretiens sont les suivants :

- **L'entretien directif ou structuré** est considéré comme un outil de recherche constamment employé en recherche quantitative. L'ordre des questions ici et leur formulation sont prédéterminées.
- **L'entretien semi-directif ou semi-structuré** : celui-ci contient des « questions centrales qui seront toujours posées de la même façon. Cependant, l'interviewer est libre de poser des questions dans l'ordre qui lui semble le plus approprié et même d'effectuer des relances.
- **L'entretien non directif ou non structuré** : ce dernier implique que l'ordre des questions et la formulation de celles-ci ne soient pas prédéterminées et l'interviewer est cependant libre de poser des questions sous forme ouverte.

Durant cette étude, nous avons mené des entretiens semi-structurés ou semi-directifs. Le guide d'entretien a été élaboré sous forme de thèmes s'articulant autour de nos hypothèses de travail. L'analyse des données de cet entretien sera faite grâce à l'analyse des contenus de type thématique pour comprendre le discours des enseignants que nous avons rencontré.

GUIDE D'ENTRETIEN :

Dans le cadre de notre étude portant sur le thème « Art-thérapie et acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire : cas des élèves de Promhandicam-Association », nous vous prions de donner votre avis sur l'AT et sur les habiletés motrices de vos apprenants porteurs de l'IMC. Le présent guide a pour but de nous aider à mieux comprendre la situation en classe, la pratique des activités artistiques notamment en ce qui concerne l'apport de ces pratiques en ce qui concerne l'acquisition des habiletés motrices des élèves IMC.

Thème 1 : Identification des sujets IMC

Theme2 : Pratique des activités artistiques au sein de l'institution PROMHANDICAM-Association (peinture, dessin, graphisme, sculpture, dans, chorégraphie musique)

Thème 3 : Impact de la pratique quotidienne des activités artistiques sur les habiletés motrices des enfants IMC.

Thème 4 : Acquisition des habiletés motrices et vie quotidienne.

4.7. DÉMARCHE DE COLLECTE DES DONNÉES :

Elle s'est déroulée en plusieurs étapes. Tout d'abord, une autorisation de recherche nous a été délivrée dans notre université. Ensuite nous sommes allés à Promhandicam, le site de notre étude afin d'obtenir une autorisation de collecte des données, ce qui nous a été attribué. Puis nous avons rencontré les responsables de tous les services de l'institution et en particulier ceux du centre spécialisé et de l'école maternelle et primaire inclusive. Le directeur de l'école nous a introduit dans les salles de classe et nous avons constitué un chronogramme de stage. La première semaine, nous nous sommes attelés à sélectionner nos différents participants, puis nous sommes passés à une pré-enquête, ensuite à l'enquête proprement dite.

4.7.1. La pré-enquête durant le stage

Pour ce faire, nous avons commencé par faire le tour des lieux où se trouvait notre population cible afin de détecter ceux qui pouvaient nous intéresser : nous sommes allés au service d'ergothérapie de CNRPH Paul Émile Léger d'Etoug-ebe ensuite nous sommes allés au service de Kinésithérapie et de Psychomotricité de Promhandicam et enfin à l'école maternelle et primaire inclusive de l'institution. Nous y avons trouvé satisfaction car il s'agit tout d'abord d'un milieu scolaire où nous avons trouvé nécessaire de valoriser l'impact des activistes artistiques sur les enfants atteints d'IMC.

Cette pré-enquête nous a également permis d'avoir quelques éléments d'anamnèses de nos sujets et le point de vue des enseignants sur l'acquisition des habiletés motrices au travers des activités artistiques.

4.7.2. L'enquête proprement dite

Les six enfants sélectionnés ont été soumis à trois grandes catégories d'exercices. Nous avons observé leurs comportements dans certaines activités de la vie quotidienne, les réactions et leurs performances évolutives. Il s'agissait de la pratique du dessin guidé, de la pratique de la sculpture et de la pratique des exercices de mouvement rythmés. Nous avons noté tout cela dans une grille d'observation qui nous a servi de support pour nos futures analyses. Les exercices ont été passés et les enfants observés pendant six semaines.

4.8. ANALYSE TECHNIQUE DES RÉSULTATS :

Dans notre grille d'observation, nous avons fixé une pondération pour chaque catégorie d'exercice : Non-Acquis notée de 0 à 1, ECA de 2 à 3 et Acquis de 4 à 5.

4.9. QUELQUES DIFFICULTÉS

Notre implication objective dans cette étude n'a pas exclu le fait que durant son déroulement, nous soyons confrontés à des difficultés dont la présentation est nécessaire car elles reflètent les réalités du terrain.

- Nous pouvons évoquer tout d'abord l'accès aux participants, ça n'a pas été facile pour que certains nous accordent une partie de leur temps ;
- L'instabilité émotionnelle des apprenants lors de la pratique des exercices proposés ;
- La difficulté de travailler avec certains sujets IMC dont les troubles moteurs sont assez profonds ;
- Le maintien de la discipline en salle de classe ;
- L'éloignement du site de recherche n'a pas rendu aisé notre travail de collecte de données.

Ce quatrième chapitre sur la méthodologie était consacré à la présentation des différents éléments qui rendent compte de comment ont été collectés les données, à partir de quoi et comment elles ont été analysées à travers les éléments suivants : le site de l'étude, le type de recherche, la population, l'échantillon, la technique d'échantillonnage, la description de l'instrument de collecte, la procédure de collecte des données, l'ensemble d'éléments relatifs à l'analyse des données. Ainsi nous avons présenté l'ensemble des démarches adoptées pour faire émerger notre méthode de recherche. En outre, cette partie nous a permis d'apporter beaucoup plus de fiabilité à notre étude à travers la présentation de la démarche et des instruments adoptés avant d'envisager le cinquième et avant dernier chapitre sur la présentation des résultats, l'analyse des données et la vérification des hypothèses.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre est dédié uniquement à la présentation et à l'analyse des données collectées au cours de notre recherche. Ledit chapitre est constitué des sections suivantes :

5.1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ISSUS DE L'OBSERVATION

Tous les résultats présentés ci-dessous concernent des activités nécessitant des habiletés motrices, soit fines soit globales. Il s'agit précisément de :

5.1.1. LA PRATIQUE DU DESSIN GUIDE :

Le dessin guidé est une technique utilisée en art-thérapie où le thérapeute guide le processus de dessin de manière structurée pour aider le client à explorer ses émotions, ses pensées et ses expériences. L'activité de dessin guidé peut apporter plusieurs compétences motrices à un enfant, notamment :

- La coordination œil-main : le dessin guide aide à développer la coordination entre les mouvements des yeux et des mains, ce qui est essentiel pour des activités comme l'écriture et la manipulation d'objets.
- Le contrôle moteur fin : en traçant des lignes précises et en coloriant des formes, l'enfant développe son contrôle moteur fin, ce qui peut être bénéfique pour des tâches détaillées telles que l'habillage ou l'écriture.
- La précision gestuelle : en suivant des lignes et des formes, l'enfant apprend à contrôler la précision de ses gestes, ce qui peut également être utile pour des activités quotidiennes qui nécessitent de la précision comme par exemple attacher les boutons d'une chemise.
- La force musculaire : le dessin guidé aide à renforcer les muscles des mains et des doigts, ce qui est important pour une bonne préhension des objets et une endurance lors d'activités manuelles prolongées.

5.1.2. La pratique de la sculpture

L'activité de sculpture offre une expérience sensorielle enrichissante ce peut apporter plusieurs compétences motrices à un enfant, notamment :

- La coordination œil-main : la sculpture nécessite souvent de manipuler des outils ou des matériaux tout en visualisant le résultat final, ce qui développe la coordination entre les yeux et les mains.

- Le contrôle moteur fin : en modelant des formes et en manipulant des outils de sculpture (ciseaux à bois, gorges, maillet, rape, limes, poinçons, scie, ébauchoir, fil à couper l'argile, compas de sculpture, papier de verres, etc), l'enfant développe son contrôle moteur fin qui est essentiel pour des activités telles que l'écriture et la manipulation d'objets.
- Le tonus musculaire : la sculpture aide à renforcer les muscles des mains et des doigts, en particulier lorsqu'elle implique des matériaux plus résistants comme l'argile ou la pâte à modeler.
- La sensibilité tactile : en manipulant des matériaux de sculpture, l'enfant développe sa sensibilité tactile, ce qui peut être bénéfique pour la perception sensorielle et la coordination des mouvements.
- La créativité et l'imagination : bien que cela ne soit pas strictement lié à la motricité, la sculpture encourage l'enfant à explorer sa créativité et son imagination, ce qui est important pour le développement global de l'enfant.

5.1.3. La pratique des exercices de mouvements rythmes

Les exercices de mouvements rythmés, étant une sorte de dansethérapie, sont une excellente façon pour les enfants de développer leur coordination, leur équilibre, leur endurance et leur sens du rythme tout en offrant une activité physique amusante et stimulante. Ils peuvent apporter plusieurs compétences motrices à un enfant, notamment :

- La coordination corporelle : ces exercices impliquent souvent des mouvements synchronisés avec de la musique ou un rythme, ce qui aide à développer la coordination entre différentes parties du corps.
- L'équilibre et la coordination : les mouvements rythmés peuvent inclure des exercices qui mettent à l'épreuve l'équilibre et la coordination, aidant ainsi à améliorer ces compétences.
- Le contrôle moteur global : en effectuant des mouvements amples et coordonnés, l'enfant IMC développe son contrôle moteur global, ce qui est bénéfique pour des activités sportives et des jeux qui nécessitent une coordination corporelle.
- L'endurance : ils peuvent aider à renforcer l'endurance physique, en particulier si les mouvements sont répétitifs et maintenus sur une période prolongée.
- Le sens du rythme : malgré que cela ne soit pas strictement lié à la motricité, les exercices rythmés aident à développer le sens du rythme de l'enfant, ce qui peut être utile pour la musique et d'autres activités impliquant un timing précis.

5.2. OBSERVATION DES PERFORMANCES DES PARTICIPANTS : PRÉSENTATION DES CAS ET LEURS PERFORMANCES

Les données présentées ci-dessous concernent la pratique des activités qui impliquent les habiletés motrices.

Ces observations sont faites sujets par sujets avec une analyse brève pour chaque cas. Nous avons au total 10 sujets, divisés en deux catégories. Du sujet 1 au sujet 6, il s'agit des élèves IMC sur qui nous avons effectué les observations. Du sujet 7 au sujet 10, il s'agit d'enseignants qui ont bien voulu passer notre entretien. Le recueil des données a été effectué sur 6 semaines pendant notre stage.

5.2.1. Premier cas :

Il s'agit d'un petit garçon âgé de 7 ans au groupe 1. Il est porteur d'une infirmité motrice cérébrale de type athétosique, caractérisée par des mouvements involontaires et incontrôlés, souvent lents et sinueux (athétose), difficultés dans les activités de la vie quotidienne, telles que la marche, la préhension, et la parole.

Tableau 4 : Observation de sujet I

	NOTE	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	DE 5 à 0	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ACQUIS	4 à 5			✓	✓	✓	✓
ECA	2 à 3		✓				
NON-ACQUIS	0 à 1	✓					
2-Stabilité et précision des gestes							
ACQUIS							
ECA						✓	✓
NA		✓	✓	✓	✓		
3-Concentration à effectuer des tâches							
ACQUIS						✓	✓
ECA			✓	✓	✓		
NA		✓					
B)La pratique de la sculpture							
1-Agilité à pétrir							

ACQUIS							
ECA							✓
NA		✓	✓	✓	✓	✓	
2-Mouvements digitaux							
ACQUIS				✓	✓	✓	✓
ECA		✓	✓				
NA							
3-Mouvements manuels							
ACQUIS			✓	✓	✓	✓	✓
ECA		✓					
NA							
C) La pratique des exercices de mouvements rythmés							
1-Développement de l'équilibre							
ACQUIS							
ECA						✓	✓
NA		✓	✓	✓	✓		
2-Maîtrise de la coordination							
ACQUIS							✓
ECA			✓	✓	✓	✓	
NA		✓					
3-Dynamisme et résilience							
ACQUIS				✓	✓	✓	✓
ECA		✓	✓				
NA							

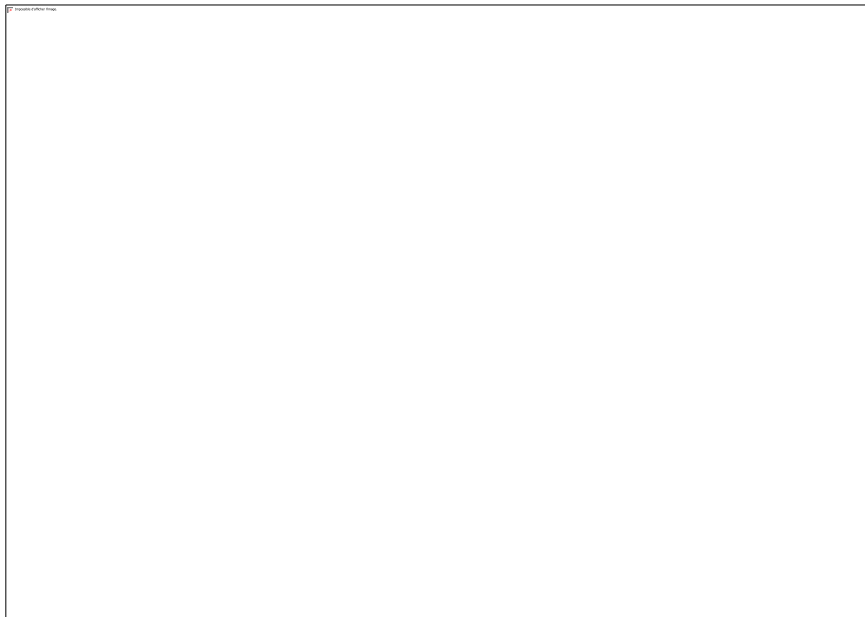


Figure 2: Pratique du dessin guidé par le sujet 1

Le graphique montre une amélioration des performances à partir de la 2e semaine. Ce qui témoigne de l'acquisition d'une certaine précision des gestes et dextérité manuelle suite à la répétition des gestes de coloriage, de collage et des exercices graphiques pendant le dessin guidé.

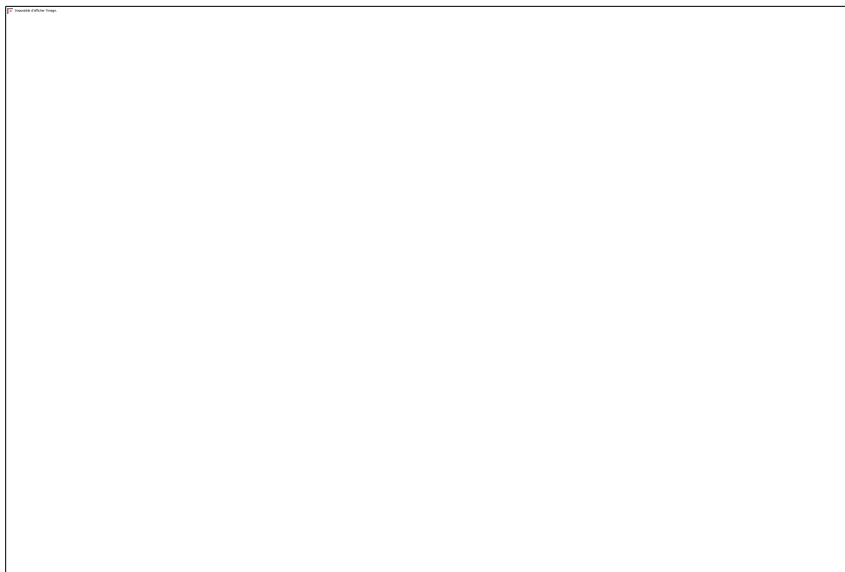


Figure 3: Pratique de la sculpture par le sujet 1

Le graphique montre une croissance des performances au fil des semaines. Nous pouvons observer que c'est à partir de la 3e jusqu'à la 6e semaine que progressivement l'acquisition est effective

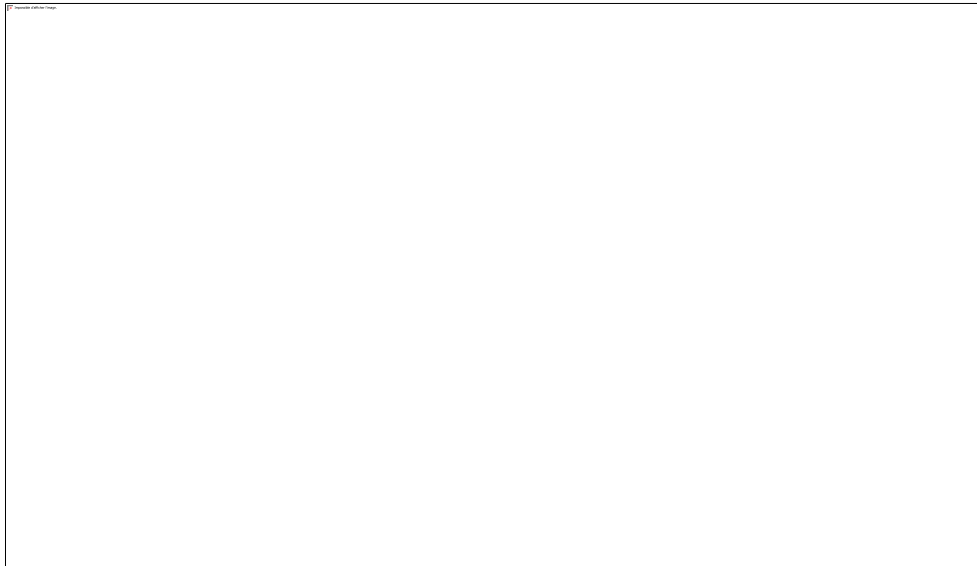


Figure 4: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 1

Le graphique démontre un progrès significatif des performances du sujet en ce qui concerne les exercices corporels de mouvements rythmés. Cela laisse supposer qu'il en sera ainsi dans le futur si le sujet continue de s'exercer.

5.2.2. Deuxième cas

Le sujet 2 est une enfant IMC spastique et hémiplegique âgé de 10 ans. Elles présentent une faiblesse musculaire affectant le côté gauche de son corps (côté de l'hémisphère cérébral lésé). Elle rencontre des difficultés dans les activités quotidiennes impliquant les membres affectés, telles que la marche, l'équilibre, la préhension et les activités de motricité fine. Régulièrement, elle a besoin de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, pour améliorer les compétences motrices, la communication et l'indépendance fonctionnelle.

Tableau 5 : Grille d'observation remplie n°2

	NOTE	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	DE 5 à 0	S 1	S2	S3	S 4	S 5	S 6
ACQUIS	4 à 5					✓	✓
ECA	2 à 3	✓	✓	✓	✓		
NON ACQUIS	0 à 1						
2-Stabilité et précision des gestes							
ACQUIS					✓	✓	✓
ECA		✓	✓	✓			

NA							
3- Concentration à effectuer des tâches							
ACQUIS			✓	✓	✓	✓	✓
ECA							
NA		✓					
B)La pratique de la sculpture							
Agilité à pétrir							
ACQUIS							✓
ECA		✓	✓	✓	✓	✓	
NA							
2- Mouvements digitaux							
ACQUIS							
ECA			✓	✓	✓	✓	
NA		✓					
3- Mouvements manuels							
ACQUIS			✓	✓	✓	✓	✓
ECA		✓					
NA							
C)La pratique des exercices de mouvements rythmés							
1- Développement de l'équilibre							
ACQUIS				✓	✓	✓	✓
ECA							
NA		✓	✓				
2-Maîtrise de la coordination							
ACQUIS							
ECA				✓	✓	✓	
NA		✓	✓				
3-Dynamisme et résilience							
ACQUIS			✓	✓	✓		
ECA		✓					
NA							

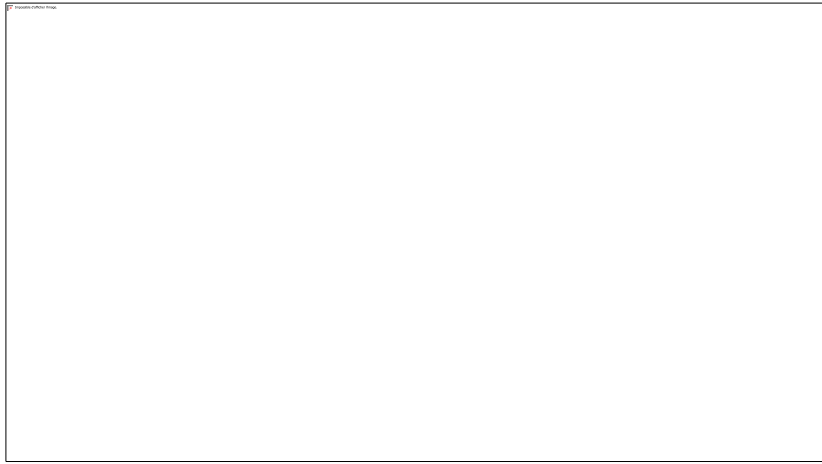


Figure 5 : Pratique du dessin guidé du sujet 2

Malgré les difficultés de prévention et de motricité fine, le graphique montre une évolution des performances du sujet à partir de la 3e semaine

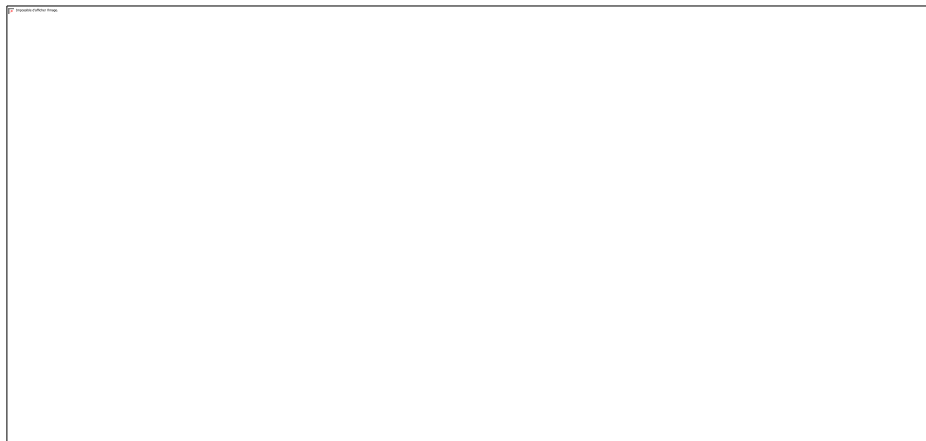


Figure 6: Pratique de la sculpture par le sujet 2

Le graphique montre une stabilité des performances de la 1ère à la 4 e semaine. On observe néanmoins un léger changement favorable à partir de la 5e semaine.

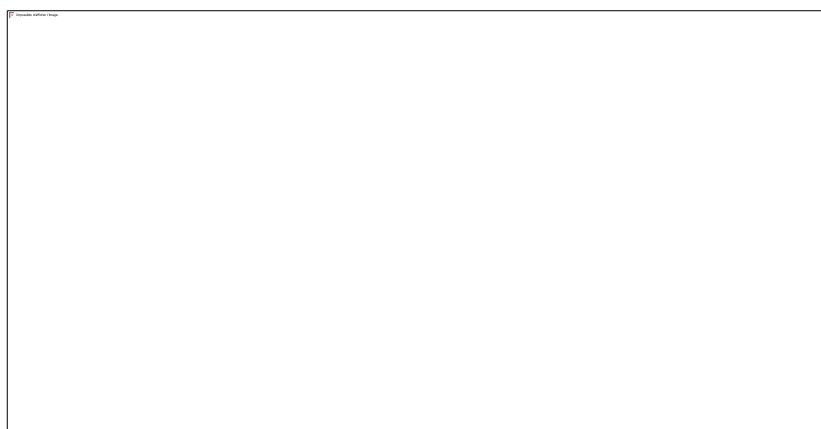


Figure 7: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 2

Concernant cette catégorie d'exercice, le sujet n'était pas très dynamique. Elle a quand même participé par le fait de voir ses camarades très engagés. Ce qui a favorisé une amélioration au niveau de son équilibre.

5.2.3. Troisième cas :

Au groupe 1 notre attention a été portée sur un sujet atteint d'IMC spastique. Cette dernière fait des mouvements précis avec beaucoup de difficultés, ceci dû à la raideur musculaire prononcée au niveau des membres supérieurs. Elle est assise sur une chaise roulante. Elle essaie tant bien que mal de guider ses mouvements. Elle souffre également d'"hypersalivation car a du mal à avaler. Chez elle, c'est déjà un travail énorme rien que le fait de s'asseoir de façon stable pour mener certaines activités comme ses camarades. Nous avons cependant voulu l'impliquer dans les activités artistiques.

Tableau 2 : Grille d'observation remplie n°3

	NOTES	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	DE 5 à 0	S 1	S2	S3	S4	S 5	S6
ACQUIS	4 à 5						
ECA	2 à 3					✓	✓
NON ACQUIS	0 à 1	✓	✓	✓	✓		
2-Stabilité des gestes							
ACQUIS							
ECA					✓	✓	✓
NA		✓	✓	✓			
3Concentration pour réaliser les tâches							
ACQUIS			✓	✓	✓		
ECA		✓					
NA							
B)La pratique de la Sculpture							
1-Précision des gestes							
ACQUIS							✓
ECA					✓	✓	
NA		✓	✓	✓			

2- Mouvements digitaux							
ACQUIS							
ECA						✓	✓
NA		✓	✓	✓	✓		
3- Mouvements manuels							
ACQUIS							✓
ECA				✓	✓	✓	
NA			✓				
C)La pratique des exercices de mouvements rythmés							
1Dévelop pement de l'équilibre							
ACQUIS						✓	✓
ECA		✓	✓		✓		
NA							
2- Maîtrise de la coordination							
ACQUIS					✓	✓	✓
ECA			✓	✓			
NA		✓					
3- Dynamisme							
ACQUIS					✓	✓	✓
ECA		✓	✓	✓			
NA							

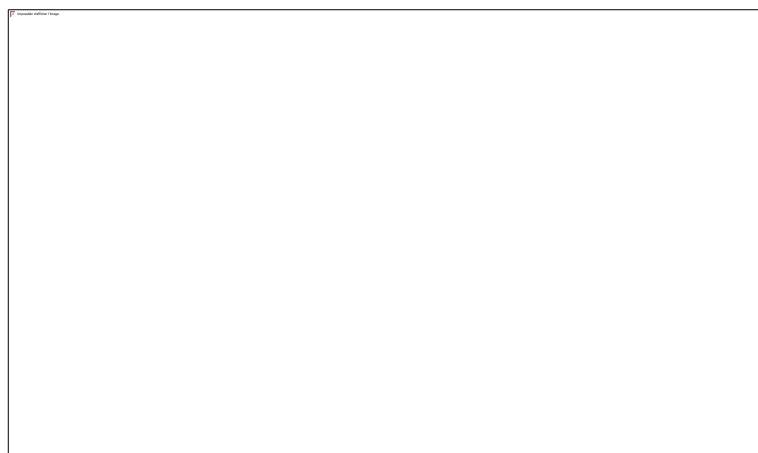


Figure 8 Pratique du dessin guidé du sujet 3

Le graphique démontre une stabilité des performances dans pratique du dessin guidé. En effet les troubles moteurs empêchent au sujet de bien tracer des formes, de stabiliser ses gestes et de bien tenir son crayon. Toutefois, on remarque une volonté

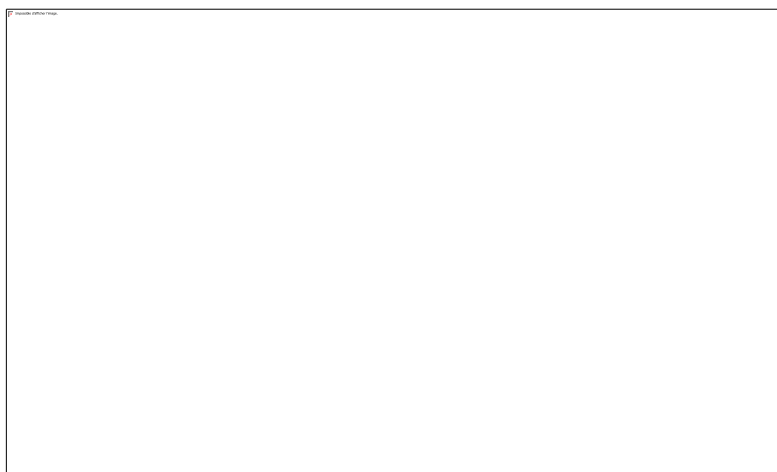


Figure 9: Pratique de la sculpture par le sujet 3

Le graphique montre qu'à partir de la 5e semaine, le sujet a légèrement augmenté ses compétences en mouvement digitaux et manuels

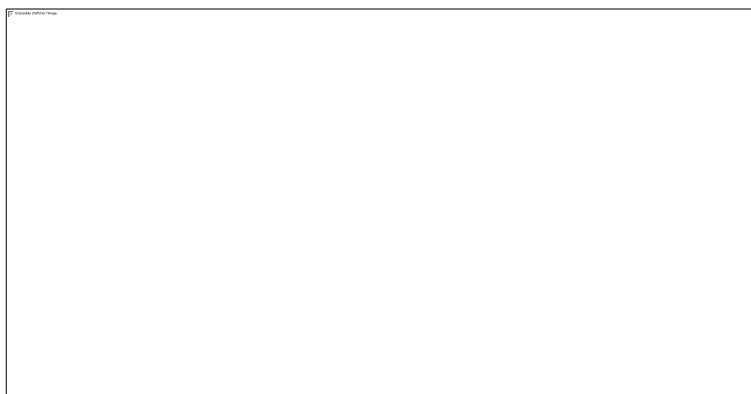


Figure 10 : Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 3

Le graphique montre un niveau bas des performances au courant des premières semaines. Dès la 3e semaine, ses performances ont évolué. On peut donc en déduire que le sujet a acquis une nouvelle compétence motrice fine.

5.2.4. Quatrième cas

Âgée de 9 ans, il s'agit d'une petite fille IMC spastique assise sur un fauteuil. Elle manifeste beaucoup de volonté à l'école. Elle veut mener absolument toutes les activités. Quelques troubles de la prononcé viennent obstruer son langage, et son écriture est lisible mais

cabossées. Elle a des muscles raides ce qui entraîne des difficultés de mouvement et de posture, il faut tout le temps la réajuster dans son fauteuil.

Tableau 7 : Observation du sujet 4

	NOTES	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	DE 5 à 0	1 S	S2	S3	4 S	S5	6 S
ACQUIS	4 à 5					✓	
ECA	2 à 3				✓		
NON ACQUIS	0 à 1	✓	✓	✓			
2-Stabilité des gestes							
ACQUIS			✓	✓			
ECA		✓					
NA							
3-Concentration pour réaliser les tâches							
ACQUIS					✓		
ECA		✓	✓	✓			
NA							
B)La pratique de la sculpture							
1-Précision des gestes							
ACQUIS							
ECA					✓	✓	
NA		✓	✓	✓			
2-Mouvements digitaux							
ACQUIS							
ECA			✓	✓			
NA		✓					
3-Mouvements manuels							
ACQUIS				✓			
ECA		✓	✓				
NA							

C)La pratique des exercices de mouvement rythmés							
1- développement de l'équilibre							
ACQUIS					✓		
ECA		✓	✓	✓			
NA							
2-Maîtrise de la coordination							
ACQUIS					✓		
ECA			✓	✓			
NA		✓					
3-Dynamisme et Résilience							
ACQUIS				✓	✓	✓	✓
ECA		✓	✓				
NA							

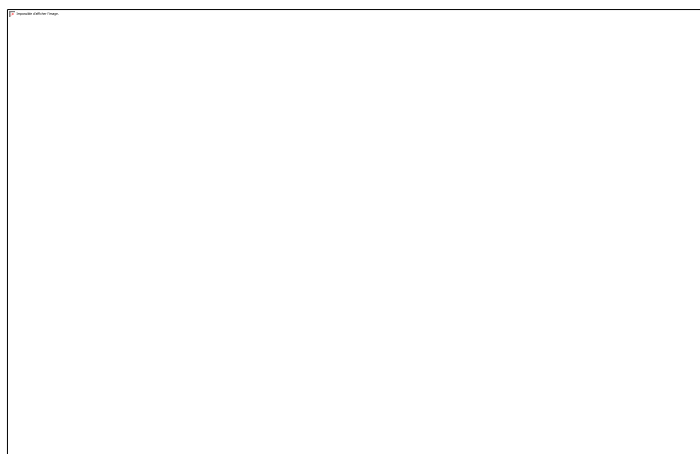


Figure 11 : Pratique du dessin guidé du sujet 4

Le graphique montre une stabilité constante durant les 3 premières semaines. Certes le sujet fait montre d'énormes difficultés en termes de motricité et d'une faible tonicité ce qui rend les activités pas très aisées pour elle. Mais la stimulation régulière entraîne un changement à 4e la semaine.



Figure 12: Pratique de la sculpture par le sujet 4

Le graphique montre une croissance immédiate des performances du sujet, cela laisse supposer l'acquisition de des habiletés manuelles et digitales en termes de manipulation.

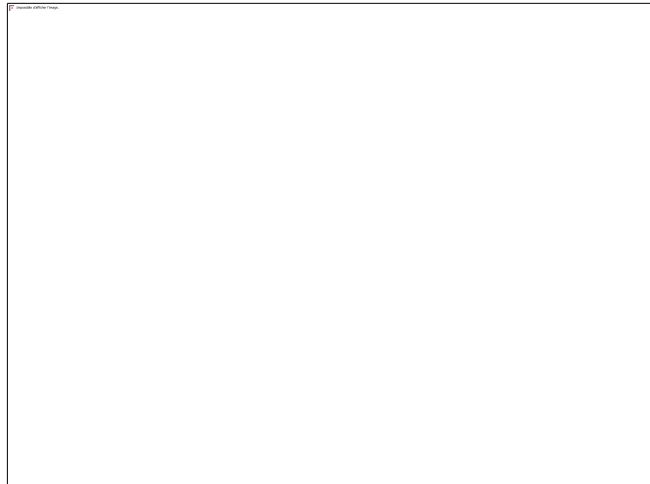


Figure 13: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 4

Le graphique amorce l'amélioration de l'équilibre et de la coordination à partir de la 3e semaine.

5.2.5. Cinquième cas

Il s'agit d'une petite fille en classe de CM2, âgée de 12 ans. Elle est assise sur une chaise roulante. Son handicap est paraplégique et elle développe également des troubles du langage verbal. Sur le plan moteur, elle a des problèmes de coordination, utilise sa main gauche pour réaliser n'importe quelle tâche.

Tableau 8 : Grille d'observation remplie n°5

	NOTES	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1- Traçage des formes	DE 5 à 0	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ACQUIS	4 à 5						
ECA	2 à 3				✓	✓	
NON ACQUIS	0 à 1	✓	✓	✓			
2- Stabilité des gestes							
ACQUIS							✓
ECA				✓	✓	✓	
NA		✓	✓				
3- Concentration pour réaliser les tâches							
ACQUIS					✓		
ECA			✓	✓			
NA							
B) La pratique de la sculpture							
1- Précision des gestes							
ACQUIS				✓	✓		
ECA		✓	✓				
NA							
2- Mouvements digitaux							
ACQUIS							
ECA				✓	✓	✓	
NA		✓	✓				
3- Mouvements manuels							
ACQUIS						✓	
ECA			✓	✓	✓		
NA		✓					
C) La pratique des exercices de mouvements rythmés							
1- Développement de l'équilibre							

ACQUIS							
ECA			✓	✓	✓		
NA		✓					
2- Maîtrise de la coordination							
ACQUIS							
ECA						✓	
NA		✓	✓	✓	✓		
3- Dynamisme							
ACQUIS				✓	✓		
ECA		✓	✓				
NA							

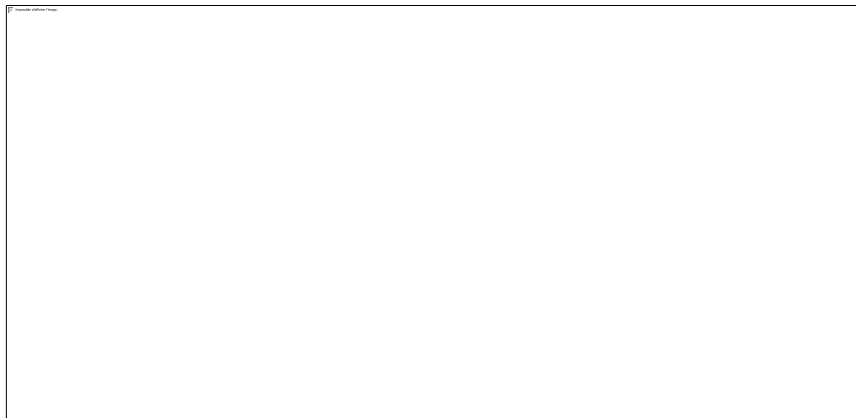


Figure 14 : Pratique du dessin guidé du sujet 5

Le sujet parvient à tracer de mieux en mieux les formes à compter de la 4e semaine. Au compter de la 5e semaine, on note une progression considérable qui perdure.

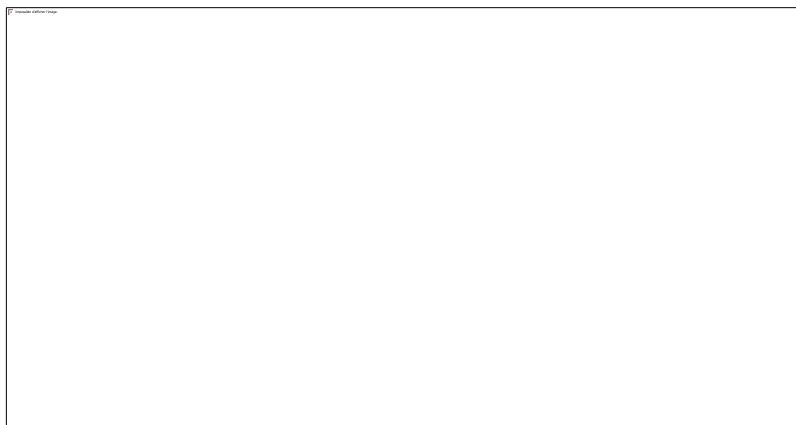


Figure 15: Pratique de la sculpture par le sujet 5

Le graphique dénote une stabilité constante des performances de la 1ère à la 4e semaine. À partir de la 4e semaine, une nette amélioration apparaît, cela témoigne de l'acquisition d'une certaine dextérité manuelle grâce aux activités de sculpture qui mettent en avant la manipulation.

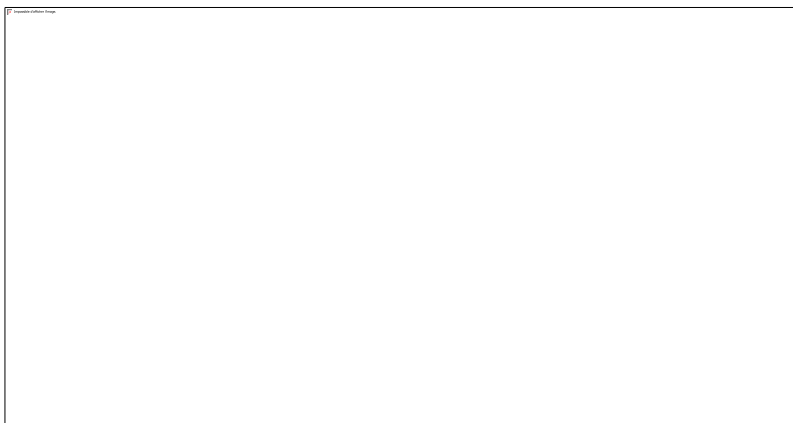


Figure 16: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 5

Le graphique démontre une constante des performances au cours des 3 premières semaines, on note une nette amélioration à partir de la quatrième semaine et le maintien jusqu'à la fin.

5.2.6. Sixième cas

Il s'agit d'un enfant IMC en classe de CM1 nommé K. Il est né avec son handicap suite à un accouchement difficile. Il porte aujourd'hui des atelles de correction sur ses deux jambes et ne se tient debout que sur des bequilles. Étant âgé de 12 ans, il est très participatif dans sa salle de classe. Pour les fêtes de fin d'années, il était assez présent pendant les pratiques des activités artistiques par exemple pour la fête de l'arbre de Noël il a préparé des spectacles de danse. Il est très enthousiaste malgré ses difficultés sur le plan de la motricité.

Tableau 9 : Observation du sujet 6

	NOTES	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	DE 5 à 0	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ACQUIS	4 à 5					✓	✓
ECA	2 à 3				✓		
NON ACQUIS	0 à 1	✓	✓	✓			
2-Stabilité des gestes							

ACQUIS					✓	✓	✓
ECA				✓			
NA		✓	✓				
3- Concentration pour réaliser les tâches							
ACQUIS						✓	✓
ECA			✓	✓	✓		
NA		✓					
B) La pratique de la Sculpture							
1-Précision des gestes							
ACQUIS						✓	✓
ECA		✓	✓		✓		
NA							
2- Mouvements digitaux							
ACQUIS			✓	✓	✓	✓	✓
ECA		✓					
NA							
3- Mouvements manuels							
ACQUIS					✓	✓	✓
ECA			✓	✓			
NA		✓					
C) La pratique des exercices de mouvements rythmés							
1- Développement de l'équilibre							
ACQUIS						✓	✓
ECA			✓	✓	✓		
NA		✓					
2-Maîtrise de la coordination							
ACQUIS					✓	✓	✓
ECA				✓			
NA		✓	✓				
3- Dynamisme et Résilience							
ACQUIS						✓	✓

ECA		✓	✓	✓	✓		
NA							

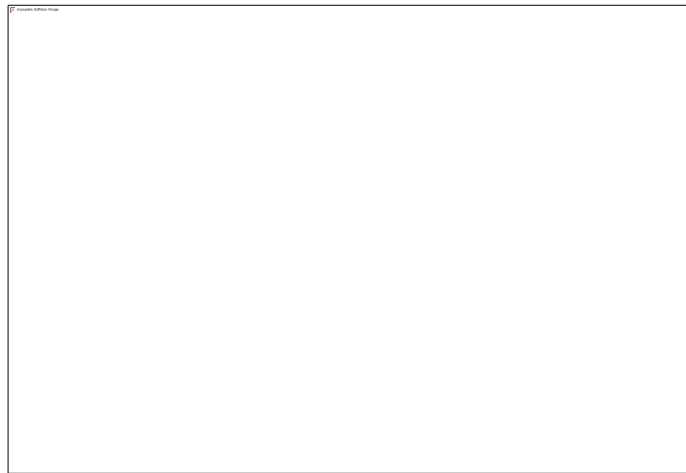


Figure 17 : Pratique du dessin guidé du sujet 6

Le graphique démontre une croissance drastique des performances dès la 5e semaine. Ce sujet parvient correctement à tracer des formes, avec colorier et à tenir correctement l'outil scripteur.

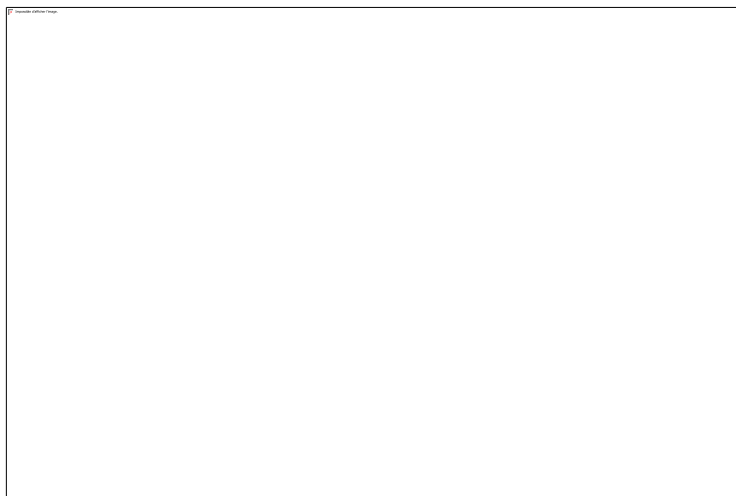


Figure 18: Pratique de la sculpture par le sujet 6

On observe une évolution assez significative de la gestion des mouvements manuels et digitaux chez ce sujet grâce à ce type d'activité. Il devient également plus précis dans ses gestes.

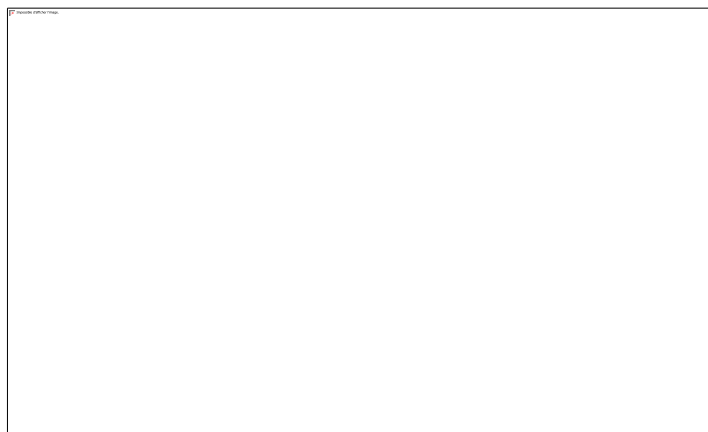


Figure 19: Pratique des exercices de mouvements rythmés du sujet 6

Le graphique démontre une nette évolution des performances du sujet en ce qui concerne l'équilibre, le dynamisme et la coordination de la 5e à la 6e semaine.

Analyse des résultats des entretiens avec les enseignants avant et après la passation du protocole : Analyse des contenus

Dans le cadre de notre recherche pratique, nous avons particulièrement rencontré quatre enseignants de l'école primaire inclusive de Promhandicam pour mener des entretiens avec eux. Notamment deux femmes et deux hommes, parmi lesquels, le directeur d'école. Ils sont respectivement nos sujets 7, 8, 9 et 10. Ces entretiens nous ont permis d'avoir plus d'informations sur l'établissement, sur le profil de nos participants, ainsi que les opinions de tout un chacun sur la pratique des activités artistiques thérapeutiques en contexte d'apprentissage.

Thème 1 : l'identification des sujets IMC

Elle a eu lieu au tout départ de notre arrivée sur le terrain. Pour identifier nos sujets, nous avons fait le tour des salles de classe afin de rencontrer différents apprenants. Les enseignants nous ont tout d'abord présenté un tableau dans lequel les noms des enfants étaient classifiés en fonction de leur handicap et du degré de sévérité. Nous en avons profité pour poser des questions sur le comportement des participants que nous avons choisi, afin d'avoir le plus de détails possibles sur ces derniers. Nous les avons donc entretenus chacun individuellement. L'enseignante du groupe 1 qui tient une classe inclusive avec des apprenants ayant différents types de handicap (polyhandicapés, autistes, IMC, sourd, etc.), nous a affirmé que ses élèves sont encore très turbulents car ils sortent fraîchement de la maison et c'est leur première année l'école. Elle a beaucoup de travail avec eux car les enfants IMC présents dans sa classe pour certains apprennent tout juste à se familiariser avec les outils tels que les crayons, les livres, les

couleurs, etc. Et il faut les aider à faire presque tout. Au groupe 3 les élèves sont de mieux en mieux réceptifs. Au CM1 et au CM2, ils sont des apprenants consciencieux. Pour identifier les apprenants IMC qui devaient participer à notre étude, nous avons passé une semaine à les observer en fonction des critères d'inclusion que nous avons énumérés plus haut.

Thème 2 : Pratique des activités artistiques au sein de l'institution (peinture, dessin, graphisme, sculpture, danse, chorégraphie, musique, etc).

- Le dessin guidé : est une technique utilisée en AT où le thérapeute guide le processus de dessin de manière structurée pour aider le client à explorer ses émotions, ses pensées et ses expériences. Le dessin guidé peut être utilisé avec différents groupes, y compris les enfants, les adolescents et les adultes, et peut être adapté en fonction des besoins et des objectifs thérapeutiques spécifiques de chaque individu. Il implique des graphismes, des gribouillis, des coloriage, peintures, etc.
- Sculpture : en contexte de classe avec des apprenants handicapés peut être une activité enrichissante et thérapeutique, offrant de nombreux avantages pour leur développement global. Voici quelques points à considérer : La sculpture offre une forme d'expression artistique non verbale qui peut être particulièrement bénéfique pour les apprenants ayant des difficultés de communication. Elle implique de l'activité manuelle, gestuelle, de la préhension, de la manipulation d'objets de formes et grosseurs variées. S'ils sont entraînés régulièrement, les enseignants pensent que les enfants IMC améliorent considérablement leurs habiletés, leur imagination et leur créativité.
- Exercices de mouvements rythmés : effectués en groupe, ils favorisent la socialisation et l'interaction sociale entre les enfants, leur dynamisme, les habiletés motrices. Ils sont constitués de petits balais de danse, des mouvements collectifs et synchronisés, des étirements, etc.

En résumé, les exercices de mouvement rythmés peuvent être bénéfiques pour les enfants handicapés en améliorant leur coordination motrice, en stimulant leurs sens, en améliorant leur concentration, en favorisant l'expression émotionnelle, en renforçant leurs muscles et en favorisant la socialisation. Ces exercices peuvent être adaptés en fonction des besoins et des capacités individuelles de chaque enfant.

Thème 3 : Impact de la pratique quotidienne des activités artistiques sur les habiletés motrices des enfants IMC.

Nous pouvons noter soit l'acquisition de nouvelles habiletés chez certains ou tout simplement le renforcement de certaines habiletés qu'ils avaient déjà acquises. C'est ce que nous avons évalué dans les grilles d'observations. (Cf. 5.2)

Thème 4 : Acquisition des habiletés motrices et vie quotidienne :

Une activité quotidienne nécessitant les habiletés motrices et manuelles est une tâche que nous effectuons régulièrement et qui requiert à la fois des mouvements coordonnés du corps (habiletés motrices) et des manipulations précises des objets (habiletés manuelles). Voici quelques exemples d'activités et des habiletés associées :

- **Se brosser les dents** implique la coordination des bras et des mains, maintien de l'équilibre et la prise en main de la brosse à dents, mouvements de va-et-vient précis.
- **S'habiller** implique la coordination des bras et des jambes, équilibre et le boutonnage, fermeture de fermetures éclair, nouage de lacets.
- **Écrire ou dessiner** : implique la posture assise stable, contrôle du bras et la préhension du crayon, contrôle des mouvements fins pour former des lettres ou des dessins.
- **Se laver les mains** : implique la coordination des mains et des bras, stabilité en position debout. Et la manipulation du savon, frottement des mains ensemble, ouverture et fermeture du robinet.
- **Utiliser un ordinateur ou un téléphone portable** : implique la coordination des bras et des mains pour atteindre et utiliser les appareils et la manipulation des touches du clavier, contrôle tactile sur l'écran, glissement et clic avec la souris.

Pour l'enseignant du G1, ses apprenants les sujets 1 et 3 ne lavent pas correctement leurs mains. Elle le fait à leur place. Le maître du Groupe 3 nous a fait remarquer l'absence de préhension chez son élève, le sujet 2 qui ne sait pas nettoyer ses narines et qui bave également. Pour le maître du groupe 3, il nous a assuré que les sujets 5 et 6 sont assez habiles et évolués. Nous mettrons donc l'accent sur la précision et la rapidité de leurs gestes. S'ils sont entraînés et stimulés dès le bas âge, les élèves IMC peuvent réussir une grande partie de ces gestes de vie quotidienne.

Analyse des résultats des entretiens de restitution :

De l'entretien avec le sujet 8 :

Il en ressort que mes élèves, les sujets 1 et 3 ont connu une remarquable évolution dans leur capacité à réaliser des gestes de la vie quotidienne comme se moucher ou encore nouer des lacets et se laver les mains, après que nous ayons mis l'accent sur leur motricité à travers les activités artistiques. Bien qu'ils soient encore très petits et désinvoltes, et en dehors de la kiné chaque semaine, les activités artistiques par contre savent captiver leur attention. La sculpture, la manipulation d'objets nous aide à travailler leurs doigts. Ils aiment bien la danse même s'ils n'ont pas toujours le rythme. En ce qui concerne le coloriage, la peinture, le graphisme, il faut toujours les aider car ils ne sont pas encore tout à fait autonomes. Cela n'exclut pas que « le sujet 4 parvient à se moucher elle-même et le sujet 1 sais désormais se laver les mains, et réaliser des tâches graphiques. », pour le cas du sujet 2 « il fait des tracés à sa manière ». Le sujet 4 « a une mauvaise qualité de tracé et une lenteur excessive, il fait tant bien que mal des des dessins malgré ses difficultés à tenir l'outil scripteur.». Le sujet 1 fait des « dessin et les colorie. Il fait montre de beaucoup de volonté bien que cela ne soit pas bien fait ». d'autres, leur « mobilité est tellement réduite qu'ils n'arrivent pas à bouger les doigts » « les choses évoluent au fur et à mesure, qu'on travaille avec le temps. Même si cela n'est pas immédiat, avec le temps ça s'améliore. » « la manipulation, la pâte à modeler aide les enfants IMC en travaillant leurs doigts».

De l'entretien avec le sujet 10 :

Il est évident qu'une évolution positive s'est effectuée auprès de ses élèves, les sujets 2 et 3. Ces derniers, plus animés par les exercices de mouvements rythmés ont développé leur coordination. Bien qu'assise sur une chaise roulante, le sujet 2 est maintenant beaucoup plus stable sur sa chaise, « ses mouvements digitaux et manuels sont désormais bien plus coordonnées ». « l'intégration de l'AT dans les programmes scolaires pourraient être de plus en plus reconnue comme un moyen efficace d'améliorer la qualité de vie et le bien être des enfants IMC. « il s'agit d'une approche holistique dans le domaine de la réadaptation ».

De l'entretien avec le sujet 9 :

Ce dernier affirme que ses élèves, les sujets 5 et 6 ont comblé certains manques sur le plan de la motricité. Les élèves dans sa classe sont au total de onze enfants atteints d'IMC, ces derniers adore la manipulation et manifestent tout leur engouement pendant des activités telles que dessiner, fabriquer, mettre de la peinture, etc. L'enseignant pense que les activités artistiques ont entraîné des exercices permanents qui ont permis l'amélioration des performances de ses élèves. Concernant le sujet 6, l'enseignant pense que sa motricité fine s'est amélioré grâce à l'activité de dessin guide et de sculpture. Et pour le sujet 5, il parvient à réaliser

enfiler des perles, à réaliser des tâches graphiques, à tracer des formes, il déclare : « la pratique de l'art-thérapie peut être très avantageuse; lorsque ces enfants bougent et manipulent, ils se sentent capable de plus grandes choses». « en ce qui concerne l'évolution sur le plan de la motricité, ça permet aux enfants rencontrant des difficultés avec leurs membres supérieurs avec les activités de dessin guidé et de peinture par exemple cela leur permet d'acquérir quelques habiletés motrices fines comme le sujet 5».

De l'entretien avec le sujet 7 :

À l'issu des préliminaires effectués au sein de l'institution Promhandicam, il a affirmé que : « les activités artistiques permette aux enfants IMC de manipuler et façonner des objets. C'est activités mobilisent leur concentration » il dit qu'il pense que « ces activités ont un grand impact sur l'acquisition des habiletés motrices car comme dit plus haut l'enfant parvient à améliorer ses performances sur le plan moteur en fabriquant des objets, sur les plans de la matérialisation, de l'organisation et de la réussite » « par exemple, le sujet 4 qui ne parvenait pas à ouvrir sa bouteille de jus ou d'eau, il ne parvenait pas à ouvrir son goûter... grâce à des exercices réguliers en classe avec l'éducateur il parvient déjà à ouvrir. » « Dance cadre là, on ne peut pas parler de guérir mais vu qu'il ya eu une certaine amélioration sur le plan de l'autonomie voilà pourquoi on peut parler de thérapeutique » Le sujet 4 est « sorti de sa position cloîtrée, engourdie et renfermée ».

Sujet 8 : "J'ai remarqué des améliorations significatives dans la coordination des mouvements chez plusieurs de mes élèves. Par exemple, un élève qui avait du mal à tenir un crayon correctement peut maintenant utiliser des pinceaux et des crayons de manière beaucoup plus contrôlée. Il est plus précis dans ses mouvements, ce qui est un grand progrès."

Sujet 7 : "La force de préhension et la dextérité manuelle se sont considérablement améliorées. Les exercices de modelage d'argile, par exemple, ont aidé les élèves à renforcer leurs mains et à améliorer leur capacité à manipuler des objets. J'ai un élève qui pouvait à peine tenir une balle avant, et maintenant, il est capable de façonner des formes complexes avec de la pâte à modeler."

Sujet 10 : "L'art-thérapie a rendu l'apprentissage des mouvements beaucoup plus agréable pour les élèves. Ils sont plus motivés à participer à des activités qui, autrement, seraient perçues comme des exercices difficiles ou ennuyeux. Le fait de créer quelque chose d'artistique leur donne un objectif concret et tangible, ce qui les encourage à essayer plus fort et à rester engagés plus longtemps."

Sujet 9 : "Absolument. Beaucoup d'élèves montrent plus de confiance en leurs capacités motrices. Par exemple, une élève qui était très hésitante et avait peur de faire des erreurs est maintenant beaucoup plus audacieuse dans ses mouvements. Elle essaie de nouvelles techniques artistiques sans crainte, ce qui montre qu'elle a acquis une meilleure estime de ses capacités."

Sujet 8 : « J'ai un élève, Thomas, qui avait beaucoup de difficultés avec les activités nécessitant une coordination fine. Après plusieurs mois de sessions d'art-thérapie, il peut maintenant découper des formes avec des ciseaux et colorier à l'intérieur des lignes. Avant, il était frustré par ces tâches, mais maintenant, il les aborde avec enthousiasme et précision."

Sujet 7 : "L'art-thérapie combine l'aspect créatif et thérapeutique, ce qui rend les sessions non seulement bénéfiques pour les habiletés motrices mais aussi pour le bien-être émotionnel des élèves. Contrairement à des exercices purement physiques, l'art-thérapie permet aux élèves de s'exprimer, de se détendre et de se concentrer sur une tâche agréable, ce qui favorise une meilleure acquisition des compétences motrices."

CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS.

Il est question dans ce chapitre de présenter tout d'abord l'interprétation des résultats que nous avons obtenus, ensuite leur donner un sens. Plus tard, nous présenterons la discussion ainsi que les suggestions.

6.1. RAPPEL DES THÉORIES

Pour cette recherche, nous avons fait nous avons fait recours à 5 grandes théories qui sont :

L'approche centrée sur la personne de, en matière d'apprentissage met l'accent sur le développement de la personne dans sa globalité dans un environnement d'apprentissage centré sur l'apprenant, qui encourage la croissance personnelle, l'apprentissage expérientiel, et la motivation intrinsèque, tout en valorisant le rôle facilitateur de l'enseignant.

L'approche comportementale de l'apprentissage, développée par des théoriciens comme Skinner, stipule que l'apprentissage est un changement de comportement résultant de l'expérience. Elle considère l'apprentissage comme un processus de modification du comportement à travers des interactions avec l'environnement. Les renforcements et les punitions jouent un rôle crucial dans l'augmentation ou la diminution des comportements, et l'apprentissage peut également se produire par observation et imitation.

L'approche de la thérapie par le jeu, particulièrement en contexte éducatif et thérapeutique, stipule que le jeu est un moyen fondamental pour favoriser l'apprentissage et le développement émotionnel, social, et cognitif des enfants. Elle voit le jeu comme un outil essentiel pour faciliter l'apprentissage et le développement global de l'enfant. Il permet une exploration libre et sécurisée des émotions, des compétences sociales, des capacités cognitives, et favorise une meilleure compréhension de soi et des autres.

L'approche sensorielle ou sensorimotrice, souvent associée à l'intégration sensorielle développée par Jean Ayres, stipule que l'acquisition de nouvelles habiletés motrices et cognitives dépend en grande partie de la capacité du système nerveux à traiter et à organiser les informations sensorielles provenant de l'environnement et du corps. Elle met l'accent sur des interventions personnalisées, l'exploration active, et la régulation sensorielle pour aider les enfants à développer des réponses adaptées et des compétences fonctionnelles.

L'approche kinesthésique, également appelée apprentissage par le mouvement ou apprentissage kinesthésique, stipule que l'acquisition de nouvelles habiletés est optimisée lorsque les apprenants peuvent bouger et manipuler leur environnement physique. L'approche kinesthésique soutient que le mouvement et l'activité physique sont des composants essentiels de l'apprentissage efficace. Elle met en avant l'importance de l'engagement actif, de l'expérimentation pratique, et de la mémoire musculaire pour acquérir et maîtriser de nouvelles habiletés. Dans notre contexte, les arts plastiques et la danse emmènent l'enfant atteint d'IMC à mettre son corps en mouvement.

6.2. RAPPEL DES RÉSULTATS

Pour démontrer que l'art-thérapie favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants infirmes moteurs cérébraux (IMC), les résultats de notre recherche se sont basés essentiellement sur une combinaison de données empiriques, de témoignages cliniques, et de théories scientifiques.

- L'amélioration des capacités motrices fines : les enfants participants montrent une amélioration significative dans des activités telles que le dessin, la peinture et la sculpture. Nous avons également noté une augmentation de la précision et du contrôle lors de la manipulation des outils artistiques (pinceaux, crayons, argile).

- L'amélioration des capacités motrices globales : à travers l'augmentation de la coordination main-œil et de l'équilibre lors de la réalisation des exercices de mouvements rythmés, et la progression notable dans des exercices impliquant des mouvements amples et la coordination des deux mains.
- Les témoignages et les observations des éducateurs sur les progrès observés chez les enfants, notamment une plus grande confiance en leurs capacités motrices. L'observation de l'engagement et de la motivation des enfants pendant les séances d'art-thérapie, indiquant une meilleure autonomie et une réduction de la frustration liée aux défis moteurs.
- La réduction de l'anxiété et du stress lors de l'exécution des tâches motrices, grâce à l'environnement ludique et non jugeant de l'art-thérapie.
- L'augmentation de la patience et de la persévérance face aux tâches motrices difficiles, favorisée par le caractère créatif et expressif de l'art.

L'étude montre que l'art-thérapie est une intervention efficace pour améliorer les habiletés motrices des enfants IMC. Les résultats qualitatifs révèlent des gains significatifs en motricité

fine et globale, en mettant en lumière les bénéfices psychologiques et émotionnels. Les observations cliniques et les témoignages soutiennent ces données, validant l'intégration de l'art-thérapie comme pratique complémentaire dans la rééducation motrice des enfants IMC.

Ces résultats peuvent être renforcés par des études longitudinales et des comparaisons avec d'autres méthodes thérapeutiques, afin de consolider les preuves de l'efficacité de l'art-thérapie dans ce domaine.

6.3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Il est question ici de donner un sens aux résultats de nos investigations par rapport aux hypothèses de recherche que nous avons émises.

6.3.1. Interprétation par l'hypothèse HR1

Notre HR1 étant formulée comme suit : la pratique du dessin guidé favorise l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC en âge scolaire, ceci à travers les ateliers de peinture, coloriage, collage, graphisme, gribouillis, etc. Les résultats de la pratique de ces ateliers au cours de la période d'observation montrent une croissance des performances surtout à partir de la quatrième semaine. Ceci est la preuve que les élèves IMC ont pu développer de nouvelles habiletés résultant de la pratique du dessin guidé.

La pratique du dessin guidé participe à l'acquisition des habiletés motrices chez l'enfant IMC en offrant une activité centrée sur l'enfant et adaptée à ses besoins (approche humaniste). En accord avec l'approche comportementale, elle utilise des renforcements positifs et l'imitation pour encourager l'apprentissage. Le dessin, en tant que forme de jeu, permet une expression libre et engage les enfants activement d'après la thérapie par le jeu. Il stimule les sens et aide à réguler les réponses sensorielles, améliorant ainsi la coordination motrice comme le suggère l'approche sensorielle. Enfin, en impliquant des mouvements précis et coordonnés, le dessin guidé développe la mémoire musculaire et les habiletés kinesthésiques.

6.3.2. Interprétation par l'hypothèse HR2

Notre HR2 était formulée comme suit: la pratique de la sculpture favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire, ceci à travers des activités de modelage, de pliage, de manipulation, de préhension, de deliements, d'appuis, etc. Ceci pourrait être lié à la stimulation des muscles grâce à la pratique répétée de ces exercices. Les résultats de la pratique de la sculpture démontrent une progression des performances chez les participants de la troisième à la sixième semaine.

En offrant une activité centrée sur l'enfant qui respecte ses besoins individuels, la pratique de la sculpture utilise des renforcements positifs et l'imitation pour encourager l'apprentissage (approche comportementale). En tant que forme de jeu créatif, la sculpture permet une expression libre et engage activement les enfants comme le suggère la thérapie par le jeu. Elle stimule les sens et aide à réguler les réponses sensorielles, améliorant ainsi la coordination motrice fine. Enfin, en impliquant des mouvements précis et coordonnés, la sculpture développe la mémoire musculaire et les habiletés kinesthésiques (approche kinesthésique).

6.3.3. Interprétation par l'hypothèse HR3

Notre HR3 était formulée comme suit : la pratique des exercices de mouvements rythmés favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire à travers l'exécution de balais de danse, des mouvements coordonnés et répétés. En fonction des sujets, du type d'IMC et du degré de sévérité, les performances des sujets varient. Néanmoins, la courbe est positive dans l'ensemble. On peut en déduire que les exercices de mouvement rythmés ont une influence sur l'équilibre et la coordination chez l'enfant IMC.

L'enfant apprend en agissant dans son milieu et l'interaction sociale joue un rôle primordial. Les exercices de mouvement rythmés sont adaptés aux besoins, capacités et intérêts individuels de chaque enfant IMC. Les enfants reçoivent des éloges et des récompenses pour leurs efforts et leurs progrès (renforcement positif)

Les exercices de mouvement rythmés peuvent être intégrés dans des jeux et des activités ludiques, permettant aux enfants d'exprimer leurs émotions et de s'amuser tout en développant leurs compétences motrices. Ils impliquent souvent des stimuli auditifs (musique, battements) et proprioceptifs (sens de la position et du mouvement du corps), aidant les enfants à intégrer les informations sensorielles et à améliorer leur coordination. En pratiquant des mouvements rythmés, les enfants renforcent leurs capacités motrices et améliorent leur conscience corporelle, essentielle pour la maîtrise des mouvements complexes.

6.4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Il était question au cours de cette étude de comprendre l'apport de l'AT sur l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire. Les résultats obtenus montrent que l'art-thérapie joue un rôle significatif dans l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC, mais aussi que l'acquisition des habiletés est fonction de la pratique régulière et renforcée des médiums artistiques spécifiques permettant l'atteinte d'un objectif fixé. Cette discussion se

concentrera sur l'interprétation des résultats, leur comparaison avec d'autres études et les implications thérapeutiques et éducatives.

L'acquisition des habiletés motrices fines chez les enfants IMC, observée dans cette étude, est cohérente avec les travaux de Schoen et al. (2009) qui ont démontré que des activités artistiques ciblées peuvent renforcer la coordination main-œil et la précision des mouvements. Les enfants engagés dans des activités telles que le dessin et la peinture développent non seulement leur contrôle moteur, mais aussi leur confiance en leurs capacités.

L'acquisition des habiletés motrices globales, comme l'équilibre et la coordination, corrobore les résultats de l'étude de Bazyk et Winne (2013) qui ont observé des progrès similaires chez des enfants IMC participant à des ateliers d'art-thérapie. Ces progrès peuvent être attribués à l'engagement multi sensoriel et à l'utilisation de mouvements amples et variés dans les exercices de mouvements rythmés.

Les témoignages des éducateurs lors des entretiens soulignent l'impact positif de l'art-thérapie sur la motivation et l'autonomie des enfants. Ceci est en accord avec les conclusions de Malchiodi (2012) qui a mis en avant le potentiel de l'art-thérapie pour améliorer le bien-être émotionnel et renforcer l'estime de soi chez les enfants présentant des déficiences motrices. Les résultats montrent une augmentation de la patience et de la persévérance chez les enfants. Cette observation est soutenue par l'étude de Regev et Snir (2014), qui ont trouvé que l'art-thérapie pouvait réduire les symptômes de stress et d'anxiété chez les enfants en leur offrant un moyen d'expression non verbale et créatif.

L'application des théories d'intégration sensorimotrice, telles que la théorie de l'intégration sensorielle d'Ayres, a montré que l'engagement dans des activités sensorielles stimulait les capacités motrices des enfants. Ces résultats renforcent les travaux de Parham et Mailloux (2010), qui ont démontré l'efficacité des interventions basées sur l'intégration sensorielle pour améliorer les fonctions motrices chez les enfants IMC.

L'utilisation des approches centrée sur la personne, la thérapie par le jeu, kinesthésique, sensorielle, et comportementale a permis une amélioration globale des habiletés motrices. Les études de Knox et Stevens (2015) soutiennent cette approche multidisciplinaire, montrant qu'une combinaison de techniques thérapeutiques peut maximiser les bénéfices pour les enfants IMC.

Les résultats de cette étude s'alignent avec ceux de plusieurs autres recherches qui soulignent les avantages de l'art-thérapie pour les enfants IMC. Par exemple, l'étude de

Patterson et Perlstein (2011) a montré que l'art-thérapie peut non seulement améliorer les compétences motrices, mais aussi offrir un espace de développement émotionnel et social pour les enfants avec des besoins spéciaux. De plus, les travaux de Henley (1999) ont mis en lumière l'impact positif de l'art-thérapie sur l'engagement et la motivation des enfants, renforçant les conclusions de notre étude.

Les résultats de cette recherche ont des implications importantes pour les pratiques thérapeutiques et éducatives. Ils suggèrent que l'AT peut être intégrée efficacement dans les programmes de rééducation motrice pour les enfants IMC. Les professionnels de la santé et les éducateurs devraient considérer l'utilisation de l'art-thérapie comme un complément aux interventions traditionnelles, offrant ainsi une approche holistique qui inclut des bénéfices émotionnels et comportementaux.

Dans toutes les rubriques d'exercices proposés, les résultats montrent une croissance des performances au cours des semaines, ceci dû à l'entraînement. Néanmoins, il faut noter que cette croissance ne pourra être maintenue que lorsque la pratique des activités est fréquente. Retenons également que d'autres facteurs sont mis en jeu dans l'acquisition des habiletés motrices tels que le degré de motivation, l'estime de soi de chaque enfant IMC en situation de classe.

6.5. LIMITES ET SUGGESTIONS

6.5.1. Limites de l'étude

Malgré les résultats positifs, cette étude présente certaines limites, notamment la taille de l'échantillon et la durée limitée de l'intervention. Elle s'est juste intéressée à l'enfance, et si on élargie la population d'étude, cette recherche pourrait avoir d'autres résultats. Des recherches futures devraient inclure des études longitudinales avec des échantillons plus larges pour confirmer et étendre ces résultats. Il serait également bénéfique d'explorer l'impact de différentes formes d'art-thérapie et de comparer leur efficacité relative. Aussi, l'exigence affective des enfants IMC dans la classe a quelque fois constituée une entrave à notre investigation.

6.5.2. Suggestions

L'art-thérapie offre une approche prometteuse pour le développement des habiletés motrices chez les enfants IMC. Pour maximiser son impact, une collaboration étroite entre les pouvoirs publics, les enseignants, et les parents est essentielle. En travaillant ensemble, nous

pouvons créer un environnement inclusif et favorable qui permet à chaque enfant de s'épanouir pleinement à travers l'art.

Aux pouvoirs publics

- Cette étude pourrait emmener les pouvoirs publics à mettre sur pied des stratégies et des moyens de prise en charge adaptés aux besoins des personnes handicapées notamment les IMC ;
- L'intégration de l'art-thérapie dans les politiques de santé et d'éducation : en encourageant l'inclusion de l'art-thérapie dans les programmes de rééducation et d'éducation spéciale pour les enfants IMC en âge scolaire.
- Financer des recherches supplémentaires et des programmes pilotes pour évaluer l'efficacité de l'art-thérapie à grande échelle.
- Mettre en place des programmes de formation et de certification pour les art-thérapeutes, en s'assurant qu'ils sont qualifiés pour travailler avec des enfants IMC.
- Promouvoir des collaborations entre les institutions éducatives et les centres de santé pour former des professionnels compétents en art-thérapie.
- Lancer des campagnes de sensibilisation pour informer le public et les professionnels de santé sur les bienfaits de l'art-thérapie pour les enfants IMC.
- Promouvoir des journées de l'art-thérapie pour célébrer et partager les réussites des enfants et des thérapeutes.

Aux enseignants

- Collaborer avec des art-thérapeutes pour concevoir des activités adaptées aux enfants IMC.
- Adapter les méthodes d'enseignement pour inclure des activités artistiques qui peuvent aider à développer les habiletés motrices des enfants IMC.
- Utiliser des approches centrées sur l'enfant, encourageant l'expression créative et le développement personnel à travers l'art.
- Fournir un soutien individualisé aux enfants IMC en intégrant des activités d'art-thérapie personnalisées en fonction de leurs besoins et capacités.
- Encourager les enfants à participer activement aux activités artistiques, en valorisant leurs efforts et en renforçant leur confiance en eux.

Dans le soucis de pallier au problème du personnel éducatif qui n'est pas encore formé en art-thérapie, nous nous permettons de proposer un programme de formation d'AT adapté pour les enfants IMC, automatisé et assisté par l'intelligence artificielle. Plusieurs types de technologies d'IA peuvent jouer le rôle d'assistant dans un programme d'art-thérapie en milieu éducatif inclusif, en voici quelques exemples :

- **Replika** : Un chatbot basé sur l'IA conçu pour engager des conversations et fournir un soutien émotionnel. Il peut être personnalisé pour encourager et guider les élèves pendant les activités artistiques.
- **Woebot** : Un assistant virtuel qui utilise des techniques de thérapie cognitivo-comportementale pour aider les utilisateurs à gérer leurs émotions. Bien que principalement axé sur la santé mentale, il peut être adapté pour fournir des conseils et des encouragements pendant les séances d'art-thérapie.

Programme de formation d'AT pour enfants IMC selon l'approche par les compétences :

Objectifs du programme:

- Utiliser l'art-thérapie pour améliorer les capacités motrices, la communication, et le bien-être émotionnel des enfants atteints d'IMC.
- Développer les compétences de motricité fine et globale, Coordination œil-main, Renforcement musculaire à travers des activités artistiques.
- Expression des émotions par des moyens artistiques, Développement de la confiance en soi et de l'estime de soi, Gestion du stress et des émotions.
- Résolution de problèmes créatifs, Planification et exécution de projets artistiques, Mémoire et concentration.
- Travail en groupe et coopération, Communication verbale et non verbale, inclusion et interaction positive.

Contenus et tâches:

- Ateliers de relaxation et de pleine conscience intégrant des techniques artistiques.
- Sessions de discussion pour partager les expériences et les ressentis autour des œuvres créées.
- Projets Collectifs dans la réalisation de fresques murales ou de sculptures collectives.
- Organisation d'expositions pour présenter les œuvres des enfants.

Méthodologie:

- Évaluation des capacités motrices et des besoins spécifiques de chaque enfant.
- Définition des objectifs personnalisés en collaboration avec les parents et les éducateurs.
- Séances Hebdomadaires de 1 à 2 heures par séance.
- Activités : Dessin, peinture, sculpture, collage, etc.
- Thèmes : Expression des émotions, coopération, exploration des sens, etc.

Méthodes d'évaluation:

- Observation et notation des progrès des enfants sur une grille d'observation pendant une durée bien spécifique.
- Réajustement des objectifs et des activités en fonction des besoins évolutifs.

Support que nous proposons:

- Tout matériel qui encourage la créativité
- Matériel artistique varié (argile, peintures, pinceaux, perles, matériaux à coller, etc.).
- Espaces adaptés pour les activités artistiques, avec des équipements accessibles pour les enfants ayant des difficultés motrices.
- Professionnels formés en art-thérapie et en pédagogie inclusive/ chatbots et assistants virtuels pour un début.

En fonction du cas et de ses besoins spéciaux, l'IA saura adapter un modèle d'évaluation.

Exemple pratique d'une séance d'Art-thérapie assistée par Replika.

Après l'avoir programmé selon les besoins spécifiques des apprenants, il va présenter chaque étape, les diriger et pendant temps l'éducateur supervise juste l'atelier.

Thème : Exploration des Textures et Développement de la Motricité Fine

1. Introduction (10 min) :

Présentation des différents matériaux (argile, sable, tissu, etc.) et discussion sur les sensations et les textures. L'assistant virtuel ou le chatbot salue les élèves et les encourager à partager ce qu'ils ressentent avant de commencer une activité artistique.

2. Activité Principale (40 min) :

Modelage avec de l'argile : les enfants façonnent des formes simples, développant ainsi leur motricité fine et leur coordination œil-main. Collage de différents matériaux sur une feuille

pour créer une œuvre tactile : Pendant ces exercices, Replika peut suggérer des techniques, poser des questions pour inciter à l'expression émotionnelle et féliciter les élèves pour leurs efforts.

3. Partage et Discussion (10 min) : Guidance pendant les activités

Chaque enfant présente son œuvre et partage ses sensations. Discussion sur les textures préférées et les émotions ressenties.

4. Conclusion (5 min) : feedback et évaluation

Réflexion sur l'activité et les progrès réalisés. Encouragement à utiliser les techniques apprises dans d'autres contextes : À la fin de la séance, l'assistant peut aider les élèves à réfléchir sur leur création, poser des questions pour évaluer leurs émotions et leurs expériences, et fournir un retour personnalisé.

Ressources:

- Matériel artistique varié (argile, peintures, pinceaux, perles, matériaux à coller, etc.).
- Espaces adaptés pour les activités artistiques, avec des équipements accessibles pour les enfants ayant des difficultés motrices.
- Professionnels formés en art-thérapie et en pédagogie inclusive/ chatbots et assistants virtuels pour un début.

Suivi et Évaluation : documentation des Progrès :

- Utilisation de grilles d'observation pour noter les progrès moteurs, sociaux et émotionnels qu'il a lui-même monté.
- Photographies et vidéos des œuvres et des séances pour une évaluation visuelle.
- Feedback des enfants sur leurs ressentis et leurs préférences.

Adaptation Continue:

- Ajustement des techniques et des matériaux en fonction des besoins individuels.
- Introduction progressive de nouvelles compétences et techniques artistiques.

Conclusion (5 min) : Réflexion sur ce que les élèves ont appris et ressenti.

Suggestions aux parents:

- Encourager les enfants à participer à des activités artistiques à la maison, en créant un environnement favorable et en fournissant le matériel nécessaire.

- Participer activement aux séances d'art-thérapie, en soutenant les efforts de l'enfant et en valorisant ses créations.
- Se renseigner sur les bienfaits de l'art-thérapie et sur les possibilités d'intégration de cette approche dans la vie quotidienne de l'enfant.
- Participer à des ateliers et des séminaires sur l'art-thérapie pour mieux comprendre comment soutenir le développement de l'enfant.
- Collaborer avec les enseignants et les art-thérapeutes pour suivre les progrès de l'enfant et adapter les activités en fonction de ses besoins.
- Partager des observations et des feedbacks avec les professionnels pour contribuer à l'évaluation et à l'amélioration des programmes d'art-thérapie.

CONCLUSION

Rendu au terme de cette étude intitulée « *Art-thérapie et acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire : cas des élèves de PROMHANDICAM-ASSOCIATION* » il convient de préciser qu'elle s'insère dans le champ de l'éducation spécialisée. Tout au long de son cheminement elle s'est intéressée à la problématique de l'impact ou de l'incidence des pratiques artistiques sur l'acquisition des habiletés motrices des enfants IMC. L'objectif général de cette recherche a été d'examiner le lien qui pourrait exister entre une pratique quotidienne des activités artistiques et les habiletés motrices. Nous avons regardé de plus près l'apport de ces pratiques, leur plus value sur le développement moteur des enfants à besoin spécifiques. Pour y parvenir, nous avons formulé trois hypothèses de recherche à savoir :

HR1 : La pratique des activités de dessin guidé favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire.

HR2 : La pratique des activités de sculpture favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire.

HR3 : La pratique des exercices de mouvements rythmés favorise l'acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire

Nous avons construit notre cadre théorique sur les modèles tels que l'approche humaniste de Rogers, l'approche comportementale de Watson, l'approche kinesthésique de Montessori, l'approche sensorielle de Ayres et enfin l'approche de la thérapie par le jeu de Winnicott. Pour mener à bien ce travail scientifique, nous avons employé la méthode descriptive. Les participants sont âgés entre sept et douze ans et sont tous inscrits à l'école primaire inclusive et au groupe spécialisé de Promhandicam-Association. Notre étude de cas s'est faite de façon minutieuse avec six (6) participants sujets à différents symptômes d'IMC et 4 éducateurs qui ont bien voulu prendre part à nos entretiens. Les instruments de collecte des données que nous avons employé sont la Grille d'observation, un protocole d'évaluation des habiletés motrices chez les enfants IMC, le protocole d'entretien adressé aux enseignants. Après avoir complété les grilles d'observation, nous avons présenté les données que nous avons recueilli sous forme et graphique avant d'apporter des interprétations spécifiques à chaque cas. L'analyse et l'interprétation des hypothèses de recherche ont permis de conclure que : l'art-thérapie peut effectivement favoriser une amélioration significative des habiletés motrices, tout en apportant des bénéfices psychologiques et émotionnels. Les enfants participant à ces programmes

démontrent une meilleure coordination œil-main, une plus grande dextérité manuelle, ainsi qu'une augmentation de l'endurance et de la force musculaire. De plus, l'art-thérapie a un impact positif sur la motivation des enfants, leur estime de soi et leur bien-être général.

Cependant, pour maximiser les effets bénéfiques de l'art-thérapie, il est crucial d'adopter une approche personnalisée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque enfant. La collaboration entre thérapeutes, éducateurs, et familles joue un rôle essentiel dans la mise en place de programmes efficaces et dans le suivi des progrès. De plus, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les mécanismes sous-jacents de cette approche et pour évaluer ses effets à long terme.

Toutes les hypothèses ont été confirmées. Ce qui permet de conclure qu'un accent doit être mis sur la pratique régulière et quotidienne des activités artistiques dans les salles de classe spéciale afin d'aider les enfants IMC et même ceux en simple difficulté physique à devenir plus habiles sur le plan moteur. Plus loin, on pourrait même envisager l'utilisation de l'AT comme méthode de rééducation pour différents troubles à l'exemple de l'ergothérapie. Les habiletés motrices sont importantes et nécessaires. Elles peuvent être développées par une activité physique. La pratique d'action artistique est également physique, plus en douceur et beaucoup plus précise concernant les habiletés motrices fines.

Bien qu'ayant abordé les aspects importants du problème de notre étude, nous tenons à préciser que l'AT est un champ extrêmement vaste et nous n'avons développé ici qu'une infime partie de ce domaine en rapport avec le handicap physique plus précisément les habiletés motrices. Cette réflexion ouvre donc d'autres voies d'exploration. La difficulté est que nous avons eue à pratiquer certaines activités avec les enfants du fait de la sévérité de leur handicap, malgré toute leur bonne volonté, et la méfiance de certains encadreurs de classe inclusive nous semble digne pour les recherches futures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aghassi, P. (2020). *Méthodologie de la recherche clinique*. Editions lavoisier.
- Amankwah, N. et coll. (2010). *Cerebral palsy in Canada, 2011-2031: results of a microsimulation modelling study of epidemiological and cost impacts*. Health Promot Chronic
- Audiffrenn, M. (2012). *Créativité, motivation et vieillissement*. Presses Universitaires de Rennes.
- Bailly, R. (2001). *Dans enfance et psy*. <https://www.cairn.org>
- Banindjel, J. (2021), *Corps et handicap. Théorie et pratique*. L'Harmattan
- Bazyk, S., & Winne, R. (2013). "Occupational Therapy with Children." Slack incorporated
- Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. Guildford.
- Campenhoudt, L.V., et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4ème édition, Dunod.
- Céline Michaut (2005) : « *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes IMC* »
- Charbonneau G., Turcotte J., & Ngo T. (2019) *Thérapie cognitivo-comportementale : mini guide de pratique*. Les mini quid.
- Chardon, F. (2016). La considération de la dynamique relationnelle comme outils d'évaluation thérapeutique en art-thérapie moderne. *Présenté au Congrès International d'Art-thérapie de Tours*.
- Motrice, C (2010). « *Des prémices au présent* ». L'Harmattan
- Cherrière, C. (2020). *Effets moteurs et cognitifs de la danse pour des jeunes ayant une paralysie cérébrale*. Thèse. Ecole doctorale de Toulouse.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage.
- De Lièvre, B. & Staes, L. (2011). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Notion et application pédago* 5e édition. De Boeck.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Handbook of Qualitative Research*. Sage.

- Praizelin, D (2005). *La musicothérapie réceptive levier de communication chez l'enfant polyhandicapé*. Dunod
- Dong, T. (2015). *Inclusion pédagogique et code éthique : former le handicap est aussi un choix de vie*. FSE, Université de Yaoundé 1.
- Elbrecht, C. (2018). *Trauma Healing at the Clay Field: A sensorimotor Art-therapy Approach*. Jessica Kingsley Publishers.
- Etoundi, L. (2020). *L'intérêt de la santé dans la rééducation des enfants paralysés cérébraux. Médecine humaine et pathologies*. Dumas
- Fagard, J. (2001). *Le développement des habiletés de l'enfant. Coordination bimanuelle et latéralité*. CNRS.
- Florent, S. (2010). « L'art comme jeu(x) », revue interrogations ? N°23. Des jeux et des mondes, décembre 2016. / *Jeu et réalité de Winnicott Les ateliers du relais*. Août 2019 N°270 La bavardcentre de toxicomanie et de santé mentale.
- Froebel, N. (1850). *Renouvellement des formes principales du système de Jardin d'enfants*. La Jolla.
- Henley, D. (1999). *The Creative Arts in Sensory Integration Therapy*. Thomas publishing.
- Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en! Il n'y a pas de vie minuscule*. Ères, connaissance de la diversité.
- Gallahue, D. L. & al. (2012). *Understanding Motor Development : infants, children, adolescents, adults*. Mc Graw-Hill
- <https://doi.org/20.7202/031675aar>.
- [https://urgentiste.com/cameroun-le-difficile-quotidien-des-familles-d'infirmes-moteurs cérébraux](https://urgentiste.com/cameroun-le-difficile-quotidien-des-familles-d'infirmes-moteurs-cerebraux).
- <https://www.actusoins.Com/282113/santé-monde-2016-bilan-de-loms.html>.
- <https://www.imc.apf.asso.fr/comprendre...l'IMC>.
- [https://www.modmanals.com/fr/accueil/Problèmes-santé-infertiles/troubles-neurologiques-chez-l'enfant/infirmité-motrice cérébrale -IMC](https://www.modmanals.com/fr/accueil/Problèmes-santé-infertiles/troubles-neurologiques-chez-l'enfant/infirmité-motrice-cerebrale-IMC).
- [https://www.psychomotricité-bordeaux.com.Définition de la psychomotricité et un cabinet de psychomotricien](https://www.psychomotricité-bordeaux.com/Définition-de-la-psychomotricité-et-un-cabinet-de-psychomotricien).

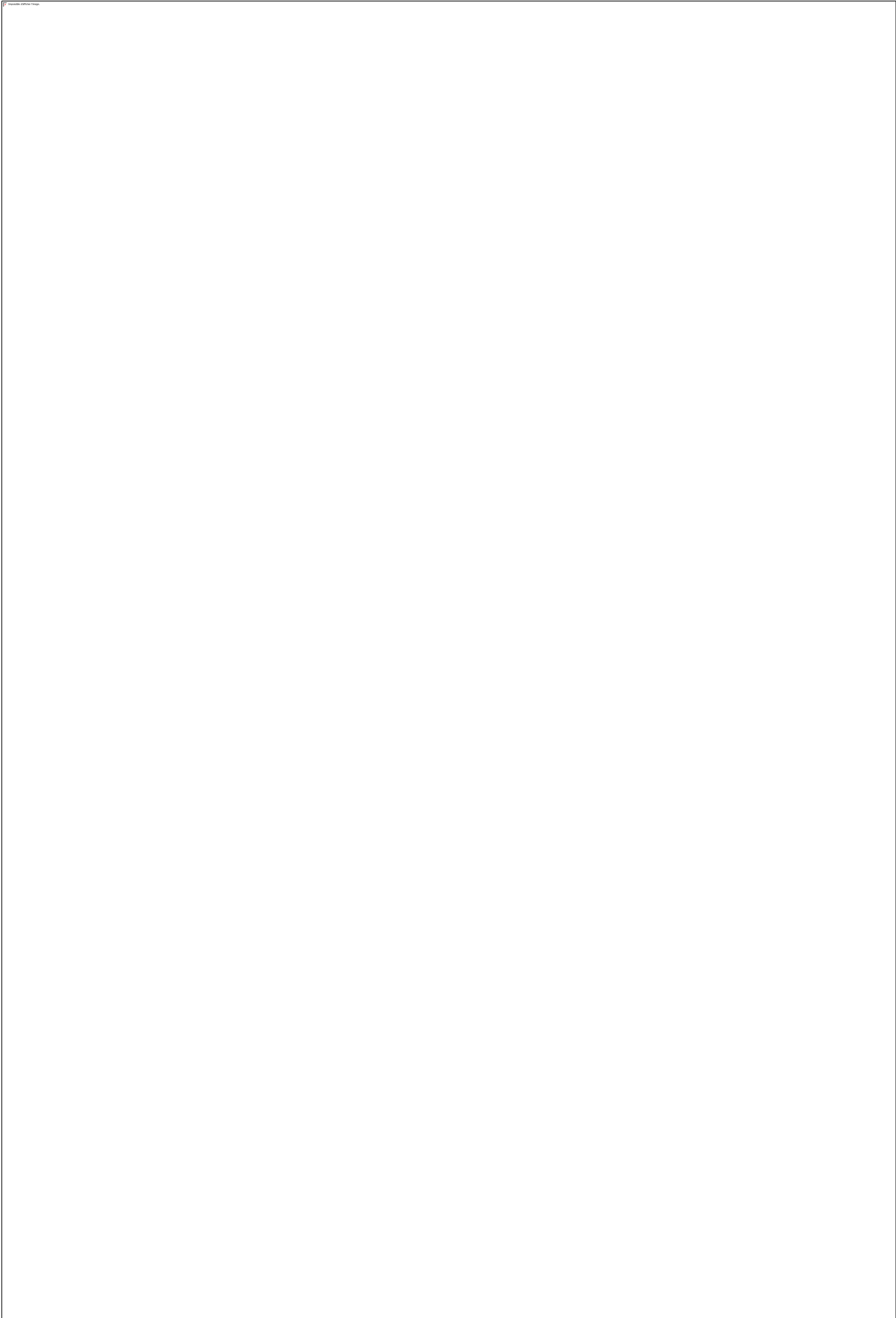
- Klein, J. (2020). *L'Art-thérapie*. PUF.
- Knox, S., & Stevens, J. (2015). *Play Therapy: A Comprehensive Guide*.
- Leroy-Malherbe, V. (2008). *Les infirmités motrices cérébrales et perspectives sur la prise en charge*. Elsevier- Masson
- Loi n°2010/002 du 13 Avril 2010 portant *protection et promotion des personnes handicapées*.
<https://www.minas.cm>
- Loiselle, A.M. (2022). *Les effets d'un programme d'intervention multimodal en activité physique sur les habiletés motrices fondamentales d'enfants du primaire présentant des difficultés motrices*. Thèse. PUQ
- Lupien, G. (2016). *Le développement des habiletés motrices : l'influence du vécu sportif chez les étudiants en sciences de l'activité physique*. Faculté des sciences de l'activité physique, Université de Sherbrooke.
- Makou, M. (2022). *Schémas de graphomotricité et acquisition des habiletés manuelles chez les enfants IMC Dysgraphiques en âge scolaire*. Faculté des sciences de l'éducation, Université de Yaoundé 1
- Malchiodi, C. A. (2012). *Handbook of Art Therapy*. Guilford press
- Melissa Doucet (2016). *Amélioration des habiletés motrices fondamentales d'élèves du primaire suite à l'implantation d'un programme de motricité*
- Michaut C., 2005. *Un atelier d'art thérapie à dominante arts plastiques auprès d'adultes IMC*. Université de Toulouse.
- Montessori, M. (1955). *Formation de l'homme*. Desclée de Brouwer.
- Morice C., (2010). *Mémoire de musicothérapie : Des prémices au présent*. Université de Toulouse.
- Mvessomba, A.E. (2013). *Guide de méthodologie pour une initiation à la méthode expérimentale en psychologie et à la diffusion de la recherche en sciences sociales*. Group Inter Presse
- Neil A. R. (2010). *La thérapie cognitive-comportementale, guide d'information, centre de toxicomanie et de santé mentale*.

- Nguefack, S. & al. (2015). *Aspects cliniques et étiologiques des infirmités motrices cérébrales chez l'enfant à Yaoundé : à propos de 134 cas à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (Cameroun)*. Vol.16(1) january-february-march.
- Nko'o Amveme, S. (2014). *Le handicap : un problème insuffisamment étudié dans nos sociétés*. Health Sciences.
- Nguimatio, C. (2019). *Adaptation des supports d'enseignement en classe de polyhandicapés et intégration scolaire des élèves : cas des élèves IMC du CNRPH Cardinal Paul Émile Léger d'Etoug-Ebe*. FSE, Université de Yaoundé 1.
- Organisation Mondiale de la Santé (2010). CIM-10. *Classification Internationale des Maladies*. Masson
- Pagani, S. & Coll. (2020), childhood exercise as medicine. Extracurricular sport diminishes subsequent ADHD symptoms. *Sciences Direct. Preventive Medicine, volume 141, 106256*.
- Pajuelo, V. (2015). *L'évaluation des habiletés motrices chez les EHDAA et des élèves à risques, un regard sur le plan d'intervention en EPS*. Université du Québec à Montréal
- Paoletti, R. F. (1993). Classification fonctionnelle de la motricité manuelle. *Revue des sciences de l'éducation*, 19(4), 729-743.
- Parham, L. D., & Mailloux, Z. (2010). *Sensory Integration: Theory and practice*. F.A. Davis
- Patterson, J., & Perlstein, L. (2011). *Art Therapy with Children on the Autistic Spectrum: Beyond Words*.
- Pelletier, L. et Lambert, J. (2013). *L'art-thérapie auprès des groupes : réflexions théoriques et développements cliniques*. PUQ
- Piaget, J. (1966). *La psychologie de l'enfant*. PUF
- Praizelin D., 2005. *La musicothérapie réceptive, levier de communication chez l'enfant polyhandicapé*. L'Harmattan
- Prinzohrn, H. (1972). *Artistry of the mentally ill: A contribution to the psychology and psychopathology of configuration*. Springer-verlag.
- Regev, D., & Snir, S. (2014). *Art Therapy in Schools: Effective Integration of Art Therapists in Schools*. Faber & Faber
- Rogers, C. (1975). *Empathique: qualification d'une manière d'être*. La Jolla.

- Rogers, C. (1979). *The Foundations of PCA*. La Jolla
- Rousselet, G. (2008). "Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de jeunes filles porteuses d'une IMC. Université François Rabelais
- Royol, J. P. (2008). *Art-thérapie : quand l'inaccessible est toile*. DOVAL Éditions.
- Sanou T.O.L. (2013). *Profil épidémiologique et clinique des infirmes moteurs cérébraux au centre hospitalier universitaire souro*, Sanou de Bobo-Dioulasso
- Shiltz, L.(2014): la honte d'être soi. De l'intérêt de la psychothérapie à médiation artistique pour la réhabilitation des personnes en situation d'exclusion sociale. *Annales médico-psychologiques. Revue psychiatrique* 173(8).
- Schimtt, F. (2016). *L'art comme jeu(x), dans Revue interrogations ? N°23. Des jeux et des mondes*. <http://www.revue-interrogations.org/L-art-comme-jeu-x>(consulté le 22 octobre 2023).
- Tardieu, G. (1954). *Research on technic form asurement of spasticity. Rev Neuro*, 91(2),143-4
- Trost, S. & al. (2010). *Effects of child care policy and environment on physical activity. Medicine and science in sport and exercise*. Masson
- Tsafack, N. (2004). *Méthodologie de la recherche en sciences sociales et humaines*. PUY.
- Ukondanyanga,N.(2013). Prise en charge du syndrome d'IMC: intérêt d'une approche pluridisciplinaire. *Revue de médecine interne*, 34(2), 113-118.
- Vial, L. (2017). *Le développement des habiletés manuelles chez l'enfant*. Mémoire de diplôme interuniversitaire en rééducation et appareillage de la main. Université Joseph Fourier, université Grenoble Alpes.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Gallimard.

ANNEXES

- Autorisation de recherche
- Grille d'observation
- Guide d'entretien
- Formulaire de consentement
- Batterie de tests d'habiletés motrices
- Réalisation artistiques de nos apprenants



Grille d'observation :

Observation de classe d'élèves déficients intellectuels et infirmes moteurs cérébraux durant un séance d'AT : mise en application des médiums artistiques tels qu'une activité de danse et d'arts plastiques.		
Classe :		Garçons :
Effectif :	Nombre d'élèves IMC :	Filles :

	NOTE	SEMAINES					
A) La pratique du dessin guidé							
1-Traçage des formes	De 5 à 0	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ACQUIS	4 à 5						
ECA	2 à 3						
NON-ACQUIS	0 à 1						
2-Stabilité et précision des gestes							
ACQUIS							
ECA							
NA							
3-Concentration à effectuer des tâches							
ACQUIS							
ECA							
NA							
B)La pratique de la sculpture							
1-Agilité à pétrir							
ACQUIS							
ECA							
NA							
2-Mouvements digitaux							
ACQUIS							
ECA							
NA							
3-Mouvements manuels							
ACQUIS							
ECA							

NA							
C) La pratique des exercices de mouvements rythmés							
2- Equilibre							
ACQUIS							
ECA							
NA							
2-Maîtrise de la coordination							
ACQUIS							
ECA							
NA							
3-Dynamisme							
ACQUIS							
ECA							
NA							

GUIDE D'ENTRETIEN :

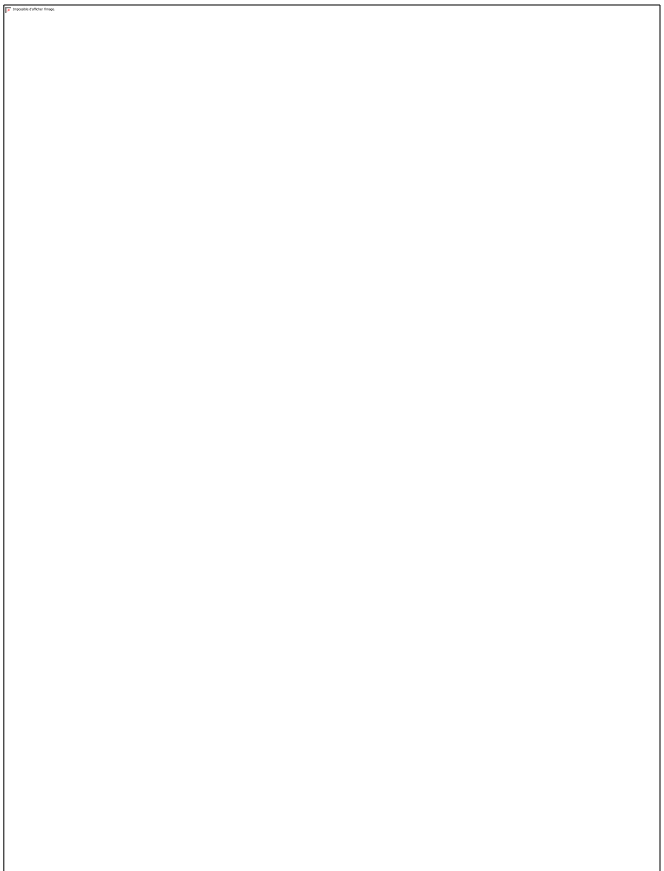
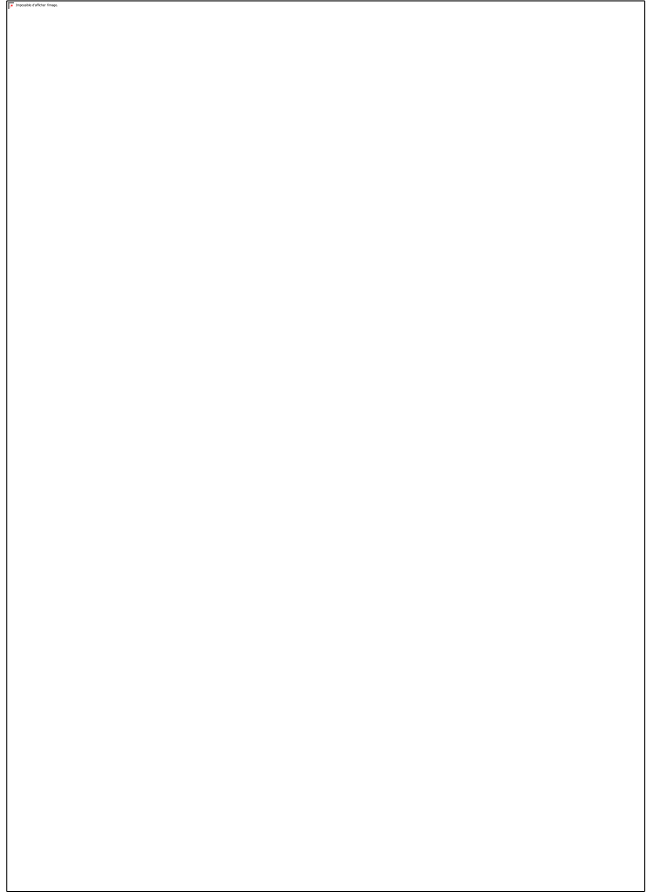
Dans le cadre de notre étude portant sur le thème « Art-thérapie et acquisition des habiletés motrices chez les enfants IMC en âge scolaire : cas des élèves de Promhandicam-Association », nous vous prions de donner votre avis sur l'AT et sur les habiletés motrices de vos apprenants porteurs de l'IMC. Le présent guide a pour but de nous aider à mieux comprendre la situation en classe, la pratique des activités artistiques notamment en ce qui concerne l'apport de ces pratiques en ce qui concerne l'acquisition des habiletés motrices des élèves IMC.

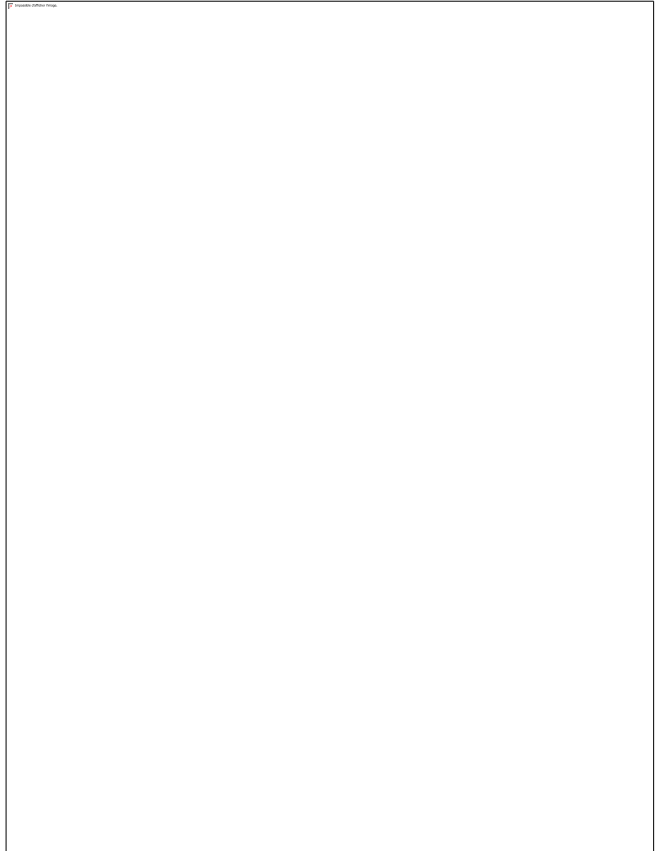
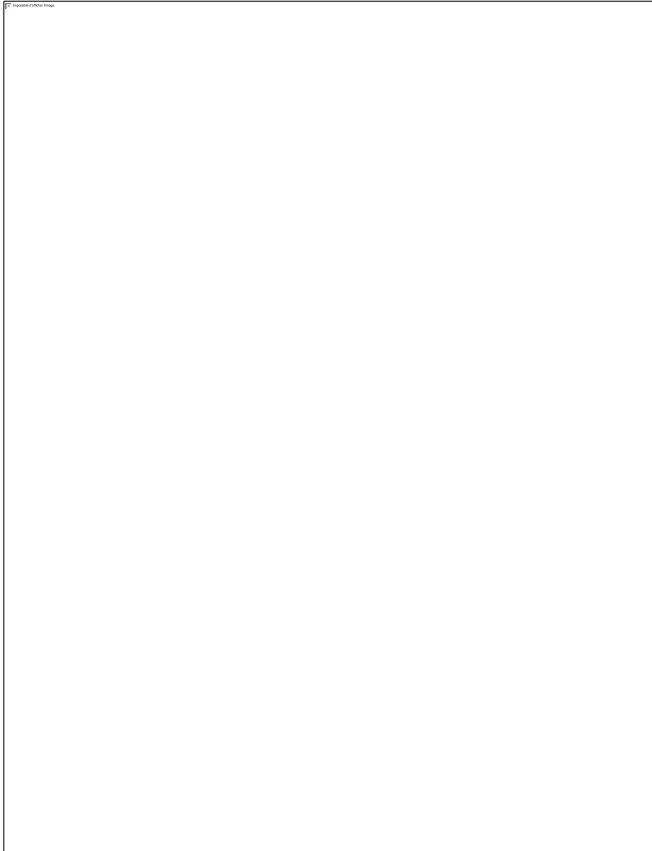
Thème 1 : Identification des sujets IMC

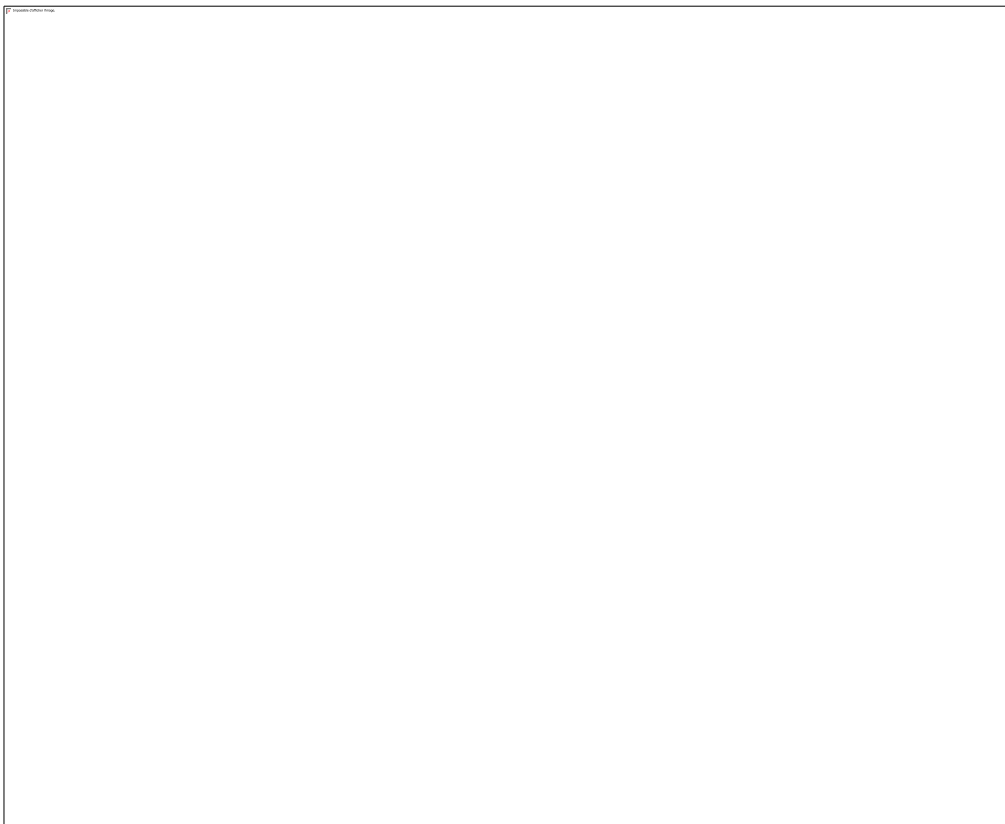
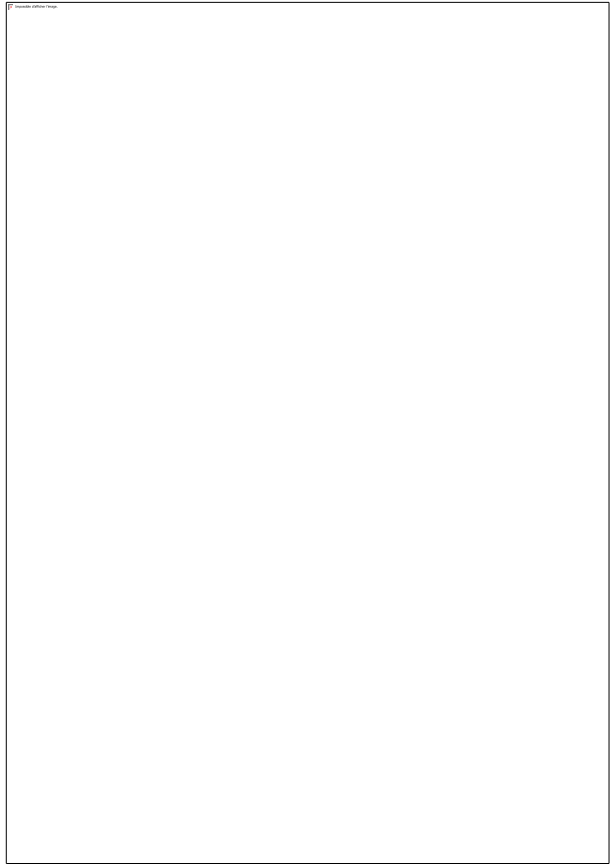
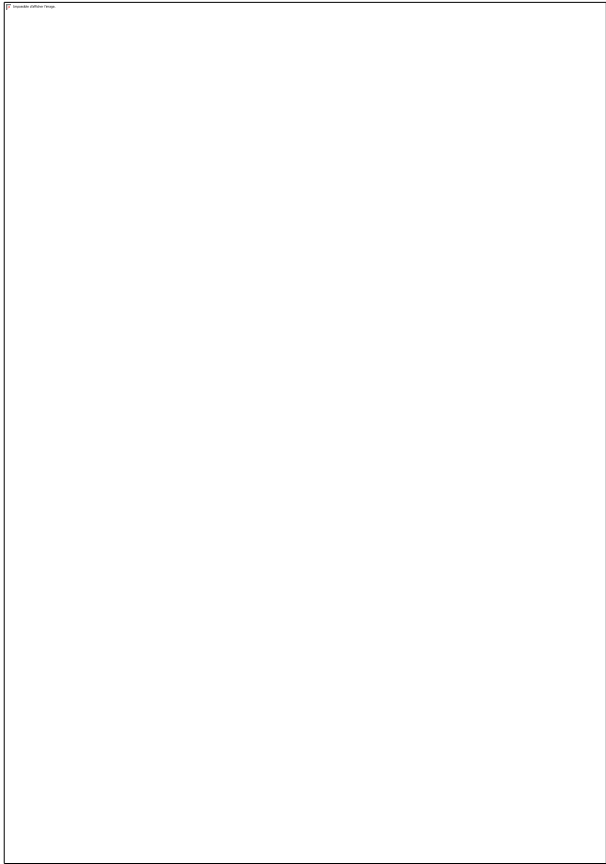
Theme2 : Pratique des activités artistiques au sein de l'institution PROMHANDICAM-Association (peinture, dessin, graphisme, sculpture, danse, chorégraphie musique) ;

Thème 3 : Impact de la pratique quotidienne des activités artistiques sur les habiletés motrices des enfants IMC.

Thème 4 : Acquisition des habiletés motrices et vie quotidienne.







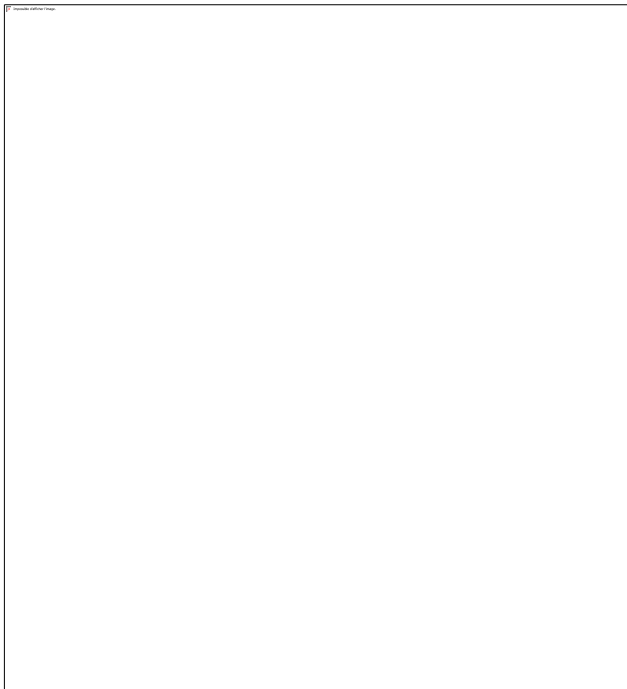
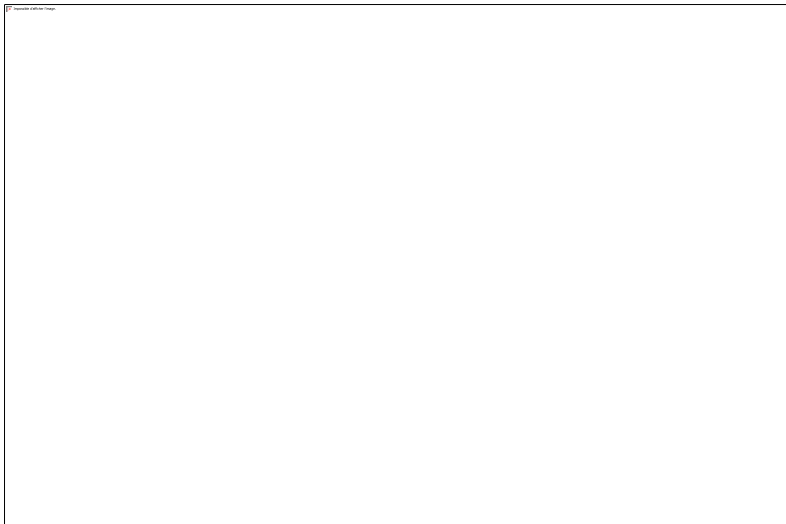
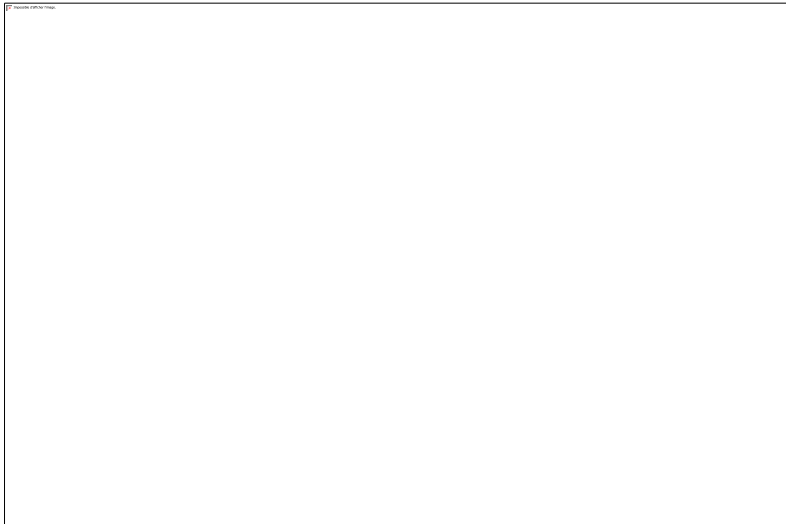


TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DÉDICACES	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	iv
LISTES DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	4
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION.....	5
1.1.1. Contexte de l'étude.....	5
1.1.2. Justification.....	10
1.2. CONSTAT ET PROBLEME DE L'ETUDE :	13
1.2.1. Constat.....	13
1.2.2. Formulation du problème.....	15
1.2.3. Champ et problématique spécifique.....	18
1.3. QUESTION DE RECHERCHE :	20
1.3.1. Question principale de recherche	20
1.3.2. Questions secondaires.....	20
1.4. HYPOTHÈSES CONCEPTUELLES DE L'ÉTUDE :	21
1.4.1. Hypothèse générale.....	21
1.4.2. Hypothèses secondaires	21
1.5. OBJECTIFS DE RECHERCHE :	21
1.5.1. Objectif principal	22
1.5.2. Objectifs spécifiques.....	22
1.6. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	22
1.6.1. Intérêt scientifique	22
1.6.2. Intérêt social	22
1.6.3. Intérêt personnel	23

1.7.	DÉLIMITATION, TYPE DE RECHERCHE ET DÉFINITION DES CONCEPTS...	23
1.7.1.	Délimitation de l'étude	23
1.7.2.	Type De Recherche	23
1.7.3.	Définition des concepts	24
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR ART-THÉRAPIE ET ACQUISITION DES HABILITÉS MOTRICES CHEZ L'ENFANT IMC		26
2.1.	REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'IMC	26
2.1.1.	Historique de l'IMC d'après quelques auteurs : Tardieu, Chérière, Langlois, Nguéfac et autres	26
2.1.2.	Les causes de l'IMC	27
2.1.2.1.	Les causes anténatales	27
2.1.2.2.	Les causes néonatales :	28
2.1.2.3.	Les causes postnatales	28
2.1.3.	Tableaux cliniques : les types et les formes d'IMC	28
2.1.3.1.	Selon les manifestations	28
2.1.3.2.	Selon la topographie des déficiences motrices : les membres du corps atteints.	29
2.1.3.3.	Selon le degré de sévérité	29
2.1.4.	Signes et manifestations de l'infirmité motrice cérébrale : la symptomatologie dépend de la localisation et de l'étendue des lésions.	29
2.1.5.	Traitement et méthodes de remédiation	30
2.1.5.1.	La prise en charge médicamenteuse	30
2.1.5.2.	La rééducation	30
2.1.5.3.	Les méthodes de l'appareillage :	31
2.2.	L'ACQUISITION DES HABILITÉS MOTRICES PAR MARTIN ET MAKOU	31
2.3.	REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ART-THÉRAPIE	35
2.3.1.	Quelques travaux sur l'art-thérapie	35
2.3.2.	L'art-thérapie : une méthode de prise en charge originale	38
2.3.2.1.	Définition	38
2.3.2.2.	Historique de l'association de l'art au désir de soigner	39
2.3.2.3.	Originalité de la discipline	40
2.3.2.4.	Les domaines du développement de l'enfant pouvant être améliorés par une stimulation précoce et des activités d'apprentissage	41

CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES.....	43
3.1. L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ENCORE APPELÉE APPROCHE HUMANISTE : CARL (1902-1987) ET NATHALIE (1928-2015)	43
3.2. L'APPROCHE COMPORTEMENTALE : WATSON, PAVLOV, SKINNER, BANDURA.....	47
3.3. L'APPROCHE KINESTHÉSIQUE DE MONTESSORI.....	50
3.4. L'APPROCHE SENSORIELLE : MONTESSORI, ELBRETCH	51
3.5. L'APPROCHE DE LA THERAPIE PAR LE JEU DE WINNICOTT	54
DEUXIÈME PARTIE CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	58
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	59
4.1. RAPPEL DE L'OBJET D'ETUDE.....	59
4.1.1. Rappel du problème de recherche	59
4.1.2. Rappel des questions de recherche.....	60
4.1.2.1. Question de recherche	60
4.1.2.2. Questions secondaires :	60
Elles sont au nombre de trois	60
4.2. DESCRIPTION DES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	60
4.2.1. Rappel de l'hypothèse générale (HG).....	60
4.2.2. Rappel des hypothèses de recherche	62
4.3. TYPE DE RECHERCHE.....	64
4.4. SITE DE L'ÉTUDE	65
4.4.1. Promhandicam-Association	65
4.5. POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	68
4.5.1. Population de l'étude	68
4.5.2. Technique d'échantillonnage	68
4.5.2.1. Types d'échantillonnage	68
4.5.2.2. Échantillon de l'étude	69
4.6. OUTILS ET INSTRUMENTS DE L'ÉTUDE :	70
4.6.1. L'observation	71
4.6.4. L'entretien	77
4.7. DÉMARCHE DE COLLECTE DES DONNÉES :	79
4.7.1. La pré-enquête durant le stage	79
4.7.2. L'enquête proprement dite	79
4.8. ANALYSE TECHNIQUE DES RÉSULTATS :	79

4.9. QUELQUES DIFFICULTÉS.....	80
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	81
5.1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ISSUS DE L'OBSERVATION	81
5.1.1. LA PRATIQUE DU DESSIN GUIDE :	81
5.1.2. La pratique de la sculpture	81
5.1.3. La pratique des exercices de mouvements rythmes	82
5.2. OBSERVATION DES PERFORMANCES DES PARTICIPANTS :	83
5.2.1. Premier cas :	83
5.2.2. Deuxième cas	86
5.2.3. Troisième cas :	89
5.2.4. Quatrième cas	91
5.2.5. Cinquième cas	94
5.2.6. Sixième cas.....	97
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS.....	106
6.1. RAPPEL DES THÉORIES	106
6.2. RAPPEL DES RÉSULTATS	107
6.3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	108
6.3.1. Interprétation par l'hypothèse HR1	108
6.3.2. Interprétation par l'hypothèse HR2	108
6.3.3. Interprétation par l'hypothèse HR3	109
6.4. DISCUSSION DES RÉSULTATS	109
6.5. LIMITES ET SUGGESTIONS	111
6.5.1. Limites de l'étude	111
6.5.2. Suggestions.....	111
CONCLUSION	117
BIBLIOGRAPHIE	119
ANNEXES	124