N° :
Note :

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des
Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPÉRIENCE D'ART-THERAPIE À DOMINANTE MUSIQUE AU SEIN D'UN INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie
De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par Juliette SCHALLER

Année 2011

Sous la direction de :
Elina PALETTE
Art-Thérapeute
Diplômée de la Faculté de Poitiers

Lieu de stage :
IMP – Binet Simon
16 rue des Hospitalières Saint-Gervais
75004 Paris

« La vie sans musique est tout simplement une erreur, une fatigue, un exil. »
Friedrich Nietzsche, philosophe allemand.

REMERCIEMENTS :

En premier lieu, un grand merci à ma maître de stage, Katia Leklou de m'avoir fait confiance et m'avoir permis de faire ce stage.

Je souhaite également remercier l'équipe de l'IMP, sa directrice Mme Gibbs, et plus particulièrement ceux qui ont pris le temps de me conseiller et de m'aider, dans les moments où j'en avais besoin, comme Hélène, l'ergothérapeute et Françoise, l'une des éducatrices spécialisées.

Merci aux enfants d'avoir répondu présents durant mes ateliers et d'y avoir participé activement.

Je remercie ensuite tous les formateurs/intervenants de la formation ISA et du DU Art-thérapie, de nous avoir transmis leur savoir et connaissance et plus particulièrement, Richard Forestier, pour la rigueur de son enseignement et le partage de son expérience.

Un grand merci à Elina Palette, ma directrice de mémoire, qui m'a soutenue et conseillée durant toute cette période, de l'ébauche du premier plan, à la soutenance.

Enfin, merci à mes proches, ma mère et ma sœur, Alice, Léo, Pauline, Chloé, Hélène, Clémence, Léa, Vanessa, Julia… et surtout Régis, pour leur soutien inégalable.

PLAN :

- **Remerciements** p4
- **Plan** p5
- **Glossaire** p10
- **Introduction** p12

- **PREMIÈRE PARTIE :**

L'ART-THERAPIE À DOMINANTE MUSIQUE PEUT AIDER À L'ÉPANOUISSEMENT DE PERSONNES SOUFFRANT DE DÉFICIENCES MENTALES. p14

A. Des personnes atteintes de déficiences mentales peuvent rencontrer des difficultés à s'intégrer socialement et à communiquer leurs émotions. p14

1. L'homme est un être social. p14
   a. La relation à l'autre est l'une des composantes de la bonne santé.
   b. L'homme a besoin de faire partie d'un groupe.
2. L'homme a besoin de s'exprimer et que son expression soit entendue. p16
   a. L'expression permet d'extérioriser ce que l'on ressent.
   b. La communication permet d'interagir par rapport aux expressions de l'autre.
3. La déficience mentale entraîne une difficulté relationnelle et communicationnelle qui permet difficilement à la personne de s'épanouir comme sujet. p18
   a. La personne atteinte de trisomie 21 souffre à différents niveaux.
   b. La personne présentant une déficience mentale associée à des troubles autistiques ressent différentes souffrances.

B. La musique est un art qui permet la communication. p21

1. La musique est une activité artistique qui s'appuie sur la sensibilité. p21
   a. La musique est l'art d'associer les sons.
   b. Nous sommes constamment entourés de sons.
2. La musique, comme les autres pratiques artistiques fait appel à des mécanismes humains. p23
   a. L'opération artistique permet d'observer les mécanismes humains utilisés pour être esthète ou artiste.
   b. Cette opération artistique, appliquée à la musique, souligne les étapes clés du processus.

3. La musique se différencie des autres pratiques artistiques. p24

a. La musique fait appel, en premier lieu, à l'ouïe.
b. la musique a un pouvoir qui peut être utilisé dans le soin.

C. La pratique et l'écoute de la musique peuvent améliorer les troubles de l'expression, de la relation et de la communication d'une personne déficiente mentale. p27

1. La pratique et l'écoute de la musique permettent une relation à l'autre. p27

a. La perception de la musique a des traits communs pour tout un chacun.
b. Cette perception peut être différente pour des personnes trisomiques 21.
c. Cette perception peut être différente pour des personnes atteintes de troubles autistiques.

2. La musique peut permettre une communication non verbale. p29

a. La musique est un mode de communication qui a des points communs avec le langage.
b. La musique peut avoir un impact spécifique pour les personnes atteintes de trisomie 21 et de troubles autistiques.

3. La sensibilité particulière au monde sonore des personnes atteintes de trisomie 21 ou ayant des troubles autistiques permet d'utiliser le pouvoir de la musique pour une meilleure qualité de vie existentielle. p31

a. L'art-thérapeute va créer des outils adaptés aux pathologies rencontrées.
b. La qualité de vie existentielle d'une personne souffrante peut être restaurée grâce à la musique.

➢ DEUXIÈME PARTIE :

UNE EXPÉRIENCE D'ATELIER ART-THERAPEUTIQUE À DOMINANTE MUSIQUE AU SEIN D'UN INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE : p33

A. L'institut médico-pédagogique est un centre de soins et d'éducation spécialisée. p33

1. Le rôle de l'IMP est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés pour des enfants et adolescents atteints de déficience mentale. p33

a. Une éducation et un enseignement spécialisés permettent une meilleure intégration dans la société.
b. L'absence du terme thérapie dans la définition de la structure pose question.

2. L'équipe de l'IMP est une équipe pluridisciplinaire. p34

a. Une équipe pédagogique est présente avec un programme scolaire adapté.
b. Une équipe éducative aide les enfants pour l'apprentissage des tâches quotidiennes.
c. Une équipe médicale et paramédicale effectue des prises en charge thérapeutiques pour les enfants qui en ont besoin.

B. Les stratégies thérapeutiques mises en place correspondent au projet personnalisé de l'enfant ainsi qu'au projet de l'établissement. p35

1. Le public de l'IMP est représenté par des enfants de 5 à 14 ans présentant des déficiences mentales. p35

a. La majorité des enfants sont des enfants porteurs de trisomies 21.
b. La pathologie de certains enfants n'a pas été diagnostiquée de manière précise.

2. Au sein de l'établissement, chaque enfant a un projet personnalisé. p36

a. Le projet est décidé à l'arrivée de l'enfant.
b. Le projet évolue au fil des années.

3. Les ateliers d'art-thérapie s'inscrivent dans ces projets. p36

a. La mise en place d'un atelier d'art-thérapie se fait en plusieurs temps.
b. L'atelier d'art-thérapie répond aux objectifs définis par le projet personnalisé de l'enfant.

C. Présentation de deux études de cas d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge en art-thérapie : p37

1. Moussa présente une déficience mentale, associée à des troubles autistiques. p37

a. L'état de base de Moussa indique des difficultés de communication et de relation.
b. La stratégie thérapeutique de Moussa est basée sur ses capacités relationnelles réduites dans un atelier modelage.
c. Au fur et à mesure, la dominante artistique évolue et l'art-thérapeute introduit la musique dans la prise en charge.

2. Caroline est atteinte de trisomie 21. p41

a. L'état de base de Caroline souligne son manque de confiance en elle et d'affirmation au sein du groupe.
b. La stratégie thérapeutique de Caroline est basée sur son goût prononcé pour la musique.
c. Certains items inappropriés au regard des progrès faits par Caroline sont supprimés.

D. Les bilans des prises en charge sont effectués. p43

1. Bilan de la prise en charge de Moussa : p43

    a. Moussa progresse dans sa relation aux autres jusqu'à une ébauche de communication.
    b. Les graphiques montrent l'évolution de Moussa mais également certaines situations particulières, comme la baisse importante de ses progrès à la séance 12.

2. Bilan de la prise en charge de Caroline : p50

    a. Caroline fait des progrès rapides et constants au sein du groupe, en s'affirmant de plus en plus.
    b. Les objectifs de la prise en charge de Caroline sont atteints plus rapidement que prévu.

➢ TROISIÈME PARTIE :

L'ART-THERAPIE PEUT AVOIR SA PLACE AU SEIN D'UN IMP. p57

A. La légitimité d'un art-thérapeute au sein d'un IMP est mise en débat. p57

1. Les structures médico-sociales sont considérées comme des écoles pour handicapés. p57

    a. Les parents investissent l'IMP comme une école en acceptant difficilement la dimension thérapeutique de l'institution.
    b. L'équipe de l'éducation nationale a des difficultés à laisser une véritable place à la prise en charge thérapeutique.

2. La question du rôle de l'art-thérapie dans la prévention de la souffrance est posée. p58

    a. L'art-thérapie s'adresse à des personnes souffrantes.
    b. L'art-thérapie peut aider à prévenir cette souffrance.

B. La place de l'art-thérapeute en IMP n'est pas encore stabilisée. p61

1. Aujourd'hui, l'art-thérapie n'a pas trouvé sa place au sein d'un IMP. p61

    a. Les établissements médico-sociaux privilégient l'intervention d'artistes intervenants ou de professeurs spécialisés.
    b. Le métier d'art-thérapeute a un déficit de notoriété.

2. Aujourd'hui, l'art-thérapie a sa place au sein d'un IMP. p64

    a. Les artistes intervenants et professeurs de la ville ne sont pas formés à suivre certains publics.

b. De plus en plus de structures médico-sociales s'intéressent à l'art-thérapie.

C. Tableau de synthèse des deux hypothèses : p66

- Aujourd'hui, l'art-thérapie n'a pas trouvé sa place au sein d'un IMP.
- Aujourd'hui, l'art-thérapie a sa place au sein d'un IMP.

D. Un bilan de mon action au sein de l'IMP s'impose : p67

1. Mon action a eu un impact sur les enfants p67
   a. La progression des enfants est réelle.
   b. Les enfants se sont ouverts à de nouvelles formes d'expression.
2. Mon action a eu un impact sur l'organisation de la structure et sur l'équipe. p68
   a. L'organisation de la structure a subi des modifications.
   b. L'équipe était mitigée au sujet de l'art-thérapie.
3. Mon action a eu un impact sur ma vision du métier d'art-thérapeute et la réalité du terrain. p70
   a. Mon stage m'a fait prendre conscience de l'acceptation parfois difficile de l'art-thérapie en tant que discipline paramédicale.
   b. La mise en place des ateliers d'art-thérapie m'a permis de comprendre le rôle et l'importance d'une formation spécifique en art-thérapie.

- **Conclusion** p72
- **Bibliographie** p73
- **Annexes** p76

GLOSSAIRE :

o **Imagination** : par extension, le mot désigne la faculté de créer en combinant des idées. (cf Bibliographie, Dictionnaire Le Robert)

o **Pédagogique** : vient de pédagogie qui est la science de l'éducation des jeunes, l'ensemble des méthodes qu'elle met en œuvre et la qualité du bon pédagogue. (cf Bibliographie, Dictionnaire Le Robert)

o **Sensibilité** : propriété qu'a un être vivant d'être excité par le milieu extérieur. Puis au XVIIIè siècle, le mot désigne la qualité de sentir et de transmettre des émotions. (cf Bibliographie, Dictionnaire Le Robert)

o **Stratégie thérapeutique** : l'organisation d'éléments orientés vers un but thérapeutique. (cf Bibliographie, Dictionnaire Le Robert)

o **Rythme** : Le rythme organise les sons dans le temps, il les regroupe pour donner une direction à la musique. (G.Vaillancourt, *Musique, Musicothérapie et développement de l'enfant*, p 145)

o **Mélodie** : La mélodie représente une succession de notes que l'on regroupe en phrases et qui se suivent de façon conjointe ou disjointe. (G.Vaillancourt, *Musique, Musicothérapie et développement de l'enfant*, p 145)

o **Tempo** : Le tempo représente la vitesse à laquelle on joue une pièce. Il existe une grande variété de tempi. (G.Vaillancourt, *Musique, Musicothérapie et développement de l'enfant*, p 145)

o **Harmonie** : L'harmonie est l'étude des intervalles entre des sons superposés, qui forment les accords, et de leurs enchaînements. C'est la science des accords entendus verticalement. (G.Vaillancourt, *Musique, Musicothérapie et développement de l'enfant*, p 146)

o **Dynamique** : La dynamique se rapporte à l'intensité de la musique et aux variations de nuances recommandées dans le jeu des interprètes. (piano, pianissimo, forte, etc…). (G.Vaillancourt, *Musique, Musicothérapie et développement de l'enfant*, p 145)

o **Art I** : phase caractéristique de l'activité artistique : c'est l'instinct qui se présente de façon globale, anarchique et trouve le corps comme médiation privilégié. (R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 55)

o **Art II** : phase caractéristique de l'activité artistique : elle se présente de façon globale et ordonnée. (R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 55)

o **Site d'action thérapeutique** : localisation d'une difficulté chez le patient, sur laquelle travailler directement ou indirectement afin d'essayer de la diminuer ou de la faire disparaître. (R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 60)

o **Item** : la plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation. (R. Forestier, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p 63)

o **CDAPH** : Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

o **MDPH :** Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

o **A.P.A.J.H :** Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés.

o **D.D.A.S.S** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

o **EME** : Externat Médico Educatif

o **IME** : Institut Médico Educatif

o **IMP Pro** : Institut Médico Pédagogique Professionnel.

INTRODUCTION :

Mon parcours artistique, essentiellement tourné vers la musique m'a permis de ressentir les bienfaits de l'art comme moyen d'expression. La musique introduit une communication non verbale en ouvrant d'autres canaux de communication que la parole. Ainsi, elle peut être utilisée afin d'exprimer ses émotions, d'échanger sur sa culture ou encore sa personnalité.

Durant des études d'ethnologie, j'ai axé mes recherches sur le griot d'Afrique de l'Ouest qui est le communicateur traditionnel du village africain. Ce personnage a une place très importante au sein du village : il a le devoir de transmettre les messages entre les familles ou encore d'annoncer les naissances et utilise pour cela toute forme d'expression musicale : le chant, les percussions, les instruments à cordes. Ce travail de recherche autour du griot a été une révélation me faisant prendre conscience de l'importance de l'expression artistique et du pouvoir de l'Art dans toutes les sociétés.

Animé par la richesse des relations humaines, j'ai souhaité centrer mon projet professionnel autour de l'accompagnement et me suis tournée vers une formation en art-thérapie. Pour travailler auprès de personnes souffrant de déficiences psychiques, physiques ou sociales, il m'a semblé important de développer des connaissances scientifiques par rapport aux pathologies rencontrées mais également afin d'établir une stratégie thérapeutique adaptée à la personne. Parmi les trois grands courants en art-thérapie, j'ai choisi de suivre le modèle Tourangeau. Sans vouloir me prétendre psychologue, en interprétant la production du patient, mais tout en voulant respecter un cadre scientifique à travers une stratégie thérapeutique mise en place et une exigence d'évaluation grâce à des outils spécifiques, il m'a semblé que l'art-thérapie telle qu'elle est enseignée à Tours correspondait à ce que je recherchais.

Dans la continuité de mon stage de première année dans un centre médico-psychologique pour enfants et adolescents, j'ai choisi de faire mon stage de deuxième année dans un Institut médico-pédagogique, qui accueille des enfants de 5 à 14 ans, présentant une déficience mentale, associée ou non à d'autres pathologies. J'y ai confirmé mon désir de me diriger vers ce type de public, à la sortie de ma formation.

Nous verrons donc dans un premier temps, que l'art-thérapie à dominante musique, peut aider à l'épanouissement de personnes souffrant de déficiences mentales.

Puis, nous présenterons l'expérience d'un atelier art-thérapeutique à dominante musique, qui a été mis en place au sein d'un Institut médico-pédagogique.

Enfin, nous nous demanderons si aujourd'hui, l'art-thérapie a sa place au sein d'un établissement médico-social, tel que l'institut médico-pédagogique.

Signalons que les études de cas portent des noms d'emprunt afin de préserver l'anonymat des patients.

➢ PREMIÈRE PARTIE :

L'ART-THERAPIE À DOMINANTE MUSIQUE PEUT AIDER À L'ÉPANOUISSEMENT DE PERSONNES SOUFFRANT DE DÉFICIENCES MENTALES.

A. Des personnes atteintes de déficiences mentales peuvent rencontrer des difficultés à s'intégrer socialement et à communiquer leurs émotions.

1. L'homme est un être social.

a. La relation à l'autre est l'une des composantes de la bonne santé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la bonne santé se définit comme un bien-être physique, psychique et social.

Au sein de ces trois thèmes indissociables que sont le bien-être physique, psychique et social, nous allons nous attarder sur le dernier thème : le bien-être social.

« *Social est dérivé du verbe latin classique : faire partager, mettre en commun. L'adjectif s'applique à une personne capable de vivre en association permanente avec ses semblables* »[1], ce qui est la situation la plus courante chez l'être humain.

Le terme bien-être désigne « *la sensation agréable née de la satisfaction de besoins physiques, puis la situation matérielle qui permet de satisfaire les besoins de l'existence.* »[2]

Ainsi, le bien-être social désigne la situation d'une personne capable de vivre en harmonie avec ses semblables. Les relations sont donc primordiales pour le bien-être de chaque être humain.

De plus, la quasi-totalité des comportements humains sont déterminés par l'environnement social. Nous sommes donc déterminés par nos relations avec les autres, au-delà de notre nature biologique spécifique évidente.

Si notre identité est notamment définie par notre statut au sein de la société, alors nous pouvons facilement confirmer le fait que l'homme est un être social.

[1] Dictionnaire Historique de la langue française, Le Robert, 1994

[2] Dictionnaire Historique de la langue française, Le Robert, 1994

b. L'homme a besoin de faire partie d'un groupe.

« *L'homme est un animal grégaire. Il serait vain de l'éloigner du groupe dont il a besoin* »[3]. Grégaire signifie « *qui fait partie de la troupe* »[4]. Le mot s'emploie couramment au figuré, appliqué à des êtres humains, en parlant de ce qui provoque le groupement ou qui en résulte.
Si l'on reprend cette citation, cela montre bien que l'être humain fait partie d'un groupe, vit en société. Selon l'endroit où il naît et où il vit, il acquerra les différents rites, mœurs, particularités de sa communauté, de sa société. Il construira son identité en fonction des gens qu'il côtoiera entre autre.

« *Aucun homme ne saurait vivre initialement seul. Sa dépendance aux autres est multiple, mais elle seule permet sa survie. Elle est d'abord pratique (le bébé a besoin de soins), elle est aussi affective et anthropologique (l'homme a besoin d'affection, puis de solidarité. Il doit être aimé, intégré et trouver une place parmi les autres, qui lui donneront un statut.), elle est enfin ethique (l'homme se développe dans la conscience de l'autre et dans une solidarité qui devient immédiatement réciproque.)* » [5]

Un individu se construit forcément au sein d'un groupe : société, communauté, ethnie, etc. Au-delà des besoins physiologiques, l'être humain trouvera dans sa famille, sa communauté d'origine, les repères identificatoires qui étayeront sa personnalité et lui permettront de gagner en autonomie.
Si l'on reprend la pyramide du psychologue Abraham Maslow, le besoin d'appartenance à un groupe est l'un des besoins essentiels de l'être humain. Après avoir subvenu aux besoins physiologiques ainsi qu'aux besoins de sécurité (avoir un emploi, être en bonne santé physique, avoir un toit) viennent les besoins d'appartenance et besoins affectifs. Il est indispensable pour un individu, non seulement d'être entouré de ses semblables mais également d'être aimé et reconnu. Un individu, seul pendant très longtemps, aura souvent des désordres psycho-affectifs et/ou comportementaux. L'abandonnisme en est un exemple : le bébé que l'on nourrit sans lui parler ni le toucher va mourir.

[3] Vaginay Denis, Découvrir les déficiences intellectuelles, p 94

[4] Dictionnaire Historique de la langue française, Le Robert, 1994

[5] Vaginay Denis, Découvrir les déficiences intellectuelles, p141

Tout au long de la vie, le sujet humain devra négocier sa place dans les groupes auxquels il appartiendra.

2. L'homme a besoin de s'exprimer et que son expression soit entendue.

a. L'expression permet d'extérioriser ce que l'on ressent.

L'expression est un emprunt au latin *expressio* « *action de faire sortir en pressant* »[6]. L'expression permet à l'être humain de faire sortir ce qu'il aura préalablement « imprimé ». En tant qu'être sensible au monde extérieur, le sujet humain évolue au fil des stimulations qu'il reçoit. Ces apports sensoriels seront appelés « impression ».

Ce processus se déroule en plusieurs étapes :
Le corps reçoit des signaux par les capteurs sensoriels et les transmet au système nerveux.
Au sein du système nerveux central, composé de l'encéphale et de la moelle épinière, les informations sensorielles sont stockées. Au niveau de la moelle épinière, une série de cellules sensitives ramènent le message nerveux de nature végétative ou motrice transmis par les capteurs sensoriels. Ces stimuli sensoriels peuvent informer le cerveau de façon consciente ou inconsciente de ce qui se passe dans le corps ou dans notre environnement. Ainsi, ils mémorisent l'information et si besoin, ils apportent une réponse adéquate.
Selon les capteurs sensoriels qui seront sollicités l'information transmise sera différente. Certaines personnes sont beaucoup plus sensibles à l'un ou l'autre de leurs sens. D'autres ont appris à en développer un plus spécifiquement. Par exemple, une personne qui a un handicap sensoriel, comme la non-voyance, a tendance à développer son ouïe et son toucher, pour prévenir de certains dangers qu'elle ne peut plus voir. De même, certaines personnes développent un sens pour leur travail, comme les œnologues avec l'odorat. En fonction de ce qui a été imprimé, l'expression sera différente également. C'est pourquoi chaque individu réagira différemment par rapport au monde extérieur.

L'expression peut être volontaire ou involontaire. Par exemple le réflexe est une expression involontaire. Si nous prenons l'exemple d'une expression volontaire dirigée vers l'esthétique, alors nous pourrons parler d'Art et plus spécifiquement d'expression artistique. Si tout Art est expression, toute expression n'est pas Art. En effet, l'expression peut prendre différentes formes : le sport, la cuisine, l'écriture…

[6] Dictionnaire Historique de la langue française, Le Robert, 1994

Ainsi, toute personne n'a pas besoin de s'exprimer à travers l'Art pour se procurer un bien-être. Certains trouvent leur équilibre et leur qualité de vie aussi bien dans le sport, que dans d'autres activités d'expression. D'autres ont besoin au contraire d'explorer la parole pour extérioriser leurs sentiments. Dans tous les cas, l'expression sera nécessaire dès les premiers jours de notre existence. Le bébé étant dépendant de sa maman, ses babillages sont indispensables pour sa survie. C'est aussi l'occasion pour le bébé d'extérioriser ses émotions et notamment ses frustrations. Ainsi, dans l'échange créé, il découvrira qu'on ne répond pas systématiquement à ses demandes.

L'Art est donc un moyen d'expression parmi d'autres, qui peut aider la personne à extérioriser ses tensions et échanger entre son monde intérieur et le monde extérieur.

b. La communication permet d'interagir par rapport aux expressions de l'autre.

Au-delà de l'expression il peut y avoir la communication. En effet, lorsqu'un être humain s'exprime, cela peut être à destination d'une autre personne.

« *La communication (du latin communicatio : action de faire part ; de communicare : mettre en commun) est le fondement de toute vie sociale. Si l'on considère que la communication est l'articulation de systèmes différents, elle nécessite un dialogue, qu'il soit verbal ou non verbal* » [7]

Il existe deux types de communication : la communication verbale et la communication non verbale :

La communication verbale se présente sous différents aspects : phonologique, lexicale, sémantique, syntaxique. Ainsi la communication verbale utilise la voix et la parole.

La communication non verbale utilise les autres registres : les regards, les gestes, les mimiques, les postures, l'intonation, les émissions vocales, etc.

La communication permet donc de réagir aux expressions de l'autre et par la suite, de créer des relations.

[7] Milbergue Denise, L'atelier d'art-thérapie, p 19

3. La déficience mentale entraîne une difficulté relationnelle et communicationnelle qui permet difficilement à la personne de s'épanouir comme sujet.

Selon M. Hanus, « *Les déficiences mentales sont des déficiences en principe congénitales, ou du moins à début très précoces, du développement intellectuel. En fait, ces états réalisent un défaut de croissance de l'ensemble de la vie psychique, qui peut d'ailleurs s'accompagner, dans les cas les plus accentués, d'une défaillance du développement corporel*.»[8]

Il n'existe pas un seul type de déficience mentale. Une personne déficiente mentale peut être déficiente légère, moyenne, déficiente profonde ou arriérée profonde, selon plusieurs critères dont le quotient intellectuel, appelé communément QI.

Au sein de ces déficiences mentales on peut retrouver : le syndrome de Down couramment appelé trisomie 21 et certains troubles envahissants du développement tels que les troubles autistiques. Nous allons nous attarder plus spécifiquement sur ces deux derniers exemples de déficiences mentales et voir quelles souffrances elles engendrent.

a. La personne atteinte de trisomie 21 souffre à différents niveaux.

La trisomie 21 est la plus fréquente des aberrations chromosomiques : 1/700 naissances. C'est un syndrome malformatif dans lequel une paire de chromosomes porte un chromosome surnuméraire ce qui en fait un triplet : au lieu de 46 chromosomes, la personne aura un chromosome supplémentaire, ce qu'on appelle trisomie.

La personne atteinte de trisomie 21 présente une dysmorphie caractéristique : petite taille, hypotonie musculaire, microcéphalie, visage rond, avec grosse langue, fentes palpébrales obliques en haut et en dehors, malformations cardiaques fréquentes.

Environ 25% des trisomiques ont des troubles psychiques ou comportementaux, notamment agressivité et dépression, mais aussi des troubles autistiques.

Une personne atteinte de trisomie 21 peut souffrir à différents niveaux :

- **au niveau social :**

La personne trisomique 21 va avoir du mal à établir des relations équilibrées avec les autres pour différentes raisons. Tout d'abord, elle aura du mal à comprendre le fonctionnement

[8] Hanus Michel, Psychiatrie de l'étudiant, p 235

émotionnel d'une autre personne ou n'exprimera pas forcément ses émotions d'une manière adéquate par rapport à la situation.

« *L'enfant trisomique décode les formes les plus marquées de l'émotion (joie, tristesse) et ses réactions sont moindres devant des formes neutres, à peine exprimées. Par ailleurs, il existe une dissociation entre la façon dont l'enfant exprime ses émotions et ce qu'il éprouve réellement.* » [9]

En raison d'une compréhension lente, l'enfant trisomique 21 mettra plus de temps à pouvoir répondre à certaines questions et l'échange verbal ne sera pas toujours évident.

Enfin, sa mémoire à court terme est très faible : il faudra donc reformuler plusieurs fois les consignes. Cela ne facilitera pas les échanges relationnels. Selon son développement elle pourra prendre conscience de son handicap, de ses difficultés de compréhension, de prise d'initiative et développera ainsi un manque de confiance en soi et d'estime de soi.

- **au niveau physique :**

Au-delà des risques de malformations cardiaques fréquentes, certains trisomiques 21 peuvent souffrir d'hypoacousie de sévérité variable : « *40 à 85% ont des difficultés auditives, dont 10 à 15% des difficultés sévères ; 64% ont une perte bilatérale* »[10] . Leur accès au monde extérieur par le biais de l'ouïe sera perturbé : ils ne pourront pas toujours entendre les bruits ou les sons qui les entourent.

Certains aspects de leur anatomie comme le palais ogival, la langue protuse et les muscles articulatoires hypotoniques peuvent affecter l'articulation, le débit et la fluidité de la voix et du langage. Ainsi, il sera difficile pour certains de se faire comprendre et de pouvoir établir une bonne communication.

Leur déficit cognitif ne leur permet pas de maintenir une attention dans la durée :

« *Un déficit d'initiation et de maintien de l'attention conjointe ont été mis en évidence. Ils ont montré des difficultés à soutenir simultanément, dans la durée, l'attention conjointe avec l'interlocuteur et l'objet.* ».[11]

L'être humain par essence, est un être social qui a besoin de s'exprimer et de communiquer. Les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de trisomie 21 au niveau de

[9] Lacombe D. et Brun Vincent, Trisomie 21 : communication et insertion, p 9

[10] Lacombe D et Brun Vincent, Trisomie 21 : communication et insertion, p 7

[11] Lacombe D. et Brun Vincent, Trisomie 21 : Communication et insertion, p 6

l'expression, de la communication et de la relation, peuvent porter atteinte à leur qualité de vie et même les faire souffrir.

b. La personne présentant une déficience mentale associée à des troubles autistiques ressent différentes souffrances.

La déficience intellectuelle peut être accompagnée de troubles autistiques qui entraînent d'autres souffrances éventuelles.
Selon le DSM IV TR dernière édition, les troubles autistiques sont classés dans la catégorie des troubles envahissants du développement. Il serait vain d'essayer d'affirmer ce qu'est réellement l'autisme, son origine et ses causes, car de nombreuses théories existent.
Les caractéristiques diagnostiques sont : développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication ; répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts ; manque de réciprocité sociale ou émotionnelle ; altération de la communication marquée, avec retard ou absence totale de développement du langage parlé ; attachement marqué à des rites ou à des routines inutiles. Dans la plupart des cas, il existe un diagnostic associé de retard mental, qui peut aller du retard mental léger au retard mental profond.

Ainsi, le tableau de l'autisme permet d'imaginer les souffrances éventuelles. Ce ne sont que des suppositions car il est difficile d'affirmer qu'une personne autiste souffre de son handicap dans la relation sociale.
Le témoignage de Temple Grandin nous montre que ce ne sera pas forcément sur les aspects que nous imaginions que la personne autiste souffre :
« *Tout se passe comme si ces enfants éprouvaient une grande difficulté à filtrer les messages venant du dehors. Ils sont victimes d'une cacophonie cérébrale.* »[12]

La personne atteinte de déficience mentale associée à des troubles autistiques peut souffrir à différents niveaux :

- **au niveau social :**

Un décodage et une compréhension difficiles des expressions et des émotions perturberont la relation avec les autres, pour la personne ayant des troubles autistiques. Ainsi, elle aura du mal à comprendre et à gérer les informations sociales nécessaires aux relations humaines : décoder une émotion, un sourire, un regard, des pleurs. Elle aura autant de difficultés à exprimer ses propres émotions verbalement et physiquement.

[12] Grandin Temple, Ma vie d'autiste, p 16-17

- **au niveau physique :**

On sait désormais qu'une personne présentant des troubles autistiques a une hypersensibilité aux stimulations extérieures et une hypersensibilité du toucher. Elle pourra ainsi se focaliser sur un bruit en particulier ou bien ne pas entendre des bruits qui nous paraissent insupportables.

Le contact physique est également difficile, ce qui a longtemps fait penser que les personnes atteintes de troubles autistiques n'étaient pas affectives et ne ressentaient aucune émotion pour leur entourage.

Au niveau cognitif, les troubles du langage sont courants chez une personne atteinte de troubles autistiques. Parfois, le langage n'est tout simplement pas acquis ou bien il peut être utilisé de façon répétitive, stéréotypée.

Au vue de toutes ces difficultés d'expression, de communication et de relation, il peut y avoir de la souffrance dûe à cette pathologie.

B. La musique est un art qui permet la communication.

1. La musique est une activité artistique qui s'appuie sur la sensibilité*.

a. La musique est l'art d'associer les sons.

Musique est emprunté au latin « *musica, lui-même emprunté au grec mousikê proprement « l'art des Muses ». La Musique est l'art de combiner les sons.* »[13] Mais qu'est ce qu'un son ? Issu du latin *sonus*, « *son, bruit* », le mot désigne toute sensation auditive créée par les perturbations d'un milieu matériel élastique, spécialement l'air, ainsi que le phénomène physique qui est à l'origine de cette sensation.

Pourtant, dans le langage courant, on différencie bien le son du bruit. On considère que le son est un bruit volontaire. A la base du son il y a le bruit caractérisé par 5 paramètres : l'intensité, le timbre, la durée, la spatialisation et la hauteur.

A contrario, le bruit est subi, il a une connotation relativement négative et n'est pas agréable à notre oreille. Pourtant, c'est très subjectif : une personne considèrera comme un bruit des verres qui s'entrechoquent alors qu'une autre y entendra une mélodie*.

La définition suivante nous éclaire sur la différence entre son et bruit :

[13] Dictionnaire Historique de la langue française, Le Robert, 1994

« *Le bruit est un son ou un ensemble de sons qui se produisent en dehors de toute harmonie régulière. Ce qui fait la différence entre bruit et son, est que la fréquence de vibration du bruit est irrégulière et ne permet donc pas de lui donner une hauteur précise contrairement au son.* » [14]

La musique est avant tout scientifique, basée sur des rapports arithmétiques : Pythagore a découvert qu'il existe une relation entre la longueur d'une corde vibrante et la hauteur du son émis. Ainsi, les lois de l'harmonie* musicale et les rapports qui la composent se résolvent dans des nombres proportionnels, et donc des rapports arithmétiques.

Au-delà de l'approche scientifique, si la musique est « l'art d'associer les sons », c'est bien qu'une personne s'emploie à cette action, de manière harmonique afin de produire de la musique. Le musicien ne fera pas que des mathématiques pour composer, il s'appuiera sur sa propre sensibilité*, ses émotions et son propre idéal esthétique.

b. Nous sommes constamment entourés de sons.

Dès la naissance et même pendant la grossesse, le bébé baigne dans un univers sonore : la voix des parents, le téléphone, etc. Au fur et à mesure des années, l'enfant apprendra à différencier très finement les sons et les associera à une image, une parole, un souvenir. Il adaptera alors sa réaction à un son ou à un autre.

Un son ou une musique peut donc avoir un impact considérable sur un individu, selon ce que cela lui évoque. Chaque personne a ses propres goûts musicaux, et il est important de les prendre en compte, par exemple lors de séances de musicothérapie. Une musique apaisante pour une personne pourra s'avérer oppressante pour une autre.

Selon R. Benenzon, nous avons chacun notre propre ISO : identité sonore. Cette identité sonore fait partie de notre identité culturelle et chaque individu se la construit au fur et à mesure de ses expériences de vie, de ses rencontres et de ses ressentis. C'est l'une des composantes de notre identité globale de sujet : « *C'est un phénomène sonore et de mouvement interne qui résume nos archétypes sonores, notre vécu sonore intra-utérin et notre vécu sonore de la naissance, de l'enfance jusqu'à notre âge actuel*. »[15]

Cela veut donc dire que notre ISO va évoluer au fil des années, selon les différentes étapes de notre vie, notamment lors de séances de musicothérapie.

[14] Haugmard Isabelle, ABC de la thérapie par les sons, p 50

[15] Benenzon Rolando, Manuel de Musicothérapie, p 60

2. La musique, comme les autres pratiques artistiques fait appel à des mécanismes humains.

a. L'opération artistique permet d'observer les mécanismes humains utilisés pour être esthète ou artiste.

La musique est un Art car c'est une activité humaine orientée vers l'esthétique. Plusieurs mécanismes humains sont utilisés par un musicien ou un mélomane lorsqu'il écoute ou joue de la musique. En art-thérapie l'opération artistique (cf. annexe n°1) représente l'organisation de tous ces mécanismes humains mis en œuvre dans l'activité artistique.

Une activité artistique se décompose en plusieurs étapes qui peuvent se dérouler en quelques secondes si tous les mécanismes fonctionnent correctement :
Elle ne peut se concevoir sans un apport du monde extérieur à un moment donné. Cela peut être un apport sur le moment ou alors un apport imprimé précédemment. On l'appellera « l'avant ».
Tout commence avec un accident spatio-temporel que nous appellerons communément « la chose d'art », c'est-à-dire par exemple un événement, un tableau, une stimulation. Cette chose d'art rayonne pour pouvoir être captée par l'être humain, qui va traiter cette impression grâce à ses capteurs sensoriels. C'est ce qu'on appellera « le traitement archaïque ». Ensuite, les capteurs sensoriels vont envoyer différentes informations qui vont être interprétées de manière cognitive : c'est « le traitement sophistiqué ». C'est à ce moment précis que pourra apparaître l'intention, la volonté de prendre part à cette activité artistique. L'individu choisira de n'être qu'observateur dans cette activité – on l'appellera alors l'esthète – ou d'y prendre part physiquement en mobilisant les techniques et savoir-faire qu'il aura emmagasinés auparavant. Enfin, il produira une œuvre d'art et décidera de la partager – ou non – avec autrui : c'est ce qu'on appellera le « traitement mondain ».

Ces étapes permettront de comprendre et d'analyser ce qui se passe chez un être humain, lorsqu'il joue ou qu'il écoute de la musique.

b. Cette opération artistique, appliquée à la musique, souligne les étapes clés du processus.

Les articulations des étapes ne sont pas les mêmes pour toutes les activités artistiques, certaines étapes pouvant être simultanées. Par exemple, pour la danse, les étapes du traitement sophistiqué, de l'élan moteur, du savoir-faire utilisé et de la production seront simultanées : chaque étape existe en tant que telle mais elle se déroule de manière si rapide, qu'il est difficile de les différencier l'une de l'autre.

Dans la musique, si nous prenons le cas d'un artiste et non d'un esthète, toutes les étapes peuvent être séparées et analysées ce qui permet de mettre en lumière celles qui pourraient dysfonctionner.

Cet outil est au cœur de l'art-thérapie : en décelant les sites d'actions thérapeutiques*, les difficultés rencontrées à chaque étape, l'art-thérapeute déterminera les cibles thérapeutiques adaptées au patient en phase avec l'objectif thérapeutique préalablement fixé.

3. La musique se différencie des autres pratiques artistiques.

a. La musique fait appel, en premier lieu, à l'ouïe.

La musique se différencie des autres activités artistiques. Elle fait appel aux sens, au même titre que la danse, le théâtre ou les arts plastiques pourraient le faire. Seulement, un des capteurs sensoriels est privilégié : l'ouïe, à travers les sons.

Un son est une fréquence qui produit une vibration sonore, qui atteindra l'oreille interne pour que l'individu puisse capter la musique. Mais la vibration touchera aussi d'autres parties du corps. Par exemple, elle va traverser la peau car le corps est composé de molécules en vibrations continues, qui rencontreront ces vibrations sonores. Ainsi, la musique peut être perçue par des personnes atteintes de surdité grâce aux vibrations provoquées par les sons. C'est ce qu'André Fertier[16] appelle la perception sonosomesthésique : c'est en fait la perception somesthésique des phénomènes sonores. Cela veut dire que notre corps, sans faire appel à nos capteurs sensoriels, va prendre conscience des phénomènes sonores et vibrer à l'écoute de sons ou quand nous jouons de la musique.

L'ouïe est le premier sens qui se développe avant même la naissance :

« *Le fœtus perçoit la vibration des sons avant même la formation de l'appareil auditif grâce aux os de son crâne ainsi que le bassin de la maman qui sert de résonateur.* »[17]

[16] Fertier André, Le pouvoir des sons : expériences et protocoles dans le quotidien et le pathologique

[17] Haugmard Isabelle, ABC de la thérapie par les sons, p 88

Ainsi, nous pourrions dire que nous naissons avec un bagage sonore déjà présent, tandis que les autres sens vont surtout se développer après la naissance. En cela, la musique se différencie bien des arts plastiques, de la danse ou du théâtre d'abord parce qu'elle fait appel de manière essentielle à l'ouïe, qui est le sens « premier », celui qui est le plus archaïque.

Une autre particularité de la musique, par rapport aux arts plastiques, est son traitement mondain :

« *Les œuvres qu'elle produit, ont la particularité d'être connues par l'auditeur pendant qu'elles sont réalisées, [….] alors qu'en peinture, le spectateur connaît l'œuvre une fois terminée et hors de l'activité du peintre.* »[18]

La danse et le théâtre peuvent partager cette particularité alors qu'en arts plastiques, l'artiste peut choisir de ne pas présenter son œuvre.

La musique peut être entendue à l'insu de l'artiste car les sons peuvent traverser les murs. En ce qui concerne le théâtre, la danse ou encore les arts plastiques, c'est l'artiste qui décide de rendre visible son art.

Les particularités de la musique en font un outil pour répondre à des besoins thérapeutiques spécifiques, auxquels d'autres activités artistiques ne pourraient pas répondre.

b. la musique a un pouvoir qui peut être utilisé dans le soin.

Le lien entre la musique et la médecine existe depuis bien longtemps :

« *Dans toutes les religions antiques, la musique et la médecine ont été conférées aux hommes par le même Dieu* »[19]

La musique peut avoir différentes influences au niveau physique, mais également psychologique, c'est pourquoi elle a été utilisée durant plusieurs siècles, afin de répondre à des maux mentaux et physiques.

L'exemple de la tarentelle illustre bien ce pouvoir : dès le Moyen-âge dans le Sud de l'Italie, on traitait la morsure de la tarentule, sorte d'araignée noire grâce à la musique. Cette piqûre d'araignée était soi-disant à l'origine de certaines pathologies mentales et le remède proposé consistait à demander à un musicien de jouer une musique pour faire sortir le mal. Aujourd'hui, ce style de musique s'appelle la tarentelle, rappelant ainsi la pratique ancestrale.

[18] Forestier Richard, Tout savoir sur l'Art Occidental, p 56

[19] Haugmard Isabelle, ABC de la thérapie par les sons, p 44

La musique était également un moyen d'entrer en contact avec les ancêtres ou les dieux et ainsi accéder au monde divin.
En Afrique de l'Ouest, chaque ethnie connaît les différents rythmes* utilisés pour appeler telle divinité ou pour chasser tel démon ou mauvais esprit.
Les Indiens d'Amérique jouaient de la flûte fabriquée en ellébore qui permettait de soigner les maladies nerveuses.
Enfin, selon Aristote, « *les arts du rythme contribuent à la disparition de l'anxiété. Sa doctrine est d'enseigner en marchant.* »[20]

Aujourd'hui, dans les sociétés occidentales où le stress de la vie quotidienne est constant dans un environnement de plus en plus bruyant, le sonore peut devenir anxiogène. Les termes musique et thérapie sont de plus en plus associés. Tout un marché est en train de se créer autour du bien-être et de l'apaisement par les sons.

Parallèlement, alors que la musicothérapie a existé de tous temps, elle s'est développée en tant que discipline à partir des années 1970. Elle peut être réceptive : écouter de la musique ; ou active : jouer d'un instrument de musique.
C'est parce que la musique a des pouvoirs propres sur l'être humain qu'elle peut être un levier thérapeutique lorsqu'elle est utilisée par l'art-thérapeute. Ces pouvoirs sont avant tout relationnels : on parle d'une harmonie entre deux personnes, terme emprunté à la musique. Il existe aussi un pouvoir d'entraînement : le corps peut réagir à l'écoute d'une musique, un battement du pied ou des doigts qui montrera la dynamique* associée à la musique.
Avec les pouvoirs propres de la musique, une confusion est trop souvent faite : mettre un CD à l'hôpital peut calmer un patient mais n'est pas une action thérapeutique, au sens d'une prise en charge pensée et menée par un art thérapeute dans un objectif thérapeutique.

La musique provoque des effets physiques sur l'être humain : stimulation de l'endorphine, accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration. Elle provoque des effets cognitifs : développement de la mémoire, de la concentration. Des effets sociaux peuvent être observés : regroupement de personnes dans une activité commune, renforcement des liens entre chaque personne. Certains effets sont psychomoteurs : coordination des gestes ou mobilité, pour n'en citer que quelques uns !

[20] Haugmard Isabelle, ABC de la thérapie par les sons, p 45

C'est sur tous ces registres que l'art-thérapeute pourra apporter une aide thérapeutique grâce à la musique.

C. La pratique et l'écoute de la musique peuvent améliorer les troubles de l'expression, de la relation et de la communication d'une personne déficiente mentale.

1. La pratique et l'écoute de la musique permettent une relation à l'autre.

a. La perception de la musique a des traits communs pour tout un chacun.

Si l'individu réagit à la musique différemment suivant son histoire, son identité sonore, il existe des modalités communes à tout être humain au niveau physique et psychique.
Le sonore a des effets sur le métabolisme, peu importe notre histoire sonore :
« *des effets sur notre système cardio-vasculaire, selon l'intensité du bruit (battements cardiaques qui s'accélèrent, tachycardie, élévation de la pression systolique et diastolique…), sur notre système nerveux central (le sang afflue vers l'encéphale sous l'effet de bruits) sur notre appareil digestif (diminution de l'activité motrice du tube digestif chez les personnes soumises aux bruits intenses).* »[21]

La relation à l'autre peut être améliorée par la musique : produire quelque chose ensemble facilite la relation et permet d'ouvrir d'autres canaux de communication que le verbal. Il est parfois plus facile de se parler par l'intermédiaire d'un instrument, que par la parole : « *il existe une loi physique qui veut que 2 corps présents dans une même pièce avec des vibrations à fréquences différentes finissent par vibrer à l'unisson.* »[22]

Si la perception de la musique est à plusieurs niveaux la même pour tous, tous les individus n'ont pas forcément toutes leurs capacités physiques et psychiques. C'est pourquoi, au-delà de son histoire, ses souvenirs, son identité sonore, la perception qu'un individu aura d'une musique pourra être différente, aussi bien au niveau physique qu'émotionnelle.

[21] Fertier André, Le pouvoir des sons , p 215-216

[22] Vaillancourt Guylaine, Musique, musicothérapie et développement de l'enfant, p 44

b. Cette perception peut être différente pour des personnes trisomiques 21.

Une personne atteinte de trisomie 21 a une dysmorphie caractéristique qui ne lui permet pas de ressentir chaque stimulus venant du monde extérieur de la même manière qu'une personne normale. L'un des sens est très souvent plus atteint que les autres, et c'est justement l'ouïe, le sens le plus utilisé en musique :

« *Les enfants porteurs de trisomie 21 présentent couramment une hypoacousie de sévérité variable* »[23]

Cette hypoacousie possible ne permet pas de percevoir la musique dans toute son ampleur.

De plus la trisomie 21 fait partie des retards mentaux avec des difficultés d'apprentissage qui ne facilitent pas la compréhension des subtilités de la musique, comme la dynamique* (l'intensité ou les nuances), le tempo*, les rythmes*, etc. La perception de la musique sera modifiée pour une personne trisomique, au niveau physique mais également au niveau psychologique. Elle aura donc un impact différent.

c. Cette perception peut être différente pour des personnes atteintes de troubles autistiques.

Une personne atteinte de troubles autistiques présente également des caractéristiques bien spécifiques. Selon Anne-Marguerite Vexiau, orthophoniste reconnue pour toutes ses recherches autour de l'autisme, l'enfant autiste présente des anomalies de la neuro-modulation sensorielle : l'autiste ne perçoit pas aussi rapidement l'information que nous. Il a souvent des réactions paradoxales aux sons et donc une variabilité importante de la sensibilité* perceptive. L'autiste a des difficultés pour associer des stimuli provenant de deux canaux sensoriels : lorsqu'il écoute, on a l'impression qu'il ne voit pas, et vice-versa.

On dit souvent d'une personne autiste qu'elle est hypersensible par rapport aux sons. Elle ne va pas réagir de la même manière sur le plan émotionnel et va exprimer ses émotions très spécifiquement.

De plus, chaque autiste représente un type d'autisme particulier et réagira différemment. Mais le point commun entre tous, c'est qu'ils utilisent rarement les codes universels habituels pour exprimer les émotions et comprennent mal les conventions sociales. La communication non verbale est difficilement décodée par une personne autiste.

[23] Lacombe D. et Brun Vincent, Trisomie 21 : Communication et Insertion, p 7

Si nous considérons la musique comme un stimulus sonore universel, ce qui paraît doux à l'oreille ne le sera pas forcément pour une personne atteinte de troubles autistiques. Par exemple un crissement de pneus sur une route peut faire sursauter, alors que la personne autiste ne le percevra pas. Par contre, un chant d'oiseau la dérangera et pourra même provoquer une réaction d'angoisse.

Il peut arriver que certaines personnes atteintes de troubles autistiques soient également hyposensibles, c'est-à-dire qu'elles ne réagissent pas ou très peu aux stimuli extérieurs, sonores, tactiles ou odorants.
Ainsi, au-delà de ses goûts musicaux, la perception de la musique peut être complètement différente pour une personne autiste, et si nous ne connaissons pas la personne que nous avons en face de nous, nous pouvons sans le vouloir, la mettre dans une situation anxiogène, avec une musique que nous pensions agréable à l'oreille.

2. La musique peut permettre une communication non verbale.

« *La musique commence là où s'arrête la parole et traduit l'inexprimable* » Claude Debussy

a. La musique est un mode de communication qui a des points communs avec le langage.

Dans le langage courant, on parle de « langage musical » car plusieurs composantes de la musique se retrouvent dans le langage verbal.
La musique est un moyen d'expression naturel qui existe dès notre naissance : le babillage du bébé est un langage musical qui est présent bien avant le langage verbal.
Dès que l'enfant parle, certaines composantes de la musique se retrouvent dans le langage parlé : le rythme* et l'intonation. En travaillant ces dimensions en musique, l'apprentissage du langage peut être facilité.

Certaines personnes n'accèdent pas au langage verbal ou ont des difficultés à l'utiliser. La musique peut alors être un moyen de communication extrêmement intéressant, pour exprimer ses émotions, ses frustrations. Ce type de langage, qui utilise la communication non verbale, est appelé langage analogue :

« *L'homme tient toujours un double langage. D'une part, il y a le langage digital qui utilise les mots. D'autre part, l'homme communique également et en même temps par le langage*

analogue : la communication non verbale qui n'utilise pas des mots. Le langage digital, verbal, est utilisé pour communiquer les faits. Cependant, lorsque l'homme exprime ses émotions, il utilise principalement le langage non verbal : expressions faciales, gestes, attitudes. »[24]

La communication est très importante chez l'être humain, et participe à son épanouissement. La musique peut donc être un canal de communication intéressant et alternatif, pour ceux qui ne parlent pas ou difficilement.

b. La musique peut avoir un impact spécifique pour les personnes atteintes de trisomie 21 et de troubles autistiques.

La musique, utilisée dans le cadre d'une thérapie, peut permettre à une personne déficiente mentale de saisir plus facilement certains messages, qui sembleraient difficiles à comprendre en langage verbal.
Ensuite, la musique possède sa propre organisation, dans le temps et dans l'espace. Or l'organisation spatio-temporelle peut parfois être difficile pour une personne déficiente mentale. Ainsi, apprendre cette organisation par le biais de la musique va l'aider à se repérer dans l'espace et le temps.
La musique, quand elle est jouée, peut avoir un impact sur la psychomotricité : l'attitude corporelle des personnes atteintes de trisomie 21 ou de troubles autistiques est souvent inadaptée, le fait de jouer de la musique pourra permettre de rétablir certaines fonctions psychomotrices.
La musique est un moyen de communiquer et donc de pouvoir exprimer et faire partager aux autres ses émotions, ses frustrations, ses joies, ses peines. Elle peut donc être utile et aider les personnes souffrant de problèmes relationnels, par exemple une personne autiste ou une personne trisomique 21, dans certains cas.

Au-delà du fait que la musique puisse être utilisée comme alternative au langage verbal, elle permet de travailler sur le rythme* et l'intonation qui structurent le langage verbal. Le souffle et la prononciation pourront être améliorés grâce au chant.

[24] Vermeulen Peter, Autisme et émotions, p 43

Cependant, la vigilance s'impose : la musique peut avoir un impact négatif si elle n'est pas utilisée par un professionnel, un autiste pourra par exemple se renfermer complètement sur son monde intérieur et se tourner encore moins vers les autres.

3. La sensibilité* particulière au monde sonore des personnes atteintes de trisomie 21 ou ayant des troubles autistiques permet d'utiliser le pouvoir de la musique pour une meilleure qualité de vie existentielle.

a. L'art-thérapeute va créer des outils adaptés aux pathologies rencontrées.

L'art-thérapeute a acquis des savoir-faire et des techniques, qu'il adaptera selon le public qu'il va rencontrer. S'il utilise la musique comme pratique artistique, il portera son attention spécifiquement sur certains registres :

- En musicothérapie, R.Benenzon parle de tempo* mental du patient, qui doit correspondre au tempo* sonore utilisé par le thérapeute, afin de produire un canal de communication efficace. Ainsi, il faudra s'adapter au mieux à l'humeur du patient et ne pas proposer des choses inadaptées à un moment T mais qui pourront s'avérer judicieuses un autre jour.
- Il devra connaître également les difficultés de son patient : une personne atteinte de trisomie 21 a souvent une langue assez importante qui lui permet difficilement de gérer sa salive : les instruments à vents, dans ces cas-là, ne sont pas forcément adaptés. Un médicament aura également pu modifier ses capacités physiques et/ou psychologiques.
- En observant les enfants au préalable, l'art-thérapeute essayera au mieux de les connaître, de savoir si éventuellement certains sons peuvent être désagréables pour eux, d'essayer de déterminer leur identité sonore.

Ces différents paramètres pris en compte, l'art-thérapeute pourra alors exploiter le potentiel de la musique afin d'essayer de restaurer au mieux la qualité de vie existentielle de la personne atteinte de trisomie 21 ou de troubles autistiques, qui souffre de sa pathologie.

b. La qualité de vie existentielle d'une personne souffrante peut être restaurée grâce à la musique.

« *La vie comme seul mécanisme biologique ne suffit pas, elle doit être accompagnée de qualité* »[25]

La qualité de vie existentielle est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec les autres.

Ainsi, notre qualité de vie peut être endommagée pour différentes raisons qu'on appellera pénalités de vie : une maladie, un handicap, une blessure de vie ou encore un choix de vie. Selon la pénalité de vie, l'objectif thérapeutique sera différent, mais le travail portera toujours sur la qualité de vie de l'individu. Cette qualité de vie peut être restaurée de manière différente selon la personne, par exemple par le biais de la musique, en art-thérapie.

Les souffrances d'une personne trisomique 21 ou atteinte de troubles autistiques peuvent être atténuées grâce à la musique :

« *Les activités musicales et rythmiques sont fortement recommandées pour les enfants autistes. Des autistes non verbaux peuvent parfois chanter les paroles qu'ils ne savent pas dire* »[26]

En travaillant sur l'amélioration du langage verbal, l'expression des émotions ou encore la psychomotricité, la qualité de vie n'en sera qu'améliorée : la communication sera plus facile, les relations sociales et l'intégration sociale en seront facilitées.

L'estime de soi de la personne souffrante sera également améliorée car elle sera fière d'avoir accompli quelque chose, d'être aller au bout d'un projet, d'une demande, d'avoir pu prendre des initiatives, d'avoir appris à écouter et respecter l'autre, etc.

L'improvisation en musique permet également de travailler sur la capacité de la personne à faire des choix, à faire appel à sa mémoire et pourra favoriser l'expression de soi.

Pour finir, la musique permet à la personne qui souffre de ces difficultés à reconnaître et à apprivoiser l'espace qui l'entoure - comme un autiste pourrait l'avoir - de développer une plus grande conscience des contacts physiques.

La musique est indéniablement un moyen de restaurer la qualité de la vie existentielle de la personne et donc de réduire la souffrance provoquée par la pathologie.

[25] Forestier Richard, Regards sur l'Art, p 6

[26] Grandin Temple, Ma vie d'autiste, p 193

➢ DEUXIÈME PARTIE :

UNE EXPÉRIENCE D'ATELIER ART-THERAPEUTIQUE À DOMINANTE MUSIQUE AU SEIN D'UN INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE :

A. L'institut médico-pédagogique est un centre de soins et d'éducation spécialisée.

1. Le rôle de l'IMP* est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés pour des enfants et adolescents atteints de déficience mentale.

a. Une éducation et un enseignement spécialisés permettent une meilleure intégration dans la société.

L'institut médico-pédagogique Binet-Simon est un établissement médico-social. Il est agréé pour dispenser une éducation et un enseignement spécialisé pour des enfants et adolescents atteints de déficience, à prédominance intellectuelle. Il est financé par la sécurité sociale. L'orientation des enfants vers ces établissements médico-sociaux est proposée par la CDAPH* de la MDPH*.

L'IMP Binet-Simon existe depuis le 1er novembre 1966. C'est une association Loi 1901 reconnue d'utilité publique, gérée par l'A.P.A.J.H* et qui fonctionne sous tutelle de la D.D.A.S.S* et de l'Education Nationale.

L'établissement fonctionne en semi-externat, 205 jours par an, de 8h30 à 16h.

b. L'absence du terme thérapie dans la définition de la structure pose question.

La mise en place d'ateliers d'art-thérapie n'a pas été chose facile car une partie de l'équipe considérait que les prises en charge thérapeutiques n'avaient pas leur place au sein d'un IMP. L'IMP est selon eux une simple école qui accueille des enfants handicapés mentaux. C'est paradoxal lorsque l'on regarde l'équipe pluridisciplinaire de l'IMP qui est composée entre autre d'une équipe médicale et paramédicale.

2. L’équipe de l’IMP est une équipe pluridisciplinaire.

a. Une équipe pédagogique est présente avec un programme scolaire adapté.

L’équipe pédagogique est composée de cinq enseignantes de l’Education Nationale et de quatre professeurs de la Ville de Paris en Musique, Arts Plastiques et Education Physique et Sportive.
En étroite collaboration avec l’équipe éducative, les professionnels de l’équipe pédagogique* élaborent un projet individualisé pour l’enfant.
Le travail porte sur l’apprentissage de la langue orale et écrite, les mathématiques, l’étude de l’espace et du temps ainsi que l’utilisation de différents outils et matériaux utile à la vie de tous les jours.

b. Une équipe éducative aide les enfants pour l’apprentissage des tâches quotidiennes.

L’équipe éducative est composée d'une animatrice socio-éducative qui est également éducatrice sportive, de deux éducatrices de jeunes enfants, d'une éducatrice spécialisée, d'une éducatrice technique ainsi que d'une monitrice-éducatrice.
L’équipe éducative travaille sur les mêmes aspects que l’équipe pédagogique*, listés ci-avant.

c. Une équipe médicale et paramédicale effectue des prises en charge thérapeutiques pour les enfants qui en ont besoin.

L’équipe est composée d’un médecin psychiatre, d’une ergothérapeute, d’une psychologue, d’une infirmière, d’une psychomotricienne, d’une assistante sociale et de deux orthophonistes. Les prises en charge thérapeutiques sont mises en place en concertation avec l’équipe. Chaque membre participe aux réunions de synthèse, permettant ainsi d’échanger et d’éventuellement modifier ces prises en charge selon le travail effectué par l’équipe pluridisciplinaire et les progrès des enfants.
L’art-thérapeute est censée faire partie intégrante de l’équipe paramédicale. Cependant, pour diverses raisons, l’art-thérapeute n’a pas pu travailler avec la totalité de l’équipe paramédicale. Selon les enfants pris en charge, l’art-thérapeute a donc travaillé particulièrement avec l’ergothérapeute et avec l'une des éducatrices spécialisées.

B. Les stratégies thérapeutiques mises en place correspondent au projet personnalisé de l'enfant ainsi qu'au projet de l'établissement.

1. Le public de l'IMP est représenté par des enfants de 5 à 14 ans présentant des déficiences mentales.

a. La majorité des enfants sont des enfants porteurs de trisomies 21.

Conformément aux annexes XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, l'IMP accueille des enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle, qui peut s'accompagner de différents troubles : troubles de la mémoire, de la symbolisation, de l'attention et du jugement, de la personnalité, de la relation, de la communication et du langage, de l'autonomisation, somatiques et moteurs légers, épileptiques équilibrés, sensoriels légers.
Ainsi, le point commun du public de l'IMP est la déficience intellectuelle. Cependant, la pathologie qui prédomine est la trisomie 21 : 80% des enfants de l'IMP Binet-Simon sont des enfants porteurs de trisomie 21.

b. La pathologie de certains enfants n'a pas été diagnostiquée de manière précise.

Dans les derniers 20%, on retrouve différentes pathologies :

- **le syndrome de Prader-Willi**, qui est un syndrome caractérisé dès la naissance par une hypotonie sévère, des difficultés alimentaires et une hyperphagie responsable d'une obésité morbide. Le retard mental est léger à moyen et le comportement psychologique caractéristique de ce syndrome apparaît tôt : troubles obsessionnels compulsifs, crises de colère, obstination et peur du changement.
- **le syndrome de l'X fragile**, première cause de retard mental héréditaire et 2ème cause, après la trisomie 21, de retard mental d'origine génétique.
- **des trisomies autres** que la trisomie 21.
- **des troubles autistiques importants**.

Certains enfants dont on ne connaît pas la pathologie sont également placés dans cet institut. Généralement, ces enfants ne sont plus acceptés par les écoles classiques à cause de leurs comportements, mais leur diagnostic demeure incertain.

2. Au sein de l'établissement, chaque enfant a un projet personnalisé.

a. Le projet est décidé à l'arrivée de l'enfant.

L'équipe de l'IMP élabore un projet personnalisé pour l'enfant, qui sera en cohérence avec le projet de sa section (cf. ci-après) et avec celui de l'établissement. Ce projet porte sur l'autonomie, la socialisation, l'intégration et la scolarité de l'enfant. Il définit les objectifs éducatifs, pédagogiques* et thérapeutiques pour aider l'enfant à s'épanouir et devenir le plus autonome possible dans la vie de tous les jours.

b. Le projet évolue au fil des années.

Les projets sont revus et réajustés au fur et à mesure des années. L'enfant, s'il arrive jeune à l'IMP, va passer dans les trois sections de l'établissement : une section d'éducation et d'enseignement pré-élémentaire pour les enfants de 4 à 6 ans puis une section d'éducation et d'enseignement spécialisé et adapté pour les enfants de 6 à 10 ans, et enfin une section d'adaptation et d'insertion sociale, d'enseignement spécialisé et d'initiation pré-professionnelle pour les pré-adolescents de 10 ans jusqu'à maximum 16 ans.
A la fin de chaque section, l'admission dans la suivante fait l'objet d'une nouvelle procédure au cours de laquelle un nouveau projet pédagogique*, éducatif et thérapeutique individuel, est présenté à la famille.

3. Les ateliers d'art-thérapie s'inscrivent dans ces projets.

a. La mise en place d'un atelier d'art-thérapie se fait en plusieurs temps.

- Un temps d'observation est tout d'abord nécessaire. Durant ce temps d'observation l'art-thérapeute se documente sur les différentes pathologies rencontrées, échange avec l'équipe puis découvre l'organisation de la structure et plus particulièrement les enfants et leurs comportements. Il est difficile au départ de savoir ce qui relève de la pathologie de l'enfant et ce qui relève de sa personnalité. La vigilance s'impose, d'autant qu'à l'arrivée d'une nouvelle personne dans l'équipe, les enfants souhaitent la tester afin de connaître ses limites.

- Puis, après avoir observé ces différents aspects, l'art-thérapeute peut proposer une stratégie thérapeutique* en fonction de l'indication thérapeutique préalablement donnée par le médecin. Cette stratégie permet ensuite de proposer un atelier d'art-thérapie en

rapport avec les objectifs thérapeutiques prédéfinis, par rapport à l'enfant, sa personnalité, ses envies et ses difficultés. Parfois, aucune indication thérapeutique n'est donnée. Alors, c'est à l'art-thérapeute d'aller chercher les informations nécessaires auprès de l'équipe pluridisciplinaire afin de mettre en place sa stratégie.

o Enfin, l'art-thérapeute analyse chaque séance afin de mettre en place si nécessaire des objectifs intermédiaires, de repérer les éventuels sites d'actions*, de réadapter sa grille d'observation (cf. annexe 2) en fonction d'items* qui n'apparaissaient peut-être pas ou qui s'avéraient être d'une moindre importance.

b. L'atelier d'art-thérapie répond aux objectifs définis par le projet personnalisé de l'enfant.

Les objectifs suggérés par l'art-thérapeute doivent aller dans le sens du projet personnalisé de l'enfant et donc des objectifs pédagogiques* et éducatifs fixés par l'équipe. Le travail de l'art-thérapeute se fait en connivence avec l'équipe de l'institution pour être vraiment efficace et avoir un impact positif pour l'enfant. C'est pourquoi l'art-thérapeute travaille la plupart du temps en fonction d'une indication thérapeutique donnée. Sans indication thérapeutique, il est indispensable de rencontrer l'équipe.

C. Présentation de deux études de cas d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge en art-thérapie :

1. Moussa présente une déficience mentale, associée à des troubles autistiques.

a. L'état de base de Moussa indique des difficultés de communication et de relation.

L'anamnèse et l'état de base de Moussa :

Arrivé à l'IMP il y a 6 ans, Moussa est un enfant de 12 ans atteint de troubles autistiques moyens. C'est un grand prématuré né à 29 semaines avec un poumon immature. Il pesait 1kg à sa naissance et avait de nombreux troubles digestifs. Il avait des anomalies cérébrales, de la substance blanche et un rétrécissement du cortex.

Il est mutique avec les adultes et ne parle qu'à certains enfants, mais très rarement en présence d'un adulte. Il a le regard fuyant et a très souvent la tête levée avec le regard tourné vers le ciel. Il est autonome dans tous les actes de la vie quotidienne, mais s'il mange seul

maintenant, avant son arrivée à l'IMP, il ne mangeait que de la nourriture mixée. Il est dans l'imitation quand il travaille avec les autres. A la maison, sa mère répond à ses besoins avant qu'il ne les exprime. Il regarde beaucoup autour de lui et anticipe ce qui va se passer. Il ne supporte pas la saleté.

Le projet personnalisé de Moussa déterminé par l'équipe est le suivant :

Au niveau de la prise en charge éducative, les axes de travail sont :

- Développer le sentiment d'appartenance à un groupe.
- Développer ses capacités de communication verbale et non verbale, en lui permettant une meilleure compréhension des situations et des consignes.
- Développer les apprentissages concrets.
- Permettre à Moussa de se positionner en tant que sujet, qu'il apprenne à faire des choix.

Au niveau de la prise en charge thérapeutique :

- Moussa sera suivi en orthophonie pour susciter chez lui la communication et la compréhension du langage et développer sa concentration.
- Il sera suivi également en psychomotricité, pour lui proposer un vécu corporel varié, toujours verbalisé, lui permettant d'enrichir sa conscience du corps et de l'expression corporelle. La communication verbale et non verbale sera également favorisée à l'aide du contact corporel dans des jeux d'interaction.

Après avoir pris connaissance du projet personnalisé de l'enfant, l'objectif thérapeutique pour les ateliers en art-thérapie est décidé, en accord avec l'équipe.

L'objectif thérapeutique général de l'art-thérapie :

Favoriser la relation et la communication avec les autres enfants de son groupe et également avec les adultes. Développer un sentiment d'appartenance à son groupe.

b. La stratégie thérapeutique* de Moussa est basée sur ses capacités relationnelles réduites dans un atelier modelage.

La stratégie thérapeutique* mise en place par l'art-thérapeute doit s'inscrire dans le projet de l'établissement et le projet personnalisé de l'enfant. Elle se base sur l'indication thérapeutique donnée préalablement par l'équipe médicale ou l'équipe éducative, selon l'établissement.

En l'occurrence, dans cet établissement, aucune indication thérapeutique n'a été donnée pour la prise en charge art-thérapeutique ; le choix des enfants ayant bénéficié d'une prise en charge s'est fait uniquement par rapport aux opportunités rencontrées. Ainsi, c'est l'art-thérapeute qui a proposé une prise en charge pour certains enfants, puis la proposition a été acceptée par l'équipe. L'art-thérapeute a basé sa stratégie thérapeutique* par rapport à un seul enfant au sein d'un groupe : Moussa

Mise en place de la stratégie thérapeutique* :

- **Prise en charge en groupe ou en individuel :** au sein de l'IMP, les enfants participent à de nombreuses activités et n'ont pas de temps pour une nouvelle prise en charge. De plus, les stagiaires n'ayant pas le droit de rester seuls avec un enfant, il a été décidé que les prises en charge en art-thérapie se feraient uniquement en groupe, en remplacement ou en accompagnement d'activités artistiques déjà existantes.

- **Nature et conditions dans lesquelles ont lieu l'atelier :** dans le cas de Moussa, un atelier modelage d'argile a été mis en place afin d'essayer d'unifier ce groupe nouvellement constitué (cf. annexe 3). Cet atelier est animé par l'animatrice socio-éducative et l'ergothérapeute de l'institution. Les séances durent 45 minutes, de 13h30 à 14h15, juste après le repas de midi et avant le judo. Le thème global de cet atelier est la nature. Avec l'arrivée de l'art-thérapeute, l'atelier s'est peu à peu modifié. Il s'est divisé en deux temps : un temps pour le modelage d'argile, dirigée par l'ergothérapeute et un temps pour la musique, dirigée par l'art-thérapeute.

- **Repérage des sites d'actions thérapeutiques* du patient :** les premières séances sont un temps d'observation indispensable pour repérer les sites d'actions thérapeutiques* et adapter la stratégie thérapeutique* permettant d'atteindre les objectifs généraux fixés. Les sites d'actions* repérés pour Moussa étaient : le mutisme, la relation à l'autre, l'imitation, le déficit d'attention et le manque d'initiative.

- **Choix des items* :** l'un des outils principaux de l'art-thérapeute est la fiche d'observation. En effet, elle permet un suivi thérapeutique en regroupant tous les items* définis par l'art-thérapeute. Ainsi, à chaque fin de séance, l'art-thérapeute remplit cette fiche et peut évaluer quantitativement et qualitativement l'évolution de la prise en charge et des progrès éventuels de l'enfant.

Les items* pourront être de trois natures. Soit les items* seront objectifs, ils seront donc mesurables. Soit ils seront ressentis, ce sera l'impression esthétique de l'art-thérapeute qui sera utilisée pour les déterminer. Enfin, ils pourront être interprétés : ils se rapporteront alors à des « faisceaux de faits et de connaissances connexes à l'observation. » Ces items* sont développés et analysés dans le bilan de la prise en charge.

- **Apparition d'objectifs intermédiaires :** selon l'évolution positive ou négative des sites d'actions* observés chez le patient, l'art-thérapeute peut fixer des objectifs intermédiaires pour une séance, permettant d'atteindre à long terme l'objectif général fixé. Ces objectifs peuvent être également un moyen de projection de l'art-thérapeute afin de préparer la séance suivante. Dans le cas de Moussa, au fil des séances, les objectifs intermédiaires suivants ont été fixés : le faire choisir pour tout le groupe puis lui faire prendre de l'assurance dans la communication verbale et non verbale.

    c. Au fur et à mesure, la dominante artistique évolue et l'art-thérapeute introduit la musique dans la prise en charge.

- Après un temps d'observation, la dominante de la prise en charge a été modifiée : l'art-thérapeute a mis en place une activité musicale pour Moussa car il s'est avéré qu'il n'aimait pas le contact de l'argile sur ses mains. Il n'était pas possible de supprimer définitivement cet atelier modelage d'argile car l'ergothérapeute avait un but bien précis, notamment au niveau de la motricité. C'est pourquoi il a été décidé de mettre en place un double atelier, avec en première partie du modelage et en deuxième partie un atelier chant et gestes.

- Il a été nécessaire de mettre en place des objectifs intermédiaires aussi bien au niveau de la prise d'initiative, de la communication verbale, de l'attention très courte que de l'imitation trop souvent présente. Ces objectifs intermédiaires ont pu être atteints tout au long de la prise en charge et ont participé à atteindre les objectifs généraux fixés.

- Enfin, certains items* ont pu apparaître nécessaires ou inadaptés, au fur et à mesure de la prise en charge. La fiche d'observation a donc été modifiée afin de mettre en évidence des items* qui n'avait pas été observés ou d'en faire disparaître qui n'étaient plus valables. Par exemple, l'item* le plus flagrant qui est apparu au milieu de la prise en charge est : « utilise le verbal ».

2. Caroline est atteinte de trisomie 21.

a. L'état de base de Caroline souligne son manque de confiance en elle et d'affirmation au sein du groupe.

Caroline est une enfant trisomique 21. Elle est inhibée, se retire toujours du groupe, marche derrière les autres et a la tête baissée la plupart du temps. Elle échange peu avec les autres enfants et les adultes. Par contre, quand on la sollicite, elle répond avec une certaine aisance et a une bonne compréhension de ce qu'on lui demande.

Elle vit seule avec sa mère et fait beaucoup de sorties culturelles. Elle aime le dessin et la musique.

Le projet individualisé de Caroline :

Les objectifs éducatifs fixés par son éducatrice sont les suivants :

- Stabiliser l'humeur en détectant les moments de fatigue ou de contrariété pour éviter les passages à l'acte.
- L'aider à accepter le soutien de l'adulte lorsqu'elle se trouve en échec.
- L'aider à s'épanouir en trouvant sa place dans le groupe.
- Travailler l'expression et l'aisance verbale.
- Élargir le champ d'activités et les intérêts.
- Utiliser son excellente mémoire pour optimiser les apprentissages.

L'objectif thérapeutique général de l'art-thérapie :

Entrer en relation avec l'autre. L'aider à être autonome et à prendre confiance au sein du groupe.

b. La stratégie thérapeutique* de Caroline est basée sur son goût prononcé pour la musique.

A nouveau, aucune indication thérapeutique n'a été donnée concernant les prises en charge en art-thérapie. Il a fallu s'adapter à l'emploi du temps chargé des enfants et proposer un atelier en remplacement d'un autre, et non pas sur un temps spécifique dédié à l'art-thérapie.

L'art-thérapeute a basé sa stratégie thérapeutique* par rapport à un seul enfant au sein d'un groupe. Le choix s'est porté sur Caroline après discussion avec son éducatrice référente. La stratégie s'est donc basée sur le projet personnalisé de Caroline.

Après avoir remarqué que Caroline était souvent seule, recourbée, dans un coin et changeait d'attitude dès que l'on écoutait de la musique, l'art-thérapeute a émis l'hypothèse qu'elle était

sensible au monde sonore et qu'un atelier d'art-thérapie à dominante musique pouvait être adapté.

Un lundi matin sur deux, le groupe de Caroline va à l'IMP Pro pour participer à un atelier radio et un atelier musique. Les autres lundis, aucune autre activité n'est réellement fixée. C'est sur temps-là que l'atelier d'art-thérapie à dominante musique a été mis en place.

Mise en place de l'atelier Boomwhackers : (cf. annexe 3)

L'éducatrice référente du groupe a laissé l'art-thérapeute gérer peu à peu l'atelier de manière autonome. Pour cet atelier, l'art-thérapeute décide d'utiliser les boomwhackers, instruments de percussions sous forme de tuyaux plastiques de couleurs. Ces tuyaux reprennent la gamme diatonique et permettent de reproduire des mélodies*, sans avoir aucune connaissance en musique. A chaque note correspond une couleur ; l'art-thérapeute décide alors de transposer des partitions de contines, avec les couleurs correspondant aux boomwhackers. Après avoir vérifié les capacités sensorielles et cognitives de Caroline, afin d'être certain qu'elle voyait et reconnaissait les différentes couleurs, il devint alors très intéressant d'utiliser ces instruments. Le fait de travailler avec des couleurs donne un côté ludique non négligeable lorsque l'on travaille avec des enfants déficients mentaux.

L'atelier suivait différentes étapes avec un échauffement vocal et corporel, le choix d'une chanson pour la séance, la prise en main des boomwhackers et le choix de la couleur du bommwhackers, un rappel sur la mélodie* de la séance précédente avec ajout d'une nouvelle partie éventuellement si l'ancienne est bien intégrée, la découverte et l'apprentissage de la nouvelle mélodie* précédemment choisie ensemble, et enfin un travail sur la communication sonore en fin de séance.

c. Certains items* inappropriés au regard des progrès fait par Caroline sont supprimés.

Au fur et à mesure de la prise en charge, Caroline faisait des progrès tellement rapides que plusieurs items* sont devenus inappropriés :

« reste dans l'Art I* » : Caroline s'est avérée très douée pour la musique et très sensible. Après une séance de découverte, elle a affirmé peu à peu son idéal esthétique et n'était plus du tout dans l'Art I* mais bien dans l'Art II*.

« comprend les consignes » : Caroline n'avait aucune difficulté à comprendre les consignes. Cet item* avait été mis en place suite à une observation de l'art-thérapeute qui n'a pas été confirmée par la suite.

L'objectif principal était que Caroline entre en relation avec les autres. Pour l'atteindre, l'art-thérapeute a mis en place des objectifs intermédiaires évoluant selon les séances : permettre à Caroline d'être dans l'écoute et la communication avec le groupe qui est réduit ou encore l'aider à prendre des initiatives au sein du groupe.

D. Les bilans des prises en charge sont effectués.

Grâce à la mise en place de la fiche et de la grille d'observation remplie à chaque fin de séance, l'art-thérapeute peut donner une description exacte du déroulement de chaque séance et des réactions de Moussa et de Caroline. Puis, grâce aux items* retenus pour la grille d'observation, des graphiques peuvent être élaborés et ainsi mettre en évidence les éventuels progrès de Moussa et de Caroline. Ces graphiques permettent d'effectuer un bilan précis sur l'intérêt de la prise en charge en art-thérapie.

1. Bilan de la prise en charge de Moussa :

a. Moussa progresse dans sa relation aux autres jusqu'à une ébauche de communication.

Déroulement des séances :

- **Séances 1 et 2 (8 novembre et 15 novembre) :**

Séance 1 : Moussa ne parle pas, ni aux enfants du groupe, ni aux adultes. Il s'installe, regarde en l'air, autour de lui, mais fait en sorte de ne jamais croiser un regard. Il ne réagit pas et n'exprime ni ses émotions, ni ses envies ou ses choix. Le contact avec l'argile ne semble pas évident et agréable. Il ne prend pas la terre à pleine main comme les autres enfants. Il utilise uniquement son pouce et son index pour effriter en petits bouts égaux des morceaux d'argile.

A la séance 2, Moussa ne parle toujours pas, ne regarde ni les adultes ni les enfants. Il recommence son effritement. Si l'art-thérapeute s'assied à côté de lui et lui montre comment faire, il arrive à imiter les gestes. Quand l'art-thérapeute lui montre comment utiliser le coupe-beurre (outil composé de deux bâtons de bois relié par un fil de fer) afin de couper l'argile, il

veut reproduire le geste. Il a besoin d'aide pour cela, pourtant, il n'exprime pas son désir d'être aidé.

- **Séances 3 et 4 (22 novembre et 29 novembre) :**

Séance 3 : Moussa s'installe toujours à la même place dans la salle. Une relation commence à se créer entre lui et l'un des enfants du groupe. Pour la première fois, Moussa prend de lui-même l'initiative de fabriquer quelque chose avec l'argile. L'intention est donc là, étape indispensable dans le phénomène artistique, qui comprend l'impression, l'intention, l'action et la production.

Durant la séance 4, étant donné que Moussa ne semble pas à l'aise au contact avec l'argile, il est peut-être intéressant de modifier la dominante et trouver un moyen d'expression plus approprié. La musique est alors ajoutée en tant que phénomène associé grâce à un disque compact de sons de la nature que l'art-thérapeute met durant la séance. En mettant ce disque, le but est de voir si la musique a un impact sur les productions d'argile des enfants. La 1ère partie de la séance se passe autour de la peinture avec des pinceaux : Moussa y prend part avec beaucoup plus d'aisance que le modelage d'argile. Il est très concentré et très soigneux dans sa production. Il utilise pour la première fois des gestes pour communiquer avec l'art-thérapeute et lui demande de l'aide afin de fermer sa blouse et d'avoir plus de peinture. Puis, lorsqu'arrive le moment du modelage d'argile, il regarde l'armoire puis l'art-thérapeute. Cette dernière sort de l'armoire des couteaux en bois et autres outils permettant de travailler l'argile. Ce n'est qu'à ce moment précis qu'il commence à utiliser réellement la matière. Lorsque l'art-thérapeute veut lui montrer comment rassembler la terre, en lui prenant les deux mains, le contact physique est assez mal vécu : il enlève ses mains rapidement et se raidit.

- **Séance 5 (6 décembre 2010) : objectif intermédiaire : le faire choisir pour tout le groupe.**

Voyant que Moussa commence à être dans la relation avec l'un des enfants, l'art-thérapeute décide de fixer un objectif intermédiaire à atteindre durant la séance : Moussa doit choisir l'animal que les enfants vont modeler en argile. Malgré le fait que Moussa ait choisi l'animal à représenter, il n'essaye pas de le reproduire et continue à effriter la terre. L'art-thérapeute lui montre les gestes nécessaires pour faire une boule ou des boudins, il commence à les faire. Puis il s'arrête, regarde plusieurs fois ses mains pleines de terre en faisant une grimace. Il les gratte en essayant d'enlever la terre. La musique en fond sonore n'a pas l'air d'avoir un quelconque impact sur Moussa. La musicothérapie réceptive ne fonctionnant pas, l'art-thérapeute décide de proposer de la musicothérapie active à la prochaine séance.

- **Séance 6 (13 décembre 2010) :**

Cette séance sera déterminante pour la suite de la prise en charge. Durant le modelage, il est décidé que chacun participe à une production d'ensemble : un poisson en argile. Moussa est beaucoup plus impliqué dans les productions d'ensemble. A la fin du modelage, tout le groupe commence à chanter la chanson « petits poissons dans l'eau ». Moussa rit beaucoup et y participe en prenant le poisson et en le faisant nager. Pour la 2ème partie de l'atelier, voyant que Moussa paraissait apprécier le chant, l'art-thérapeute propose finalement au groupe d'en apprendre un autre accompagné de gestes. Moussa ne chante pas et esquisse à peine les gestes. A la fin de l'atelier, les enfants sont emmenés aux toilettes. L'art-thérapeute reste dans la salle pour ranger le matériel. Moussa revient le premier dans la salle et quand il arrive, l'art-thérapeute est en train de siffler la chanson précédemment proposé. Moussa regarde l'art-thérapeute, lui sourit et s'adresse à elle en lui disant : « Non, arrête ». C'est la première fois que Moussa parle en présence de l'art-thérapeute.

- **Séances 7, 8 et 9 (10 janvier, 17 janvier et 24 janvier 2011) :**

Séance 7 : durant la 1ère partie de l'atelier, Moussa s'arrête à nouveau à l'Art I* en effritant l'argile. Par contre, il est en recherche physique constante avec l'un des enfants. Cette relation entre Moussa et l'autre enfant avait commencé avant les vacances, et n'étant plus dans le même groupe, cet atelier permet aux deux enfants de se retrouver. Moussa est donc dans la relation. Durant l'atelier chant et gestes, Moussa paraît plus assuré dans ses gestes, il les reproduit plus facilement. Le fait qu'il s'investisse avec plaisir dans l'activité montre que l'événement de la séance précédente n'était peut-être pas dû au fait que Moussa n'aimait pas la chanson mais plutôt par rapport au sifflement en lui-même. L'art-thérapeute était allée se renseigner auprès de l'équipe et avait appris également que le sifflement était interdit pour les enfants au sein de l'IMP, ceci expliquant peut-être sa réaction.

Durant la séance 8, c'est Moussa qui prend l'initiative d'ouvrir le livre et de choisir un animal à modeler. A nouveau, la réalisation d'une production d'ensemble permet à Moussa d'exprimer pleinement son intention esthétique, et de ne pas rester dans l'Art I*. Les regards de Moussa envers l'art-thérapeute sont de plus en plus fréquents et surtout beaucoup plus longs. Moussa a réellement envie de communiquer et d'être dans la relation avec l'art-thérapeute. Avant de commencer la 2ème partie de l'atelier, l'art-thérapeute emmène Moussa se laver les mains aux toilettes. Elle l'entend alors chanter des onomatopées, de vive voix, tel un blues man. L'atelier chant se passe très bien et Moussa est particulièrement investi mais toujours uniquement avec les gestes. La communication verbale a été utilisée uniquement lorsque Moussa se trouvait seul avec l'art-thérapeute mais sans regard direct.

A la séance 9, Moussa n'hésite plus à entrer en relation avec l'art-thérapeute et le reste du groupe, dès qu'il le souhaite. Ses interactions passent par les gestes et les regards, très peu par la voix. Durant l'atelier chant, l'art-thérapeute fait un petit échauffement autour de vocalises. Moussa y participe, on entend sa voix, presque murmurée. Les gestes accompagnant la chanson sont effectués de manière assurée et les syllabes des paroles sont esquissées sur les lèvres de Moussa. A la fin de l'atelier, en descendant dans la cour de récréation, Moussa chante très doucement, encore une fois lorsqu'il n'est pas en face à face directe avec un adulte.

- **Séances 10 et 11 (31 janvier et 7 février 2011) :**

Un nouvel objectif intermédiaire apparaît : lui faire prendre de l'assurance dans la communication verbale et non verbale.

Séance 10 : Moussa entre en relation avec l'art-thérapeute à plusieurs reprises, en jouant avec un bout de terre. C'est lui qui provoque la relation, dans le jeu. Puis, durant l'atelier chant, Moussa participe à nouveau activement et produit des vocalises, toujours d'une voix timide. Il fait les gestes avec beaucoup d'assurance et bouge les lèvres en fonction des paroles, mais aucun son ne sort. A la fin de l'activité, il est très excité et coure partout dans la salle.

A la séance 11, l'art-thérapeute introduit un instrument de musique : le boommwhacker afin d'évaluer la capacité de Moussa à produire de la musique, sans être dans l'imitation. L'improvisation est un moyen intéressant de laisser libre court à son imagination*. Afin de ne pas mettre Moussa en difficulté, l'art-thérapeute a choisi d'utiliser un instrument de percussion à la place de la voix, car l'utilisation de la voix semble difficile pour Moussa. Les rythmes* de Moussa ne sont pas improvisés, il est dans l'imitation. En discutant avec le psychiatre, l'art-thérapeute apprend que Moussa a des difficultés à utiliser sa voix notamment parce qu'il n'arrive pas à lâcher prise et veut pouvoir tout contrôler. Dans ce cas là, l'improvisation est bien entendu difficile !

- **Séance 12 (28 février 2011) :**

Après trois semaines d'absence dû aux vacances et à diverses activités venues se greffer sur l'emploi du temps des enfants, la reprise de l'atelier terre et chant est très difficile. Au vue des progrès de Moussa et sur les conseils du psychiatre, l'art-thérapeute souhaitait poursuivre la prise en charge en y incluant un nouvel objectif intermédiaire : **l'aider à lâcher prise grâce aux vocalises.** Cela n'a pas été possible durant cette séance. Moussa est resté dans l'Art I* Les regards échangés avec l'art-thérapeute sont moins nombreux, beaucoup plus brefs et

moins intenses. Les relations avec l'autre enfant n'étaient pas plus présentes. Moussa n'avait pas du tout envie d'être en contact et d'être dans la relation. Durant l'atelier chant, Moussa n'a émis aucun son, il n'a pas fait les vocalises, les bruitages avec la langue et les lèvres. Il n'a pas murmuré les paroles de la chanson, ni même les gestes.

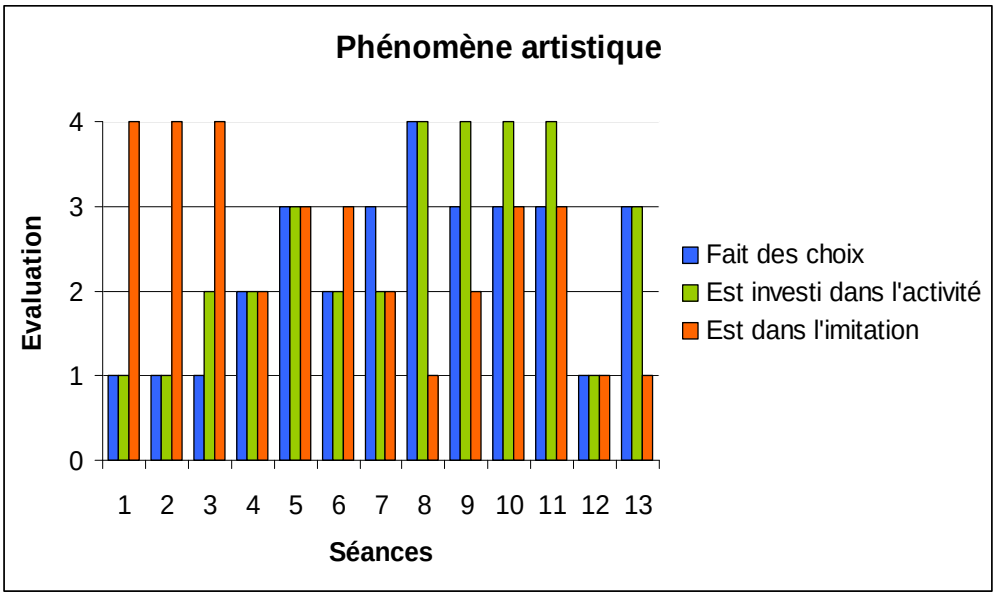
- **Séance 13 (7 mars 2011) :**

Cette dernière séance a été très importante. En effet, l'art-thérapeute se devait de vérifier si les progrès observés durant les dernières séances avaient complètement disparu ou non.
Durant l'atelier modelage, Moussa a choisi immédiatement un animal. Par contre, il n'a participé à l'activité uniquement à partir du moment où l'art-thérapeute lui a sorti des outils.
Durant l'activité chant, il était également concentré : il a murmuré les vocalises et les bruitages avec les lèvres. Puis durant la chanson, il a fait les gestes associés, en bougeant à peine ses lèvres. A la dernière séance, l'art-thérapeute a expliqué au groupe que c'était la dernière fois qu'ils se voyaient. Personne n'a réagit mis à part Moussa qui est venu vers l'art-thérapeute, l'a regardé et lui a dit au revoir avec la main, accompagné d'un grand sourire.

b. Les graphiques montrent l'évolution de Moussa mais également certaines situations particulières, comme la baisse importante de ses progrès à la séance 12.

Le bilan de la prise en charge permet à l'art-thérapeute d'avoir une vue et une appréciation d'ensemble de toutes les séances, d'évaluer les progrès du patient et l'impact dans sa vie quotidienne, les limites rencontrées, les situations ou les faits remarquables, et de remettre en cause les objectifs généraux et leur intérêt si nécessaire. Tous les items* sont évalués selon une échelle allant de 1 à 4 :

Définition des Items	**Cotations des items**			
	1	**2**	**3**	**4**
Fait des choix : item objectif	Aucun choix	Choisi très rarement	Choisi sans problème quand on lui demande	Choisi sans qu'on le lui demande
Est investi dans l'activité : item interprété	pas du tout investi	Investi quand on s'occupe de lui	Investi de temps en temps tout seul	très investi tout seul
Est dans l'imitation : item objectif	Aucune imitation	Imite pour les nouveaux exercices	Est la plupart du temps dans l'imitation	uniquement dans l'imitation

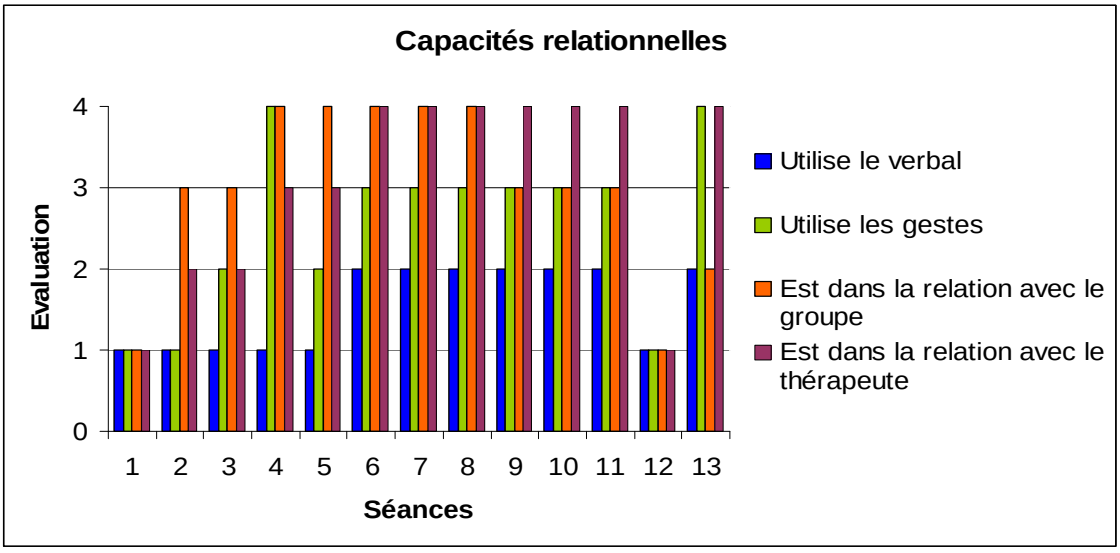


Le phénomène artistique est composé de 4 étapes : l'impression, l'intention, l'action et la production. Dans l'action, deux items* ont été choisis : « **fait des choix** » et « **est investi dans l'activité** ». Nous pouvons constater qu'en ce qui concerne ces deux items* Moussa est globalement en progrès, mise à part à la séance 12. Le fait de faire des choix et d'être de plus en plus investi dans l'activité est en lien avec la confiance en soi, qui deviendra alors le faisceau d'items*. Nous pouvons donc en conclure que Moussa a pris confiance en lui, au fur et à mesure des séances.

Au niveau de la production, l'item* « **est dans l'imitation** » a été retenu. Il est important de souligner que pour cet item*, la cotation du progrès est inversée par rapport aux autres items*. Ainsi, Moussa est au départ uniquement dans l'imitation. Il a du mal à prendre des initiatives et à se détacher de ce que les autres produisent. Vers la fin de la prise en charge, il imite de moins en moins, ce qui veut dire qu'il affirme de plus en plus ses goûts et son idéal esthétique. Cela va également dans le sens de la confiance et de l'affirmation de soi. Confiance et Affirmation de soi étant des dimensions indispensables pour une bonne qualité de vie, nous pouvons arriver à la conclusion que la qualité de vie existentielle de Moussa a été améliorée durant la prise en charge, en partie grâce à l'art-thérapie.

Les capacités relationnelles sont très difficiles pour des personnes atteintes de troubles autistiques. C'est en général à ce niveau que la personne peut être amenée à souffrir de sa pathologie.

Définition des Items	Cotations des items			
	1	2	3	4
Utilise le verbal : item objectif	pas du tout	Utilise quelques rares mots.	Fais quelques phrases.	Utilise normalement le verbal.
Utilise les gestes : item objectif	pas du tout	Utilise quelques rares gestes.	Utilise de temps en temps les gestes pour communiquer.	Utilise tout le temps les gestes pour communiquer.
Est dans la relation avec le groupe : item objectif	est indifférent au groupe.	S'intéresse rarement au groupe.	S'intéresse régulièrement au groupe.	Est continuellement dans la relation.
Est dans la relation avec le thérapeute : item objectif	est indifférent au thérapeute.	S'intéresse rarement au thérapeute	S'intéresse régulièrement au thérapeute.	Est continuellement dans la relation.



Le mutisme de Moussa l'empêchait de prendre pleinement part aux activités de l'institution, de créer des liens avec d'autres enfants et ainsi d'acquérir un bien-être social indispensable. Durant la prise en charge, Moussa a utilisé de plus en plus son regard et ses mains pour communiquer. Il a également utilisé, dans une moindre mesure, la parole pour s'exprimer et faire part de ses désirs, ce qu'il ne faisait pas du tout en présence d'un adulte, au début de la prise en charge.

D’autre part, Moussa était au départ renfermé sur lui-même, ne participait pas aux activités du groupe et n’interagissait pas avec les enfants ou avec les adultes. Au fur et à mesure de la prise en charge, une confiance s’est installée entre le thérapeute et Moussa, ce qui a permis à Moussa de s’exprimer et de communiquer, avec les adultes, mais également avec un des enfants qui venait le titiller régulièrement. Plus Moussa était dans la relation, plus ses sourires étaient nombreux, et plus son investissement dans l’activité et sa confiance en soi devenaient importantes. Le principe du bien-être social en est l’explication : pour une meilleure qualité de vie existentielle, l’être humain a besoin de communiquer, de créer des relations avec les autres.

Revenons cependant à la séance 12 : on observe une baisse significative des progrès de Moussa durant la séance 12. Si nous reprenons le déroulement des séances, nous pouvons nous apercevoir qu’entre la séance 11 et la séance 12, trois semaines se sont écoulées, tandis qu’entre les autres séances, il n’y avait qu’une semaine d’écart. Nous pouvons alors nous poser la question de savoir si la baisse significative des progrès de Moussa est liée aux trois semaines sans atelier. D’autres événements parallèles à la prise en charge peuvent évidemment être la cause de cette baisse. En en discutant avec certains membres de l’équipe, l’art-thérapeute se rend compte que cette baisse n’a pas été remarquée dans les autres activités suivies par Moussa. L’évolution positive observée à la séance 13 nous confirme bien que les progrès sont présents, n’ont pas été oubliés mais n’ont tout simplement pas été mobilisés durant la séance 12.

En échangeant avec l’ergothérapeute et la psychomotricienne, l’art-thérapeute s’est vu confirmer que Moussa était plus confiant, avait acquis une réelle place au sein du groupe et commençait à utiliser la communication non verbale, de manière très succincte et en de rares occasions. L’ergothérapeute à travers l’évolution des séances, a insisté sur le fait que Moussa et l’art-thérapeute avaient créé une relation privilégiée où la communication pouvait être utilisée sans aucun danger. Cependant, ce qui s’est passé lors de la séance 12 montre à quel point les progrès peuvent être temporaires. Une prise en charge plus longue aurait permis de confirmer les progrès de Moussa dans la durée et surtout dans sa vie quotidienne.

2. Bilan de la prise en charge de Caroline :

a. Caroline fait des progrès rapides et constants au sein du groupe, en s’affirmant de plus en plus.

Déroulement des séances :

Les premières séances sont des séances d'observation afin de décider d'un atelier à mettre en place adapté à Caroline et à sa personnalité et ses envies.

- **Séance 1 (8 novembre), Séance 2 (15 novembre) et séance 3 (22 novembre) :**

Séance 1 : La séance se passe à l'IMP Pro* et est animée par l'intervenant en musique de l'IMP Pro*. Quand on demande aux enfants chacun leur tour de taper des mains et des pieds sur le rythme* de la musique, Caroline tape uniquement du pied. Elle ne suit pas les consignes car elle ne les voit pas : elle a constamment la tête baissée. Sur le trajet pour aller à l'IMP Pro*, Caroline se détache du groupe pour marcher toute seule.

Durant la séance 2, une sortie est organisée. Caroline reste à l'écart du groupe et ne parle pas. Mais quand l'un des adultes lui pose des questions sur ce qui l'entoure, elle répond avec justesse. Elle est donc attentive à ce qu'il se passe autour d'elle mais ne s'exprime pas sur ce qu'elle ressent ou ce qu'elle voit. En revenant à l'IMP, comme demandé par l'éducatrice, les enfants ont chacun ramené un objet auquel ils sont attachés. Caroline a ramené le CD et le DVD du chanteur Mika. Il est décidé que l'on regarde le DVD de Caroline. Elle semble ravie et sourit pour la première fois en présence de l'art-thérapeute. Durant la projection Caroline a la tête fixée sur l'écran. Elle bouge ses épaules, danse sur sa chaise, chante les paroles. Elle entre en relation avec les enfants de son groupe, danse avec eux, leur parle, les regarde dans les yeux. La musique est donc un élément important pour Caroline, elle y est sensible et a l'air de l'apprécier, du moins à l'écoute.

La 3ème séance se passe à l'IMP Pro*, durant un atelier Radio. Caroline se révèle être à nouveau très expressive. Dès que l'animateur met des morceaux de musique, elle relève la tête, chante et danse sur sa chaise. En rentrant de l'IMP Pro*, elle exprime sa joie en disant à l'art-thérapeute qu'elle est contente.

- **Séance 4 (29 novembre) :**

C'est le début de la prise en charge en art-thérapie. L'art-thérapeute décide d'utiliser la musique comme moyen d'expression artistique car Caroline y a montré un intérêt particulier. A nouveau, Caroline a la tête baissée. L'art-thérapeute propose de commencer l'atelier en chantant des contines connues de tous, comme « Au clair de la lune ». Caroline lève alors la tête et se met à chanter. Elle chante avec les paroles, même si celles-ci ne sont que très peu articulées. Caroline sourit et applaudit à la fin de la chanson. Puis, l'art-thérapeute présente les boomwhackers et explique aux enfants comment en jouer. Lors des consignes, Caroline lève

légèrement la tête et regarde l'art-thérapeute pour savoir comment les utiliser. Elle joue en rythme*, arrive à taper au bon moment et le bon nombre de fois.

- **Séance 5 (10 janvier) : un nouvel objectif intermédiaire apparaît : permettre à Caroline d'être dans l'écoute et la communication avec le groupe qui est réduit (2 enfants au lieu de 4).**

L'atelier commence par un petit échauffement. L'art-thérapeute demande à Caroline si elle se souvient de ce qui a été fait au dernier atelier, sachant qu'il remonte à 3 semaines. L'art-thérapeute vérifie ainsi la mémoire de Caroline. Elle se souvient très bien et explique le déroulement de la séance précédente. Durant l'atelier, l'art-thérapeute met en place des exercices rythmiques, où chacun doit s'écouter et laisser l'autre jouer avant de jouer. L'art-thérapeute propose ensuite de chanter « Au clair de la lune » en jouant parallèlement la mélodie* avec les boomwhackers. Cela demande une capacité psychomotrice importante. Au bout de quelques essais, Caroline a compris et reproduit l'exercice avec plaisir. L'art-thérapeute finit l'atelier avec un exercice intitulé la communication sonore : chaque personne doit choisir un petit instrument. Le principe est de mettre en place une communication, de transmettre des émotions, uniquement par le biais de l'instrument, sans jamais utiliser le verbal. On désigne une personne avec le regard pour établir un dialogue. Le but du jeu est de se regarder, de s'écouter, et bien entendu de s'exprimer, à l'aide de ces instruments. Caroline est très investie dans cet exercice et s'amuse beaucoup à dialoguer avec les autres.

- **Séance 6 (17janvier) : un nouvel objectif intermédiaire apparaît : aider Caroline à prendre des initiatives au sein du groupe.**

Lorsque l'art-thérapeute arrive dans la salle, Caroline prononce le mot musique et va immédiatement installer le coin de l'atelier. Afin d'atteindre l'objectif intermédiaire, l'art-thérapeute utilise la technique de l'improvisation permettant à chacun de prendre des initiatives, d'affirmer son goût et son style. Caroline est très attentive. Elle invente un nouveau rythme* rapidement, et finit son improvisation en chantant. Sa voix n'est plus monocorde comme au départ car désormais elle va dans les aigus et les graves. Durant la communication sonore, Caroline change d'instrument, elle aime essayer de nouveaux sons. En discutant avec l'éducatrice référente, l'art-thérapeute décide d'approfondir à la séance suivante le travail vocal qui permet à Caroline de poser sa voix, de respirer et d'articuler avec plus d'aisance et donc de travailler sur la communication verbale de Caroline.

- **Séances 7 et 8 (14 février et 7 mars) :**

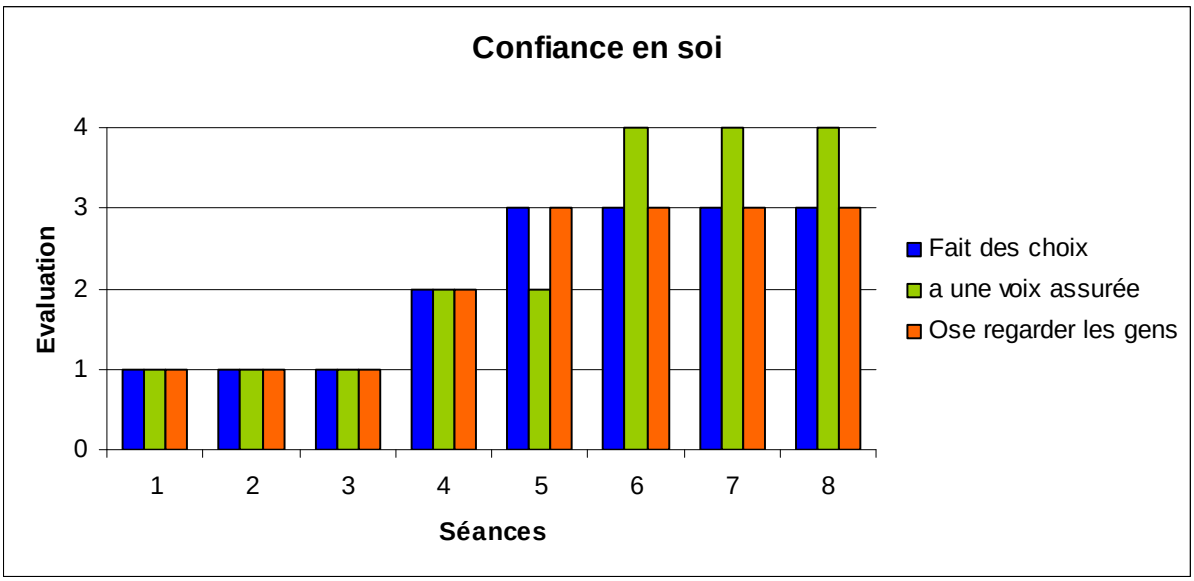
Séance 7 : cette année, Caroline prépare son départ dans un IMP Pro*. Plusieurs séances n'ont donc pas eu lieu car elle faisait des stages dans d'autres institutions. Cette séance est particulièrement importante car exceptionnellement Caroline est seule, permettant ainsi à l'art-thérapeute de se concentrer uniquement sur Caroline sans avoir à prendre en compte le désir et les comportements d'autres enfants. L'art-thérapeute continue son travail sur l'improvisation pour permettre à Caroline de laisser libre cours à son imagination* et de prendre des initiatives quant à sa production artistique. Cette fois-ci l'improvisation se fait non pas avec les boomwhackers mais avec les voix. La technique du beat box est utilisée. La voix devient alors une boîte à son. Caroline est très douée dans cet exercice. Elle se prend au jeu et invente toutes sortes de bruits qui l'étonnent elle-même ! Durant tout l'atelier, Caroline regarde l'art-thérapeute et s'adresse à elle sans baisser la tête.

La dernière séance est à l'image des autres : des progrès constants ! Quand l'art-thérapeute arrive dans la cour, avant même de monter dans la salle, Caroline va la voir pour lui dire « Bonjour Juliette, aujourd'hui, atelier musique ». Elle montre un intérêt indéniable pour cet atelier. Elle explique aux autres enfants du groupe, les règles de la communication sonore. Elle est dans la relation avec les enfants et avec les adultes.

b. Les objectifs de la prise en charge de Caroline sont atteints plus rapidement que prévus.

L'un des points essentiels de l'objectif général de Caroline était qu'elle puisse s'affirmer et ainsi prendre confiance au sein du groupe. Pour cela, il fallait auparavant qu'elle ait confiance en elle, afin d'oser entrer en relation avec le groupe.

Définition des Items	**Cotations des items**			
	1	**2**	**3**	**4**
Fait des choix : item objectif	aucun choix	choisi très rarement.	choisi sans problème quand on lui demande.	choisi sans qu'on le lui demande.
A une voix assurée : item objectif	a une voix monocorde et fluette.	a une voix monocorde un peu plus assuré.	a une intonation différente mais la voix est encore discrète.	a une intonation et un débit vocal plein d'entrain.
Ose regarder les gens : item objectif	a la tête baissé constamment.	a la tête baissé la plupart du temps.	regarde les gens dans les yeux la plupart du temps.	n'a jamais la tête baissée.

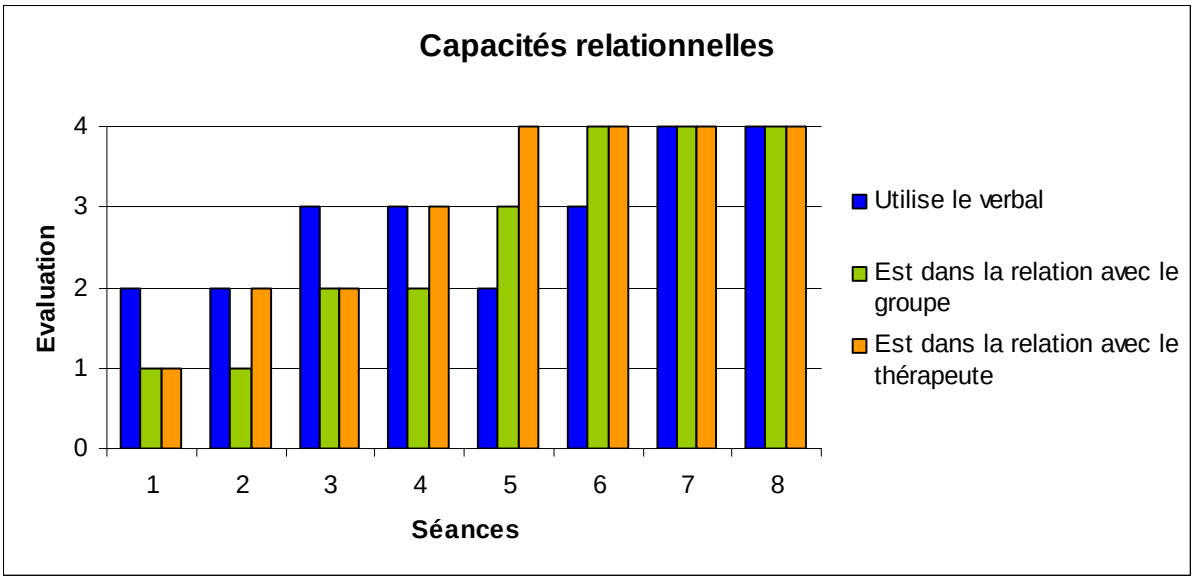


Tout au long de la prise en charge, l'item* « **fait des choix** » est en constante évolution. Rappelons qu'en début de prise en charge, Caroline est assez introvertie : elle a la tête baissée constamment, elle ne parle pas avec les autres, elle ne s'affirme pas au sein du groupe et n'intervient que si on le lui demande. Au fur et à mesure, Caroline s'est affirmée, a pris confiance en elle. Cela peut s'évaluer grâce à l'item* « **fait des choix** ». L'item* « **ose regarder les gens** » va également dans ce sens : Caroline a au départ la tête constamment baissée, ce qui ne facilite pas la communication, et encore moins la relation. A la fin de la prise en charge, Caroline ose regarder les gens qui l'entourent que ce soit les enfants ou les adultes. Enfin, l'item* « **a une voix assurée** » justifie également l'amélioration de la confiance en soi de Caroline. Au départ, Caroline ne s'exprime que très rarement. Quand elle s'exprime, c'est d'une voix monocorde, sans entrain. A la fin de la prise en charge, grâce au travail vocal notamment, Caroline se sent plus à l'aise. Son débit vocal a changé, elle ose aller dans les aigus et dans les graves et sa voix est plus assurée. Elle articule également un peu mieux.

Une meilleure confiance en soi est un des chemins indispensables pour accéder à une certaine autonomie. Le fait que Caroline soit plus à l'aise avec les autres, ose prendre des initiatives, pourra l'aider à être plus autonome dans la vie de tous les jours.

Les capacités relationnelles amoindries de Caroline étaient également l'un des points de départ de la prise en charge :

Définition des Items	**Cotations des items**			
	1	**2**	**3**	**4**
Utilise le verbal : item objectif	pas du tout	Utilise quelques rares mots.	Fais quelques phrases.	Utilise normalement le verbal.
Est dans la relation avec le groupe : item interprété	indifférent au groupe.	rares interactions avec le groupe.	plusieurs interactions avec le groupe.	échanges constants avec le groupe.
Est dans la relation avec le thérapeute : item interprété	indifférent au thérapeute.	rares échanges avec le thérapeute.	plusieurs interactions avec le thérapeute.	échanges constants avec le thérapeute.



Là aussi, les progrès de Caroline sont constants. Le fait que Caroline utilise de plus en plus le verbal montre qu'elle prend de l'assurance dans le groupe et souhaite échanger avec eux en s'exprimant. Ensuite, les deux autres items* sont des items* interprétés. Cela veut dire que l'évaluation s'est basée sur un certain nombre d'éléments connexes à l'observation : le nombre de sourires, le nombre de regards, l'intensité du regard, les dialogues observés… Tous ces faisceaux d'éléments ont été observés durant la prise en charge mais également en-

dehors, dans la cour de récréation par exemple. Ces éléments permettent d'évaluer la relation de Caroline avec le groupe et avec le thérapeute. Cette relation, bien que plus lente avec le groupe, ne va qu'en s'intensifiant. Caroline a de plus en plus d'échanges avec le groupe et avec le thérapeute. Elle n'hésite plus à sourire, à applaudir, à poser des questions ou encore à échanger des regards.

En conclusion, la prise en charge de Caroline s'est avérée très positive. La dominante choisie lui a très bien convenu et lui a permis d'améliorer entre autres sa communication vocale par le biais du travail du beat box et de vocalises. Il aurait été intéressant de poursuivre cette prise en charge trop courte afin de confirmer les progrès de Caroline sur le long terme et dans sa vie de tous les jours. Car le but de l'art-thérapie est bien là : les progrès faits durant les séances doivent être également observés dans la vie quotidienne des patients. C'est pourquoi on parle de restaurer la qualité existentielle de vie de la personne. N'ayant pas eu de retours de la part de la famille de Caroline, l'art-thérapeute ne s'avancera pas sur ce point.

Pour ces deux études de cas, l'art-thérapeute a fait le choix de ne pas utiliser le cube harmonique comme outil d'évaluation. Le public auquel elle s'adressait n'était pas en mesure de différencier le bien du beau et du bon.

➢ TROISIÈME PARTIE :

L'ART-THERAPIE PEUT AVOIR SA PLACE AU SEIN D'UN IMP.

A. La légitimité d'un art-thérapeute au sein d'un IMP est mise en débat.

1. Les structures médico-sociales sont considérées comme des écoles pour handicapés.

a. Les parents investissent l'IMP comme une école en acceptant difficilement la dimension thérapeutique de l'institution.

L'Institut médico-pédagogique est un établissement médico-social, agréé pour dispenser une éducation et un enseignement spécialisés pour des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle. Ce type d'établissement est financé par la sécurité sociale. La dimension thérapeutique est évidente si l'on se réfère à cette définition. Or, malgré cela, des parents ayant leurs enfants à l'IMP considèrent la structure comme une simple école et ne souhaitent pas que leurs enfants participent à des prises en charge thérapeutiques. En effet, les prises en charge en art-thérapie sont considérées par les familles uniquement sous la dimension artistique en occultant le registre thérapeutique. Il est apparemment plus facile de dire à son entourage que son enfant participe à un atelier artistique qu'à un atelier d'art-thérapie.

Le terme thérapie renvoie au soin et donc à la maladie, au handicap. Or la maladie ou le handicap chez un enfant n'est pas toujours bien accepté par les parents.

Au sein de l'IMP, l'équipe paramédicale n'est pas toujours considérée à sa juste valeur par les parents. Les suggestions de l'équipe ne sont pas nécessairement prises en compte une fois l'enfant revenu chez lui. Alors, l'impact de la prise en charge sur la vie quotidienne de l'enfant est moindre si les parents n'y sont pas investis.

Le fait que le handicap de l'enfant soit inégalement accepté par les parents peut avoir un effet négatif sur l'enfant, dans son estime et sa confiance en lui. Il peut se trouver en difficulté de ne pouvoir répondre aux attentes de ses parents. Cette situation peut aller jusqu'à un conflit entre les attentes des parents et les attentes de l'IMP à travers la prise en charge de l'équipe paramédicale. Si les parents n'encouragent pas les efforts proposés, l'enfant peut ne pas s'investir suffisamment, voire même vivre négativement la prise en charge.

b. L'équipe de l'éducation nationale a des difficultés à laisser une véritable place à la prise en charge thérapeutique.

Au-delà des parents, les différentes équipes de l'IMP peuvent avoir une vision différente des activités et prises en charge proposées aux enfants.
A l'IMP Binet-Simon, l'historique de cet établissement donne des éléments d'explications de la situation actuelle. En effet, l'IMP Binet-Simon a été créé en 1966 par un regroupement de parents ayant des enfants handicapés. Dès le départ et jusqu'à il y a encore un an, l'association des parents a fait en sorte que l'établissement soit dirigé par des personnes venant de l'Education Nationale. Ainsi, la prise en charge des enfants par l'équipe pédagogique* était nettement privilégiée au détriment des prises en charge thérapeutiques. Cette ligne directrice est encore bien présente, notamment pour le personnel ayant participé à la création de l'établissement. C'est le cas de la plupart des enseignantes composant l'équipe pédagogique*.
A cela s'ajoute la difficulté d'une discipline nouvelle telle que l'art-thérapie qui souffre d'un déficit de notoriété et qui inquiète par méconnaissance du métier.
Enfin, tout ce qui touche à l'art est considéré comme ludique pour une partie de l'équipe qui a du mal à saisir le lien entre art et thérapie.

2. La question du rôle de l'art-thérapie dans la prévention de la souffrance est posée.

a. L'art-thérapie s'adresse à des personnes souffrantes.

L'art-thérapie est une discipline qui s'adresse à toute personne ayant une déficience psychique, physique et/ou sociale. L'art-thérapeute est censé travailler sur indication thérapeutique. Ainsi, une autorité médicale ou une autorité sociale selon l'établissement, va demander à l'art-thérapeute de prendre en charge tel ou tel patient pour des symptômes bien spécifiques, par exemple : la dépression, l'inhibition, le manque de confiance en soi. Ces symptômes peuvent faire partie intégrante du tableau d'une pathologie ou être associés à un événement extérieur.
Une personne ayant une déficience psychique, physique ou sociale ne va pas forcément souffrir de cette déficience. Ainsi, cette personne ne sera pas indiquée pour une prise en charge en art-thérapie.
La question de la prise en charge thérapeutique se pose à l'IMP. Si l'on considère que l'IMP est une école pour enfants déficients mentaux, la question de la place de l'art-thérapie est

également posée au sein de la structure. Est-ce qu'un enfant déficient mental souffre de son handicap ? Est-ce qu'un enfant déficient mental a nécessairement besoin d'une prise en charge en art-thérapie ?
Si l'art-thérapie s'adresse uniquement à des personnes en souffrance, a-t-elle sa place auprès d'enfants de l'IMP ? Mis à part un projet personnalisé spécifique pour chaque enfant, l'équipe de l'IMP ne considère pas qu'ils soient en souffrance. Si l'art-thérapeute au sein de la structure prend en charge des enfants, qui plus est en groupe sans qu'il y ait eu une indication thérapeutique préalable, quelle utilité apporte-t-il ?

Au-delà de la dimension subjective de la souffrance, celle-ci est évolutive au cours de la vie et ce facteur temps est à prendre en compte. Une souffrance peut apparaître à tout moment pour différentes raisons. Un handicap peut ne pas faire souffrir pendant longtemps, puis tout à coup devenir une souffrance. Pouvons-nous alors prévenir cette souffrance ?

b. L'art-thérapie peut aider à prévenir cette souffrance.

« *La prévention pourrait même devenir un des objectifs essentiels de l'art-thérapie* »[27]

« *Prévention, du latin praeventio, action de devancer, de prévenir en avertissant, ce qui tend à empêcher une chose fâcheuse de se produire en particulier une maladie.* » [28]
Au regard de cette définition, il s'agit de renforcer la capacité de la personne à réagir à d'éventuelles agressions extérieures. C'est lui donner une confiance en elle qui lui permet de mobiliser ses ressources. L'art-thérapeute peut accompagner une personne dans cette quête de confiance en elle. La qualité de vie de la personne n'en sera qu'améliorée.

Tout comme la prévention existe au niveau physique par le biais d'une hygiène de vie qui maintient une bonne santé physique ou même par le biais de dépistage de maladies, elle peut également exister au niveau psychique.
L'homéostasie représente l'état d'équilibre du corps au niveau physique et psychique. Les agressions extérieures viennent provoquer des ruptures de cet équilibre.
Chaque personne réagira différemment à ce déséquilibre et à la souffrance qu'il provoque. Elle s'appuiera alors sur ses ressources qui sont constituées à la fois de sa structure de

[27] Sporcq J., L'évaluation en art-thérapie, p 3

[28] Dictionnaire historique de la langue française, 1994

personnalité, du capital de confiance en elle qu'elle a emmagasiné et de son vécu à travers les autres traumatismes déjà traversés et éventuellement résolus. Le dépassement du traumatisme permet de trouver un nouvel équilibre.
L'incapacité à retomber sur ses pieds peut provoquer des symptômes tels que l'inhibition, le repli sur soi ou encore les angoisses.

L'art-thérapie peut prévenir la souffrance éventuelle d'une personne en l'aidant en amont de cette éventuelle rupture d'équilibre, à travers des activités adaptées. Si nous prenons l'exemple d'un enfant déficient mental, l'art-thérapeute peut aider cet enfant à avoir une estime et une confiance en lui suffisantes afin d'être paré aux éventuelles provocations d'autrui le faisant souffrir. Travailler autour de ses capacités relationnelles facilitera l'intégration sociale de l'enfant et le fera gagner en autonomie. L'enfant devenu grand pourra faire des choix, prendre des initiatives et s'affirmer en tant que sujet.
L'enfant déficient mental peut ne pas souffrir de son handicap car il ne se rend pas nécessairement compte de sa différence. Par contre, en grandissant, il peut en prendre conscience et mal le vivre. Une prise en charge en art-thérapie peut alors aider l'enfant en lui donnant des ressources pour une meilleure acceptation de sa différence.

Ce n'est pas parce qu'une personne souhaite faire un travail de développement personnel pour améliorer sa qualité de vie que l'art-thérapie sera l'unique solution. Comme une personne choisira plutôt le sport pour s'exprimer, relâcher les tensions, une autre à la sensibilité* artistique, tirera le meilleur profit d'un atelier d'art-thérapie. La dimension thérapeutique en art-thérapie, même en prévention d'une souffrance permet de différencier un atelier d'art-thérapie et un atelier d'art : l'art-thérapeute fixera alors un objectif thérapeutique dans son atelier en portant attention à l'état de base de chaque participant et le modifiera en fonction de l'évolution des participants.
« *Nous distinguerons les soins de confort et la thérapie. On comprend facilement que faire son jogging, fréquenter un atelier d'art ou suivre une psychanalyse permettent à des personnes autonomes d'aller rechercher une qualité de vie en accord avec leur attente ; nous retiendrons cela comme soins de confort.* »[29]

En conclusion, la place de l'art-thérapie au sein d'un IMP n'est pas évidente pour tous. Mais qu'en est-il de la réalité du terrain ?

[29] Forestier Richard, L'évaluation en art-thérapie, p 16

B. La place de l'art-thérapie en IMP n'est pas encore stabilisée.

1. Aujourd'hui, l'art-thérapie n'a pas trouvé sa place au sein d'un IMP.

a. Les établissements médico-sociaux privilégient les artistes intervenants ou les professeurs spécialisés.

Aujourd'hui, la plupart des structures médico-sociales proposent des activités artistiques. Il est donc reconnu que ces activités peuvent faire du bien aux patients. Elles sont de différentes natures : arts plastiques, théâtre, musique, danse.
Ces activités artistiques sont considérées comme ludiques aux yeux des équipes. Aucune dimension thérapeutique n'est imaginée car le lien entre l'art et la thérapie n'est pas évident pour tous. Ainsi, ces ateliers sont dirigés par des intervenants extérieurs, des professeurs de la ville ou des membres de l'équipe éducative.

A Paris, les professeurs d'expression artistique comme la musique ou les arts plastiques ont l'obligation d'effectuer un certain nombre d'heures dans les établissements médico-sociaux. Cela fait partie de leur contrat. Ainsi, leur intervention n'est pas volontaire. Selon les professeurs, ils s'investissent plus ou moins dans leur mission.

Ensuite, si elles en ont les moyens financiers, les structures médico-sociales peuvent faire appel à des artistes intervenants, proposant des ateliers d'activités artistiques. Leurs interventions sont volontaires, ce sont eux qui choisissent le type de public pour lesquels ils souhaitent intervenir sans avoir pour autant la connaissance réelle du public et une formation dédiée à cet accompagnement.

Enfin, certaines structures laissent leurs équipes éducatives proposer des activités artistiques. Les éducateurs incluent l'Art dans leurs activités. Cependant, les objectifs ne seront pas les mêmes : l'Art sera utilisé dans un but éducatif. Il n'y aura pas de dimension thérapeutique et les objectifs de l'atelier ne seront donc pas les mêmes que ceux de l'art-thérapeute. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de place pour les deux activités, au contraire, elles peuvent mêmes être complémentaires dans la prise en charge globale de l'enfant.
Pour faire un état des lieux plus objectif, j'ai souhaité compléter mon expérience au sein de l'IMP en élaborant un travail de recherche sur la situation actuelle de l'art-thérapie au sein de tous les IMP, IME*, EME* et IMP Pro* de Paris :

Sur les vingt structures, douze d'entre elles font intervenir des artistes ou des professeurs de la ville afin d'animer des ateliers artistiques.
Six autres structures font appel à leurs équipes éducatives pour animer ces activités.
Une structure a un art-thérapeute en poste à temps plein.
Une structure ne propose aucune activité artistique et ne souhaite pas en développer, même par le biais de l'art-thérapie.
Si l'art-thérapie n'est pas implantée en tant que telle, on constate que pratiquement tous les établissements utilisent l'art comme média éducatif tout au moins.

b. Le métier d'art-thérapeute a un déficit de notoriété.

On peut se poser la question de la raison pour laquelle l'art-thérapie est si peu représentée.
Même si l'on entend de plus en plus parler d'art-thérapie, peu de gens connaissent la discipline, la manière dont le métier est exercé, à qui il s'adresse et l'apport spécifique d'un art-thérapeute au sein d'une équipe.

Cette confusion est due à plusieurs paramètres :

- Le métier d'art-thérapeute existe depuis peu de temps : malgré plusieurs recherches sur l'art-thérapie depuis les années 50, ce n'est qu'en 1985 qu'est créé le premier Diplôme Universitaire d'art-thérapie, à Tours. L'art-thérapie, pour qu'elle soit reconnue en tant que discipline, va devoir faire ses preuves au sein des structures ; des travaux de recherches devront être publiés afin de faire avancer les mentalités. Le métier d'ergothérapeute s'est confronté exactement aux mêmes problèmes quelques années auparavant. L'ergothérapie est désormais reconnue et de nombreux postes sont créés chaque année.

- Il existe un nombre très important de formations, dans le domaine privé et dans les Universités. Le problème est qu'il n'y a aucun contrôle à l'heure actuelle, sur ces formations privées. Le métier d'art-thérapeute n'est pas reconnu par l'Etat, il est donc facile de brouiller les pistes et de proposer une formation en art-thérapie, avec des certificats n'ayant aucune valeur qualifiante et diplômante.

- Le titre n'est pas protégé : aujourd'hui, n'importe qui peut poser une plaque sur sa porte et y inscrire « art-thérapeute ». Comme pour les formations, cela a des conséquences dramatiques sur le sérieux du métier. Ainsi, un artiste, un professionnel de

soin ou même un éducateur ayant des compétences artistiques et les utilisant dans son métier, n'en sera pas pour autant art-thérapeute car les objectifs ne seront pas les mêmes.

Tous ces paramètres empêchent une représentation claire et précise du métier d'art-thérapeute. Cela peut être une des explications du rôle assez minime que l'art-thérapie joue au sein des structures médico-sociales.
Pour que les futurs art-thérapeutes soient reconnus au sein de l'équipe paramédicale, plusieurs éléments essentiels sont à prendre en compte dans leurs formations puis dans leurs pratiques :

- La composante thérapeutique du métier nécessite des connaissances médicales et paramédicales. Ces connaissances permettront à l'art-thérapeute d'adapter les moyens utilisés à la personne rencontrée et d'échanger sur un pied d'égalité avec les autres soignants. Par exemple, l'art-thérapeute doit être capable de proposer des approches différentes à une personne ayant un handicap moteur ou à une personne schizophrène. C'est pourquoi au-delà de ses compétences artistiques, il est indispensable que l'art-thérapeute se forme afin d'acquérir des connaissances en psychologie, pharmacologie, physiologie, etc.

- La notion de déontologie en art-thérapie est également très importante. Pour que le métier d'art-thérapeute soit reconnu en tant que tel, il est indispensable que tous les arts-thérapeutes suivent un même code de déontologie. Ce code de déontologie est garant du sérieux du métier et des professionnels qui l'exercent. C'est une garantie pour les employeurs et également pour les patients.

- L'art-thérapeute doit continuer, tout au long de sa carrière à s'informer et même se former aux nouvelles pratiques en art-thérapie, aux découvertes scientifiques concernant les pathologies. Il doit nourrir sa créativité, son activité artistique, en continuant d'exercer sa pratique et en apprenant d'autres pratiques. Cette discipline tellement nouvelle ne cesse d'évoluer et il est indispensable de s'intéresser aux évolutions et de ne pas se reposer sur ses acquis.

2. Aujourd'hui, l'art-thérapie a sa place au sein d'un IMP.

a. Les artistes intervenants et les professeurs de la ville ne sont pas formés à suivre certains publics.

« *Les arts thérapies se distinguent des éducations artistiques, des enseignements artistiques réalisés dans les écoles, les conservatoires et les universités, dans la mesure où l'activité et l'objet artistique ne constituent jamais le but des arts-thérapies, mais le moyen d'un changement, d'une prise de conscience, d'une progression personnelle, d'un mieux-être. La dimension esthétique peut constituer, dans certains cas, une composante clinique, éducative ou sociale importante, mais l'objectif de l'art-thérapie n'est pas de créer du beau.* »[30]

Cette citation illustre bien la différence entre une activité artistique animée par un professeur ou un artiste et un atelier d'art-thérapie : la différence se situe entre autres au niveau des objectifs fixés pour l'atelier.
D'un côté, les éducateurs ou encore les professeurs utiliseront l'Art dans un but éducatif. L'objectif sera donc l'apprentissage d'un savoir-faire mais également un objectif de bien-être en utilisant l'art comme un loisir, un moment de détente.
D'un autre côté, l'art-thérapeute exploitera les pouvoirs de l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique : l'objectif de l'atelier sera déterminé par une indication médicale. La démarche sera thérapeutique : il mettra en place une stratégie afin d'atteindre l'objectif thérapeutique fixé. Il évaluera son travail scientifiquement en mettant en place des outils d'évaluation les plus objectifs possibles. Il utilisera également l'outil d'auto-évaluation pour le patient. Il réadaptera sa stratégie, les moyens utilisés en fonction des réactions du patient. Tout ce protocole thérapeutique n'est pas mis en place par des éducateurs, professeurs ou artistes qui animent une activité artistique. De plus, le fait d'avoir des connaissances médicales associées à des connaissances artistiques permettent à l'art-thérapeute d'être vigilant quant au danger que l'Art peut éventuellement provoquer. C'est bien là que se situe l'apport essentiel de l'art-thérapeute : savoir faire la différence entre ce qui relève d'une pathologie et ce qui relève d'une personnalité, savoir comment adapter une séance selon la réaction du patient, travailler sur la partie saine du patient et ne pas s'appuyer sur ses difficultés.

Ainsi, n'étant pas formés, les enseignants, artistes ou encore éducateurs utilisant les pouvoirs de l'Art sans les maîtriser auprès d'un public spécifique, peuvent se trouver en difficultés et

[30] Lecourt Edith, Découvrir la musicothérapie, p 65

surtout mettre les patients en difficultés, dans une situation qui ira dans le sens contraire de ce qu'ils voulaient apporter au départ.
C'est pourquoi on peut en conclure qu'aujourd'hui, l'art-thérapeute a un rôle à jouer au sein des structures médico-sociales.

b. De plus en plus de structures médico-sociales s'intéressent à l'art-thérapie.

L'art-thérapie a donc toute légitimité à être présente dans les structures médico-sociales. Cette présence étant sous autorité médicale, l'art-thérapeute est totalement intégré aux équipes médicales et paramédicales qui doivent comprendre l'apport spécifique de l'art-thérapie afin de jouer au mieux les complémentarités dans un projet thérapeutique. Il est indispensable également que les autres équipes travaillent en phase avec l'art-thérapeute et échangent constamment sur les événements particuliers survenus au sein de la structure mais également sur les informations données par les familles. Si une structure choisit d'embaucher un art-thérapeute, tous les professionnels se doivent de travailler ensemble, pour le bien-être et la bonne santé des patients avant tout.
A partir des recherches menées auprés des IMP, IME*, IMP Pro* et EME* de Paris, j'ai fait le constat suivant : sur les douze structures employant des professeurs de la ville ou encore des artistes pour animer des activités artistiques, six structures, soit la moitié des établissements, souhaiteraient éventuellement développer une approche art-thérapeutique, en plus des autres activités artistiques déjà existantes. Un long chemin reste à parcourir, mais en tous cas, l'envie de découvrir et éventuellement de développer l'art-thérapie au sein de leurs structures est bien présente. Il faut ensuite qu'elles justifient ce besoin en art-thérapie afin d'obtenir les financements nécessaires pour de nouveaux postes.
En tant que futur art-thérapeute, j'ai un rôle à jouer afin d'informer au mieux les professionnels de la santé mais également ceux de l'éducatif et du pédagogique*, de la spécificité de cette discipline, en les rassurant sur le fait que l'art-thérapeute a un champ d'action spécifique qui n'est pas censé empiéter sur le leur.

C. Tableau de synthèse des deux hypothèses :

Aujourd'hui, l'art-thérapie n'a pas trouvé sa place au sein d'un IMP.	**Aujourd'hui, l'art-thérapie a sa place au sein d'un IMP.**
- Selon les statistiques, les artistes intervenants et professeurs de la ville sont privilégiés au détriment des art-thérapeutes. - Le métier d'art-thérapeute est encore trop méconnu des équipes éducatives, pédagogiques, médicales et paramédicales. - Les professionnels de la santé n'établissent pas le lien entre art et thérapie ; ils ne considèrent pas que l'activité artistique puisse avoir une dimension thérapeutique. - On ne peut pas certifier que les enfants handicapés mentaux souffrent. Or l'art-thérapie s'adresse aux personnes souffrantes. Donc on peut se poser la question de la légitimité d'un art-thérapeute au sein d'un IMP.	- Les personnes animant les ateliers artistiques ne sont pas formées pour intervenir auprès de certains publics. Sans connaissance médicale, ils peuvent être dépassés par certaines réactions de patient. - Un artiste, un animateur, ou encore un éducateur n'aura pas les mêmes objectifs dès la mise en place de son atelier artistique qu'un art-thérapeute. Il ne travaillera pas sur les mêmes paramètres et n'obtiendra donc pas les mêmes résultats que l'art-thérapeute. - L'art-thérapeute, grâce à ses connaissances médicales et paramédicales, est capable de contenir les pouvoirs de l'Art sur le patient. - Les outils utilisés par l'art-thérapeute permettent d'évaluer le patient et ainsi d'apporter des éléments intéressants pour sa prise en charge globale, au sein de l'équipe médicale et paramédicale. - Même si une personne handicapée mentale ne souffre pas dans l'immédiat, il peut être intéressant de travailler en amont : l'art-thérapie peut aider la personne à être plus autonome et donc à ne pas souffrir de sa trop grande dépendance à l'âge adulte.

D. Un bilan de mon action au sein de l'IMP s'impose :

1. Mon action a eu un impact sur les enfants.

a. La progression des enfants est réelle.

Les ateliers d'art-thérapie ont eu un réel impact auprès des enfants. Au regard des études de cas proposées dans ce mémoire, les enfants ont progressé au niveau de la communication, de l'expression et de la relation, durant les ateliers d'art-thérapie. Les objectifs thérapeutiques ont été atteints pour Caroline et en partie atteints pour Moussa.

Sur une si courte période de stage, il est néanmoins difficile de savoir si ces progrès vont avoir des répercussions au-delà de l'atelier d'art-thérapie, dans la vie quotidienne de Caroline et Moussa.

De plus, même si les progrès des enfants sont indéniables, nous ne pouvons affirmer qu'ils soient dûs à la prise en charge en art-thérapie uniquement. Il est évident que les autres prises en charges ainsi que d'autres événements extérieurs peuvent avoir un impact positif sur le comportement des enfants et leur évolution. Là encore, il faudrait, pour être le plus objectif possible dans nos évaluations, se renseigner auprès des autres professionnels ou encore auprès de la famille pour savoir s'ils ont remarqué une évolution positive.

b. Les enfants se sont ouverts à de nouvelles formes d'expression.

La musique est un art extrêmement riche pour explorer des univers sonores complètement différents, comme par exemple : les percussions, la voix, les instruments à cordes, à vent, ou encore les bruitages. Cette multitude de possibilités ouvre pour l'enfant des occasions de découvrir de nouvelles sonorités et d'expérimenter de nouvelles sensations.

L'utilisation des boomwhackers a permis aux enfants de découvrir un nouveau mode d'expression, une manière originale de faire de la musique en utilisant un matériel qu'ils ne connaissaient pas du tout auparavant.

L'exercice de la communication sonore leur a également offert de découvrir un nouveau canal de communication : la musique. La musique est ainsi souvent considérée comme un mode de communication non verbal permettant de transmettre des informations, des messages, tout aussi importants qu'avec la parole. C'est un moyen d'expression et/ou de communication pour des personnes qui ont des troubles de l'expression et de la communication.

2. Mon action a eu un impact sur l'organisation de la structure et sur l'équipe.

a. L'organisation de la structure a dû être modifiée.

Lorsque l'on fait un stage dans une structure, on est censé s'adapter à l'organisation déjà existante de cette dernière et proposer des ateliers qui vont dans le sens du projet de l'établissement. En l'occurrence, avant que je ne commence, ma maître de stage s'était présentée comme art-thérapeute de la structure. Dès la signature de la convention de stage, la directrice de la structure a souhaité préciser qu'il n'y avait pas d'art-thérapeute au sein de l'IMP et que je serai supervisée par l'animatrice socio-culturelle de la structure, c'est-à-dire, Katia Leklou, ma maître de stage.

Depuis son obtention du diplôme d'art-thérapie de l'Université Paris VII, Katia Leklou avait commencé à mettre en place des ateliers d'art-thérapie dans l'IMP, en attendant de voir sa demande de changement de statut acceptée. Cependant, malgré les résultats très positifs obtenus par ses ateliers, la direction a refusé de changer son statut. Dès lors, ma présence en tant que stagiaire art-thérapeute a posé des problèmes. Une partie de l'équipe s'opposant au changement de statut de Katia Leklou, s'est opposée également à mon stage : ils n'ont pas souhaité me rencontrer et n'ont pas accepté une collaboration pour le bien-être des enfants.

La directrice ne préférant pas se positionner m'a alors demandé d'être discrète quant aux ateliers mis en place, en me demandant de parler d'atelier artistique et non pas d'atelier d'art-thérapie devant certaines personnes de l'équipe. Cela a eu des répercussions indéniables sur mon travail, la mise en place des ateliers et la collaboration avec l'équipe. Ma maître de stage a supprimé les ateliers d'art-thérapie qu'elle avait mis en place avant mon arrivée car on lui refusait son changement de statut. Ainsi, l'un des enfants de l'IMP atteint du syndrome de Prader Willi a complètement été mis à l'écart étant donné que l'unique personne qui arrivait à le prendre en charge était ma maître de stage. La structure a préféré exclure de l'IMP l'enfant en question les jours où l'équipe ne parvenait pas à le contenir au lieu de lui proposer une prise en charge adaptée. Se pose alors la question du rôle de l'IMP : en tant qu'institut médico-pédagogique, l'IMP n'est-il pas censé essayer de trouver des solutions de prise en charge par rapport aux pathologies qu'il accueille?

Ainsi, mon stage a soulevé différents problèmes d'organisation au sein de la structure. Certains ateliers ont dû être supprimés et le principe même d'un atelier d'art-thérapie n'a pas pu être accepté ou reconnu à cause d'un conflit interne : une partie de l'équipe ne voulait pas entendre parler d'art-thérapie au sein de l'IMP.

b. L’équipe était mitigée au sujet de l’art-thérapie.

Vu la complexité des relations entre les différentes équipes au sein de la structure, mon action a été très difficile à mettre en place et limitée.

Certains membres de l’équipe qui ne souhaitaient pas prendre part au conflit institutionnel ont pu découvrir l’art-thérapie et ses leviers d’action grâce à mes ateliers et également en venant me poser des questions. Tandis que d’autres personnes n’étant ou ne souhaitant pas être en contact direct avec les ateliers d’art-thérapie et l’art-thérapeute n’ont pas pu faire de différence entre un atelier artistique animé par un artiste intervenant et un atelier d’art-thérapie.

De plus, n’étant pas reconnue en tant que stagiaire de l’équipe paramédicale, il était très difficile de faire accepter aux soignants la dimension thérapeutique de mes ateliers. Or, l’art-thérapeute a besoin de ces échanges entre membres de l’équipe qui lui permettent de réajuster sa stratégie thérapeutique.

Pour faire découvrir ce qu’est l’art-thérapie, il est indispensable d’aller à la rencontre du personnel de la structure afin de lui présenter la discipline. En l’occurrence, une partie de l’équipe ne souhaitait pas me rencontrer, je n’ai donc pas pu leur expliquer mon métier. Cela a eu des répercussions sur mes ateliers. En ne tenant pas compte de mon travail, certains membres de l’équipe n’hésitaient pas à prévoir des sorties pour les enfants durant mes heures d’ateliers, sans me prévenir. Ils ont également considéré qu’il était inutile que je participe aux réunions de synthèse sur les enfants que je voyais en atelier.

Enfin, ne sachant pas que l’art-thérapeute est également soumis au secret professionnel, plusieurs membres de l’équipe ont considéré que je ne devais pas prendre connaissance des dossiers des enfants que j’avais en atelier. Or, ne pas connaître certaines particularités de l’anamnèse d’un enfant n’est pas toujours évident pour la mise en place de la stratégie thérapeutique. J’ai néanmoins pu avoir accès aux projets personnalisés des enfants dont je m’occupais, ce qui m’a permis de fixer des objectifs thérapeutiques qui allaient dans le sens de leurs prises en charge globales.

Ce n’est qu’en fin de stage que le psychiatre a souhaité me rencontrer car il avait entendu parler de mes ateliers. J’ai alors pu lui présenter mon projet, les stratégies que j’avais mises en place, les évaluations effectuées, etc. Après m’avoir écouté, le psychiatre a souhaité que je présente mon travail, qu’il trouvait très intéressant, aux autres membres de l’équipe médicale et paramédicale, durant leur prochaine réunion. Grâce à cette rencontre, une partie de l’équipe a compris mon travail, la mise en place de mes ateliers et l’intérêt de l’art-thérapeute, au sein d’une équipe pluridisciplinaire.

L'impact de mon action n'aurait été évidemment pas la même si j'avais pu rencontrer l'équipe médicale et paramédicale dès le début de mon stage.

3. Mon action a eu un impact sur ma vision du métier d'art-thérapeute et la réalité du terrain.

a. Mon stage m'a fait prendre conscience de l'acceptation parfois difficile de l'art-thérapie en tant que discipline paramédicale.

Le métier d'art-thérapeute souffre d'un déficit de notoriété. Mon expérience au sein de l'IMP m'a montré combien il était nécessaire d'expliquer les particularités du métier d'art-thérapeute. De nombreux professionnels considèrent encore que la dimension artistique ne peut être qu'un loisir au sein des structures de soin. Ils ont des difficultés à intégrer la dimension thérapeutique. Cela a différentes conséquences :

- Les structures emploient des personnes animant des ateliers d'Art qui n'ont pas forcément connaissance des conséquences néfastes que peuvent avoir l'Art sur des personnes fragiles psychologiquement ou physiquement .
- En occultant la dimension thérapeutique, l'équipe ne pourra pas comprendre la nécessité d'effectuer des prises en charge individuelles ou alors en groupes très réduits. Elle préfèrera faire en sorte que l'atelier soit au maximum rempli occultant ainsi le travail même de l'art-thérapeute avec la stratégie thérapeutique mise en place.
- En considérant l'atelier d'art-thérapie comme un atelier d'Art, le principe même de suivi thérapeutique ne peut pas exister car l'équipe ne tiendra pas compte de l'évolution de l'atelier, par exemple en changeant les groupes pour une simple question d'organisation ou encore en organisant des sorties sur le temps consacré aux ateliers d'art-thérapie sans en informer l'art-thérapeute au préalable.

Une méconnaissance suscite malheureusement souvent un phénomène de méfiance. En l'occurrence, les professionnels du soin qui ne connaissent pas l'art-thérapie ont tendance à douter du sérieux de la discipline. Ainsi, le code de déontologie permet à ces derniers de se rendre compte que le métier est soumis à des règles de conduites essentielles dans toute discipline paramédicale.

De plus, certains professionnels n'arrivent pas à distinguer leur métier du métier d'art-thérapeute. C'est très souvent le cas de l'ergothérapeute, de la psychomotricienne mais également parfois de la psychologue qui utilise l'Art comme support thérapeutique. Ces confusions entraînent une méfiance envers l'art-thérapeute, car les autres professionnels ont

peur que l'on vienne prendre leur place, empiéter sur leur terrain. Encore une fois, il est indispensable d'expliquer les compétences spécifiques de l'art-thérapeute, notamment grâce aux outils d'évaluation mis en place spécifiques à cette discipline.

b. La mise en place des ateliers d'art-thérapie m'a permis de comprendre le rôle et l'importance d'une formation spécifique en art-thérapie.

Le point le plus positif de ce stage a bien évidemment été l'expérience du terrain. C'est l'occasion de développer des pratiques artistiques et des modes de prises en charge adaptés au public rencontré. L'attention et la créativité s'expriment à la fois sur le fond en choisissant des exercices correspondant au niveau des patients mais également sur la forme, en employant des consignes claires et très simples.
Ensuite, j'ai appris à ajuster ma posture à chaque séance aux réactions des enfants. Ainsi, certains objectifs fixés pour une séance n'ont pas pu être atteints ni même abordés. La prise en charge en art thérapie doit être totalement intégrée à l'environnement du patient : une modification de l'humeur d'un enfant ou des événements extérieurs comme les changements de groupe, ou les vacances scolaires modifient à la fois la disponibilité de l'enfant, mais aussi certaines capacités comme la concentration par exemple. La nécessité d'improviser parfois, même souvent est pour moi une des richesses de ce métier où il faut faire preuve d'imagination, sans jamais oublier l'objectif thérapeutique fixé au départ.

Ce stage a confirmé pour moi aussi l'importance d'avoir suivi une formation spécifique en art-thérapie. L'utilisation des outils d'évaluation tels que la grille d'observation ou l'opération artistique permet d'évaluer les progrès d'un patient, de remettre en cause la stratégie thérapeutique en la faisant évoluer. La dimension thérapeutique de la discipline prend alors toute sa place.
En faisant partie intégrante de l'équipe de soin, l'art-thérapeute peut échanger des informations et éventuellement modifier sa stratégie en fonction des retours des professionnels. Inversement, les informations apportées par l'art-thérapeute peuvent également enrichir les autres prises en charges thérapeutiques. C'est pourquoi, chaque métier est complémentaire. Si l'on parvient à expliquer de manière claire et précise le métier d'art-thérapeute, les craintes des autres professionnels s'estomperont et ils n'auront plus peurs que l'art-thérapeute empiète sur leurs compétences et leurs savoir-faire. L'articulation entre les différentes approches peut ainsi se déployer au mieux dans l'intérêt du patient. L'Art-thérapie est une discipline en plein essor, qui se distingue des autres métiers paramédicaux et qui a sa propre partition à jouer avec les autres pratiques.

CONCLUSION :

Une personne déficiente mentale présentant des troubles autistiques ou atteinte de trisomie 21 peut souffrir de sa pathologie. Cette souffrance peut être due aux difficultés d'expression, de communication et de relation éprouvées par la personne déficiente mentale. Il existe une discipline qui agit spécifiquement sur ces difficultés en exploitant le potentiel de l'Art.

L'art-thérapie à dominante musique peut aider à l'épanouissement de personnes déficientes mentales. A supposer que la pratique et l'écoute de la musique puissent améliorer les troubles de l'expression, de la relation et de la communication, une personne déficiente mentale éprouvera alors un mieux être après une prise en charge en art-thérapie à dominante musique. Les bilans des études de cas proposées durant ce stage confirment cette hypothèse.

Néanmoins, la question de la légitimité d'un art-thérapeute au sein d'une structure médico-sociale, tel que l'IMP s'est posée. En effet, si certains considèrent d'une part que l'IMP n'est qu'une école pour enfants déficients mentaux avec une dimension thérapeutique moindre et que d'autre part, l'art-thérapie s'adresse à des personnes souffrantes, il est normal de se demander si l'art-thérapeute a sa place au sein d'un IMP. La situation actuelle nous montre que pour le moment, l'art-thérapie n'a pas encore su se faire une réelle place au sein des structures médico-sociales.

Au-delà des explications apportées dans ce mémoire, il aurait été intéressant de poursuivre la recherche et la discussion autour de l'indication thérapeutique en art-thérapie. En effet, l'art-thérapeute est censé travailler sur indication thérapeutique. Or parfois, et notamment dans cet IMP, aucune indication n'est donnée. Est-il possible alors d'effectuer un réel travail d'art-thérapie sans aucune indication thérapeutique ? Le choix des enfants pris en charge peut alors s'avérer maladroit.

Privée d'indication thérapeutique du fait de ma place incertaine dans l'IMP, j'ai dû puiser dans mes ressources pour comprendre le fonctionnement des enfants et j'ai de ce fait gagné en compétences. Pourtant cette situation, en début de parcours professionnel, est difficile car, dans l'apprentissage d'un métier, la reconnaissance des autres professionnels vient confirmer à la fois la justesse de la posture et les capacités. J'ai heureusement trouvé cette reconnaissance dans la motivation des enfants avec lesquels j'ai travaillé et dans leurs progrès. C'est finalement la finalité de ce métier que j'ai choisi.

BIBLIOGRAPHIE :

Monographies:

- BOYER-LABROUCHE A., *Manuel d'art-thérapie*, Edition Dunod, 2000

- BENENZON R., *Manuel de musicothérapie***,** Editions Privat, 1981

- CARRE A., *Musique et Handicap*, Editions Fuzeau, 2006

- FERRARI P., *L'autisme infantile***,** Que sais-je, Editions Puf, 1999

- FERTIER A., *Le pouvoir des sons : Expériences et protocoles dans le quotidien et le pathologique*, Edition Cursus Ellébore, 1995

- FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre, 1999

- FORESTIER R., *Tout savoir sur l'art occidental*, Editions Favre, 2004

- FORESTIER R., *Regard sur l'art* : approche épistémologique de l'activité artistique, Edition See you soon on the moon, 2005

- FORESTIER R., *L'évaluation en art-thérapie*, Editions Elsevier Masson, 2007

- HANUS M. et LOUIS O., *Psychiatrie pour l'étudiant*, 11ème édition, Editions Maloine, 2010

- HAUGMARD I ., *ABC de la thérapie par les sons*, Edition Grancher, 2010

- LACOMBE D. et BRUN V., *Trisomie 21 : Communication et insertion*, Editions Masson, 2008

- LECOURT E., *Découvrir la musicothérapie*, Editions Eyrolles, 2005

- PERRET D., *Evoluer par la musique et les cinq éléments : trouver son équilibre par l'expression musicale*, Editions Le souffle d'Or, 2004

- VAGINAY D., *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Editions Erès, 2007

- VAILLANCOURT G., *Musique, musicothérapie et développement de l'enfant*, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 2005.

- VERMEULEN P., *Autisme et émotions*, Editions de Boeck, 2009

- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Editions Gallimard, 1975

Mémoires :

- AIDINIAN S., *A propos de l'apprentissage de la musique chez les déficients intellectuels légers*, CEFEDEM de Lyon, 1991-1993

- PIONNEAU A., *Expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'un enfant autiste*, Université de Tours, 2009

- BENIS D., *Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale, peut aider à restaurer la qualité de vie des personnes souffrant d'aphasie*, Université de Tours, 2010

- PALETTE E., *Une expérience d'art-thérapie auprès d'adolescents inhibés au sein d'un Institut Médico Educatif*, Université de Poitiers, 2006

Webgraphie :

- http://www.lepsychologue.be/psychologie/autisme.php

- http://www.univ-nancy2.fr/VIDEOSCOP/DL7/pdf/La_Trisomie.pdf

Autres ouvrages :

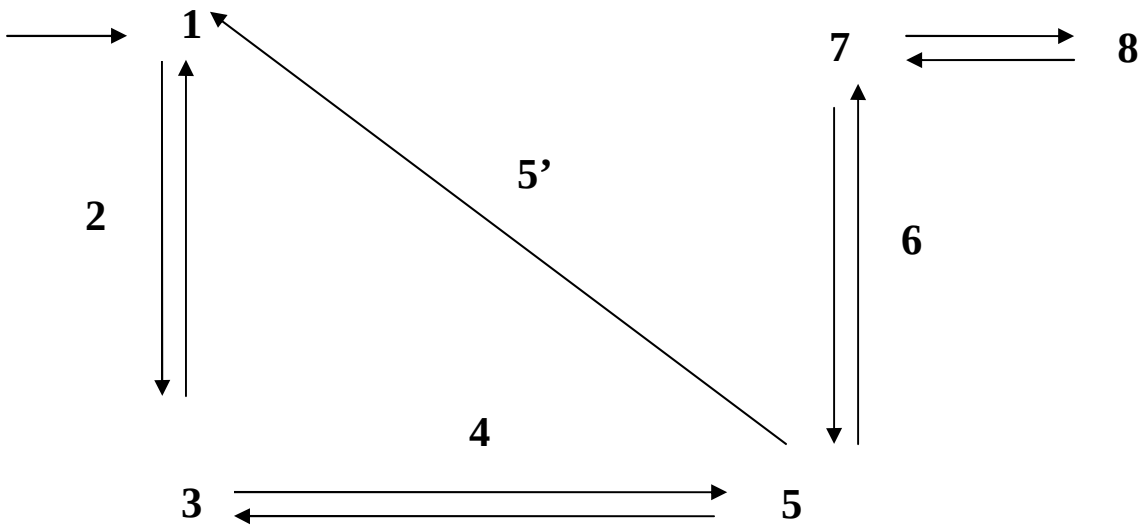
- **DSM IV TR ,** 4ème édition

- **L'atelier d'art-thérapie : musique, théâtre, danse, mime, peinture, jonglerie, modelage, art floral**, AFRATAPEM – Faculté de Médecine de Tours – Tours, 2000

- **Le Robert,** Dictionnaire Historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, 1992.

ANNEXES :

Annexe 1 : Schéma de l'opération artistique :



Légende :

1 : La chose d'Art
2 : Le rayonnement
3 : Le traitement archaïque de l'information
4 : Le traitement sophistiqué /Intention
5 : L'élan corporel
6 : Les techniques et savoir faire
7 : La production
8 : Le traitement mondain
5' : La contemplation

Annexe 2 : Grille d'observation :

Généralités	
Nom : **Prénom :** **Age :**	**Séance n° :** **Date :** **Durée :**
Objectif général : **Objectif de la séance :**	
Technique(s) employée(s) :	**Organisation de la séance :**

Activité

Avant :
Vient à l'activité : difficilement / 1 / 2 / 3 / 4 / avec enthousiasme

Pendant :
- Fait des choix : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 / beaucoup
- Investissement dans l'activité : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 / très investi
- Est dans l'imitation : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 / beaucoup
- Rythme de l'action adapté au rythme de la séance : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 / beaucoup
- Est attentif : pas du tout / 1 / 2 / 3/ 4 / beaucoup
- Reste dans l'Art I : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 / beaucoup
- Prend plaisir pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 / beaucoup

Après :
Repart de l'activité : difficilement / 1 / 2 / 3/ 4 / avec soulagement

Capacités relationnelles et de communication

- Ecoute les consignes : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 /beaucoup
- Comprend les consignes : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 /beaucoup
- Suit les consignes : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 /beaucoup
- Utilise le verbal : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 /beaucoup
- Utilise les gestes : pas du tout / 1 / 2 / 3 / 4 /beaucoup
- Relationnel avec le groupe : indifférent à l'autre / 1 / 2 / 3 / 4 / dans la relation à l'autre
- Relationnel avec le thérapeute : indifférent à l'autre / 1 / 2 / 3 / 4 / dans la relation à l'autre
- Nombre de regard : Aucun / 1 / 2 / 3 / 4 / Plusieurs
- Durée du regard : très bref / 1 / 2 / 3 / 4 / Long
- Sourire : peu / 1 / 2 / 3 / 4 /Beaucoup

Bilan

Objectif intermédiaire :

- atteint
- évolution importante
- évolution
- sans évolution
- régression

Remarques :

Annexe 3 : Photos des ateliers modelage et boomwhackers :

Productions réalisées par Moussa et son groupe en atelier modelage.

Atelier Modelage : Moussa et son groupe.

Séance Boomwhackers avec Moussa et son groupe.

Atelier Boomwhackers avec Caroline.