

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**L’art-thérapie à dominante arts-plastiques peut
avoir des effets positifs sur l’expression, la
communication et la relation de l’enfant avec
autisme.**

**Mémoire de fin d’études du Diplôme Universitaire
d’Art-thérapie**

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Emmanuelle SOULAS

Année 2013.

Sous la direction de
Madame MALVY Joëlle
Médecin psychiatre

Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de
Tours
2, boulevard Tonnellé
37044 Tours Cedex 9.

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherche & Applications des Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine**

**L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut
avoir des effets positifs sur l'expression, la
communication et la relation de l'enfant avec
autisme.**

**Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'Art-thérapie**

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par Emmanuelle SOULAS

Année 2013.

Sous la direction de
Mme MALVY Joëlle
Médecin psychiatre

Centre Universitaire de Pédiopsychiatrie de
Tours
2, boulevard Tonnellé
37044 TOURS Cedex 9.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toute l'équipe de l'hôpital de jour pour leur accueil dans le service, leur aide et leur disponibilité.

Merci à Madame Joëlle Malvy pour m'avoir accordé de son temps pour ce mémoire.

Merci également à Richard Forestier pour la qualité de son enseignement.

Et enfin, un grand merci aux enfants qui ont participé à cet atelier, pour la richesse de cette rencontre...

PLAN

Remerciements	P.2
Plan	P.3
Glossaire	P.13
Introduction	P.15

Partie I : L’art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l’enfant avec autisme à améliorer son expression et sa socialisation.

P.16

A/ Les enfants avec autisme sont pénalisés par leurs difficultés de communication et d’interaction sociale.

P.16

1) L’autisme est un trouble envahissant du développement altérant la capacité d’adaptation de l’enfant. P.16

1.1) L’autisme est un trouble complexe, sujet à de nombreuses interprétations. P.16

1.2.a) Les troubles envahissants du développement comprennent le trouble autistique. P.16

1.2.b) L’autisme a d’abord été rattaché aux psychoses avant d’être reconnu comme un handicap. P.17

1.2.c) L’étiologie de l’autisme est multifactorielle. P.17

1.2) Les enfants avec autisme ont une sensorialité atypique entraînant des comportements inadaptés. P.17

1.2.a) Dans l’autisme, le filtrage des informations est défectueux. P.17

1.2.b) Ce filtrage défectueux peut provoquer une hypersensibilité. P.18

1.2.c) Les enfants avec autisme s’auto-stimulent. P.18

1.2.d) Leurs activités, comportements et intérêts sont restreints, répétitifs et stéréotypés. P.19

<u>1.3) Les enfants avec autisme présentent des particularités motrices.</u>	P.19
1.3.a) Les enfants avec autisme peuvent être hyper- ou hypokinétiques.	P.19
1.3.b) La motricité fine pose souvent problème à ces enfants.	P.19
2) Le trouble de la communication et de l'interaction sociale pénalise l'enfant avec autisme.	P.20
<u>2.1) L'autisme est caractérisé par une altération de la communication et des interactions sociales.</u>	P.20
2.1.a) L'autisme se traduit par des troubles qualitatifs de la communication verbale et non-verbale.	P.20
2.1.b) Les interactions sociales sont altérées.	P.20
2.1.c) Le déficit de théorie de l'esprit peut expliquer les difficultés relationnelles.	P.21
<u>2.2) Or, les aptitudes sociales sont nécessaires à l'être humain pour avoir une bonne qualité de vie.</u>	P.21
2.2.a) L'être humain est social par nature.	P.21
2.2.b) Du fait de sa pathologie, la personne avec autisme est entravée dans la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain.	P.22
B/ Les arts-plastiques peuvent favoriser la communication et la relation.	P.23
1) L'Art peut être bénéfique pour l'être humain.	P.23
<u>1.1) L'Art est entraînant.</u>	P.23
1.1.a) L'Art peut rassembler les êtres humains.	P.25
1.1.b) La contemplation d'œuvres d'Art suscite des réactions particulières.	P.23
<u>1.2) L'Art est un vecteur privilégié d'expression.</u>	P.23
1.2.a) L'Art permet l'expression du goût et du style.	P.23
1.2.b) L'Art implique le corps moteur.	P.24

1.2.c) L'expression artistique est sous-tendue par des connaissances et des savoir-faire.	P.24
<u>1.3) L'Art peut toutefois comporter des dangers.</u>	P.24
2) Les spécificités des arts-plastiques peuvent faciliter la communication et la relation.	P.25
<u>2.1) L'Art permet une grande diversité de modalités d'expression.</u>	P.25
2.1.a) L'Art comprend différentes dominantes.	P.25
2.1.b) Les arts-plastiques regroupent un grand nombre de techniques diverses.	P.25
<u>2.2) Le dessin et la peinture ont pour particularité de représenter les choses du monde sensible.</u>	P.26
2.2.a) Dessin et peinture utilisent l'illusion.	P.26
2.2.b) Dessin et peinture impliquent la motricité fine.	P.26
2.2.c) Ces techniques concernent également les ressentis.	P.26
<u>2.3) La production est différenciée de l'artiste.</u>	P.27
2.3.a) La production laisse une trace dans le monde visible.	P.27
2.3.b) Pour produire cette trace, des matériaux salissants sont souvent utilisés.	P.27
2.3.c) Le rapport au public est indirect.	P.27
C/ L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à développer ses capacités d'expression, de communication et de relation.	P.28
1) L'art-thérapie tente d'améliorer la qualité existentielle des personnes.	P.28
<u>1.1) L'art-thérapie peut aider les personnes à acquérir une bonne qualité de vie.</u>	P.28
<u>1.2) L'art-thérapie se réfère à la théorie de l'art opératoire.</u>	P.28
<u>1.3) La stratégie thérapeutique est établie grâce à l'opération artistique.</u>	P.29

2) Les objectifs de l'art-thérapie concernent l'expression, la communication et la relation. P.30

2.1) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut restaurer les capacités d'expression. P.30

2.1.a) Les gratifications sensorielles peuvent faciliter l'expression. P.30

2.1.b) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à élargir ses intérêts et exprimer son goût. P.30

2.2) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme sur les aspects communicatifs et sociaux. P.31

2.2.a) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques permet à l'enfant avec autisme de communiquer de façon non-verbale. P.31

2.2.b) Les arts-plastiques, en tant qu'arts visuels, peuvent faciliter la verbalisation de l'enfant. P.31

2.2.c) L'exploitation de l'espace dans les arts-plastiques peut aider l'enfant à améliorer ses capacités relationnelles. P.31

2.2.d) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant à développer ses compétences sociales. P.32

3) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme concernant la motricité et certains mécanismes cognitifs. P.32

3.1) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut améliorer la motricité de l'enfant avec autisme. P.32

3.1.a) La pratique des arts-plastiques nécessite la coordination du regard et du geste moteur. P.32

3.1.b) La motricité fine est particulièrement sollicitée. P.32

3.2) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à développer ses facultés de compréhension. P.33

3.2.a) Le dessin peut permettre à l'enfant d'exercer sa capacité de représentation. P.33

3.2.b) La mémoire visuelle est sollicitée. P.33

D/ D'autres mémoires ont déjà posé l'hypothèse de la pertinence de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'enfants avec autisme. P.33

1) Des mémoires tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapie à dominante arts-plastiques est bénéfique auprès d'enfants avec autisme. P.33

1.1) Les arts-plastiques sont une dominante souvent choisie pour ce public. P.33

1.2) Des exemples de mémoires démontrent les effets positifs de cette dominante pour ce public. P.34

2) Certains mémoires montrent que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques n'a pas eu les effets escomptés. P.34

2.1) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques ne donne pas toujours des résultats satisfaisants auprès des personnes avec autisme. P.34

2.2) En cas d'échec, la musique est souvent l'alternative choisie. P.35

Partie II : Une prise en charge art-thérapeutique a été proposée aux enfants avec autisme hospitalisés au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de Tours. P.36

A/ Un atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques a été mis en place au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de Tours. P.36

1) Le Centre Universitaire de Pédopsychiatrie propose des soins pluridisciplinaires avec pour objectifs principaux la communication, la socialisation et l'autonomie. P.36

1.1) Le service est structuré selon quatre unités de soin. P.36

1.1.a) Le service propose un accueil de jour pour les enfants présentant un trouble envahissant du développement. P.36

1.1.b) Les enfants sont accueillis dans une unité selon leur profil. P.36

1.2) Les soins sont prodigués dans la pluridisciplinarité. P.37

1.2.a) L'équipe est pluridisciplinaire. P.37

1.2.b) Les soins s'articulent autour de prises en charge individuelles et d'ateliers en groupe.	P.37
2) L'atelier d'art-thérapie s'intègre dans le projet de la structure.	P.37
<u>2.1) Les objectifs art-thérapeutiques sont en accord avec les objectifs poursuivis par l'équipe.</u>	P.37
2.1.a) L'indication est médicale et validée par l'ensemble de l'équipe.	P.37
2.1.b) Les objectifs généraux concernent la communication et la socialisation.	P.37
<u>2.2) L'atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques se déroule dans un cadre thérapeutique ritualisé.</u>	P.38
2.2.a) Les ateliers d'art-thérapie concernent deux groupes d'enfants.	P.38
2.2.b) Les ateliers se déroulent dans un cadre routinier.	P.38
B/ Deux études de cas démontrent les effets de l'atelier d'art-thérapie.	P.39
1) L'atelier d'art-thérapie a été bénéfique pour A.	P.39
<u>1.1) A. est un garçon avec autisme caractérisé par des difficultés d'expression et un mode relationnel inadapté.</u>	P.39
<u>1.2) Les objectifs portent sur l'amélioration de l'expression et des aptitudes relationnelles, et l'amélioration de la motricité fine.</u>	P.39
<u>1.3) La stratégie thérapeutique porte sur la mise en œuvre des savoir-faire et sur l'intégration des pairs dans une production.</u>	P.40
1.3.a) L'état de base valide les objectifs généraux préalablement discutés.	P.40
1.3.b) Des sites d'action sont repérés dans les phases 3,4,5,6 et 8 de l'opération artistique.	P.40
1.3.c) Un tableau présente la stratégie thérapeutique utilisée selon les faits importants survenus en séance.	P.41
<u>1.4) L'évaluation montre une évolution positive de cet enfant.</u>	P.42

- 1.4.a) Les items d'observation portent sur l'expression verbale, les interactions et l'intégration dans une production collective. P.42
- 1.4.b) L'atelier d'art-thérapie a été bénéfique pour les aptitudes motrices et l'expression verbale de A. mais la gestion des émotions, régulant les interactions, est encore à améliorer. P.44
- 2) La prise en charge de V. n'a pas permis d'atteindre tous les objectifs. P.45
- 2.1) V. est un jeune garçon avec autisme présentant une grande rigidité et une communication altérée. P.45
- 2.2) Les objectifs portent sur l'assouplissement de la rigidité et l'amélioration de la communication et des interactions. P.46
- 2.3) La stratégie thérapeutique porte sur l'orientation des gratifications sensorielles dans une visée d'interactions. P.46
- 2.3.a) L'état de base permet de relever la rigidité de V. et ses difficultés relationnelles. P.46
- 2.3.b) Des sites d'action sont repérés dans les phases 3,4 et 8 de l'opération artistique. P.47
- 2.3.c) Un tableau présente la stratégie thérapeutique utilisée selon les faits importants survenus en séance. P.47
- 2.4) L'évaluation montre que les objectifs n'ont été que partiellement atteints. P.48
- 2.4.a) Les items d'observation portent sur les comportements inadaptés, les interactions avec les pairs et les contacts établis avec l'art-thérapeute stagiaire. P.48
- 2.4.b) L'atelier d'art-thérapie a aidé V. à assouplir sa rigidité et améliorer sa communication mais a eu peu d'effets concernant les interactions avec les pairs. P.50
- C/ Les ateliers d'art-thérapie ont eu des intérêts et des limites.** P.52
- 1) La production collective en arts-plastiques a favorisé l'émergence d'interactions entre les enfants. P.52
- 1.1) Le fait de travailler sur un support commun incite les enfants à prêter attention aux pairs. P.52
- 1.2) Le support commun favorise l'échange et la prise en compte des autres. P.52

2) La prise en charge groupale peut toutefois poser un certain nombre de difficultés. P.52

2.1) Les objectifs individuels doivent pouvoir s'intégrer aux objectifs de groupe. P.52

2.2) La prise en charge groupale rend l'observation plus difficile. P.53

2.3) Il serait intéressant d'allier prise en charge individuelle et prise en charge groupale. P.53

3) Travailler auprès d'enfants avec autisme comporte des difficultés spécifiques. P.53

3.1) Les enfants avec autisme peuvent faire illusion et instrumentaliser l'adulte. P.53

3.2) Le hors-verbal peut susciter l'empathie de la part du professionnel avec un effet néfaste. P.54

Partie III : Un atelier d'art-thérapie à dominante musique au sein du service met en évidence la complémentarité des dominantes musique et arts-plastiques dans la prise en charge des enfants avec autisme. P.55

A/ La pratique des arts-plastiques peut ne pas convenir à ces enfants. P.55

1) La pratique des arts-plastiques peut isoler la personne. P.55

1.1) Le rapport à l'autre n'est pas direct. P.55

1.2) L'enfant avec autisme peut utiliser les gratifications sensorielles comme un moyen d'auto-stimulation. P.55

2) La pratique des arts-plastiques peut mettre en échec. P.56

2.1) La pratique des arts-plastiques peut mettre en échec les personnes ayant de grosses difficultés motrices. P.56

2.2) Les matériaux salissants peuvent susciter l'anxiété des enfants avec autisme. P.56

2.3) Le support vierge peut mettre l'enfant face à son manque d'initiatives. P.56

B/ La musique pourrait alors être une alternative intéressante dans la prise en charge art-thérapeutique des enfants avec autisme. P.57

1) La dominante musique peut pallier les limites de la dominante arts-plastiques. P.57

1.1) La musique est peut-être la dominante privilégiée pour initier un contact avec l'enfant. P.57

1.1.a) La production collective est favorisée dans la musique. P.57

1.1.b) La musique met en jeu le principe de sympathie. P.57

1.1.c) Les enfants avec autisme sont souvent sensibles à la musique. P.57

1.1.d) La musique peut faciliter la compréhension des émotions. P.58

1.2) Les aptitudes motrices ne sont pas forcément nécessaires pour faire de la musique. P.58

1.2.a) Dans la pratique musicale, motricité globale et fine sont impliquées. P.58

1.2.b) Toutefois, certaines techniques n'impliquent pas la manipulation manuelle. P.58

2) Un atelier d'art-thérapie à dominante musique au sein du service démontre les effets positifs de cette pratique auprès des enfants avec autisme. P.59

2.1) L'atelier d'art-thérapie à dominante musique a pour objectif principal la socialisation. P.59

2.1.a) Cet atelier concerne deux groupes de jeunes enfants âgés de 4 à 7 ans. P.59

2.1.b) L'objectif art-thérapeutique est groupal et concerne la socialisation de ces enfants. P.59

2.2) Une étude de cas montre les effets positifs de l'art-thérapie à dominante musique auprès des enfants avec autisme. P.60

2.2.a) Les objectifs principaux pour cet enfant sont l'amélioration de la communication et de l'interaction sociale. P.60

2.2.b) L'enfant a progressé dans ses capacités d'interaction sociale et de relation. P.60

C/ Or, la dominante musique peut sembler moins pertinente que les arts-plastiques pour certains mécanismes. P.61

1) La musique ne permet pas de laisser une trace pérenne. P.61

1.1) La musique ne facilite pas autant le repérage dans le temps que les arts-plastiques. P.61

1.2) La mémoire visuelle est moins privilégiée que dans les arts-plastiques. P.61

2) La dominante musique privilégie moins les mécanismes cognitifs que les arts-plastiques. P.61

2.1) La sollicitation de l'imaginaire est moins accessible dans la pratique musicale. P.61

2.2) La pratique musicale ne permet pas de mettre en œuvre la capacité de représentation. P.62

D / Musique et arts-plastiques peuvent être complémentaires dans les prises en charge art-thérapeutiques auprès des enfants avec autisme. P.62

1) Un tableau récapitule les avantages et inconvénients de chaque dominante. P.62

2) Musique et arts-plastiques peuvent être complémentaires dans les prises en soin en art-thérapie. P.63

2.1) La dominante doit être choisie en fonction des besoins de l'enfant et de ses intérêts. P.63

2.2) Chaque dominante peut être exploitée séparément ou bien elles peuvent être conciliées. P.63

2.3) Un inconvénient relatif à une dominante peut devenir dans certains cas un avantage. P.63

Conclusion P.65

Bibliographie P.67

GLOSSAIRE

Art : activité humaine volontaire orientée vers l'esthétique. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007)

Art-plastique : du grec *plastikos* « qui concerne le modelage », *plastikê* (*tekhnê* « art »), du verbe *plassein*, « façonner ». (BLOCH, Oscar et VON WATERBURG, Walter. *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, p.492)

Art I : phase de passage de l'instinct à l'action volontaire orientée vers l'esthétique. Elle se présente de façon globale, anarchique, et trouve le corps comme médiateur privilégié. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.55)

Art II : phase relative aux techniques de l'art universel. Se présente de façon spécifique et ordonnée. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.55)

Art-thérapie : exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.55)

Autisme : syndrome comportemental qui altère, dès les premiers mois de la vie, les capacités de l'enfant à interagir avec autrui et à développer les moyens habituels de la communication et d'adaptation à l'environnement. (BARTHELEMY, Catherine et BONNET-BRILHAULT Frédérique. *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Médecine Sciences publications - [Lavoisier], 2012, p.3)

Cible thérapeutique : élément précis sur lequel l'art-thérapeute travaille. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.193)

Communication : processus par lequel une information est transmise d'un élément à un autre. (DORON, Roland et PAROT, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 2011, p.130)

Dominante : ce qui caractérise la nature de l'activité artistique. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.191)

Evocation : conduite de mémoire au sens strict, par laquelle le sujet se rappelle un événement passé ou un objet précédemment perçu. (DORON, Roland et PAROT, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 2011, p.282)

Goût : faculté humaine à se déterminer dans l'appréciation qualitative sensorielle des choses qui nous entourent. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.160)

Imagination : aptitude à former et à activer des images mentales en l'absence de tout modèle perçu. (DORON, Roland et PAROT, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 2011, p.366)

Item : plus petite unité appréciable, élément sensible caractéristique d'une difficulté. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.63)

Opération artistique : organisation d'éléments de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.172)

Phénomène associé : ce qui accompagne, ce qui est nécessaire, provoqué ou qui influe sur la dominante. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.192)

Poussée corporelle : énergie nécessaire à l'expression. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.169)

(être en) Relation : ressentir ensemble, au même moment. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.166)

Ressenti corporel : auto-régulations motrices et sensations. Représentation mentale du corps physique. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.168)

Site d'action : localisation du problème. Se rapporte aux mécanismes humains défaillants. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.193)

Structure corporelle : organisation des segments corporels (bras, avant-bras, main, doigt, etc.) en vue d'une activité. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.168)

Style : personnalité exprimée par et dans l'œuvre. (FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5è éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007, p.161)

Théorie de l'esprit : aptitude à expliquer et prédire ses propres actions et celles d'autrui en termes intentionnels. (DORON, Roland et PAROT, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 2011, p.272)

Trouble envahissant du développement (TED) : les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. (Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles du développement (TED). Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Janvier 2010. (consulté le 27 septembre 2013). Disponible sur le World Wide Web : « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201003/autisme_et_autres_ted_etat_des_connaissances_resume.pdf »)

INTRODUCTION

Se détachant du modèle psychologique et des méthodes interprétatives, l'Art-thérapie ouvre un champ d'application varié.

En effet, l'art-thérapie, telle qu'elle est enseignée à Tours, doit être distinguée des autres courants d'art-thérapie.

L'art-thérapie est souvent associée à la psychologie, sous le terme de psychothérapie à médiation ou support artistique. C'est sous ce modèle que l'art-thérapie est née, lorsqu'elle est apparue dans les hôpitaux psychiatriques durant le XXème siècle, alors que les psychiatres commencent à s'intéresser aux productions réalisées par les patients.

L'école d'Art-thérapie de Tours s'est dégagée de ce courant pour développer un second modèle de l'art-thérapie correspondant à l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. L'art-thérapie permet ainsi de pallier les mécanismes défaillants en sollicitant les parties saines du patient. L'art-thérapeute ne doit donc en aucun cas effectuer des interprétations psychologiques des productions, mais utiliser les effets bénéfiques de l'Art pour mener une action sanitaire auprès de personnes présentant une ou des pénalités, qu'elles soient physiques, mentales ou sociales.

L'application pratique de l'enseignement art-thérapeutique, dans le cadre du stage de D.U, s'est déroulé au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de Tours (CHRU de Tours).

Le public concerné est un public d'enfants présentant un trouble envahissant du développement, principalement de type autistique.

Ce stage pratique a fait suite à un premier stage d'observation qui s'est déroulé dans cette même structure, permettant ainsi une mise en place rapide de l'atelier d'art-thérapie du fait de la connaissance préalable du service, de son équipe et de la population accueillie.

La dominante utilisée a été une dominante arts-plastiques, pour les raisons développées en première partie de ce travail. Cette dominante correspond à une dominante secondaire de l'art-thérapeute stagiaire et non à sa dominante principale, l'écriture, celle-ci n'étant pas adaptée aux capacités cognitives des enfants. Il a été intéressant d'utiliser une dominante secondaire et non principale, cela mettant directement l'art-thérapeute stagiaire en situation d'adaptabilité.

Ce mémoire présente donc une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'enfants avec autisme.

En premier lieu seront exposées les caractéristiques de la pathologie et leurs liens avec les arts-plastiques.

En deuxième partie sera présenté l'atelier d'art-thérapie tel qu'il a été mis en place au sein du service, ainsi que les études de cas et les observations qui ont pu être menées.

Enfin, la troisième partie permettra de discuter de l'intérêt et des limites de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques pour ce public mis en parallèle avec les intérêts et limites de l'art-thérapie à dominante musique qui a également été mis en place simultanément au sein de la même structure.

Partie I

L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à améliorer son expression et sa socialisation.

A/ Les enfants avec autisme sont pénalisés par leurs difficultés de communication et d'interaction sociale.

- 1) L'autisme est un trouble envahissant du développement altérant la capacité d'adaptation de l'enfant.

1.1) L'autisme est un trouble complexe, sujet à de nombreuses interprétations.

1.1.a) L'autisme¹ fait partie des troubles envahissants du développement.

Le développement de l'enfant peut être perturbé de façon significative, et entraver l'enfant dans son autonomie et ses aptitudes sociales. Il s'agit alors d'un trouble envahissant du développement (TED)².

Le trouble envahissant du développement comprend le trouble autistique, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié.

Ce type de troubles touche davantage les garçons que les filles : le sex ratio est en moyenne de trois garçons pour une fille.³

Les données épidémiologiques indiquent une prévalence de 64,9 pour 10 000 (TED tout confondus), 21,6 pour 10 000 (troubles autistiques), 10,1 sur 10 000 pour les syndromes d'Asperger, et 32,8 pour 10 000 pour les TED non spécifiques.⁴

Trouble autistique et syndrome d'Asperger sont souvent confondus et conduisent à des confusions concernant l'autisme. Il est donc nécessaire de distinguer le trouble autistique, pour lequel un retard mental est souvent associé (dans 80% des cas⁵), et le syndrome d'Asperger dans lequel les facultés cognitives sont préservées et caractérisées par des îlots de compétences dans des domaines très spécifiques.

En effet, l'autisme est encore mal connu du grand public, celui-ci associant souvent l'autisme aux cas des « autistes savants », largement relatés au cinéma ou dans les médias, alors que ces cas sont en réalité très rares.

¹ Voir glossaire.

² Voir glossaire.

³ LENOIR, Pacal, MALVY, Joëlle et BODIER-RETHORE, Chrystèle. *L'autisme et les troubles du développement psychologique*. Paris : Masson, 2003, p.34.

⁴ BARTHELEMY, Catherine et BONNET-BRILHAULT, Frédérique. *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Médecine Sciences publications [Lavoisier], 2012, p.10.

⁵ LENOIR, Pacal, MALVY, Joëlle et BODIER-RETHORE, Chrystèle. *L'autisme et les troubles du développement psychologique*. Paris : Masson, 2003, p. 15.

1.1.b) L'autisme a été rattaché aux psychoses avant d'être identifié comme un handicap.

Le terme d' « autisme infantile précoce » est introduit par le psychiatre Léo Kanner⁶, qui en 1943, publie une étude relatant onze cas d'enfants caractérisés par une attitude de retrait (« aloneness ») et une intolérance aux changements (« sameness »). Kanner remarque également que le langage de ces enfants est atypique et altéré.

En 1944, Hans Asperger⁷ fait les mêmes observations sur un groupe de jeunes garçons mais il relève que ces enfants ont des compétences très développées dans des secteurs particuliers, contrastant avec un développement hétérogène.

Le terme d' « autisme », provenant du grec « soi-même », a toutefois été d'abord employé par des neuropsychiatres pour décrire l'attitude de repli sur soi chez les personnes schizophrènes. L'autisme infantile a alors été rattaché aux psychoses avec une prédominance du modèle psychogénétique, celui-ci expliquant le trouble relationnel par l'altération du lien mère-enfant. Ces théories ont été par la suite remises en question. Aujourd'hui, l'autisme est reconnu comme un handicap d'origine multifactorielle, ce qui a suscité beaucoup d'évolution dans la prise en soin des patients avec autisme.

1.1.c) L'étiologie de l'autisme est multifactorielle.

Il existe un grand nombre d'hypothèses pour expliquer l'origine de l'autisme. Toutefois, un seul facteur ne permet pas d'expliquer l'apparition du trouble. L'étiologie de l'autisme serait multifactorielle.

Des facteurs génétiques ont été mis en évidence grâce à l'étude de jumeaux. Des facteurs environnementaux peuvent également être impliqués avec notamment les facteurs périnataux (exposition intra-utérine à certains médicaments par exemple).

D'autres hypothèses postulent un trouble de l'organisation neurocorticale entraînant une altération des processus de traitement de l'information.

Certaines recherches portent également sur le rôle de la sérotonine dans l'origine de l'autisme avec l'hypothèse d'une perturbation de la transmission sérotoninergique.

Ainsi, des facteurs neurologiques, cognitifs, biologiques, génétiques et environnementaux sont impliqués dans la cause du trouble autistique.

1.2) Les enfants avec autisme ont une sensorialité atypique entraînant des comportements inadaptés.

1.2.a) Dans l'autisme, le filtrage des informations est défectueux.

Les aspects sensoriels auraient une grande importance dans le trouble autistique.

⁶ KANNER, Léo. Autistic disturbances of affectiv contact. *Nervous Child*, 1943. Trad : Berquez Gerard, *L'autisme infantile, introduction à une clinique relationnelle selon Kanner*. Paris : Presses universitaires de France, p.217-264.

⁷ ASPERGER, Hans. Die autistische Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 1944, 117 : 76-136.

En effet, certaines études démontrent que les enfants avec autisme auraient une sensorialité perturbée.

Van Engeland⁸, en 1984, montre que les enfants avec autisme souffrent d'une surcharge sensorielle en raison d'une défaillance du filtrage des informations. Les enfants avec autisme seraient donc trop réceptifs aux stimuli environnementaux.

Ornitz⁹, en 1986, postule un trouble de la transformation informationnelle : le filtrage défectueux des afférences sensorielles au niveau du tronc cérébral suscite le traitement défaillant des centres supérieurs, ce qui provoque alors la déformation de l'information finale. En 1990, Lelord¹⁰ étend cette hypothèse à l'ensemble du système nerveux central.

L'autisme résulterait alors de la perturbation précoce de grandes fonctions neuropsychologiques et neurophysiologiques telles que la perception, l'association et l'intention.

1.2.b) Ce filtrage défectueux peut provoquer une hypersensibilité.

La perception des stimuli est déformée chez l'enfant avec autisme. Toutes les modalités sensorielles peuvent être concernées. Il est alors fréquent que l'enfant avec autisme présente une hypersensibilité, qu'elle soit auditive, visuelle, tactile ou olfactive.

Cette hypersensibilité peut contraster avec une hyporéactivité à certains stimuli, comme c'est le cas pour la modalité auditive. En effet, l'enfant peut sembler sourd, du fait d'une indifférence à la voix humaine tandis qu'un bruit, même familier, peut provoquer chez l'enfant une réaction de panique.

Cette hypersensibilité peut engendrer certains problèmes, comme la difficulté à supporter les vêtements, ou encore des difficultés pour s'alimenter avec une grande sélectivité des aliments.

1.2.c) Les enfants avec autisme s'auto-stimulent.

Le fait que certains comportements inadaptés observables chez les enfants avec autisme découleraient de leur dysfonctionnement sensoriel est une hypothèse possible.

Temple Grandin, elle-même concernée par l'autisme, écrit dans son ouvrage *Ma Vie d'Autiste*¹¹ : « Pour filtrer les stimuli extérieurs, ils doivent choisir entre l'auto-stimulation ou l'évasion dans leur monde intérieur, faute de quoi ils sont débordés par beaucoup de stimuli simultanés et réagissent par des colères, des hurlements et d'autres comportements inacceptables. »

En effet, l'enfant avec autisme peut chercher à fuir les stimuli sensoriels ou au contraire, rechercher des sensations. Cette recherche de sensations se traduit par des comportements d'auto-stimulation visuelle, auditive, tactile ou kinesthésique. Il peut s'agir de mouvements de balancement, de torsions des mains, d'une attirance pour certaines textures, certains sons et lumières.

⁸ VAN ENGELAND, Herbert. The electrodermal orienting response to auditive stimuli in autistic children, normal children, mentally retarded children and child psychiatric patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1994, 14, 3, 261-279.

⁹ ORNITZ, E. M., L'autisme au point de rencontre entre la transformation sensorielle et la transformation informationnelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 1986, 34, 329-333.

¹⁰ LELORD, Gilbert. Physiopathologie de l'autisme. Les insuffisances modulatrices cérébrales. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 1990, 38, 43-49.

¹¹ GRANDIN, Temple. *Ma Vie d'Autiste*. Paris : Odile Jacob, 2000, p.41.

1.2.d) Leurs activités, comportements et intérêts sont restreints, répétitifs et stéréotypés.

Les comportements, activités et intérêts de l'enfant avec autisme ont un caractère stéréotypé, restreint et répétitif. Cette caractéristique est un des grands ensembles de la symptomatologie de l'autisme. L'enfant avec autisme présente souvent un ou plusieurs centres d'intérêt qui sont recherchés de façon obsessionnelle et qui ont un caractère stéréotypé : activité de comptage, attirance pour les logos par exemple. L'enfant se réfugie parfois dans des rituels non adaptés.

Il a été également remarqué que les enfants avec autisme montrent souvent un intérêt marqué pour certaines parties spécifiques d'objets plutôt qu'à l'objet dans sa globalité.

Temple Grandin, dans *Ma Vie d'Autiste*¹², écrit : « Intensément occupée par le mouvement de la pièce ou du couvercle qui tournait, je ne voyais ni n'entendais rien. Les gens autour de moi étaient transparents. Aucun son ne me détournait de ma fixation. C'était comme si j'étais sourde : même un bruit fort et soudain ne me faisait pas tressaillir hors de mon monde. En revanche, lorsque j'étais dans le monde des autres, j'étais hypersensible aux bruits. »

Les comportements d'auto-stimulation et les conduites répétitives et stéréotypées amèneraient donc l'enfant à rompre le contact avec l'extérieur.

Le professeur Gilbert Lelord postule en effet que le retrait social serait un trouble secondaire engendré par les troubles primaires qui sont les troubles sensori-moteurs.¹³

1.3) Les enfants avec autisme présentent des particularités motrices.

1.3.a) Les enfants avec autisme peuvent être hyper- ou hypokinétiques.

Les enfants avec autisme peuvent avoir des difficultés à rester immobiles et garder une posture stable. Ils peuvent avoir tendance à déambuler, faire des gestes continuellement sans que ceux-ci soient effectués dans un but fonctionnel. Cette hyperkinésie peut alors poser problème pour fixer son attention sur quelque chose ou suivre une activité. En effet, le simple fait de rester assis autour d'une table peut demander beaucoup d'effort à l'enfant avec autisme.

Au contraire, les enfants avec autisme peuvent manifester une attitude d'hypokinésie avec un manque de déplacements et de mouvements, de la lenteur. Exécuter un geste peut alors demander un effort considérable, ce qui peut porter atteinte à l'autonomie de l'enfant.

1.3.b) La motricité fine pose souvent problème à ces enfants.

Le contrôle moteur est souvent compliqué pour ces enfants. La motricité fine leur pose alors une réelle difficulté. Les gestes du quotidien comme pour la toilette, se vêtir, sont souvent acquis plus tardivement que pour les enfants n'ayant pas de trouble du développement. Le graphisme est également retardé.

¹² GRANDIN, Temple. *Ma Vie d'Autiste*. Paris : Odile Jacob, 2000, p. 36.

¹³ LENOIR, Pacal, MALVY, Joëlle et BODIER-RETHORE, Chrystèle. *L'autisme et les troubles du développement psychologique*. Paris : Masson, 2003, p.113.

La coordination motrice est aussi plus difficile à acquérir pour ces enfants, ceux-ci ayant du mal à effectuer deux tâches motrices simultanément et une coordination oculo-manuelle défectueuse.

- 2) Le trouble de la communication et de l'interaction sociale pénalise l'enfant avec autisme.

3.1) L'autisme est caractérisé par une altération de la communication et des interactions sociales.

- 3.1.a) L'autisme se traduit par des troubles qualitatifs de la communication verbale et non-verbale.

Le trouble de la communication¹⁴ se manifeste de plusieurs façons chez l'enfant avec autisme.

Tout d'abord, le développement du langage est retardé ou parfois même ne se développe pas du tout, sans que l'enfant tente d'utiliser un autre mode de communication comme les gestes. Lorsque le langage est présent, l'enfant a toutefois des difficultés à l'employer dans une fonction de communication, c'est-à-dire dans une fonction d'échange. Le langage peut en effet être utilisé de façon stéréotypée : l'enfant répète des phrases sans que cela soit cohérent avec la situation. Il s'agit d'écholalies différées. Des écholalies immédiates peuvent également être utilisées : l'enfant répète une phrase prononcée par son interlocuteur. Par ailleurs, l'enfant avec autisme n'est pas capable d'utiliser des termes abstraits et n'a donc pas accès à l'humour.

Les pronoms sont souvent inversés avec l'emploi du « tu » ou « il » à la place du « je ».

Concernant la communication non-verbale, l'enfant n'est pas capable d'initier des gestes interactifs. Il n'y a pas de pointage ni d'imitation du geste de l'adulte.

- 3.1.b) Les interactions sociales sont altérées.

L'altération de l'interaction sociale est marquée par l'incapacité de l'enfant à utiliser les comportements non-verbaux (regards, mimiques, gestes) dans les interactions, et à établir de relation avec les pairs.

L'enfant avec autisme ne cherche pas à partager ses plaisirs et intérêts avec autrui.¹⁵

Le pointage des objets qu'il convoite n'est pas spontané.

L'attention conjointe est altérée : l'enfant a des difficultés pour fixer son attention sur ce que lui propose une autre personne. De plus, il semble ne pas comprendre les messages émotionnels émis par les autres. Il n'y réagit pas ou y réagit d'une façon non adaptée.

¹⁴ Voir glossaire.

¹⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Paris : Masson, 2004, p. 58-59.

3.1.c) Le déficit de théorie de l'esprit peut expliquer les difficultés relationnelles.

Les difficultés de communication et d'interaction sociale peuvent être expliquées par la théorie de l'esprit¹⁶.

La théorie de l'esprit implique la capacité à comprendre les intentions d'autrui et permet d'expliquer, d'interpréter et de prédire le comportement humain.

Elle comprend trois axes :

- l'interaction sociale, qui correspond à l'intelligence sociale, c'est-à-dire considérer le point de vue d'autrui.
- L'imagination¹⁷, par le jeu symbolique, permettant d'attribuer des états mentaux et manipuler des émotions.
- La communication avec l'attention conjointe.

Les enfants autistes présenteraient une altération de ces capacités, ce qui pourrait expliquer les troubles de l'imagination, de la communication et de la socialisation.

Toutefois, ces théories sont discutées. Hobson¹⁸ (1996) postule qu'il n'y a pas de déficit cognitif mais une anomalie socio-émotionnelle, c'est-à-dire un manque de réactivité aux visages avec une difficulté pour interpréter les mimiques et les émotions.

3.2) Or, les aptitudes sociales sont nécessaires à l'être humain pour avoir une bonne qualité de vie.

3.2.a) L'être humain est social par nature.

Le psychologue Wallon affirme que l'individu est « essentiellement social, non pas par suite de contingences externes, mais parce qu'il l'est génétiquement ».¹⁹

D'après ce postulat, le lien social serait alors indispensable à l'être humain. Certains travaux sur l'attachement confirment cette idée. Spitz²⁰, en 1946, mène une étude en orphelinat, montrant que les enfants souffrant de l'absence d'un substitut maternel adéquat développent un syndrome appelé hospitalisme, se manifestant par un développement intellectuel retardé, une croissance physique ralentie, des relations sociales perturbées et une mortalité élevée.

L'établissement d'un lien social de la naissance se prolongeant tout au long de la vie est donc nécessaire pour garantir un bien-être psychologique et physiologique.

Dès la naissance, l'enfant a besoin de se sentir appartenir à quelqu'un pour grandir psychiquement et physiquement. C'est le besoin d'appartenance.

Maslow, dans sa pyramide des besoins inscrit d'ailleurs le besoin d'appartenance dans les besoins fondamentaux de l'être humain.

Les relations sociales, selon l'O.M.S (Organisation mondiale de la Santé) font d'ailleurs partie de la qualité de vie. En effet, l'O.M.S définit la qualité de vie comme suit : « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de

¹⁶ Voir glossaire.

¹⁷ Voir glossaire.

¹⁸ HOBSON R.P., The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1986, 27, 321-342.

¹⁹ WALLON, Henri. *L'évolution psychologique de l'enfant*. 12^e éd. Paris : Armand Colin, 2012.

²⁰ SPITZ, René Arpad. (1946). Hospitalism. A follow-up report on investigation described in volume I, 1945. *The psychoanalytic study of the child*, 2, 113-117, 1946.

valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement ».

Maslow évoque également le besoin de sécurité, ce besoin pouvant être fourni par la société en protégeant l'humain d'une nature hostile : « La « bonne » société, pacifique, harmonieuse permet en général à ses membres de se sentir suffisamment à l'abri des bêtes sauvages, des températures extrêmes, de l'agression et du crime, [...] ».²¹

L'être humain est donc par nature un être qui vit en société, afin d'assurer sa survie et de satisfaire ses besoins fondamentaux.

3.2.b) Du fait de sa pathologie, la personne avec autisme est entravée dans la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain.

Dans leur ouvrage *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*, les professeurs C. Barthélémy et F. Bonnet-Brilhault²² rapportent les pénalités de l'autisme par rapport aux besoins fondamentaux de l'être humain.

Ainsi, manger et dormir sont entravés dans l'autisme par les troubles alimentaires et les troubles du sommeil très fréquents dans le trouble autistique.

La perception anormale de la douleur entraîne également un problème de protection.

Le besoin de sécurité est entravé par la difficulté d'adaptation aux changements.

La satisfaction du besoin d'appartenir à un groupe, d'aimer et d'être aimé peut être empêché du fait de la non compréhension des règles sociales, du déficit de théorie de l'esprit et de l'altération des relations sociales.

Quant au besoin d'estime et de considération, correspondant au besoin d'être autonome, de communiquer, d'agir, d'avoir des activités et d'occuper un rôle valorisé, l'altération de la communication, le déficit des initiatives, et la dépendance par défaut d'initiatives présents dans l'autisme peuvent également entraver la personne avec autisme dans la satisfaction de ces besoins.

Ces besoins ne pouvant pas ou difficilement être satisfaits, la personne avec autisme est pénalisée dans sa qualité de vie.

²¹ MASLOW, Abraham. *L'accomplissement de soi : De la motivation à la plénitude*. Paris : Eyrolles, 2003, p.28.

²² BARTHELEMY, Catherine, BONNET-BRILHAULT, Frédérique. *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Médecine Sciences publications [Lavoisier], 2012, p.141-142.

B/ Les arts-plastiques peuvent favoriser la communication et la relation.

1) L'Art peut être bénéfique pour l'être humain.

1.1) L'Art est entraînant.

1.1.a) L'Art peut rassembler les êtres humains.

L'Art a toujours été présent dans la société humaine comme en témoigne l'existence des peintures rupestres. Si les êtres humains font perdurer l'Art à travers les siècles, c'est parce que l'Art, de par le fait de contempler ou de produire, provoque des effets sur l'être humain et occupe une place particulière dans sa vie sociale.

En effet, l'Art est souvent présent lors d'événements regroupant une communauté d'êtres humains : fêtes traditionnelles ou religieuses, rites par exemple sont généralement accompagnés de musiques, chants ou danses correspondant à l'événement. L'Art a donc une connotation sociale particulière.

De plus, l'exposition d'œuvres d'Art suscite le rassemblement des êtres humains lors de concerts, spectacles ou représentations théâtrales. Des émotions peuvent être transmises au travers l'œuvre artistique et un lien particulier peut alors s'établir entre le spectateur et l'artiste et entre les spectateurs entre eux. Le champ des ressentis est donc privilégié et l'Art peut avoir un effet relationnel.

1.1.c) La contemplation d'œuvres d'Art suscite des réactions particulières.

Outre le phénomène relationnel que l'Art peut engendrer, le pouvoir d'entraînement de l'Art se manifeste par le fait que la contemplation d'œuvres d'Art suscite généralement des réactions particulières, qu'elles soient positives ou négatives. Par exemple, un sentiment de répulsion ressenti face à un tableau, l'envie de battre la mesure avec le pied à l'écoute d'une musique ou encore le désir de toucher une sculpture sont autant de réactions possibles montrant que l'Art provoque des effets sur l'être humain.

1.2) L'Art est un vecteur privilégié d'expression.

1.2.a) L'Art permet l'expression du goût²³ et du style²⁴.

L'être humain, pour avoir une bonne qualité de vie, a besoin de s'entourer de choses qui lui plaisent et de faire des activités lui donnant des gratifications.

Or, l'Art permet d'exprimer le goût et offre des gratifications, que ce soit en le produisant ou en le contemplant.

²³ Voir glossaire.

²⁴ Voir glossaire.

De plus, l'Art permet d'exprimer ce qui nous est propre, de donner son empreinte pour produire quelque chose d'esthétique, donc d'exprimer son style.

Hegel, pour expliquer le fait que les êtres humains font de l'Art, écrit : " [...]l'Homme est également engagé dans des rapports pratiques avec le monde extérieur, et de ces rapports naît également le besoin de transformer ce monde, comme lui-même, dans la mesure où il en fait partie, en lui imprimant son cachet personnel. Et il le fait, pour encore se reconnaître lui-même dans la forme des choses, [...]"²⁵

Ainsi, l'Art, s'il n'a pas d'utilité concrète, est néanmoins indispensable en ce qu'il permet à l'être humain d'exprimer ce qui le caractérise en tant qu'être humain.

1.2.b) L'Art implique le corps moteur.

L'Art implique nécessairement le corps moteur quelle que soit la dominante.

Certaines dominantes mettent en avant cette implication motrice, telle que la danse par exemple. L'activité artistique peut alors permettre de prendre soin du corps.

La contemplation implique elle aussi le corps puisque le fait de contempler nécessite d'adopter une posture particulière et de maintenir le corps à l'arrêt.

De plus, la contemplation d'œuvre d'Art peut produire des effets sur le corps : ainsi, l'écoute musicale induirait un ralentissement du rythme cardiaque et respiratoire, une diminution de la tension artérielle et une détente musculaire.²⁶

1.2.c) L'expression artistique est sous-tendue par des connaissances et des savoir-faire.

L'activité artistique, en tant que fait de produire, met en œuvre des connaissances et des savoir-faire, qu'ils soient manuels (techniques de dessin, motricité adaptée pour jouer d'un instrument, ...) ou mentaux (concrétiser une idée, faire appel à l'imaginaire, ...).

S'investir dans une activité artistique permet donc de favoriser le développement et l'épanouissement des facultés humaines. L'Art aurait donc un pouvoir éducatif.

D'autre part, la contemplation d'œuvres d'Art permet également d'enrichir nos connaissances puisque cela fait appel à notre faculté de compréhension. Certaines œuvres peuvent d'ailleurs donner un enseignement, en tant qu'objet issu d'une culture et d'une époque particulière (tableaux historiques par exemple).

L'Art, de par son aspect ludique, peut également être un support intéressant pour apprendre. Ainsi, comptines, peinture et collages sont fréquemment utilisés dans les petites classes pour acquérir certaines notions de base telles que la numération ou le repérage spatio-temporel par exemple. L'Art peut ainsi devenir pédagogique.

1.3) L'Art peut toutefois comporter des dangers.

L'Art n'est pas obligatoirement bénéfique. La fréquence de la dépression et du suicide chez les artistes permet de le comprendre.

²⁵ HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Esthétique*. Paris: Flammarion, 2009, p.61.

²⁶ LEMARQUIS, Pierre. *Portrait du Cerveau en Artiste*. Paris : Odile Jacob, 2012, p.177.

Les qualificatifs tels que “fou”, “torturé” ou encore “mélancolique” sont encore largement associés aux artistes, et parfois même véhiculés comme des caractéristiques à posséder, celles-ci permettant de trouver dans le mal-être une source d’inspiration.

Ces associations entre “génie artistique” et fragilité psychique sont dangereuses car enferment l’artiste dans une boucle d’inhibition pathogène.

De la même façon, les artistes qui produisent pour produire, ne montrant jamais leur production à autrui, montrent que l’Art peut parfois mettre la personne en marge, lorsque celui-ci ne permet pas à l’individu de s’inscrire dans une visée de communication avec l’ensemble de la communauté humaine.

C’est pourquoi l’utilisation du processus artistique dans le soin doit se faire par un art-thérapeute, celui-ci étant à même d’orienter le potentiel artistique vers des objectifs sanitaires.

2) Les spécificités des arts-plastiques peuvent faciliter la communication et la relation.

2.1) L’Art permet une grande diversité de modalités d’expression.

2.1.a) L’Art comprend différentes dominantes²⁷.

L’Art comprend un grand nombre de dominantes ayant des caractéristiques différentes. Celles-ci peuvent être regroupées selon la modalité sensorielle qu’elles impliquent de façon privilégiée : musique pour la modalité auditive, danse et théâtre pour les arts corporels, les arts-plastiques pour la modalité visuelle.

Certaines dominantes sont toutefois plus complexes à relier à une modalité sensorielle spécifique, comme la poésie ou l’écriture de façon plus générale.

L’Art peut ainsi concerner le plus grand nombre, en fonction des intérêts et de la sensibilité de chaque individu.

2.1.b) Les arts-plastiques²⁸ regroupent un grand nombre de techniques diverses.

Chaque dominante artistique peut se subdiviser en plusieurs sous-dominantes.

Les arts-plastiques comprennent ainsi un grand nombre de sous-dominantes : sculpture, peinture, dessin, gravure, photographie, etc...

Ces sous-dominantes, bien qu’elles fassent partie du même grand ensemble que sont les arts-plastiques, ont des particularités propres.

Par exemple, dessin et peinture se différencient de la sculpture notamment par le fait que les premiers impliquent la surface tandis que la seconde génère des productions en trois dimensions.

L’utilisation de la surface détermine l’intérêt d’employer la sous-dominante dessin/peinture plutôt qu’une dominante sculpture auprès d’un groupe d’enfants avec autisme pour les raisons suivantes : en vue d’une activité collective, la surface est adéquate car implique un support facile à partager. De plus, un dessin peut être réalisé collectivement sans toutefois que le

²⁷ Voir glossaire.

²⁸ Voir glossaire.

dessin de l'un transforme le dessin de l'autre (par ajouts d'éléments les uns à côté des autres par exemple), tandis que la sculpture implique l'utilisation d'un seul et même bloc, où chaque ajout transforme la forme globale de la production. Dans le cas d'une sculpture réalisée collectivement, il est donc plus difficile d'identifier son empreinte personnelle dans la production finale.

Ainsi, le terme « arts-plastiques » tel qu'il est écrit dans ce mémoire devra être compris comme un terme désignant les techniques picturales.

2.2) Le dessin et la peinture ont pour particularité de représenter les choses du monde sensible.

2.2.a) Dessin et peinture utilisent l'illusion.

Le propre des arts plastiques, en considérant principalement le dessin et la peinture, est de produire une représentation picturale des choses de la nature. L'artiste procède donc à une imitation de la nature. Il s'agit de la mimesis.

Toutefois, il n'est pas possible de représenter exactement la réalité. Les arts-plastiques reposent donc sur l'illusion grâce à différents procédés techniques.

En effet, le dessin et la peinture se caractérisent par l'utilisation de la surface et non de la trois dimensions. Les objets ne sont pas palpables, ils sont projetés sur la surface.

Cette illusion est possible grâce aux formes, mais surtout grâce à la couleur qui permet de donner du volume aux objets.

De plus, l'utilisation de l'espace se fait au travers la contrainte de la surface: la peinture ne peut pas représenter l'espace réel, il faut utiliser la perspective.

L'artiste peut également faire le choix de pratiquer volontairement une distorsion de la réalité.

2.2.b) Dessin et peinture impliquent la motricité fine.

Si l'activité mentale permet de mettre en route le processus de production artistique (intention), le corps permet de réaliser l'activité (action) en vue d'obtenir une production finale. L'idée ne peut se concrétiser sans les gestes et la technicité mise en œuvre par le corps. Les arts-plastiques impliquent donc la motricité, tout d'abord de façon globale puisque l'activité plastique requiert une posture adaptée, mais également la motricité fine qui est sollicitée de manière privilégiée dans cette dominante artistique.

En effet, dessin et peinture nécessitent une manipulation manuelle à travers l'utilisation d'outils spécifiques : crayons, pinceaux, pastels etc...

La capacité de préhension est ainsi particulièrement sollicitée dans cette activité.

2.2.c) Ces techniques concernent également les ressentis.

Les représentations picturales ne sont pas uniquement des imitations de la Nature. Certaines œuvres sont plus abstraites, au sens qu'elles ne représentent aucun objet, lieu ou être existant.

Ce sont des inventions, appartenant donc à l'heuristique.

Qu'elles soient issues de la mimesis ou de l'heuristique, les œuvres sont à même de pouvoir susciter chez le contemplateur des émotions. Toutefois, l'œuvre abstraite est un bon exemple pour comprendre que les œuvres picturales ne concernent pas seulement le champ des représentés (champ des connaissances) mais également le champ des ressentis. En effet, il est possible de ressentir une vive émotion en contemplant un tableau composé uniquement de tâches de peinture, alors même que celles-ci ne représentent rien d'identifiable dans le monde sensible. Dans ce cas, il sera alors certainement très difficile de définir pourquoi ce tableau provoque une telle émotion. Cet exemple montre que les arts-plastiques impliquent le non-verbal mais aussi le hors-verbal, c'est-à-dire ce qui est hors des mots et ne comporte pas de message. Un phénomène relationnel est alors possible grâce aux arts-plastiques.

2.3) La production est différenciée de l'artiste.

2.3.a) La production laisse une trace dans le monde visible.

Au contraire des arts corporels (la danse par exemple) pour lesquels l'artiste est confondu avec sa production (il ne peut pas y avoir de spectacle de danse sans danseurs), la production en arts-plastiques est tout à fait indépendante de celui qui l'a produite: la production peut être contemplée sans que l'artiste soit présent, et de façon différée par rapport au moment de sa réalisation. Les arts-plastiques permettent donc de laisser une trace pérenne.

2.3.b) Pour produire cette trace, des matériaux salissants sont souvent utilisés.

L'œuvre d'Art en arts-plastiques se contemple visuellement. La vision est donc le sens le plus sollicité dans cette dominante. Cependant, un autre sens est largement sollicité dans les arts-plastiques : le toucher. En effet, la pratique des arts plastiques est une activité qui nécessite l'utilisation de matériaux. Or, en arts-plastiques, les matériaux nécessaires ont la particularité d'être salissants. La dimension sensorielle est donc particulièrement importante (l'odorat est également mis en jeu) et peut ainsi susciter des réactions particulières, qui tiendront parfois de l'archaïsme. Cette particularité peut toutefois présenter un inconvénient car les matériaux salissants peuvent susciter la répulsion ou l'anxiété chez certaines personnes réticentes à se salir. Au contraire, d'autres peuvent être attirées par cette caractéristique, celle-ci permettant de retrouver des sensations tactiles agréables. Ainsi, la peinture par exemple, peut être utilisée pour ses particularités sensorielles, et non dans le but de réaliser une production complexe, ce qui élargit les possibilités d'utilisation. Les arts-plastiques peuvent donc être accessibles à un public dont les facultés cognitives sont altérées.

2.3.c) Le rapport au public est indirect.

Du fait que les arts-plastiques sont inscrits dans la durée et non pas dans l'instantanéité comme c'est le cas pour la danse ou le théâtre, le rapport au public est plus indirect.

Il est rare que l'artiste plasticien se trouve directement face au public. L'échange entre l'artiste et les contemplateurs s'effectue au travers l'œuvre. L'artiste, en exprimant son intériorité par l'intermédiaire de l'œuvre, peut établir une communication avec le public réceptif à l'œuvre et aux émotions et messages transmis.

C/ L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à développer ses capacités d'expression, de communication et de relation.

1) L'art-thérapie tente d'améliorer la qualité existentielle des personnes.

1.1) L'art-thérapie peut aider les personnes à acquérir une bonne qualité de vie.

La bonne qualité de vie nécessite d'être en bonne santé. Cependant, un individu n'ayant pas de maladie peut être malheureux, donc la bonne santé ne concerne pas uniquement l'absence de maladie. En effet, l'O.M.S définit la bonne santé comme suit : « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie »²⁹. La qualité de vie implique que l'individu ait des intérêts, des envies. L'Art, étant du domaine de l'esthétique, donc de ce qui plaît, est de nature à gratifier l'être humain, tant au niveau du corps que de l'esprit, et peut favoriser le lien social. En ce sens, l'Art peut donc participer à la recherche de la bonne santé.

1.2) L'art-thérapie se réfère à la théorie de l'art opératoire.

La théorie de l'art opératoire ou théorie des 3B³⁰ (Beau, Bon, Bien) montre que la pratique d'une activité artistique peut apporter une saveur existentielle. La saveur existentielle se définit par le juste rapport entre saveur et savoir qui se rapporte à la conscience d'être en tant qu'être vivant et humain.

Pour s'engager dans l'activité artistique, une énergie motrice est nécessaire. C'est la poussée corporelle³¹, dépendante de la saveur, donc du Bon. Au niveau mental, la motivation est nécessaire, ainsi que l'estime de soi car la personne doit s'attribuer suffisamment de valeur pour s'engager dans une activité.

Pour réaliser une production, la personne doit façonner quelque chose, transformer une matière ou effectuer des gestes en faisant appel à un savoir-faire. Le savoir-faire fait alors référence au Bien. La personne doit donner son empreinte à quelque chose, exprimer son style. La confiance en soi est donc nécessaire puisque pour réaliser quelque chose, il faut être assuré de ses possibilités. Au niveau corporel, les segments corporels doivent s'organiser pour pouvoir effectuer cette activité. La personne doit pouvoir se représenter sa structure corporelle³² pour adapter sa motricité aux objectifs envisagés.

²⁹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, New York, 1946.

³⁰ FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Lausanne : Favre, 2000, p.47-53.

³¹ Voir glossaire.

³² Voir glossaire.

Enfin, pour donner une qualité esthétique à la production, la personne doit exprimer son goût. Il s'agit du Beau. Pour être capable d'affirmer son goût, et donc sa personnalité, l'affirmation de soi est essentielle. Cela se traduit au niveau du corps par le ressenti corporel³³. En sollicitant l'activité physique, mentale et sociale de l'individu, l'activité artistique peut donc s'inscrire dans un processus de soin.

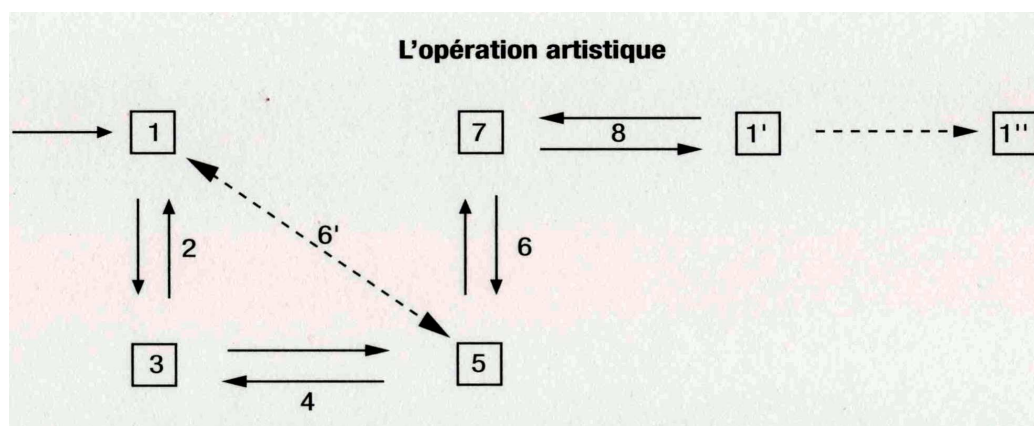
1.3) La stratégie thérapeutique est établie grâce à l'opération artistique.³⁴

L'art-thérapie sollicite les mécanismes physiologiques et psychologiques impliqués dans l'activité artistique pour prodiguer un soin aux patients.

L'ensemble de ces mécanismes impliqués peut être modélisé sous le terme d'opération artistique, correspondant au schéma ci-dessous.

La stratégie thérapeutique en art-thérapie va alors consister à solliciter certaines phases de l'opération artistique au regard des pénalités du patient et des objectifs à atteindre.

Tout d'abord, le site d'action³⁵ est identifié à l'intérieur de l'opération artistique. L'art-thérapeute doit ensuite identifier une cible thérapeutique³⁶ pour avoir un effet bénéfique sur le site d'action.



FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Lausanne : Favre, 2004, p.231.

L'avant précède ces phases. En effet, tout individu naît dans un contexte socio-culturel où des œuvres d'Art sont déjà présentes.

La phase 1 est la chose qui se donne à la captation.

La phase 2 constitue le rayonnement et la captation, au sens de la captation sensorielle.

La phase 3 est le traitement brut ou archaïque de l'information.

La phase 4 est le traitement sophistiqué de l'information grâce aux fonctions cognitives opérantes.

La phase 5 correspond à la poussée corporelle.

La phase 6 correspond à la technique, ou savoir-faire.

³³ Voir glossaire.

³⁴ Voir glossaire.

³⁵ Voir glossaire.

³⁶ Voir glossaire.

La phase 7 est la production artistique.

La phase 8 correspond au traitement mondain, c'est-à-dire le fait d'exposer sa production au regard d'autrui.

L'œuvre produite devient donc un nouvel accident spatio-temporel, se donnant à la captation. C'est la phase 1'.

2) Les objectifs de l'art-thérapie concernent l'expression, la communication et la relation.

2.1) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut restaurer les capacités d'expression.

2.1.a) Les gratifications sensorielles peuvent faciliter l'expression.

Les arts plastiques ont pour particularité de comprendre un grand nombre de matériaux qui présentent une multitude d'impacts sensoriels : les couleurs, les odeurs, la sensation tactile.

Or, les enfants avec autisme manifestent souvent des particularités sensorielles et des difficultés pour appréhender leur environnement tant au niveau moteur que mental.

Il est donc intéressant d'utiliser les arts-plastiques auprès de ce public pour leur grande variété sensorielle.

Ces aspects sensoriels peuvent provoquer des gratifications sensorielles (Art I³⁷) qui seront de nature à susciter une poussée corporelle et permettre ainsi une expression artistique.

Toutefois, ce plaisir ne doit pas devenir une auto-stimulation. En effet, l'activité artistique repose sur un principe d'échange entre l'intérieur et l'extérieur grâce aux mécanismes d'impression (traitement de l'activité mentale) et d'expression (acte volontaire orienté).

Le rôle de l'art-thérapeute est alors d'orienter ces gratifications issues des impressions vers une expression communicative, et au mieux, vers une activité davantage structurée et intentionnelle.

2.1.b) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant autiste à élargir ses intérêts et exprimer son goût.

Il a été expliqué que les personnes avec autisme présentent des intérêts restreints et stéréotypés.

Or, les arts-plastiques, de par les gratifications sensorielles qu'ils peuvent susciter, favorisent la découverte et les expériences nouvelles. La multitude des techniques pouvant être utilisées permet à l'enfant avec autisme d'élargir ses intérêts. Il est intéressant d'investir l'activité de façon non-conventionnelle (utilisation détournée des matériaux, emploi de matériaux ludiques, objets du quotidien) afin de réduire la technicité requise et permettre une activité adaptée aux enfants.

De plus, puisqu'une production peut être réalisée grâce à l'utilisation de matériaux, couleurs, motifs choisis selon les préférences de l'enfant, la pratique des arts-plastiques peut donc encourager l'enfant avec autisme à exprimer son goût.

³⁷ Voir glossaire.

2.2) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme sur les aspects communicatifs et sociaux.

2.2.a) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques permet à l'enfant avec autisme de communiquer de façon non-verbale.

Tout d'abord, la production picturale étant destiné à l'œil du contemplateur, l'enfant peut exprimer ses goûts, ses intérêts et ses émotions par le biais du support pictural en s'exposant au regard d'autrui. Au-delà de l'expression, l'enfant *communique* donc des choses de son monde interne aux personnes contemplatrices.

Les difficultés langagières dans l'autisme entrave l'enfant dans ses capacités de communication. L'intérêt des arts-plastiques est donc de permettre à l'enfant d'utiliser le non-verbal pour faciliter sa communication.

2.2.b) Les arts-plastiques, en tant qu'arts visuels, peuvent faciliter la verbalisation de l'enfant.

Dans les arts-plastiques, la production peut être contemplée bien après sa réalisation. La production plastique donne donc un repère aux enfants: la production devient le rappel d'un moment passé. La production peut alors devenir un support visuel facilitant la verbalisation de l'enfant qui peut se référer à la production visible pour communiquer ce qu'il a fait durant la séance, les moyens qu'il a employés.

2.2.c) L'exploitation de l'espace dans les arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à améliorer ses capacités relationnelles.

Chez l'enfant avec autisme, les aspects relationnels sont problématiques. L'enfant a des difficultés pour entrer en relation, ou maintenir une relation de qualité. La notion de distance (trop proche/ trop distant) est souvent présente. Or, l'exploitation de l'espace est essentielle dans les arts plastiques. En effet, la pratique du dessin ou de la peinture peut aider l'enfant à organiser un espace, occuper une certaine place dans cet espace de façon adaptée, respecter des limites. Sur un support utilisé collectivement, il est intéressant d'aider l'enfant à gérer l'espace en fonction de la place que prennent les autres sur ce même support: avoir sa propre place, ne pas envahir l'espace des autres, ou investir un espace collectif dans un projet commun. Il s'agit alors de réguler sa psychomotricité, ses émotions, les éventuels troubles du comportement et être en relation de façon adaptée.

2.2.d) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant à développer ses compétences sociales.

Une étude³⁸ menée auprès de groupes d'enfants avec autisme tend à démontrer que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à mieux comprendre les règles sociales.

Dans cette étude, il est proposé à l'enfant de créer une bande dessinée afin d'améliorer ses capacités sociales. L'auteur de l'article souligne le fait que la caractéristique visuelle et concrète de ce type d'activité artistique aide l'enfant à se détendre et à se divertir.

Suite à la mise en place de ce programme, les enfants ont effectivement accru leurs compétences sociales, et l'attitude de repli sur soi, les troubles du comportement et l'hyperactivité ont diminué.

3) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme concernant la motricité et certains mécanismes cognitifs.

3.1) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut améliorer la motricité de l'enfant avec autisme.

3.1.a) La pratique des arts-plastiques nécessite la coordination du regard et du geste moteur.

La pratique des arts-plastiques nécessite la coordination entre le regard et le geste exécuté. Or, un regard inadéquat est souvent une des caractéristiques du trouble autistique, et entrave l'expression de l'enfant avec autisme.

La pratique des arts-plastiques peut donc aider l'enfant à coordonner son regard par rapport à sa motricité mais également par rapport à son environnement : regarder les différents matériaux pour exprimer des choix, regarder sa production.

De plus, la coordination oculo-manuelle sollicite la mémoire procédurale puisque ce mécanisme tend à s'automatiser.

3.1.b) La motricité fine est particulièrement sollicitée.

Comme cela a été expliqué précédemment, les arts-plastiques favorisent la motricité fine. Or, les enfants avec autisme présentent généralement des problèmes moteurs.

L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut donc aider l'enfant à développer ses capacités motrices, à travers la maîtrise progressive de différents matériaux. L'enfant peut ainsi adopter une meilleure prise et améliorer son contrôle moteur.

³⁸ MARIE, Kathleen. Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, Vol 30(1), Jan, 2008. pp. 27-36.

3.2) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant avec autisme à développer ses facultés de compréhension.

3.2.a) Le dessin peut permettre à l'enfant avec autisme d'exercer sa capacité de représentation.

Le dessin permet de représenter les choses présentes dans le monde sensible. Or, les enfants avec autisme ont des difficultés pour appréhender leur environnement et s'y repérer. Le dessin peut donc leur permettre de représenter les choses qu'ils connaissent et ainsi exercer une certaine maîtrise et accéder à une meilleure compréhension de leur environnement.

3.2.b) La mémoire visuelle est sollicitée.

Cooper et Widdows³⁹ (2004) affirment que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques est particulièrement appropriée pour les enfants avec autisme dans la mesure où ces enfants sont souvent visuels.

Les arts-plastiques, en tant qu'arts visuels, permettent à l'enfant d'activer sa mémoire visuelle, ce qui facilite sa compréhension de l'activité. L'enfant peut se remémorer ce qui a été fait en séance et ainsi se repérer dans le temps.

D/ D'autres mémoires ont déjà posé l'hypothèse de la pertinence de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques auprès d'enfants avec autisme.

1) Des mémoires tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapie à dominante arts-plastiques est bénéfique auprès d'enfants avec autisme.

1.1) Les arts-plastiques sont une dominante souvent choisie pour ce public.

Les arts-plastiques sont une dominante souvent choisie dans la prise en charge en art-thérapie des patients avec autisme. En effet, sur 19 mémoires traitant de l'autisme en art-thérapie accessibles en bibliothèque universitaire, 12 mémoires concernent les arts-plastiques, en sachant que sur ces 12 mémoires, 4 portent sur des sous-dominantes des arts-plastiques (modelage et marionnettes, cette dernière impliquant à la fois les arts-plastiques et le théâtre).

³⁹ COOPER, B., WIDDOWS, N. Knowing yourself knowing others: Activities that teach social skills (p.6). Norwalk, CT: Instant Help Press, 2004.

1.2) Des exemples de mémoires démontrent les effets positifs de cette dominante pour ce public.

Plusieurs mémoires montrent que l'atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques a eu des effets bénéfiques dans la prise en charge d'enfants avec autisme.

Par exemple, dans le cas d'une prise en soin individuelle auprès d'un enfant avec autisme se caractérisant par une recherche de sensations enfermantes et des activités répétitives et stéréotypées concernant les activités graphiques (dessin répétitif), l'art-thérapeute a observé en fin de prise en soin une amélioration de la communication de cet enfant qui a pu partager ses intérêts, être curieux et attentif à son environnement et développer le langage verbal et l'attention conjointe avec plus de pointages et de regards dirigés.⁴⁰

Un autre exemple de prise en soin⁴¹ montre que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques a eu des effets positifs sur le patient. Dans cet exemple, il s'agit de la prise en soin d'une jeune fille avec autisme âgée de 16 ans. Cette jeune fille n'a pas accès au langage oral et peut se montrer agressive. Les objectifs fixés par l'art-thérapeute sont le développement de la communication et de l'autonomie, et la diminution de l'agressivité et de l'hyperkinésie.

Suite à la prise en soin en art-thérapie, l'art-thérapeute relève une progression de l'autonomie, une amélioration des capacités relationnelles (regards et sourires à l'attention de l'art-thérapeute) et une meilleure stabilité motrice (ne se lève plus sans raison, les gestes sont adaptés à l'activité et non plus désordonnés).

2) Certains mémoires montrent que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques n'a pas eu les effets escomptés.

2.1) L'art-thérapie à dominante arts-plastiques ne donne pas toujours des résultats satisfaisants auprès des personnes avec autisme.

Un mémoire⁴² montre que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques n'a pas toujours les effets escomptés. Ce mémoire relate la prise en soin d'un garçon avec autisme âgé de trois ans.

Cette prise en soin a pour objectif d'améliorer la capacité relationnelle de cet enfant.

L'art-thérapeute constate l'échec de l'atelier d'arts-plastiques auprès du jeune garçon. En effet, celui-ci ne manifeste aucun intérêt pour l'activité. Son temps de participation est quasi nul.

Au vu de ces résultats, l'art-thérapeute a alors décidé de changer de dominante et d'opter pour une dominante musique.

⁴⁰ PIONNEAU, Amandine. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'un enfant autiste*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 94p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2009.

⁴¹ CHECK, Eve. *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques est mis en place auprès de jeunes autistes déficitaires dans le contexte de l'association « Espace Kièthon »*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 100P. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2009.

⁴² RANDOU, Géraldine. *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique et arts-plastiques montre la pertinence des outils d'évaluation art-thérapeutiques avec les enfants autistes*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 93P. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2009.

2.2) En cas d'échec, la musique est souvent l'alternative choisie.

Le mémoire cité précédemment montre que la dominante musique est souvent l'alternative choisie lorsque l'art-thérapie à dominante arts-plastiques ne fournit pas de résultats satisfaisants. Dans cet exemple, suite au changement de dominante, l'enfant pris en soin a manifesté de l'intérêt pour l'activité. Des progrès ont alors été constatés par l'art-thérapeute: le temps de participation de l'enfant a augmenté et le nombre de sourires et de regards dirigés a également augmenté.

Un autre mémoire relate également un passage de la dominante arts-plastiques à la dominante musique avec une patiente avec autisme en raison du manque d'implication de celle-ci dans l'activité arts-plastiques.⁴³

Au regard de ces éléments, la question de savoir si la dominante musique est plus adaptée pour ce public peut se poser. Après avoir énoncé l'hypothèse que l'art-thérapie à dominante arts-plastiques peut aider l'enfant autiste à restaurer ses capacités d'expression, de communication et de relation, la confrontation des dominantes arts-plastiques et musique sera discutée dans la troisième partie de ce travail.

⁴³ MULLER, Valérie. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques et musique propose une stratégie thérapeutique accessible au patient gravement handicapé par l'autisme*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 96P. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2011.

Partie II

Une prise en charge art-thérapeutique a été proposée aux enfants avec autisme hospitalisés au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de Tours.

A/ Un atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques a été mis en place au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de Tours.

- 1) Le Centre Universitaire de Pédopsychiatrie propose des soins pluridisciplinaires avec pour objectifs principaux la communication, la socialisation et l'autonomie.

1.1) Le service est structuré selon quatre unités de soin.

- 1.1.a) Le service propose un accueil de jour pour les enfants présentant un trouble envahissant du développement.

Le service accueille des enfants de 2 à 13 ans présentant des troubles complexes du développement et du comportement (autisme, trouble du spectre autistique, retards, troubles hyperkinétiques).

Les enfants sont adressés par des services intra ou extra-hospitaliers (CAMSP du CHU, CAMSP du CMPP, Centre de Ressources Autisme, autres services de la petite enfance).

La présence des enfants sur le groupe est organisée par demi-journées en fonction du projet de soin de l'enfant, en alternance avec un lieu de scolarisation ou de socialisation (école, garderie...). L'année est organisée temporellement comme une année scolaire.

- 1.1.b) Les enfants sont accueillis dans une unité selon leur profil.

L'hôpital de jour se découpe en quatre unités de soin, appelés groupes.

Le premier groupe (« Poppi ») concerne les enfants les plus jeunes. Il s'agit principalement d'une habitude au soin où l'observation, l'alliance thérapeutique et la guidance familiale sont particulièrement importantes.

Le deuxième groupe (« Winnie ») correspond à la construction du soin.

Le troisième groupe (« Bambi ») concerne les enfants ayant davantage d'autonomie.

Enfin, le quatrième groupe (« P'tits Loups ») est destiné aux enfants possédant le langage et prêts à intégrer l'unité d'enseignement autisme (UEA). En effet, l'hôpital de jour comprend une unité d'enseignement qui se compose d'une classe interne à la structure, d'une classe externe à l'école Georges Sand et d'ateliers collégiens.

Il existe également différents groupes pour les enfants suivis en soins séquentiels, correspondant à des temps de présence plus ponctuels.

1.2) Les soins sont prodigués dans la pluridisciplinarité.

1.2.a) L'équipe est pluridisciplinaire.

L'hôpital de jour comprend une équipe pluridisciplinaire composée de médecins pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciennes, enseignantes spécialisées, assistantes sociales, cadres, infirmier(e)s, éducateurs (-trices) spécialisées, secrétaire, agents des services hospitaliers.

Chaque groupe est encadré par des éducateurs(-trices) et des infirmier(e)s.

1.2.b) Les soins s'articulent autour de prises en charge individuelles et d'ateliers en groupe.

Les modalités thérapeutiques mises en œuvre dans le service correspondent à une association entre des soins psycho-éducatifs en groupe et des soins individuels qui peuvent être les suivants : psychothérapie, orthophonie, psychomotricité, thérapie d'échange et de développement.

A ces soins s'ajoutent des ateliers en petit groupe portant sur l'éveil cognitif et sensoriel, la communication, le langage, les apprentissages scolaires, la motricité, l'alimentation, ainsi que des activités extérieures à l'hôpital orientées vers la socialisation, l'adaptation aux changements, et la découverte de nouvelles connaissances.

2) L'atelier d'art-thérapie s'intègre dans le projet de la structure.

2.1) Les objectifs art-thérapeutiques sont en accord avec les objectifs poursuivis par l'équipe.

2.1.a) L'indication est médicale et validée par l'ensemble de l'équipe.

L'indication est médicale et est validée lors d'un temps de réunion rassemblant l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. L'indication pour chaque enfant est ainsi discutée et décidée en équipe.

2.1.b) Les objectifs généraux concernent la communication et la socialisation.

Les objectifs art-thérapeutiques généraux portent sur l'expression, la communication et la

relation. Ces objectifs sont en accord avec les objectifs poursuivis par la structure puisque ceux-ci concernent essentiellement l'éveil, la socialisation, la communication, le langage, les apprentissages pré-scolaires et scolaires, et l'autonomie.

2.2) L'atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques se déroule dans un cadre thérapeutique ritualisé.

2.2.a) Les ateliers d'art-thérapie concernent deux groupes d'enfants.

La prise en charge en art-thérapie concerne deux groupes d'enfants dans le service : le groupe « Bambi » et le groupe « P'tits Loups ».

Dans chacun de ces groupes, trois enfants sont concernés, selon leur projet de soin et l'indication qui a été faite par l'équipe.

Le groupe « Bambi » comprend des enfants âgés de 5 à 8 ans. Les objectifs pour ce groupe sont la valorisation des compétences, la socialisation et l'assouplissement de la rigidité.

Les moyens utilisés sont essentiellement l'appel à la sensorialité avec le toucher, les couleurs, les formes, ainsi que l'initiation à la production collective.

Le groupe « P'tits Loups » comprend des enfants âgés de 9 à 12 ans. Les objectifs pour ce groupe sont le développement de l'expression, la valorisation des compétences et le renforcement des capacités relationnelles.

Les moyens utilisés sont essentiellement l'exploitation de l'imaginaire et la production collective.

Un co-thérapeute est présent pour chacun des groupes (éducatrice ou infirmière).

2.2.b) Les ateliers se déroulent dans un cadre routinier.

Les enfants avec autisme ont des difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace et les changements suscitent chez eux de l'anxiété.

Il est donc nécessaire que les séances se déroulent dans un cadre routinier.

Les séances sont fixées à un horaire précis, à raison d'un atelier par semaine.

Pour les enfants du groupe « Bambi », la séance a lieu le mardi après-midi, de 15h à 15h30.

Pour les enfants du groupe « P'tits Loups », la séance a lieu le vendredi matin, de 9h15 à 10h.

Le temps de séance est légèrement modulable selon le temps de concentration des enfants.

Les séances d'art-thérapie se déroulent dans un même lieu pour chaque séance, ce qui permet un repérage plus facile pour les enfants. Ce lieu est une salle dédiée aux activités d'arts-plastiques. Elle est donc bien identifiée par les enfants par rapport à sa fonction.

Les enfants sont tous installés sur une même table, ce qui facilite les interactions.

L'organisation du temps de séance offre également un cadre routinier avec la structure suivante :

- temps d'accueil avec un rappel de ce qui a été fait la séance précédente
- temps d'activité
- temps d'échange autour des productions
- départ avec annonce de la séance prochaine.

B/ Deux études de cas démontrent les effets de l'atelier d'art-thérapie.

1) L'atelier d'art-thérapie a été bénéfique pour A.

1.1) A. est un garçon avec autisme caractérisé par des difficultés d'expression et un mode relationnel inadapté.

Les écrits de l'équipe concernant A. relèvent les éléments suivants :

A. est un garçon âgé de 9 ans et 2 mois au moment de début de prise en charge.

Il est présent sur l'hôpital de jour depuis septembre 2006. C'est sa 3^e année sur le groupe des « P'tits Loups ».

Il est scolarisé à mi-temps dans le cadre de la classe externe (UEA).

A. est un garçon très sensible à l'ambiance. Il peut être très excitable. La frustration est mal tolérée. Il éprouve des difficultés à réguler et exprimer verbalement ses émotions. Il peut se montrer agressif suite à une frustration. De plus, il est sensible à la performance et ne supporte pas de perdre.

Cependant, il tient compte des émotions d'autrui et peut s'excuser.

A. initie des échanges verbaux, surtout sur un mode interrogatif. Toutefois, il évite de regarder l'adulte dans les yeux. Au cours de ses conversations, il dérive rapidement sur des thèmes récurrents de combats et jeux vidéo. La narration est difficile. En effet, il ne peut pas restituer certains événements vécus.

Par ailleurs, A. utilise une écholalie immédiate et différée.

Au niveau moteur, on remarque que A. présente une chute du tonus et le besoin de se soutenir la tête lorsqu'il est assis. Il est maladroit pour les praxies fines : on observe une prise palmaire et une absence d'appui. Les mouvements sont mal régulés.

Enfin, un manque d'initiatives chez A. entraîne un manque d'autonomie.

1.2) Les objectifs portent sur l'amélioration de l'expression et des aptitudes relationnelles, et l'amélioration de la motricité fine.

Le projet de soin formulé par l'équipe comprend les objectifs suivants :

- une amélioration de la gestion des émotions et de la frustration et encourager à la verbalisation des émotions
- améliorer la communication verbale et le mode d'entrée en relation avec les pairs
- exercer et améliorer la motricité fine et travailler les appuis
- exercer l'aisance corporelle et canaliser l'énergie
- encourager la poursuite et l'enrichissement des savoirs.

Les objectifs art-thérapeutiques généraux vont alors porter sur l'amélioration de la motricité fine, et l'amélioration de l'expression et des échanges avec les pairs.

1.3) La stratégie thérapeutique porte sur la mise en œuvre des savoir-faire et sur l'intégration des pairs dans une production.

1.3.a) L'état de base valide les objectifs généraux préalablement discutés.

La première séance permet de définir l'état de base :

Etat de base	Objectifs intermédiaires	Moyens mis en oeuvre
Difficultés motrices : -prise palmaire -pas d'appuis -mauvaise coordination oculo-manuelle	Permettre une prise plus adaptée, intégrer les appuis et améliorer la coordination oculo-manuelle.	Exploiter la sensorialité avec l'Art I et mise en place d'exercices moteurs.
Agitation : A. se lève de nombreuses fois sans raison apparente, l'attention n'est pas fixée sur l'activité, le discours est labile.	Réduire l'agitation pour améliorer la concentration et le contrôle de soi.	Utiliser la narration pour fixer l'attention tout en intégrant des contraintes au niveau des consignes.
Beaucoup d'échanges avec l'art-thérapeute stagiaire (A. pose beaucoup de questions) mais peu d'échanges avec les pairs.	Favoriser les interactions avec les pairs et améliorer la qualité des échanges. Avec l'art-thérapeute stagiaire, passer d'une fonction relationnelle marquée par l'étayage à une fonction relationnelle davantage basée sur l'autonomie.	Proposer un temps d'échange autour des productions de chacun en fin de séance et passer de la production individuelle à la production collective.

1.3.b) Des sites d'action sont repérés dans les phases 3, 4, 5, 6 et 8 de l'opération artistique.

Les séances avec A. sont au nombre de 23.

Au regard de l'état de base, un site d'action peut être repéré dans la phase 6 de l'opération artistique en raison des difficultés motrices, dans la phase 5 du fait de l'instabilité motrice, dans la phase 4 pour les difficultés cognitives, dans la phase 8 pour les difficultés de communication, et dans la phase 3 pour le manque de maîtrise émotionnelle.

D'un point de vue théorique, la stimulation du 3 peut être une cible thérapeutique pour atteindre la phase 6. Cette phase ne pourra toutefois pas être stimulée à des fins relationnelles. Pour travailler l'ajustement des interactions, la phase 7 peut être stimulée en parallèle de la 8 (production collective).

Une cible thérapeutique peut être déterminée en 6 pour atteindre le 3 et le 4 (maîtrise de soi et régulation de l'imaginaire). Ainsi, une phase peut être à la fois site d'action et cible thérapeutique, dans la mesure où la stimulation d'une phase peut avoir un effet sur une autre phase.

1.3.c) Un tableau présente la stratégie thérapeutique utilisée selon les faits importants survenus en séance.

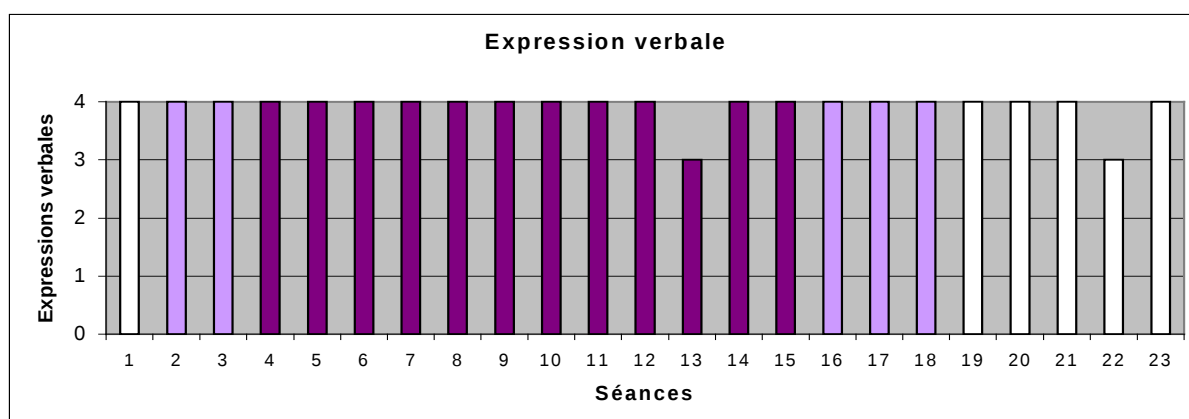
<u>N° de séance</u>	<u>Faits observés</u>	<u>Stratégie proposée</u>
3	A. est impliqué dans l'activité : il prend des initiatives (exprime des idées pour inventer l'histoire) et ne se lève plus de table.	Aborder la narration à travers le dessin.
4	A. abandonne la prise palmaire au profit d'une prise plus adaptée. A. manifeste un imaginaire envahissant inspiré des jeux vidéo (évoqueries incessantes de personnages et actions de jeux vidéo). *	Exploitation de la phase 6 de l'opération artistique (savoir-faire) afin de ramener A. au réel: augmentation des contraintes au niveau des consignes plastiques (décalque, découpage minutieux,...) et narration davantage dirigée.
9	A. se détache de son imaginaire (moins d'évoqueries de jeux vidéo). Beaucoup d'enthousiasme pour se rendre à l'atelier (accueil chaleureux, demande à venir à l'atelier avant l'arrivée de l'art-thérapeute stagiaire). A. lie une relation chaleureuse avec l'art-thérapeute stagiaire.	
11	A. est capable d'avoir une position et un geste adapté pour les activités graphiques. C'est lorsqu'un crayon est glissé dans sa main qu'il prend une position non adaptée avec la main en suspend.	Exploitation de la phase 3 de l'opération artistique (traitement archaïque des informations) pour aider A. à trouver ses appuis.
13	A. se désinvestit de l'activité et se renferme dans ses thèmes de jeux vidéo.	Intégration des pairs dans les phases 6 et 7 de l'opération artistique : réalisation collective d'un dessin narratif, en tour de rôle.
15	A. s'investit dans le projet de groupe en proposant des idées. Il évoque moins ses jeux vidéo. Les interactions avec les pairs sont plus nombreuses. Les demandes d'aide de l'adulte diminuent.	Pour réduire l'attente, les enfants sont répartis en binôme. Chaque binôme intervient à tour de rôle, toujours dans l'idée d'ajouter des éléments à ceux déjà présents afin de prendre en compte les pairs dans la réalisation du dessin.
19	A. ne fait plus référence aux jeux vidéo.	
18 et 21	A. ne parvient pas à se maîtriser, il se moque d'un de ses camarades et se montre agressif (le pince).	Recentrage sur les savoir-faire.
22, 23	A. interagit de façon adaptée avec ses camarades et se montre cordial.	

* Durant cette période, A. a beaucoup de difficulté à se maîtriser émotionnellement sur le groupe des « P'tits Loups » et peut faire des crises de colère suite à une frustration. Au cours des séances d'art-thérapie, il accepte bien d'être recadré par l'adulte et ne manifeste pas d'agressivité.

1.4) L'évaluation montre une évolution positive de cet enfant.

1.4.a) Les items⁴⁴ d'observation portent sur l'expression verbale, les interactions et l'intégration dans une production collective.

Pour l'objectif portant sur l'amélioration de l'expression, l'évaluation comprend un faisceau d'items concernant l'expression verbale. Celle-ci est évaluée de façon quantitative et qualitative avec l'item suivant : nombre d'évocations⁴⁵ relatives aux jeux vidéo. En effet, l'expression verbale de A. est envahie par des références incessantes aux jeux vidéo (personnages, thèmes de combats, etc) qu'il a du mal à délaissier au profit d'une expression plus personnelle.



Expressions verbales

4 : nombreuses

3 : quelques

2 : peu

1 : aucune

□ Pas d'évocation relative aux jeux vidéo

■ 1 à 4 évocations relatives aux jeux vidéo

■ 5 et + évocations relatives aux jeux vidéo

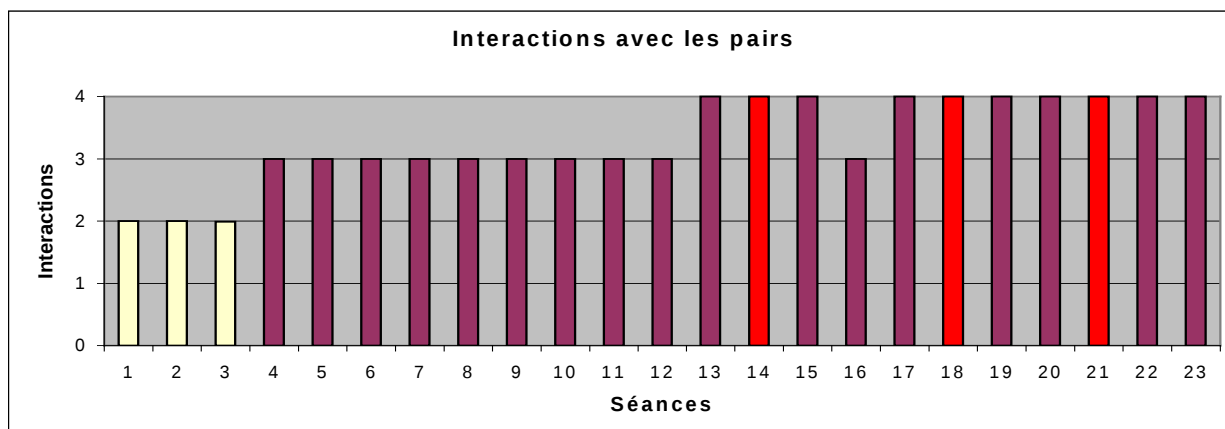
Ce graphique montre que l'expression verbale de A., d'un point de vue quantitatif est restée globalement constante durant le temps de prise en charge, avec des expressions verbales nombreuses.

D'un point de vue qualitatif, le nombre d'évocations relatives aux jeux vidéos a diminué à partir de la séance 16, pour tomber à 0 à partir de la séance 19.

⁴⁴ Voir glossaire

⁴⁵ Voir glossaire

Pour l'objectif portant sur l'amélioration des échanges avec les pairs, le faisceau d'item « interactions avec les pairs » évalue l'attention portée aux autres, c'est-à-dire si l'enfant regarde ce que font les autres, et les échanges verbaux. Les échanges verbaux sont évalués quantitativement et qualitativement (interactions cordiales/conflictuelles). En effet, A. peut se montrer agressif envers ses camarades, d'où l'intérêt de prendre en compte ce facteur.



Interactions avec les pairs

4 : initie de nombreux échanges verbaux

3 : initie quelques échanges verbaux

2 : prête attention à ce que font les autres mais peu d'échanges verbaux

1 : pas d'échange verbal ni de regard porté sur les autres

■ Cordiales

■ Conflictuelles

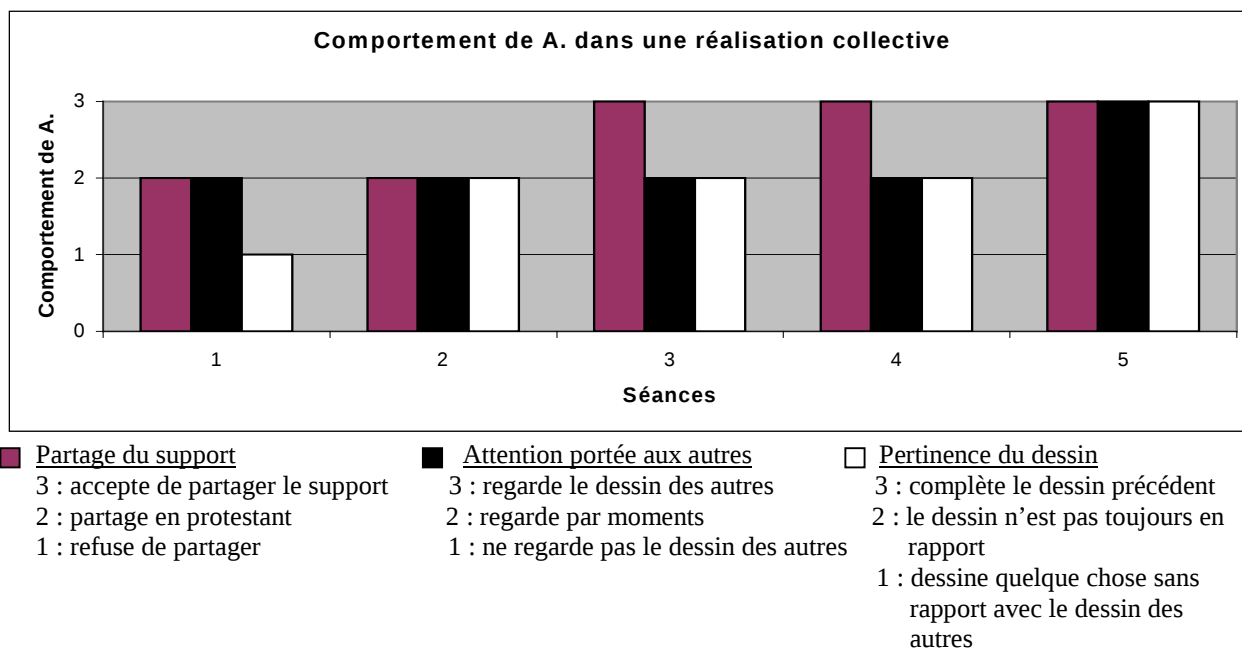
■ Peu

Ce graphique montre que le nombre d'interactions a augmenté tout au long de la prise en charge, surtout à partir du moment où a été proposée la production collective. Toutefois, c'est dans ce contexte collectif que A. a engagé des interactions conflictuelles avec ses pairs. Les séances 14, 18 et 21 ont été particulièrement marquées par ces conflits. Même si les interactions ont été cordiales lors des deux dernières séances, A. présente encore des difficultés à maîtriser son agressivité et le travail pourrait se poursuivre sur ce point.

Toujours dans le but d'évaluer la qualité des interactions, un faisceau d'item porte sur le comportement de A. dans une réalisation collective. Cette évaluation concerne 5 séances durant lesquelles une réalisation collective a été proposée de la façon suivante : sur un support collectif, chaque enfant doit, à tour de rôle, dessiner quelque chose de façon à ajouter de manière adaptée un élément en cohérence avec ce qui a été dessiné précédemment par les autres.

Ce faisceau d'item est évalué grâce aux trois items suivants : partage du support, attention portée aux autres et pertinence du dessin.

Ces trois items permettent en effet d'évaluer si l'enfant est capable de s'inscrire dans un projet collectif en se détachant de thèmes personnels pour prendre en compte ce qui est proposé par les autres.



Le graphique montre que le fait de partager un support a pu être accepté sans protestations à partir de la 3^{ème} séance de cet exercice. L'attention portée à ce que font les autres reste assez irrégulière, sauf pour la dernière séance où A. est davantage capable de fixer son attention sur ce que font ses camarades. Concernant la pertinence du dessin, A. ne parvient pas à se détacher de ses thèmes favoris, mais ceux-ci s'intègrent de façon de plus en plus adaptée dans la production du groupe. Lors de la séance 5, les thèmes personnels de A. sont moins présents.

1.4.b) L'atelier d'art-thérapie a été bénéfique pour les aptitudes motrices et l'expression verbale de A. mais la gestion des émotions, régulant les interactions, est encore à améliorer.

Les objectifs définis pour A. étaient l'amélioration de la motricité fine, de l'expression et des échanges avec les pairs. Concernant le premier objectif, la prise en charge en art-thérapie a aidé A. à améliorer sa motricité fine puisque celui-ci a abandonné la prise palmaire au profit d'une prise adaptée à partir de la séance 4. Toutefois, les appuis ne sont pas encore acquis. L'expression verbale de A. s'est également améliorée : les références de jeux vidéos ne sont plus présentes en fin de prise en charge et après quelques séances, A. est capable de raconter ce qu'il a fait lors de l'atelier, ce qui n'était pas possible avant. Enfin, concernant les échanges avec les pairs, bien que A. ait eu un comportement inadapté lors de trois séances, l'atelier d'art-thérapie de façon générale semble avoir été pour A. un moment favorisant la détente et les échanges cordiaux avec ses camarades. A. s'intéresse aux propositions du groupe et initie des interactions. A. a d'ailleurs beaucoup investi cet atelier et est en demande pour s'y rendre. Toutefois, à la fin de la prise en charge et hors temps d'atelier, A. a pu se montrer agressif envers l'un de ses camarades. Les progrès observés en séance ne sont donc pas généralisables à la vie quotidienne. La gestion des émotions reste problématique chez cet enfant et un travail thérapeutique pourrait se poursuivre sur ce point.

Le tableau suivant récapitule l'évolution de A. en comparant ce qu'il fait ou ne fait pas en début et en fin de prise en charge.

Début de prise en charge		Fin de prise en charge	
<u>Fait</u>	<u>Ne fait pas</u>	<u>Fait</u>	<u>Ne fait pas</u>
Echanger avec l'adulte		Echanger avec l'adulte	
Evoquer de façon répétitive des thèmes de jeux vidéos.			Evoquer de façon répétitive des thèmes de jeux vidéos.
	Prendre en compte ses camarades dans une production collective.	Prendre en compte ses camarades dans une production collective.	
Utiliser la prise palmaire.			Utiliser la prise palmaire.
	Utiliser la narration.	Utiliser la narration.	
	Raconter ce qu'il a fait.	Raconter ce qu'il a fait.	
	Se concentrer sur l'activité au moins une demi-heure.	Se concentrer sur l'activité au moins une demi-heure.	
	Regarder son interlocuteur dans les yeux.		Regarder son interlocuteur dans les yeux.

2) La prise en charge de V. n'a pas permis d'atteindre tous les objectifs.

2.1) V. est un jeune garçon avec autisme présentant une grande rigidité et une communication altérée.

L'observation de l'équipe met en avant les points suivants :

V. est un garçon âgé de 5 ans et 7 mois au moment du début de prise en charge en art-thérapie.

Il a bénéficié d'un suivi par le CMP et l'Equipe d'Accompagnement à partir d'octobre 2010 avant de rejoindre l'hôpital de jour en septembre 2011 pour un trouble du développement de type autisme atypique.

Il a d'abord été accueilli au sein du groupe « Winnie » avant d'intégrer le groupe « Bambi » en septembre 2012.

Il est présent sur le groupe 4 demi-journées par semaine.

Il est scolarisé en moyenne section de maternelle avec une AVS (aide à la vie scolaire).

V. est décrit comme un garçon anxieux, angoissé face aux changements et très rigide. Il a mis en place de nombreux rituels, notamment pour le lavage des mains. Il est très attaché à son emploi du temps. L'alimentation est très difficile.

V. reste dans la maîtrise, il veut décider de tout. Les mises en œuvre sont parasitées par

l'angoisse, les problèmes de compréhension et la peur de l'échec. Il a tendance à paniquer lorsqu'il ne trouve pas la solution à un problème ou une consigne. Ses intérêts sont restreints, il a peu d'activités spontanées. Il participe aux activités mais ne s'y intéresse pas de lui-même et ne fait pas de sollicitations particulières. Concernant les interactions, on remarque qu'elles sont plus nombreuses lors des temps en extérieur qu'à l'intérieur du groupe. Il utilise des productions écholaliques et ses phrases sont souvent stéréotypées concernant les émotions.

2.2) Les objectifs portent sur l'assouplissement de la rigidité et l'amélioration de la communication et des interactions.

Les objectifs de l'équipe concernent principalement la communication et le langage, les émotions, les interactions et les acquisitions scolaires. Concernant la communication et le langage, l'équipe a pour objectif de favoriser chez cet enfant une communication plus authentique. Concernant les émotions, il s'agit de réduire la rigidité, l'angoisse et la peur de l'échec. A propos des interactions, l'équipe souhaite favoriser la multiplication des interactions avec les pairs. L'équipe souhaite également améliorer la compréhension et les acquisitions scolaires. De plus, un travail sur la représentation de son corps et le tonus musculaire est nécessaire.

Les objectifs art-thérapeutiques sont donc l'amélioration de la communication et des interactions, l'assouplissement de la rigidité avec l'apaisement grâce à la prise de plaisir et la diminution de la peur de l'échec.

2.3) La stratégie thérapeutique porte sur l'orientation des gratifications sensorielles dans une visée d'interactions.

2.3.a) L'état de base permet de relever la rigidité de V. et ses difficultés relationnelles.

*Les séances avec V. sont au nombre de 28.
V. est absent lors de la séance 14.*

La première séance permet de définir l'état de base :

Etat de base	Objectifs intermédiaires	Moyens mis en oeuvre
V. s'implique peu dans l'activité, il manifeste une attitude plutôt passive : il parvient difficilement à exprimer des choix, il dit avoir terminé l'activité au bout de quelques minutes.	L'aider à exprimer des choix, réduire l'anxiété, favoriser la prise de plaisir dans l'activité.	Favoriser la découverte en proposant des choses nouvelles (matériaux, consignes), faire appel à la sensorialité avec l'Art I.

Peu d'interactions avec l'art-thérapeute stagiaire et avec les pairs : pas d'échanges verbaux ni de regards adressés.	Développer les échanges verbaux tant au niveau quantitatif que qualitatif et augmenter le nombre de regards.	Proposer un temps d'échange autour des productions de chacun en fin de séance et évoluer de la production individuelle vers la production collective.
---	--	---

2.3.b) Des sites d'action sont repérés dans les phases 3,4 et 8 de l'opération artistique.

Au regard des difficultés relationnelles de V., un site d'action est repéré en phase 8. Les difficultés intentionnelles et d'élaboration de l'action relèvent d'un site d'action dans les phases 3 et 4 de l'opération artistique. De plus, l'anxiété empêche V. de mettre en œuvre des savoir-faire (phase 6). La stratégie thérapeutique, d'un point de vue théorique, pourrait consister à agir sur la phase 1 en présentant de nouvelles stimulations qui pourront stimuler la phase 3 afin d'aboutir à l'activation du 5 et du 6. Afin de restaurer les aspects sociaux, les pairs peuvent être associés au 3 et intégrés au 6 et 7 au travers la production collective.

2.3.c) Un tableau présente la stratégie thérapeutique utilisée selon les faits importants survenus en séance.

<u>N° de séance</u>	<u>Faits observés</u>	<u>Stratégie proposée</u>
2	V. est agité, il se lève plusieurs fois. Il n'a plus de difficultés à faire des choix mais il n'y a pas encore d'initiatives. Les verbalisations sont plus nombreuses, mais correspondent à des plaintes, des refus.	Exploitation de la phase 6 avec l'étayage de l'adulte afin de fixer l'attention et instaurer une relation de confiance avec l'adulte.
3	V. se montre plus enthousiaste à participer, il est intéressé par l'activité et s'implique.	
6	V. refuse toutes les activités salissantes, qui sont anxiogènes pour lui. Il manifeste un intérêt stéréotypé et répétitif pour les chiffres, ce qui rompt sa concentration.	Diminuer l'anxiété en proposant des consignes plus simples, davantage basées sur des expériences sensorielles (phase 3).
12	V. prend des initiatives pour réaliser des mélanges de couleur. Il commence spontanément à peindre avec les doigts quelques secondes. Son activité de comptage cesse lorsque l'activité débute.	Stimulation des phases 7 et 8 à travers le partage d'un support pour réaliser quelque chose de collectif.
15	V. peint spontanément avec les doigts et en retire des gratifications : il rit, joue avec la peinture et ne se livre à aucune stéréotypie.	Stimulation de la phase 3 (gratifications sensorielles) en vue d'initier une activité partagée.

17	Les expériences sensorielles de V. deviennent trop enfermantes. Un site d'action émerge en phase 2 car V. s'absorbe dans ses captations sensorielles (regarde fixement la peinture sur ses mains, en rompant le contact avec le groupe).	Proposer autre chose en 1 pour éviter que V. ne s'isole dans ses sensations : nouveaux matériaux qui ne permettent pas de faire de la « patouille ».
18→25	V. se montre fragile émotionnellement (colères, pleurs). Il semble souvent ailleurs : oubli du nom de l'art-thérapeute stagiaire, se croit à l'école. Peu de contact avec l'adulte.*	Faire appel à d'autres gratifications sensorielles et proposer des activités partagées.
26→28	V. s'implique dans l'activité et émet quelques idées. Ses verbalisations sont plus authentiques. V. initie des contacts chaleureux avec l'art-thérapeute stagiaire hors temps d'atelier.	Toujours sur un support collectif, exploiter la phase 4 en proposant de compléter des formes pour faire émerger un dessin.

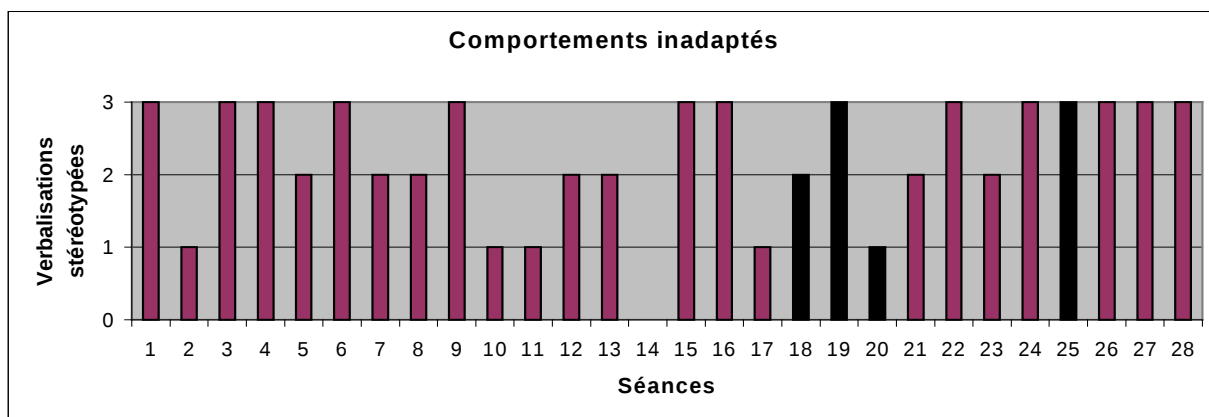
* Durant cette période, le comportement de V. tel qu'il est observé lors des séances d'art-thérapie est constaté de la même façon par l'ensemble de l'équipe. La situation familiale de V. a peut-être joué un rôle dans l'évolution du garçon car le couple parental s'est séparé dans les mois suivants.

2.4) L'évaluation montre que les objectifs n'ont été que partiellement atteints.

2.4.a) Les items d'observation portent sur les comportements inadaptés, les interactions avec les pairs et les contacts établis avec l'art-thérapeute stagiaire.

Un faisceau d'item concernant les comportements inadaptés permet d'évaluer le mode de communication de V. En effet, V. ne parvient pas à établir une réelle communication mais plutôt une expression à visée communicante. Ses verbalisations sont peu authentiques et correspondent souvent à des verbalisations stéréotypées. Durant le temps de séance, V. se met fréquemment à compter sans que cela ne prenne de sens en rapport avec la situation. Un item concerne donc les verbalisations stéréotypées.

Des auto-stimulations tactiles sont également observées lors de certaines séances, ce qui amène V. à rompre le contact avec les personnes présentes. Un item concerne donc les auto-stimulations tactiles.



Verbalisations stéréotypées

3 : aucune

2 : entre 1 et 3

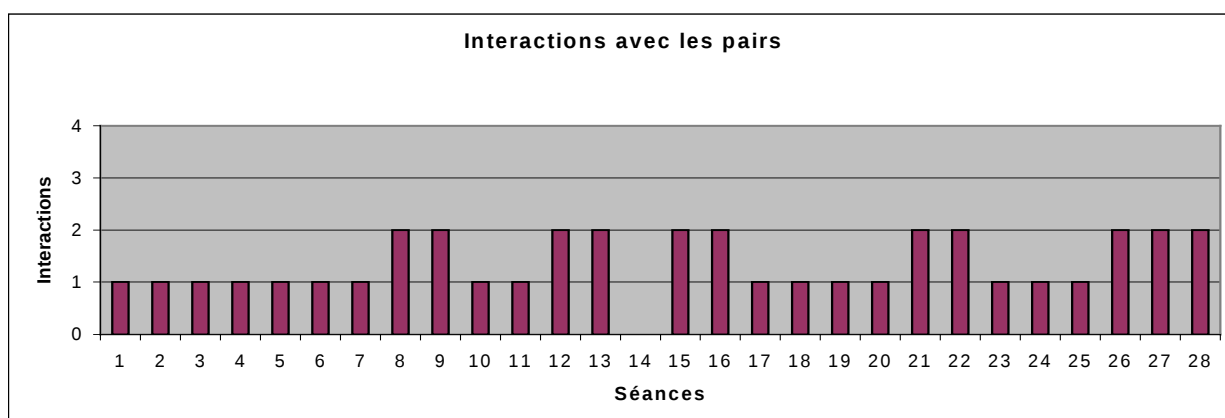
1 : plus de 3

■ Auto-stimulations tactiles

■ Pas d'auto-stimulation tactile

Ce graphique montre l'instabilité de la survenue de ces comportements. Toutefois, les comportements stéréotypés semblent davantage présents en milieu de prise en charge. En effet, sur les 9 premières séances, 5 données correspondent au 3 (aucune verbalisation stéréotypée). De la séance 10 à 19, seulement 3 données correspondent à cette même cotation, et deux cotations correspondent à la présence d'auto-stimulations tactiles. De la séance 20 à 28, bien que 2 cotations indiquent des auto-stimulations tactiles, 5 données correspondent à la cotation « aucune verbalisation stéréotypée ». Des progrès ne peuvent donc pas être évoqués par rapport à l'état de base mais ceux-ci sont toutefois présents suite à la période de régression de la séance 10 à 19.

Pour l'objectif concernant l'amélioration des interactions avec les pairs, V. est évalué quantitativement selon le nombre d'échanges verbaux avec les pairs et l'attention ou non portée aux autres par le regard.



■ Interactions avec les pairs

4 : initie de nombreux échanges verbaux

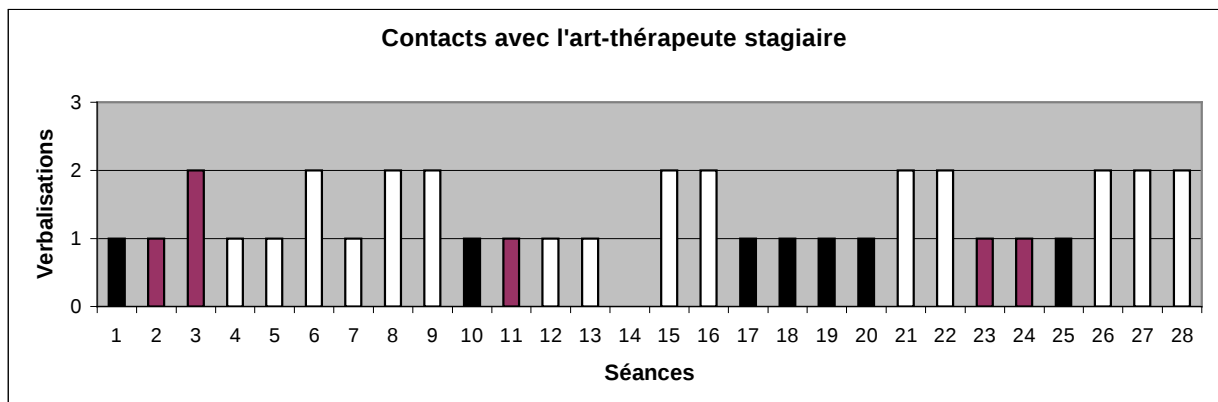
3 : initie quelques échanges verbaux

2 : prête attention à ce que font les autres mais peu d'échanges verbaux

1 : pas d'échange verbal ni de regard porté sur les autres

Le graphique précédent montre que V. a peu augmenté le nombre de ses interactions au cours de la prise en charge. Les progrès correspondent à davantage d'attention portée aux autres (regards) mais les échanges verbaux restent très rares. Cependant, l'équipe évoque le fait que les autres enfants présents en séance ne sont pas des interlocuteurs adaptés pour V. en raison de leur différence de profil.

V. se caractérisant par une difficulté à établir une relation avec autrui et une tendance à être dans la maîtrise en raison de sa grande rigidité, un faisceau d'item permet d'évaluer les contacts avec l'art-thérapeute stagiaire. Ce faisceau d'items comprend un item quantitatif correspondant aux verbalisations adressées à l'art-thérapeute stagiaire et un item qualitatif concernant le mode relationnel (coopération/ opposition/ ne répond pas aux sollicitations de l'art-thérapeute stagiaire).



Verbalisations adressées à l'art-thérapeute stagiaire

3 : nombreuses
2 : quelques
1 : rares

□ Coopération

■ Opposition

■ Ne répond pas aux sollicitations de l'art-thérapeute stagiaire

Le graphique montre le caractère fluctuant des interactions avec l'art-thérapeute stagiaire. Après une période difficile (séance 17 à 20 et 23 à 25), où V. reste indifférent à l'adulte ou se montre opposant, V. retrouve un comportement coopérant et adresse quelques verbalisations à l'art-thérapeute stagiaire.

2.4.b) L'atelier d'art-thérapie a aidé V. à assouplir sa rigidité et améliorer sa communication mais a eu peu d'effets concernant les interactions avec les pairs.

Les objectifs pour V. étaient l'assouplissement de la rigidité et l'amélioration de la communication et des interactions.

Cet atelier a permis à V. de dépasser son anxiété face aux activités salissantes pour prendre plaisir à se salir. Les stéréotypies concernant son attirance pour les chiffres ont disparu à partir de la séance 15. V. devient progressivement capable d'avoir une expression plus authentique. De plus, alors que V. investissait peu la relation avec l'art-thérapeute stagiaire, il lui a adressé spontanément des contacts chaleureux en fin de prise en charge et hors atelier.

Les contacts émis par V. auprès de l'adulte étaient en effet souvent emprunts d'une attitude de contrôle. Une diminution de la rigidité peut alors être constatée.

La souplesse, la diminution de l'anxiété et l'amélioration du langage sont également observés par l'équipe.

Toutefois, il n'y a pas de progrès significatifs concernant les interactions avec les pairs sur l'atelier, mais cela pouvant être expliqué en partie par le fait que les autres enfants présents ne sont pas des interlocuteurs particulièrement adaptés pour V. en raison de leur différence de profil.

Le tableau suivant récapitule l'évolution de V. en comparant ce qu'il fait ou ne fait pas en début et en fin de prise en charge.

Début de prise en charge		Fin de prise en charge	
<u>Fait</u>	<u>Ne fait pas</u>	<u>Fait</u>	<u>Ne fait pas</u>
	Prendre des initiatives	Prendre des initiatives	
	Contacts chaleureux avec l'art-thérapeute stagiaire	Contacts chaleureux avec l'art-thérapeute stagiaire	
	Exprimer des choix, idées, de façon adaptée	Exprimer des choix, idées, de façon adaptée	
	Faire une activité partagée	Faire une activité partagée	
S'auto-stimuler durant la séance.			S'auto-stimuler durant la séance.
	Peindre avec les mains et se salir.	Peindre avec les mains et se salir.	
	Regarder son interlocuteur dans les yeux.		Regarder son interlocuteur dans les yeux.
	Interagir avec ses camarades présents en atelier.		Interagir avec ses camarades présents en atelier.

C/ Les ateliers d'art-thérapie ont eu des intérêts et des limites.

- 1) La production collective en arts-plastiques a favorisé l'émergence d'interactions entre les enfants.

1.1) Le fait de travailler sur un support commun incite les enfants à prêter attention aux pairs.

Bien que la réalisation d'un projet commun ne soit pas encore possible pour certains enfants, notamment dans le groupe des « Bambi », le simple fait d'utiliser un support collectif incite les enfants à prêter attention à leurs camarades. En effet, chaque enfant doit ainsi exploiter l'espace de façon à laisser leur place aux autres. Les enfants peuvent également regarder ce que font les autres et éventuellement procéder par imitation.

1.2) Le support commun favorise l'échange et la prise en compte des autres.

L'utilisation d'un support collectif permet aux enfants d'appréhender la production collective : chaque enfant peut intervenir sur la production de l'autre. Des échanges peuvent ainsi émerger et les enfants peuvent apprendre à partager. Le tour de rôle peut également être utilisé, afin que chaque enfant trouve une place égale dans le groupe et puisse porter son attention sur ce que fait chacun de ses camarades. Avec les enfants du groupe « P'tits Loups », l'aspect collectif a pu être exploité de façon plus aboutie. Les enfants ont ainsi pu réaliser des dessins collectivement, par tour de rôle, en faisant des ajouts successifs au dessin déjà visible, ce qui nécessitait de prendre en compte les éléments préalablement ajoutés et donc les idées émises par les autres enfants. Ces ateliers ont ainsi permis aux enfants de se décentrer de leurs propres préoccupations pour s'intégrer dans un projet de groupe et de favoriser les interactions.

- 2) La prise en charge groupale peut toutefois poser un certain nombre de difficultés.

2.1) Les objectifs individuels doivent pouvoir s'intégrer aux objectifs de groupe.

La prise en charge groupale implique des objectifs de groupe. Toutefois, certains enfants peuvent présenter des difficultés particulières qui ne sont pas obligatoirement concernées par les objectifs de groupe et qu'il est pourtant nécessaire de traiter. Des objectifs individuels peuvent alors s'inclure dans le protocole thérapeutique. Ainsi, la stratégie thérapeutique peut être différente pour chacun des enfants alors même qu'il s'agit d'une prise en charge groupale. Or, il est difficile de mener une action de soin individualisée dans un atelier de groupe puisque la stratégie thérapeutique utilisée pour un enfant peut ne pas être adaptée aux autres enfants, et ainsi ne pas avoir sa place dans l'atelier de groupe.

Les études de cas présentées précédemment sont donc à remettre dans un contexte de groupe : certaines stratégies thérapeutiques ont trouvé leurs limites du fait qu'elles ne pouvaient pas être exploitées au mieux dans le groupe car non adaptées à un autre enfant.

2.2) La prise en charge groupale rend l'observation plus difficile.

En situation de groupe, il est plus difficile de mener une observation fine. En effet, il faut être vigilant à ne pas porter son attention sur un seul enfant au détriment des autres. Les interactions entre les enfants doivent également être observées. L'observation est par ailleurs rendue plus difficile en raison du fait que ces enfants ayant peu d'autonomie, l'art-thérapeute doit aider les enfants. L'art-thérapeute est donc entièrement impliqué dans l'activité en elle-même et ne peut pas avoir uniquement une position d'observateur. De plus, si un enfant nécessite une aide continue, il sera difficile pour l'art-thérapeute de mener une observation rigoureuse concernant les autres enfants présents. C'est pourquoi la présence d'un co-thérapeute est absolument nécessaire pour les ateliers de groupe avec ce public. Le co-thérapeute pourra ainsi aider les autres enfants et fournir des éléments d'observation supplémentaires à l'art-thérapeute.

2.3) Il serait intéressant d'allier prise en charge individuelle et prise en charge groupale.

Auprès d'enfants avec autisme, l'atelier de groupe est intéressant puisqu'il permet aux enfants d'être au contact des pairs et de développer éventuellement leurs interactions. Toutefois, il arrive qu'un enfant présente des difficultés particulières qui nécessiteraient une prise en charge individuelle. Par exemple, si un enfant présente une trop grande rigidité, le groupe peut être mis à mal et l'art-thérapeute risque de porter son attention sur cet enfant et cette difficulté uniquement, au détriment du reste du groupe. Dans ce cas, il est préférable de proposer une prise en charge individuelle dans un premier temps, pour enfin intégrer l'enfant dans un atelier de groupe dans un second temps.

3) Travailler auprès d'enfants avec autisme implique des difficultés spécifiques.

3.1) Les enfants avec autisme font parfois illusion et peuvent instrumentaliser l'adulte.

Il arrive que l'enfant avec autisme fasse illusion et trompe ainsi les premiers constats de l'adulte. Par exemple, l'enfant peut avoir un langage développé (verbalisations nombreuses et relativement adaptées, stock lexical relativement riche), ce qui fera penser que l'enfant a de bonnes capacités de compréhension. Or, il arrive que certains enfants utilisent leurs habiletés pour masquer leurs difficultés de compréhension.

De même, l'adulte peut penser dans un premier temps que l'enfant a une bonne capacité de communication. Toutefois, il est nécessaire d'être vigilant à la façon dont l'enfant s'exprime. Il ne suffit pas que l'enfant s'adresse à l'adulte, ce qui serait davantage une expression à visée communicante plutôt qu'une réelle communication. En effet la communication repose sur un principe d'échange. Il faut donc pouvoir identifier si l'enfant se situe réellement dans une transmission d'informations. Pour cela, il faut pouvoir s'assurer que ce qui est exprimé par

l'enfant ne correspond pas à une expression plaquée, utilisée de façon stéréotypée, et que l'enfant soit réceptif à la réponse de l'adulte et capable d'y réagir de manière adaptée. De plus, il arrive que l'enfant établisse un contact avec l'adulte, non pour s'inscrire dans une relation mais pour se servir de cette interaction dans un but précis. C'est pourquoi l'évaluation des enfants avec autisme doit être particulièrement précise.

3.2) Le hors-verbal peut susciter l'empathie de la part du professionnel avec un effet néfaste.

Lors de la prise en soin, le hors-verbal, et donc ce qui est de la relation, peut susciter chez l'art-thérapeute de l'empathie. Or, ce sentiment peut produire des effets néfastes si l'art-thérapeute a des difficultés pour maintenir une certaine distance avec le patient. En effet, l'art-thérapeute doit faire preuve de discernement pour garder une certaine objectivité et évaluer les comportements de l'enfant avec pertinence, et être vigilant à la façon dont l'enfant investit la relation au regard des risques explicités dans le paragraphe précédent.

Partie III

Un atelier d'art-thérapie à dominante musique au sein du service met en évidence la complémentarité des dominantes musique et arts-plastiques dans la prise en charge des enfants avec autisme.

A/ La pratique des arts-plastiques peut ne pas convenir à ces enfants.

1) La pratique des arts-plastiques peut isoler la personne.

1.1) Le rapport à l'autre n'est pas direct.

Contrairement au théâtre ou à la musique où le traitement mondain ne peut se faire sans la présence de l'artiste, les arts-plastiques impliquent un rapport au public beaucoup plus indirect. En effet, l'artiste n'est pas nécessairement présent lorsque l'œuvre est contemplée par les spectateurs. De même, alors que les musiciens et les comédiens peuvent directement impliquer le public dans le spectacle, lors de concerts et de représentations théâtrales, la communication entre l'artiste et le contemplateur dans les arts-plastiques est là encore une fois très différente, ce qui pose la question de savoir si les arts-plastiques sont réellement une dominante pertinente pour favoriser la communication.

De plus, il est rare que la production en arts-plastiques soit réalisée collectivement, même si cela est possible. Alors que la musique privilégie l'activité groupale, les arts-plastiques se pratiquent le plus généralement seul. Cette activité peut donc être pour certaines personnes un moyen de s'isoler.

1.2) L'enfant avec autisme peut utiliser les gratifications sensorielles comme un moyen d'auto-stimulation.

Dans la pratique des arts-plastiques, et plus particulièrement de la peinture, le toucher occupe un rôle important, d'autant plus pour les personnes avec autisme. En effet, les enfants avec autisme prennent souvent plaisir à retrouver des sensations archaïques. Ainsi, le fait de se badigeonner les mains de peinture et manipuler la matière avec les doigts est une manière d'exploiter la peinture très souvent utilisée par ces enfants. Or, l'enfant peut utiliser ces sensations comme des auto-stimulations tactiles. Dans ce cas, l'enfant s'enferme dans l'activité qui renforce alors le symptôme autistique. La pratique de la peinture peut également amener l'enfant à s'auto-stimuler visuellement. Ces conduites doivent donc être repérées et l'activité réadaptée.

2) La pratique des arts-plastiques peut mettre en échec.

2.1) La pratique des arts-plastiques peut mettre en échec les personnes ayant de grosses difficultés motrices.

Les arts-plastiques nécessitent une certaine habileté motrice afin de manipuler les matériaux.

Or, les enfants avec autisme présentent souvent une maladresse motrice. Tenir un pinceau, tracer un trait ou encore presser une éponge sont autant de gestes qui peuvent poser une réelle difficulté à l'enfant. La pratique de cette activité peut donc mettre l'enfant en situation d'échec.

2.2) Les matériaux salissants peuvent susciter l'anxiété des enfants avec autisme.

Une des particularités des arts-plastiques est d'être une activité salissante. Or, il n'est pas rare que les enfants avec autisme manifestent de l'anxiété face au fait de se salir. Des rituels concernant la propreté peuvent être présents et ces enfants peuvent avoir une hypersensibilité à certaines sensations tactiles, mais aussi à certaines odeurs. Ainsi, l'aspect et le toucher de certains matériaux, ainsi que leur odeur peut être un frein dans l'activité avec ces enfants. L'utilisation de la peinture, par exemple, peut être contre-indiquée pour certains enfants.

2.3) Le support vierge peut mettre l'enfant face à son manque d'initiatives.

Le fait de laisser sa trace, phénomène très intéressant pour certains aspects, a néanmoins un inconvénient majeur : la « feuille blanche », source d'anxiété pour les artistes en mal d'inspiration.

En art-thérapie, et plus précisément avec des enfants avec autisme, le fait de mettre l'enfant face à un support vierge qu'il doit « remplir » peut être particulièrement angoissant. Ces enfants se caractérisent en effet par une difficulté à mettre en œuvre des activités. Le manque d'initiatives et le manque d'idées chez ces enfants peut alors entraîner une mise en échec face à un tel exercice.

B/ La musique pourrait alors être une alternative intéressante dans la prise en charge art-thérapeutique des enfants avec autisme.

1) La dominante musique peut pallier les limites de la dominante arts-plastiques.

1.1) La musique est peut-être la dominante privilégiée pour initier un contact avec l'enfant avec autisme.

1.1.a) La production collective est favorisée dans la musique.

Bien que la musique peut tout à fait se pratiquer seul, la pratique collective est très répandue dans cette dominante. La pratique en groupe permet ainsi d'inclure plusieurs sortes d'instruments ou plusieurs voix s'il s'agit d'une pratique vocale. Le groupe nécessite donc une bonne coordination entre les membres du groupe pour que l'ensemble musical soit harmonieux. Le rapport à l'autre et l'ajustement des interactions sont donc particulièrement impliqués dans la musique. Cette dominante semble alors tout à fait pertinente dans la prise en soin des enfants avec autisme. En effet, la production collective est privilégiée du fait que l'enfant peut procéder par imitation et « répondre » aux sons créés par l'art-thérapeute. De plus, une hypothèse pourrait être formulée : si deux personnes émettent des sons musicaux en même temps, l'intention d'harmoniser les deux productions sonores émerge éventuellement plus naturellement que dans le cas où deux personnes peindraient simultanément, du fait qu'une dysharmonie sonore est certainement plus facilement détectable et gênante qu'une dysharmonie visuelle (dysharmonie des coloris par exemple), moins accessible à un œil inexpérimenté. L'ajustement des interactions serait alors plus facilement exploitable dans la pratique musicale. Cette hypothèse peut être étayée par l'existence d'un phénomène particulier inhérent à la musique, le principe de sympathie.

1.1.b) La musique met en jeu le principe de sympathie.

Le principe de sympathie en musique désigne le fait qu'un instrument, en produisant un son, fasse vibrer la corde produisant ce même son sur un autre instrument. Ce principe peut s'étendre à l'être l'humain. Dans ce cas, le principe de sympathie, en art-thérapie, est le fait d'être avec l'autre, et donc en relation. La musique serait alors une dominante privilégiée pour permettre aux êtres humains d'entrer en relation les uns avec les autres car en effet, « la musique avec l'association des mots a un pouvoir d'union et d'entraînement entre les hommes. »⁴⁶

1.1.c) Les enfants avec autisme sont souvent sensibles à la musique.

Les enfants avec autisme présentent des particularités sensorielles, et très souvent au

⁴⁶ FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Lausanne : Favre, 2004, p.55.

niveau auditif en particulier. Même si ces enfants semblent indifférents à certains sons, la musique, en revanche, les attire souvent. La musique est alors une dominante intéressante pour susciter l'intérêt des enfants et favoriser leur implication dans l'activité.

De plus, contrairement aux arts-plastiques qui ont parfois une connotation scolaire du fait qu'ils sont souvent employés dans les activités scolaires pour leur intérêt pédagogique, ce qui peut provoquer chez l'enfant une certaine anxiété voire un refus de participer à un atelier d'arts-plastiques par peur de l'échec, la musique n'a généralement pas cette connotation et est plus facilement identifiée comme une activité de loisir.

1.1.d) La musique peut faciliter la compréhension des émotions.

Une étude⁴⁷ menée auprès de 12 jeunes avec autisme âgés de 11 ans et demi a permis de démontrer que la musique pouvait faciliter la compréhension des émotions.

Dans cette étude, les enfants devaient décoder quatre émotions (le bonheur, la tristesse, la colère et la peur). Plusieurs conditions étaient proposées : aucune indication sur l'émotion sélectionnée, uniquement des indications verbales, indications verbales associées à une musique de fond correspondant à l'émotion sélectionnée, et le chant de chansons écrites spécialement sur l'émotion concernée.

Les résultats ont indiqué que les enfants ont augmenté significativement leur compréhension des quatre émotions. La condition avec la musique de fond était significativement plus efficace que les trois autres conditions pour améliorer la compréhension des émotions.

La compréhension des émotions étant indispensable pour interagir socialement de manière adaptée, la musique semble donc être un outil à exploiter pour aider les enfants avec autisme à améliorer leurs interactions.

1.2) Les aptitudes motrices ne sont pas forcément nécessaires pour faire de la musique.

1.2.a) Dans la pratique musicale, motricité globale et fine sont impliquées.

En musique, la motricité globale est impliquée puisque la pratique d'un instrument nécessite d'adopter une posture adaptée à l'instrument utilisé. Concernant la pratique vocale, la position du corps est également très importante: les muscles doivent être détendus, la personne doit se tenir droite, penché ni en arrière ni trop en avant.

La motricité fine est également impliquée, notamment pour la maîtrise d'instruments: doigté pour les claviers, placement des lèvres pour les instruments à vent comme la flûte. La coordination est alors particulièrement sollicitée pour effectuer l'ensemble des gestes nécessaires pour faire sonner l'instrument.

1.2.b) Toutefois, certaines techniques n'impliquent pas la manipulation manuelle.

La musique implique la motricité d'une façon particulièrement pointue. Or, les enfants avec autisme présentent souvent des difficultés motrices. A première vue, la pratique musicale semble donc complexe pour ces enfants.

⁴⁷ KATAGIRI, J. The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism. *Journal of Music Therapy*, Vol 46(1), 2009. pp. 15-31.

Cependant, en musique, il est relativement simple de contourner les difficultés motrices. Ainsi, la manipulation manuelle qui pose particulièrement problème à ces enfants n'est pas forcément nécessaire: le chant peut être proposé à la place de la pratique instrumentale. De même, des percussions corporelles simples permettront à l'enfant d'avoir une implication corporelle adaptée à ses capacités.

Enfin, c'est là qu'intervient l'intérêt d'employer des moyens non conventionnels pour obtenir une production musicale, avec par exemple le détournement d'objets du quotidien en instruments sonores. Ainsi, la performance liée à la bonne utilisation de l'instrument de musique n'est plus présente puisque l'enfant est libre d'employer la manière qu'il souhaite pour obtenir des sons, sans devoir utiliser une technique particulière.

2) Un atelier d'art-thérapie à dominante musique au sein du service démontre les effets positifs de cette pratique auprès d'enfants avec autisme.

2.1) L'atelier d'art-thérapie à dominante musique a pour objectif principal la socialisation.

2.1.a) Cet atelier concerne deux groupes de jeunes enfants âgés de 4 à 7 ans.

L'atelier d'art-thérapie à dominante musique est mis en place au Centre Universitaire de Pédopsychiatrie également mais concerne deux autres groupes d'enfants.

Un atelier est proposé à deux jeunes garçons du groupe "Winnie", âgés de quatre ans et demi et cinq ans et deux mois au moment du début de la prise en soin. Ces deux garçons présentent un diagnostic d'autisme atypique.

Un co-thérapeute est présent lors des séances.

Le second atelier correspond davantage à un atelier d'animation en art-thérapie. Il concerne cinq enfants, âgés de quatre à sept ans. Cet atelier est proposé à un groupe d'enfants accueillis en soins séquentiels. Ces enfants présentent des troubles différents: autisme pour un des enfants, troubles du langage pour deux enfants, psychose pour un enfant et trouble neuro-développemental pour un autre enfant.

Deux co-thérapeutes sont présents pour cet atelier.

Les séances sont hebdomadaires pour les deux groupes et ont une durée moyenne de 35 minutes.

2.1.b) L'objectif art-thérapeutique est groupal et concerne la socialisation de ces enfants.

Les objectifs sont définis pour l'ensemble du groupe. Ils concernent principalement l'amélioration de la communication et des interactions.

Ce sont en effet les difficultés communes rencontrées par l'ensemble des enfants, quel que soit leur trouble.

Les moyens utilisés par sont principalement des jeux et exercices basés sur l'imitation entre l'art-thérapeute stagiaire et les enfants.

La pratique vocale, sonore, instrumentale et corporelle est sollicitée.

2.2) Une étude de cas montre les effets positifs de l'art-thérapie à dominante musique auprès des enfants avec autisme.

2.2.a) Les objectifs principaux pour cet enfant sont l'amélioration de la communication et de l'interaction sociale.

C. est un jeune garçon avec autisme âgé de cinq ans et deux mois. Il est présent sur l'hôpital de jour depuis mars 2011, d'abord sur le groupe "Poppi", avant d'intégrer le groupe "Winnie" en septembre 2012. La communication et l'interaction sociale sont particulièrement altérées chez cet enfant.

En effet, l'état de base montre un enfant n'utilisant pas le langage et ignorant son camarade présent en atelier. Le regard est fuyant et C. apparaît comme craintif. Le tour de rôle n'est pas possible et C. n'est pas capable d'imiter ce qui est proposé par l'art-thérapeute stagiaire.

Les objectifs pour cet enfant portent donc principalement sur l'amélioration de la communication et des interactions.

Par ailleurs, des auto-stimulations très fréquentes perturbent le comportement de cet enfant qui déambule continuellement.

2.2.b) L'enfant a progressé dans ses capacités d'interaction sociale et de relation.

A la fin de la prise en soin, l'art-thérapeute stagiaire a observé des progrès significatifs.

C. est en effet capable d'imiter et le langage est présent. Des imitations vocales sont possibles (bruitages, onomatopées). C. est capable de nommer les instruments à leur écoute et chante la comptine proposée par l'art-thérapeute stagiaire lors de la dernière séance. C. est capable de maintenir le contact oculaire face au regard de l'adulte et adresse parfois des regards à sa propre initiative.

C. porte également davantage d'attention à son camarade et est capable de respecter un tour de rôle.

Par ailleurs, C. ne déambule plus du tout, ce qui lui a permis d'accroître sa capacité d'attention et de concentration sur l'activité.

C/ Or, la dominante musique peut sembler moins pertinente que les arts-plastiques pour certains mécanismes.

1) La musique ne permet pas de laisser une trace pérenne.

1.1) La musique ne facilite pas autant le repérage dans le temps que les arts-plastiques.

Dans la pratique des arts-plastiques, ce qui s'est passé en séance laisse une matérialité à travers la production obtenue. Ainsi, les productions peuvent être reprises par la suite et montrées en début de séance pour rappeler ce qui a été fait précédemment. La production peut alors être le rappel d'un moment passé, ce qui fournit un repère temporel aux enfants. Ces enfants ayant des difficultés à se situer dans le temps et l'espace, il est intéressant de garder une trace matérielle de l'activité.

Or, à l'inverse des arts-plastiques, la musique implique une pratique dans l'instantanéité. Il est donc plus difficile de rappeler ce qui a été fait et il ne subsiste pas de trace de l'évolution des productions que les enfants pourraient contempler de façon différée. La temporalité n'est pas marquée par quelque chose de matériel. On peut alors se demander comment les enfants investissent ce temps musical et ce qu'ils en retiennent.

1.2) La mémoire visuelle est moins privilégiée que dans les arts-plastiques.

Les enfants avec autisme ont souvent une bonne mémoire visuelle. Cette aptitude est très importante puisqu'elle aide l'enfant à se repérer dans son environnement et comprendre ce qui l'entoure. Or, la musique ne privilégie pas particulièrement la mémoire visuelle mais plutôt la mémoire auditive et procédurale. L'art-thérapie consiste à solliciter les parties saines du patient pour mener une action de soin. La mémoire visuelle est donc un mécanisme qu'il est important de solliciter dans les prises en soin avec les enfants avec autisme, mais la musique n'est donc pas la dominante privilégiée pour exploiter cette partie saine.

2) La dominante musique privilégie moins les mécanismes cognitifs que les arts-plastiques.

2.1) La sollicitation de l'imaginaire est moins accessible dans la pratique musicale.

La sollicitation de l'imaginaire est très difficilement accessible dans la prise en soin auprès d'enfants avec autisme. Cependant, avec des enfants ayant un niveau cognitif plus avancé, les arts-plastiques peuvent permettre un certain accès à l'imaginaire. En effet, dans les arts-plastiques, l'abstraction peut être représentée par le dessin, ce qui permet de donner une forme concrète à l'idée abstraite. Cette possibilité est très peu exploitable dans la dominante musique. En effet, la musique se manifestant par des sons, c'est-à-dire des entités immatérielles, l'association de sentiments ou de représentations aux sons est particulièrement abstraite, et donc peu accessible aux enfants avec autisme.

2.2) La pratique musicale ne permet pas de mettre en œuvre la capacité de représentation.

Le dessin est la dominante privilégiée pour exploiter la capacité de représentation. La capacité de représentation est le reflet de la compréhension que l'on a du monde qui nous entoure. Il est donc important de développer cette capacité chez les enfants avec autisme. Or, la musique étant quelque chose de non visible et donc abstrait, cette dominante ne permet pas d'exploiter au mieux cette faculté de représentation.

D/ Musique et arts-plastiques peuvent être complémentaires dans les prises en charge art-thérapeutiques auprès des enfants avec autisme.

1) Un tableau récapitule les avantages et inconvénients de chaque dominante.

Arts-plastiques		Musique	
<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>	<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
	La pratique collective n'est pas privilégiée.	La pratique collective est privilégiée.	
	Le rapport au public est indirect (expositions).	Le rapport au public est souvent direct (concerts).	
	Les arts-plastiques peuvent mettre en échec les enfants ayant de grosses difficultés motrices.	Les habiletés motrices ne sont pas forcément nécessaires pour faire de la musique.	
	Les matériaux salissants peuvent susciter l'anxiété des enfants avec autisme.		Le bruit peut gêner les enfants ayant une hypersensibilité auditive.
Les arts-plastiques peuvent stimuler la mémoire visuelle et procédurale.		La musique peut stimuler la mémoire auditive, autobiographique et procédurale.	La musique ne stimule pas de façon privilégiée la mémoire visuelle, particulièrement opérante chez les enfants avec autisme.
La production peut être utilisée comme un support visuel pour aider l'enfant à se repérer dans le temps et verbaliser.			La production ne peut pas être utilisée comme un support visuel.
La production peut être contemplée et corrigée de façon différée.			La production ne laisse pas de trace dans le monde visible ; elle ne peut donc pas être contemplée ni corrigée ultérieurement.

Les arts-plastiques sollicitent l'imaginaire et la représentation.			L'imaginaire et la représentation ne sont pas sollicités de façon privilégiée dans la pratique musicale.
--	--	--	--

2) Musique et arts-plastiques peuvent être complémentaires dans les prises en soin en art-thérapie.

2.1) La dominante doit être choisie en fonction des besoins de l'enfant et de ses intérêts.

Le tableau précédent met en évidence la complémentarité des dominantes musique et arts-plastiques puisque celles-ci n'ont pas les mêmes avantages et inconvénients. La dominante peut donc être choisie en fonction des besoins de l'enfant, en étant vigilant à ses particularités qui pourraient éventuellement contre-indiquer une des deux dominantes.

Le choix de celle-ci doit tout d'abord se faire en fonction des préférences de l'enfant. En effet, l'enfant peut ne pas être sensible aux arts-plastiques mais être intéressé par la musique, par exemple.

2.2) Chaque dominante peut être exploitée séparément ou bien elles peuvent être conciliées.

Les arts-plastiques pouvant solliciter de façon privilégiée certains mécanismes cognitifs, cette dominante peut être proposée aux enfants ayant un niveau cognitif plus avancé et des capacités relationnelles plus développées, tandis que la musique peut être proposée dans un premier temps, auprès d'enfants qui présentent un déficit du contact important.

Il est également possible d'allier les deux dominantes : par exemple, à l'intérieur de la dominante arts-plastiques, les aspects sonores peuvent être exploités. Le phénomène associé⁴⁸ qui est le son deviendra alors une dominante et des liens peuvent ainsi être créés entre arts-plastiques et musique afin de pouvoir exploiter les avantages de l'une et de l'autre.

2.3) Un inconvénient relatif à une dominante peut devenir dans certains cas un avantage.

Enfin, les inconvénients relatifs à l'une ou l'autre des dominantes peuvent être relativisés. En effet, un inconvénient peut devenir un avantage dans certains cas. Par exemple, le rapport à l'autre indirect dans les arts-plastiques peut avoir l'avantage d'être moins anxiogène : dans le cas d'une contemplation par autrui, c'est le dessin seul qui sera jugé, en toute indépendance de celui qui l'a produit, et non la personne *en train de faire*, comme c'est le cas d'un musicien.

De même, l'exposition des productions en musique pourra provoquer la sensation de trac, tandis que l'exposition en arts-plastiques est beaucoup moins anxiogène puisque l'artiste n'est pas nécessairement présent.

⁴⁸ Voir glossaire.

Pour ce qui est de la musique, le fait que la production ne laisse pas de trace visible, d'abord pensé comme un inconvénient, peut parfois être un avantage. Par exemple, dans le cas d'un enfant présentant une anxiété massive par rapport à l'échec, il sera peut-être plus facile pour lui d'investir l'activité si ses maladresses sont du domaine de l'instantanéité et ne laissent pas de trace.

CONCLUSION

Ce travail posait l'hypothèse de l'efficacité de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques concernant l'amélioration de l'expression, de la communication et de la relation de l'enfant avec autisme.

Les arguments théoriques mettent en lien les spécificités de l'autisme qui sont l'altération de la communication verbale et non-verbale, la difficulté à établir des interactions sociales, le caractère répétitif, restreint et stéréotypé des activités, comportements et intérêts, et les difficultés motrices, avec les spécificités des arts-plastiques qui sont l'exploitation d'un matériau en vue d'une communication entre l'intérieur et l'extérieur (producteur et public) grâce à une expression non-verbale, un mode d'expression diversifié au travers la multitude de matériaux et techniques concernés par cette dominante et l'implication privilégiée de la motricité fine.

La présentation d'études de cas a permis d'illustrer ces arguments de manière plus concrète.

Ainsi il est possible de conclure à un effet positif de l'art-thérapie à dominante arts-plastiques sur l'expression, la communication et la relation de l'enfant avec autisme car le bilan de la prise en soin en art-thérapie s'avère positif.

En effet, le premier cas de A., pour lequel les objectifs étaient d'améliorer l'expression, le mode relationnel avec les pairs et la motricité fine, montre que l'atelier d'art-thérapie a permis une amélioration de l'expression avec une plus grande capacité à évoquer ce qui a été fait en séance, à accéder à la narration, et à avoir un discours moins perturbé par des thèmes récurrents non adaptés, ainsi qu'une amélioration de la motricité fine avec l'abandon de la prise palmaire.

Le cas de V., pour lequel les objectifs étaient d'assouplir la rigidité, d'améliorer la communication et les interactions avec les pairs, a permis d'observer une baisse de la rigidité et une communication plus authentique avec une diminution des verbalisations stéréotypées.

Toutefois, il est important de rappeler que les progrès observés ne peuvent pas être associés au seul atelier d'art-thérapie. La prise en charge en art-thérapie s'effectue parmi d'autres prises en charge pluridisciplinaires. C'est donc l'action thérapeutique menée par les l'ensemble des professionnels qui aide l'enfant à évoluer positivement, et non une seule discipline.

De plus, certains objectifs n'ont pas été atteints ou sont encore à renforcer. Il faut toutefois rappeler que l'autisme est un handicap qui affecte le patient durablement et non une maladie curable.

Par ailleurs, les recherches bibliographiques soulèvent la question de l'efficacité de la musique dans les prises en soin des enfants avec autisme. En effet, il semblerait que ces enfants soient sensibles à la musique et que cette dominante produise des effets particulièrement bénéfiques pour eux.

Dans la troisième partie de ce mémoire était donc discutée la pertinence des dominantes arts-plastiques et musique lorsqu'elles sont mises en comparaison. L'existence d'un atelier d'art-thérapie à dominante musique au sein du même service où s'est déroulé l'atelier d'art-thérapie à dominante arts-plastiques a permis d'étayer cette comparaison.

Ce travail de réflexion aboutit à l'hypothèse que la musique serait éventuellement plus pertinente pour faciliter les interactions et l'entrée en relation. Toutefois, pour les enfants communicants, les arts-plastiques offrent l'avantage d'investir les activités cognitives tout en

gardant la possibilité de puiser dans l'archaïsme grâce aux gratifications sensorielles privilégiées dans les arts-plastiques (tactiles notamment).

Musique et arts-plastiques peuvent donc être complémentaires.

Or, outre la réflexion sur les effets produits par l'une et l'autre des dominantes, exercées indépendamment, il pourrait être intéressant de réfléchir à l'effet combiné des deux dominantes.

En effet, puisque la musique faciliterait la compréhension des émotions et que le dessin permettrait la représentation visuelle des émotions et des situations sociales, il pourrait être intéressant de proposer un atelier d'art-thérapie combinant les deux dominantes, par exemple en permettant de dessiner ou de peindre en accompagnant cette activité par une écoute musicale. Il s'agirait alors d'observer si l'écoute musicale favoriserait ou non l'expression picturale et si l'expression d'émotions au travers la production en serait facilitée.

Le fond musical pourrait également favoriser la détente et réduire éventuellement l'anxiété et l'agitation.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Paris : Masson, 2004, p. 58-59.

ASPERGER, Hans. Die autistische Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 1944, 117.

BARTHELEMY, Catherine et BONNET-BRILHAULT, Frédérique. L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte. Paris : Médecine Sciences publications [Lavoisier], 2012.

BLOCH, Oscar et VON WATERBURG, Walter. *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris : Presses universitaires de France, 2008.

CHECK, Eve. *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques est mis en place auprès de jeunes autistes déficitaires dans le contexte de l'association « Espace Kiêthon »*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 100P. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2009.

COOPER, B., WIDDOWS, N. Knowing yourself knowing others: Activities that teach social skills (p.6). *Norwalk, CT: Instant Heip Press*, 2004.

DORON, Roland et PAROT, Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 2011.

FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art occidental*. Lausanne : Favre, 2004, p.55.

FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 5^e éd. Lausanne ; Paris : Favre, 2007.

GRANDIN, Temple. *Ma Vie d'Autiste*. Paris : Odile Jacob, 2000.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. Esthétique. Paris: Flammarion, 2009, p.61.

HOBSON R.P., The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1986, 27, 321-342.

KANNER, Léo. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943. Trad : Berquez Gerard, *L'autisme infantile, introduction à une clinique relationnelle selon Kanner*. Paris : Presses universitaires de France.

KATAGIRI, J. The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism. *Journal of Music Therapy*, Vol 46(1), 2009. pp. 15-31.

LELORD, Gilbert., Physiopathologie de l'autisme. Les insuffisances modulatrices cérébrales. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 1990, 38, 43-49.

LEMARQUIS, Pierre. *Portrait du Cerveau en Artiste*. Paris : Odile Jacob, 2012, p.177.

LENOIR, Pacal, MALVY, Joëlle et BODIER-RETHORE, Chrystèle. *L'autisme et les troubles du développement psychologique*. Paris : Masson, 2003.

MARIE, Kathleen. Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, Vol 30(1), Jan, 2008. pp. 27-36.

MASLOW, Abraham. *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*. Paris : Eyrolles, 2003, p.28.

MULLER, Valérie. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts-plastiques et musique propose une stratégie thérapeutique accessible au patient gravement handicapé par l'autisme*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 96P. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2011.

ORNITZ, E. M., L'autisme au point de rencontre entre la transformation sensorielle et la transformation informationnelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 1986, 34, 329-333.

PIONNEAU, Amandine. *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès d'un enfant autiste*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 94p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2009.

RANDOU, Géraldine. *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique et arts-plastiques montre la pertinence des outils d'évaluation art-thérapeutiques avec les enfants autistes*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 93P. Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2009.

SPITZ, René Arpad. (1946). Hospitalism. A follow-up report on investigation described in volume I, 1945. *The psychoanalytic study of the child*, 1946, 2, 113-117.

VAN ENGELAND, Herbert. The electrodermal orienting response to auditive stimuli in autistic children, normal children, mentally retarded children and child psychiatric patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1994, 14, 3, 261-279.

WALLON, Henri. *L'évolution psychologique de l'enfant*. 12^e éd. Paris : Armand Colin, 2012.