

UNIVERSITE de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie

6, rue de la Milétrie

TSA 51115

86073 POITIERS Cédex 9 - France

Un atelier d'Art-Thérapie «Musique, chant, comptines et petites percussions » auprès de mamans migrantes présentant des signes de la dépression due à la situation de l'exil, et de leurs enfants, peut favoriser les interactions précoces mère-enfant.

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

Valérie ROBIC

2017

Référent universitaire :

Monsieur Jean-Jacque Giraud,

Professeur honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Sous la direction de: **Madame Valérie GABOULAUD,**

Docteur en Médecine, Protection Maternelle Infantile, Lorient

Lieu de stage :

Conseil Général
Protection Maternelle Infantile
Boulevard Hériot, 56100, LORIENT

PLAN

PLAN	2
REMERCIEMENTS	5
PREAMBULE ET PRESENTATION DE L'ETUDE	6
<u>PARTIE 1 – INTRODUCTION</u>	7
1.1 Pathologie étudiée	8
1.1.1 Définition de la Santé selon l'OMS.....	8
1.1.2 Définition de la Dépression.....	8
1.1.3 Définition de la Dépression du post-partum.....	9
1.1.4 Les interactions précoces mère-enfant.....	10
1.1.5 La prévention et le soutien à la parentalité.....	10
1.1.6 Les précurseurs de la clinique des liens précoces mère-enfant.....	10
1.2 Constat (avec/sans Art-Thérapie) ?	11
1.3 Définition de l'Art-Thérapie et de l'Art-Thérapeute	11
1.3.1. Définition de la Musicothérapie.....	11
1.3.2. L'Art-Thérapie dans l'histoire.....	12
1.3.3. La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies.....	13
1.3.3.1 Chant : berceuses, chansons de nourrices, histoires et comptines chantées.....	13
1.3.3.2 Musique : petites percussions et écoute de musique.....	14
1.4. L'impact de la Musique et ses bénéfices sur les patients	14
1.4.1. L'influence des interventions thérapeutiques musicales sur la plasticité cérébrale....	14
1.4.2 La Musique, un anti-douleur ?.....	14
1.4.3. La recherche des bénéfices thérapeutiques induits par la mise en place dans la prévention, d'ateliers d'Art-Thérapie auprès des mamans migrantes montrant des signes de la dépression et de leur enfant.....	15
<u>PARTIE 2 MATERIELS ET METHODES</u>	16
2.1 Matériels	16
2.1.1 Contexte.....	16
2.1.2 Les missions de la PMI*.....	16
2.1.3 Les missions complémentaires en réponse aux besoins.....	16
2.1.4 La PMI* fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire.....	17
2.1.5 Le choix des prises en charge et les objectifs thérapeutiques sont définis par le médecin de PMI*.....	17
2.1.5.1 Objectif principal commun à tous.....	17
2.1.5.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique.....	17
2.1.6 Grilles d'évaluation et schémas utilisés.....	17
2.1.6.1 Grilles scientifiques validées.....	17
2.1.6.2 Choix des items et raisons de ce choix.....	18
2.1.7 Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients.....	19
2.1.8 Stratégies thérapeutiques (travail avec les personnels médicaux et paramédicaux) et besoins des patients.....	20
2.1.8.1 L'équipe pluridisciplinaire.....	20
2.1.8.2 Le protocole art-thérapeutique.....	20
2.1.8.3 Projet thérapeutique.....	21
2.1.8.4 Les besoins des patients.....	21
2.1.9. Retombées attendues (Point Scientifique)	22
2.1.10. Organisation des séances	22
2.1.10.1 La mise en place d'un cadre pour les séances.....	22
2.1.10.2 La posture professionnelle de l'Art-Thérapeute.....	23

2.1.10.3 Les consignes.....	23
2.1.11 Evaluation des séances.....	23
2.2 Méthodes.....	24
2.2.1 Première Famille : N., L. et A. : famille russo-géorgienne, orthodoxe, russophone.....	24
2.2.1.1 Anamnèse.....	24
2.2.1.2 Traitement de la maman N.....	25
2.2.1.3 Objectifs Thérapeutiques.....	25
2.2.1.4 Séances art-thérapeutiques.....	26
2.2.1.5 Bilan des Séances de Madame N. et de sa fille A.....	35
2.2.1.6 Les Objectifs Généraux ont-ils été atteints ?.....	36
2.2.2 Seconde Famille : K., A. et R. : famille kosovare, musulmane, albanophone.....	37
2.2.2.1 Anamnèse.....	37
2.2.2.2 Traitement de la maman K.....	38
2.2.2.3 Objectifs Thérapeutiques.....	38
2.2.2.4 Séances art-thérapeutiques.....	39
2.2.2.5 Bilan des Séances de Madame K. et de sa fille R.....	48
2.2.2.6 Les Objectifs Généraux ont-ils été atteints ?.....	48
<u>PARTIE 3 RESULTATS</u>.....	49
3.1. Madame A et sa fille N.....	49
3.1.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés.....	49
3.1.2 Bilan.....	52
3.2. Madame K et sa fille R.....	53
3.2.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés.....	53
3.2.2 Bilan.....	59
<u>PARTIE 4 DISCUSSION</u>.....	60
4.1. Apports et bénéfices de l'étude.....	60
4.1.1 S'agit-il d'Art-Thérapie ou d'une activité occupationnelle ?.....	60
4.1.2. Bénéfices de l'étude.....	60
4.1.2.1 Pour les patients pris en soin durant le stage.....	60
4.1.2.2 Pour la mise en place de futures prises en soin en Art-Thérapie.....	61
A/ Au niveau de la PMI.....	61
B/ Au niveau de l'Etablissement Public de Santé Mentale, l'EPSM*.....	61
4.1.3. Echelles scientifiques (cf. 2.1.3.2).....	61
4.1.4 Items scientifiques personnalisés (cf. 2.1.3.2).....	61
4.1.5 Grilles d'observation des séances.....	61
4.2. Limites de l'étude.....	61
4.2.1. Nombres de séances.....	61
4.2.2. Déroulement des séances (cf. 2.1.8.1).....	62
4.2.3. Grilles d'évaluation et schémas utilisés (cf. 2.1.3).....	62
4.2.4. Auto-évaluation (cf. 2.1.9).....	62
4.3. Discussion du cadre conceptuel de l'Art-Thérapie (cf.1.3).....	62
4.3.1 Cadre thérapeutique (cf.2.1.8).....	62
4.3.1.1 Cadre physique des séances.....	62
A/ A la PMI*.....	62
B/ Au domicile.....	62
a) Cadre organisationnel des séances.....	62
b) Cadre thérapeutique.....	62

4.3.2 Relation thérapeutique.....	63
4.3.2.1 La particularité de travailler avec des patients qui ne parlent pas notre langue.....	63
4.3.2.2 Le Chant et la Musique sont langage, et chanter et jouer de la musique sont interculturels.....	64
4.3.2.3 Comment « dire » quand on ne comprend ni ne parle la langue du pays ?	64
A/ L'expression par le symbolique : Les vertus de l'Art, langage signifiant.	64
B/ La contemplation, l'écoute et la création.....	65
C/ La catharsis* par la Musique et le Chant.....	65
4.3.2.4 La particularité de travailler avec des patients d'une autre culture que la nôtre.....	66
A/ Implique de la part de l'Art-Thérapeute un respect vis-à-vis de la sensibilité de l'autre en regard des limites dues à sa culture, ainsi qu'une connaissance et une compréhension.....	66
B/ Permet la valorisation des patients par la richesse de leur culture.....	66
4.3.2.5 La particularité de travailler avec des patients en situation d'exil.....	66
4.3.3 L'alliance thérapeutique.....	67
4.3.3.1 La « Rencontre » avec l'autre.....	67
4.3.3.2 Une alliance thérapeutique de qualité dépend.....	67
4.3.3.3 Les qualités nécessaires à l'Art-Thérapeute.....	67
4.3.3.4 La nécessité de l'alliance thérapeutique.....	67
4.3.4 Besoins des patients.....	67
4.4 <u>Discussion de la posture soignante en tant que futur Art-Thérapeute</u>	68
4.4.1. Cadre thérapeutique : Etre Infirmière-Art-Thérapeute en pédopsychiatrie : quel regard, quel positionnement ?.....	68
4.4.2 Vis-à vis de la pratique du soin ?.....	68
4.4.3 Vis-à-vis du regard sur les patients et sur leur prise en soin ?.....	68
4.4.4 Dans le rapport à l'équipe pluridisciplinaire ?.....	69
4.4.2 Travail en collaboration avec les autres personnels.....	69
4.4.2.1 La richesse du travail en équipe pluridisciplinaire réside en plusieurs points.....	69
4.4.2.2 La confiance et la reconnaissance.....	69
4.4.3 Ouverture sur une autre Hypothèse.....	70
<u>PARTIE 5 CONCLUSION</u>	71
5.1 Point Scientifique.....	71
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	71
5.2 Point personnel.....	71
5.2.1 Sur la situation de ces personnes.....	71
5.2.2 Sur notre travail auprès des familles migrantes en Art-Thérapie.....	71
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	73
<u>GLOSSAIRE</u>	75
<u>ANNEXES</u>	78
Annexe I : Grilles d'évaluation scientifique : A/ L'échelle des troubles relationnels du bébé (ADBB Alarme- Détresse-Bébé) B/ Echelle GRMII de Fiori-Cowley et Murray.....	78
C/ Une des grilles dites de « Bobigny ».....	80
Annexe II : Grille d'évaluation personnalisée utilisée en séance.....	81
Annexe III : Fiche d'ouverture.....	82
Annexe IV : Fiche d'observation des séances.....	85
Annexe V : Fiche de clôture / Bilan art-thérapeutique de fin de prise en soin.....	86
Annexe VI : Masques d'auto-évaluation des patients en début et en fin de séance.....	88
Résumé Français – anglais	89

REMERCIEMENTS

Durant cette année de formation en Art-Thérapie, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, nous remercions tout particulièrement :

Le Professeur Jean-Jacques Giraud, Monsieur Benoît Pain, Valérie Landrault et l'ensemble des intervenants, pour la qualité de leurs enseignements ainsi que pour leurs conseils.

Le Docteur Valérie Gaboulaud, pour son soutien, son éclairage, sa confiance et son amitié.

L'Equipe Pluridisciplinaire de la PMI de Lorient, pour son soutien et son accompagnement tout au long de ce travail.

Le Docteur Loïc Le Moigne, pour son intérêt pour notre travail et pour son soutien.

Marie-Thérèse Esneault, pour son partage d'expériences et ses conseils.

Le Docteur Caroline Bova-Peyre et le Docteur Martine Flamery-Greffier, pour leur confiance.

Ce mémoire est dédié à Laurence Bailly, notre camarade de promotion.

« La musique commence là où s'arrête le pouvoir des mots. » Richard Wagner (1813-1883)

PREAMBULE

De formation initiale Guide-Conférencier, les nombreux voyages que nous avons effectués à travers le monde nous ont amenées à côtoyer des peuples de cultures différentes de la nôtre. Conteuse pour enfants, nous inventons depuis l'enfance contes et chansonnettes ou reprenons contes et chansons traditionnels. Nous avons enrichi notre travail par les Cours du Conservatoire de Théâtre qui nous ont apporté la pratique théâtrale afin de mettre en corps textes et récits et nous en avons fait notre profession.

Nous avons, par la suite, suivi une formation d'infirmière, et nous sommes spécialisées en psychiatrie puis en pédopsychiatrie, tout d'abord auprès des adolescents dans un service traitant la boulimie et l'anorexie puis dans un service ouvert pour jeunes présentant des conduites suicidaires, et depuis une dizaine d'années, auprès des jeunes enfants. Nous avons poursuivi, en complétant notre formation par une Licence de psychologie. Ces formations théoriques et ces expériences professionnelles nous ont donné l'opportunité de réfléchir à la possibilité de l'intégration du conte et du chant dans les soins afin qu'ils puissent être thérapeutiques pour les patients, hypothèse travaillée, à l'occasion de notre mémoire d'infirmière et dont nous poursuivons aujourd'hui la réflexion.

De l'utilisation de ces médiums Conte et Chant, dans le soin depuis 15 années, nous avons ressenti un manque théorique et technique qui a suscité en nous, le désir de nous former à l'Art-Thérapie. Notre choix s'est porté sur le DU d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine pour son orientation scientifique, dans la lignée de notre formation soignante.

PRESENTATION DE L'ETUDE :

Nous allons tenter de répondre à notre hypothèse de départ : « Un atelier d'Art-Thérapie «Musique, Chant, Histoires et Comptines chantées et petites Percussions, auprès de mamans migrantes présentant des signes de la dépression due à la situation de l'exil, et de leurs enfants, peut favoriser les interactions précoces mère-enfant. », en nous appuyant sur une étude menée auprès de deux familles migrantes suivies par le service de la Protection Maternelle Infantile (PMI) de Lorient .

Nous commencerons par exposer la pathologie dépressive des mamans, puis les enjeux et souffrances de ces familles en situation d'exil.

Nous poursuivrons par la présentation de notre lieu de stage, la PMI de Lorient et la spécificité de ce service.

Nous présenterons ensuite l'Art-Thérapie puis l'Art-Thérapie à orientation musicale, qui est celle utilisée dans nos ateliers et réfléchirons à notre hypothèse à travers les séances art-thérapeutiques proposées à ces deux familles durant notre stage à la PMI.

Nous effectuerons ensuite, une analyse, en nous appuyant sur les résultats relevés dans les tableaux et graphiques suite aux observations effectuées durant les séances, et analyserons l'évolution de nos patients sur l'ensemble des séances réalisées.

Nous achèverons ce travail de recherche par une discussion sur les apports et les bénéfices de notre étude, le cadre conceptuel de l'Art-Thérapie, une réflexion autour de notre future posture soignante d'Art-Thérapeute, et proposerons une ouverture sur une nouvelle hypothèse avant de conclure.

PARTIE 1 INTRODUCTION :

Les années 2015/2017 connaissent une crise appelée « crise des réfugiés ».

En France, le nombre de demandes d'asile est passé de 64811 en 2014 à 85726 en 2016, soit un ratio de une personne pour une ville de 82000 habitants. Plus d'un million ont traversé la Grèce, près d'un demi million d'entre elles ont demandé protection à l'Allemagne. Aux portes de l'Europe, mais surtout à celles de la Syrie, la Turquie a sur son territoire deux millions trois cent mille réfugiés en attente. La Jordanie a vu un million de réfugiés arriver. Le Liban, petit pays de moins de six millions d'habitants a accueilli sur son territoire plus d'un million trois cent mille réfugiés.

Sur le terrain, il s'agit davantage d'une crise des dispositifs d'accueil, et de la question de la prise en charge de la santé des migrants et notamment de la santé mentale de ces personnes exilées, dans leur grande majorité, victimes de violence politique et de traitements inhumains. Car l'exilé aujourd'hui est plus que jamais une figure d'exclu, dont l'arrivée est vécue sur le mode de l'intrusion, inquiétante, encombrante.

Que met-on sous le vocable « migrant » ? Ni une pathologie, ni un concept psychopathologique.

L'exil est le point commun à toutes ces personnes, cependant que chaque personne vit l'exil différemment, en fonction de son histoire personnelle, de ses forces et fragilités bien qu'indéniablement, cette situation hors norme ne reste pas sans effet, a un impact psychique, et induit des remaniements.

Sensible à la souffrance de cette population et en accord avec notre Directeur de mémoire, le Docteur Valérie Gaboulaud, formée aux soins transculturels*, médecin du service de Protection Maternelle Infantile de Lorient, service dans lequel nous effectuons notre stage, nous avons choisi de proposer une prise en soin en Art-Thérapie, mères-enfants, dans le contexte de souffrances psychiques de ces mamans dues à la dépression, dans le cadre de la prévention des liens précoces mère-enfant.

1.1 Pathologie étudiée :

La dépression, due à la vulnérabilité engendrée par la situation de l'exil, peut frapper les familles de migrants, parents et enfants.

1.1.1 Définition de la Santé selon l'OMS* :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».¹

1.1.2 Définition de la Dépression :

Selon les critères diagnostiques du DSM*-V :

Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1- Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable.)

2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)

3- Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5-Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Pour les familles de migrants, la dépression dans le cadre du « Syndrome d'Ulysse » :

Développé par le Professeur Achotegui de l'Université de Barcelone, en référence au mytique voyageur et aux innombrables épreuves qu'il traversa, la pathologie psycho-sociale atteint les migrants de toutes origines et se caractérise selon les degrés par la dépression, l'anxiété, la nervosité et l'obsession.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946.

Elle peut être déclenchée par la vulnérabilité due :

a) A un (des) événement(s) originel(s) dans le pays ou durant le voyage.

b) La situation dans le pays « d'accueil » :

Les conditions très difficiles de l'accueil des émigrés. En effet, ces personnes se trouvent plongées dans la précarité matérielle durant de longs mois voire des années, la précarité symbolique induite par les procédures, la mise en doute permanente de leur parole, la figure de fraudeur à débusquer ou encore l'infantilisation.

Priorité absolue des papiers, survie, système D., culpabilité, pertes de repères culturels, familiaux, amicaux, terre, langue, codes inconnus, insécurité, angoisse face à un avenir incertain.

c) L'absence douloureuse de ceux qui sont restés au pays, les amis, la famille et parfois des enfants, générant inquiétude et culpabilité, proches auxquels ils font croire que tout va bien pour eux dans le nouveau pays.

La situation particulière de la parturiente*

Les déclencheurs potentiels de la dépression du post-partum chez une mère en situation d'exil :

1.1.3 Définition de la Dépression du post-partum :

La dépression du post-partum (DPP) est le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent et concerne 10 à 15 % des mères. Son diagnostic repose sur les critères d'un épisode dépressif majeur, avec comme spécificité une apparition des symptômes dans les 4 (DSM*-IV) ou 6 semaines (CIM*-10) suivant l'accouchement. Les études reconnaissent néanmoins une fenêtre d'apparition plus longue (jusqu'à un an après l'accouchement). Les symptômes les plus fréquents sont des difficultés à s'endormir, des conduites hyperactives, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, de l'anxiété, une fatigue permanente. Des troubles de l'interaction mère-bébé peuvent également survenir.

La vulnérabilité des mères à cette période de grossesse et d'accouchement, passage du statut de fille à celui de mère, les met dans une situation de transparence psychique* (conceptualisée par Bydlowski*, 1997), c'est-à-dire qu'en période périnatale, le fonctionnement psychique de la mère est plus lisible, plus facile à percevoir que d'habitude. L'exil ne fait que potentialiser cette transparence psychique*. Au niveau psychique, il s'agit de la reviviscence des conflits, des émotions, des désirs et au niveau culturel, il s'agit de celles liées aux représentations culturelles, manières de faire et de dire, propres à chaque culture.

Quand la dépression surgit chez la maman migrante :

Perte de l'accompagnement et de l'étayage du groupe, de la préparation aux différentes étapes, impossibilité de donner un sens culturellement acceptable aux signes, tels que la tristesse, les dysfonctionnements harmonieux de la relation mère-bébé, les sentiments d'incapacités, absence de l'aide des com-mères pour comprendre ce qui lui arrive, pour déculpabiliser parce qu'elle ne va pas bien, alors que cette période d'accueil d'un bébé, en situation normale, est une période de grande joie !

La fragilité de ces mamans en situation de migration est également due à la préoccupation maternelle primaire* telle que Winnicott l'a conceptualisée).

Ainsi, dans cette situation de grande fragilité due à l'exil pour ces mamans, comment tisser des liens précoces sécurisés avec leurs enfants ?

Faire un bébé sur une terre inconnue et être maman de cet enfant en situation d'exil :

1.1.4 Les interactions précoces mère-enfant :

Définition des interactions précoces :

Elles se définissent, en général, comme « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires. » ²

Le bébé naît avec des compétences sensorielles et relationnelles. Celles-ci sont innées et comprennent une partie génétique et une partie développée pendant neuf mois. La maman ou la figure maternelle, doit répondre à tous les besoins primaires de son enfant : besoin de nourriture, de soins corporels adaptés, mais le petit enfant a également besoin de l'attention adaptée de sa maman pour l'envelopper d'affection, le guider, l'encourager dans toutes ses tentatives de communication émotionnelle et relationnelle (tactiles, visuelles, auditives et phoniques).

La qualité de ces interactions a une forte incidence sur la structuration psychique et somatique de qualité du jeune enfant.

Les pertes et les traumatismes précoces laissent une empreinte sur le cerveau de l'enfant et sur la qualité de l'attachement :

Les trois premières années de la vie sont maintenant reconnues comme étant une des périodes où la vulnérabilité de l'enfant est la plus grande par rapport à l'impact de la psychopathologie parentale et, plus particulièrement, de la pathologie maternelle.

Afin que les interactions précoces répondent aux besoins de son enfant, la maman doit donc être disponible physiquement et psychiquement.

1.1.5 La prévention et le soutien à la parentalité :

La prévention précoce se situe dès les débuts de la vie, et s'effectue, entre autres, dans les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI). Cette prévention en période périnatale, est essentielle car cette période est cruciale pour le développement du bébé, c'est aussi à ce moment-là que se construit la place du bébé dans la famille. Prévention mais soins aussi, dans le cas de ces familles, car les souffrances que vivent ces parents peuvent gravement affecter la relation de la mère et du nourrisson.

1.1.6 Les précurseurs de la clinique des liens précoces mère-enfant :

Juste avant la seconde Guerre Mondiale, dans les pouponnières accueillant les enfants abandonnés, une prise de conscience apparaît chez les professionnels prenant soin des enfants concernant les effets de la carence de soins maternels et après la guerre, sur les effets des séparations précoces prolongées.

La psychopathologie du tout-petit est inaugurée par cette prise de conscience et en parallèle, de celle de l'importance du lien, de la relation d'objet, de l'attachement et des interactions précoces parents-enfants.

² BARRACO M., LAMOUR M., *Souffrances autour du berceau, des émotions au soin*, p.15

« De grands systèmes de pensée se dégagent en psychanalyse, à la suite de l'oeuvre fondatrice de Freud », reposant tous sur une conception spécifique « du développement psychique propre de l'enfant » !... « Winnicott fit jouer un rôle essentiel...à la dépression maternelle comme cause de distorsion du développement de la personnalité (Winnicott, 1958) ». Précurseur dans le travail auprès des jeunes enfants ainsi que dans les connaissances concernant la fonction maternelle, son travail fut poursuivi par ses successeurs Bick* et Bion*. »

« ...différents systèmes » ont expliqué le « développement psychique précoce », tel celui proposé par « Spitz* avec ses « organisateurs » du développement précoce, le sourire, l'angoisse de l'étranger, le non et le oui (Spitz, 1946), de Bowlby* avec le rôle majeur de la séparation et de l'attachement (Bowlby, 1980), de Lacan avec l'idée du stade du miroir comme fondant la conscience de soi (Lacan, 1966), de Stern* et du développement du sens de soi avec l'autre (Stern, 1985) » parmi les plus reconnus.³

1.1 Constat (avec/sans Art-Thérapie) :

Compte tenu de l'importance d'agir le plus tôt possible afin de prévenir la cristallisation d'une dysharmonie dans les interactions précoces et prévenir des conséquences néfastes sur le développement du jeune enfant :

Dans le cadre de la prévention de ces interactions, une pratique de la musique, du chant, d'histoires et de comptines chantées, comportement habituellement naturel au sein de la dyade mère-enfant, ainsi que l'utilisation de petites percussions pourraient avoir des effets bénéfiques sur les mamans migrantes présentant des signes de la dépression due à la souffrance de la situation de l'exil et ainsi avoir des répercussions bénéfiques sur leur relation avec leurs enfants.

Nous proposons donc de réfléchir sur l'hypothèse suivante : l'Art-Thérapie peut concourir, avec les autres soins promulgués, à diminuer les signes de la dépression et de la souffrance dus à la situation de l'exil, et ainsi à prévenir la distorsion des interactions précoces mère-enfant.

Nous chercherons à valider notre hypothèse avec le support de l'étude de deux cas cliniques, présenterons les résultats de notre étude et conclurons.

1.3 Définition de l'Art-Thérapie et de l'Art-Thérapeute :

L'Art-Thérapie est « une pratique soignante, ou de développement personnel, fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création en utilisant les ressources de l'expression et de la création au service d'un projet d'accompagnement thérapeutique.

La profession d'Art Thérapeute s'ordonne autour d'un double niveau de compétences liant le relationnel et l'artistique par une mise en position de création de la personne et par un accompagnement de ses productions.

A cet effet, il met en place une relation spécifique centrée sur la création comme processus de transformation.

Ses suivis sont individuels ou en petits groupes, et peuvent être au long cours. »⁴

1.3.1. Définition de la Musicothérapie :

La Musicothérapie est une des composantes de l'Art-Thérapie.

« La Musicothérapie est une pratique de soin, de rééducation ou de relation d'aide, utilisant le son et la musique comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse. Elle s'adresse à des personnes présentant des difficultés liées à des troubles psychiques, sensoriels, physiques, neurologiques ou en difficulté psycho-sociale. Elle s'appuie sur les liens étroits entre les

³ MORO M.R. , PLARD V., RIAND R., *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*, p.272.

⁴ Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

éléments constitutifs de la musique et de l'histoire du sujet, mais aussi sur les interactions entre le patient, le musicothérapeute et la musique.

La musicothérapie s'adresse à toute population, nourrissons, jeunes enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. En fonction du contexte et du projet de soin ou d'accompagnement, les séances de musicothérapie peuvent être proposées de manière individuelle, groupale ou familiale.

La musicothérapie est dite « active » lorsqu'elle propose des dispositifs de travail thérapeutique privilégiant la production sonore et musicale, l'improvisation, la créativité. Les éléments musicaux (rythme, son, timbre, intensité) sont utilisés afin de permettre à la personne de s'exprimer, de communiquer, et de créer des liens.

La musicothérapie est dite « réceptive » lorsqu'elle propose, au sein d'une relation thérapeutique, des dispositifs fondés sur l'écoute, faisant appel à une association libre et une élaboration psychique. »⁵

1.3.2.L' Art-Thérapie dans l'histoire :

Particulièrement, à travers l'utilisation du chant et de la musique, techniques choisies auprès des patients, pour ce travail.

Quelles sont les origines de la pratique thérapeutique par la musique et le chant?

« Musique et médecine ont primé chacune à leur tour au cours des siècles et de l'histoire humaine : on utilisait tantôt l'incantation, tantôt les potions ou bien les deux en même temps étroitement mêlées et souvent liées à la magie.

C'était le cas dans l'ancienne Egypte. Le papyrus d'Ebers, par exemple, qui contient autant de formules magiques que de drogues pour soigner en témoigne : au moment où le malade prenait sa médecine, il devait prononcer l'évocation appropriée en la chantant.

Chez les hébreux, on retrouve David guérissant Saül d'une dépression par le jeu de sa harpe.

Chez les Grecs anciens, on chantait pour faire cesser une épidémie. Platon admet le chant comme procédé curatif et affirme que, sans son recours, les recettes médicales sont inefficaces. Dans l'*Odyssée*, c'est par des chants magiques que Homère fait arrêter l'hémorragie d'Ulysse. Pour Aristote, les arts du rythme peuvent contribuer à l'amélioration du moral, à la disparition de toute forme d'anxiété, à l'obtention du calme, de la sérénité, de la réussite.

Au Moyen-Age, l'art de guérir et la musique passent respectivement de la sphère sacrée au milieu profane : médecine aux laïcs et musique aux troubadours.

A la Renaissance, les médecins sont souvent aussi des musiciens : tel est le cas de Rabel entre autres. Il existe de nombreux autres exemples dans l'Allemagne du XVIII^e siècle. En France, le musicien Marin Marais écrivit douze sonates pour clavecin intitulées « Les bizarreries de la goutte », afin de calmer la souffrance engendrée par cette maladie.

Au XIX^e siècle, on assiste avec le baryton Manuel Garcia à une collaboration étroite entre la musique et la médecine, qui permet l'élaboration du laryngoscope. A la même époque, le docteur Récamier prescrivait à une duchesse venue le consulter pour des gastralgies (douleurs d'estomac) : « L'estomac aime le rythme. Madame la Duchesse prendra ses repas au son du tambour... »

De nos jours, chez les Indiens Gibwa, un herboriste prépare une mixture en chantant. Le chant est censé donner à la drogue un goût détestable pour le démon qui a pris possession du malade. Au Congo, le sorcier ou *mangaka* organise devant la hutte du malade des chants et des danses afin d'éloigner le mal et d'apporter la guérison.

Ainsi, musique et médecine remontent très loin dans l'histoire de l'homme et existent, associées ou non, dans toutes les civilisations.

En 1880, Casimir Colomb observait dans son livre *Musique employée dans le traitement de l'aliénation mentale* : « La musique a sur les sentiments, les idées, l'état de santé de l'homme, une influence incontestable... »

Il faut mentionner les travaux du médecin suédois Pontvik, qui en 1942, créa un institut de musicothérapie à Stockholm, sans doute le premier au monde, et ceux de G.Mall, qui étudia

⁵ Edith Lecourt , FFM, Référentiel Métier, Préambule, avril 2016.

l'influence du rythme sur les malades atteints de psychose.

Citons enfin la communication faite en 1961 par le Docteur F. Zoila, psychiatre : « Les modifications sensorielles dues à la musique, disait-il, sont génératrices d'états affectifs d'accompagnement, de reviviscences émotionnelles, de retentissements individuels intimement vécus, traduisant et provoquant par eux-mêmes une réceptivité transformatrice, dont l'efficacité psychothérapeutique pourrait être utilisée, canalisée, codifiée, en des prescriptions précises. »⁶

1.3.3. La nature et les caractéristiques des techniques artistiques choisies :

Chant et Musique

Tout est rythme dans notre corps : le fonctionnement viscéral, les battements cardiaques, le rythme respiratoire.

Dans le ventre de sa mère, le fœtus perçoit le rythme des battements du cœur de sa mère ainsi que sa voix, transmis à travers le liquide amniotique et son rythme cardiaque propre.

1.3.3.1 Chant : berceuses, chansons de nourrices, histoires et comptines chantées

La voix est le premier et le plus naturel des instruments, il utilise le souffle, la respiration, il est possible d'utiliser les chuchotements, les murmures, les onomatopées, les cris, d'improviser des mélodies en partant de repères connus tels les comptines.. on peut les accompagner par des gestes, des percussions corporelles, des instruments...

Par l'utilisation de la voix, il y a transposition musicale des rythmes du cœur et du souffle, « (scandée et chantée mais sans mots, suite de phonèmes non identifiables à une quelconque langue) »...on peut « revisiter les rythmes premiers...réveiller la mémoire des premiers échanges avec un autre humain, la mère, qui fait passer à l'enfant, des rythmes culturels (berceuses, chansons, jeux rythmés d'alternance, d'initiation, d'appel-réponse) ». ⁷

L'impact du Chant et ses bénéfices sur les patients :

Les Notes qui apaisent l'âme

La voix est notre instrument naturel, notre corps est notre outil et d'une grande praticité puisque nous l'emportons toujours avec nous !

Lorsque l'on chante, le son de notre voix résonne tout autour de notre larynx, dans la mâchoire, la langue, le cou et tout le long de la colonne vertébrale. Par la transmission osseuse, il vibre et se diffuse dans les organes du corps humain, véritable caisse de résonance, ayant ainsi une incidence bénéfique profonde sur l'ensemble du corps et du psychisme car la voix est en lien direct avec nos émotions.

Nous sommes obligés de mieux respirer lorsque nous chantons et notre cerveau, mieux oxygéné, souffre moins, les rythmes des chants (cerveau droit) sont en lien avec les mots contenus dans les chansons (cerveau gauche) créant ainsi un équilibre.

La chanteuse Barbara disait : « Chanter, c'est respirer. Et « respirer, c'est vivre ! »

« Nos cellules meurent par milliers chaque jour et sont remplacées par des cellules neuves. Quand nous chantons bien, nous donnons à nos nouvelles cellules une impulsion, une dynamique vibratoire...Les sons chantés se situent à un niveau intermédiaire entre l'énergie de l'esprit et la matière vivante. »⁸

La souffrance, la maladie peuvent altérer la voix, en modifier le timbre, supprimer les modulations.

⁶ JOST J., *Equilibre et Santé par la Musicothérapie*, ps.17,18,19.

⁷ SCHOTT-BILLMANN F. *Quand la danse guérit*, p.294.

⁸ WELSH Y., *Trouver sa voix, c'est ouvrir le chemin*, p.25.

L'acte de chanter dans l'atelier d'Art-Thérapie aide à vivre l'ici et maintenant, et peut permettre de laisser, durant ce moment, de côté, ce qui encombre le mental.

1.3.3.2 Musique : petites percussions, et écoute de musique

1.4. L'impact de la Musique et ses bénéfices sur les patients :

Les études scientifiques

La musique a un impact sur le fonctionnement de notre cerveau et sur nos compétences intellectuelles, et elle possède également des propriétés thérapeutiques étonnantes.

François-Xavier Vrait explique qu'« à partir des années 70, des études scientifiques sérieuses ont démontré que l'écoute musicale, s'adressant à l'ensemble de l'être, dans sa dimension physique, affective et psychique, avait des répercussions physiologiques sur l'organisme, à différents niveaux : cardio-vasculaire, respiratoire, musculaire et végétatif. Par exemple, les tempos rapides ou dissonants accélèrent le rythme cardiaque et la respiration tout en faisant grimper la pression artérielle alors que les tempos lents ralentissent le rythme cardiaque et abaissent la pression artérielle. Utilisée comme thérapie de soutien pour des pathologies graves, elle fait aussi preuve d'efficacité dans des cas de stress, d'anxiété, d'insomnie. »⁹

1.4.1. L'influence des interventions thérapeutiques musicales sur la plasticité cérébrale :

Le langage active plutôt certaines aires de l'hémisphère gauche, la musique active les mêmes aires dans les deux hémisphères du cerveau, auxquelles s'ajoutent certaines régions de l'hémisphère gauche.

Hervé Plat dont les travaux sont mondialement connus, est l'un des premiers chercheurs, dans les années 90, à avoir observé le cerveau sous l'influence de la musique grâce à l'imagerie par résonance magnétique. Avec son équipe, ce professeur de neuropsychologie de l'Inserm*, exerçant à l'université de Caen, a réussi à mettre en évidence les réseaux du cerveau impliqués dans la perception et la mémoire musicales: « La pratique de la musique développe les réseaux des aires cérébrales, dont le dialogue entre elles, a été particulièrement augmenté, elles sont beaucoup mieux synchronisées, les unes avec les autres, lié au fait qu'elles dialoguent beaucoup plus souvent ensemble. »¹⁰

« Tout comme la nourriture, le sexe ou les drogues, la musique sollicite le circuit de la récompense dans le cerveau de l'auditeur...augmente la libération de dopamine, le neurotransmetteur du plaisir, responsable de ce « frisson musical » » C'est ce qu'a révélé, en 2011, une équipe canadienne de l'Université McGill dans la revue Nature et Neuroscience, en utilisant des techniques d'imagerie cérébrale (IRM et TEP)¹¹...

1.4.2 La musique, un anti-douleur ?

La musique agit sur le cerveau et entraîne la sécrétion d'hormones anti-douleur

Michel Dib, neurologue à la Pitié Salpêtrière explique que « Pendant l'écoute d'un morceau ou de n'importe quelle piste sonore apaisante, on constate un effet anti-stress qui se manifeste par une chute du taux de cortisol, une hormone stéroïde, mais aussi d'adrénaline. Cette baisse entraîne en parallèle une hausse des hormones anti-stress que sont, notamment, la dopamine et la sérotonine.

⁹ VRAIT F.-X., *La musique a-t-elle un effet thérapeutique ?*, Web TV de l'Université de Nantes, émission 11/11/2013.

¹⁰ *Pourquoi la musique modifie notre cerveau*, Conférence, France Culture, 06/06/2017.

¹¹ DOS SANTOS G., *Pourquoi la musique est bonne pour le cerveau*, Le Point, 30/10/2015

Ces modifications-là s'accompagnent mécaniquement d'une augmentation des hormones antidouleur de l'organisme, comme l'endomorphine (soit "morphine interne", littéralement). Par effet de chaîne, la musique provoque donc un effet anti-stress, qui entraîne lui-même la production d' hormones anti-douleur »¹².

1.4.3. La recherche des bénéfices thérapeutiques induits par la mise en place dans la prévention, d'ateliers d'Art-Thérapie auprès des mamans migrantes montrant des signes de la dépression et de leur enfant:

Lorsque la mère effectue avec son enfant des vocalisations et des jeux rythmés (tels « Ainsi font, font, font, les petites marionnettes »,...), elle lui offre, sous cette forme ludique, des contenus, ainsi que des structures, à travers les chants : des rythmes associés par paires de même sonorité, des répétitions, des compositions avec des rimes...

Didier Anzieu a travaillé à comprendre comment les mères offrent à l'enfant des formes préverbaux avant les formes langagières, afin d'aider son enfant dans sa constitution de sujet humain.¹³

Notre objectif est donc d'aider les mamans migrantes en souffrance à accueillir, investir, penser leur enfant, malgré la solitude dans laquelle elles vivent, une solitude sociale mais surtout existentielle. Ainsi, nous posons que ce qui est préventif et curatif pour la maman l'est pour son enfant.

C'est pourquoi les professionnels de la PMI collaborent pour accompagner et soutenir ces mères vulnérables et que nous proposons de mettre en place, pour ces mamans en souffrance et leur enfant, des ateliers d'Art-Thérapie afin de soutenir les liens précoces mère-enfant.

¹² DIB M., La musique sera-t-elle l'anti-douleur de demain ? , p.1.

¹³ ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, 1995.

PARTIE 2 MATERIELS ET METHODES :

2.1 MATERIELS :

2.1.1 Contexte

Institution : Conseil Général

Service : Protection Maternelle Infantile

Localisation : Boulevard Hériot, 56100, LORIENT

Présentation de la PMI : Protection Maternelle Infantile

Equipe composée de :

Médecin général de PMI : Docteur Beauvapère

Médecin chef : Martine Flamery-Greffier

Médecin de PMI : Valérie Gaboulaud

Infirmières puéricultrices : Magali Jaffré, Bénédicte Hamelin, Valérie Quée, Thérèse Boffis

Secrétaire : Marie-Laure Le Blay

2.1.2 Les missions de la PMI :

Service de santé en faveur de l'enfant et de sa famille.

Assure des missions de prévention :

–Mesures de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et de leurs enfants.

–Actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies.

–Actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que le conseil aux familles pour la prise en charge des handicaps.

–La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels.

Consultations médicales des familles et de leurs jeunes enfants de moins de 6 ans, par les médecins de PMI, accompagnés d'une puéricultrice.

Permanence des puéricultrices afin de recevoir les familles pour des conseils ou la pesée des bébés

Visites à domicile des puéricultrices pour les naissances et accompagnement des familles en difficulté ayant des enfants de moins de 6 ans. Signalement des comportements inadaptés de parents à l'égard de leurs enfants et éventuellement dossiers de demande de relais ou de placements temporaires en famille d'accueil afin de soulager des familles ou de protéger les enfants de moins de 6 ans.

2.1.3 Les missions complémentaires en réponse aux besoins

Former des assistantes maternelles et accompagner les placements des enfants.

Suivi des enfants par le biais de consultations médicales au sein des écoles maternelles jusqu'à 6 ans.

2.1.4 La PMI fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire :

Au niveau médical et thérapeutique :

Médecin de PMI, sage-femme, puéricultrices, psychomotricienne.

Au niveau social et éducatif :

Educateurs, assistantes sociales, conseillère en économie et social peuvent intervenir ponctuellement en complément des équipes de soin sur certains dossiers dans lesquels leur analyse spécifique est nécessaire.

2.1.5 Le choix des prises en charge et les objectifs thérapeutiques sont définis par le médecin de PMI :

2.1.5.1 Objectif principal commun à tous :

L'accompagnement des familles et des enfants de moins de 6 ans dans le soin et dans leur environnement familial et social.

La surveillance de la bonne santé des enfants.

Le suivi et l'observation de la croissance des enfants (clinique, courbes, vaccinations).

L'orientation vers des bilans spécialisés, des accompagnements soignants et éducatifs.

2.1.5.2 Objectifs de la prise en soin art-thérapeutique :

a) Observation, stimulation et prévention de la distorsion des interactions précoces mère-enfant par la mise en place de séances d'Art-Thérapie Chant et Musique.

b) Apporter mieux-être et apaisement aux mamans et à leur enfant.

Stimuler la relation mère-enfant.

Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.

2.1.6 Grilles d'évaluation et schémas utilisés (à l'aide de grilles scientifiques validées).

2.1.6.1 Grilles scientifiques validées :

Afin de réaliser finement l'observation de la dépression chez la maman ou chez l'enfant, plusieurs grilles scientifiques ont été mises au point. Certaines, plus spécifiquement autour de l'évaluation de la relation mère-enfant, telles celles de l'échelle GRMII de Fiori-Cowley et Murray « Assess mother–infant interactive difficulties at 3 months post-partum » (cf. Annexe I, p.79), d'autres encore centrées sur l'évaluation du tout-petit, telle, l'échelle ADBB d' A. Guédeney. (cf. Annexe I, p.78)

Des méthodes d'observation, telle la méthode de Loczy, ou encore l'échelle de Brazelton (1973) permettant l'évaluation des caractéristiques tempéramentales du bébé, et de mieux comprendre son rôle dans les échanges avec ses parents. Enfin, la méthode d'observation du tout-petit dans son contexte familial, d'Esther Bick de la Tavistock Clinic, à laquelle nous avons été initiées, durant une année, dans le cadre de notre travail.

Dans le cadre de la prise en soin dans nos ateliers d'Art-Thérapie, nous avons construit notre propre grille d'évaluation en nous inspirant de grilles scientifiques existantes, et tout particulièrement de l'échelle des troubles relationnels du bébé (ADBB Alarme-détresse-bébé) (Conf. Annexe I p.78),

ainsi que d'une des grilles dites de « Bobigny », (développées sous l'impulsion de Serge Lebovici*), d'évaluation des interactions mère-nourrisson (adaptée pour différents âges (3mois, 12 mois, 2 ans, 3 ans) élaborée par le département de psychopathologie de l'Université de Bobigny (Professeur Marie-Rose Moro dans le cadre des consultations parents-enfants de soins transculturels de l'Hôpital Cochin (effectuées auparavant à l'hôpital de Bobigny), les équipes de PMI de la Seine Saint Denis et l'Unité 292 de l'INSERM (conf Annexe I, p.80), de façon à adapter notre grille aux spécificités de la population en soin et de leurs problématiques, dans notre étude.

2.1.6.2 Choix des items et raisons de ce choix :

Les items sont dans leur majeure partie, choisis autour du corps et des affects, dans la relation mère-enfant. Ils permettent une observation et une évaluation des comportements spontanés de la maman et de l'enfant en réaction aux stimulations artistiques proposées.

La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation.

En ce qui concerne le tout-petit, le corps est la voie d'expression privilégiée ainsi que celle de la pathologie précoce. Il est donc important d'effectuer nos observations dans des situations variées et de réévaluer constamment, à chaque séance, afin de noter s'il y a ou non évolution. Quelles sont les propositions, dans les séances d'Art-Thérapie qui paraissent améliorer les relations et les comportements et celles, qui ne semblent avoir que peu d'effet, voire l'effet inverse à celui recherché.

Par exemple, la proximité de l'Art-Thérapeute peut-elle entraîner des comportements d'évitement, l'enfant s'agrippe-t-il davantage au regard de sa mère, ou à celui de l'Art-Thérapeute, posant la question d'une éventuelle insécurité ? Une attention soutenue à l'égard de la maman est-elle étayante pour elle, désorganisante voire angoissante ?

Grille des items d'observation :

1/ CAPACITES RELATIONNELLES ET COMPORTEMENTALES MERE-ENFANT :

Relation mère-enfant : 5-Relation nettement établie 4-Relation identifiable, mais moins marquée qu'en 5 3-Relation à peine marquée 2-Doute sur l'existence d'une relation 1-Absence de relation identifiable.

Communication Verbale :

Sollicite/Interpelle 5-Continuellement 4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.

Vocalise 5-Vocalise spontanément à l'attention de sa mère 4-Répond à sa mère 3-Répond par moment 2-Ne répond pas, pleure 1-Hurle.

Communication Non Verbale :

Visage : 5-Ouvert/mimique expressive 4-Détendu 3-Lisse 2-Mimique figée 1-Crispé.

Echanges de regards 5-Contact visuel spontané, facile et prolongé 4-Fréquent 3-De temps en temps 2-Attitude d'évitement du regard 1-Regard figé/refus de contact visuel.

Echanges de sourires 5-Spontanéement 4-Sourires réponses 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Sourires absents.

Gestes affectueux/tendres 5-Continuellement 4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.

Interactions mère-enfant : 5-Harmonieuses/réciproques 4-Répétitives 3-Rigides/intrusives 2-Discontinues 1-Absentes.

Participe avec son enfant 5-Continuellement 4-Interactions présentes plusieurs fois durant la séance 3-De temps en temps 2-Interaction présente une fois durant la séance 1-Interaction absente.

Attitude corporelle parent/enfant 5-Continuellement collé 4- recherche le contact 3-s'agrippe 2-apprécie le contact 1-contact évitant.

2/ CAPACITES PSYCHOAFFECTIVES :

Thymie 5-Euphorie/Excitation 4-Content 3-Tristesse 2-Angoisse 1-Emoussement affectif.
Sentiment de sécurité 5-Tout à fait sécurisée 4-Souvent sécurisée 3-Sécurisée par moments
2-Rarement sécurisée 1-Insécurisée.
Estime de soi/Image de soi/Valorisation 5-Très fier(e) de sa production 4-Fier(e)
3-Moyennement fier(e) 2-Peu fier(e) 1-Pas du tout fier(e).

3/ CAPACITES ARTISTIQUES :

Impression : Comprend et intègre les consignes 5-Complètement 4-Assez correctement
3-Partiellement 2-Peu 1-Pas du tout.
Intention : Manifeste son envie-désir de faire 5-Continuellement 4-Fréquemment
3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.
Action : S'implique, participe, manifeste de l'élan pour produire 5-Continuellement
4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.
Production : Reproduit les propositions de l'Art-Thérapeute 5-Systématiquement
4-Fréquemment 3-Assez régulièrement 2-Parfois 1-Jamais.
Produit ses propres propositions / Capacité Créative 5-Systématiquement
4- Fréquemment 3- Assez régulièrement 2-Parfois 1-Jamais.
Capacités Vocales (Intensité sonore, Chant) 5-Puissant 4-Affirmé 3-Audible 2-Faible
1-A peine audible.
Rythme 5-Très rapide 4-Rapide 3-Soutenu 2-Lent 1-Très lent.
Gestuelle, mimiques esthétiques 5-Recherchées 4-Elaborées 3-Moyennement élaborées
2-Peu élaborées 1-Pas du tout élaborées.

2.1.7 Critère d'inclusion et de non-inclusion des patients :

Protocole de prise en charge :

1/ Les familles sont vues en consultation de nourrissons par le médecin de PMI et une puéricultrice.
2/ L'indication de prise en soin concerne les familles migrantes et leurs enfants de moins de 4 ans dont les parents présentent des signes de la dépression.
3/ Durant la consultation, si une problématique autour du lien mère-enfant est observée par le médecin et/ou la puéricultrice, une indication de soin leur est proposée par le biais des ateliers d'Art-Thérapie mis en place dans le domaine de la prévention de la distorsion des interactions précoces mère-enfant.
Une prescription médicale de suivi, nous est transmise, oralement, par le médecin de PMI en charge de la famille, sous réserve du souhait des parents de se saisir de la proposition qui leur a été faite. Il s'agit là, d'une proposition et non d'une injonction de soin.

Comment s'est effectué le choix des deux familles pour cette étude ?

Les deux familles choisies pour cette étude l'ont été car sur les six familles en suivi durant le stage, seules ces deux familles ont été suivies durant un nombre de séances supérieur à cinq séances, avec une présence régulière aux séances.

2.1.8. Stratégies thérapeutiques (travail avec les personnels médicaux et paramédicaux) et besoins des patients.

L'objectif principal est la prévention afin d'éviter des interactions dysharmonieuses dans la dyade mère-enfant.

2.1.8.1 L'équipe pluridisciplinaire :

Médecin de PMI
Equipe de puéricultrices
Sage-femme
Secrétaire

2.1.8.2 Le protocole art-thérapeutique :

Le protocole art-thérapeutique est intégré dans le protocole global de soin des patients.
Les stratégies art-thérapeutiques consistent en :

- 1/ L'application de la prescription médicale.
- 2/ L'organisation d'ateliers d'Art-Thérapie adaptés aux difficultés des patients avec des objectifs découlant de ces difficultés.
- 3/ La garantie du bon déroulement des ateliers d'Art-Thérapie dans le respect du Code de Déontologie de l'Ecole d'Art-Thérapie de Poitiers.
- 4/ Une observation fine dans les séances de soin en Art-Thérapie.
- 5/ L'évaluation des observations.
- 6/ Le réajustement des propositions effectuées dans les séances aux patients.
- 7/ Les transmissions, analyses, synthèses et bilans des observations et résultats recueillis en séances au médecin référent et à l'équipe pluridisciplinaire du service de soins.
- 8/ En qualité de futur Art-Thérapeute, après réception de la prescription médicale, et la mise en contact avec la famille effectuée, nous proposons un premier rendez-vous avec la famille. La stratégie thérapeutique consiste, en premier lieu, à relever, à l'occasion de ce premier rendez-vous, les souffrances de la mère et de son enfant, ce que nous nommons « l'Etat de base », afin de définir des objectifs généraux pour l'ensemble du suivi, qui vont se décliner ensuite, en objectifs intermédiaires, évoluant au fil des séances, permettant ainsi une progression étapes par étapes.

Ce premier rendez-vous est l'occasion de nous présenter, que la famille se présente à nous, de la mettre en confiance, de présenter les lieux et la salle dans laquelle se dérouleront les séances d'Art-Thérapie.

Nous rédigeons, à cette occasion, une Fiche d'Ouverture réunissant l'ensemble des renseignements relevés importants pour notre suivi (Conf. Annexe III p.83).

Dans le cadre de la prise en soin des familles ne parlant pas notre langue, ne bénéficiant pas d'interprète, nous n'avons pas la possibilité d'échanger verbalement, aussi prenons-nous note, par l'intermédiaire du dossier de soin et par l'échange avec les professionnels en charge de la famille, de leurs difficultés, de ce qui porte atteinte à leur quotidien et à leur qualité existentielle.

Nous n'avons que rarement, accès à leurs passions, leurs goûts, à ce qu'ils savent, peuvent et souhaiteraient pratiquer, dans les séances d'Art-Thérapie, aussi, devons-nous essayer de proposer

certaines médiums et observer, durant les séances, en regard de l'investissement et du plaisir que paraissent ressentir les patients, si ces médiums proposés leur sont adaptés ou non, et ainsi, si cela s'avère nécessaire, de réajuster en fonction de leurs goûts et appétences.

Ce premier rendez-vous est également l'occasion de poser le cadre temporel et organisationnel des séances : jour, heure, lieu (à la PMI ou à domicile), nombre de séances proposées et à quel rythme (hebdomadaires, bi-hebdomadaires...)

9/ Des échanges, transmissions et synthèses s'effectuent régulièrement, d'une part, auprès du médecin, d'autre part, auprès de la puéricultrice référente de la famille, voire auprès d'autres intervenants professionnels (notamment le psychiatre hospitalier en charge d'un ou des deux parents, l'assistante sociale de l'EPSM, le référent assistant social du CADA* en charge de la famille, les bénévoles d'associations d'aide aux migrants...)

10/ Les résultats des observations effectuées au fil des séances d'Art-Thérapie, seront régulièrement transmis au médecin, aux puéricultrices en charge des familles et pourront être utilisés, dans le cadre du soin et dans le respect du Code de Déontologie, pour tout travail de bilan ou d'élaboration de dossiers dans la prise en charge des familles par la PMI.

2.1.8.3 Projet thérapeutique :

L'enjeu majeur de la prise en soin en Art-Thérapie à la PMI, est de stimuler les interactions précoces maman-enfant en mobilisant leurs propres ressources internes et leur capacités créatives, par l'utilisation des médiums artistiques Musique, Chant, Histoires et Comptines chantées et Petites Percussions afin d'apaiser la souffrance avec pour objectifs généraux, d'amener un mieux-être chez les mamans et leurs enfants, de tisser ou de renforcer le lien mère-enfant ou d'en prévenir la distorsion, en stimulant la relation, la communication verbale et non verbale mère-enfant.

2.1.8.4 Les besoins des patients :

L'atelier d'Art-Thérapie représente un « espace intermédiaire » tel que Winnicott l'a défini, dans lequel la relation qui va s'établir entre la maman et son jeune enfant, ainsi qu'avec l'Art-Thérapeute, à l'aide de la musique et du chant, va permettre l'installation d'un « espace potentiel* » entre l'enfant et sa mère». ¹⁴ Winnicott explique que « c'est en jouant, et peut-être seulement quand il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif ». ¹⁵

Cet espace sonore sécurisant offre, au jeune enfant et à sa maman, la possibilité d'utiliser leurs compétences sensorielles et relationnelles, afin de faciliter expression, communication et accès à un mieux-être, ce travail étant soutenu par la relation thérapeutique qui se tisse avec l'Art-Thérapeute.

Une des conditions primordiales de réussite de la prise en soin tient à la **qualité de l'alliance thérapeutique** qui pourra s'établir entre l'Art-Thérapeute et le patient, alliance qui se tisse notamment, grâce à la confiance et à la qualité du transfert* et du contre transfert*, au plaisir et à la réalisation personnelle dans la création, au bien-être et au mieux-être que le patient en retire ainsi qu'à l'intérêt qu'il ressent en prenant part aux ateliers d'Art-Thérapie.

La création du lien en est le bénéfice immédiat, puis l'élaboration possible pour les mamans, à travers ces ateliers, espaces où elles peuvent déposer de façon symbolique, par le biais des médiums et de la création artistiques, le passage entre là-bas et ici, les questions de deuil, de perte, de solitude, les préoccupations concernant les proches qu'elles ont parfois du laisser derrière elles au pays avec un sentiment d'impuissance ...Cet espace peut permettre aux mamans de s'apaiser, de donner un sens à ce qu'elles vivent et ainsi, de diminuer leur souffrance, peut-être de reprendre espoir, avec l'objectif thérapeutique, d'être davantage disponibles psychiquement pour leurs enfants.

¹⁴ Winnicott D.W. , *Jeu et réalité l'espace potentiel*, p90.

¹⁵ *Ibid*, p108.

Durée de la recherche : 3 mois de mars à juin 2017, pour un total de 140 heures sur le lieu de stage de la PMI.

2.1.9 Retombées attendues : (Point Scientifique)

Evolution favorable de la situation pour les dyades mère-enfant vers l'atteinte, en premier lieu, des objectifs intermédiaires qui évoluent au fil des séances, puis l'atteinte des objectifs généraux fixés pour l'ensemble du travail :

- **Apporter mieux-être et apaisement aux mamans et à leur enfant.**
- **Stimuler la relation mère-enfant (les interactions précoces)**
- **Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.**

La Clinique :

Signes de mieux-être et d'apaisement des mamans et de leur enfant et amélioration des liens précoces mères-enfants : investissement plus important de la maman vis-à-vis de son enfant, liens d'attachement observables dans le sens maman-enfant et enfant-maman.

2.1.10 Organisation des séances :

Hebdomadaires pour une durée d'une heure.

A la PMI ou au domicile des patients : horaires définis avec les patients selon leur planning de rendez-vous.

2.1.10.1 La mise en place d'un cadre pour les séances :

- a) Le contrat informel d'engagement entre l'Art-Thérapeute et le patient.
- b) La mise en place d'un environnement accueillant et contenant.
- c) Le cadre spatio-temporel (à la PMI ou à domicile, les horaires, le temps de l'atelier).

Les espaces sont définis, dans la salle prévue pour l'atelier, à savoir, un espace pour déposer les effets personnels et les chaussures, l'espace prévu pour le matériel du stagiaire Art-Thérapeute pour ses ateliers, l'espace des tapis où se déroulent les temps de chant et de musique, la petite table accolée au tapis, afin de dessiner ou de découper et coller durant l'écoute de musiques.

Lorsqu'il s'agit de séances à la PMI, l'accueil de la famille ou de la dyade s'effectue à leur arrivée, dans le hall de la PMI, puis nous les invitons à entrer dans la salle.

La salle est déjà installée, ils se sentent ainsi accueillis, attendus, un espace est organisé pour eux, à leur intention. Cette attention à leur égard et le fait qu'ils soient attendus, leur montre qu'ils ont de la valeur à nos yeux et que dans ce moment et cet espace, nous sommes présents pour eux.

Ces éléments sont d'autant plus importants qu'ils ont besoin de cadres spatiaux-temporels marqués ainsi que de revalorisation. Ils peuvent également, peut-être, prendre conscience, que s'ils sont absents à une séance, ce moment ne sera pas donné à une autre famille, mais que bien qu'absents, ils seront dans notre pensée durant ce moment initialement prévu pour eux.

Lorsque les séances s'effectuent à domicile, nous aménageons l'espace en fonction des possibilités d'accueil et de la proposition de la famille, dans le respect de leur intimité.

Le déroulé des séances s'effectue de la façon suivante:

Installation sur les tapis

Ouverture de séance

Chanson d'accueil signifiant le début du travail

Temps de relaxation par le biais d'une musique douce et de mouvements lents réalisés assis ou allongés sur les tapis.

Situations proposées (tentative d'explication par des consignes très simples mimées)

Rituel d'histoire chantée de fin de séance

Fin de séance

Confirmation du rendez-vous suivant, noté sur une petite carte remise aux familles.

Accompagnement jusqu'à la sortie de l'institution.

2.1.10.2 La posture professionnelle de l'Art-Thérapeute :

L'Art-Thérapeute connaît et applique les règles éthiques et déontologiques de la profession, et travaille auprès de ses patients et de ses collègues soignants, dans le strict respect du Code de Déontologie.

Il est garant du lien thérapeutique au patient, de la qualité du soin, du soutien et de l'accompagnement qu'il promulgue au patient.

« L'association de la fermeté du cadre et de la réceptivité du thérapeute impliqué lui-même dans la situation qu'il observe, offre aux parents et aux enfants une situation qui s'apparente aux phénomènes transitionnels tels que Winnicott les a décrits en 1953, le cadre jouant également le rôle de fonction contenant telle que Bion l'a décrite en 1962. »¹⁶

2.1.10.3 Les consignes :

Difficulté de proposer des consignes verbales en regard de la barrière de la langue. Recherche, de la part de l'Art-Thérapeute, de l'émergence du processus créatif chez les patients afin de susciter l'élan vital, l'envie, le bien-être, le plaisir, l'apaisement, et le partage entre mère et enfant.

2.1.11 Evaluation des séances :

Pour les patients : des masques neutres vierges dessinés, à compléter en début et en fin de séances, leur sont proposés afin de pouvoir déposer leur ressenti.

Echange, si cela est possible, grâce à la communication non verbale enrichie de quelques mots de français si le patient en possède.

Pour l'Art-Thérapeute : afin d'obtenir une évaluation de qualité, les notes d'observation de la situation de soin, doivent être prises avec le plus de précision possible et le plus rapidement possible afin de ne pas perdre les détails et de bénéficier de toute la richesse de l'observation immédiate.

L'observation par l'utilisation d'items appropriés :

Les données d'observation sont impérativement objectives, toute interprétation subjective est proscrite.

Par le biais d'une observation fine effectuée par l'Art-Thérapeute, « l'observation participante », telle que pratiquée par Georges Devereux* et Esther Bick*, au cours de chaque séance, des comportements de l'enfant (états toniques, mimiques, productions vocales, comportement psychomoteur, jeu, production artistique) ainsi que de ses relations avec ses différents partenaires, la maman, le père s'il est présent, éventuellement la fratrie, ainsi qu'avec l'Art-Thérapeute, permet de repérer de quels ordres sont ces échanges, dans de multiples situations créées dans l'atelier d'Art-Thérapie, par l'utilisation des médiums Musique, Chant, Histoires et Comptines chantées et Petites Percussions et lors du processus de création artistique.

¹⁶ MORO M.R. , PLARD V., RIAND R., *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*, p.365.

L'observation permet, grâce à l'échelle d'évaluation élaborée, une évaluation d'items ciblés, regroupés en « Capacités » : capacités relationnelles et comportementales, psychoaffectives et artistiques.

Les informations observées sont scrupuleusement notées séance après séance et de façon organisée, dans des grilles que nous avons élaborées en regard des objectifs posés, dépliées en groupes thématiques d'items : la valeur donnée à chaque item (de 1 à 5) correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation.

Ces informations recueillies sont ensuite retranscrites sous forme de tableaux et de graphiques commentés, permettant une lisibilité immédiate de l'évolution grâce à un visuel clair par l'utilisation de couleurs, signant une évolution positive ou négative, ou encore, une stagnation de la situation des patients.

2.2 METHODES :

CHOIX DES OBJECTIFS GENERAUX ET INTERMEDIAIRES :

Objectifs généraux pour les deux familles :

- Apporter mieux-être et apaisement aux mamans et à leur enfant.
- Stimuler la relation mère-enfant.
- Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.

Objectifs intermédiaires : à affiner pour chaque séance selon les situations de soins.

Sélection des items d'observation : (cf 2.1.3.2)

2.2.1 Première Famille : Famille russo-géorgienne orthodoxe russophone

Maman N., russe, Papa L., géorgien, petite fille A. 2 ans

2.2.1.1 Anamnèse

Histoire de vie, contexte familial et social.

Monsieur et Madame sont arrivés en Novembre 2014 en France, en premier lieu, logés à l'hôtel, puis dans une chambre, partageant le logement avec une famille tchétchène.

A. est née le 05/01/2015 à Lorient, elle aura 3 ans en Janvier prochain et est de nationalité française. Naissance par voie basse, à 41 semaines, 3kg 620, 52cm, PC 34,5cm, Apgar* normal.

N. a allaité A. à la demande, elle dormait dans son lit près du lit de ses parents, puis alimentation mixte avec le sein.

N. est de nationalité russe, son père est décédé à 64 ans, sa mère est professeur de musique à l'Ecole de Musique de Moscou et est toujours en activité.

N. a eu une 1ère union en Russie, de cette union, elle a eu deux enfants qui vivent à Moscou, une fille, quand elle avait 24 ans, qui est gynécologue et un fils, quand elle avait 25 ans, qui vient d'obtenir son diplôme de neurochirurgien.

N. est grand-mère par sa fille, depuis 2016, d'un petit garçon.

N. s'est mariée, une seconde fois, avec son mari actuel qui est de nationalité géorgienne.

N. et son mari L. ont quitté la Russie car L., géorgien a des ennuis avec le gouvernement russe, il demande donc le statut de réfugié politique, ils seraient expulsés s'ils revenaient en Russie.

N. est chanteuse et joue du piano.

Juillet 2016 : début de la crèche pour A. qui a 1 an ½, 4 fois par semaine durant le travail bénévole de Madame à l'Eglise.

Elle tète toujours la nuit.

A. dévoile assez rapidement, qu'elle est dotée d'un fort caractère, elle comprend le russe, et développe conjointement le langage et le chant.

Décembre 2017 : La maman a allaité jusqu'à Noël puis arrêt brutal de l'allaitement maternel, Depuis, les relations d'A. et de sa maman sont difficiles. A. crie, hurle, pleure, fait des crises de colère, nuit et jour, maintient une hyper vigilance et ne s'abandonne que difficilement au sommeil. Elle refuse l'arrêt de l'allaitement maternel, cherche constamment le sein. Madame est épuisée, très anxieuse, elle ne dort plus depuis deux mois.

Le papa, L. est suivi en consultations en ambulatoire, pour syndrome dépressif, par le Docteur Loïc Le Moigne, Psychiatre et chef de Pôle de Psychiatrie Adulte.

A. est suivie par le médecin et la puéricultrice de PMI, par le biais des consultations nourrissons, depuis sa naissance.

2.2.1.2 Traitement de la maman N. :

Lysanxia : anxiolytique

Indications : Anxiété généralisée, crises d'angoisse

Effets indésirables :

Sensations ébrieuses, asthénie, baisse de la vigilance, somnolence, hypotonie musculaire, amnésie antérograde.

Séroprex : antidépresseur

Indications : Traitement des épisodes dépressifs majeurs.

Effets indésirables :

Nausées, maux de tête.

Fréquents : modification de l'appétit, prise de poids, diarrhée, constipation, vomissements, bouche sèche, babillement, anxiété, rêves anormaux, insomnie, somnolence, tremblements, sensations de vertige, fourmillement des extrémités, transpiration excessive, fièvre, fatigue, douleurs musculaires ou articulaires, sinusite, baisse de la libido.

Ibuprophène : antalgique anti-inflammatoire

Indications : rhumatismes inflammatoires, maux de tête.

Effets indésirables :

Nausées, vomissements, gastrite voire ulcère de l'estomac ou du duodénum, le plus souvent lors d'un traitement de longue durée ou à forte dose.

Réactions allergiques : éruptions cutanées, démangeaisons, oedème, crise d'asthme, malaise avec chute brutale de la tension artérielle.

2.2.1.3. Objectifs Thérapeutiques :

Objectifs généraux :

- Stimuler la relation mère-enfant (les interactions précoces mère-enfant).
- Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.
- Apporter mieux-être et apaisement à la maman et à son enfant.

Objectifs intermédiaires :

A affiner pour chaque séance selon les situations de soins.

2.2.1.4 Séances art-thérapeutiques :

Il serait très long de décrire l'intégralité des séances, aussi proposons-nous d'exposer, dans cette étude, les moments les plus marquants :

1ER RENDEZ-VOUS : Prise de contact avec la dyade maman-enfant, et présentation de l'Art-Thérapie. **Elaboration de la Fiche d'Ouverture :** Prise de connaissance et de compréhension des difficultés de N. et de A. (et de L. qui est dans notre pensée) dans leur contexte de vie en exil. La maman paraît gênée et arbore un timide sourire.

Séparation-Individuation* (Processus de) : A. est en fusion avec sa mère et ne veut pas la lâcher. Elle n'a pas de doudou repéré.

Séances N°1 :

Lieu : PMI

Objectifs Intermédiaires : Tisser l'alliance Thérapeutique.

Diminuer stress, angoisse et anxiété.

ACCUEIL

La maman et le papa arrivent avec A. portée dans les bras de son père. Elle hurle, se tord, est inconsolable et n'a accès ni à la parole, ni à un geste d'accueil ou apaisant de notre part. La salle d'attente de la PMI résonne de ses hurlements.

Nous essayons de mettre des mots sur ce qu'elle ressent, mais le niveau sonore est tel qu'il est impossible de se faire entendre. Nous ne pouvons absolument pas croiser son regard, elle cache sa tête dans le cou de sa mère.

A. cabre son corps en arrière, dit « Non ! » à maintes reprises et ne veut absolument pas entrer dans notre salle.

Sa maman entre tout de même et s'assied sur les tapis que nous avons installés, recouverts de couvertures douces. A. pleure toujours avec force mais le niveau sonore a un peu diminué, son visage est toujours caché dans le cou de sa mère et nous ne voyons que l'arrière de sa tête.

La maman nous lance un regard épuisé et suppliant, son visage est tendu, fatigué.

Nous sommes assises sur les tapis, face à elles deux et tentons d'initier un lien avec A. par l'intermédiaire de notre boîte à musique qui diffuse une musique douce, apaisante, tout à fait adaptée aux tout-petits, et que nous tenons, à bout de bras, en direction et à l'intention de A., dans une tentative d'accroche, espérant peut-être composer pour A., si tendue dans le moment, une enveloppe musicale contenant et apaisante.

A. tourne un instant son visage pour regarder la boîte à musique, hurle à nouveau et se détourne à nouveau dans le cou de sa mère. Elle réitère ce mouvement à plusieurs reprises alternant retournement vers nous et la boîte à musique et détournement.

Nous adressant à elle qui détourne la tête et crie, nous tentons de mettre des mots sur ses hurlements : « Tu as envie de crier, A., tu es en colère, alors pleure, je suis Me R., je suis là pour t'aider, je suis là pour toi et pour ta maman. »

Puis nous initions une chanson avec une marionnette-grenouille à main, et là, elle nous regarde bien cependant qu'elle crie à nouveau, à plusieurs reprises, « Non !! ». Nous essayons alors de nous adresser à elle par l'intermédiaire de cette marionnette-grenouille et cette fois, A., visiblement intéressée, descend des genoux de sa maman, et s'assied à côté d'elle et face à nous. Elle initie un sourire puis se met à participer à notre histoire chantée, nous en profitons pour enlever notre main de la marionnette-grenouille et la tendons à la maman qui se la réapproprie et poursuit, à l'intention de sa petite fille, en russe, une histoire chantée que sa fille écoute, très attentive et visiblement ravie. La maman se tourne vers nous comme pour nous demander implicitement de prendre le relais et

nous tentons alors de raconter une histoire chantée, avec gestes et onomatopées, aidée du support d'un livre animé. A. s'intéresse beaucoup à l'histoire chantée, se détend, sourit de plus en plus et finit par participer à la chanson si nous la sollicitons. Sa maman, près d'elle, alterne les regards entre sa fille et nous. Nous nous adressons par communication non verbale à la maman, l'invitant à entrer dans cette communication par la médiation du livre animé et nous mettons en retrait. La maman s'en saisit et se met également à participer, se tournant vers sa petite fille afin de lui adresser gestes et onomatopées qu'elle produit elle-même.

Séances N°2 :

Lieu : PMI

Objectifs Intermédiaires : Tisser l'alliance thérapeutique.

Diminuer stress, angoisse et anxiété.

Favoriser le lâcher-prise.

ACCUEIL

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique douce zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

L'album jeunesse « Grand Monstre Vert » : la maman raconte tout d'abord en écholalie puis elle poursuit en russe, nous faisons silence et la laissons prendre le relais avec son propre imaginaire dans la transmission à sa petite fille.

Nous poursuivons en sortant nos petites percussions et en proposant deux chansons à gestes, puis adressons un geste d'invitation à l'intention de la maman qui s'en saisit immédiatement. N et A. participent en choisissant librement des percussions, en créant une musique rythmée sur la chanson, tout en montrant, il nous semble, que le plaisir est au rendez-vous.

Nous poursuivons en proposant une berceuse russe que nous avons apprise pour l'occasion et nous invitons du regard et du geste, la maman à chanter si elle le souhaite, ce dont elle se saisit, entonnant une chanson russe à l'intention de son enfant, tout en regardant sa petite fille qui lui sourit en retour.

A la fin de la séance, la maman remplit pour elle et pour sa petite fille la fiche d'évaluation de leur thymie que je lui propose, concernant le début et la fin de la séance, il s'agit de masques de visages vierges à compléter selon des modèles de masques exprimant des émotions (étant donné l'état de A., à son arrivée, nous ne pouvions pas proposer à la maman de les remplir au début de la séance). Le résultat est très encourageant puisque les masques des émotions montrent une petite fille criant et pleurant à son arrivée et souriante après la séance d'Art-Thérapie.

FIN DE SEANCE

Séance N°3 :

Lieu : PMI

Objectifs Intermédiaires : Profiter d'un temps pour soi et son enfant.

Favoriser le lâcher-prise.

Favoriser la convivialité et le plaisir.

Donner envie de s'investir dans la séance.

Stimuler l'expression verbale et non verbale avec son enfant.

Enfant : pouvoir exprimer sans cris ni colère.

ACCUEIL

Nous accueillons N. et A. Elles arrivent à l'heure.

A. nous apporte une feuille sur laquelle elle a écrit une chanson russe à notre intention, chez elle, avant la séance. Nous comprenons qu'elle a investi le travail que nous avons proposé lors de la première séance, que l'alliance thérapeutique est initiée et que le travail s'est poursuivi après la dernière séance, lorsqu'elle est rentrée dans son logement et ce, jusqu'à la séance de ce jour.

Nous lui présentons les masques vierges permettant de noter leur état de base à leur arrivée, N. s'en saisit bien.

La maman N. s'assied au bord du tapis, A. sur ses genoux, nous les invitons à se rapprocher de nous. Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique douce zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

La maman nous ayant fait comprendre qu'elle jouait du piano en Russie, nous avons apporté, pour cette seconde séance, notre synthétiseur afin de lui offrir l'opportunité de jouer pour elle, et pour sa petite fille si elle le souhaite.

Aujourd'hui, A. est arrivée sans crier, sans dire « Non ! », cependant, elle ne nous regardait pas, baissait la tête vers le sol et ne nous a pas dit « Bonjour ».

Néanmoins, elle est entrée sans souci dans la salle, a retiré ses chaussures et s'est installée sur sollicitation de sa maman sur les tapis.

Nous avons commencé par raconter une histoire chantée grâce à un support de décors de tapis d'éveil (castelet en tissus), avec petits animaux en mousse, petites percussions et onomatopées. A. était agitée, elle avait beaucoup de mal à tenir en place et venait, sans arrêt, s'emparer des petites peluches que nous utilisions pour raconter. N. devait, sans arrêt la ramener à sa place, ce que A. ne supportait pas, elle se débattait et aussitôt, repartait à 4 pattes, passait derrière le castelet et s'emparait à nouveau de peluches et de percussions.

Nous avons ensuite montré à la maman que nous avons apporté notre synthétiseur et nous l'avons invitée par le geste à jouer si elle le désirait. Elle a souri largement, manifestant, il nous semble, le plaisir de cette proposition à son égard, et a installé l'instrument à sa convenance sur la petite table d'enfant.

Aussitôt, A. s'est approchée de sa maman et s'est mise debout à côté de la table, sa petite main appuyée dessus et la maman s'est mise naturellement à jouer et à chanter, incitant sa petite fille à chanter avec elle, ce que A. a accepté, nous-même nous mettant discrètement en retrait, observant cette instant de partage entre mère et fille.

Les chansons chantées et la musique jouée, la maman a replacé le synthétiseur à sa place initiale.

Nous avons poursuivi la séance en faisant jouer un CD* de musiques traditionnelles des Balkans et nous nous sommes installées toutes les trois autour de la petite table où nous avons placé une grande feuille A3* et des feutres et toutes deux se sont posées un temps pour dessiner ensemble. Nous avons noté ce moment de proximité entre la maman et sa petite fille ainsi que la maman qui a relevé la tête lorsqu'elle a entendu le 1er morceau du CD*, ce morceau paraissant la faire réagir.

FIN DE SEANCE

Nous avons terminé l'atelier par l'écoute de deux histoires chantées, que nous avons initiées en nous appuyant sur deux albums pour enfants, la première était une histoire de Babayaga, célèbre sorcière russe, que la maman, semble-t-il, a reconnu et aussitôt pris le relais en chantant à sa fille.

Puis nous avons amené le calme avec l'histoire des animaux de la forêt qui baillent et finissent par fermer les yeux : « Bonne Nuit » grâce à une petite manipulation du livre animé qui a offert le plaisir à A. d'ouvrir puis de refermer à plusieurs reprises les yeux des animaux.

REMARQUES PERMETTANT D'ORIENTER LA SEANCE SUIVANTE

Se donner comme objectif intermédiaire de la prochaine séance, le travail sur l'estime de soi et la revalorisation, nous paraît important.

Séance N°4 : Absence justifiée.

Séance N°5 :

Lieu : PMI

Objectifs Intermédiaires: Pouvoir éprouver des sensations agréables.

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi.

Implication volontaire de la personne dans l'action artistique.

Enfant : Pouvoir se rassurer, se sentir davantage sécurisé.

ACCUEIL

Ce jour, à leur arrivée dans la salle, lorsque nous accueillons N. et A. pour les saluer, A. nous prend et nous serre longuement dans ses bras.

Temps de relaxation sur une musique zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

Nous avons commencé par raconter une histoire chantée grâce au même support de décors de tapis d'éveil que la semaine passée (castelet en tissus avec petits animaux en mousse, petites percussions et onomatopées), afin de voir si A. pouvait être davantage calme et attentive. Ce jour, A. et sa maman souriaient, étaient calmes, paisibles, éprouvant visiblement du plaisir.

Nous notons néanmoins, que la maman paraît lasse et est cernée.

Variant la proposition, ce jour, à la fin de cette histoire, nous intégrons l'utilisation d'un foulard translucide et nous tentons d'initier, à l'intention de A., un jeu de coucou-cacher sur une chanson à onomatopées, en proposant, en miroir, un foulard translucide à la maman et un second foulard à A. dans l'idée d'instaurer un jeu entre N. et sa fille.

La maman et A. se sont immédiatement saisies de cette proposition et en ont eu, semble-t-il, beaucoup de plaisir, A. a réagi vivement et avec une grande joie à l'apparition-disparition de sa mère derrière le foulard et a fait durer ce jeu en riant beaucoup puis en s'allongeant sur le dos sur le tapis et en se couvrant le visage avec le foulard. La fin du jeu a été signifiée par la maman qui, il me semble, trouvait que sa petite fille le faisait durer trop longtemps.

Nous sentons que la maman a besoin de déposer ce qui l'angoisse. Alors que sa fille A. est occupée à créer des petites histoires dans son babillage avec les doudous et les petites percussions mis à disposition, N. tout en cachant son visage à sa fille, s'adresse à nous avec le peu de mots qu'elle possède en français et force gestes, elle écrit et fait traduire sur son portable, afin de nous faire comprendre qu'elle fait comme si elle allait bien, arborant constamment un sourire devant sa fille et son mari, mais qu'elle ne va pas bien du tout, et nous déposant cela, des larmes coulent sur son visage qu'elle essuie et efface au fur et à mesure qu'elles s'écoulent de ses yeux. Elle mime que sa fille voulait une banane, qu'ils n'ont pas d'argent et n'avaient pas de banane à lui donner, ni ne pouvaient en acheter et que son mari a dit que s'il ne pouvait même pas acheter une banane à sa fille, il voulait mourir. L., le mari de N. souffre, et N. a peur qu'il se suicide.

Nous l'écoutons avec bienveillance, nous nous appliquons à comprendre au mieux ce qu'elle tente de nous dire, tentons de l'apaiser, de lui procurer réassurance. Temps de silence.

Pour rester sur un temps calme et contenant, nous proposons alors un temps d'écoute de musique classique et N. montre qu'elle l'apprécie, nous répétant à plusieurs reprises en se montrant du doigt avec un sourire « Chopin, Chopin » exprimant qu'elle aime ce musicien.

Nous poursuivons avec une histoire chantée que la maman se propose d'accompagner au synthétiseur, puis elle poursuit avec une autre histoire chantée, improvisée en russe, pendant que sa petite fille, A., installe sur ses doigts, comme elle le peut, une marionnette à doigts, puis une seconde. Nous faisons le lien avec d'autres marionnettes à doigts que nous animons sur le bord du synthétiseur, l'invitant par cette proposition à rejoindre sa maman dans sa création.

Puis nous invitons la maman à reprendre les marionnettes à doigts afin qu'elle ait l'opportunité, si elle le souhaite, de créer une petite histoire chantée à l'intention de sa fille, ce qu'elle s'empresse de faire.

FIN DE SEANCE

Nous proposons de terminer la séance en invitant par geste, la maman, à prendre un livre musical. Elle se saisit immédiatement de notre proposition et se met elle-même, à tourner les pages à l'intention de sa petite fille. Nous nous positionnons discrètement en retrait de la dyade et observons la maman qui chante doucement et tendrement, en russe, à l'intention de sa fille, assise tout contre elle, regardant attentivement sa maman et buvant ses paroles.

Cette fois, la fin de l'atelier a été compliquée à amener car nous n'avions pas prévu le livre pop-up des animaux qui s'endorment et A. n'avait pas du tout envie de quitter l'atelier. Nous comprenons l'utilité que peut présenter ce livre tel un rituel de fin de séance, pour A..

Elle réclamera, désormais, systématiquement cette histoire qui sera, par accord tacite et non verbal, entre N., sa maman et nous, le rituel de fin de séance, présentant pour A., il nous semble, des qualités de recentrage, de retour au calme ainsi que la symbolique des yeux des animaux qui se ferment, signifiant la fin de la séance.

Nous avons donc à réfléchir, de plus, à une formule qui signe bien l'entrée et la sortie de l'atelier, « monter dans le train et en descendre » qui peut être amenée par une chanson sur ce thème pour les tout-petits, de façon à ce que les enfants (et les parents) repèrent bien le cadre temporel de la séance.

REMARQUES PERMETTANT D'ORIENTER LA SEANCE SUIVANTE :

Il nous semble qu'un objectif intermédiaire indiqué pour la prochaine séance serait : Pouvoir déposer ses émotions et son ressenti, en toute sécurité.

Séance N°6 :

Lieu : PMI

Objectifs Intermédiaires : Pouvoir déposer ses émotions et son ressenti en toute sécurité.

Favoriser la détente, le bien-être et le plaisir.

Implication volontaire des personnes dans l'action artistique.

Investir son corps comme outil d'expression capable de ressentir sensations et émotions.

Avoir la possibilité de laisser une trace personnelle.

ACCUEIL : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Sur le temps de relaxation qui introduit la séance, A. est très concentrée et attentive. Par mimétisme, elle fait tous les gestes de relaxation que nous proposons, sa maman se tient un peu plus loin, sur le tapis et participe discrètement. Nous la trouvons triste, le visage fermé dans un moment où elle se tient derrière sa fille qui ne peut pas la voir.

SITUATION PROPOSEE

Nous proposons que nous effectuions, debout sur les tapis, une ronde chantée, inspirée d'un album jeunesse « La Chasse à l'Ours ». N. et nous, tendons la main vers A. dans un geste d'invitation à ce qu'elle nous la prenne, ce qui ne se fait pas sans mal. Puis, nous initions une gestuelle corporelle et invitons la maman et A. à s'en inspirer et à créer leurs propres gestuelles sur la musicalité de l'histoire chantée que nous proposons et qui, pour elles qui ne comprennent que très peu le français, sonne comme un rythme scandé. N. et A. se saisissent de l'invitation et évoluent sur les tapis, dans le cadre de la ronde en inventant leurs propres gestes. Nous initions une gestuelle à l'intention de A. puis de N. et la maman adresse sa gestuelle à sa petite fille qui l'accueille.

La maman s'installe d'elle-même au synthétiseur et se met à jouer. A. s'approche d'elle et pour la première fois, elle joue sur le clavier en même temps que sa maman. La maman initie un chant, puis

s'arrête et nous fait comprendre que sa fille ne veut pas chanter car sa mère chante mais que dans ce lieu, en notre présence, à l'occasion des séances, A. est contente de chanter avec sa maman, ce qu'elle refuse de faire à domicile. A. signifie, au bout d'un moment, qu'elle ne veut plus que sa mère joue du piano et la maman obtempère.

Au fil des séances, dans le contexte des ateliers, nous notons que la relation et la communication mère-fille semblent davantage apaisée.

Notre présence triangulant la dyade mère-fille permet à A. de sortir un peu du collage à sa maman. Nous poursuivons par un temps d'écoute musicale et de dessin (en proposant de nouveau d'écouter Chopin que la maman avait semblé apprécier durant une séance passée). N. réagit avec un large sourire à la musique.

FIN DE SEANCE : livre pop-up des animaux qui s'endorment.

Séance N°7 :

Lieu : Domicile : Appartement CADA*

Objectifs Intermédiaires : **Pouvoir déposer ses émotions et son ressenti, en toute sécurité.**

Favoriser la détente, le bien-être et le plaisir.

Implication volontaire des personnes dans l'action artistique.

Investir son corps comme outil d'expression capable de ressentir sensations et émotions.

ACCUEIL

Chanson d'accueil « J'monte dans l'train », symbolisant l'entrée dans l'atelier.

Temps de relaxation sur une musique zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

Dans l'appartement CADA* où ils sont hébergés, N. veut absolument me montrer comment elle vivait à Moscou et nous montre des photos de la grande maison et de la grosse voiture qu'elle possédait, de ses enfants, gynécologue et chirurgien, nous faisant comprendre qu'ils ne savent pas comment elle vit ici. La maman s'effondre.

Elle nous fait comprendre qu'à leur arrivée à Lorient, ils partageaient un appartement avec une famille Tchéchène, que c'était sale, que ça sentait mauvais (elle mime), qu'il n'y avait qu'une seule douche et WC pour les deux familles. Elle répète « Moi choc, moi choc, fatiguée, fatiguée !! » et « Intelligente, intelligente !! » nous dit-elle en se frappant la poitrine. Elle pleure et se met en colère, se montre du doigt : « Moi asile asile », fait non de la tête, nous mimant le signe, il nous semble, qu'elle n'est rien, et nous fait comprendre, en mimant qu'elle tend la main, qu'elle a honte de mendier (traduit approximativement avec le traducteur de son téléphone portable)

A. s'approche de sa maman, monte sur ses genoux, écarte son T-Shirt et tente de prendre son sein, sa mère essaye de le lui retirer, elle crie, ne supporte pas que sa mère lui refuse le sein, la maman lui dit « Non ! » en criant et A. se met à hurler.

FIN DE SEANCE .

REMARQUES PERMETTANT D'ORIENTER LA SEANCE SUIVANTE

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi

RESSENTI PERSONNEL

La maman est fortement abîmée narcissiquement d'où l'importance de favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi dans les objectifs intermédiaires.

Nous observons que les temps de prises en charge à la PMI sont davantage bénéfiques pour la maman et sa petite fille que les temps de prise en charge au domicile, qui favorisent la résurgence des angoisses par opposition à la PMI qui est sécurisante, lieu contenant et calme, offrant à la maman, une mise à distance momentanée de ses problèmes.

Séance N°8 :

Lieu : PMI

Objectifs Intermédiaires : Enfant : Gagner en autonomie.

Diminuer stress, angoisse et anxiété.

Favoriser la détente, le bien-être et le plaisir.

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi.

Améliorer l'image de soi.

ACCUEIL : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train »

Temps de relaxation sur une musique douce.

SITUATION PROPOSEE

Créations musicales avec les petites percussions

N. et A. explorent, tour à tour, les petites percussions proposées, et inventent, composent, des musiques, des assemblages rythmiques, soit individuellement, soit ensemble, avec beaucoup de plaisir. A. montre qu'elle est très intéressée et initie, d'elle-même une petite création en allant chercher deux crayons de couleurs afin d'en faire deux baguettes pour taper sur la boîte à Meuh qui fait office de tambour.

Elle rit, tout à sa joie, ce qui fait aussitôt écho chez la maman.

Au moment de l'écoute de musique, nous proposons, ce jour, les chansons de Mimi Barthélémy, conteuse créole. Aussitôt, A. balance son corps, bien en rythme sur les chansons, son visage est détendu, souriant, elle vocalise, tourne sur elle-même, nous notons qu'elle est particulièrement sensible à ces musiques et nous notons également, qu'au fil des séances, elle s'autonomise et peut prendre du plaisir, individuellement, à ses petites expériences créatives. Le travail d'individuation-séparation se poursuit et se consolide.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment

REMARQUES PERMETTANT D'ORIENTER LA SEANCE SUIVANTE :

Stimuler la création, la production personnelle de N. et de sa fille A. et de ce fait, les faire accéder au plaisir suscité par leur propre création.

RESSENTI PERSONNEL

Nous notons après cette séance effectuée à la PMI, qu'effectivement, N. arrive à davantage s'apaiser lorsque les séances ont lieu à la PMI et de ce fait, sa petite fille est moins anxieuse et moins colérique.

Séance N°9 :

LIEU : PMI

Objectifs Intermédiaires : Favoriser et stimuler le processus créatif.

Favoriser l'expression de soi.

Permettre l'accès au Plaisir Esthétique.

Mettre en valeur les Capacités Esthétiques.

ACCUEIL : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train »

Temps de relaxation sur une musique douce.

SITUATION PROPOSEE

Ce jour, A. n'est pas enthousiasmée par la séance, elle est peu motivée, de mauvaise humeur, fatiguée et pleure constamment.

La maman est également fermée et il semble que mère et fille partagent ce jour, la même humeur. La maman mime et nous fait comprendre qu'ils sont inquiets, tendus, anxieux, car ils attendent la réponse de l'OFPPRA* pour l'acceptation de leur dossier de Demande d'Asile et que la réponse doit

arriver ces jours-ci. La séance sera écourtée car nous voyons que N. et A. ne sont pas disponibles psychiquement.

N. a tenu à venir car elle nous fait comprendre que ça lui fait du bien mais que c'est trop difficile aujourd'hui, elle est trop anxieuse.

FIN DE SEANCE.

Séances 10 et 11 : Absence justifiée

Séance N°12 :

Objectifs Intermédiaires : Diminuer stress, angoisse et anxiété.

Favoriser la détente, le bien-être et le plaisir.

ACCUEIL : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train »

Temps de relaxation

SITUATION PROPOSEE

Nous notons, ce jour, que la maman N., a beaucoup de difficultés à poser des limites à sa fille. En effet, A. entre dans la séance avec une sucette dans la bouche, nous lui faisons signe de la déposer sur le bord de l'évier, sur une serviette en papier, dans la mesure où nous craignons qu'elle tombe durant la séance et se blesse la bouche. La maman soutient faiblement notre demande et sa fille la nargue en se sauvant en riant et en se mettant à courir et à gesticuler dans la pièce avec la sucette dans la bouche. Cette attitude d'opposition se poursuivra jusqu'à ce que nous intervenions fermement, après avoir obtenu caution auprès de la maman par un échange de regards. S'en suivront cris, hurlements, colère de la part de A. Nous pouvons noter, à partir de ce moment, que A. joue avec les limites posées par sa mère, visiblement insécurisée et a beaucoup de mal à supporter la frustration. Nous notons également que le visage de la maman est très fermé, très triste, les plis de sa bouche montrent de l'amertume et une extrême lassitude face aux débordements de sa fille.

Il ne sera pas possible, ce jour, d'effectuer le rituel d'entrée dans la séance ni le temps de relaxation.

Le passage à une attitude à nouveau apaisée, s'effectuera par la médiation du chant. En effet, dès que nous initions un chant et invitons la maman à se saisir de cette proposition si elle le souhaite, aussitôt, A. arrête sa crise d'opposition et se joint à nous pour chanter.

Nous faisons le lien en nous levant du tapis et en formant une ronde en nous tenant par la main pour recréer du lien et recentrer l'attention. Nous poursuivons nos chants, en nous répondant toutes les trois.

Nous poursuivons, chantant ensemble une chanson autour du corps en mimant : « Saute sur un pied » et enfin la chanson mimée dont elles se sont emparées et que la maman complète en russe « La Chasse à L'Ours »

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment

Séances 13 et 14 : Absence justifiée

Séance N°15 :

LIEU : PMI

Objectifs Intermédiaires : Capacité à s'affirmer et à se positionner vis-à-vis de sa fille.

Pouvoir exprimer sans cris et colère.

Favoriser le lâcher-prise.

Revalorisation, estime de soi.

ACCUEIL

La maman est en larmes. Elle nous fait comprendre qu'ils sont déboutés et expulsés du logement CADA dans 3 jours, qu'ils auront 3 nuits dans une chambre d'hôtel puis qu'ils se trouveront dehors au matin, les services sociaux seront fermés et ils vont dormir dehors, avec leur petite fille de 2 ans, Dimanche soir.

Nous pensons en nous-même qu'il ne nous semble pas que la situation soit tout à fait perdue car la PMI et le service de Psychiatrie Adulte sont en train de rassembler des éléments afin de monter un dossier de demande d'appartement au Safran pour cette famille (l'Hôtel Maternel « Le Safran » appartenant à l'association Sauvegarde 56, possède des appartements pouvant accueillir des familles au complet).

La maman, bien que connue des professionnels de la PMI, par honte de demander quoi que ce soit, n'a jamais pris rendez-vous avec une assistante sociale, et de ce fait, aucun dossier n'a été ouvert ni aucune observation relevée, motivant l'ouverture d'un dossier de demande de logement.

Les seuls éléments d'observation dont nous disposons sont ceux des consultations nourrissons de PMI et ceux glanés durant les ateliers d'Art-Thérapie, pouvant soutenir cette demande via notamment les grilles d'observations et les observations cliniques relevées en séances de prise en soin en Art-Thérapie.

Les consultations nourrissons dans le service de la PMI ont été honorées avec régularité cependant rien n'a été déposé de la part de la famille concernant leurs éventuels besoins, les observations s'étant limitées, de ce fait, au registre somatique et à l'évolution staturo-pondérale et cognitive de A.

Dans le cadre de la mission de prévention de la PMI, une orientation de cette famille avait été proposée, vers la prise en soin en Art-Thérapie, dans le cadre du stage, et heureusement, la famille s'en était saisie, ce qui aura permis de relever des observations précieuses afin de l'aider.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment.

REMARQUES PERMETTANT D'ORIENTER LA SEANCE SUIVANTE :

RESSENTI PERSONNEL : La maman et sa fille, dans cette situation d'urgence, n'étaient absolument pas disponibles, leur seul besoin du moment était l'élaboration de leur souffrance. La posture professionnelle de soignant dans cette situation, était d'être présente auprès de cette maman et d'accueillir avec bienveillance sa souffrance afin qu'elle se sente soutenue.

Séance N°16 :

LIEU : PMI

Objectifs Intermédiaires : Diminuer stress, angoisse et anxiété.
Favoriser la détente, le bien-être et le plaisir.
Revalorisation, estime de soi.

La famille est actuellement logée à l'hôtel Formule 1 en attendant l'éventuelle attribution d'un logement.

ACCUEIL

Chanson d'introduction « J'monte dans l'train »

Temps de relaxation sur une musique zen.

A., réclame dès son arrivée : « Abeille », il s'agit des histoires-chantées avec support d'animaux en peluche, sur fond de castelet-tapis d'éveil. Elle enlève ses chaussures et s'assied sur le tapis, prête à participer à la séance.

Je note que N. et A. sont souriantes, manifestement heureuses d'être là.

Nous initions donc la séance par les chansons des animaux que A. et sa maman commencent à connaître. La maman me fait signe qu'elle souhaite prendre les percussions. Elle choisit des maracas et accompagne sa fille qui chante, puis elle change et poursuit en faisant sonner un tambourin. S'ensuit une déferlante de petits sons cristallins grâce à l'utilisation de divers colliers de clochettes et de grelots. A. cesse de chanter et s'approche de sa mère qui lui tend un xylophone et en prend un second à son tour. Mère et fille improvisent des questions-réponses en faisant chanter les xylophones. Ce jour, toutes deux sont pleines d'énergie et de gaieté.

A. va chercher des marionnettes à main, la grenouille, le phoque, et la maman se met à chanter tandis que sa fille crée un dialogue gestuel entre les deux marionnettes, je participe à leur improvisation en ajoutant quelques onomatopées que la maman se réapproprie et enrichit avec les siennes propres.

Puis un jeu de coucou-cacher est instauré avec les foulards, dans lequel mère et fille évoluent ensemble en alternant le rôle de celle qui se cache et de celle qui découvre l'autre, ce jeu s'effectuant dans la joie et les rires.

Nous terminerons la séance par la comptine mimée de la Chasse à l'Ours que mère et fille miment avec plaisir et enrichissent de leurs propres propositions gestuelles.

FIN DE SEANCE. Livre pop-up des animaux qui s'endorment

2.2.1.5. BILAN des Séances de N. et A.

Auto-Evaluation : Nous sommes confrontée aux mêmes difficultés pour les deux cas cliniques étudiés : à savoir, l'impossibilité d'effectuer un test de Rosenberg pour l'évaluation de l'estime de soi en début et en fin de prise en soin, pour la maman N. et de la même façon, impossibilité de faire remplir un questionnaire d'Auto-Evaluation à cause du barrage de la langue.

Nous devons nous satisfaire, en premier lieu, à chaque séance, de notre observation et de notre ressenti, en second lieu, de l'analyse de l'évolution de la première à la dernière séance, et enfin, des masques vierges à compléter, permettant de déposer les émotions ressenties par chacune, en début et en fin de chaque séance.

Les séances ont été honorées avec régularité, ponctualité et engagement et pour celles qui ont été ratées, leur absence a toujours été justifiée.

N. a fortement investi les séances, l'alliance thérapeutique était bien en place, et de qualité.

Il y avait un continuum entre le travail initié en séances et le domicile et ce, jusqu'à la séance suivante.

Pour cette maman et sa fille, le cheminement dans le processus d'évolution positive a été rapide, favorisé par leur habitude et leur aisance dans la pratique artistique musicale.

Suivi médico-social de la situation de la famille par l'Equipe Pluridisciplinaire :

Réunion Valérie Robic – Puéricultrice Magalie Jaffré

Réunions Valérie Robic – Médecin de PMI, Valérie Gaboulaud

Réunion Puéricultrice Magalie Jaffré – Assistante Sociale, Gwenola Pelletier

2.2.1.6. Les objectifs Généraux ont-ils été atteints ?

Bien que ces moments de prise en soin en atelier d'Art-Thérapie aient été limités dans le temps, ils ont été précieux et signifiants pour N. et sa fille A.

Les objectifs mis en place, dont l'objectif majeur fut un travail autour des interactions précoces mère-enfant dans le contexte difficile de l'exil, avec un tableau clinique inquiétant pour chacun des membres de cette famille, ont été majoritairement atteints.

Néanmoins, la situation de la perte du logement CADA et d'hébergement à l'hôtel, dans l'attente d'un éventuel hébergement en appartement Safran, plonge à nouveau la famille dans une situation d'angoisse et de précarité, pouvant être le lit de résurgences de signes inquiétants, sur le plan clinique, qu'ils soient somatiques ou psychiques, pour N. et sa fille, A., mettant, à nouveau, en péril la qualité des liens précoces mère-enfant.

En complément des soins promulgués, nous pouvons orienter les parents et leur fille vers des lieux et des personnes ressources afin d'étayer davantage, soutenir la mise à distance de la souffrance et la projection vers un futur positif.

**2.2.2 Seconde Famille : R., K. et A. : Famille kosovare, musulmane, albanophone.
Maman K., Papa A., petite fille R. 1 an 1/2**

2.2.2.1 Anamnèse

Histoire de vie, contexte familial et social.

Au Kosovo, K. était étudiante en philosophie et A. serveur dans un restaurant, ils s'aimaient et souhaitaient se marier. La famille de madame lui a interdit de se marier avec A.

Ils se sont mariés dans la clandestinité, contre la volonté de la famille de K..

Ils ont été obligés de fuir le Kosovo sous la menace d'être tués par le frère et le père de K.

K. a un frère et une sœur. Depuis leur fuite, peut-on lire dans le rapport d'audience de l'OFPRA, elle n'a plus aucun contact avec sa famille et dit qu'elle n'en aura jamais plus car elle a été reniée par son père et par son frère qui les tueraient, elle et son mari, s'ils revenaient au Kosovo. Elle sait que sa mère et sa sœur ne lui en veulent pas et qu'elle leur manque beaucoup, mais elles sont obligées d'obéir aux hommes de la famille.

La famille de A. n'était pas opposée à leur union et A. communique toujours avec elle par téléphone, A. a un frère et sa maman, au Kosovo. Son papa est décédé depuis que A. est en France et il n'a pas pu se rendre à ses obsèques, ce qui est très douloureux pour lui.

K. est née le 08 Mars 1984 à Koshane au Kosovo.

A. est né le 25 Avril 1984 au Kosovo.

K. et A. sont arrivés en France en mai 2013.

R. est née le 09/08/2015 à Lorient.

Fausse couche avant la grossesse de R., K. a perdu un premier bébé à 3 mois ½ de grossesse, par déclenchement, suite à un fibrome.

Sa seconde grossesse fut difficile, forte anxiété de K. durant la grossesse de R.

Naissance de R., leur petite fille, qui est leur enfant unique.

Après la naissance de R., K. déclenche une dépression du post-partum et est suivie en consultations, en ambulatoire, par le Docteur Le Moigne, psychiatre et chef de service du Pôle de Psychiatrie Adulte de l'EPSM, pour trouble du lien mère-enfant, au départ, tous les 15 jours puis tous les mois en alternance avec le psychologue.

Allaitement maternel, bout de sein (puis arrêt du bout de sein).

Alimentation mixte biberon + sein à partir de décembre 2015.

R. dort dans le lit de ses parents.

R. bénéficie d'ateliers de psychomotricité.

Puis évolution vers le biberon la nuit et R. dort désormais dans son lit près de celui de ses parents mais elle termine souvent sa nuit dans leur lit.

Va à la crèche deux à trois fois par semaine, puis tous les jours.

Babillage en français et en albanais.

K. a vécu ses deux grossesses en France, à Lorient, la 1ère grossesse, en partie dans la rue, puisque le couple était, à l'époque, hébergé en foyer d'urgence, dans des chambres séparées, et devait être hors de ce foyer, c'est-à-dire, dans la rue, de 08H00 du matin à 18H00.

Puis ils ont été hébergés dans un appartement CADA, jusqu'à leur expulsion en Juin 2017 .

Les prises en soins en Art-Thérapie, durant cette étude, s'effectueront à domicile car l'état de la maman ne favorise pas un déplacement à la PMI, nous nous introduirons avec tact et discrétion, dans l'intimité de cette famille.

2.2.2.2. Traitement de K., la maman :

Seresta 50 : Anxiolytique

Indications : Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.

Effets indésirables : Sensation d'ivresse, maux de tête, somnolence (en particulier chez la personne âgée), ralentissement des idées, fatigue, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double. Réaction allergique.

Prosac 20 : Antidépresseur

Indications : états dépressifs.

Effets indésirables : insomnie, maux de tête, nausées, diarrhées, fatigue.

Stilnox : Hypnotique

Indications : traitement de l'insomnie.

Effets indésirables : sensation d'ivresse, maux de tête, troubles de la coordination des mouvements, somnolence pendant la journée, cauchemars, aggravation de l'insomnie, baisse de la libido.

Fatigue, faiblesse musculaire. Réactions allergiques cutanées, démangeaisons. Troubles digestifs

Vision double.

Cymbalta 30 : Antidépresseur

Indications : états dépressifs, certaines manifestations de l'anxiété (anxiété généralisée).

Effets indésirables : somnolence ou au contraire insomnie, maux de tête, sensation de vertiges, nausées, sécheresse de la bouche, constipation, baisse de l'appétit, transpiration excessive.

Noctamide : Hypnotique

Indications : traitement de l'insomnie.

Effets indésirables : sensation d'ivresse, maux de tête, fatigue, somnolence pendant la journée en particulier chez la personne âgée, troubles de la coordination des mouvements, confusion des idées.

Faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double.

2.2.2.3 Objectifs thérapeutiques :

Objectifs thérapeutiques généraux :

- Apporter mieux-être et apaisement à la maman et à son enfant.
- Stimuler la relation mère-enfant (les interactions précoces).
- Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.
-

Objectifs intermédiaires :

A affiner à chaque séance selon les situations de soins.

2.2.2.4 Séances art-thérapeutiques :

Il serait très long de décrire l'intégralité des séances, aussi proposons-nous d'exposer, dans cette étude, les moments les plus marquant des séances :

Séances N°1 et N°2:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Tisser l'alliance thérapeutique.

Diminuer stress, angoisse et anxiété.

Obtenir un échange de regard ou un geste de la part de la maman à l'intention de sa petite fille.

Stimuler la réinitiation d'un lien mère-enfant.

Aider la maman à sortir de l'enfermement dépressif.

1ER RENDEZ-VOUS : Prise de contact, présentation de l'Art-Thérapie (dans la limite de la compréhension possible de la part de la famille).

Elaboration de la Fiche d'Ouverture : Prise de connaissance et compréhension des difficultés de K., A. et R. dans leur contexte de vie en exil.

Lorsque nous nous rendons la première fois, au domicile de la famille, nous faisons la connaissance d'une famille triste.

Le papa nous accueille cependant avec le sourire.

La maman, K., est éteinte, le regard rivé au sol, elle est assise dans un fauteuil, jambes repliées sous elle, elle nous offre un maigre sourire de bienvenue, elle semble absente, dans une pensée lointaine, sur une autre scène...

C'est le papa qui se tient proche de leur petite fille, R., qui l'accompagne dans le quotidien et s'occupe d'elle.

R., est une petite fille vive, qui se manifeste en faisant beaucoup de bruit, elle ne nous connaît pas et a un mouvement premier de recul, tout en ne nous quittant pas du regard lorsque nous nous présentons et que nous expliquons le sens de notre venue, ce jour, dans sa famille.

Elle nous écoute, manifestement intriguée et intéressée (surtout par ce qu'il y a dans le grand sac que nous disons avoir apporté pour elle !)

Elle semble tout comprendre, et ne mettra que peu de temps à s'intéresser aux petits instruments de musique que nous sortirons un à un de notre sac pour lui faire découvrir le bruit spécifique à chacun, puis que nous lui tendrons afin qu'elle les explore et qu'elle puisse les faire sonner par elle-même.

Son papa est près d'elle, l'encourageant du regard, soutenant toutes ses initiatives et ses progrès. R. se saisit des instruments pour les lui tendre. A son tour, le papa nous les tend, puis nous les redonnons à R., instaurant par cette médiation, une circulation entre nous, initiant le lien.

Le papa soutient cette amorce de lien entre nous, se saisissant lui-même des instruments en les nommant en albanais, remerciant R. qui les lui tend à nouveau, tout en commentant l'action et l'échange.

Ce jeu musical sera le premier, dans le cadre de notre travail de futur Art-Thérapeute, il s'enrichira à chaque séance, et le lien se tissera ainsi, au fil des visites.

FIN DE SEANCE : Afin de signifier symboliquement la fin de la séance, et pour clore ce moment partagé par un temps calme, nous proposons l'histoire des animaux de la forêt qui baillent et finissent par fermer les yeux en disant, avant de s'endormir: « Bonne Nuit », grâce à une petite manipulation du livre animé. R., guidée par son papa, a eu le plaisir d'ouvrir puis de refermer à plusieurs reprises les yeux des animaux. Il s'agira désormais, de notre rituel de fin de séance.

Séances N°3 et N°4:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Tisser l'alliance thérapeutique.

Diminuer stress, angoisse et anxiété.

Obtenir un échange de regard ou un geste de la part de la maman à l'intention de sa petite fille.

Stimuler la réinitiation d'un lien mère-enfant.

Aider la maman à sortir de l'enfermement dépressif.

OUVERTURE DE SEANCE

Chanson d'accueil « J'monte dans l'train », petit rituel instauré, symbolisant l'entrée dans l'atelier.

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique douce.

SITUATION PROPOSEE

Durant les premières séances, la maman restera dans son fauteuil, en retrait physique et psychique, le regard rivé sur ses mules cassées, qu'elle s'évertuera à tenter de remettre en place, le regard ne se lèvera pas un instant en direction de sa petite fille, ni de son mari, sa bouche restera figée en un triste rictus.

En miroir, R. ne regardera pas sa maman, ne tentera ni d'aller la réveiller, ni de la solliciter à participer à son jeu.

Durant les 1ères séances, le papa est toujours présent afin de pallier à l'absence psychique de la maman.

Nous travaillons toujours à tisser le lien avec les parents et avec R.

Toutes les activités chantées et racontées en chansons, que nous proposons, s'adressent également à la maman que nous incluons de façon fine, tout en essayant d'éveiller un intérêt chez elle, voire un désir. Lorsque R. manifeste vivement sa joie, en réaction à nos propositions chantées ou racontées, nous nous appliquons à ce que la maman ne se sente pas dépossédée de l'attention de sa petite fille à son égard, de façon à ce qu'elle ne pense pas que nous nous substituons à elle dans le jeu auprès de sa fille, ainsi nous appliquons-nous à avoir une attitude d'une grande discrétion et à nous mettre en retrait dès que possible.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment

A la fin de la séance, après explication mimée de notre part, le papa remplit pour sa femme et pour sa petite fille, la fiche d'évaluation de leur thymie, pour le début et la fin de la séance, il s'agit de masques de visages vierges à compléter selon des modèles de masques exprimant des émotions (étant donné la situation délicate de la maman, nous avons attendu deux séances avant de les présenter).

Séances N°5 et N°6:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Tisser l'alliance thérapeutique.

Diminuer stress, angoisse et anxiété.

Obtenir un échange de regard ou un geste de la part de la maman à l'intention de sa petite fille.

Stimuler la réinitiation d'un lien mère-enfant.

Aider la maman à sortir de l'enfermement dépressif.

OUVERTURE DE SEANCE

Chanson d'accueil « J'monte dans l'train », symbolisant l'entrée dans l'atelier.

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique zen.

SITUATION PROPOSEE

Désormais, R. malmène sa maman, physiquement, durant les séances : elle monte sur ses genoux,

lui tire les cheveux, lui tord la peau du visage, tire sur ses lèvres, tel un prolongement d'elle-même, R. tentant, semble-t-il, de la réveiller.

R. est la figure centrale dans le tissage du lien avec K., bébé-partenaire actif dans l'interaction mère-fille et dans la construction de la parentalité de sa maman.

Malgré la pathologie de la maman, petit à petit, le lien thérapeutique se met en place....

Nous proposons, l'écoute de deux histoires chantées, en nous appuyant sur deux albums pour enfants dont nous initions la narration, en ouvrant grand les livres, à l'intention de R., de son papa et de sa maman.

Le papa et R. tiennent chacun un bord du livre et fredonnent, la maman en retrait, semble-t-il, regarde le livre et non pas dans le vide.

Pour rester sur un temps calme et contenant, dans le respect du retrait de la maman, nous proposons alors un temps d'écoute de musique classique. R. joue sur le tapis, attentive, il semble, à la musique, le papa sourit et la maman entend et peut-être même, écoute-t-elle ?

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment.

Séances N°7 et N°8:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Tisser l'alliance thérapeutique.

Diminuer stress, angoisse et anxiété .

Obtenir un échange de regard ou un geste de la part de la maman à l'intention de sa petite fille.

Stimuler la réinitiation d'un lien mère-enfant

Aider la maman à sortir de l'enfermement de la dépression.

Ressentir des émotions agréables, se laisser bercer par la musique.

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique zen.

Désormais, R. connaît bien le moment de la relaxation , elle l'apprécie et sourit, attentive, elle mime certains des gestes que nous proposons, le papa participe également mais la maman se tient toujours en retrait, triste, assise dans un fauteuil.

SITUATION PROPOSEE

Au fil des séances, le lien thérapeutique se met en place. Le papa est toujours présent afin de pallier à l'absence psychique de son épouse auprès de leur fille. Nous nous appliquons à montrer à la maman que le travail que nous proposons n'est pas une suppléance à son absence psychique dans le lien à sa fille, ou une richesse qui raisonnerait en creux chez elle, au contraire, nous nous appliquons à la solliciter à participer, et pour ce faire, nous lui tendons les instruments après les avoir utilisés dans la relation à R., tentant de lui donner envie de s'en saisir, afin de stimuler le lien mère-fille à travers un élan de création et de transmission.

Soudain, K. fait l'effort de sourire, même si cela semble difficile et que son sourire est bien mince, elle accueille R. sur ses genoux, stimulée par sa petite fille, qui impose son corps sur les genoux de sa maman, et en parallèle, K. accepte de se saisir de la percussion que R. lui tend.

Nous proposons des chansons à gestes et onomatopées, R. et le papa s'en saisissent immédiatement et nous faisons ensemble tous les trois, dans un moment de plaisir partagé, à côté de K., qui s'est rapprochée de notre trio en s'asseyant sur le sol près de nous.

C'est la première fois que nous voyons son corps se mouvoir durant une séance, un sourire apparaît sur son visage, et un contact physique avec sa petite fille, car elle s'assied tout près d'elle. Soudain, K. nous regarde et ébauche à nouveau un sourire, il semble que quelque chose soit en train

de renaître en elle. Cette séance est majeure car enfin, une impulsion de vie et de désir, émerge à nouveau chez K..

C'est ainsi qu'elle initie timidement une action qui s'intègre dans la création musicale du moment, sans trop de conviction au départ, mais l'important est qu'elle manifeste un élan. Elle accepte ainsi, de se saisir d'un instrument que nous lui tendons et d'initier une petite musique et un rythme, à l'intention de sa petite fille.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment.

RESSENTI PERSONNEL : Une joie immense de voir la maman de R. s'éveiller, s'ouvrir à nouveau à sa famille et tout particulièrement à sa petite fille.

Séances N°9 et N°10:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : **Obtenir un échange de regard ou un geste de la part de la maman à l'intention de sa petite fille.**

Stimuler la réinitiation d'un lien mère-enfant.

Continuer à aider la maman à sortir de l'enfermement de la dépression.

Stimuler l'envie, le désir.

Favoriser la détente.

Favoriser l'endormissement et améliorer le sommeil.

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique douce.

SITUATION PROPOSEE

Ce jour, pour la première fois, la maman s'installe sur le tapis avec nous dès le début de la séance.

Nous proposons de chanter la comptine traditionnelle que les tout-petits adorent pour commencer notre séance avec K. et sa petite fille : « Ainsi font les marionnettes », R. est très intéressée et sa maman regarde bien les gestes de moulinets que nous effectuons avec les mains.

Nous poursuivons en sortant nos petites percussions. Nous en proposons une à la maman, après l'avoir faite sonner, elle s'en saisit aussitôt et à son tour, la fait sonner timidement. Aussitôt, sa petite fille s'élance et s'assied en face d'elle, la maman lui tend la percussion et R. la fait sonner à son tour.

Nous sortons, une à une, les autres percussions, les faisons sonner et à nouveau, les tendons une à une à K, qui de la même façon, les fait sonner à son tour à l'intention de sa fille, les lui tend ensuite, puis R. les fait également sonner.

Nous proposons de poursuivre la séance par un livre musical : nous fredonnons un air, R. chante à son tour avec son papa et nous invitons d'un geste de la main, la maman à chanter. Elle accepte notre invitation et initie timidement une mélodie à laquelle sa fille répond en chantant plus fort. Face à elle, R. lui sourit largement, et sa maman lui répond.

FIN DE SEANCE : livre pop-up des animaux qui s'endorment

RESSENTI PERSONNEL

Cette séance est le début d'une ouverture de K., elle accepte les propositions de chanter et de faire de la musique même si les sons émanant d'elle sont faibles mais ils sont cependant bien présents.

Séances N°10:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Poursuivre la stimulation de l'ouverture de K. et du lien mère-enfant.

**Ressentir des émotions agréables, se laisser bercer par la musique.
Stimuler la création.**

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique douce.

Ce jour, nous proposons à nouveau un atelier percussions. La maman est bien présente près de sa petite fille. Nous sortons d'un grand sac, une à une, les percussions, que nous faisons sonner. Mère et fille nous regardent, nous tendons chaque percussion à la maman qui s'en saisit, la fait sonner et ensemble, mère et fille explorent, tour à tour, les petites percussions proposées, inventent, composent des musiques, des assemblages rythmiques, soit individuellement, soit ensemble.

R. est ravie de faire de la musique avec sa maman et montre qu'elle en a beaucoup de plaisir.

A., le papa est aujourd'hui présent mais reste en retrait, debout à l'entrée de la pièce, il sourit en nous regardant, puis il se retire dans une autre partie de l'appartement.

Nous proposons à la maman une petite marionnette à doigts, puis une seconde, elle les saisit et les met sur ses doigts, R. la regarde, nous couvrons également les doigts d'une de nos mains avec des marionnettes et nous les faisons s'adresser à celles qui sont sur les doigts de la maman puis en tendons une à R. qui s'en saisit et la secoue en souriant.

La maman se tourne alors vers sa fille et fait parler ses marionnettes à la marionnette de sa fille et se met à faire chanter ses marionnettes pour R.

Nous terminons en mettant sur notre main une marionnette-grenouille et nous mettons à chanter en mimant les coassements de la grenouille, puis retirons notre main de la marionnette et la tendons à K. qui l'enfile sur sa main et se met à chanter pour sa fille et coassant à son tour !

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment

Séances N°11 et N°12:

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Favoriser la détente.

Favoriser l'endormissement et améliorer le sommeil.

Stimuler l'envie, le désir.

Favoriser le bien-être et le plaisir.

OUVERTURE DE SEANCE

Chanson d'accueil « J'monte dans l'train », symbolisant l'entrée dans l'atelier.

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique douce.

Nous notons que K. paraît beaucoup apprécier ce moment de relaxation et de calme qui introduit la séance, elle est tout de suite prête à participer et refait, avec application, l'intégralité des gestes proposés.

SITUATION PROPOSEE

De séances en séances, nous chantons à trois ou parfois, à quatre, le papa pouvant encore, certaines fois, être présent aux séances, cependant, il s'efface petit à petit, laissant sa femme au premier plan.

Nous poursuivons en proposant une berceuse que nous chantons en berçant un ours en peluche et invitons du regard et du geste, la maman à chanter si elle le souhaite, ce dont elle se saisit, entonnant à voix basse, une chanson albanaise tout en regardant sa petite fille.

Nous poursuivons en sortant nos petites percussions et en proposant deux chansons à gestes, procédant de même, par un regard et un geste d'invitation à l'intention de la maman qui s'en saisit immédiatement. R. et K. participent en choisissant librement des percussions, et en créant ensemble une musique sur la chanson de la maman.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment

Séance N°13 :

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Favoriser la détente.

Stimuler l'envie, le désir.

Favoriser le bien-être et le plaisir.

Ressentir des émotions agréables, se laisser bercer par la musique.

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi.

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

Petit à petit, le lien se renforce. Ce jour, nous découvrons, à notre arrivée pour cette séance, que le mari de K., A., n'est pas présent dans l'appartement. C'est la première fois, depuis le début de notre travail, que la maman K. et sa fille sont seules dans l'appartement lorsque je me présente, ce qui signe certainement la prise de confiance de son mari en les capacités de sa femme, à prendre seule, soin de leur petite fille et certainement, la prise de conscience de l'amélioration de l'état de santé de sa femme.

Lors de cette séance, la maman nous demande de lui montrer comment se cuisine la semoule de blé car la puéricultrice le lui a montré à l'occasion d'une visite, mais K. n'a pas bien compris. Nous déplaçons ainsi, ce jour, la séance, dans la cuisine!

Le lien s'enrichit davantage et se renforce....Nous notons, ce jour, la confiance que K. nous attribue et la place qu'elle nous concède dans le travail que nous lui proposons auprès d'elle et de sa petite fille.

Après avoir confectionné une semoule de blé, nous retournons dans le salon où nous proposons, à présent, la séance d'Art-Thérapie.

Nous commençons, comme la séance passée, la berceuse en berçant doucement l'ours en peluche et aussitôt, la maman entonne sa berceuse albanaise. Nous la laissons chanter, dans le lien à sa fille et nous faisons discrète tout en observant ce moment précieux entre mère et fille.

Puis, nous entonnons des comptines dont la traditionnelle « Ainsi font les marionnettes » dont la maman se saisit et mime avec plaisir à l'intention de sa fille qui est très intéressée et la regarde intensément.

Nous enrichissons ensuite avec des comptines de frappements de mains, de claquements de doigts et de frappements de pieds. Assises sur le tapis. R. est tout à sa joie et la maman partage ce moment de plaisir avec elle.

Après ce moment de chant, nous proposons l'écoute de morceaux de musique classique que nous avons proposés lors d'une des premières séances, lorsque la maman était enfermée dans sa dépression.

Nous nous étions, en effet, demandées, durant cette séance passée, si elle avait écouté les morceaux de musique, et si elle en avait alors ressenti les bienfaits.

Mère et fille s'allongent, côte à côte, sur le tapis du salon, lorsque la musique se diffuse dans la pièce et nous voyons K. qui sourit, apaisée, il nous semble, profitant de ce moment de détente partagé avec sa petite R.

Après ce temps d'écoute musicale, nous proposons de raconter une histoire chantée, avec gestes, onomatopées et support d'un livre animé. Nous initions des gestes que K. et R. miment avec sourire et plaisir.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment

REMARQUES PERMETTANT D'ORIENTER LA SEANCE SUIVANTE :

Nous essayerons, lors de la prochaine séance, de proposer un enrichissement par des activités artistiques musicales complémentaires.

Séance N°14 :

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Favoriser la détente.

Profiter d'un temps pour soi et son enfant.

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi.

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

Nous reprenons donc la situation de la séance passée en l'enrichissant.

Durant cette séance, nous initions un travail différent, ne proposant pas, cette fois, des chansons appartenant à notre culture, mais sollicitant, tel que transmis dans l'enseignement de la prise en soin transculturelle par Serge Lebovici et Marie-Rose Moro, la richesse culturelle de K., en invitant davantage K. à chanter ce qu'elle affectionne. Nous souhaitons l'amener doucement vers sa propre création artistique.

Fièrement et tout à sa joie, elle nous écrit des chansons de sa culture.

Elle sourit largement et prend beaucoup de plaisir à nous les apprendre, à nous les faire répéter, à peaufiner notre travail de prononciation. Ce travail de transmission la valorise énormément et elle note à quel point nous nous intéressons à sa culture.

Cette fois, en effet, c'est elle qui « dit », qui « sait », qui « transmet » et non le professionnel du pays d'accueil, comme c'est le cas, habituellement.

Désormais, des séances mixtes, intégrant nos deux cultures, se mettent en place.

Nous poursuivons en proposant une création libre avec les petites percussions.

Puis nous proposons un jeu sur la voix, permettant à la maman de prendre conscience de son corps et de l'instrument naturel qu'il représente :

- 1- Souffler 2- Chuchoter 3- Murmurer
- 4- Inventer des onomatopées 5- Inventer des cris
- 6- Créer des sons 7- Créer des sons rythmés
- 8- Créer des petites mélodies improvisées

La maman et R. participent à toutes les propositions, d'abord par mimétisme puis nous les laissons seules, explorer et créer ensemble.

Nous nous mettons ensuite debout, sur le tapis, faisons les gestes, tapons dans nos mains, frappons le sol de nos pieds...R. et K. rient, et R. peut même rire aux éclats !

Des petits gâteaux de semoule ont été confectionnés par K. en notre absence, et nous sont offerts lors de notre venue ! Nous la félicitons, elle sourit largement et montre qu'elle est fière d'elle. Cependant, nous sommes ramenées à la réalité du quotidien angoissant de cette famille : en effet, la maman tente de nous expliquer qu'ils vont devoir quitter le logement car ils ont été déboutés par l'OFPPA concernant leur demande d'asile. Nous recevons toute l'angoisse et toute l'inquiétude de la

maman, que nous accueillons avec bienveillance en tentant de les contenir et de procurer à K. un soutien.

FIN DE SEANCE. Livre pop-up des animaux qui s'endorment.

Séance N°15 :

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Favoriser la détente.

Amener de l'apaisement.

Profiter d'un temps pour soi et son enfant.

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi.

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

Nous proposons, durant cette séance, l'écoute de musiques variées.

K. et R. sont assises puis allongées sur le tapis du salon et sont attentives à la musique, paraissant apprécier ce moment.

Puis, nous poursuivons pas des histoires chantées avec onomatopées et gestuelles, les chansons françaises et albanaises se mélangent désormais, nous nous effaçons et laissons la maman s'épanouir dans sa création musicale à l'intention de sa petite fille.

Plus avant dans la séance, un pas supplémentaire est franchi avec l'utilisation des livres animés (pop-up), notamment celui de « La Grenouille à la Grande Bouche » que K. s'approprie, dans un jeu inventé par elle avec sa petite fille.

Nous poursuivons, assises sur le tapis avec celui de « La Chasse à l'Ours »

Puis nous nous mettons debout sur le tapis, formons une ronde, et mimons, sur le tapis « La Chasse à l'Ours », avec chant, gestuelle et onomatopées.

Nous achevons la séance par une création libre avec l'utilisation des percussions.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment.

Séance N°16 :

Lieu : Domicile : Appartement CADA

Objectifs Intermédiaires : Profiter d'un temps pour soi et son enfant.

Implication volontaire de la personne dans la création artistique.

Favoriser la valorisation de soi et l'estime de soi .

Il s'agit de la dernière séance effectuée à l'appartement CADA avant l'expulsion de la famille.

La maman nous a préparé trois pots de confiture, mimant, nous semble-t-il comprendre, qu'« elle n'en a plus besoin » ! C'est difficile !

OUVERTURE DE SEANCE : Chanson d'accueil « J'monte dans l'train ».

Temps de relaxation qui introduit la séance sur une musique zen asiatique.

SITUATION PROPOSEE

Ce jour la comptine de « La Grenouille à la Grande Bouche » avec l'album jeunesse, que K. s'est complètement appropriée, occupera un bon moment dans la séance.

Dans le jeu que K. a instauré, elle est assise face à sa petite fille, et utilise le livre comme une représentation en volume de la gueule terrifiante du crocodile apparaissant dans l'histoire, pour mimer qu'elle mange sa petite fille, R. tel le traditionnel « je vais te manger mon enfant » en la poursuivant à quatre pattes, fermant et ouvrant le livre, représentant ainsi la gueule terrifiante du crocodile essayant d'avaler sa petite fille, R., qui se sauve à quatre pattes, sur le tapis du salon. Ce jeu déclenche chez R. et K. des rires aux éclats doublés d'un plaisir immense.

R. manifeste une jubilation à jouer à se faire peur en toute sécurité et quoi de mieux, auprès de sa maman enfin réveillée, tout à fait en lien, et sécurisante.

J'en profite pour proposer la comptine chantée « Promenons-nous dans les bois », sur la même thématique, avec le support du livre animé que je remets à la maman.

K. et R. rient aux éclats en mimant le loup et en hurlant. A chaque vêtement que le loup enfile, la maman dit le nom du vêtement en albanais et mime le hurlement du loup en jouant à faire peur à R. qui rit aux éclats avec jubilation.

Nous poursuivons la séance par un temps d'écoute de musique classique, allongées sur le tapis du salon.

Nous nous mettons en retrait, émerveillées par ce beau moment mère-fille partagé.

FIN DE SEANCE : Livre pop-up des animaux qui s'endorment. Durant cette fin de séance, K. bercera sa fille en faisant un « bateau sur l'eau » en albanais.

La Situation Familiale à ce jour :

Après l'expulsion du logement CADA, suivie d'un accueil provisoire à l'auberge de jeunesse, un retour au Foyer d'Accueil d'Urgence, Le Robelin, justifié par la réouverture du dossier de demande d'asile auprès de la Préfecture du Morbihan, a pu être validé et une autorisation de séjour d'une année vient d'être octroyée à la famille.

Un dossier, monté conjointement par la PMI et les travailleurs sociaux, étayé, de plus, par les observations glanées au long des prises en soin en Art-Thérapie dans la prévention des liens précoces mère-enfant, vise une requête pour l'obtention d'un appartement par le biais de l'association Sauvegarde 56, à l'Hôtel Maternel « Le Safran ».

R. continue à aller à la crèche.

Au Foyer Robelin, n'a été octroyée, à la famille, qu'une petite chambre pour trois, dans un environnement où les 8 autres enfants, également accueillis au foyer, crient beaucoup, souvent à des heures très tardives, réveillant R. en sursaut, la privant de ce temps de repos nécessaire à l'équilibre et au bien grandir de tout jeune enfant.

La famille est épuisée, manque de sommeil, mettant en péril la santé fragile de la maman.

2.2.2.5. Bilan des Séances de K. et R.

Aucune séance n'a été manquée.

K. a investi les séances, l'alliance thérapeutique était bien en place.

Au fur et à mesure des séances, nous avons vu se développer rapidement les compétences maternelles qui étaient potentiellement présentes mais empêchées de s'exprimer à cause de la pathologie dépressive de la maman.

Suivi médico-social de la situation de la famille par l'Equipe Pluridisciplinaire :

- 2 réunions PMI-CADA : Puéricultrice Marie-Christine Landraut, Assistant social du CADA Grégory Florent, Valérie Robic pour les ateliers d'Art-Thérapie, Gwenola Pelletier, Assistante Sociale de l'EPSM.

- Réunions Valérie Robic et le médecin de PMI, docteur Valérie Gaboulaud.

2.2.2.6. Objectifs Généraux Atteints ?

Bien que ces moments de prise en soin en atelier d'Art-Thérapie aient été limités dans le temps, ils ont été précieux pour R. et pour ses parents.

Il eut été bénéfique de poursuivre les séances car pour cette maman, le cheminement jusqu'aux prémices du processus créatif aura été plus long, n'ayant eu, semble-t-il, au préalable, pas ou peu d'expériences artistiques.

Les objectifs mis en place, dans le contexte de la dépression de K., dans le contexte difficile de l'exil, visant à favoriser les liens précoces mère-enfant, ont été atteints.

Les résultats des séances d'Art-Thérapie auprès de K. et de sa fille ont été très positifs et ont clairement montré une amélioration progressive et impressionnante de l'état de santé de la maman et de l'évolution des interactions précoces mère-enfant.

Néanmoins, la situation de la perte du logement CADA et l'hébergement transitoire, au foyer Robelin, met à nouveau la famille dans une situation d'angoisse et de précarité, fragilisant et facilitant la résurgence de signes inquiétants, sur le plan clinique, pour K. et sa fille, R.

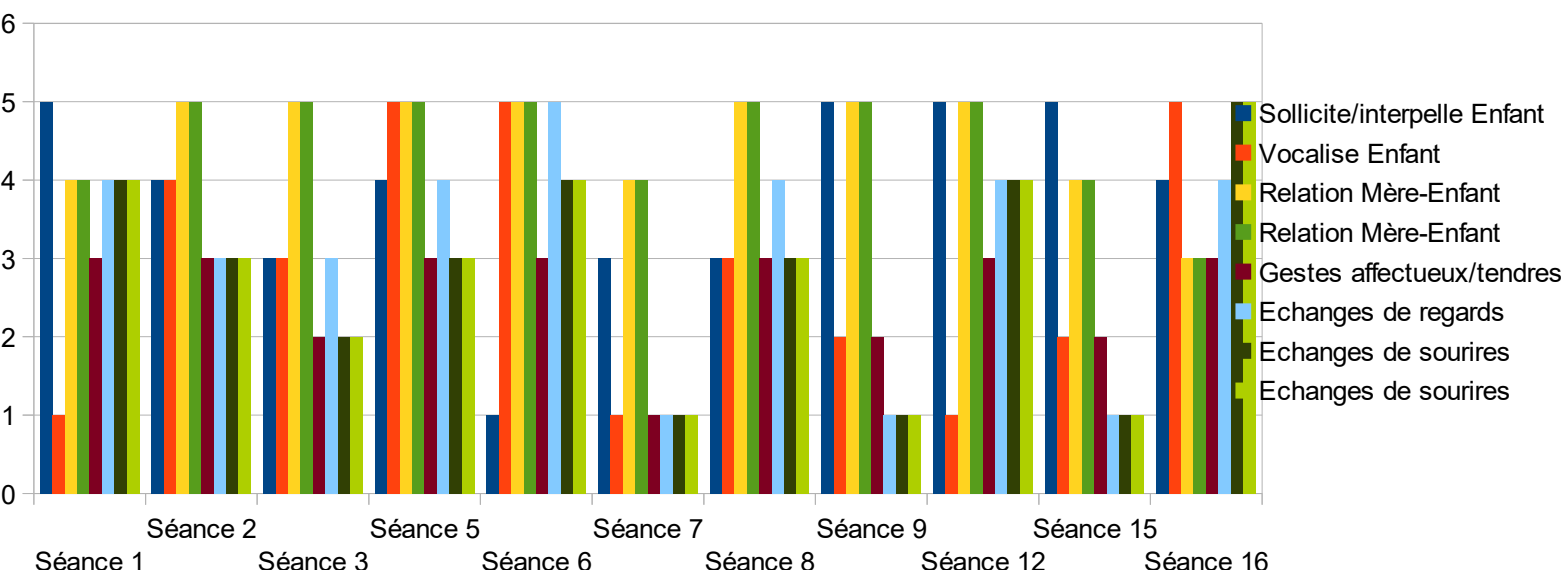
En complément des soins promulgués, nous pouvons orienter les parents et leur fille vers des lieux et des personnes ressources afin d'étayer davantage, de soutenir la mise à distance de la souffrance et de soutenir la projection vers un futur positif.

PARTIE 3 RESULTATS :

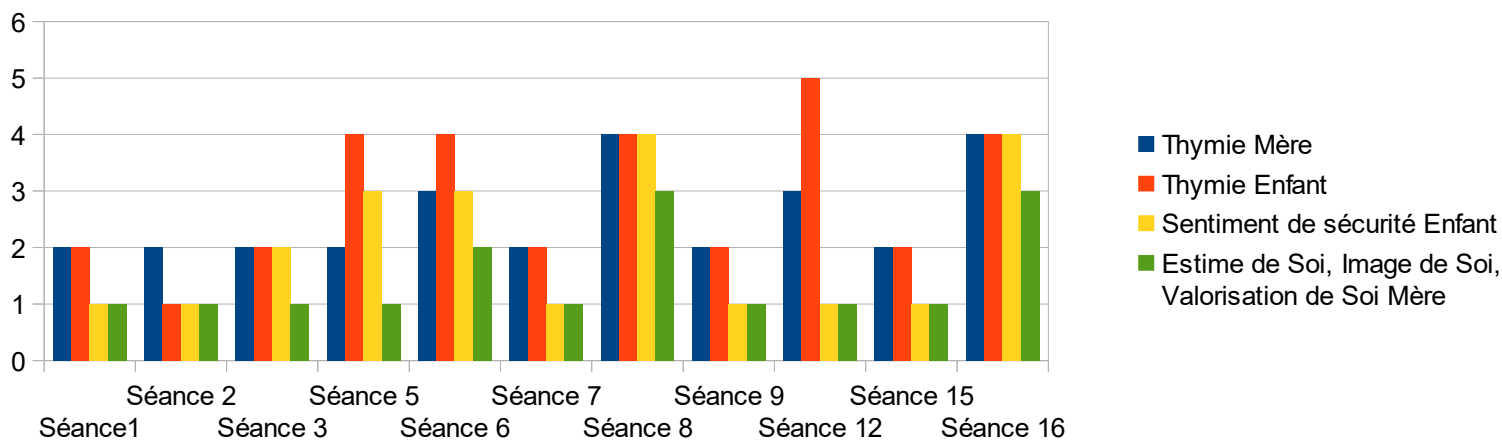
3.1 A et N :

3.1.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés :

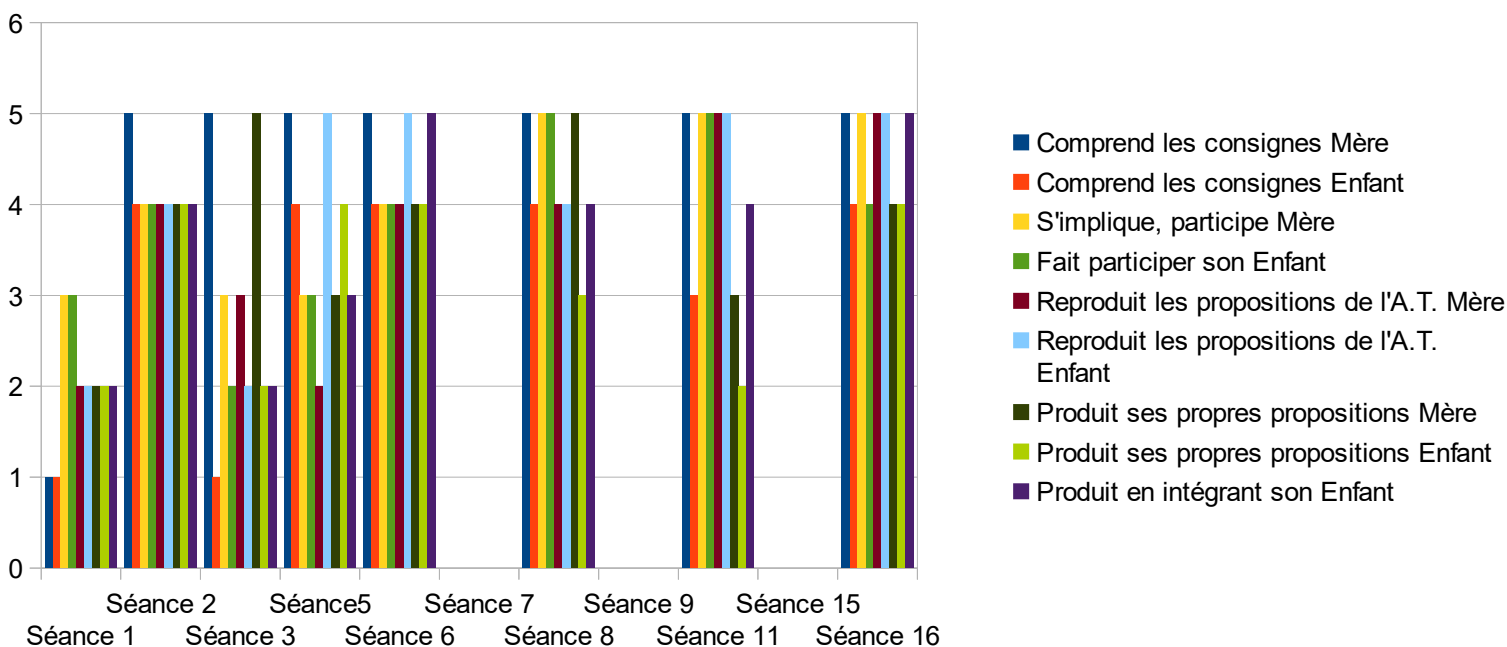
CAPACITES RELATIONNELLES	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 12	Séance 15	Séance 16
Sollicite/interpelle Enfant	5	4	3	4	1	3	3	5	5	5	4
Vocalise Enfant	1	4	3	5	5	1	3	2	1	2	5
Relation Mère-Enfant	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3
Gestes affectueux/tendres	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3
Echanges de regards	4	3	3	4	5	1	4	1	4	1	4
Echanges de sourires	4	3	2	3	4	1	3	1	4	1	5
Visage Mère	1	5	2	4	2	1	4	1	4	1	5
Visage Enfant	1	4	2	4	4	1	5	1	5	1	5
Interactions Mère-enfant	3	4	2	5	4	2	5	3	3	3	5
Attitude Corporelle Mère-Enfant	1	4	4	2	4	5	2	1	4	5	2



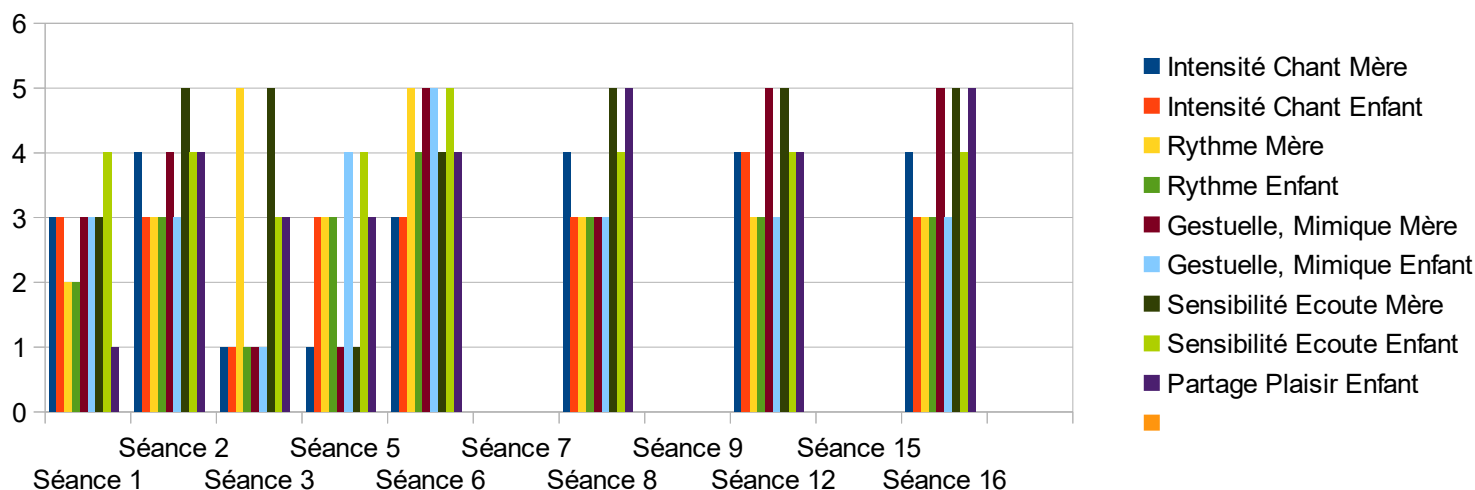
CAPACITES PSYCHO-AFFECTIVES	Séance1	Séance 2	Séance 3	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 12	Séance 15	Séance 16
Thymie Mère	2	2	2	2	3	2	4	2	3	2	4
Thymie Enfant	2	1	2	4	4	2	4	2	5	2	4
Sentiment de sécurité Enfant	1	1	2	3	3	1	4	1	1	1	4
Estime de Soi, Image de Soi, Valorisation de Soi Mère	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	3



CAPACITES ARTISTIQUES	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 11	Séance 15	Séance 16
Comprend les consignes Mère	1	5	5	5	5		5		5		5
Comprend les consignes Enfant	1	4	1	4	4		4		3		4
S'implique, participe Mère	3	4	3	3	4		5		5		5
Fait participer son Enfant	3	4	2	3	4		5		5		4
Reproduit les propositions de l'A.T. Mère	2	4	3	2	4		4		5		5
Reproduit les propositions de l'A.T. Enfant	2	4	2	5	5		4		5		5
Produit ses propres propositions Mère	2	4	5	3	4		5		3		4
Produit ses propres propositions Enfant	2	4	2	4	4		3		2		4
Produit en intégrant son Enfant	2	4	2	3	5		4		4		5



CAPACITES ARTISTIQUES	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 12	Séance 15	Séance 16
Intensité Chant Mère	3	4	1	1	3		4		4		4
Intensité Chant Enfant	3	3	1	3	3		3		4		3
Rythme Mère	2	3	5	3	5		3		3		3
Rythme Enfant	2	3	1	3	4		3		3		3
Gestuelle, Mimique Mère	3	4	1	1	5		3		5		5
Gestuelle, Mimique Enfant	3	3	1	4	5		3		3		3
Sensibilité Ecoute Mère	3	5	5	1	4		5		5		5
Sensibilité Ecoute Enfant	4	4	3	4	5		4		4		4
Partage Plaisir Enfant	1	4	3	3	4		5		4		5



On note une grande irrégularité dans les résultats.

La qualité des interactions entre la maman et sa fille dépendent de la thymie de la maman le jour de la séance.

On note ainsi une corrélation entre le tableau des capacités psychoaffectives et le tableau des capacités relationnelles.

On note que malgré la thymie basse de la maman, elle mobilise ses capacités maternantes pour solliciter sa fille, avoir des échanges avec elle, et être en interaction et en lien.

On note généralement, une corrélation entre la thymie de l'enfant et son sentiment de sécurité. On note une irrégularité dans le comportement de la petite fille A. qui durant la majeure partie des séances, sollicite sa mère de façon adaptée mais peut se présenter hurlante durant les séances, 1, 7 et 12.

Bien que la relation mère-fille soit avérée, les séances 7, 9 et 15 sont difficiles et les manifestations d'affection mère-fille pauvres.

D'une séance à l'autre, la mère et sa fille montrent, alternativement, un visage triste, ou crispé puis une mimique et un visage ouverts, détendus.

Les interactions mère-fille sont irrégulières, alternent interactions rigides ou intrusives, discontinues ou absentes, avec des interactions harmonieuses, réciproques ou répétitives

On note que la thymie de l'enfant est quasiment, à chaque séance, en miroir de celle de sa mère, que le sentiment de sécurité de la petite fille a un indice très bas ainsi que l'estime de soi de la maman qui ne parvient à augmenter que durant les séances 8 et 16, sans, cependant, pouvoir passer au-dessus de la cotation « moyennement fière » d'elle-même, ce qui signe une image d'elle-même très basse.

La maman s'implique et fait participer sa fille dans l'ensemble des séances en dehors des séances où l'angoisse est trop forte, et où elle est indisponible psychologiquement. On note une progression de la maman au fil des séances dans son attitude à intégrer sa fille dans sa production. A. est souvent en

harmonie avec sa mère dans sa production artistique personnelle. Mère et fille sont en miroir dans la capacité à reproduire les propositions du stagiaire Art-Thérapeute. Les séances 7, 9 et 15 n'ont pas permis de cotation des items artistiques. L'intensité du chant, du rythme, et de la gestuelle de la maman et de sa fille montrent des résultats corrects durant les séances où la maman est disponible psychiquement, de la même façon en ce qui concerne la sensibilité à l'écoute de musiques et le partage du plaisir de la séance avec son enfant. On note une bonne capacité de la part de la maman et de sa fille, à la compréhension des consignes par l'utilisation de la communication non verbale, ainsi qu'à l'investissement des séances d'Art-Thérapie.

3.1.2 Bilan : 1/ Des difficultés de la maman

2/ Des difficultés de l'enfant

3/ Des difficultés dans la relation mère-enfant

La maman ayant de très bonnes compétences artistiques et sa petite fille les développant à son contact, mère et fille se saisissent rapidement des médiums artistiques dans les séances.

Nous avons observé que les séances à la PMI étaient plus contenantes et apaisantes pour la maman, permettant une mise à distance, pour un moment, des problèmes, par l'étayage de l'équipe pluridisciplinaire de la PMI, dans un environnement accueillant et chaleureux, plus agréable que leur logement, favorisant la résurgence des angoisses dues à leur situation.

Les prises en soin à domicile étaient en effet anxiogènes, la réalité de l'environnement de l'appartement CADA, de la précarité, de l'insécurité, ne permettaient pas toujours de proposer des séances d'Art-Thérapie dans de bonnes conditions pour la maman et sa fille.

Le suivi de A. et de sa maman N. n'aura pas montré une amélioration constante de leur qualité existentielle au fil des séances d'Art-Thérapie, car il y aura eu alternance de séances, dont la maman et sa fille auront pu profiter pleinement, avec d'autres durant lesquelles elles n'auront pas été disponibles psychiquement, du fait de l'angoisse générée par leur situation d'éventuelle expulsion et par la pathologie dépressive du papa, entraînant des dégâts collatéraux sur la santé de la maman et sur sa petite fille.

Nous sommes partis d'une situation de crise dans cette famille avec une petite fille ne pouvant plus communiquer que par les cris et la colère, montrant un corps tendu, n'étant plus dans une autre relation que celle de l'opposition avec l'autre.

Les résultats en dents de scie montrent clairement cette situation irrégulière et à quel point cette famille vit dans l'angoisse permanente.

Les résultats relevés par le biais des fiches d'observation et consignés dans les tableaux et les graphiques montrent également que lorsque la maman N. et sa petite fille A., sont disponibles pour profiter pleinement des séances d'Art-Thérapie, elles se situent dans les cotations les plus élevées des items évalués, ce qui signe bien le fait que les séances d'Art-Thérapie et les médiums artistiques qui leur ont été proposés étaient tout à fait adaptés à leurs besoins.

En regard des bénéfices importants relevés ponctuellement lorsque N. et sa fille A. étaient disponibles psychiquement pour les séances et de la qualité de l'alliance thérapeutique tissée, il eut été bénéfique de proposer un suivi au long cours pour cette dyade mère-fille.

Les Objectifs généraux ont-ils été atteints ?

- **Apporter mieux-être et apaisement à la maman N. et à sa fille A.**
- **Stimuler la relation mère-enfant.**
- **Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.**

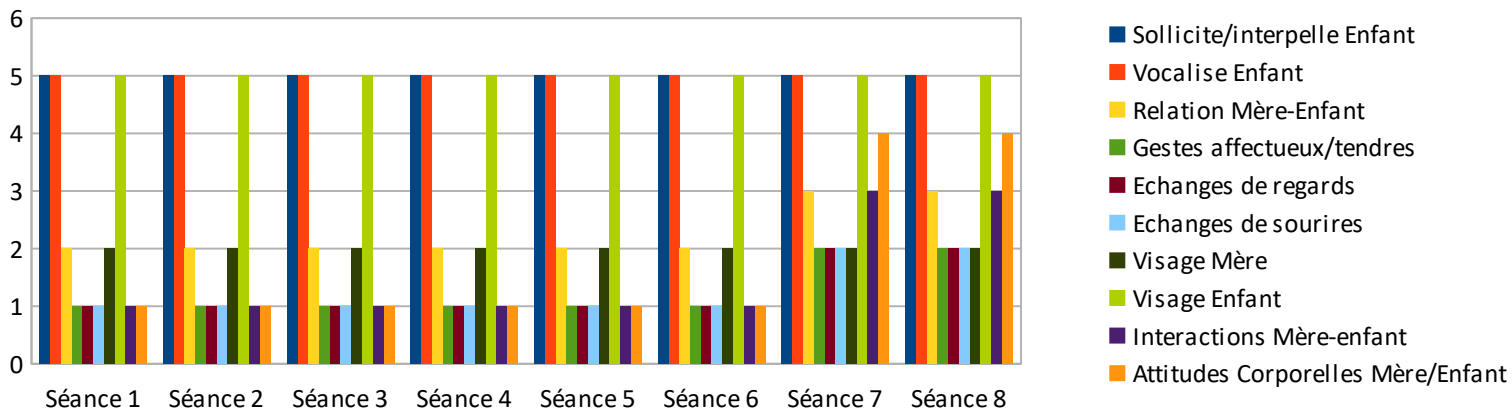
Les objectifs généraux sont atteints ponctuellement, en ce qui concerne le mieux-être de la maman et de sa fille. Les objectifs de stimulation de la relation mère-enfant et de la communication verbale et non-verbale sont atteints mais lorsque l'angoisse ressurgit de façon massive chez la maman, elle n'est plus disponible psychiquement pour sa fille.

3.2. R et K :

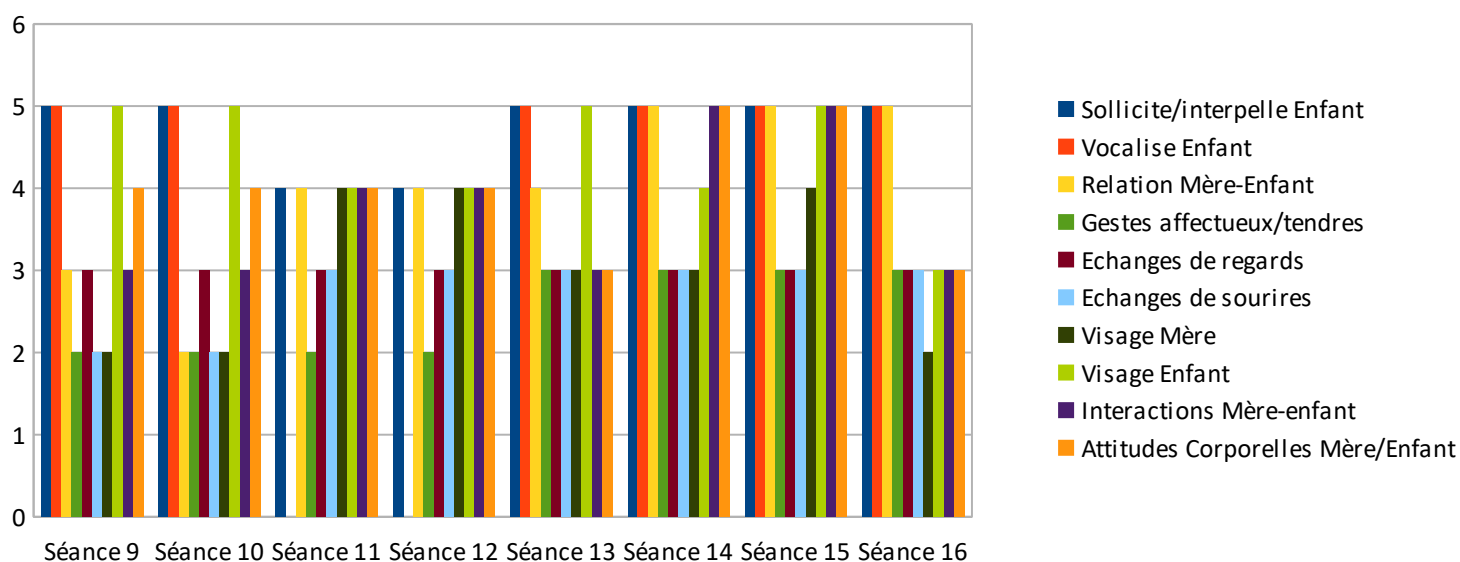
3.2.1 Grille d'évaluation et schéma utilisés :

La petite fille R., du début de la prise en soin, jusqu'à la fin des séances, sollicite continuellement sa mère et vocalise, que la mère ne manifeste aucun mouvement à son égard ou qu'elle soit dans la relation à sa fille.

CAPACITES RELATIONNELLES	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8
Sollicite/interpelle Enfant	5	5	5	5	5	5	5	5
Vocalise Enfant	5	5	5	5	5	5	5	5
Relation Mère-Enfant	2	2	2	2	2	2	3	3
Gestes affectueux/tendres	1	1	1	1	1	1	2	2
Echanges de regards	1	1	1	1	1	1	2	2
Echanges de sourires	1	1	1	1	1	1	2	2
Visage Mère	2	2	2	2	2	2	2	2
Visage Enfant	5	5	5	5	5	5	5	5
Interactions Mère-enfant	1	1	1	1	1	1	3	3
Attitudes Corporelles Mère/Enfant	1	1	1	1	1	1	4	4

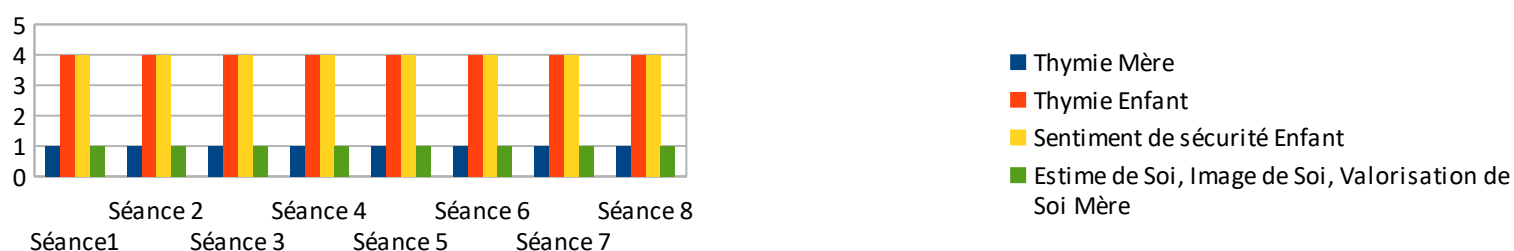


CAPACITES RELATIONNELLES	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12	Séance 13	Séance 14	Séance 15	Séance 16
Sollicite/interpelle Enfant	5	5	4	4	5	5	5	5
Vocalise Enfant	5	5			5	5	5	5
Relation Mère-Enfant	3	2	4	4	4	5	5	5
Gestes affectueux/tendres	2	2	2	2	3	3	3	3
Echanges de regards	3	3	3	3	3	3	3	3
Echanges de sourires	2	2	3	3	3	3	3	3
Visage Mère	2	2	4	4	3	3	4	2
Visage Enfant	5	5	4	4	5	4	5	3
Interactions Mère-enfant	3	3	4	4	3	5	5	3
Attitudes Corporelles Mère/Enfant	4	4	4	4	3	5	5	3



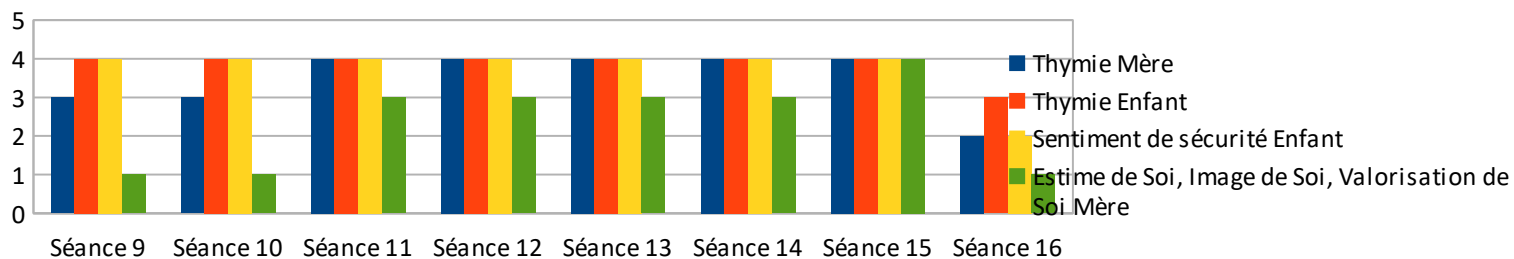
On note que jusqu'à la séance 7, les relations mère-enfant sont inexistantes et que le séance 7 signe le début de l'ouverture de la maman K. à sa petite fille. La relation s'enrichit de plus en plus avec des échanges de sourires et de regards, des gestes affectueux, des attitudes corporelles ouvertes à la relation, le visage de la maman s'ouvre de plus en plus. En parallèle de sa maman, tout au long des séances, R. se manifeste vivement, elle sollicite, vocalise, est intéressée, participante et sa thymie est constante sauf à la séance 16 où elle chute, en miroir de celle de sa maman.

CAPACITES PSYCHO-AFFECTIVES	Séance1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8
Thymie Mère	1	1	1	1	1	1	1	1
Thymie Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
Sentiment de sécurité Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
Estime de Soi, Image de Soi, Valorisation de Soi Mère	1	1	1	1	1	1	1	1

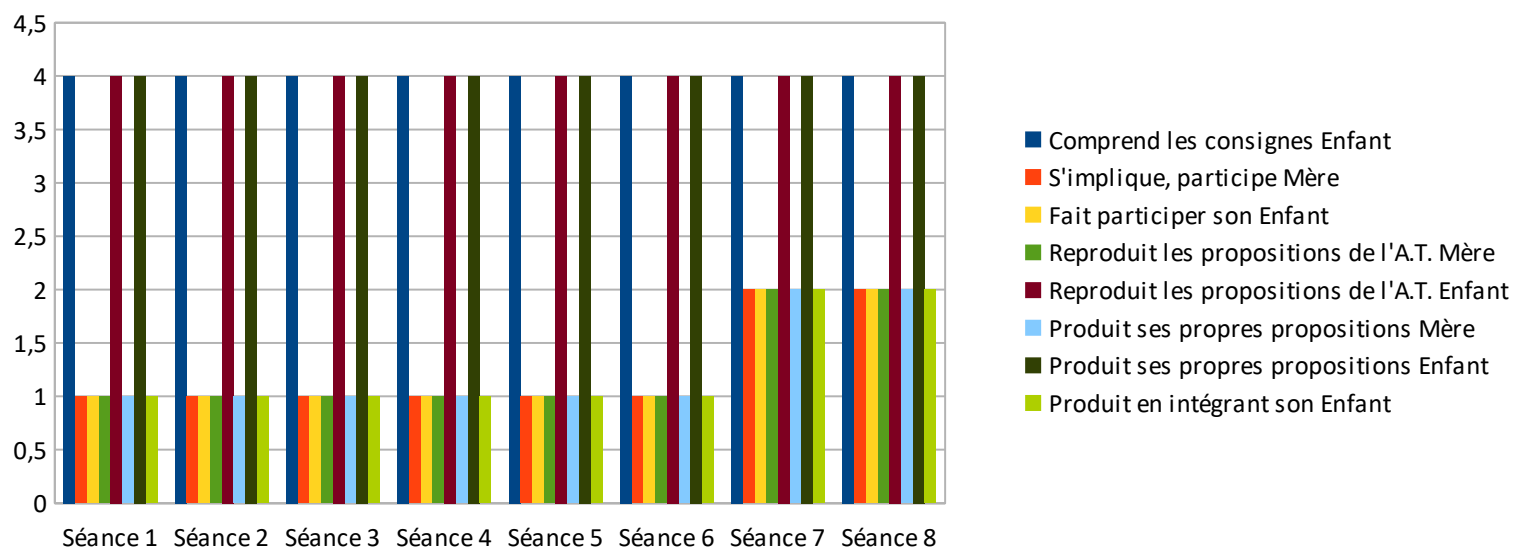


Le sentiment de sécurité de la petite R. reste constant car le papa, présent durant les premières séances, supplée à l'absence psychique de sa maman. Cependant, on voit nettement une amélioration de l'estime de soi, de l'image de soi et de la valorisation de la maman à partir de la séance 11 jusqu'au bout du travail art-thérapeutique sauf en séance 16, où l'angoisse de la maman entraîne une chute des résultats.

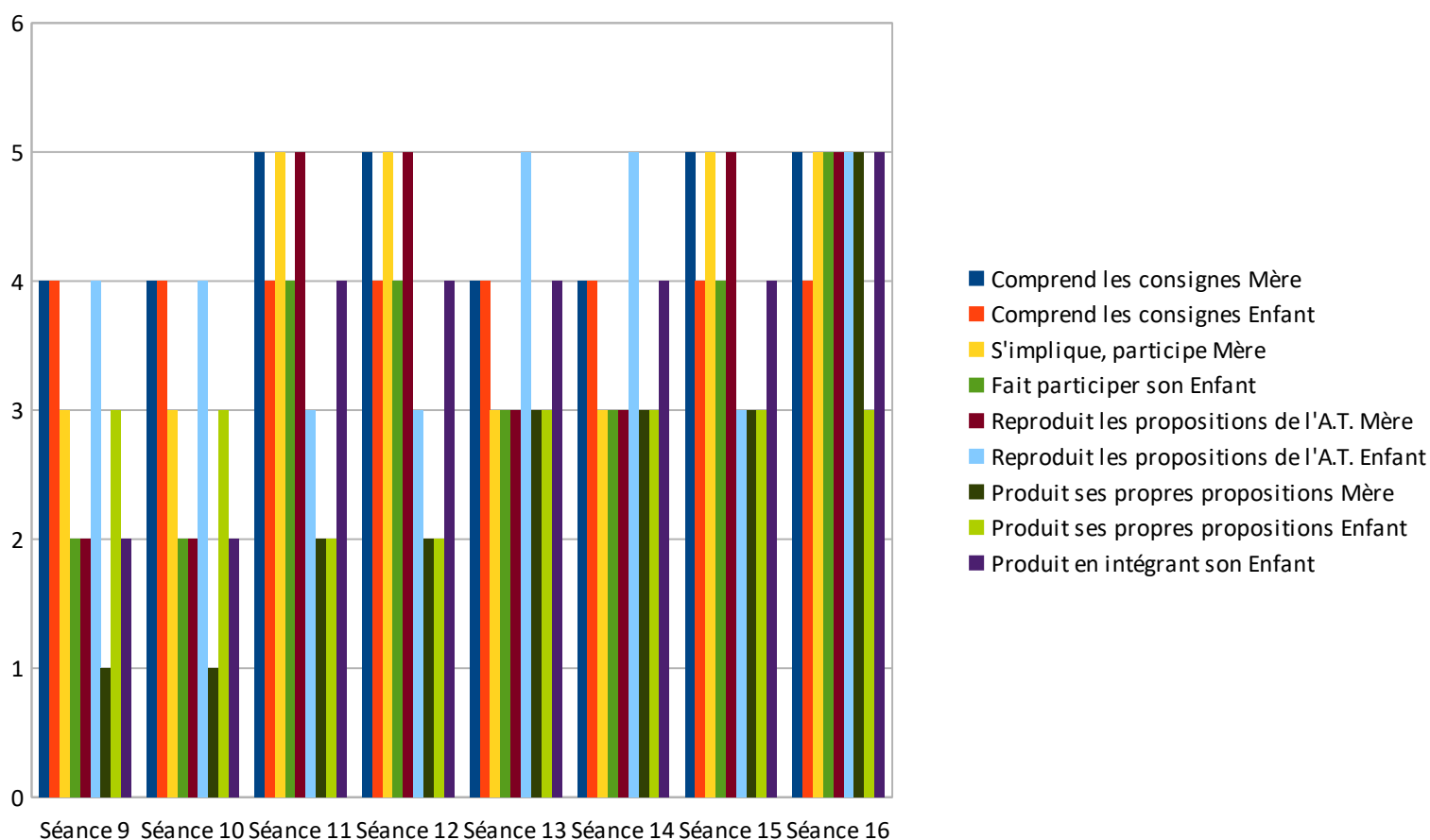
CAPACITES PSYCHO-AFFECTIVES	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12	Séance 13	Séance 14	Séance 15	Séance 16
Thymie Mère	3	3	4	4	4	4	4	2
Thymie Enfant	4	4	4	4	4	4	4	3
Sentiment de sécurité Enfant	4	4	4	4	4	4	4	2
Estime de Soi, Image de Soi, Valorisation de Soi Mère	1	1	3	3	3	3	4	1



CAPACITES ARTISTIQUES	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8
Comprend les consignes Mère								
Comprend les consignes Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
S'implique, participe Mère	1	1	1	1	1	1	2	2
Fait participer son Enfant	1	1	1	1	1	1	2	2
Reproduit les propositions de l'A.T. Mère	1	1	1	1	1	1	2	2
Reproduit les propositions de l'A.T. Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
Produit ses propres propositions Mère	1	1	1	1	1	1	2	2
Produit ses propres propositions Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
Produit en intégrant son Enfant	1	1	1	1	1	1	2	2



CAPACITES ARTISTIQUES	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12	Séance 13	Séance 14	Séance 15	Séance 16
Comprend les consignes Mère	4	4	5	5	4	4	5	5
Comprend les consignes Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
S'implique, participe Mère	3	3	5	5	3	3	5	5
Fait participer son Enfant	2	2	4	4	3	3	4	5
Reproduit les propositions de l'A.T. Mère	2	2	5	5	3	3	5	5
Reproduit les propositions de l'A.T. Enfant	4	4	3	3	5	5	3	5
Produit ses propres propositions Mère	1	1	2	2	3	3	3	5
Produit ses propres propositions Enfant	3	3	2	2	3	3	3	3
Produit en intégrant son Enfant	2	2	4	4	4	4	4	5



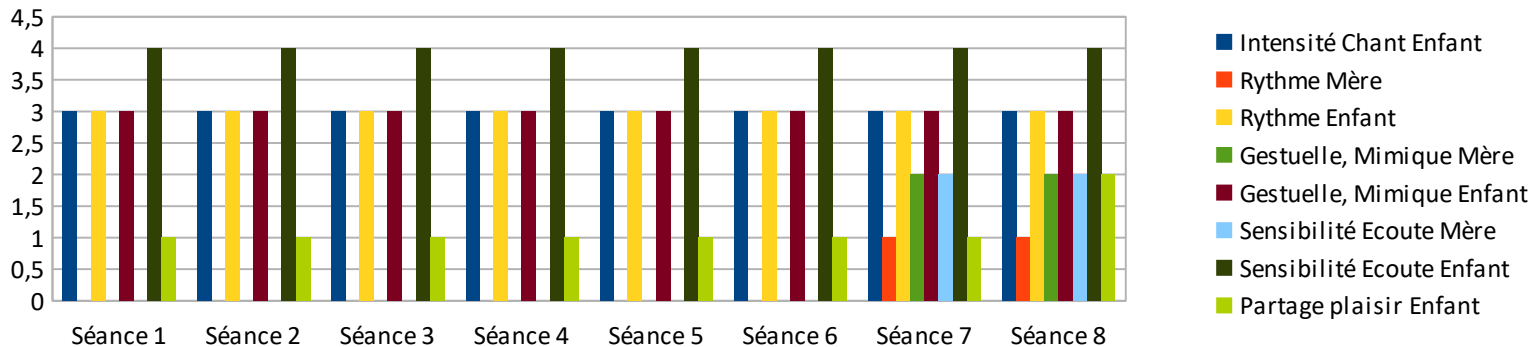
On note jusqu'à la séance 9 que la maman K. ne paraît pas comprendre les consignes transmises durant les séances d'Art-Thérapie, alors qu'en parallèle, sa fille R. semble les comprendre. La maman commence à s'impliquer dans les séances, à partir de la séance 9. Elle fait participer et intègre sa fille de façon continue et progressive dès la séance 11, tout en reproduisant nos propositions. A partir de la séance 13, la maman commence à produire ses propres propositions, quand à sa fille, elle reproduit nos propositions tout en produisant les siennes propres, en parallèle, dès la première séance et tout au long du travail.

On note que dans les premières séances, la maman n'émet aucun son ni ne manifeste de sensibilité apparente à l'écoute de la musique, mais qu'à partir de la séance 7, une sensibilité manifeste émerge et une ébauche de gestuelle apparaît.

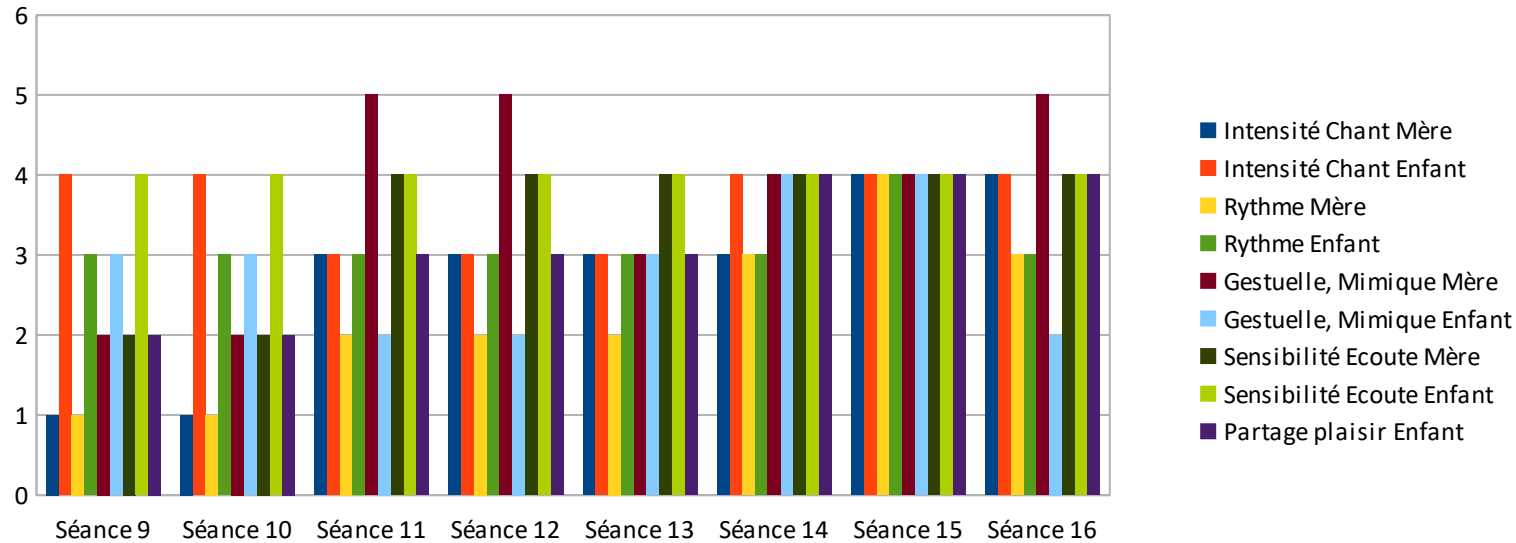
La progression sera constante dans l'implication gestuelle, l'évolution de l'intensité du chant et de la rapidité du rythme, la sensibilité à l'écoute, ainsi que dans le partage du plaisir avec son enfant jusqu'à la dernière séance.

La petite fille, quant à elle, montrera des résultats réguliers dans tous les items cotant les capacités artistiques.

CAPACITES ARTISTIQUES	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8
Intensité Chant Mère								
Intensité Chant Enfant	3	3	3	3	3	3	3	3
Rythme Mère							1	1
Rythme Enfant	3	3	3	3	3	3	3	3
Gestuelle, Mimique Mère							2	2
Gestuelle, Mimique Enfant	3	3	3	3	3	3	3	3
Sensibilité Ecoute Mère							2	2
Sensibilité Ecoute Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
Partage plaisir Enfant	1	1	1	1	1	1	1	2



CAPACITES ARTISTIQUES	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12	Séance 13	Séance 14	Séance 15	Séance 16
Intensité Chant Mère	1	1	3	3	3	3	4	4
Intensité Chant Enfant	4	4	3	3	3	4	4	4
Rythme Mère	1	1	2	2	2	3	4	3
Rythme Enfant	3	3	3	3	3	3	4	3
Gestuelle, Mimique Mère	2	2	5	5	3	4	4	5
Gestuelle, Mimique Enfant	3	3	2	2	3	4	4	2
Sensibilité Ecoute Mère	2	2	4	4	4	4	4	4
Sensibilité Ecoute Enfant	4	4	4	4	4	4	4	4
Partage plaisir Enfant	2	2	3	3	3	4	4	4



3.2.2 Bilan : 1/ Des difficultés de la maman.

2/ Des difficultés de l'enfant.

3/ Des difficultés dans la relation mère-enfant.

Le suivi s'est effectué, dans son intégralité, à domicile, la pathologie dépressive de la maman rendait ses déplacements à l'extérieur difficiles, aussi avons-nous amené le soin à elle. On note une évolution progressive et en continu, de la relation mère-enfant et des interactions précoces.

On note cependant une chute de la progression en séance 16 car les parents viennent d'apprendre que l'OFPPRA a rejeté leur demande d'asile et qu'ils doivent quitter le logement CADA, ce qui génère une angoisse massive.

Cela signe le fait que malgré une progression constante, la situation et la santé de la maman K. restent très fragiles et que les résultats ne sont pas pérennes.

Au fur et à mesure des séances, nous avons vu se développer les compétences maternelles qui étaient potentiellement présentes mais empêchées à cause de la souffrance due à la situation de l'exil, entraînant une dépression du post-partum de la maman, qui faisait écran entre elle et sa fille et faisait obstacle au tissage des liens précoces.

Les médiums artistiques proposés dans ces prises en soin en Art-Thérapie, pour K. et sa fille R., à savoir, Musique, Chant, Histoires et Comptines chantées, et petites Percussions, étaient tout à fait appropriés à la situation de soin et aux compétences artistiques de cette maman. La progression a été présente de manière régulière, à travers le chant et les petites percussions avec un cheminement créatif de cette maman et de sa petite fille qui ont stimulé la réémergence d'un désir et de l'élan vital dans le plaisir.

Les Objectifs généraux ont-ils été atteints ?

- **Apporter mieux-être et apaisement à la maman K. et à sa fille A.**
- **Stimuler la relation mère-enfant.**
- **Stimuler la communication verbale et non verbale mère-enfant.**

Les prises en soin en Art-Thérapie ont été tout à fait bénéfiques, pour cette maman, afin de l'aider à sortir de l'enfermement de la dépression, et ont permis de faire émerger l'envie ainsi qu'un désir, d'être à nouveau en lien avec sa petite fille.

Cette prise en soin a clairement démontré que la mise en place du suivi de cette maman et de sa fille grâce aux soins art-thérapeutiques, ont favorisé les liens précoces.

Ils ont permis une ouverture progressive de la maman vers sa fille, l'aidant à sortir petit à petit de sa dépression, les outils art-thérapeutiques utilisés ont stimulé la relation mère-enfant ainsi que la communication verbale et non verbale et le processus de création artistique a apporté mieux-être et apaisement à cette maman, ainsi qu'à sa fille.

PARTIE 4 DISCUSSION

Nous allons, dans ce point, réfléchir plus avant, autour du sens soignant de la mise en place des ateliers d'Art-Thérapie, des liens avec les partenaires et avec les patients, des bénéfices du processus de la création pour les patients, ainsi que des enjeux professionnels.

4.1 Apports et bénéfices de l'étude :

4.1.1 S'agit-il d'Art-Thérapie ou d'une activité occupationnelle ?

Il s'agit bien, dans le cadre de ces séances mamans-enfants, d'Art-Thérapie, dans la mesure où le processus de création est suscité dans le cadre du soin.

En effet, la richesse de l'Art-Thérapie dans le cadre du soin repose sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique.

Chacun possède en soi un potentiel créateur qu'il a ou non expérimenté et qu'il souhaite ou non, découvrir.

L'atelier d'Art-Thérapie est une prise en soin par laquelle, l'Art-Thérapeute peut aider le patient, s'il le souhaite, à mettre en lumière ses capacités créatrices afin de lui permettre d'être plus proche de son intériorité et de l'accompagner vers un mieux-être.

Les médiums proposés dans ces séances, la Musique et le Chant, étaient tout à fait appropriés dans les deux situations étudiées.

Leur utilisation ont permis aux patients de se recentrer sur eux-mêmes, pour un moment, de les ramener à l'essentiel, leur corps et celui de leur enfant, lors des activités de chant, de prise de conscience des battements cardiaques, des pulsations, dans l'utilisation du corps comme une percussion naturelle, ou des petites percussions proposées, expérimentant les rythmes des plus lents aux plus rapides ainsi que lors de l'écoute ou de la création musicale.

Ces moments ont offert, aux patients, une profonde respiration, un moment hors du quotidien, à distance de leurs inquiétudes.

Par la puissance et la profondeur du chant, les patients ont eu l'opportunité d'évacuer leur souffrance, de retrouver espoir et peut-être de puiser force et courage.

4.1.2. Bénéfices de l'étude :

4.1.2.1 Pour les patients pris en soin durant le stage :

Le travail réalisé, à l'occasion de ce stage, aura permis d'offrir une prise en soin en Art-Thérapie qui n'est pas proposée, dans l'ensemble des soins promulgués à la PMI.

La création de cette offre de soin, aura été pensée, spécifiquement pour cette population de familles migrantes avec leurs tout-petits, dans un contexte de souffrances dues à la situation de l'exil, notamment des signes de la dépression et des dégâts collatéraux engendrés sur les familles.

Les deux familles, dont les situations de soin ont été étudiées à l'occasion de ce travail, auront été, semble-t-il, satisfaites de cette prise en soin et auraient souhaité pouvoir continuer, après que les ateliers d'Art-Thérapie se soient achevés.

Les ateliers d'art-thérapie ont été d'une grande richesse dans le partage des cultures musicales et du chant. Ces moments mis en place pour ces familles furent vécus intensément par elles.

Les mamans, auront été actrices de leur vie dans ces ateliers, au centre de l'action et de la création, tout à fait à l'inverse de leur quotidien, fait de longues journées monotones, identiques les unes aux autres, étirées dans le temps, qu'elles vivent avec angoisse, dans l'attente, entre ennui, inactivité et rendez-vous médicaux ou avec les services sociaux.

4.1.2.2 Pour la mise en place de futures prises en soin en Art-Thérapie :

Cette étude permet de démontrer, grâce aux grilles et graphiques, l'intérêt de la mise en place de séances d'Art-Thérapie, dans le domaine de la prévention des interactions précoces mère-enfant, pour une population de familles migrantes présentant diverses pathologies dues à la situation de l'exil. Cette démarche de recherche, a une répercussion positive, localement, au sein de la PMI et de l'Etablissement Public de Santé Mentale, suscitant l'intérêt de médecins.

A/ Au niveau de la PMI : le médecin responsable de la PMI dans laquelle s'est déroulé le stage, formée aux soins transculturels par le biais du DU* proposé par l'Université de Saint Denis, est tout à fait sensible aux bénéfices de ce travail sur les familles migrantes par l'utilisation de l'Art-Thérapie et souhaiterait se rapprocher d'autres praticiens ayant la même sensibilité de prise en soin de cette population, afin de pouvoir travailler ensemble. Elle souhaite, qu'à l'issue de ce travail, nous rédigeons, ensemble, un article scientifique, sur les bénéfices observés sur les dyades mère-enfants.

B/ Au niveau de l'Etablissement Public de Santé Mentale, l'EPSM :

Le chef du Pôle de Psychiatrie Adulte est convaincu des bénéfices de ce travail sur ces populations et dans le cadre de la prise en soin des migrants primo-arrivant, il souhaiterait qu'il puisse être mis en place.

4.1.3 Echelles scientifiques (cf. 2.1.3.2)

4.1.4 Items scientifiques personnalisés : (cf. 2.1.3.2)

Dans ce travail, en regard des évaluations recherchées pour démontrer si les objectifs sont atteints, les items sont élaborés identiquement pour les deux cas cliniques étudiés.

Néanmoins, selon les situations de soin prises en charge par le futur Art-Thérapeute, les items peuvent être différents en regard des éléments à observer et à coter.

4.1.5 Grilles d'observation des séances :

Les grilles d'observation sont bâties en fonction des objectifs généraux visés dans la prise en soin, en regard de la pathologie, de la situation des patients, du tableau clinique, du processus de création, dans un objectif d'évaluation de l'évolution de la situation de soin.

4.2 Limites de l'étude :

4.2.1 Nombres de séances :

Bien que la proposition initiale de prise en soin ait été hebdomadaire, le nombre de séances réalisées fut variable selon les familles, selon leurs disponibilités et selon la qualité de leur investissement.

Un entretien préalable, permettant la rencontre avec la famille, facilitant une alliance thérapeutique ultérieure, a été mise en place avant les séances d'Art-Thérapie.

Certaines prises en soin auraient été bénéfiques sur un temps plus important pour certaines familles, d'autant que le cheminement du processus créatif est plus long selon la pathologie du patient, selon sa disponibilité physique et psychique et pour les personnes n'ayant eu, au préalable, pas ou peu d'expériences artistiques. D'autres, pour lesquelles, l'intérêt de ce travail n'était pas évident, étaient davantage sensibles à des propositions de soins différents, tels des prises en soin psychothérapeutiques individuelles, des suivis somatiques spécialisés pour les enfants, des lieux d'accueil parents-enfants, des ateliers d'éveil, ou encore, des prises en charge en psychomotricité du tout-petit.

4.2.2 Déroulement des séances (cf. 2.1.8.1)

4.2.3 Grille d'évaluation et schémas utilisés (cf. 2.1.3)

4.2.4 Auto-évaluation : (cf. 2.1.11)

Nous devons nous satisfaire, en premier lieu, des masques vierges complétés, en début et en fin de chaque séance par les patients, en second lieu, de notre observation et de notre ressenti, ainsi que de l'analyse de l'évolution de la première à la dernière séance.

4.3. Discussion du cadre conceptuel de l'Art-Thérapie (cf.1.3)

4.3.1 Cadre thérapeutique (cf.2.1.8)

4.3.1.1 Cadre physique des séances :

A/ A la PMI : le cadre est marqué, de fait, par le lieu, son organisation, le personnel présent, les diverses fonctions et les espaces réservés à chacun, les horaires d'ouverture et les règles de fonctionnement.

La salle dans laquelle se déroulent les prises en soin : son emplacement dans la PMI, l'organisation de la salle à l'arrivée des familles, le respect des lieux et du matériel du stagiaire Art-Thérapeute permettant la réalisation des séances.

B/ Au domicile : le cadre doit être pensé à l'avance et respecté, car une mouvance s'installe aisément dans la mesure où le professionnel est, d'une part au domicile du patient, ce dernier étant dans son univers intime, et d'autre part, le cadre physique de l'institution et l'équipe, dont fait partie le stagiaire Art-Thérapeute, ne sont plus dans la tête du patient.

Afin que le cadre professionnel soit préservé au domicile, il doit être dans la pensée du stagiaire Art-Thérapeute afin que ce dernier puisse tenir sa posture professionnelle, à savoir, l'institution à laquelle il appartient, son équipe, son positionnement professionnel vis-à-vis du patient, sa mission, le cadre de la séance qu'il a préparé, les horaires d'arrivée et de départ prévus (qu'il peut préciser à nouveau, à son arrivée, au patient).

a) Cadre organisationnel des séances :

Un calendrier des séances est proposé aux familles dès la première séance.

La durée de la séance est indiquée.

La salle dans laquelle se déroule l'atelier et l'adresse de la PMI sont notées pour les familles ainsi que le nom du stagiaire Art-Thérapeute et le numéro de téléphone de la PMI afin de pouvoir contacter la secrétaire pour toute question, modification ou annulation de rendez-vous. (les familles ne parlant pas le français font souvent appeler par un travailleur social ou un bénévole d'une association).

b) Cadre thérapeutique :

* **L'Art-Thérapeute adapte sa proposition de soin à la demande du médecin** du service et de l'équipe des soignants, à la mission et au protocole du service dans lequel les prises en soin et le suivi des patients s'effectuent.

* **L'Art-Thérapeute est un soignant possédant des compétences artistiques** :

L'Art-Thérapeute a la capacité d'évaluer les besoins et les difficultés de ses patients, en regard de leur pathologie ou de leur situation socio-économique invalidante et de construire une proposition

de prise en soin, par le biais de séances individuelles ou de groupe, en utilisant des médiums artistiques qui leur sont le mieux adaptés, afin d'utiliser le processus de création artistique pour les amener à un mieux-être, un changement, voire une transformation. Il réévalue, au fil des séances, par son observation fine, l'adéquation de ses propositions aux problématiques des patients et ajuste les objectifs intermédiaires en vue d'atteindre les objectifs généraux fixés en début de prise en soin.

*** L'Art-Thérapeute doit être vigilant à bien rester dans son cadre professionnel :**

Dans sa relation avec le stagiaire Art-Thérapeute, le patient intègre dans l'ici et maintenant de cet atelier, le cadre posé par le futur Art-Thérapeute : le cadre formel mais également le cadre informel : il s'agit des limites transmises par le stagiaire Art-Thérapeute par son attitude, les mimiques de son visage, la manière dont il met en place et déroule ses séances, ce qu'il autorise, tolère et refuse.

Ce cadre est d'autant plus important que la population migrante ayant pour objectif majeur, l'obtention de son autorisation de rester sur le territoire, nous notons parfois une difficulté pour les familles migrantes, au niveau de l'intégration ou du respect des limites induites par notre posture professionnelle : en effet, ces patients peuvent avoir tendance à rechercher à diminuer la distance, dans l'optique de tisser un lien privilégié qui, espèrent-ils, pourrait les favoriser dans leur quête, ce qui est légitime. D'où l'importance d'être attentif à bien rester dans notre cadre professionnel.

*** Le fait que le patient se rende aux séances est thérapeutique en soi :**

Le patient pense, chez lui, au rendez-vous avec le professionnel, au lieu dans lequel se déroule la séance et à la séance passée. Il se prépare physiquement et psychologiquement pour se rendre à la séance d'Art-Thérapie. Il parcourt le chemin entre chez lui et le lieu où se déroulera la séance et se prépare pour ce moment de soin, qui de ce fait, commence déjà avant son arrivée sur le lieu de l'atelier.

4.3.2 Relation thérapeutique

4.3.2.1 La particularité de travailler avec des patients qui ne parlent pas notre langue :

La barrière de la langue est une difficulté majeure dans ce travail.

Nous travaillons sans le service d'un interprète (ce qui n'est pas le cas dans d'autres institutions comme le CADA, l'Hôpital Général ou l'EPSM).

Ne pas pouvoir échanger verbalement représente une limite majeure au niveau du recueil des données initiales (Fiche d'Ouverture), de l'Etat de Base, des évaluations et des moments où les patients ont besoin de déposer leurs émotions, leur histoire, ou encore leur ressenti dans ou après la création.

La communication s'effectue donc sur le mode non verbal avec quelques petits mots en français, que les familles possèdent et parfois également, grâce à l'utilisation de leur téléphone portable, permettant de traduire de façon très approximative, et uniquement dans l'urgence, lorsque les familles ont besoin de nous livrer un problème important dans leur vie, générateur d'une forte anxiété.

Ainsi déployons-nous une attention et une observation accrues à leur égard afin de tenter de recueillir par le non verbal, des éléments importants dans l'orientation de la prise en soin qui, dans cette situation, ne peuvent s'obtenir par la transmission verbale.

Dans le cadre de ce travail auprès des familles migrantes, de par la barrière de la langue, nous avons notamment été confrontées à une difficulté majeure lors de l'auto-évaluation du processus de

création à cause de l'impossibilité, pour les patients, de comprendre la langue et de pouvoir s'auto-évaluer .

Les items d'évaluation et les concepts ne pouvaient pas être compris ni complétés. Nous nous sommes donc centrées sur l'observation des signes montrés par les patients lorsqu'ils produisaient à travers leur propre production artistique.

4.3.2.2 Le Chant et la Musique sont langages, et chanter et jouer de la musique sont interculturels :

... et permettent de communiquer et de supprimer les barrages dus à des langues différentes.

Le travail de ces ateliers d'Art-Thérapie à orientation musicale, implique donc de démultiplier les **codes non-verbaux** afin de se faire comprendre et de recevoir ce que l'autre veut bien nous transmettre. Il est donc tout à fait approprié, dans cette étude auprès de la population de familles migrantes ne possédant pas encore la langue française, d'utiliser des **médiums artistiques**.

Il s'agit bien ici de se créer un **langage commun** propre à ce travail, entre patients et stagiaire Art-Thérapeute, afin de tenter de nous comprendre : le **langage musical**, qu'il s'agisse du chant ou de la musique.

4.3.2.3 Comment « dire » quand on ne comprend ni ne parle la langue du pays ?

A/ L'expression par le symbolique : Les vertus de l'Art, langage signifiant.

L'Art est un langage qui n'a pas besoin de mots, il est **signifiant en soi** et le patient peut ainsi parler de lui, de ce qu'il aime, aimerait, ressent, de ses souffrances, de ses rêves, par l'utilisation d'un médium artistique. Même si la lecture n'en est pas aisée pour l'autre-spectateur et parfois même, pour le patient lui-même, un travail intérieur, en profondeur, bénéfique pour lui, se réalise à travers sa création.

Tout son imaginaire et sa rêverie peuvent ainsi se déployer et s'exprimer par le canal artistique.

Ces séances offrent, à ces femmes pleines de dignité, un temps pour elles, pouvant leur permettre d'être, à nouveau, actrices de leur vie, par le biais de la création artistique.

Car le moment de l'atelier est un espace-temps représentant une « aire de jeu », un « espace transitionnel* » pour les patients tel que Winnicott l'a théorisé. Cet espace nous permet de les accompagner, de les soutenir, de les faire avancer, de les porter au sens du Holding* winnicottien.

Dans cet espace transitionnel* qui permet la créativité, le processus thérapeutique du phénomène artistique peut permettre aux patients, de déposer, de se décharger, et d'amener chez eux, un changement, voire une transformation.

Tel que Jung le concevait, « l'activité artistique du patient est une prise en charge de son processus de guérison »¹⁷ et pour la Gestalt-thérapie, « un des postulats de base est de reconnaître que le vrai pouvoir de transformation réside dans le présent »¹⁸.

Il s'agit pour nos patients, du présent vécu dans les ateliers d'Art-Thérapie à orientation musicale. La création permet la **libération des émotions**, l'expression de l'essence même de l'être, de son rapport à soi, de son rapport aux autres, et de son rapport au monde. Elle permet de se découvrir mais aussi de **se dévoiler**, de se montrer à l'autre dans ce que l'on est de plus authentique.

La création permet consciemment ou inconsciemment, **la symbolisation et la métabolisation de vécus personnels**, d'émotions, de ressentis, d'idées...Pour Vladimir Jankélévitch, la musique est un moyen de **donner forme à l'inexprimable**.

Elle peut-être pensée, réfléchie, élaborée tout comme elle peut jaillir telle une pulsion.

¹⁷ HAMEL J., LABRECHE J., *Découvrir l'Art-Thérapie, des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs*, p.34.

¹⁸ Ibid, p.54

Ces mamans sont dans la création, lorsqu'elles se réapproprient une chanson et qu'elles l'interprètent à leur façon, avec leur personnalité, leur intime, leur intériorité, dans leur langue et drapées dans leur culture, lorsqu'elles improvisent avec des percussions ou enrichissent la chanson avec des onomatopées, elles disent sans nécessairement utiliser des mots mais expriment qui elles sont par le chant, la mélodie ou la musique.

B/ La contemplation, l'écoute et la création :

Peuvent ouvrir à la spiritualité en plus de susciter plaisir et émotion, en sollicitant les sens, elles peuvent être un **baume**, et lorsque **le plaisir et l'apaisement** en découlent, ils peuvent concourir à soulager, voire à relancer **l'élan vital** et à redonner de la **saveur à l'existence**.

Il nous a semblé, dans ces deux études, que la gratification ressentie par les mamans était plus forte lorsqu'elles étaient dans une démarche créative, dans le cadre d'une création rythmique avec les percussions ou d'une création chantée, plutôt que dans la mimésis d'une proposition effectuée par le stagiaire Art-Thérapeute.

Néanmoins, bien que nous nous soyons appliquées à mettre en place toutes les conditions favorables à la création artistique des patients, ces derniers ont été libres de créer ou de ne pas créer.

C/ La catharsis* par la musique et le chant :

Symbolisation et/ou catharsis peuvent s'articuler dans les ateliers d'Art-Thérapie à orientation musicale pour ces mamans migrantes présentant des signes de la dépression et leur enfant grâce aux vertus de la musique.

L'expérience de la transe peut être déclenchée par le rythme, notamment celui des percussions, qui réactive en nous l'époque où enfant, nous entendions les battements de notre cœur en duo avec celui de notre mère.

« Le tissu nerveux nous articule au monde. Chacun de nos quelques trois milliards de neurones possède une activité électrique spontanée, faite d'impulsions rythmées, qui permettent de coder des informations venues de l'extérieur. Ces messages se traduisent par des rythmes, langage déchiffrable par le cerveau. Il semble que la résonance des populations de neurones avec les rythmes musicaux perçus à l'extérieur (en particulier avec les percussions) pourrait être un mécanisme de déclenchement de la transe. Celle-ci naîtrait d'une synchronisation des rythmes musicaux, musculaires et cérébraux ainsi que d'une intensification des connexions entre les deux hémisphères. Un tel ensemble d'éveils et de mises en phase d'assemblées de neurones (J.P. Changeux*) conduit à unifier tout le corps par la synchronie de ses différentes parties. Il devient, il « est » le rythme et celui-ci l'entraîne dans un dynamisme propre pouvant l'amener jusqu'à la frénésie. »¹⁹

Aristote, dans la *Poétique* et dans la *Politique*, propose deux modalités de catharsis : « celle qui constitue la finalité esthétique et éthique de la tragédie (purification des passions telles la crainte et la pitié)...et une autre, celle que procure la musique et qui est une catharsis bien plus directe...qui s'opère du seul pouvoir agissant sur la sensibilité, le pouvoir de la musique. L'action de la musique est homéopathique : les modulations, rythmes, intensités, vibrations et tonalités musicales sont de la même nature vibratoire que les passions elles-mêmes. Cette catharsis plus accessible à tous est la plus immédiate et donc la plus populaire. »²⁰

Quant à Vladimir Jankélévitch, il pose **le rapport de la musique au sublime**.

¹⁹ SCHOTT-BILLMANN F., *Quand La danse qui guérit*, p.18

²⁰ ATTIGUI P., *L'Art et le Soin Cliniques Actuelles*, p.31

4.3.2.4 La particularité de travailler avec des patients d'une autre culture que la nôtre :

A/ Implique de la part du stagiaire Art-Thérapeute un respect vis-à-vis de la sensibilité de l'autre en regard des limites dues à sa culture, ainsi qu'une connaissance et une compréhension des valeurs, des codes, des symboles, des règles, du sens que revêt telle attitude, telle posture, telle parole et s'il ne peut tout connaître, sa sensibilité et la finesse de son attention à l'égard des patients de cultures différentes de la sienne, lui permet d'être respectueux et attentif à ne pas les heurter dans le soin qu'il leur propose.

B/ Permet la valorisation des patients par la richesse de leur culture :

La beauté des créations chantées et musicales des mamans migrantes prises en soin dans ces séances, réside dans le fait qu'elles soient créées pour elles-mêmes et dans l'élan de mère, à l'intention de leur enfant.

Les mamans migrantes peuvent nous faire comprendre leur sentiment d'infériorité, de honte, d'être totalement démunies et d'être dans la situation de demander, voire de mendier.

D'où la primordialité de travailler la revalorisation, l'estime de soi et l'image de soi qui pourront s'améliorer grâce au regard bienveillant du stagiaire Art-Thérapeute par le biais de leurs créations enrichies de leur culture.

Dans les séances d'Art-Thérapie réalisées au domicile ou à la PMI, les mamans migrantes, utilisent leur propre culture avec fierté, et à travers l'émergence de leurs chants, ou de leurs compositions rythmées avec les percussions, elles offrent une création emprunte de toute la richesse de leur culture.

Elles peuvent ainsi prendre conscience, à travers le regard bienveillant du stagiaire Art-Thérapeute, de l'admiration et de l'intérêt suscités par la beauté de leurs créations traditionnelles dont sont empreintes leurs productions.

C'est ainsi que le processus de création offre au patient une possibilité de se renarcissiser* grâce à la reconnaissance de ses capacités, de sa richesse et de sa valeur qu'il lit dans le regard de l'autre.

En effet, lors des créations chantées ou de l'utilisation des percussions, les mamans des deux familles de notre étude, prennent conscience, à travers notre regard admiratif, de la beauté de leurs créations traditionnelles.

Cette reconnaissance est, pour ces femmes qui vivent une situation très difficile, parfois humiliante, un baume qui leur permet de les revaloriser et de retrouver, dans ce moment, leur estime d'elle-même.

4.3.2.5 La particularité de travailler avec des patients en situation d'exil :

La priorité absolue de ces patients est d'obtenir des papiers pour pouvoir rester dans le pays, en premier lieu, au moins sur un temps limité, et dans un second, l'espèrent-ils, définitivement. Cette quête occupe toutes leurs pensées, tout leur temps et mobilise toute leur énergie.

Il est difficile de leur faire prendre conscience que le soin proposé en Art-Thérapie, est une aide précieuse et bénéfique pour eux et leurs enfants, même s'ils apprécient fortement ce moment qui leur procure indéniablement soutien et mieux-être. En effet, les familles migrantes peuvent parfois croire qu'elles se voient proposer des soins pour leurs enfants comme si elles étaient stigmatisées, et que leurs enfants étaient moins bien que les enfants français.

Nous avons, en effet, souvent le sentiment que les familles acceptent de se saisir de cette offre de soin car elles pensent qu'elles ne peuvent pas la refuser, cherchant du soutien auprès des professionnels, et souhaitant se présenter comme des familles qui font « bien tout ce qu'on leur demande », étant ainsi de bons candidats à l'accueil en France.

Elles déploient de l'énergie à être connues et reconnues par les professionnels médico-sociaux car elles pensent qu'ils ont le pouvoir de les aider à obtenir leur autorisation de séjour ou de logement (ce qui est parfois le cas dans le cadre de dossier de logement d'accueil des familles car nous pouvons étayer des demandes, notamment par les observations effectuées en séances d'Art-Thérapie, corrélées à celles des autres professionnels de santé de la PMI).

Il est donc difficile de savoir si l'investissement est réel ou s'il y a confusion entre la réalité de notre fonction soignante et ce qu'elles imaginent de notre fonction.

Cela se traduit pour nous, par un questionnement sur la véritable motivation et implication aux séances d'Art-Thérapie, ainsi que sur la qualité de l'alliance thérapeutique, bien qu'il semble que la relation thérapeutique soit, la majeure partie du temps, de très bonne qualité.

Néanmoins, les bénéfices sur le mieux-être, la qualité existentielle, et la santé, sont, indéniablement, tout à fait intéressants pour ces familles.

4.3.3 L'alliance thérapeutique :

4.3.3.1 La « Rencontre » avec l'autre :

La richesse de ce travail repose sur la qualité de « **La Rencontre** » avec ces familles.

Rencontrer le même que moi mais tout à fait différent de ce que je suis, et l'accueillir tel qu'il est avec ses différences, par la recherche d'un « pont » pouvant nous relier et faciliter la communication, la compréhension et l'expression de sa créativité.

4.3.3.2 Une alliance thérapeutique de qualité dépend d'un transfert* positif de la part du patient vis-à-vis du thérapeute et d'un contre-transfert* positif de la part du thérapeute vis-à-vis de son patient, puis de la mise en place d'une relation de confiance.

4.3.3.3 Les qualités nécessaires à l'Art-Thérapeute, pour favoriser une alliance thérapeutique de qualité avec son patient sont : une présence à son patient de qualité, l'empathie, l'engagement, la bienveillance, l'application à vouloir améliorer la santé de son patient, voire à l'accompagner jusqu'à la pleine santé.

4.3.3.4 La nécessité de l'alliance thérapeutique : une fois l'alliance thérapeutique instaurée, le patient dans une relation de confiance, pourra être compliant au soin, il sera alors plus facile, pour l'Art-Thérapeute de proposer des situations de soins et plus aisé, pour le patient, de les accueillir favorablement.

4.3.4 Besoins des patients

a) Les besoins des patients, dans le cadre des prises en soin en Art-Thérapie, sont que les médiums artistiques qui leur sont proposés leur plaisent, soient adaptés à leur(s) difficulté(s), à leur pathologie et à leur(s) compétence(s).

b) Ils ont également besoin que le cadre institutionnel et le cadre des ateliers soient clairs, fixes, rassurant et sécurisant, conformes à l'image du soin qu'ils attendent. L'assurance d'un cadre stable et fiable, offrant des repères réguliers dans le temps et l'espace, est nécessaire pour ces patients vivant dans un univers spatio-temporel mouvant, afin de favoriser un processus de changement qui ne peut se faire que dans un cadre sécurisant.

Un cadre sécurisant va offrir toutes les conditions afin d'aider les patients à révéler leurs potentialités artistiques quel qu'en soit le niveau, afin de les aider à ressentir plaisir et saveur existentielle, avec l'objectif d'un allègement de leur souffrance et d'une amélioration de leur santé.

c) Ils ont besoin, que le positionnement de l'Art-Thérapeute soit professionnel, fiable, rassurant, cadrant, de nature égale à chaque séance, et adapté à leur souffrance et à leur pathologie.

d) Ils ont également besoin que le lien et l'échange soient clairs et fluide. La population que nous

prenons en soin pour cette étude, des familles de réfugiés, sont des personnes qui ont perdu leurs repères et ont besoin de soutien et d'étayage.

e) De plus il est essentiel, en parallèle de notre travail, qu'un espace de soin individuel soit proposé pour les parents (Psychiatre, Psychologue)

Il peut également être indiqué, pour les enfants, une prise en charge individuelle ou en petits groupes (infirmière équipe petite enfance, psychomotricien, psychologue, pédopsychiatre).

4.4 Discussion de la posture soignante en tant que futur Art-Thérapeute

4.4.1 Cadre thérapeutique (cf.2.1.5)

Etre infirmière-Art-Thérapeute en pédopsychiatrie :

Quel regard, quel positionnement ?

Après avoir pratiqué durant 15 années le soin enrichi par la pratique artistique, qu'est-ce qui change dans notre positionnement et notre pratique après avoir reçu l'enseignement du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ?

4.4.1.1 Vis-à-vis de la pratique du soin ?

Il s'agit désormais de tisser notre pratique soignante d'infirmière en pédopsychiatrie, et la spécificité de ses exigences, avec celle de l'Art-Thérapeute, c'est-à-dire, créer notre propre profil de soignant.

La différence entre le travail précédemment effectué dans les prises en soin, à savoir, accoler nos capacités artistiques avec les exigences dues à la profession d'infirmière en pédopsychiatrie, réside, tout d'abord, dans l'application des enseignements théoriques et techniques reçus à la Faculté de Médecine de Poitiers, ensuite, dans l'utilisation d'outils scientifiques d'observation et d'évaluation permettant d'organiser, de coter et d'analyser, les observations relevées auprès des patients durant les séances, visant l'atteinte d'objectifs élaborés suite à la rencontre initiale avec eux et la prise de connaissance de leurs difficultés, et enfin, dans l'utilisation du processus de création artistique comme moteur de changement, voire de transformation des patients vers un mieux-être.

4.4.1.2 Vis-à-vis du regard sur les patients et sur leur prise en soin ?

La qualité de la prise en soin reste la même mais le contenu du soin sera désormais différent si l'espace pour utiliser les techniques et la méthode de cotation et d'évaluation, propres à l'Art-Thérapie, est proposé par le médecin.

Nous sommes, en effet, tributaire de la demande de soin du médecin, puisque, de part notre profession, nous travaillons sur prescription médicale.

De part notre double cursus, le soin proposé aux patients consistera, désormais, selon le médecin de service, soit en un travail d'infirmière de pédopsychiatrie soit en un travail tissant les deux.

Il s'agira de travailler en prises en charge individuelles ou en groupes.

Dans la mesure où il y aura la possibilité de travailler avec les outils de l'Art-Thérapie, le regard sur les patients sera différent, ce qui va permettre de susciter, notamment, le processus de création artistique.

Néanmoins, notre structure professionnelle d'infirmière sera toujours présente, par la finesse de l'observation et la connaissance des tableaux cliniques des pathologies, acquises au fil des années, ainsi que la gestion des réactions des patients, du lien au cadre, de la relation et de l'alliance thérapeutiques.

4.4.1.3 Dans le rapport à l'équipe pluridisciplinaire ?

Nous n'avons pas de positionnement spécifique à mettre en place concernant la fonction d'Art-Thérapeute dans la mesure où nous portons déjà les valeurs éthiques et déontologiques de la profession d'infirmière qui s'observent de la même manière dans le cadre de la pratique de la profession d'Art-Thérapeute.

De plus, la reconnaissance et la légitimité du statut d'Art-Thérapeute, au sein de l'Etablissement Public de Santé Mentale, dans lequel nous travaillons, est avéré, auprès de plusieurs médecins et équipes soignantes.

En effet, au sein de notre institution, est en poste, une soignante, possédant les deux diplômes d'infirmière et d'Art-Thérapeute et dont le titre et la fonction d'Art-Thérapeute sont légitimés dans la spécificité de l'utilisation des médiums en Arts Plastiques et des techniques de travail et d'évaluation propres à l'Art-Thérapie.

Etant, pour notre part, initialement, de formation théâtrale et conteuse, et ayant reçu un enseignement musical et au chant, les médiums que nous maîtrisons seront complémentaires, pour les patients, des médiums proposés par l'Art-Thérapeute en poste.

Notre formation au DU d'Art-Thérapie, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers va nous apporter le double statut par la double formation.

4.4.2 Travail en collaboration avec les autres personnels (cf.2.1.4)

4.4.2.1 La richesse du travail en équipe pluridisciplinaire réside en plusieurs points :

-Le soin est enrichi par le travail en équipe, le partage et les échanges entre professionnels de formations et de pratiques différentes, avec des manières d'aborder les situations sous des angles variés, proposant des cheminements de raisonnement dans les prises en soin qui se mutualisent entre eux.

-Une complémentarité professionnelle permet une offre de soins large et variée, avec une spécificité de prise en soin selon les spécialités de chacun.

-Des personnalités différentes de soignants, peuvent se compléter, si besoin, dans le cas d'alliance thérapeutique difficile ou de problématique de patients ayant un écho personnel chez un soignant.

-La pluridisciplinarité amène un soutien et un éclairage riche dans les prises en soin.

-Une équipe étayante offre le confort de ne pas travailler isolé lorsque l'on effectue le suivi d'un patient. Ainsi le soignant travaille-t-il, avec son équipe et son institution dans sa pensée, et n'est donc pas seul face à son patient, même lorsqu'il intervient à domicile.

4.4.2.2 La confiance et la reconnaissance de ce travail ont été initiées par le médecin de l'équipe de PMI qui a présenté le projet des ateliers d'Art-Thérapie auprès des familles migrantes, à son équipe d'infirmières-puéricultrices.

Ce médecin, sensible à l'Art et formée aux soins transculturels*, a immédiatement cautionné et soutenu ce travail.

Elle a invité les puéricultrices de son service, à orienter vers les ateliers d'Art-Thérapie, les familles correspondant aux critères d'inclusion, et a elle-même, dans le cadre des consultations de nourrissons à la PMI, orienté des familles, sur prescription médicale orale.

Les puéricultrices ainsi que la secrétaire du service de PMI, ont découvert et se sont fait expliquer les spécificités de ce travail, l'ont apprécié, en ont reconnu la légitimité, la valeur et l'importance dans le cadre de la prise en soin des familles migrantes et se sont impliquées dans ce travail de collaboration soignante avec plaisir, intérêt et disponibilité.

Le médecin et l'équipe souhaiteraient que les ateliers puissent perdurer après la date de fin de stage.

Nous avons donc bâti un projet de prise en soin en Art-Thérapie, en binôme soignants, pour un groupe de parents-migrants et leurs jeunes enfants, dans le cadre de la prévention de la distorsion des interactions précoces mère-enfant, que nous avons proposé à notre service de soins en pédopsychiatrie, à l'EPSM.

4.4.3 Ouverture sur une autre Hypothèse

« Un atelier d'Art-Thérapie Musique, Chant et Petites Percussions, auprès des parents migrants et de leur enfant né dans le pays d'accueil, peut concourir à prévenir des troubles du comportement chez cet enfant. »

Cette problématique est un sujet sensible, dans la mesure où les familles migrantes, lorsqu'elles en ont la possibilité, ont un enfant sur le sol français, « l'enfant de l'espoir » investi de nombreuses missions dont celle d'assurer à sa famille de pouvoir rester sur le territoire français.

En effet, lorsqu'un enfant, né sur le territoire français, est scolarisé en France, il ne peut plus être ramené de force dans un autre pays, il est sous l'égide de la Protection Internationale des Enfants.

Cet enfant, né sur le territoire français est élevé tel un petit prince par ses parents qui ont beaucoup de mal à s'autoriser à lui poser des limites. La question se pose du rôle symbolique de cet enfant dans cette famille, et de son devenir dans la situation d'un cadre éducatif parental peut limitant avec tout le poids du vécu de ses parents.

PARTIE 5 CONCLUSION

5.1 Point Scientifique

Au terme de cette étude auprès de ces deux familles, nous pouvons tenter de répondre à notre hypothèse de départ.

Nous avons défini la pathologie dépressive des parents ou des enfants migrants, liée aux souffrances dues à la situation de l'exil.

Nous avons poursuivi par la présentation de notre lieu de stage, la PMI de Lorient et la spécificité de cette institution.

Nous avons présenté l'Art-Thérapie à orientation musicale, spécificité de nos ateliers et réfléchi à notre hypothèse à travers les séances art-thérapeutiques proposées à deux familles durant notre stage à la PMI, sur une durée de trois mois, ce qui est restrictif pour une étude.

Nous avons ensuite analysé les résultats de nos observations et évalué l'évolution de nos patients sur l'ensemble des séances réalisées.

Nous avons terminé ce travail de recherche par une discussion sur les apports et les bénéfices de notre étude, le cadre conceptuel de l'Art-Thérapie et enfin par une réflexion autour de notre future posture d'Infirmière-Art-Thérapeute.

A l'issue de notre étude et en regard des résultats obtenus, nous pouvons conclure que dans l'ensemble, les séances d'Art-Thérapie ont procuré un mieux-être et un apaisement aux mamans migrantes, donc à leur enfant, et amélioré les relations ainsi que les interactions précoces mère-enfant.

Ces améliorations sont cependant tributaires de l'impact des événements sur la maman et en miroir, sur son enfant. Les bénéfices sont davantage visibles durant les séances, néanmoins il est indéniable qu'ils se poursuivent sur le long terme.

CONCLUSION GENERALE :

Les résultats que nous avons obtenus sont probants car ils démontrent que la proposition de séances d'Art-Thérapie « Musique, Chant, Histoires et Comptines chantées, et petites Percussions », à l'intention de mamans migrantes, présentant des signes de la dépression due à la situation difficile de l'exil, et de leurs enfants, favorise les interactions précoces mère-enfant.

5.2 Point personnel :

5.2.1 Sur la situation de ces personnes :

Malgré nos dispositifs de soin et notre accueil, nous sommes très préoccupées par le devenir de ces parents et de leurs enfants, dans le contexte politique actuel, avec de véritables inquiétudes sur la construction de la parentalité pour ces femmes exclues et marginalisées, regroupées parfois dans des logements très précaires, voire vivant dans la rue. Inquiétude également sur le devenir des enfants pris dans ces systèmes d'exclusion et de stigmatisation de leurs parents.

5.2.2 Sur notre travail auprès des familles migrantes en Art-Thérapie :

Amenées à travailler de plus en plus auprès des populations migrantes, nous envisageons, à l'avenir, de reprendre la même base de travail pour les ateliers d'Art-Thérapie, en proposant, à partir de la musique, une mise en corps dansée dans l'espace. Cette possibilité n'était pas réalisable dans le cadre de ce stage à la PMI car l'espace de l'atelier était très restreint.

Etant anciennement conteuse et comédienne de théâtre de métier, nous souhaiterions proposer, avec présence d'un interprète, dans le cadre de la prise en charge du psycho-trauma, la création de contes

pour des groupes de grands enfants, adolescents, ou adultes migrants, suivie d'une mise en corps des contes, sur scène, de façon à ce que les personnes les ayant créés, puissent les jouer.

Dans le prolongement de ce travail, nous avons, de plus, le projet de nous former à l'utilisation du masque, médium intemporel et multiculturel, mêlant capacité d'expression manuelle, richesse des symboles propres à chaque culture et offrant une liberté d'expression corporelle facilitant ainsi celle des personnes ne maîtrisant pas la langue du pays d'accueil.

Nous poursuivons notre travail d'infirmière en pédopsychiatrie en intégrant la richesse offerte par l'utilisation de l'Art-Thérapie dans le soin auprès des dyades mamans migrantes et de leurs enfants.

BIBLIOGRAPHIE :

- ANZIEU D.**, *Le Moi-peau*, La collection Psychismes, Dunod Editeurs, 1995.
- ATTIGUI P.**, *L'Art et le Soins Cliniques Actuelles*, De Boeck, 2011.
- BICK E.**, *Un espace pour survivre, l'observation du nourrisson selon Esther Bick*, articles cliniques et derniers développements, Sciences humaines, Edition du Hublot, 2006.
- BEGON L.**, *Musicothérapie en réanimation pédiatrique, une aide au bébé en détresse*, Collection Les Cahiers, Edition du Non Verbal /A.M.Bx, 2013.
- BENONY C., GOLSE B.**, *Psychopathologie du bébé*, Psychologie Collection 128, Nathan Université, 2003.
- BARRACO M., LAMOUR M.**, *Souffrances autour du berceau, des émotions au soin*, Interventions psycho-sociales, Gaëtan Morin Editeur Europe, 1998.
- BAUDET T., BELLANGER F., BITAR D., GABOULAUD V., GROUILLER K., MORO M.-R., SALIGNON P., VADINI P.-P.** *Facteurs psychiques dans les malnutritions infantiles en situation de post-conflit, évaluation d'un programme de soins de dyades mères-bébés malnutris à Hébron (Territoire palestiniens)*, Science Direct, Annales médico-psychologiques, Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2003.
- BONDINEAU D., LECLAIRE F., LEMATTRE B.** *Transmission culturelle et troubles de la relation chez les enfants de migrants : un dispositif expérimental pour une co-construction des liens*, La Pensée Sauvage, revue « L'Autre », 2015, volume 16, pages 38 à 47.
- BOYER-PANOS F.**, *Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé*, Le Journal des psychologues, Août 2008 (n° 261), p. 29-33.
- CONOD L.**, *La musique des bulles ou la musicothérapie en hématologie pédiatrique*, Edition du Non Verbal/A.M.Bx, 2011.
- DE TYCHEZ C., DOLANDER M.**, *La santé psychologique de l'enfant, fragilités et prévention*, Edition Dunod, 2010
- DE VENDEUVRE R.**, *La musique et ses effets en musicothérapie*, Edition du Non Verbal/A.M.Bx, 2003
- ESNAULT M.-T.**, *Les murs et les rues ont des oreilles, soins psychologiques adaptés aux personnes en grande précarité*, Collection Conscience et Création de Valeurs, Edition Quintessence, 2008.
- FELLONNEAU S.**, *Cadre et trouvailles en musicothérapie*, Edition du Non Verbal/A.M.Bx, 2005.
- FERRADJI T.** *Enfants venus d'ailleurs : accueillir et soigner*, Revue Enfances et Psy N°48, Mars 2010.
- FERTIER A.**, *Musicothérapie, Fantômes et réalités*, L'Harmattan, Art et thérapie, 2011.
- FOUCARD C.** *La voix chantée et ses canaux de communication*, Collection Les Cahiers, Edition du Non Verbal /A.M.Bx, 2007.
- GION E.** *Les familles en situation de vulnérabilité : dispositif : Un suivi périnatal transculturel pour les femmes migrantes*, Cahiers de la puéricultrice, Mars 2017, N°305.
- GION E., MESTRE C.** *Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées*, Revue Enfances et Psy N°48, Mars 2010.
- GUIRAUD-CALADOU J.-M., Docteur VERDEAU-PAILLES J.**, *Les techniques psychomusicales actives de groupe et leur application en psychiatrie*, 2ème édition, Doin éditeurs, 1986.
- HAMEL J., LABRECHE J.**, *Découvrir l'Art-Thérapie, des mots sur les maux, des couleurs sur les douleurs*, Larousse, 2010.
- JOST J.**, *Equilibre et Santé par la Musicothérapie*, Médecines Actuelles, Albin Michel, 1990.
- LEMARQUIS P.**, *Sérénade pour un cerveau musicien*, Odile Jacob, 2009.
- MAGAGNA J.**, *Le nourrisson dans sa famille : Transformations intimes*, Edition du Hublot, 2007.
- MORO M.-R.**, *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Pluriel, Hachette Littératures, 2011.
- MORO M.-R.**, *Aimer ses enfants ici et ailleurs, histoires transculturelles*, Odile Jacob, 2007.
- MORO M.-R., PLARD V., RIAND R.**, *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*, La Pensée Sauvage Editions, 2010.

MORO M.-R., NEUMAN D., REAL I., *Maternités en exil, Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Collection transculturelle, La Pensée Sauvage Editions, 2008.
PLATEL H., GROUSSARD M., *Le cerveau mélomane*, l'Essentiel, Novembre 2010-Janvier 2011.
SCHOTT-BILLMANN F. *Quand la danse guérit*, Le courrier du livre, Editions Tredaniel, 2012.
SCHROEDER-MARRAST S., *La pratique de la voix, une exploration vibratoire et corporelle*, Edition du Non Verbal/A.M.Bx, 2008.
WELSH Y., *Trouver sa voix, c'est ouvrir le chemin*, Le Mercure Dauphinois, 2016.
WINNICOTT D., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Malesherbes, Essais Folio, 2002.

Webgraphie :

DIB M., La musique sera-t-elle l'anti-douleur de demain ?
www.atlantico.fr/decryptage/musique-anti-douleur-demain-michel-dib-2273748.html,
 p.1.
DOS SANTOS G., *Pourquoi la musique est bonne pour le cerveau*, Le Point, 30/10/2015,
www.lepoint.fr invitation à l'exception Culture.
VRAIT F.-X., *La musique a-t-elle un effet thérapeutique ?*, Web TV de l'Université de Nantes, émission 11/11/2013. <https://webtv.univ.nantes.fr/fiche/3538/la-musique-a-t-elle-un-effet-therapeutique>.
Pourquoi la musique modifie notre cerveau, 06 juin 2017, Conférence France Culture,
<https://www.franceculture.fr> Sciences.

Mémoires d'étudiants :

GABORIAUD I. *L'art-thérapie par les arts plastiques et le modelage, menée auprès des aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1 suivis dans le programme d'éducation thérapeutique pédiatrique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle*, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie , 2016.
GALLAIS V. *Une expérience d'Art-Thérapie par les arts plastiques dans une structure accompagnant des migrants*, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2014.
RICOUX M.-B. *L'Art-thérapie : une réponse aux traumatismes de l'exil*, Université François Rabelais, Faculté de Médecine de Tours, 2001.
TRILLES T. *Intervention en danse et en graffiti dans des appartements de coordination thérapeutique avec une perspective de valorisation et de reconstruction identitaire*, Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie , 2016.

GLOSSAIRE :

A3 : Le format A3 mesure 297 x 420 millimètres ou 29,7 x 42 centimètres.

A.F.R.A.T.A.P.E.M : Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine, école d'Art-thérapie de Tours.

ANAMNESE : Ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédé. (Dictionnaire Larousse)

ANHEDONIE : Déficit dans la capacité à éprouver du plaisir. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

A.T. : Art-Thérapeute.

C.A.D.A. : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile.

CATARSIS : Pour Aristote, effet de « purification » produit sur les spectateurs par une représentation dramatique. (Dictionnaire Larousse)

C.D. : Compact Disk.

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire.

C.I.M : Classification internationale des maladies. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

C.M.P. : Le Centre Médico-Psychologique assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées.

CONTRE-TRANSFERT : Ensemble des réactions inconscientes du thérapeute vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation. (les effets du contre-transfert ont été posés comme ce qui exigeait du thérapeute une analyse didactique) (Dictionnaire Larousse)

D.S.M : *diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Classification des maladies mentales. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

D.U. : Diplôme Universitaire.

DYADE : Couple de deux sujets, de deux éléments en interaction. (Dictionnaire Larousse)

EEG : électroencéphalogramme.

Technique d'enregistrement des potentiels cérébraux recueillis sur le cuir chevelu, qui reste l'investigation fondamentale chez un épileptique, malgré ses imperfections et ses limites liées à la qualité du recueil du signal. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

EMPATHIE : Aptitude à ressentir les émotions d'autrui, tout particulièrement douloureuses. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

E.P.S.M. : Etablissement Public de Santé Mentale.

ESPACE POTENTIEL : « La troisième aire » du jeu et de l'expérience culturelle : « J'oppose cet espace potentiel (a) au monde du dedans relié à l'association psychosomatique et (b) à la réalité existante ou du dehors. » (D.W.Winnicott, Jeu et réalité Folio essai 2009, ps 90,108)

ESPACE TRANSITIONNEL : Concept winnicottien : « ...aire intermédiaire d'expérience ...dans le mode d'expérimentation que constituent les arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique créatif. » (D.W.Winnicott, Jeu et réalité Folio essai 2009, p.49)

HANDLING : Concept winnicottien : « La manière dont » l'enfant « est traité, manipulé ». (D.W.Winnicott, Jeu et réalité Folio essai 2009, p.204)

HOLDING : Concept winnicottien « La façon dont la mère soutient le corps du bébé ». (ANZIEU D., *Le Moi-peau*, p.121)

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

NARCISSISME : Amour que le sujet se porte à lui-même.(Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

O.F.P.R.A. : Office Français pour les Réfugiés et les Apatrides.

O.M.S. : L'Office Mondiale de la Santé est l'autorité directrice dans le domaine de la santé des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies.

PARTURIENTE : Femme en travail, sur le point ou en train d'accoucher. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

P.M.I. : Protection Maternelle Infantile.

PREOCCUPATION MATERNELLE PRIMAIRE : Concept élaboré par Donald Winnicott en 1956 : « Cette maladie ou folie normale et passagère désigne cette période durant laquelle la jeune mère est dans un état d'hypersensibilité lui permettant de s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité : Cette « maladie ou folie normale » passagère s'appuie sur les mécanismes de l'identification. » (WINNICOTT D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse* », Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1975, ps168-174)

PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION : Concept élaboré par M. Mahler (1967), à partir de l'observation directe des nourrissons en présence de leur mère.. Pour M. Mahler, la séparation correspond d'abord au « sentiment d'être séparé », en référence à la réalisation intrapsychique d'« être séparé » de la mère...dont l'enjeu est alors principalement la construction d'une représentation différenciée de soi (La psychiatrie de l'Enfant, p.4252008/2 Vol 51,1975, p.20).

RENARCISSISATION : Procédé visant à restaurer l'estime de soi et à développer la confiance en soi d'une personne pour qu'elle puisse s'aimer à nouveau en se sentant valorisée et digne d'intérêt. Cela a pour effet un renforcement identitaire.

SCORE D'APGAR (ou test d'APGAR)

Nombre permettant d'évaluer chez un nouveau-né cinq grandes fonctions vitales: le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, le tonus, la coloration cutanée et la réactivité au stimulus, coté de 0 à 2 de façon répétitive aux première, troisième, cinquième et dixième minutes qui suivent la naissance. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

SOINS TRANSCULTURELS : Soin en harmonie avec la culture du patient issu de l'ethnopsychiatrie qui est le « domaine de la psychiatrie consacré à l'étude des troubles mentaux en fonction des groupes culturels et ethniques auxquels appartiennent les sujets qui en seraient atteints (Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p. 219)

TRANSFERT : Effet de la relation analytique selon lequel les symptômes ou les conduites pathologiques du patient acquièrent une nouvelle fonction, une nouvelle signification. Le conflit infantile se joue maintenant dans le cadre dynamique du transfert sur l'analyste et se prête mieux à l'élucidation. (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

TRANSPARENCE PSYCHIQUE : concept élaboré par M. Bydlowski en 1997 : désigne la centration de la future mère sur son monde interne pendant la période périnatale. Cet état se caractérise par un abaissement du système défensif laissant apparaître des fragments de l'inconscient jusque là secrètement terrés. Ainsi les fantasmes s'expriment avec plus de clarté, les souvenirs anciens et les conflits oubliés refont surface pour ensuite s'opacifier à nouveau. (Bydlowski, M., « La transparence psychique de la grossesse », in *Etudes freudiennes*, 1991, 32, 2-9.)

V.A.D. : Visite à domicile

Noms Propres :

BION W.R. : (1897-1979) Médecin Psychanalyste britannique à la Tavistock Clinic de Londres.

BICK E. : (1902-1983) Docteur en Psychologie autrichienne, faisant partie de la Tavistock Clinic, elle mit au point sa propre méthode d'observation psychanalytique du bébé.

BOWLBY : (1907-1990) Psychiatre Psychanalyste britannique faisant partie de la Tavistock Clinic, il a conceptualisé la théorie de l'attachement.

BYDLOWSKI M. : Médecin Psychiatre de formation psychanalytique, Ancien Chef de Clinique, Assistant des Hôpitaux de Paris, Neuropsychiatre, formation à la neurologie et neuropathologie (Hôpital de la Salpêtrière) Formation psychanalytique personnelle. Chargée de recherche puis Directeur de Recherche à l'INSERM*, auteur du concept de « Transparence Psychique ».

CHANGEUX J.P. : Neurobiologiste, Professeur Honoraire au Collège de France et à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des Sciences.

DEVEREUX G. : (1908-1985) Docteur en Anthropologie, hongrois, professeur de recherches en ethnopsychiatrie à la faculté de médecine de Temple University, poète, pianiste, compositeur, helléniste, chaman, auteur de l'ouvrage « Psychothérapie d'un indien des plaines : rêve et réalité » (extraits du site www.ethnopsychiatrie.net/actu/GBGD.htm).

JANKELEVITCH V. : (1903-1985) Philosophe, musicien et musicologue.

LEBOVICI S. : (1915-2000) psychiatre, professeur de psychiatrie et psychanalyste

SPITZ R. A. : Psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise né à Vienne le 29 janvier 1887, décédé à Denver le 11 septembre 1974.

STERN D. : (1934-2012), Pédopsychiatre, professeur émérite de psychologie à l'Université de Genève, et psychanalyste américain.

ANNEXES

Annexe I Grilles d'évaluation scientifique (cf.2.3)

A/ L'échelle des troubles relationnels du bébé (ADBB Alarme- Détresse-Bébé)

Evaluation du comportement spontané puis à la réaction aux stimulations.

La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation.

1/ EXPRESSION DU VISAGE :

0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.

1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.

2 : Peu de mobilité faciale spontanée.

3 : Visage immobile, triste.

4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

MERE :

ENFANT 1 :

ENFANT 2 :

2/ CONTACT VISUEL ENTRE LA MAMAN ET SON ENFANT :

0 : Contact visuel spontané, facile et prolongé.

1 : Contact visuel spontané, mais bref.

2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.

3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.

4 : Refus total de contact visuel.

MERE-ENFANT 1 :

MERE-ENFANT 2 :

3/ RELATION MERE-ENFANT:

0 : Relation nettement établie.

1 : Relation identifiable, mais moins marquée qu'en 0.

2 : Relation à peine marquée.

3 : Doute sur l'existence d'une relation.

4 : Absence de relation identifiable.

MERE-ENFANT 1 :

MERE-ENFANT 2 :

4/ VOCALISATION :

0 : Vocalisations spontanées, gaies et modulées.

1 : Vocalisations spontanées.

2 : Vocalisations brèves et/ou pleurs ou cris.

3 : Rares Vocalisations.

4 : Aucune vocalisation.

5/ ACTIVITE CORPORELLE :

- 0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3 : Faible activité en réponse à la stimulation.
- 4 : Immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

6/ VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION :

- 0 : Réaction adaptée, vive et rapide.
- 1 : Réaction légèrement retardée.
- 2 : Réaction nettement retardée.
- 3 : Réaction non adaptée à la stimulation.
- 4 : Aucune réaction.

B/ L'échelle GRMII de Fiori-Cowley et Murray :

Contrôle	s	Déprimée	s	Diff.	IC95% $t(88)$	Seuil p
$n = 51$		$n = 39$				

Mère

Sensibilité

Chaleureuse, Positive vs froide hostile
Acceptante vs attitude de rejet
Réactive vs Non réactive
Non exigeante vs exigeante
Sensible vs insensible

Intrusion et éloignement

Comportement non intrusif
vs Comportement intrusif
Conversation non intrusive
vs Conversation intrusive
Non éloignée vs éloignée
Non silencieuse vs silencieuse

Signes de dépression

Heureuse vs triste
Tonique vs non tonique
Absorbée par son enfant
vs repliée sur elle-même
Détendue vs tendue

Bébé

Engagement dans l'interaction

Attentif à sa mère vs évitant
Communication active
vs Communication non active
Vocalisations positives
vs Vocalisations non positives

Inerte ou pleurnicheur

Engagé avec l'entourage
vs replié sur lui-même
Plein de vitalité vs inerte
Heureux vs malheureux
Non irritable ou pleurnicheur
vs irritable ou pleurnicheur

Interaction

Douce, facile vs difficile
Amusante vs sérieuse
Mutuellement satisfaisante
vs insatisfaisante
Beaucoup d'engagement
vs non engagement
Engagement excité, intense vs engagement calme

C/ Une des grilles dites de « Bobigny », (développées sous l'impulsion de Serge Lebovici*), d'évaluation des Interactions mère-nourrisson (adaptée pour différents âges (3mois, 12 mois, 2 ans, 3 ans) élaborée par le département de psychopathologie de l'Université de Bobigny (Professeur Marie-Rose Moro dans le cadre des consultations parents-enfants de soins transculturels de l'Hôpital Cochin (effectuées auparavant à l'hôpital de Bobigny), les équipes de PMI de la Seine Saint Denis et l'Unité 292 de l'INSERM.

3 MOIS

Les interactions doivent être cotées en :
0 interaction absente
1 présente une fois durant la séance
2 présentes plusieurs fois durant la séance

BEBE

Recherche le contact
Initie le contact
S'agrippe
Apprécie le contact
Evite le contact

Recherche le regard de sa mère
Evite le regard de sa mère
A un regard figé
Explore l'environnement
Vocalise spontanément vers sa mère
Répond à sa mère
Pleure
Hurle

Sourit spontanément à sa mère
Répond aux sourires de sa mère
Reste indifférent aux sollicitations maternelles
Mimique figée

MERE

Tient son bébé confortablement

TONUS BEBE

Hypertonie

Tonus Normal

Hypotonie

ATTITUDE

BEBE

Coopérant

Opposant

Passif

Compulsivement docile

MERE

Adaptée

Tolérante

Intrusive

Interdictrice

TONALITES AFFECTIVES EXISTANTES

BEBE

Tendresse

Plaisir

Déplaisir

Indifférence

Excitation

Tristesse

Pleurs

Hostilité

Vide

Emoussement Affectif

MERE

EXPRESSIONS EMOTIONNELLES

BEBE

Mimique expressive

Mimique figée

Sourire absent

Sourire réponse

Sourire spontané

MERE

LES INTERACTIONS MERE-ENFANT PARAISSENT-ELLES

Réciproques

Mutuelles

Répétitives

Discontinues

Rigides

Intrusives

Transmodales

Harmonieuses

QUI INITIE LES ECHANGES ?

La mère

L'enfant

Les deux

Absence de communication

Communication unicanalaire

Communication multicanalaire

Canal privilégié mère :

Corporel

Visuel

Vocal

Gestuel

Canal privilégié bébé :

Corporel

Visuel

Vocal

Gestuel

Les interactions favorisent-elles l'exploration de l'environnement ?

Annexe II Grille d'évaluation personnalisée utilisée en séance

1/ CAPACITES RELATIONNELLES ET COMPORTEMENTALES MERE-ENFANT :

Relation mère-enfant : 5-Relation nettement établie 4-Relation identifiable, mais moins marquée qu'en 5 3-Relation à peine marquée 2-Doute sur l'existence d'une relation 1-Absence de relation identifiable.

Communication Verbale :

Sollicite/Interpelle 5-Continuellement 4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.

Vocalise 5-Vocalise spontanément à l'attention de sa mère 4-Répond à sa mère 3-Répond par moment 2-Ne répond pas, pleure 1-Hurle.

Communication Non Verbale :

Visage : 5-Ouvert/mimique expressive 4-Détendu 3-Lisse 2-Mimique figée 1-Crispé.

Echanges de regards 5-Contact visuel spontané, facile et prolongé 4-Fréquent 3-De temps en temps 2-Attitude d'évitement du regard 1-Regard figé/refus de contact visuel.

Echanges de sourires 5-Spontanéement 4-Sourires réponses 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Sourires absents.

Gestes affectueux/tendres 5-Continuellement 4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.

Interactions mère-enfant : 5-Harmonieuses/réciproques 4-Répétitives 3-Rigides/intrusives 2-Discontinues 1-Absentes.

Participe avec son enfant 5-Continuellement 4-Interactions présentes plusieurs fois durant la séance 3-De temps en temps 2-Interaction présente une fois durant la séance 1-Interaction absente.

Attitude corporelle parent/enfant 5-Continuellement collé 4- recherche le contact 3-s'agrippe 2-apprécie le contact 1-contact évitant.

2/ CAPACITES PSYCHOAFFECTIVES :

Thymie 5-Euphorie/Excitation 4-Content 3-Tristesse 2-Angoisie 1-Emoussement affectif.

Sentiment de sécurité 5-Tout à fait sécurisée 4-Souvent sécurisée 3-Sécurisée par moments 2-Rarement sécurisée 1-Insécurisée.

Estime de soi/Image de soi/Valorisation 5-Très fier(e) de sa production 4-Fier(e) 3-Moyennement fier(e) 2-Peu fier(e) 1-Pas du tout fier(e).

3/ CAPACITES ARTISTIQUES :

Impression : Comprend et intègre les consignes 5-Complètement 4-Assez correctement 3-Partiellement 2-Peu 1-Pas du tout.

Intention : Manifeste son envie-désir de faire 5-Continuellement 4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.

Action : S'implique, participe, manifeste de l'élan pour produire 5-Continuellement 4-Fréquemment 3-De temps en temps 2-Rarement 1-Jamais.

Production : Reproduit les propositions de l'Art-Thérapeute 5-Systématiquement 4-Fréquemment 3-Assez régulièrement 2-Parfois 1-Jamais.

Produit ses propres propositions / Capacité Créative 5-Systématiquement 4- Fréquemment 3- Assez régulièrement 2-Parfois 1-Jamais.

Capacités Vocales (Intensité sonore, Chant) 5-Puissant 4-Affirmé 3-Audible 2-Faible 1-A peine audible.

Rythme 5-Très rapide 4-Rapide 3-Soutenu 2-Lent 1-Très lent.

Gestuelle, mimiques esthétiques 5-Recherchées 4-Elaborées 3-Moyennement élaborées 2-Peu élaborées 1-Pas du tout élaborées.

Annexe III Fiche d'ouverture

DATE :

NOM :

PRENOM :

AGE :

ENFANT(S) :

AGE(S) :

DATE D'ARRIVEE :

LIEU DE VIE :

SITUATION FAMILIALE :

SUIVI : (Psychologue/Psychiatre)

TROUBLES COMPORTEMENT / HUMEUR :

Difficultés de relation

Difficultés de communication

Si oui :

Troubles de la compréhension

Troubles de l'audition

Troubles de la vue

Lunettes

Troubles de l'expression

Troubles du langage

Handicap

Agitation

Agressivité

Angoisse

Déprime

Apathie

Tristesse

Désintérêt

Opposition aux soins

Nervosité

Autres symptômes

Annexe IV Fiche d'observation des séances

<u>NOM :</u> <u>Prénom :</u> <u>Ambiance de la Séance :</u> -Calme -Dynamique -Agitée -Perturbée -Evénement particulier : <u>Intention Sanitaire :</u> <u>Intention Artistique :</u> <u>OBJECTIFS GENERAUX :</u> * * * *		<u>SEANCE N°</u> <u>Heure :</u> (date de la dernière séance :) <u>Note Particulière sur la Séance :</u> <u>Limites rencontrées:</u> <u>Modification(s) à apporter pour la prochaine séance :</u> <u>OBJECTIFS INTERMEDIAIRES :</u> <u>ATTEINTS ?</u> * * * * *								
<table border="1"> <tr> <td></td> <td><u>TECHNIQUE UTILISEE</u></td> <td><u>MUSIQUE CHANT</u></td> </tr> </table> ASPECT ABORDE : Expression Communication Relation ART I ART II Actif Contemplatif DOMINANTE : SONORE			<u>TECHNIQUE UTILISEE</u>	<u>MUSIQUE CHANT</u>	<table border="1"> <tr> <td><u>Méthode :</u></td> <td><i>Jeu Situation Exercice</i></td> <td> <u>Révéléateur Didactique</u> Thérapeutique Occupationnel </td> <td> <i>.Libre .Ouvert .Semi.dirigé .Dirigé .Directif</i> </td> </tr> </table>		<u>Méthode :</u>	<i>Jeu Situation Exercice</i>	<u>Révéléateur Didactique</u> Thérapeutique Occupationnel	<i>.Libre .Ouvert .Semi.dirigé .Dirigé .Directif</i>
	<u>TECHNIQUE UTILISEE</u>	<u>MUSIQUE CHANT</u>								
<u>Méthode :</u>	<i>Jeu Situation Exercice</i>	<u>Révéléateur Didactique</u> Thérapeutique Occupationnel	<i>.Libre .Ouvert .Semi.dirigé .Dirigé .Directif</i>							

Annexe V Fiche de clôture
Bilan art-thérapeutique de fin de prise en soin

Indication Médicale Initiale :

SYNTHESE :

1/ Evolution en regard des objectifs généraux :

- Atteints :
- Evolution importante :
- Evolution :
- Aucune évolution :
- Régression :

2/ Limites rencontrées :

- Physiques :
- Mentales :
- Techniques :
- Relationnelle :
- Aucune limite :

3/ Projet :

Atteint

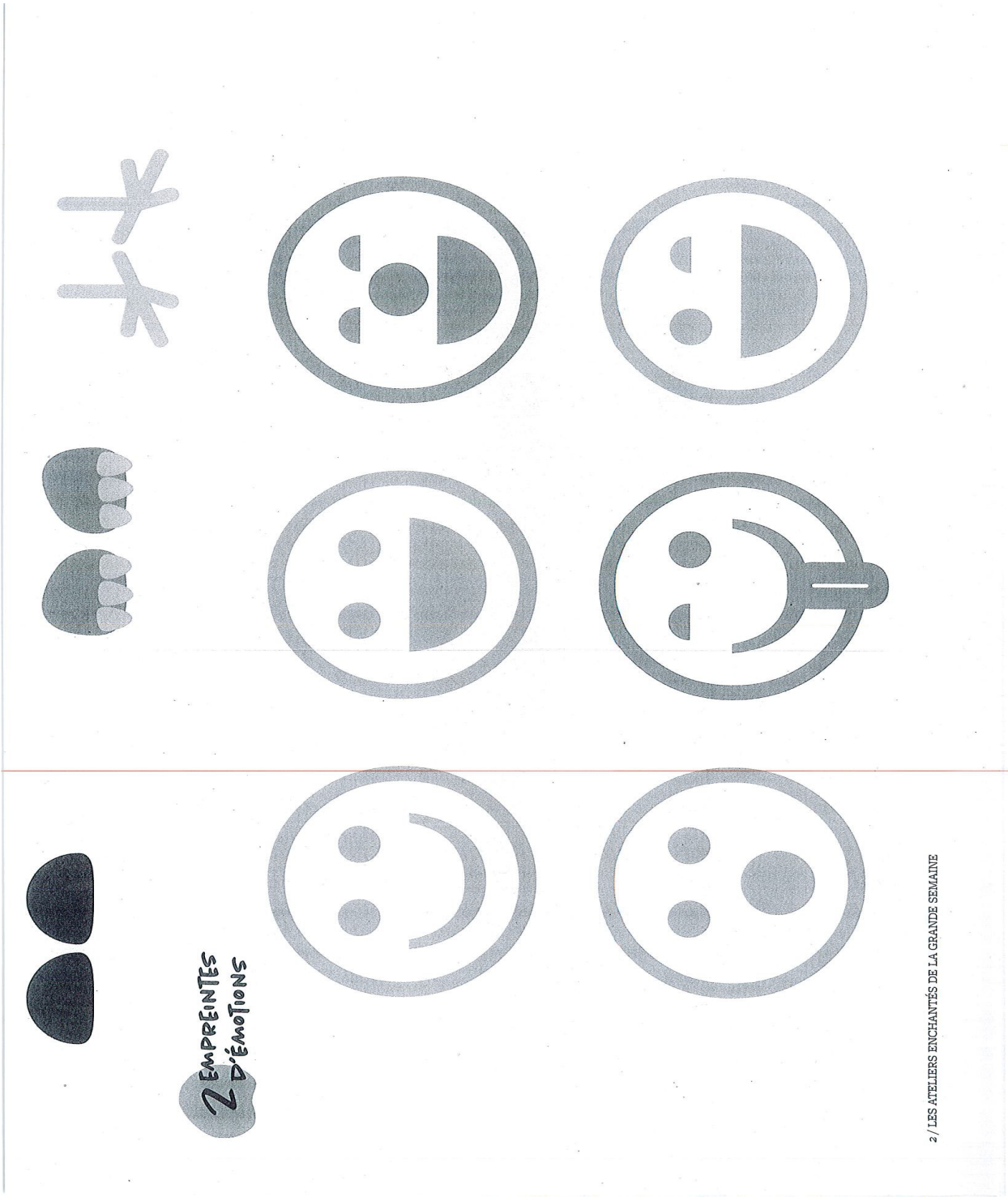
- Poursuivi
- Modifié
- Suspendu
- Abandonné

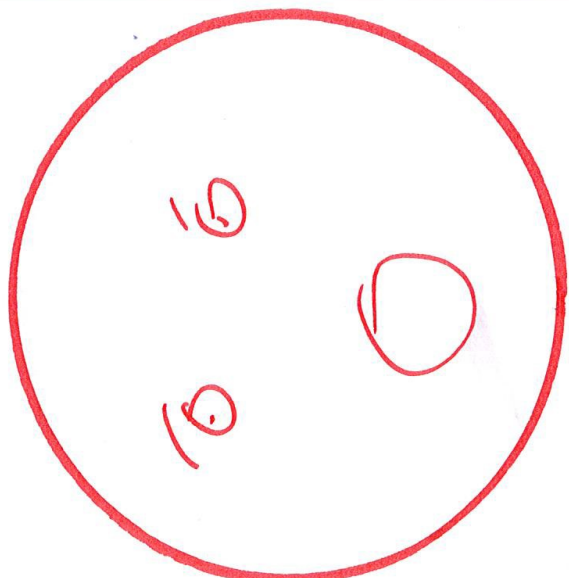
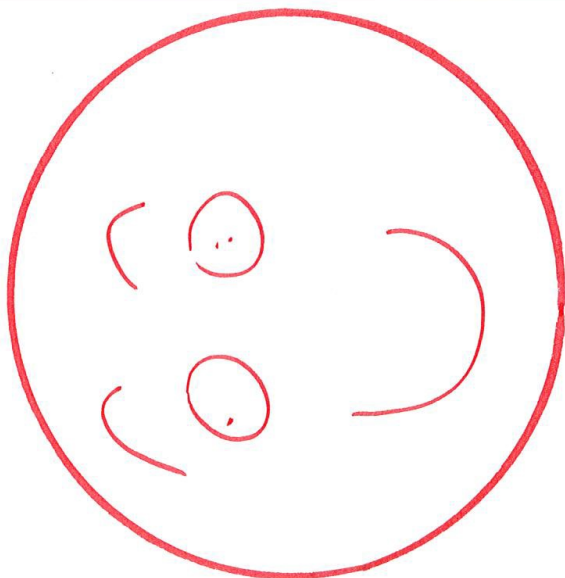
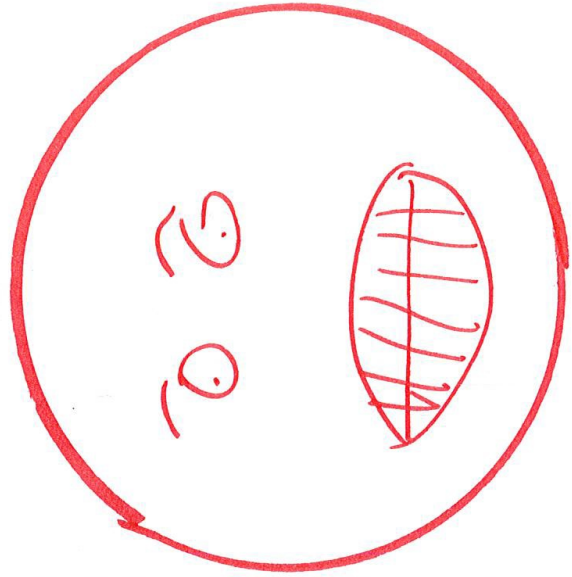
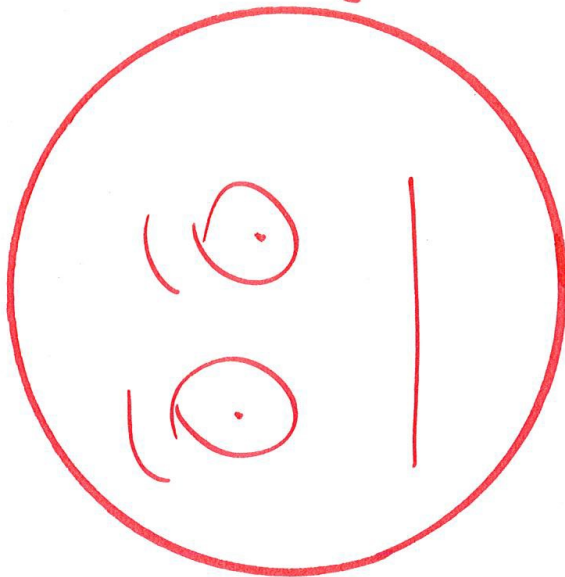
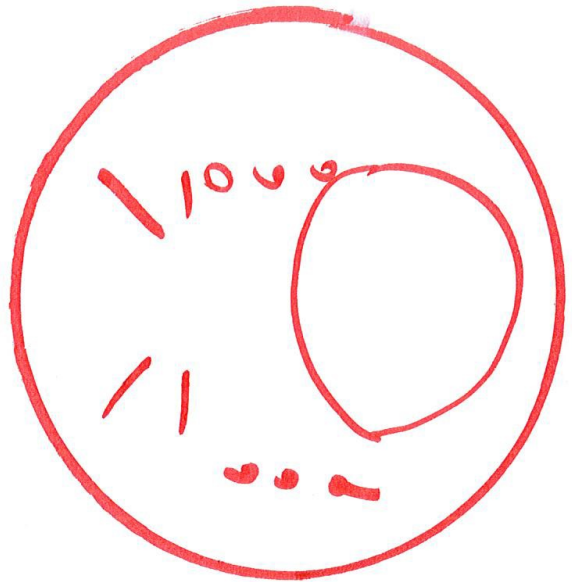
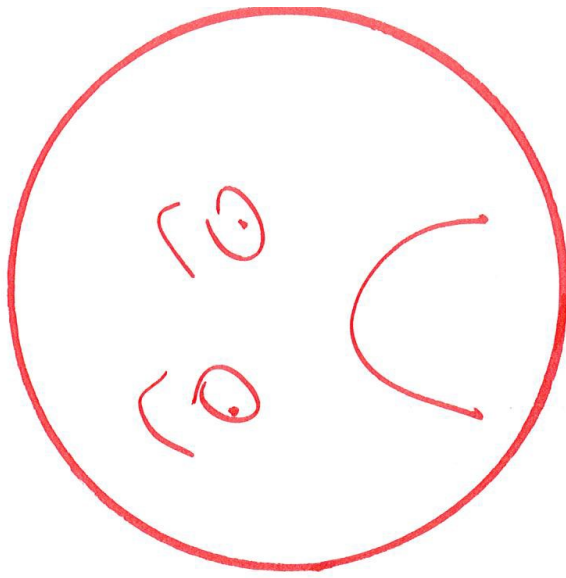
4/ Si Arrêt du projet : Motif :

- Fin de projet personnel
- Fin d'étape
- Fin des séances
- Perturbation
- Désintérêt

PRECONISATIONS :

- Orientation vers un psychologue
- Orientation vers un psychiatre
- Orientation vers un bilan spécialisé (orthophoniste, psychomotricien, ophtalmologiste, neurologue...)
- Cours de théâtre, de musique, d'arts plastiques
- Pratique des arts martiaux, piscine...





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

Présenté par Valérie ROBIC 2017

Un atelier d'Art-Thérapie « Musique, Chant, Comptines et petites Percussions » auprès de mamans migrantes présentant des signes de la dépression due à la situation de l'exil, et de leurs enfants, peut favoriser les interactions précoces mère-enfant.

Au centre de Protection Maternelle Infantile de Lorient, en Bretagne, dans le cadre de la prévention de la distorsion du lien mère-enfant, un atelier d'Art-Thérapie, Musique et Chant, Comptines et petites Percussions est proposé à des parents migrants présentant des signes de la dépression due à la situation douloureuse de l'exil, et à leurs jeunes enfants.

Comment l'Art-Thérapie peut-elle être bénéfique pour cette population dans ce contexte de soin ?

A l'aide d'outils scientifiques, nous allons tenter de le démontrer par l'étude de l'évolution de deux familles au fil de 3 mois de séances.

An art-therapy workshop « Music, Songs, Rhymes and small Percussions », with migrant mothers showing signs of depression due to the situation of exile, and their children, can promote early mother-child interactions.

At the Infant Maternal Protection Center in Lorient, in Brittany, Art Therapy, Music, Songs, Rhymes and small Percussions workshop is offered to migrant parents and their young children as part of the prevention of distortion of the mother-child bond, showing signs of depression, due to the painful situation of exile.

How can Art-Therapy be beneficial for this population in this context of care?

Using scientific tools, we will try to demonstrate this by studying the evolution of two families over 3 months of sessions.

Mots clés : Protection Maternelle Infantile - prévention - distorsion du lien mère-enfant - ateliers d'Art-Thérapie, Musique et Chant - parents migrants - dépression - exil - outils scientifiques.

Key words : Infant Maternal Protection Center - prevention - distortion of the mother-child bond - Art Therapy, Music, Singing, rhymes and small percussions workshops - migrant parents - dépression - exile - scientific tools.