UNIVERSITE de POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9
France

Corps Bavards

Prise en soin danse-thérapeutique auprès d'enfants autistes

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
Année 2017

Présenté par :
Perrine Ploneis

Sous la direction de :
Mme Véronique Bonnaud
Neuropsychologue et Docteur en Psychologie

Lieu de stage
IMP Port-Neuf
Allée de Lattre de Tassigny
17000 La Rochelle

Référent universitaire
Monsieur GIRAUD Jean-Jacques

UNIVERSITE de POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9
France

Corps Bavards

Prise en soin danse-thérapeutique auprès d'enfants autistes

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
Année 2017

Présenté par :
Perrine Ploneis

Sous la direction de :
Mme Véronique Bonnaud
Neuropsychologue et Docteur en Psychologie

Lieu de stage
IMP Port-Neuf
Allée de Lattre de Tassigny
17000 La Rochelle

Référent universitaire
Monsieur GIRAUD Jean-Jacques

PLAN

PLAN.....4
REMERCIEMENT.....7

PREAMBULE.....10

PARTIE I INTRODUCTION

1.1 Trouble étudié:L'Autisme.....13
1.1.1.Identité et chiffres.....13
1.1.2. Historique et définition.....14
1.1.3. Hypothèses scientifiques et outils de mesure.....15
1.1.4. Causes et traitements.....16

1.2 La danse.....17
1.2.1.Un peu d'histoire.....17
1.2.2. De quelle danse parle t on ?.....20

1.3 Qu'est ce que l'Art thérapie?.....22

PARTIE II MATERIELS ET METHODES
2.1 Matériels.....24
2.1.1 Présentation de la structure.....24
a-l'institution et ses missions.....24
b-Organigramme de l'établissement.....26
c-Notre place dans cette institution.....27

2.1.2 Grille d'évaluation et schéma utilisé.....27
a-Les entretiens avec les équipes.....27
b-L'observation de l'enfant sur son groupe de vie.....27
c-Fiche d'ouverture.....27
d-Grille d'évaluation générale.....28
e-Fiche d'observation.....28
f-Echelle de classification des émotions.....28

2.1.3 Critères d'inclusion et de non inclusion des enfants.....28
2.1.4 Stratégies thérapeutiques et besoin des patients.....29
2.1.5 Durée de la recherche.....29
2.1.6 Retombées attendues.....29
2.1.7 Organisation des séances.....29
2.1.8 Evaluation des séances.....30

2.2 Méthodes.....31
2.2.1 Enfant Abdel.....31
2.2.1.1 Anamnèse.....31
2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques.....31
2.2.1.3 Séances Art-thérapeutiques.....32

2.2.2 Enfant Léon.....37
2.2.2.1 Anamnèse.....37
2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques.....37
2.2.2.3.Séances Art-thérapeutiques.....38

PARTIE III RESULTATS
3.1 ENFANT ABDEL.....43
3.1.1 Items scientifiques personnalisés.....43
3.1.2 Grille d'observation des séances.....44
GRAPHIQUES.....45
3.1.3 Bilan de la prise en soin en Art-thérapie pour l'enfant Abdel.....48

3.2 Enfant LEON.....49
3.2.1 Items scientifiques personnalisés.....49
3.2.2 Grille d'observation des séances.....50
GRAPHIQUES.....51
3.2.3 Bilan de la prise en soin en Art-thérapie pour l'enfant Léon.....54

PARTIE IV DISCUSSION
4.1 Apports et bénéfice de l'étude.....55
4.1.1 Echelles scientifiques.....55
4.1.2 Items scientifiques personnalisés.....55
4.1.3 Grille d'observation des séances.....56

4.2 Limites de l'étude.....56
4.2.1 Résultats.....56
4.2.2 L'étude ou le protocole scientifique.....57
4.2.3 La notion d'utilité.....57
4.2.4 Le temps de la prise en soin.....58

4.3 Cadre conceptuel de l'Art-thérapie.....58
4.3.1 Cadre thérapeutique.....58
4.3.2 Relation thérapeutique.....59
4.3.3 Alliance thérapeutique.....59
4.3.4 Besoin des patients.....60

4.4 Posture soignante en tant qu'Art-thérapeute.....61
4.4.1 Le cadre thérapeutique.....61
4.4.2 Besoin des patients.....63
4.4.3 Travail en collaboration.....64

PARTIE V CONCLUSION
CONCLUSION.....66

BIBLIOGRAPHIE.....**68**
GLOSSAIRE.....**71**

LISTE DES ANNEXES ….....**76**

Annexe I : Fiche d'ouverture IMP.....77
Annexe II : Fiche d'observation.....78
Annexe III : Echelles d'évaluation.....79
Annexe IV : Autorisation des parents.....92
Annexe V : Autorisation d'utilisation des œuvres.....93

REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos plus profonds et sincères remerciements

A notre Directrice de mémoire, Mme Bonnaud Véronique, Neuropsychologue et Docteur en Psychologie, pour sa confiance, ses encouragements, sa curiosité et sa main correctrice toujours bienveillante

A notre Chef de Service, Mme Colmet d'Aage Anne, pour son intérêt à l'Art-thérapie, sa confiance à notre égard, sa joie de vivre, sa belle façon de manager ses équipes et son humanité débordante

Aux enfants de l'IMP

À Laurence Bailly, notre collègue

À mes enfants Milo & Marius,

À Boris,

PREAMBULE

La danse est entrée dans notre vie dés le plus jeune âge.
Rouler, sauter,marcher, chuter, s'arrêter, vibrer, se contracter, inventer, créer, écouter étaient autant de verbes qui symbolisaient la liberté chez une petite fille âgée de 3 ans.
Par la suite cette activité récréative est devenue une passion, un mode de vie, une étude, un challenge et une profession.
Après avoir étudié différentes influences, nous nous sommes dirigées vers la danse contemporaine et surtout, nous nous sommes enivrées de sa culture historique, et de son vocabulaire.
Comme beaucoup de nos pairs, nous avons passé d'innombrables heures à investir notre corps, à l'animer, à le transformer.
Ce corps qui nous posait question…dans un paysage artistique…
Une question informulable…une sensation informulée
Rapidement, nous avons croisé le champ des release-techniques où nous avons découvert ce monde du dedans, la perception infime d'un corps en mouvement, la naissance d'une genèse grâce à l'infiniment petit.

« danses esthétiques », « danses exposées », « danses politisées », « danses revendiquées », autant de « danses » pour expliquer le monde contemporain.

« la danse qui voulait produire de l'idée » disait Martha graham.

Le statut du corps était devenu pour nous (et grâce à un brillant chorégraphe avec qui nous avons travaillé pendant 10 ans), notre sujet de réflexion en tant que danseuse mais aussi en tant que professeur.
Nous avons découvert d'autres techniques à New York, ville où nous avons dansées au sein de la compagnie de Vicky Schick (pionnière de Trisha Brown) comme le Feldenkrais, l'Eutonie de Gerda Alexander, le Body Mind Centering grâce à toutes ces techniques de conscientisation somatique , notre danse et notre investissement était devenus différents et engagés.

C'est en tant qu'enseignante diplômée d'état, sur un programme de danse à l'école primaire à Genève, que nous fîmes nos grandes découvertes sur le corps en tant que sujet.

Avec la complicité de toute une équipe pédagogique, nous fîmes connaissance d'enfants (de tous milieux sociaux) souvent prisonniers d'un schéma corporel ce qui influait sur leur capacité scolaire. L'Art-thérapie fit son entrée par la grande porte…

Notre enseignement de la danse était à l'évidence en train de se modifier, d'évoluer, et nous étions témoin de corps sensitifs, émotionnels et sensoriels engagés dans leur processus de création source de la transformation du sujet.

Cette année de recherche fut bénéfique et constructive, c'est à partir de là que la danse-thérapie et la musicothérapie prirent une autre dimension dans nos recherches corporelles.

PARTIE I: INTRODUCTION

De l'empathie à la relation…

« …Partir à la découverte des autres, entrer en résonance avec les autres, voyager immobile à travers l'espace et à travers le temps, nous perdre puis revenir et renaître plus riche de ce que nous avons vécu…» Jean Claude Ameisen, 2011

Au carrefour de diverses disciplines, le concept de l'empathie existe depuis plusieurs siècles.

Darwin a été le premier à décrire les processus émotionnels chez l'animal et chez l'homme, à proposer une continuité des mécanismes entre les espèces.
Il a ainsi fait de l'empathie le fondement des sentiments et comportements sociaux.
Le primatologue Frans De Waal[1], ne cesse de rechercher aussi grâce aux mammifères, la source de notre humanité, pour lui : « Nous avons cette merveilleuse capacité d'habiter le corps des autres, un sourire sur le visage cause en nous une impression de joie, un visage triste cause une impression de tristesse et l'empathie peut conduire à la sympathie du soucis pour l'autre au geste de secours à l'égard de l'autre ».

L'empathie est un concept nomade, migrant de la philosophie avec Adam Smith en passant par l'esthétique de Robert Visher plus tard par la psychologie de Carl Rogers, la dernière période importante se situe à la fin du XX siècle par les neurosciences.

Nous pouvons définir l'empathie, comme une capacité de vivre l'autre, de nous mettre à la place de l'autre sans éprouver ses émotions.
Se mettre à la place de l'autre, de ses émotions, de ses attentes et en cela de nous les approprier et d'entrevoir son futur.

Pour Jean Decety*, cette définition n'est que partielle.
En effet pour lui : « l'empathie se caractérise par deux composantes primaires:
-une réponse affective envers autrui qui implique parfois un partage de son état émotionnel,
-la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne »

Jean Decety, avance l'idée que l'empathie est un puissant moyen de communication interindividuelle et l'un des éléments clés dans **la relation thérapeutique .**
Il propose un modèle multidimensionnel de l'empathie dont la résonance affective, la flexibilité mentale pour pouvoir adopter le point de vue subjectif d'autrui, la régulation des émotions, elles-mêmes modulées par des processus motivationnels et attentionnels et sous-tendues par des systèmes neuro-cognitifs.
Des chercheurs ont en effet découvert par une expérience des plus hasardeuses, que dans le cortex du singe, des neurones s'activent quand il exécute une action orientée vers un objet, mais aussi quand il observe l'expérimentateur faire la même action.
L'équipe italienne de Giacomo Rizzolatti[2] ont appelé ces neurones, les **« neurones miroirs ».**
G.RIZOLATTI a fait en 1996, l'hypothèse que ces neurones miroirs jouaient un rôle majeur dans les relations sociales et les processus affectif.
Ces neurones miroirs nous permettent de vivre physiquement l'émotion de l'autre et donc

1 De Wall Frans « *le bonobo dieu et nous », édition Les liens qui libèrent, Paris, 2013*
2 Rizzolatti Giacomo, « *Les neurones miroirs », édition* Odile Jacob, Paris, 2008

de mieux la ressentir. On appelle cela **la résonnance émotionnelle.**

Grâce aux études d'imagerie cérébrale, il se joue ici une connaissance qui nous oriente sur la région cérébrale atteinte, sur la résonance émotionnelle que cela implique, sur des pathologies neurologiques, psychiatriques ou neurodéveloppementales qui peuvent en découler qui peuvent être étudiées (comme notre sujet sur le syndrome de l'autisme).

Après avoir fait une approche en neuroscience, nous ne pouvions pas aborder le concept d'empathie sans citer CARL ROGERS[3], dont la théorie a donné naissance a de nombreux travaux dans des domaines variés comme la pédagogie, la médecine, l'industrie, le travail social.

L'empathie rend capable, Il est primordial de donner à l'empathie l'importance qu'elle mérite dans une relation thérapeutique elle est avant tout une rencontre entre deux individus, elle s'inscrit dans un échange et donc dans une écoute bienveillante et humaniste au service de la personne pour un mieux être.

Alain BERTHOZ* dira «que le regard est fondamental pour l'empathie, il pénètre l'autre en se fondant et par l'activation de l'amygdale, il crée les émotions».

Le regard, la compréhension, l'acceptation, la relation, l'engagement, le processus…. sont ici les maîtres-mots de notre démarche art-thérapeutique.

L'art thérapie nous paraît à sa juste valeur entrer parfaitement dans le cadre de ces concepts, nous devons sortir de l'antagonisme entre une position qui privilégie une relation subjective et émotionnelle vis à vis du patient et une autre professionnelle et objective.

Notre objectif principal dans notre travail auprès d'enfants autistes, sera de construire le champ relationnel, qui favorisera la constitution d'une alliance de travail.Une relation suffisamment sûre, contenante, bienveillante, pour que l'enfant puisse prendre le risque de s'ouvrir, d'explorer un autre monde que le sien et d'aborder, d'esquisser un processus de création à travers son propre corps.

Nous verrons au fil de ce mémoire, que l'une des particularités de l'autisme, ici infantile, réside dans un manque d'altérité, d'un déficit des compétences sociales où il n'y a pas de place pour l'autre, donc pour l'empathie.

3 Rogers Carl, fondateur de « l'approche centrée sur la personne » parle d'écoute bienveillante, c'est pour lui une attitude d'accueil intérieur inconditionnel. Il fait le lien entre l'empathie et le devoir du thérapeute.

1.1 Trouble étudié: L'AUTISME

1.1.1. Identité et chiffres

Près d'un demi siècle après la découverte de Leo KANNER* (1943) sur l'autisme, celle ci reste encore un grand mystère.
Pour le commun des mortels, l'enfant autiste présente des troubles graves, effectue des mouvements stéréotypés, se cogne la tête contre les murs, pousse des hurlements, ne dispose que d'un langage rudimentaire voir mutique ou à l'inverse est un être pourvu d'une intelligence extrême comme nous la popularisé en 1988 le film «Rain Man», sur le syndrome d'Asperger forme «particulière» de l'autisme.
En quelques chiffres, l'autisme c'est 1 enfant sur 150 à la naissance en France(donnée INSERM*), 50% des autistes ne sont pas pris en charge, 30% sont admis dans des centres spécialisés, 20% vont à l'école. Ce très faible niveau de prise en charge montre encore les lacunes de notre pays face à ce syndrome.
Pourtant l'autisme a été déclaré grande cause nationale en 2012, et le premier plan Autisme voit le jour en 2005.
L'autisme est un handicap (reconnu depuis 1995) d'inclusion relationnel, comportemental qui a montré à quel point ce qu'on appelle handicap mental n'est pas simplement le manque de quelque chose car les capacités exceptionnelles qui peuvent accompagner l'autisme dans le syndrome d'Asperger montrent qu'il s'agit de singularité, d'altérité, et non pas simplement d'un moins.
L'un des problèmes essentiel des personnes ayant un trouble autistique est la difficulté à interpréter les émotions, les sensations, les expressions, les intentions des autres ce qui nous apparaît comme étant un défit de l'empathie d'après le développement du concept que nous avons fait en amont.

Grâce à une littérature autobiographique, écrite par des sujets autistes de haut niveau, nous pouvons aujourd'hui mieux comprendre leur intérieur, leurs sensations, la complexité des mécanismes de pensée.

Citons quelques exemples :

Dans « *Thinking in Pictures* », de Temple GRANDIN(1986)[3], Oliver SACKS* en écrivit la préface:

« *En 1986, un livre extraordinaire, sans précédent, et, d'une certaine façon impensable, fut publié. Sans précédent, car il n'y avait jamais eu auparavant un récit « de l'intérieur » de l'autisme ; impensable, parce que le dogme médical durant 40 ans était qu'il n'y a pas 'd'intérieur', pas de vie intérieure, dans l'autisme ; extraordinaire en raison de son extrême (et étrange) clarté. Cette voix vient d'un lieu qui n'avait jamais eu de voix… et elle a parlé non seulement pour elle-même, mais pour des milliers d'autres »……*

Daniel TAMMET[4]décrit aussi dans une autobiographie « *Je suis né un jour bleu* », l'étrangeté de son monde intérieur, de son rapport à l'extérieur, il a un trouble envahissant et un univers synesthésique.
Il décrit comme Temple GRANDIN, sa sensation d'isolement étrangeté pendant son enfance ; Cette sensation de ne pas savoir pourquoi il est là, regardant les enfants jouer dans la cour de récréation, se demandant pourquoi ils crient, Daniel Tammet parle d'une envie de disparaître.
C'est parfois en rencontrant d'autres autistes qu'ils découvrent n'être ni fous, ni idiots, ni même naïfs, comme le fit aussi l'écrivain Donna Williams [5]dans une autobiographie « *Nobody Nowhere »*

3 Grandin Temple, « *Thinking in pictures* », édition Bloomsbury Publishing PLC, Londres, 2006
4 Tammet Daniel, « Je suis né un jour bleu »,Eédition 84, Paris, 2009
5 Williams Donna « *Nobody Nowhere : the remarkable autobiography of an autistic girl »,édition New, 1998*

1992, quand elle réalisa avoir mis sur le compte de sa personnalité ce qui n'était que son « expression personnelle des symptômes mal compris de l'autisme ».

Et puis bien entendu, citons avec fierté le brillant Joseph Schovanec qui grâce à de nombreuses conférences, livres nous témoigne sa vision si pertinente et intelligente de ce syndrome. Lui, autiste Asperger.

1.1.2. Historique et définition

Qu'elle est alors l'évolution de ce spectre du syndrome autistique depuis LEO KANNER*?

Précisons que le terme « autisme », qui vient du grec « auto » et qui signifie « soi-même » est utilisé en 1911 par un psychiatre, EUGEN BLEULER*, pour évoquer un symptôme de la schizophrénie.Pour E.BLEULER, l'autisme signifie « la fuite de la réalité », et c'est à partir de là que L. KANNER, psychiatre Autrichien est le premier à décrire ce qu'il nomme « le retrait autistique » en 1943.
Pour lui, deux symptômes majeurs s'imposent, l'isolement (ou aloness) et le besoin d'immuabilité (ou sameless), il en donne une définition claire à l'époque nommée « l'inaptitude de ses enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations ».
Parallèlement, HANS ASPERGER* en 1944, décrit un syndrome similaire caractérisé par une perturbation du contact avec l'autre,un manque d'empathie, des difficultés de communication et des lacunes d'adaptation à la vie sociale. Il met néanmoins l'accent sur des performances intellectuelles très pointues dans certains domaines.
L'intérêt pour le syndrome d'Asperger s'affirme lorsque Uta FRITH*(1991) traduit le texte de H.ASPERGER* de l'allemand à l'anglais, le rendent accessible à un plus large lectorat.

Aujourd'hui, l'autisme n'est plus considéré comme une affection psychologique, il correspond à une véritable pathologie neuro-développementale.

L'autisme est définit selon deux classifications internationales, la CIM-10* (OMS) et le DSM-5*(APA) qui introduit la notion de **troubles du spectre autistique**(**TSA**).
Le diagnostic de l'autisme est basé sur l'observation de deux catégories de symptômes:
-des troubles de la communication sociale touchant notamment la réciprocité des interactions, les comportements de communication verbale et non-verbale, ainsi que la capacité à développer, maintenir et comprendre une relation avec autrui;
-des comportements restreints et répétitifs.

Ces classifications ne sont pas identiques mais compatibles l'une avec l'autre. On parle aussi de classifications a-théoriques, car elle ne contiennent pas une théorie de cause du trouble, juste une description des symptômes.

Pour quantifier et qualifier le **TSA**, il existe des échelles d'évaluations scientifiques en référence au DSM-5 et à la CIM10 pour évaluer le comportement, la communication, l'interaction sociale réciproque, le jeu et/ou l'utilisation créative d'un matériel, le comportement stéréotypé, les intérêts restreints et d'autres comportements atypiques, chez des personnes avec autisme ou présentant des Troubles du Spectre Autistique (TSA), allant d'enfants de 3 ans à des adultes possédant un langage fluide.
Citons l'**ADOS-2** qui est décrite comme la référence internationale dans ce domaine, mais aussi **ADI-R**(Autism Diagnostic Interview-Revised), **Cars** (Childhood Autism Rating Scale) (AnnexeIII p84), **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers)(Annexe III p80).
Certains items de ces échelles d'évaluations scientifiques nous servirons pour qualifier nos propres

grilles d'observation.

En France, le diagnostic est encore posé en moyenne vers 4 ans, à partir de signes cliniques ou de symptômes définis dans la classification (observation du comportement de l'enfant) et après entretien avec les parents.
Notons que d'autres comportements sont associés à la dyade de l'autisme.
Ces symptômes ne sont pas caractéristiques du trouble mais peuvent en faire aussi partie, comme la déficience intellectuelle, un QI inférieur à 70, c'est 60% des cas d'autismes.
Il y a aussi chez certains une motricité dite « bizarre », une démarche sur la pointe des pieds.
On parle aussi d'hyperactivité, des troubles du sommeil, une très forte anxiété.
Et pour d'autres des talents inexplicables.

1.1.3. Hypothèses scientifiques et outils de mesure

Tout symptôme comportementale à nécessairement une contre partie dans le cerveau , donc au niveau cognitif.
A ce niveau cognitif, il y a plusieurs hypothèses acceptées, controversées depuis une trentaine d'année
Nous en citerons quelques unes pour illustrer notre propos ainsi que leurs auteurs :

- ✔ La première hypothèse, un déficit de la théorie de l'esprit (cf test Sally et Anne). Le test a été réalisé par Simon Baron Cohen et Uta Frith en 1985.
  Hypothèse qui pourrait expliquer les troubles de la communication, les troubles des interactions sociales, la déficience intellectuelle.

- ✔ Plus récemment, une autre hypothèse proposé par Coralie Chevallier(chercheuse au CNRS), suppose que le déficit n'est pas dans la capacité a attribuer des états mentaux mais dans la motivation à s'intéresser à tout ce qui est social. Cette hypothèse date de 2015.

- ✔ Une autre hypothèse porte sur la cohérence centrale/pensée en détail (Amitabh shah et Uta Frith 1983 (Embedded figures test) qui pourrait expliquer toute une catégorie de symptômes tels que, la déficience intellectuelle, les intérêts restreints, les activités stéréotypées et répétitives.

Depuis plusieurs années, des recherches en imagerie cérébrale se sont développées à l'échelle mondiale.
Le développement de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMF), serait un outil pertinent dans un bilan clinique, cet outil a permis d'étudier les modifications morphométriques du cervelet des personnes atteintes de TSA depuis la fin des années 1990.

La neuro-imagerie cérébrale est-elle un outil pertinent, permettant de progresser dans l'identification neurologique de l'autisme ?

Les résultats que vient de publier un groupe de chercheurs du Commissariat français à l'énergie atomique (CEA), l'Institut national français de la recherche médicale (Inserm) et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris le laissent penser.
Il s'agit là, selon eux, d'une nouvelle piste de recherche à approfondir. Ils estiment notamment que les données issues de l'analyse IRM* pourraient aider à mieux catégoriser les patients.
Pour le moment, l'imagerie cérébrale n'est pas encore un outil de diagnostic car aucune donnée n'est applicable actuellement.

Citons une recherche française récente et publiée dans cet éventuel mode de diagnostic:
En janvier 2016 une étude a été publiée dans la revue *Biological psychiatry : Cognitive Neurosciences and Neuroimaging,* des chercheurs du CNRS, d'Aix-Marseille Université et de l'AP-HM de l'Institut de neurosciences de la Timone se sont intéressés à un nouveau marqueur cérébral spécifique de l'autisme.[6]
Ce marqueur est géométrique, appelé « *sulcal pit* »
L'anomalie repérée consiste en un plis moins profond au niveau de l'aire de Broca, une région du cerveau spécialisée dans le langage et la communication, des fonctions altérées chez les patients atteints d'autisme. Cette découverte pourrait aider au diagnostic et à une prise en charge plus précoce de ces patients.

Un des plus gros marqueurs dans le trouble autistique est la fuite du regard et son, instabilité . L'Eye Tracking (oculomètrie en français) analyse des images de l'oeil humain enregistrées par une caméra à infrarouge pour étudier la direction du regard du sujet.
Malgré un fort intérêt, cette technique reste encore un peu expérimentale et très peu partagée pour un réel diagnostic de l'autisme.

1.1.4. causes et traitements

« il y a autant de formes autistiques que d'autistes », cela en dit long sur ce trouble.

L'Autisme est une pathologie neurologique aux conséquences comportementales sévères, ses origines peuvent être génétiques, environnementales, mais dans la plupart des cas l'autisme est considéré comme une pathologie idiopathique.

Il existe plusieurs théories ou hypothèses sur les causes de l'autisme, c'est un sujet controversé.
La psychiatrie a cru pendant un certain temps que l'autisme était causé par ce que l'on nommait les « mères réfrigérateurs », qui ne donnaient soit disant pas assez d'affection et d'attention à leur enfant (Bettelheim, 1967). Mais cette théorie n'est plus acceptée aujourd'hui et depuis le 8 mars 2012 la haute autorité de santé (HAS) désavouait la psychanalyse dans le traitement de l'autisme.

On parle de causes génétiques, on parle aussi de causes environnementales de l'autisme, c'est-à-dire que l'enfant ne présenterait pas d'anomalie à la naissance mais certains éléments déclencheraient l'autisme chez lui par la suite (infections virales, débalancement métabolique), il peut y avoir aussi un impact avant la naissance par le biais de la mère(cf les perturbateurs endocriniens).

D'après la HAS, « Aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme. Toutefois, certains médicaments sont nécessaires au traitement de pathologies fréquemment associées aux TED comme par exemple l'épilepsie. D'autres peuvent avoir une place, non systématique et temporaire, dans la mise en œuvre de la stratégie d'interventions éducatives et thérapeutiques des enfants/adolescents avec TED. Ainsi, les psychotropes peuvent être considérés en seconde intention en cas de dépression, d'anxiété, de troubles du comportement. Ils doivent alors être prescrits de manière exceptionnelle et temporaire. »
On peut trouver , la mélatonine utilisé dans les troubles du sommeil, la risperidone (neuroleptique), Le méthylphénidate (Ritaline, Concerta, Quasym) dans l'hyperactivité, les troubles de l'attention.
Bon nombre d'études scientifiques, montrent un certain impact voir un intérêt profond pour l'ocytocine, la vitamine B12, les probiotiques, le chlore, chaque élément dans sa fonction permettrait d'atténuer les symptômes autistiques.

---

6 Localized misfolding within Broca's area as a distinctive feature of autistic disorder, Lucile Brun, Guillaume Auzias, Marine Viellard, Nathalie Villeneuve, Nadine Girard, François Poinso, David Da Fonseca et Christine Deruelle. *Biological Psychiatry: Cognitive Neurosciences and Neuroimaging*, 12 janvier 2016

Une fois encore, cela reste expérimental avec des résultats certes positifs, mais sur du court terme.

Le trouble du spectre de l'autisme, nécessite l'utilisation de nombreuses approches d'intervention.
La plupart de ces approches sont de type comportementale telles que, l'analyse appliquée du comportement (ABA*), le programme de traitement et d'éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication similaires (TEACCH*), le système de communication par échange de pictogrammes (PECS*), la thérapie d'échange et de développement (TED*) et l'Art-thérapie.

Rose GAETNER[7] constate le rôle primordial que peuvent jouer les activités artistiques et corporelles dans l'éducation des enfants autistes.
« L'art et la créativité peuvent procurer plusieurs bienfaits à ces enfants et particulièrement, servir de porte d'entrée à leur monde et communiquer avec eux d'une manière principalement non-verbale ».

Pour Janek DUBOWSKI et Kathy EVANS[8] , ces deux auteurs décrivent dans leur ouvrage, l'impact positif sur les comportements, l'anxiété qui peut être diminuée lorsque que l'enfant est impliqué dans un processus créatif et artistique.

Il se joue ici un intérêt profond pour des pratiques artistiques dans une thérapie comportementale et développementale. A ce stade de notre étude, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'art-thérapie peut contribuer à améliorer les habiletés sociales et donc les comportements des enfants autistes.

Dans la suite de notre mémoire nous développerons la nature de notre art pour finir sur notre position d'art thérapeute.

1.2.La danse

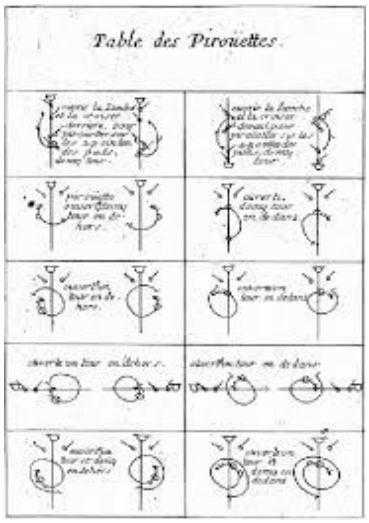
1.2.1. un peu d'histoire

De tout temps l'espèce humaine a dansé, il est impossible d'en préciser l'époque…mais il est fort probable que son développement ait suivi l'évolution de l'espèce humaine. Des peintures rupestres attestent de l'existence de danses primitives, des personnages revêtus de dépouilles animales semblent danser, probablement à l'occasion d'un acte cérémoniel et rituel, adressé à une entité supérieure. La danse est sacrée, elle relie le monde des hommes et le monde des dieux.

Peinture datant de 2000 ans représente un groupe de femmes dansant, secteur méridional du plateau gréseux de la Tassili-n-Ajjer

7 Gaetner Rose, « *de l'imitation à la création : les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme*», édition Presses universitaires de France-PUF, 2000
8 Dubowski Janek Evans Kathy, «*Art Therapy with children on the Autistic Spectrum.Beyond words», édition Jessica Kingsley Publishers, Londres, 2001*

Des documents écrits et picturaux démontrent que les civilisations antiques du pourtour méditerranéen et du Moyen-Orient pratiquaient l'art de la danse. L'esthétisme et la communion deviennent prépondérants lors des spectacles et des rassemblements (les théâtres antiques). La danse devient donc un art dont les codes évolueront avec les sociétés qui la pratiquent.
Ensuite, dans l'Europe médiévale, au Moyen Âge, la société européenne était dominée par l'Eglise Chrétienne, qui désapprouvait la danse. Le peuple continua à danser lors des fêtes diverses. La danse devient sociologique, elle relie les hommes entre eux ou elle les relie à une forme de communauté.
Des variantes des danses paysannes médiévales survivent dans le folklore. Certaines d'entre elles, adoptées par l'aristocratie, ont évolué en danses de cour avant de donner naissance au ballet.
De cette naissance va apparaître, la danse classique née dans les cours de la renaissance , avant de devenir fin XVII siècle, une discipline essentiellement professionnelle.
R.A.FEUILLET édite en 1700 son système de notation dans « *Chorégraphie ou l'art de décrire la danse*» , cet ouvrage expose un système d'écriture. La première grande notation, où il devient possible d'établir pour la danse des partitions, des dessins, des formations de groupe dans un espace. Cette écriture a connu un succès durable et elle est toujours en usage pour les danses baroques.

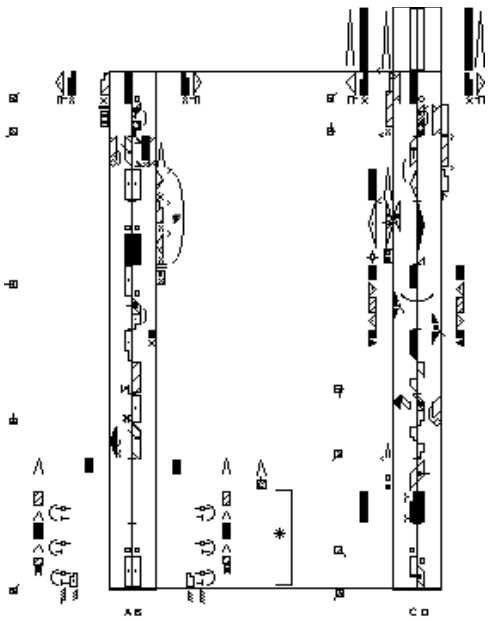


La table des pirouettes dans l'écriture de Feuillet, 1700

A partir de cette grande « invention », la danse trouvera son autonomie et sa légitimité face à la musique. L'écriture de la danse en fait une science, comme le soutient le maître à danser du Bourgeois Gentilhomme de Molière, qui revendique une autonomie vis-à-vis du maître de musique.
Après cette grande découverte, la danse évolue, se féminise, symbolise des vertus telle que la pureté, la légèreté. Le tutu et les pointes deviennent des objets sacrés et représentant du ballet romantique.

Nous nous permettons dans cette étude, de faire un grand bon en avant car ce qui nous intéresse ici sera plus l'aspect scientifique. Pourquoi?

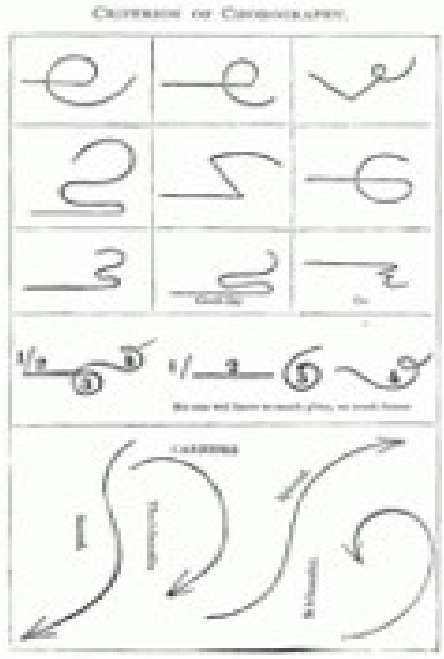
La danse est notée et vers 1907, Rudolf LABAN* étudiera les écrits de Feuillet, et à partir de 1927, il élaborera son système de notation. L'écriture de LABAN prend le nom de « cinétographie » car elle est destinée à représenter toutes sortes de mouvements, et pas seulement ceux de la danse.
Rudolf LABAN va donc théoriser le mouvement, ce que Françoise DUPUY appelle « les fondamentaux de la danse contemporaine ».
Il parle de poids, de flux, d'espace, de corps, de temps…



Un exemple de notation chez Rudolf LABAN, 1928

Dans les mêmes années, deux autres théoriciens de la danse feront leur apparition, Emile-Jacques DALCROZE* et François DELSARTE*.
Ces trois théoriciens étaient avant tout des praticiens et des observateurs exceptionnels. Tous les trois s'inscrivaient en faux contre le geste symbolique qui régnait dans la danse et affirmaient la nécessaire adéquation entre un état émotionnel et un mouvement et une posture.
Citons François DElSARTE, fin du XIXsiècle, qui comprend la danse comme un jeu de dilatations-rétractions, de flux centrifuges et centripètes, organisé à partir d'un centre. Emile-Jacque DALCROZE début du XXsiècle, pointe également les élans et les respirations qui font de la danse une dynamique où le sujet se joue et dit quelque chose de lui même, en le portant à l'existence. Rudolf LABAN, dans les années 1930, parle d'oppositions énergétiques, spatiales et temporelles, qui organisent l'expression.
Tous les pionniers de la modern'Dance ont été à l'école des précurseurs. Il nous semble qu'alors la Modern'Dance s'inscrit dans une recherche psychosomatique.
Il paraît tout indiqué ici de citer une des réflexions de l'historien de la danse Paul BOURCIER[9]:
« La danse moderne proprement dite s'est créée et s'est développée du point de vue critique, en rejetant l'indifférence de la danse classique aux passions profondes et à l'absence de significations humaines en rejetant aussi son code de mouvements qui en faisait une langue morte. A partir de cette critique, elle s'est donnée pour tâche de vivre intensément ce qu'il y a de plus signifiant dans les angoisses et les promesses du monde moderne, et d'inventer les signes nouveaux capables de les exprimer ».

9 Bourcier Paul, « Histoire de la danse en occident », édition seuil, Paris, 1978



« The art of oratory », system de notation de François Delsarte

1.2.2. De quelle danse parle t-on?

Il sera question dans ce mémoire, de **danse contemporaine** (terme né fin des années 70 en France, il sera plus juste de dire *modern'dance* o u *post modern'dance* né aux Etats-Unis) et non **d'expression corporelle**. Nous partons du postulat que l'expression corporelle est pluri-disciplinaires, elle est représentée par différentes techniques axée sur le corps, le mime, le théâtre, les différentes danses, les jeux, etc…
Nous utilisons le vocabulaire de la Danse Contemporaine dans ses valeurs, son authenticité, ses fondamentaux, vocabulaire sur lequel nous nous appuyons pour élaborer les Items* de nos grilles d'observations.
Nous avons décrit plus haut, la notation de danse pour les précurseurs, c'est bien celle ci qui va nous intéresser dans notre étude; en effet, l'expérience *danser,* renvoie à des fondamentaux qui n'impliquent pas une optimalité motrice et encore moins une quelconque virtuosité.
Paul Ferdinand SCHILDER* disait que le plaisir de la danse soulignait les limites du corps, tout au moins qu'elle brise la rigidité d'une image du corps qui tend à se figer dans la pathologie.

Pour rebondir sur la *post modern'dance*, nous faisons dans nos séances appel au contact improvisation (danse contact).
Steve Paxton* joue un rôle initiateur majeur dans la naissance de la pratique en 1972 aux Etats-Unis.
Il se joue ici, un dialogue physique à partir d'un **point de contact** entre deux partenaires, de **partage** de poids, d'ouverture à **l'espace sphérique** et **d'ouverture** à l'inconnu, de **capacité à communiquer** par le toucher et d'improviser en intégrant le jeu des forces physiques sur les masses en mouvement, de capacité à offrir un support et à en recevoir un.
Comme dans le Feldenkrais* (dont Paxton dit s'être largement inspiré) ou d'autres pratiques somatiques telles que le BMC* de Bonnie BAINBRIDGE-COHEN, haptonomie* de Frans VELDMAN , la technique Alexander de Frederick Matthias ALEXANDER, l'enseignement y est en effet envisagé plutôt du côté de l'exploration sensorielle que de formes de mouvements.

Pour rebondir sur le travail d'Alain BERTHOZ, le corps n'est pas pourvu que de 5 sens, il parle de 7 sens. En effet, les 5 sens que nous connaissons depuis toujours auxquels s'ajoutent, l'appareil vestibulaire* et la proprioception*.

On peut ainsi dire que si la danse contact est une technique de danse, c'est au sens où elle se présente comme un domaine d'investigations pratiques, systématiquement organisées autour du toucher, de la relation gravitaire et de la chute, du pousser, repousser, tirer, tourner…
Il s'agit là d'une construction du corps, c'est à dire d'une élaboration de réponses sensori-motrices qui inscrit le sujet dans un sens, **une dynamique relationnelle et imaginaire**.

Nous parlons **de point de contact, de toucher** toutes ces notions sont relayées par un organe constituant le revêtement extérieur du corps, la peau.
Pour Didier ANZIEU[10]* en 1985, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

Nous réfléchissons cette technique comme outil pertinent face à notre hypothèse de travail, ou face à notre objectif thérapeutique principal qui est de créer, développer le côté relationnel chez l'enfant autiste.

Enfin pour rebondir sur cette notion d'exploration sensorielle, introduite par ses pratiques somatiques soulignés un peu plus haut, nous nous reposons sur les travaux du professeur André Bullinger*.
Il dira que « Les flux sensoriels créent un état de vigilance, une orientation, qui organisent ensuite l'action ». Ce travail s'attache à construire une enveloppe contenante, à organiser les sensations d'un schéma corporel, donner à sentir « l'intérieur » grâce à la vibration.

Tout le courant de la modern'dance et post modern'danse s'est approprié cet « intérieur », ce sensoriel, cette vibration pour faire naître le mouvement « pur », sans théâtralité.
Nous utiliserons dans nos séances en « starter » un mode vibratoire, c'est à dire que nous utiliserons un bol tibétain, un diapason médical 128 HZ.

Bol tibétain

Diapason médical

Envisageons maintenant la danse dans un processus thérapeutique.

10 Anzieu Didier « le moi peau », 2ème édition Dunod, Paris, 1995

1.3. Qu'est ce que l'art thérapie ?

L'art-Thérapie réunit deux grand mots.

Art vient du latin « ars », « artis » habilité, métier, connaissance, technique,
Thérapie , du Grec ancien, est un dérivé du mot « therapévô » qui signifie servir, prendre soin de, soigner, traiter.

Permettons nous de faire un petit aparté…
Rappelons rapidement que dans certains régimes totalitaires, l'art est banni , détruit, mais il peut être aussi censuré (censure sécuritaire) dans des démocraties pour éviter les polémiques.

Développons notre vision toute personnelle de l'art:

-L'art est l'expression du beau, c'est une activité humaine orienté vers l'esthétisme. L'art est un moyen d'expression, qui donne du sens à notre vison du monde, qui aide à créer du lien. C'est aussi ce qui aide à mieux voir, entendre, sentir, ressentir…

La thérapie, est un moyen de servir et de prendre soin de la personne, de prévenir, de traiter, de soigner ou de soulager une maladie.

L'Art-Thérapie, est donc une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique.

Reprenons la définition proposée par **la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers:**
« l'art thérapie consiste, par le processus de la créativité artistique, à lutter contre les troubles occasionnés par la maladie ou les blessures de la vie ».

L'esthétisme, n'est pas le but recherché dans la démarche que nous faisons en tant qu'art thérapeute.
L'oeuvre est une oeuvre, bonne ou mauvaise, mal appréciée, rejetée, exibée, adulée…
L'oeuvre est là, une conséquence, un instant de vie, elle ne sera en aucun cas interprétée par nos soins, ce qui est important est ce qui se joue à l'intérieur de cette construction, de ce processus, de ce transfert dans le cadre mis en place. C'est en cela que le cadre thérapeutique ainsi que l'alliance thérapeutique a une importance toute particulière.

Qu'est ce qui se joue dans ce processus, dans cet acte de création?

L'art thérapie va donc, « exploiter le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. Elle permet d'améliorer la qualité de vie de la personne en difficultés dans son quotidien, que les difficultés soient passagères, de longue durée ou définitives »[11]

Compte tenu de notre recherche et prise en soin, nous nous intéresserons à la danse, qui aura une appellation bien spécifique, la danse thérapie dès 1940 « dance mouvement therapy ». En France la danse-Thérapie émergera avec Rose GAETNER.
Selon l'OMS*, la santé est un état d'équilibre entre les différents niveaux qui constituent l'être humain, physique, social, mental et psychique, la danse apparait comme une activité thérapeutique dans la mesure où elle implique le registre du corps par la motricité, celui du social par le lien groupal et celui du psychisme puisqu'elle sollicite des émotions[12]

11 Définition de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitier/DU art-thérapie
12 Schott-Billmann France, « Quand la danse guérit »,édition le courrier du livre, Paris, 2012, p255

La danse aide à soigner en investissant le corps comme outil d'expression, en rendant vivante, vibrante, résonante, la relation de chacun à soi-même, à son corps, à son identité mais aussi à autrui, au groupe à l'environnement.

Sur un plan neuronal, trois zones ont été identifiées et impliquées dans la danse:
-l'hypothalamus
-le cerveau lymbique qui est le cerveau des émotions
-le néocortex

Pour Virginia PENHUME, à la tête du Département de Psychologie de Concordia , « ce travail sur les pratiques artistiques a un potentiel majeur pour l'application aux domaines de l'éducation et de la réhabilitation », y compris l'accompagnement du traitement de la maladie de Parkinson et l'accompagnement des enfants autistes.
« Comprendre comment la formation en danse et la musique affecte différemment les réseaux du cerveau va nous permettre d'utiliser sélectivement ces champs artistiques pour améliorer le fonctionnement cérébral ou compenser les difficultés et les maladies qui impliquent ces réseaux spécifiques du cerveau. »

En quoi la Danse Thérapie est un support intéressant pour des enfants porteur d'un syndrome autistique?

Partant du constat (cf DSM-5) que le trouble du spectre autistique altère la sphère sociale, rationnelle et communicative. Ayant dans cet IMP, des enfants ayant une communication non-verbale, il nous paraissait prématuré et inopportun de travailler sur une danse dite libre.
Si nous leur demandons de sortir de leur « bulle » de leur isolement, il est important de leur offrir un cadre rassurant pour ne pas augmenter leurs manifestations émotionnelles.
Il s'agit de leur proposer une approche très guidée, (cf dans la description de quelle danse?), dans laquelle pouvait s'étayer la communication et la relation.
Le travail s'axera sur des propositions corporelles, temporelles et spatiales ritualisées, simplifiées.

Pour terminer cette première partie, nous affirmons que l'art thérapie, dans une perspective d'utilisation du corps comme moyen d'expression, contribue à améliorer la qualité relationnelle et les troubles du comportement des enfants autistes.

PARTIE II: MATERIELS ET METHODES

2.1 Matériels

2.1.1. Présentation de la structure

***a- l'institution et ses missions* :**

Nous avons réalisé notre stage pratique d'Art thérapeute dans un institut médico Pédagogique(IMP) « port neuf » à la Rochelle, sous la direction de Mme Anne Colmet d'Aage chef de service . Ce stage s'est fait sur une durée de 140 heures étalées sur cinq mois dont un mois d'observation.

L'IMP est un établissement médico-social relevant de la loi du 2 janvier 2002. Cet établissement est géré par l'A.D.A.P.E.I 17*, il fait partie du pôle Petite Enfance, Enfance et Adolescence. Il est situé proche du centre ville. Les locaux sont loués à la Mairie de la Rochelle (l'A.D.A.P.E.I 17 est locataire).

Il a pour mission principale d'accueillir des enfants de 4 à 12 ans présentant une déficience intellectuelle moyenne/sévère, orientés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'établissement assure un accompagnement adapté aux besoins des enfants en associant les familles et les enfants à toutes les décisions.
La mission principale est de favoriser l'autonomie : « accompagner à grandir ».
L'intervention auprès des jeunes s'oriente sur les tous premiers apprentissages de la vie ; prendre conscience de l'environnement, de soi, et des autres. C'est également apprendre à se repérer dans l'espace, le temps, communiquer, favoriser la socialisation. Les jeunes sont répartis sur deux services : Le service IMP constitué de trois groupes et le service « Bateau Bleu » qui constitue son propre groupe.

L'IMP a un agrément pour accueillir des enfants en semi internat à la semaine, âgés de 4 à 12 ans présentant un retard mental léger avec troubles associés moyens et sévères. L'établissement dispose de 20 places pour l'IMP et 10 pour **bateau bleu.**
L'IMP est composé de 3 unités de vie différentes organisées en fonction de l'âge des enfants. Le groupe des 4-7 ans, le groupe des 7-12 ans et le groupe à besoins spécifiques pour les enfants âgés de 7-12 ans.
L'établissement a fait le choix de scolariser les enfants à « l'extérieur », c'est-à-dire en inclusion dans les écoles situées à proximité de l'établissement. Ces dispositifs sont conventionnés entre l'éducation nationale, la Mairie de la Rochelle et l'A.D.A.P.E.I 17 ; En 2016, seuls 5 enfants n'ont pas bénéficié de temps de scolarisation en raison de troubles du comportement trop importants.

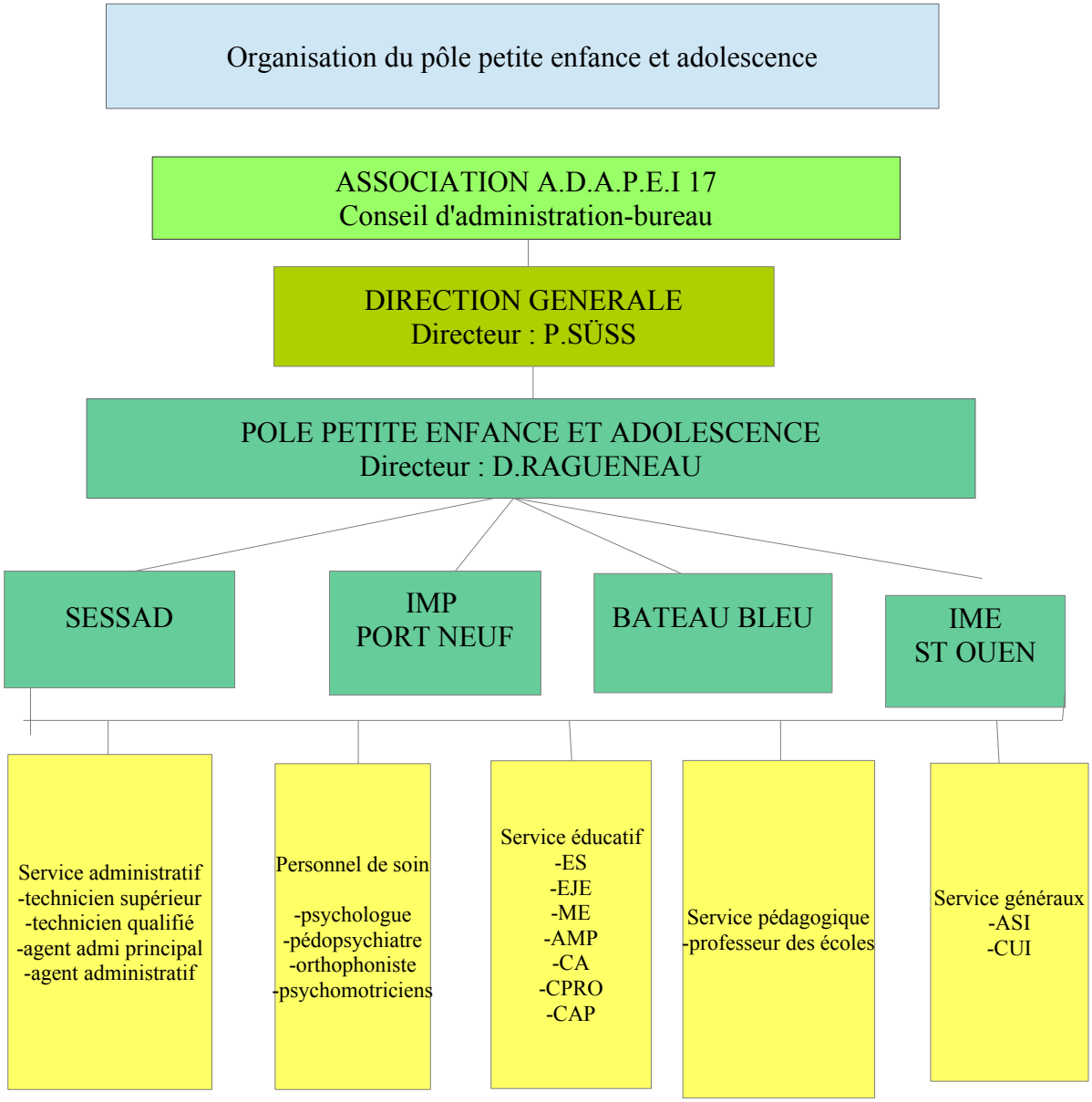
Bateau bleu :

Bateau bleu est un service qui accueille des enfants de 4-12ans , présentant des TSA (Troubles du Spectre Autistique).
La structure a une capacité d'accueil de 5 places, 10 enfants sont accueillis en alternance, soit le matin, soit l'après-midi.
Le service fonctionne sur la base d'une convention signée entre le directeur du Centre Hospitalier et le Président de l'A.D.A.P.E.I 17 .
Ainsi seuls les enfants accueillis aux UHE (Unités d'Hospitalisation pour Enfants), service sous la responsabilité du Dr Magnier, peuvent bénéficier d'un accueil à Bateau Bleu .
Depuis Octobre 2016, il y a un groupe éducatif pour les enfants de bateau bleu situé dans une école

de la Rochelle.

Les objectifs de Bateau Bleu :
En parallèle d'une démarche de soins assurée par les UHE, travailler le processus de socialisation des enfants autour de 4 axes principaux :
-Les interactions sociales
-la communication
-l'autonomie du quotidien
-le repérage dans le temps et l'espace

b-Organigramme de l'établissement :



ES :éducateur spécialisé
ASI : agent de service intérieur
CA : contrat d'avenir
CPRO : contrat de professionnalisation
CAP : contrat d'apprentissage
CUI : contrat unique d'insertion
AMP : aide médico-psychologique
EJE : éducateur de jeunes enfants
ME : moniteur-éducateur

c- Notre place dans cette institution

Notre arrivée dans l'institution a été facilitée par une grande curiosité des différentes équipes et chefs de services (SESSAD et IMP).
Une réunion a été organisée pour expliquer notre projet et pourquoi l'art-thérapie.
De part la présence et les vertus de la musicothérapie présente dans l'institution depuis de nombreuses années, l'art thérapie avait déjà toute sa légitimité et sa place. Ce qui a suscité l'intérêt des équipes était le médium proposé, la danse et tout le travail corporel que cela impliquait.
Mme Colmet d'Aage (chef de service IMP), a manifesté son intérêt par ce travail corporel et très vite ont été définit des enfants de bateau bleu, donc l'autisme.
En outre, nous avons pu constater avec bonheur lors de réunions ou les retours de séances, l'intérêt et la curiosité à l'égard de nos séances et surtout une écoute attentive qui nous a encouragé dans nos actions.
Pendant toute la durée de notre stage et grâce à Mme Colmet D'Aage , nous faisions partie de l'institution, nous déjeunions ensemble pour échanger sur l'enfant, celle ci prenait toujours un temps dans la journée pour voir si tout allait bien. Mme Colmet d'Aage était d'une aide précieuse de part son expérience de kinésithérapeute dans le passé et ses recherches sur le corps à travers le monde du handicap.

2.1.2. Grille d'évaluation et schéma utilisé

a-les entretiens avec les équipes

Avant toute prise en soin, un entretien avec les équipes s'impose pour connaître leurs ressentis.
C'est un moment qui nous permet d'avoir des informations complémentaires sur l'enfant, de faire les emplois du temps sur les changements éventuels et de positionner toujours l'art-thérapie dans une dynamique groupale au sein de l'institution. Les éducateurs nous ont permis d'apprendre la langue des signes et de comprendre l'utilisation du PECS*.

b-l'observation de l'enfant sur son groupe de vie

Notre période d'observation a été riche et importante. Observer, ne pas faire, prendre des notes, s'imprégner des pénalités de l'enfant. Tous ces moments ont été importants pour pouvoir faire notre fiche d'ouverture.

c-fiche d'ouverture

La fiche d'ouverture (cf annexe), est une feuille de renseignements très personnelle à l'Art-Thérapeute. Elle a été réalisée et remplie par nos soins après de longues heures d'observations des enfants.
En effet, aucun entretien n'a pu être réalisé en face à face car ses enfants ont très peu de relation au monde extérieur et pas de communication verbale. Il nous étaient donc impossible de réaliser un entretien avec eux. De ce fait, le classeur de renseignements de l'enfant ainsi que l'équipe pluridisciplinaire, nous ont été d'une grande aide. Nous n'avons pas fait la démarche auprès des familles pour nous entretenir avec les parents, car les équipes nous ont confirmé que le classeur était suffisant.
La fiche d'ouverture proposé lors de nos prise en soin donne des informations sur les éléments suivants :

- Identité
- biographie
- anamnèse
- prescripteur
- j'aime:j'aime pas
- suivi paramédical
- objectifs généraux, objectifs art-thérapeutiques, objectifs intermédiaires, objectifs artistiques

d-Grille d'évaluation générale
L'évaluation est une « *action consistant à mesurer l'activité (...) et à proposer des améliorations »*[13].
L'évaluation est donc une action qui consiste à apprécier, estimer, mesurer, déterminer une valeur ou encore définir une quantité ou une qualité. « Il y a plus de 2000 ans, Hypocrate, le précurseur de la médecine moderne disait: la médecine s'est ainsi constituée en recueillant de toutes parts et en rassemblant un grand nombre de faits » (…) « ce recueil et ce rassemblement de nombreux faits était indissociable de leur évaluation ».[14]
L'échelle d'évaluation se présente sous forme d'Items. Ces Items sont minutieusement sélectionnés suivant l''analyse des pénalités, c'est-à-dire de l'état de base relatif à l'anamnèse de l'enfant.
Il existe une large gamme d'échelle d'évaluation scientifique, nous en citerons quelques exemples :

●ADOS-2*
●PEP-R*
●CARS*(Annexe III p84)
●ADI-R*
●CHAT*(Annexe III p80)

Nous avons aussi pensé qu'il était important avec notre « *œil artistique* » et notre sensibilité, d'évaluer ses enfants, en s'inspirant très précisément du vocabulaire utilisé par les théoriciens de la danse contemporaine. A ce jour, nous avons donc créé aussi nos propres items (cf annexe)
Ils sont appréciés dans leurs évolutions et considérés au regard des objectifs.
Leur comparaison permet d'évaluer les évolutions ou involutions, les progrès obtenus ou pas.
Pour nous, l'évaluation se cote de 1 à 5.

e-Fiche d'observation
Dans cette fiche d'observation nous serons amenés à utiliser nos grilles d'évaluation générales.
Afin de réaliser une observation la plus objective possible, nous avons utilisé une petite caméra (go pro), discrètement posée dans la salle. Le visionnage de nos séances est primordial car notre position d'art thérapeute était très active, présente, et toujours en relation avec l'enfant.

f-Echelle de classification des émotions
L'auto évaluation était impossible par la parole.
Nous avons décidé d'utiliser le système de communication par PECS et créer nos propres pictogrammes pour évaluer leurs émotions à la fin de chaque séance.
Le personnage sur les pictogrammes est un personnage connu pour eux, ce qui ne les perturbe pas dans des apprentissages de nouveaux pictogrammes. Dans les deux cas étudiés dans ce mémoire, il n'y a pas d'autoévaluation car encore trop fragile dans l'utilisation du PECS.

2.1.3. Critères d'inclusion et de non inclusion des enfants

Tous les enfants devaient être diagnostiqués TSA et avoir peu ou pas de prise en charge dans l'institution. Pour notre étude et notre hypothèse, les enfants isolés dans la relation était un plus dans nos critères d'évaluation.

13 GRAND DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, édition Larousse, Paris, 2002, page 659
14 Lelord Gilbert, « l'exploration de l'autisme : le médecin, l'enfant et sa maman », édition Grasset, Paris, 1998

2.1.4. Stratégies thérapeutiques et besoin des patients

Diverses démarches ont été élaborées pour que l'atelier d'Art-thérapie se mette en place.
Suivant l'enfant la mise en place de l'atelier devait répondre aux contraintes de l'emploi du temps (cf Léon).
Nous avons vu dans la partie I, que l'autisme « se manifeste comme un trouble du développement qui concerne l'ensemble des moyens de communications et de contact avec autrui, les différents domaines d'acquisition de l'enfant et son comportement. Il concerne diverses fonction qui touchent les relations sociales, les activités imaginatives, l'expression des émotions, les capacités cognitives, perceptives ou motrices »[15]

- ➔ Connaissance de la pathologie, il est nécessaire de bien prendre en compte ce qu'implique ce trouble du spectre autistique.
- ➔ Observation de l'enfant sur son groupe de vie.
- ➔ Questionnements auprès des professionnels : psychologue, orthophoniste, éducateurs, chef de service pour comprendre leur prise en charge, et encore mieux comprendre leur forme d'autisme.

La psychologue nous a beaucoup guidé sur la TED (thérapie d'échange et de développement) qu'elle pratique et l'explication des outils d'évaluation (CARS, PEP-), L'orthophoniste nous a parlé de contact, de regard, de temps de mis en espace, de rééducation, les éducateurs nous ont encouragés a apprendre des signes pour permettre une continuité dans la communication.

2.1.5. Durée de la recherche

Les enfants ont pu bénéficier de 10 séances sur une durée de quatre mois. Nous voulions être présente dans la longueur pour que la chef de service, l'équipe pédagogique et les enfants nous assimile à la structure et prennent conscience de notre profonde implication dans cette démarche thérapeutique.
Cette volonté a été primordiale sachant que dans les troubles du spectre autistique, les enfants ont besoin de rituel, de répétition, de confiance. Malheureusement, l'arrêt de la prise en soin a été régie par la fin du stage et non par la disparition des troubles associés à l'autisme.

2.1.6. Retombées attendues

Les retombées attendues des ateliers d'Art-thérapie se situent à plusieurs niveaux :

- ✗ retombées professionnelles

La pratique Art-thérapeutique au sein des institutions ne doit pas être vu comme étant une pratique suspecte mais bien comme quelque chose de légitime et scientifique. La position de l'art thérapeute doit être clair, pertinente et surtout légitime.

- ✗ Retombées pédagogiques :

A la suite de résultats positifs, d'amélioration de la communications, des habilités relationnelles, il serait possible de montrer aux parents les capacités de leurs enfants. Les parents sont souvent impuissants face à ce trouble.

2.1.7. Organisation des séances

La prise en soin se concrétise par des séances individuelles, d'une durée de 30 minutes, temps maximum de concentration évalué par les équipes éducatives.
Elles se déroulent dans une salle hypo-sensorielle, dite la « *salle bleue* ».
L'enfant est accompagné par nos soins à l'aller et raccompagné sur son groupe de vie au retour. Ce

15 Lenoir Pascal, Malvy Joëlle, Bodier-Rethore Chrystèle, *« L'autisme et les troubles du développement psychologique », édition Masson, France, 2007, p 11*

moment fait partie de la séance et des critères d'observation.
Pour ritualiser cet atelier dans leur emploi du temps, un pictogramme à notre image est créé et inséré avant chaque prise en soin.
Le déroulement de la séance se passe en plusieurs phases, quasiment identiques d'une séance à l'autre pour des raisons d'appropriation des consignes mais surtout afin d'éviter l'angoisse lié aux changements.
Début de séance, nous allons chercher l'enfant sur son groupe de vie.

- Phase 1, phase *du starter,* rituel d'entrée sur la séance
- Phase 2 est une phase dite de « bonjour » par le son. Nous utilisons, le bol tibétain* et le diapason médical*. Leurs rôles, dégager un son régulier (pour le bol tibétain, la qualité particulière des sons acoustiques dépend principalement de la composante de son alliage qui est composé de 7 alliages) et une vibration. Ce sont des outils utilisés dans la relaxation pour augmenter la capacité de concentration. Nous en faisons de même et grâce à eux nous suscitons l'attention et la curiosité de l'enfant. Par la suite, la vibration corporelle sera un soutien/outil dans le ressenti et l'apprentissage (cf l'enfant KY) du schéma corporel.
- Phase 3, nous avons utilisé l'imitation. Nous nous sommes inspirés des travaux de Jacqueline Nadel ainsi que d'une étude intitulée *The Still Face Paradigm (2000)*[16] qui consiste à :
  1)observer l'enfant pendant 3 minutes
  2)imiter l'enfant dans tout ce qu'il fait
  3)observer l'enfant 3 minutes
  4)interaction spontanée entre adulte et enfant

Cette technique est utilisée comme un outil durant 5 séances pour développer la relation thérapeutique.

- Phase 4, intégration de la danse-contact-improvisation
- Phase 5, retour au calme, travail sur la détente corporelle par le touché la respiration par l'écoute du bol tibétain et du diapason.

fin de séance, retour sur le groupe de vie ce qui nous permets de ressentir l'enfant à l'extérieur de la salle bleue.

2.1.8. Evaluation des séances

L'évaluation permet de faire le point sur les progrès de l'enfant face à nos objectifs généraux et intermédiaires. L'évaluation permet aussi d'adapter nos propositions face aux différentes réactions. Elle nous permet aussi de mieux connaître les troubles liés à l'autisme.
L' objectif de l'évaluation est de partager les informations et d'organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en soin de l'enfant.
Nos différentes observations peuvent orienter les choix pédagogiques et objectifs intermédiaires de prise en soin.

16Mesman, J., et al. The many faces of the Still-Face Paradigm: A review. Developmental Review (2009)

2.2 Méthodes

2.2.1. Enfant Abdel

2.2.1.1 Anamnèse

Enfant de 10 ans né en France, de parents tunisiens (double culture à la maison).
Abdel présente un autisme typique associant des troubles des interactions sociales, de la communication non verbale, des stéréotypies, des auto-mutilations, des rituels.
Abdel a un langage bien à lui, il reconnait quelques pictogrammes mais ne les utilise pas pour communiquer.
Il pleure pour manifester quelque chose qui ne va pas. Il peut crier, rire, se mordre très fortement, se balance, tous ses mouvements sont là pour s'auto-stimuler ce qui l'envahit. Il met en place des stéréotypies et peut les déplacer.
Abdel a besoin d'être sous l'œil vigilant de l'adulte car il n'a aucune conscience du danger.
Centre d'intérêt : la nourriture, la télévision, les chansons
Cause d'angoisse : trop de bruit, les matières comme les tissus, le sable, l'eau, le plastique, l'instabilité dans la journée
Antécédents : UHE (Unité d'Hospitalisation pour Enfants) de 2009 à 2012, orientation à IMP par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) en 2013.
Aucun traitement signalé

- diagnostiqué Trouble du Spectre Autistique en 2013

2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques

Objectif général par l'équipe de l'IMP: développer ses compétences dans un cadre structuré
Objectifs Art-thérapeutiques: développer la relation et l'interaction
Objectifs intermédiaires: apaisement pendant les séances, découvrir de nouvelles sensations, accepter le touché
Objectifs artistiques : nuancer le corps, impulser l'élan artistique

Les raisons et le bien fondé de la prise en soin :
La décision de la prise en soin fait suite à l'observation de cet enfant, et les nombreux retours de son éducatrice. A cause des comportements stéréotypés et angoissants d'Abdel, l'équipe propose de le sortir du groupe ainsi qu'une prise en soin individuelle sans autres stimulations extérieurs. Toutes nos séances se déroulent dans la « salle bleue » de l'IMP, salle hypo-sensorielle, le jeudi de 14H à 14h30

2.2.1.3 Séances art-thérapeutiques

Nous préparons notre salle en amont pour n'avoir aucune stimulation sensorielle (aucune musique pendant la séance et stimulation visuelle, pas d'odeur, pas d'objets).

Séance 1	**Date: 16 mars**
Etat de l'enfant avant la PES : calme	

Accueil : Nous allons le chercher sur son groupe de vie Art-thérapeute définit un rituel 1-enlever ses chaussures 2-régler time timer* 3-s'assoir sur un tapis
Déroulement de la séance ✔ présentation du bol tibétain, écoute du son, sentir la vibration sur schéma corporel ✔ Observation de l'enfant dans un coin de la salle (3 minutes) ✔ Phase d'imitation de l'enfant ✔ Phase d'improvisation de l'Art-thérapeute ✔ Retour au calme avec le bol + touché du corps en faisant quelques pressions par les mains
Fin de séance :regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

***Etat de l'enfant après PES* :** calme

Remarque et orientation : Abdel est très réceptif au son du bol il nous regarde tout de suite, il expire plusieurs fois.
Pas de réaction pendant son imitation. Lors de l'improvisation danse, il sourit, glousse, nous regarde attentivement et vient nous toucher et entrer en contact. Je lui propose de manipuler le bol, il accepte et cherche à imiter. Aucune angoisse, stéréotypie.
Sur le trajet pour retourner sur le groupe, il me regarde et utilise son vocabulaire personnel.

Ressenti personnel : contente, soulagée de notre première prise en soin (PES), envie de le revoir pour continuer.

Séance 2	**Date:30 mars**
Etat de l'enfant avant la PES: accueil sur son groupe, très agité, automutilation	

Starter : rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance : • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle • Observation de l'enfant dans un coin de la salle (3 minutes) • Phase d'imitation de l'enfant • Phase d'improvisation de l'Art-thérapeute, simple et souvent répétée • sollicitation par regard et touché En parallèle de ce travail, une respiration lente, profonde, bruyante s'installe + onomatopées de notre part. Retour au calme
Fin de séance : regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

***Etat de l'enfant après PES* :** heureux, câlin

Remarque et orientation de séance : très sensible au son du bol, regard et attention se pose. Lors de la vibration corporelle, il fait des choix de ses parties du corps et sourit. Il prend conscience de l'imitation et rigole. Il nous observe danser et émet des sons mais ne vient pas dans l'interaction qui se joue. Un Duo se met en place. Ma respiration profonde, le calme, le recadre. L'onomatopée lui permet d'entendre un autre son afin de s'habituer au son et peut être éduquer sa sensorialité auditive. Pendant la séance, il est calme, sauf au moment de partir.

Ressenti personnel :calme, contente, pleine de questionnements sur l'autisme

Séance 3	**Date: 06 avril**
***Etat de l'enfant avant la PES*:**accueil sur son groupe, angoissé agité	

Starter : rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance : • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + découverte du diapason • Observation de l'enfant dans un coin de la salle (3 minutes) • Phase d'imitation de l'enfant • Phase d'improvisation de l'Art thérapeute, simple et souvent répétée • Sollicitation par regard et touché et la respiration • Duo danse contact Retour au calme avec bol et diapason
Fin de séance : regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES : regard apaisé, proche, câlin

Remarque et orientation de séance: ma présence en dehors de la salle bleue n'est pas acquise, il a peur en me voyant, se mord, est agité. Besoin de temps.
En rentrant dans la salle, il est replié sur lui même contre le mur, il me dit plusieurs fois « non, j'ai dit non » mais ne me dit pas « pipi » qui symbolise la fuite. De nouvelles stéréotypies font leur apparition, il se tape la tête contre le mur. Aussitôt, le bol et le diapason le cadre, le calme et il se redresse. Il rit et tend l'oreille. Il aime la vibration corporelle me tend les parties du corps demandées. Il me touche pendant la phase d'improvisation, phase de contact, il m'imite avec onomatopées. Il cherche sa danse, ses descentes au sol, soutient mon regard. Abdel progresse bien.

ressenti personnel: impatiente, sensible, en recherche

Séance 4	**Date : 13 avril**
Etat de l'enfant avant la PES :accueil sur son groupe, très agité trop de changement dans sa vie, nombreuses morsures	

Starter : rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance : • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + diapason, ancrage au sol • Danse contact initié par l'enfant • Duo danse contact • travail sur l'imitation

Retour au calme avec bol et diapason
Fin de séance : regard time-timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES :regard précis moins agité

Remarque et orientation de séance : Agitation, stéréotypies présentes, il me dit non à tout, je ne peux pas le toucher. Le son et la vibration l'ancre dans le sol, sa tonicité est changeante, et son regard précis. L'imitation se passe bien entre nous, il comprend et reproduit le même son. Séance particulière car 15 jours d'arrêt entre deux séances, manque de régularité donc il faut reprendre des choses comme le rituel par exemple. Par contre je ne passe plus par la phase observation, ni par la phase imitation de l'enfant, et improvisation. Abdel m'emmène dans la danse rapidement.
Séance prochaine, faire attention aux nuances car son corps manque de souplesse.
Ressenti personnel: frustrée par le manque de séances et l'espace entre les séances.

Séance 5	**Date:03 mai**
Etat de l'enfant avant PES *accueil sur son groupe, triste, absent*	

Starter: *rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time-timer, tapis*
Déroulement de la séance: • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + diapason, ancrage au sol • Danse contact initié par l'enfant • Duo danse contact • Imitation par l'objet Retour au calme avec bol et diapason
Fin de séance: regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES: regard précis corps tranquille

Remarque et orientation de séance : Abdel impulse le duo très rapidement. Il comprend le pourquoi des choses et ma place. Il cherche a créer du mouvement dans mon corps mais pas dans le sien, il reçoit mon mouvement, nombreux moments d'absence et de frustration.

Ressenti personnel: encouragée, envie, lucidité face à l'art-thérapie

Séance 6	**Date: 11 mai**
Etat de l'enfant avant PES: accueil sur son groupe, très angoissé, il me serre fort en me voyant	

Starter: rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance : • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + diapason, ancrage au sol et apprentissage du schéma corporel par pictogrammes • Danse contact initié par l'enfant • Duo danse contact Retour au calme avec bol et diapason
Fin de séance: regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES:fusionnel

Remarque et orientation de séance: Abdel a bien progressé, il entre dans la salle et tout de suite il

est dans sa danse. Nous ne sautons pas sur cet élan, nous restons fidèle au cadre et au rituel d'entrée. Beaucoup écholalies mais pas échopraxies*.
L'amener vers l'imitation serait un objectif intermédiaire

Ressenti personnel: fatiguée

Séance 7	**Date: 23 mai**
Etat de l'enfant avant PES: accueil sur son groupe, absent, a besoin de quelque chose à mâchouiller	

Starter: rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance: • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + diapason, ancrage au sol et découverte du kalimba ou piano à pouces • Danse contact initié par l'enfant, duo danse contact Retour au calme avec bol et diapason
Fin de séance: regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES: fusionnel

Remarque et orientation de séance: La relation est fusionnelle, c'est une nouvelle séance où nous découvrons un nouvel instrument vibratoire. Abdel est très attentif et recherche l'imitation de celui-ci. L'imitation est guidée mais réussie.
Abdel nous surprend dans sa qualité relationnelle et sa mise en état de danse qui est très bon. Le regard est précis, ciblé, il passe sans aucun problème d'un regard intérieur à un regard extérieur.
Nous sentons qu'il comprend les différentes énergies qu'on lui propose et cherche cette imitation aussi. Le duo dansé aura duré 15 minutes.
Abdel arrête la séance car il a besoin d'aller aux toilettes, à son retour dans la salle, il se renferme dans son monde, plus aucune connexion avec nous et plus d'intérêt pour l'atelier.
Travailler encore l'imitation et les nuances

Ressenti personnel: très heureuse de l'évolution nous devons prendre notre temps dans le processus et non pas chercher tout le temps le résultat.

Séance 8	**Date: 01 juin**
Etat de l'enfant avant PES: accueil sur son groupe, il prononce «danse» en nous voyant	

Starter: rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance: • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + diapason, ancrage au sol, kalimba ou piano à pouces , balle à picots. Tous ces outils pour sensibiliser Abdel au schéma corporel • environnement sonore, musique au piano pendant toute la séance • Danse contact initié par l'enfant, duo danse contact plus objet entre nous Retour au calme avec bol et diapason et balle à picots
Fin de séance: regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES : souriant, heureux

Remarque et orientation de séance: La séance est particulière car environnement sonore tout du

long, Abdel s'adapte sans stimulis, sans auto-mutilation.
Dès le début, il me nomme par le mot danse et tout le long de la séance, il parle de « balle », «encore», «bol», «merci».
Très bon ancrage dans le sol, différentes nuances dans son corps.
Excellente séance
Ressenti personnel: encourageant

Séance 9	**Date : 08 juin**
Etat de l'enfant avant PES: il se repose sur un matelas, se lève dit «érrine» (Perrine) «danse»	

Starter : rituel d'entrée dans la séance, chaussures, time timer, tapis
Déroulement de la séance: • mise en son du bol tibétain + vibration corporelle + diapason, ancrage au sol, kalimba ou piano à pouces, balle à picots =>schéma corporel • environnement sonore, musique au sonorités orientales pendant toute la séance • Danse contact initié par l'enfant, duo danse contact Retour au calme avec bol et diapason et balle à picots
Fin de séance: regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES: excité, souriant, énervé

Remarque et orientation de séance: séance particulière où nous étions pendant 30' décontenancés. Abdel n'a fait que verbaliser, parler avec son vocabulaire, ses prosodies, ses écholalies*...
Est-ce une réaction à la musique qu'il entend, est-ce juste des logorrhées, nous nous efforcerons d'accueillir cette nouvelle donne sans jugements ni interprétations.

Ressenti personnel: surprise, nous nous questionnons.

Séance 10	**Date:15 juin**
Etat de l'enfant avant PES : accueil sur son groupe, il prononce « danse » en nous voyant	

Starter : nouvelle salle rituel : chaussures, time timer
Déroulement de la séance : *Nous changeons de salle pour des raisons de priorité d'équipe. Nous maintenons la séance tout en sachant que cela pouvait représenter une situation inconfortable pour l'enfant Abdel Nous décidons d'évaluer sa capacité d'adaptation.* • Vibration corporelle avec diapason , balle à picots • Travail de duo au sol, pas de verticalité Retour au calme avec des pressions corporelles, diapason
Fin de séance : regard time timer, remettre chaussures, retour sur le groupe

Etat de l'enfant après PES:fusionnel, très collé à nous

Remarque et orientation de séance : Abdel est très sensible aux changements, par ce manque de repères de stabilité il est tout de suite dans la relation avec nous. Il reste au sol mais initie des mouvements, comme si la salle était trop stimulante pour lui et que de rester au sol l'apaisait.

2.2.2. Enfant Léon

2.2.2.1 Anamnèse

Enfant de 7 ans né en France de parents Français. Orienté vers les UHE depuis 2014 et depuis 2015 alternance avec IMP en parallèle et d'une inclusion à l'école.
Léon bénéficie de pédagogie individuel et groupale, musicothérapie, orthophonie, psychomotricité, atelier comptine et danse thérapie dans le cadre de notre stage. Il pratique aussi la TED (thérapie d'Echange et de Développement) avec la psychologue de l'IMP.
Il peut se servir des pictogrammes (PECS) pour l'emploi du temps, c'est un enfant fortement installé dans l'écholalie. Il est sensible à la musique, très bonne mémorisation. Enfant très tendu au tonus corporel particulier, saccadé ainsi que des raideurs.
Il accepte mal d'être touché. L'absence de stimulations visuelles et la contention semble lui permettre de s'apaiser et de reprendre le cours de son activité. Léon détourne l'objet, ne l'utilise pas dans sa fonction première. Il perçoit mal les autres enfants et un groupe calme est nécessaire pour lui.
Aucun traitement signalé

- Diagnostiqué Trouble du Spectre Autistique 2014

Les raisons et le bien fondé de la prise en soin:
La décision de la prise en soin a été constituée suite à l'observation de cet enfant. Léon avait déjà une prise en soin en musicothérapie, cette prise en soin lui est bénéfique. Léon est à l'écoute mais a un rapport à son corps très robotique et est toujours dans l'écholalie. Voilà pourquoi cette forme d'autisme nous intéresse et différente de notre premier cas d'étude.

2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques

Objectifs généraux de IMP: acquérir des stratégies de travail, consolider les acquis et progresser dans les apprentissages
Objectifs Art-Thérapeutiques: Travailler sur la relation, l'interaction
Objectifs intermédiaires: permettre une détente physique, prendre du plaisir, développer le vocabulaire, découvrir de nouvelles sensations.
Objectifs artistiques: développer les nuances corporelles, comprendre et s'amuser dans le «chacun son tour», trouver le mouvement spiroïde (torsion) et le point fixe.

2.2.2.3 Séances Art-thérapeutiques

Séance 1	**Date: 20 mars**
Etat de l'enfant avant PES: *très agité*	

Starter: mise en place d'un rituel de début de séance pour l'enfant; ✓ Chaussures que l'on enlève ✓ Time timer que l'on règle ✓ Mise au sol de 2 tapis carrés qui symbolise notre espace à chacun
Déroulement : ✓ Présentation du matériel, bol tibétain pour le son et la vibration, pictogrammes du schéma corporel et gros tambour pour la suite de l'atelier ✓ Phase d'improvisation de l'Art thérapeute, pour lui montrer un corps dansant et en mouvement ✓ Explication d'une consigne: «chacun son tour», une personne danse et l'autre l'accompagne avec un son sur le gros tambour ✓ Retour au calme dans une détente au sol, vibration avec le bol
Fin de séance: Time-timer sonne, il remet ses chaussures et retour sur le groupe de vie
Etat de l'enfant après PES: *heureux mais agité*

Remarque et orientation de séance : Léon est beaucoup dans l'écholalie. Il comprend l'activité par la mise en place de pictogrammes. C'est un enfant très sensible aux rituels et parfois il confond l'activité et les rituels pour chaque, comme par exemple, la disposition des tapis ou la place du time timer dans un coin de la salle.
Le son du bol, le calme, le pose, le détend et le concentre, il ne cherche pas l'imitation de celui-ci. Son schéma est très confus. Il explose lors de l'échauffement, il n'y a plus personne autour de lui, il est dans son monde. Lorsqu'il nous voit danser, il s'assoit et rit de bon cœur.
Le retour au son le ramène, et le pose pour l'écoute de la prochaine consigne. Par contre, il ne comprend pas et ne voit pas l'objectif.
Le retour au calme est très difficile.
Nous devons continuer le travail entre le son et le mouvement, continuer dans le chacun son tour ce qui entraine la relation et l'interaction. Nous proposons aux éducateurs nos objectifs intermédiaires, poser et centrer Léon.

Ressenti personnel : interrogative

Séance 2	**Date: 31 mars**
Etat de l'enfant avant PES: *accueil sur le groupe, agité, énervé*	

Starter: le setting* est déjà mis en place lors de son entrée dans la salle. Chaussures, time timer, tapis,
Déroulement : • Ecoute vibration du bol tibétain • Pictogramme schéma corporel et voyage de la vibration • Echauffement avec ancrage du corps, travail sur la respiration, travail autour d'une balle qui voyage sur le corps • Découverte du gros tambour • dialogue entre nous avec le son de celui-ci, «chacun son tour» sans le corps • «chacun son tour» avec le corps et le son • Retour au calme sur le tapis allongé au sol, écoute du son et vibration du bol

Fin de séance: sonnerie du time timer, chaussures et retour
Etat de l'enfant après PES: *calme nous donne la main sur le chemin du retour*

Remarques et orientation de séance : Léon est très étonné lors de son entrée dans la salle, par la mise en place de l'atelier (setting) nous voulions évaluer son adaptation à de nouvelles choses. Il prend juste le time timer et le remet à sa place. Lors de la vibration du bol, c'est un enfant très calme et disposé, il sourit et dit «super». Autour du gros tambour, il est très énervé, seul, aucune relation avec nous. La consigne du chacun son tour est comprise et acceptée grâce à la musique, au son. Le chacun son tour avec le son plus le corps est aussi compris mais aucunement nuancé.
Lors du retour au calme, il baille, se calme, se détend.

Ressenti personnel: nous expérimentons des situations nouvelles, sentiment de recherche et de processus de création.

Séance 3 **Date: 7 avril**
Etat de l'enfant avant PES: *accueil sur son groupe, très content me reconnaît et verbalise notre prénom*
Starter : la pièce est vide, nous évaluons l'autonomie de l'enfant
Déroulement de la séance : • son, vibration, schéma corporel avec pictogramme, bol tibétain et découverte du diapason • Echauffement, ancrage, manipulation de la balle sur tout le corps • Travail du «chacun son tour» avec gros tambour et tubes vibratoires plus danse • duo danse contact en silence • retour au calme allongé sur le tapis=>pression avec les mains sur son corps et écoute du bol tibétain
Fin de séance: sonnerie du time-timer, chaussures, retour sur le groupe
Etat de l'enfant après PES: heureux et calme

Remarques et orientation de séance: Léon manifeste sa joie en nous voyant, il est heureux de venir en séance. Il est agité mais se concentre sur sollicitation. La découverte du diapason est incroyable, il est surpris et le fait voyager sur son corps en toute autonomie. Il cherche la vibration. Grâce à cet outil, on essaie de travailler sur le vocabulaire du schéma corporel, il nous demande souvent «aide moi s'il te plaît». Il sait organiser son rituel en toute autonomie et anticipe la suite de la séance. Notre objectif du jour est de travailler sur les nuances et de calme de Léon, ce qui lui demande beaucoup de concentration et de sollicitation. Notre duo couronne bien ces objectifs car très sensible à l'énergie de mon corps et de mes proposition. Continuer sur cet élan la prochaine séance.

Séance 4 **Date:14 avril**
Etat de l'enfant avant la PES: *Accueil sur son groupe, redit notre prénom nous câline et très heureux de venir*
Starter: Tout est au milieu de la pièce, tapis, time timer, balle
Déroulement de la séance: • son, vibration, vocabulaire et voyage du schéma corporel • Echauffement, ancrage au sol des appuis (pieds), manipulation de la balle sur tout le corps, assis et debout • «chacun son tour» danse et musique (choix de l'instrument: tambour, tuyau à vent, kalimba), Léon joue et marque des pauses quand il le veut l'Art-thérapeute danse et marque

corporellement les mêmes pauses • Duo, danse contact en silence • retour au calme allongé sur le tapis=>pression avec les mains sur son corps et écoute du bol tibétain
Fin de séance: sonnerie du time timer, chaussures, rangement du matériel et retour sur le groupe
Etat de l'enfant après PES: *énervé, agité, heureux*

Remarques et orientation de séance: Léon est très autonome dans la mise en place du rituel, aucune panique, aucune écholalie. Le vocabulaire est encore très approximatif en ce qui concerne schéma corporel, toujours autant d'écoute et de calme avec le bol tibétain et le diapason. L'ancrage est difficile, peut être que la proposition n'est pas adapté. Le «chacun son tour» est très juste, il s'amuse de l'arrêt corporel en relation avec l'arrêt l'arrête sonore. Nous avons une véritable interaction. Notre duo est plus nuancé, la relation est bonne. Le retour sur le groupe est agité car la séance lui a demandé beaucoup de concentration, de relation et d'interaction
Ressenti personnel: envie d'aller plus loin

Séance 5	**Date: 5 mai**
Absence de l'enfant pour des raisons médicales	

Séance 6	**Date: 12 mai**
Etat de l'enfant avant PES: *accueil sur son groupe de vie, il est angoissé, effrayé par le bruit du groupe*	

Starter: en autonomie: chaussure, time timer, tapis, balle
Déroulement: • son et vibration du bol et du diapason • sur schéma corporel avec vibration et pictogrammes • Echauffement • «chacun son tour» et changement instruments(flûte, maracas, tubes vibratoires, kalimba) et marquage de silence et d'arrêt • duo/danse contact, musique percussions • retour au calme allongé sur tapis, écoute du bol écoute du son du diapason, et lâcher poids de parties du corps à l'intérieur de nos mains
Fin de séance: sonnerie time timer, chaussures, rangement du matériel
Etat de l'enfant après PES: *tranquille, fusionnel et heureux*

Remarques et orientation de séance: Léon était très effrayé sur son groupe de vie, en nous voyant il a compris que nous venions pour lui. Sur le chemin de la salle, on le sent très intérieur. En entrant dans la salle, Léon est parfaitement autonome, il fait les choses dans l'ordre et nous attend pour la vibration corporelle. Il soupir plusieurs fois, nous dit «super», «encore». Le «chacun son tour» est compris, acquis, de nouvelles nuances musicales et corporelles se font sentir. Il joue avec l'arrêt donc avec interaction. Il propose peu de choses nouvelles, mais par contre très bonne imitation de sa part. L'environnement sonore, l'influence beaucoup sur le duo avec nous. Il nuance un peu moins.

Séance 7	**Date: 2 juin**
Etat de l'enfant avant PES: *accueil sur son groupe de vie, il est agité et angoissé*	

Starter: en autonomie : chaussure, time timer, tapis, balle
Déroulement: • son et vibration du bol et du diapason • voyage sur schéma corporel avec vibration et pictogrammes • Echauffement • «chacun son tour» et changement instruments et marquage de silence et d'arrêt • duo/danse contact, musique percussions • retour au calme allongé sur tapis, écoute du bol écoute du son du diapason, et lâcher poids de parties du corps à l'intérieur de nos mains
Fin de séance: sonnerie time timer, chaussures, rangement du matériel
Etat de l'enfant après PES: *calme et souriant*

Remarques et orientation de séance: Léon était encore une fois très agité sur son groupe de vie, toujours très heureux de nous voir, il verbalise très clairement notre prénom ainsi que l'activité. Il montrera à son éducateur ce qu'est la danse pour lui, nous constatons qu'il y a plus de nuances dans sa proposition corporelle.
Arrivé dans la salle, il a toujours une très belle autonomie dans la mise en place et nous parle mieux. Il s'assoit et attend =>nous observons.
Le schéma est plus clair et précis et l'ancrage corporelle plus affiné.
Les nuances corporelles ont un lien avec l'instrument choisit, nous remarquons que les instruments tel que le tambour amènent plus d'excitation et d'engouement.
Le retour au calme est tranquille, Léon se dépose dans le sol et trouve la détente corporelle.

ressenti personnel : en confiance et envie d'aller plus loin

Séance 8	**Date: 9juin**
Etat de l'enfant avant PES: *accueil sur le groupe, il est entre les jambes d'une éducatrice, très agité, énervé, violent*	

Stater: en autonomie, chaussure, time timer, tapis
Déroulement de séance: • son et vibration du bol • schéma corporel avec diapason, allongé au sol pour détendre toute la masse musculaire • «Chacun son tour» musique/danse avec arrêt, soupir, travail de nuance et de qualité • duo avec un objet de relation, long tube • Retour au calme avec le corps allongé au sol, écoute de petits sons différents
Fin de séance: sonnerie du time timer, autonomie avec les chaussures, rangement du matériel, retour sur le groupe
Etat de l'enfant après PES : *enfant centré, calme disposé à écouter l'adulte*

Remarques et orientation de séance: Léon aujourd'hui était dans une énergie explosive, il n'y avait plus de contenant possible. Il hurlait sur son groupe pleurait avant la PES. En nous voyant, il avait vraiment envie de venir à la danse, sortir de lieu trop bruyant. En arrivant dans la salle, il était en boucle dans des prosodies, des écholalies incessantes, il fallait le contenir tout de suite, nous avons choisi le bol, l'écoute, l'imitation, la vibration chacun son tour sur le corps de chacun. Léon

est tout de suite à l'écoute, il est disponible et content, sourires. Le «chacun son tour» fut encore une belle réussite de relation d'interaction de nuance de qualité, encore beaucoup d'écholalies. Et pour finir, le duo fut un beau moment de partage et d'écoute corporelle, le respect était présent. Parfois le corps avait besoin d'extérioriser trop de sensations mais dans l'ensemble bonne séance. Sur la fin Léon était silencieux.

Séance 9	**Date: 16 juin**
Etat de l'enfant avant PES: très agité, dans l'écholalie sans interruption	

Stater: en autonomie, chaussure, time timer, tapis, choix d' instruments de musique
Déroulement de séance: • son et vibration du bol • apprentissage du schéma corporel avec diapason, allongé au sol pour détendre toute la masse musculaire • «Chacun son tour» musique/danse avec arrêt, soupir, travail de nuance et de qualité • duo danse contact, nuances, arrêts, soupirs • Retour au calme le corps allongé au sol, pressions corporelles, vibrations corporelles
Fin de séance: sonnerie du time timer, rangement du matériel, chaussures, retour sur le groupe de vie
Etat de l'enfant après PES: *enfant centré, heureux, silencieux*

Remarques et orientation de séance: Léon était angoissé, rapide, continuellement dans l'écholalie. Par contre, il mentionne notre prénom et manifeste verbalement son désir de venir dans la séance. Une fois dans la salle, le setting est clair et toujours et encore ritualisé, mais cette fois il a le choix des instruments utilisés lors du duo «chacun son tour». L'imitation est bonne avec le bol tibétain, le son ce fait entendre dès sa première utilisation. Léon est très agité car il a envie de faire. Notre duo est calme, propre, il ressent notre respiration, nos nuances, notre calme et notre plaisir de ce moment. Léon propose des élans mais a encore du mal à gérer le poids de son corps. Nous devons faire face à ce corps qui se lâche. Nous proposons beaucoup moins de choses et nous essayons avec beaucoup de contrôle de gérer nos appuis afin de ne pas tomber.
Lors du retour au calme, Léon est dans la détente il cherche à contrôler sa respiration.
Très bonne séance.

Ressenti personnel: très bonne séance, nous constatons une magnifique progression de l'enfant Léon.

Séance 10	**Date: 23 juin**
Absence de l'enfant pour des raisons de camps avec la classe ULIS*	

III PARTIE : RESULTATS

3.1. Enfant Abdel

3.1.1. Items scientifiques personnalisés

Les Items utilisés dans notre étude, découlent de différents outils de diagnostic de l'autisme. Toutes ces échelles sont scientifiques et nous nous en sommes inspirés .

●ADOS-2
●PEP-R
●CARS(Annexe III p84)
●ADI-R
●CHAT(Annexe III p80)

Nous pouvons trouver l'item sous la référence *ENJ* de l'**ADOS**, « plaisir partagé dans l'interaction », nous reformulerons cet item :

➔ plaisir éprouvé

Toujours dans L'**ADOS,** sous la référence, *RINT*, « intérêt inhabituellement répétitif et comportement stéréotypé ». Cet item, nous l'appellerons :

➔ Manifestation autistique

Dans l'outil de diagnostique **CHAT**, sous la référence *i,* Nous pouvons trouver, *«* est-ce que l'enfant établit un contact oculaire avec vous ? *».* Nous rebaptiserons cet item :

➔ Qualité du regard

Nous nous sommes largement inspirés d'une autre échelle d'évaluation qui est le **CARS**.

Cet outil utilisé depuis 1971, regroupe par chapitre ou « système de diagnostic». Nous y trouvons, « la réponse émotionnelles », et « l'utilisation du corps » (en accord avec notre médium). Nous appellerons ces catégories d'items :

➔ Emotion à travers le mouvement

➔ nuance corporelle

3.1.2. Grille d'observation des séances

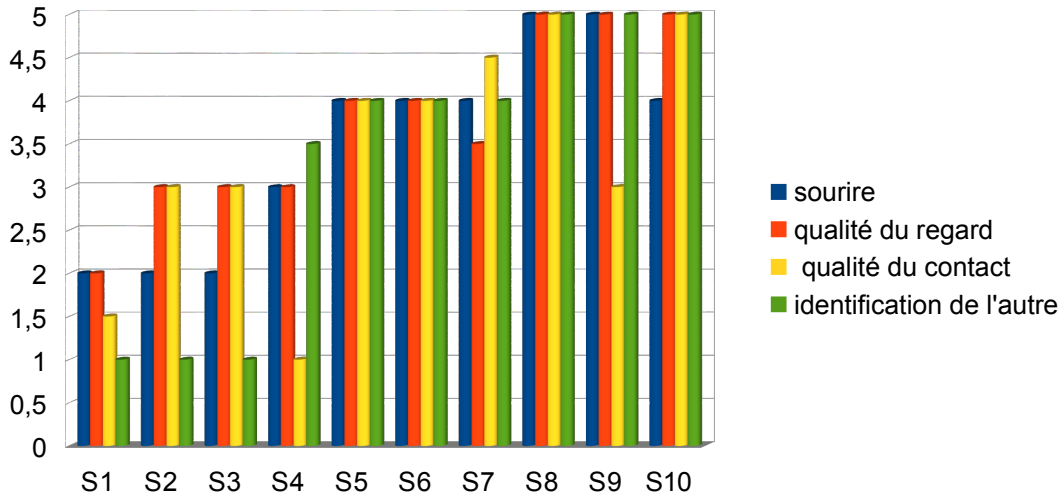
Abdel		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Qualité du regard	A	2	3	3	3	4	4	3+	5	5	5
Sourire	B	2	2	2	3	4	4	4	5	5	4
Qualité Du contact	C	1+	3	3	1	4	4	4+	5	3	5
Identification de l'autre	D	1	1	1	3+	4	4	4	5	5	5
Vocable/langage	E	2	2	2	3	4	4	4	5	5	5
Plaisir éprouvé	F	2	2	3	3	4	4+	4+	5	4	5
Relâchement corporel	G	1	3	3	3	4	4	4	4	5	5
Nuance corporel	H	1	1	2+	3	3	3+	4+	5	3	5
Ancrage corporel	I	1	1	2	3	3	3+	4	5	5	5
Mimesis	J	1	1	2	3	4	4	5	5	2	4
Initiative D'un Elan artistique	K	1+	1+	3+	3+	4	4	5	5	3	4
Qualité de l'émotion à travers mouvement	L	2	2+	2	3	4	4	5	5	3	4
participation	M	3	3	4	4	4	4+	5	5	3	5
Manifestation autistique	N	2	2	3	3+	5	5	5	5	3+	4+

<u>*Faisceaux d'items concernant*</u> :
=>capacité relationnelle
=>capacité artistique
=>capacité psychoaffective

NB :Un certain nombre de ces items seront repris et développés dans l'analyse des graphiques. Il s'agit d'une présentation de tous les items apparus en séance.
Ces items sont côtés de 1à 5, sachant que 5 est le maximum, le but recherché.
Pour notre étude, la stabilité dans les troubles du spectre autistique est rare, pour cela nous continuerons l'évaluation même si l'item est arrivé à 5.

Analyse des graphiques :

Figure a, graphiques représentant l'évolution des capacités relationnelles :



Analyse des capacités relationnelles d'Abdel

Analyse de l'évolution du langage

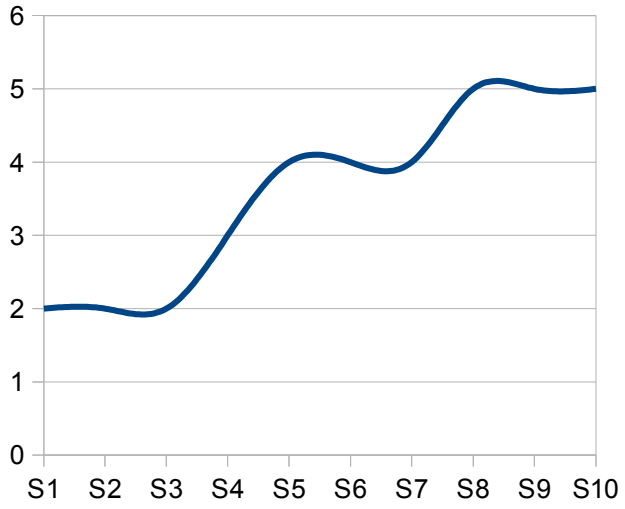


Figure b, graphique représentant l'évolution des capacités artistiques :

Analyse des capacités artistiques de Abdel

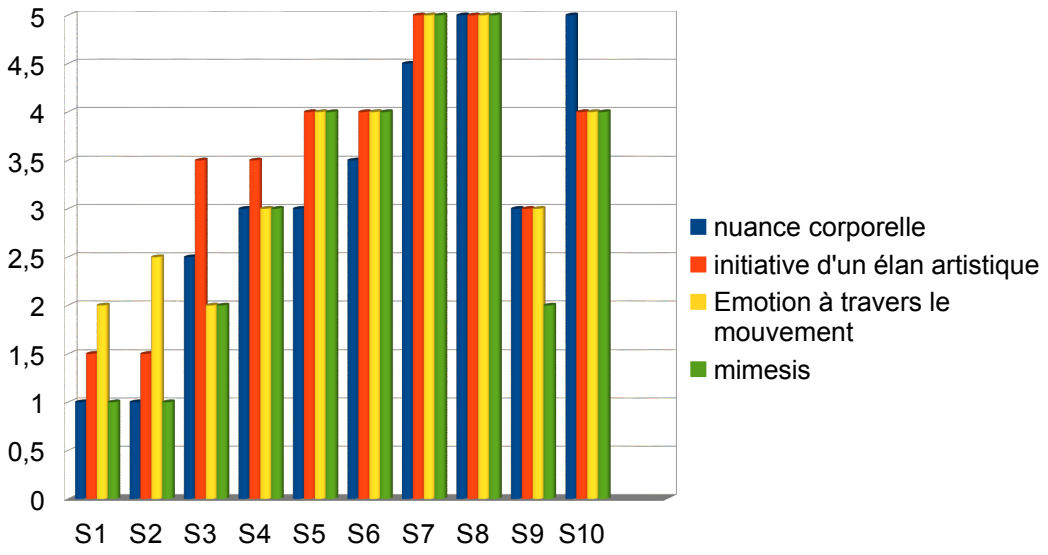
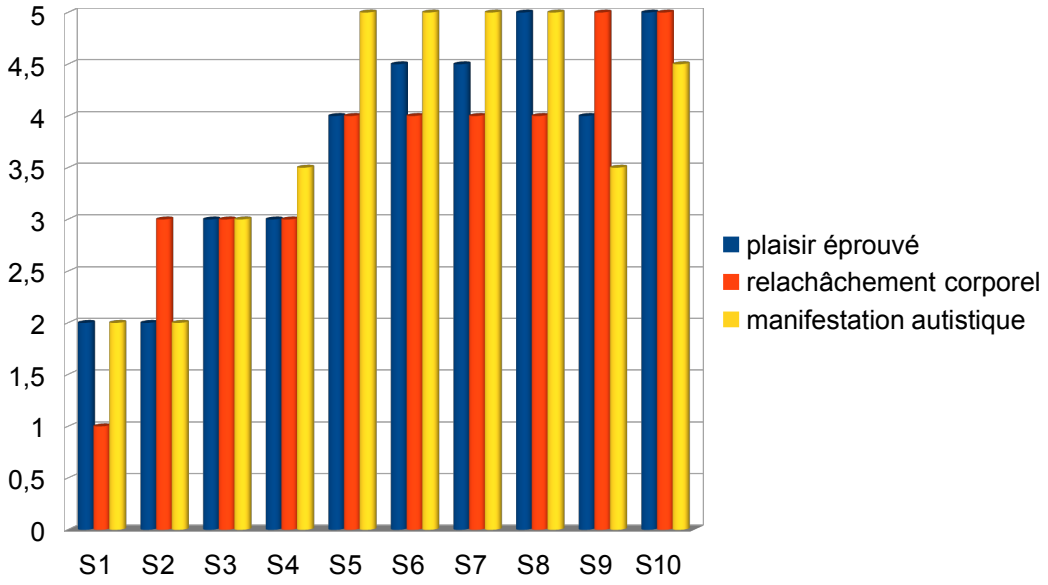


Figure c, graphique représentant l'évolution des capacités psychoaffectives :

Analyse des capacités psychoaffectives d'Abdel



<u>Illustrations de certains items retenus</u> :

A:Qualité du regard :

5=très belle qualité, le regard est posé et attentif
4=bonne qualité, fait des allers/retours vers l'intérieur et l'extérieur, est autonome
3=essaie de poser son regard mais besoin de stimulation extérieurs
2=reste la majeur partie du temps dans un regard très flou
1= jamais est dans un regard en diagonale

C:Qualité du contact :

5=très bon apprécie et expérimente avec des formes et du poids
4=contact avec art thérapeute pour danser, communiquer
3=accepte mais ne le cherche pas
2=faible accepte avec de grandes précautions
1=très faible, il refuse de toucher et qu'on le touche, trait caractéristique de l'autisme

D:Identification de l'autre :

5=très bon, dit le prénom de l'art thérapeute et le reconnaît à l'extérieur
4=bon, en lien avec les séances
3=à besoin de stimulations externes : pictos, voix
2=peut reconnaître que par l'olfactif
1= ne reconnaît jamais

H:Nuance corporelle :

5=Il passe d'une qualité à une autre
4= à besoin de la sensation corporelle (corps de l'AT) pour trouver d'autres nuances
3=capable mais difficile
2=rares moments
1=jamais reste dans les caractéristiques duTSA

N:Manifestation autistique :

5= aucune manifestation
4=de temps en temps mais elles sont positives
3=présente lors de nouvelles propositions
2= stéréotypie mais pas d'auto-mutilation
1=n'arrête jamais

3.1.3. Bilan de la prise en soin en Art-thérapie pour Abdel

Abdel a bénéficié de 10 séances au total sans aucune absence, axée sur la qualité relationnelle et les interactions grâce à un médium corporel qui est la danse ainsi que la musique par la vibration.
Les prises en soins avec Abdel ont été étranges pour lui et source d'angoisse au début. Même après lui avoir expliqué, nous sentions qu'il ne comprenait pas.
Abdel avait très peu de prise en charge dans la structure, beaucoup de manifestations somatiques, il se mordait le bras, beaucoup de stéréotypies et aucune communication verbale ou que du vocable personnel et incompréhensible. Pour se sentir exister Abdel à besoin de faire appel à son image en mouvement à travers un miroir. Dans nos séances, il n'y avait pas de miroir, Abdel s'est construit à travers l'appareil proprioceptif, l'appareil vestibulaire et le mimétisme.
Nous avons remarqué dès la première séance que la vibration corporelle avec l'aide du bol tibétain lui permettait d'entrer en relation et avoir un semblant de curiosité et d'intérêt. Nous parlons de « semblant de » car l'émotion est inexistante sur son visage. Cet outil a été utilisé tout le long de notre prise en soin et accompagné à partir de Séance 3 du diapason médical pour accentuer la vibration corporelle.
Dès la Séance 4, de nombreux progrès sont apparus, en effet, plus besoin de la phase d'imitation de l'enfant, Abdel entre tout de suite dans le mouvement et dans l'interaction, Abdel identifie parfaitement bien la séance d'Art-thérapie et l'Art-thérapeute, il entre très vite en relation, sourit prend du plaisir et trouve l'élan artistique grâce à la danse contact.
Le travail autour de la relaxation pour trouver un relâchement corporel fut intégré au bout de Séance 5.
Comme dans beaucoup de formes autistiques, il faut du temps afin de ritualiser les propositions. Le changement est très perturbant et influence le cour de la journée. Sur les 10 séances, il y a eu très peu de changements ou d'évolution à l'intérieur des séances. Nous sommes restées pratiquement sur les mêmes propositions, ce qui lui a permis d'investir la séance.
La posture de l'Art-thérapeute avec Abdel est très importante et décisive, nous devons être attentifs et avoir un corps engagé dans l'espace avec lui ce qui lui permettait d'avoir une contenance afin qu'il puisse trouver la stabilité sensoriel. Notre position en tant qu'Art-thérapeute, était de donner de l'importance à toute manifestation de sa part. Donner du sens à « l'étrangeté » des conduites sensori-motrices de l'enfant, l'utiliser pour créer du mouvement.
Grâce à l'étude du ***graphique c p46***, nous pouvons constaté qu'à partir de Séance 5, il a eu une stabilité des manifestations autistiques.
Séance 9 était un jour où nous avions changé de salle, ce qui était déstabilisant pour lui.
Pendant cette période d'Art-thérapie, et grâce à l'équipe pluridisciplinaire, nous avons constaté avec beaucoup de joie, l'intégration du langage dans son rapport à l'autre. Abdel nous demandait des choses comme « bol », « pipi », « danse », « perrine », « musique », « encore », « super ». Nous avons eu un jour, une séance de libération, il n'a fait que parler, tourner sur lui même, danser et encore parler. Comme une impression de libération en notre présence.
Avec un enfant comme Abdel, l'auto-évaluation est encore impossible.

3.2. Enfant Léon

3.2.1 Items scientifiques personnalisés

En ce qui concerne cette deuxième étude, nous nous sommes basés sur 3 échelles d'évaluation de l'autisme :

- ADOS
- PEP-R
- ECAR-T
- CARS(Annexe III p84)

Pour les autres Items, nous les avons créer grâce au vocabulaire de la danse contemporaine.
Dans le **ECAR-T,** l'item n°7 référencé *ECH, « Emissions vocales, verbales stéréotypées, écholalie »* nous l'avons rebaptisé :

➔ Echange verbale/écholalie

Pour l'item n°4 dans **ECAR-T**, référence *REG*, « *Regard inadéquat »,* nous l'appellerons :

➔ Qualité du regard

Pour l'item n°8 dans **ECAR-T**, référence ACT, « manque d'initiative, activité spontané réduite », nous reformulerons :

➔ Autonomie relationnelle

Grâce à l'outil d'évaluation **CARS**, le chapitre « l'utilisation du corps », nous amènera à :

➔ Nuance corporelle

Nous avons repris sous la ref *ENJ* de l'**ADOS***, « plaisir partagé dans l'interaction »*

➔ *plaisir éprouvé*

Dans l'échelle de développement du **PEP-R**, nous nous sommes inspirés de la partie imitation, partie qui comprend 16 items dont celui de l'imitation sur le plan moteur.

➔ mimésis

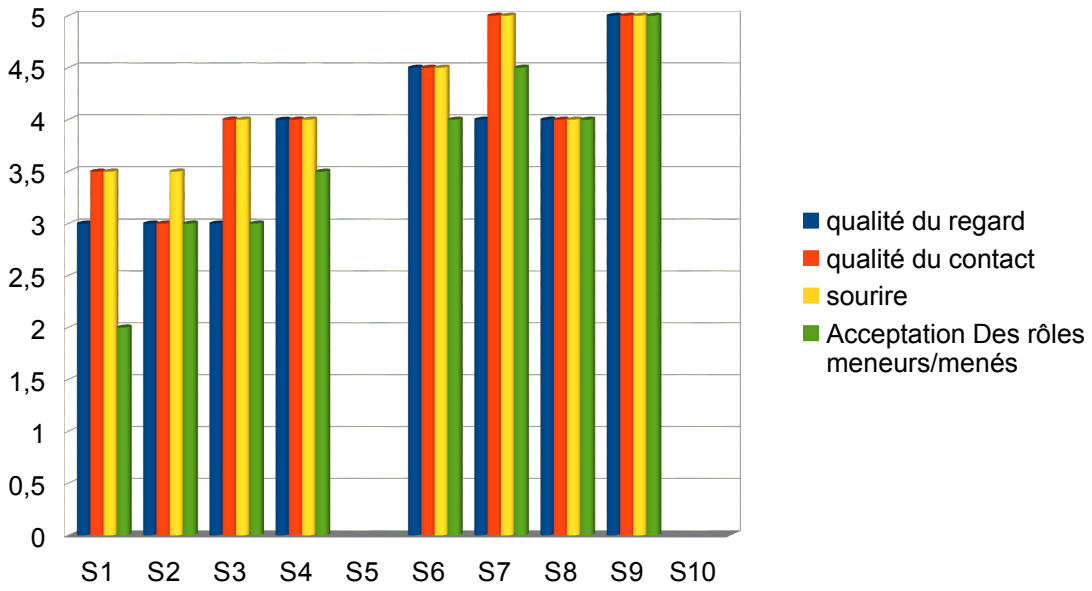
3.2.2. Grille d'observation des séances

Léon		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Qualité du regards	A	3	3	3	4		4,5	4	4	5	
Acceptation des rôles meneurs/ menés	B	2	3	3	3,5		4	4,5	4	5	
Sourire	C	3,5	3,5	4	4		4,5	5	4	5	
Plaisir éprouvé	D	3,5	3,5	4	4		4,5	5	4	5	
Qualité du Contact	E	3,5	3	4	4		4,5	5	4	5	
Relâchement corporel	F	1	3	3,5	3,5		4	4	3	5	
Nuances corporelles	G	1	1	2	3		3	3,5	4	4	
Ancrage	H	1	2	2	2		3	4	4	5	
Mimesis	I	1	1	1,5	2		3	3	4	5	
Initiative d'un élan artistique	J	1	1	2	2,5		3	3	4	5	
Heuristique	K	1	1	2	2		2,5	3	3	3,5	
Ecoute	L	2	2	2,5	3		3	4	5	5	
Echange verbale/échola lie	M	2	2	3	3		4	4,5	5	5	
Autonomie relationnelle	N	1	1	3	3		4	5	5	5	

NB :Un certain nombre de ces items seront repris et développés dans l'analyse des graphiques. Il s'agit d'une présentation de tous les items apparus en séance.
Ces items sont côtés de 1à 5, sachant que 5 est le maximum, le but recherché.
Pour notre étude, la stabilité dans les troubles du spectre autistique est rare, pour cela nous continuerons l'évaluation même si l'item est arrivé à 5.

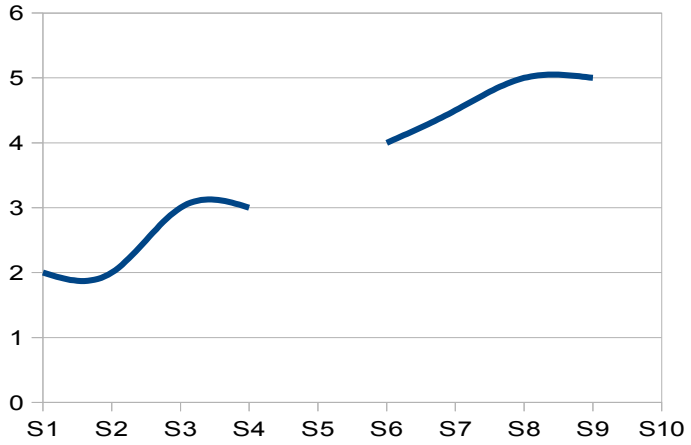
Analyse des graphiques :

Figure a, graphique représentant l'évolution des capacités relationnelles :

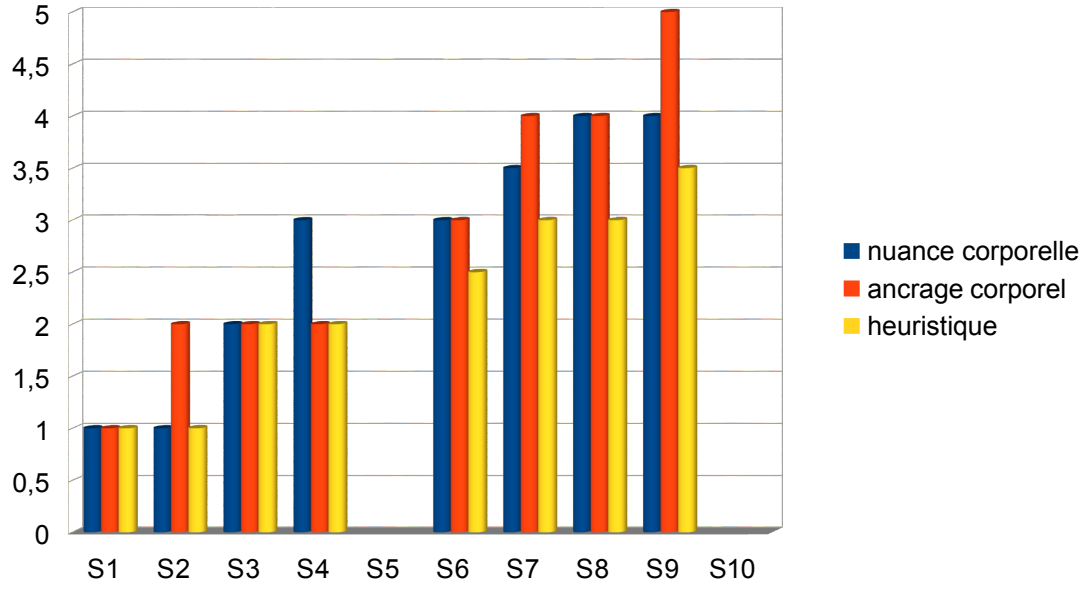


Analyse des capacités relationnelles de Léon

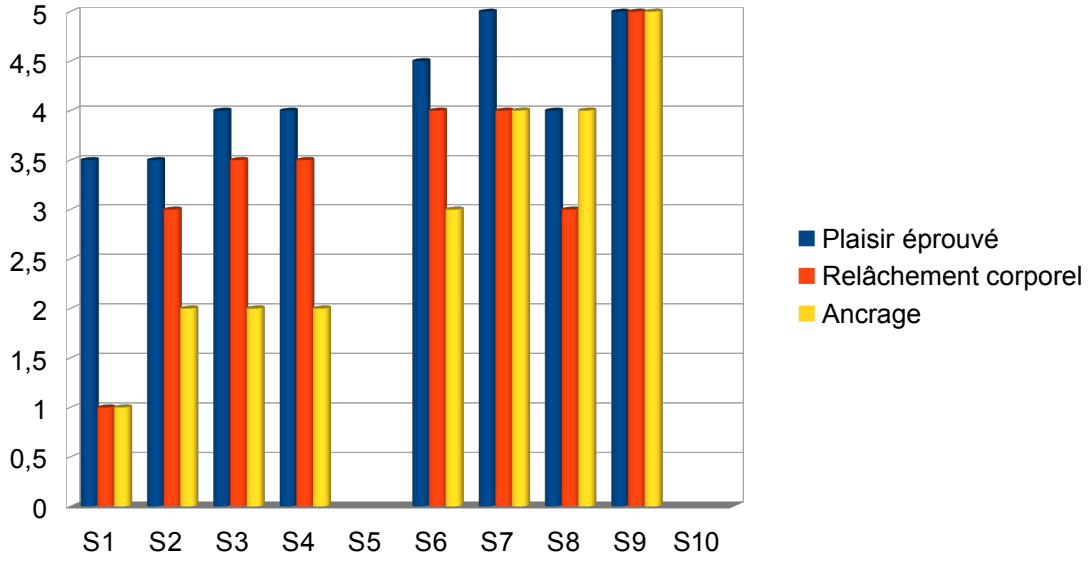
Analyse de l'échange verbale



Analyse des capacités artistiques de Léon



Analyse des capacités psycho-affective de Léon



<u>Illustrations de certains items retenus :</u>

F: Relâchement corporel
5= la respiration est tranquille, le corps relaché, pas de stéréotypies, pas d'écholalies
4= corps est calme, respiration aussi mais des tensions subsistent
3= peut rester sans bouger car stimulation extérieur
2= relâchement perturbé
1= relâchement impossible, gesticule, saute partout

H: Ancrage corporel
5= engagement, s'assoit, respire et encage son corps vers le sol
4= est dans une vraie dynamique pour tendre vers l'ancrage mais peut être parasité
3= besoin d'une stimulation extérieure AT ou objet
2= faible
1= jamais/ impossible

K:Heuristique
5= se lâche complètement, besoin et reproduit
4= passe par des phases avec des stimulations extérieurs
3= capable mais manque de confiance/imaginaire trop pauvre
2= rare par manque de moyens
1= jamais dans l'incapacité

L: Ecoute
5= se pose, écoute, regarde attentivement, pas d'écholalies
4= 2coute mais l'information résonne difficilement
3= essaie d'écouter mais trop de stimulis
2= émergence mais a du mal
1= mutique/ reste dans son monde

M: Echange verbale/ exprime une idée/ écholalies
5= engagé exprime des idées artistiques ou sur la vie
4= prend le temps de faire des phrase pour se faire comprendre
3= émergence de phrases de temps en temps ou vocabulaire personnelle
2= reste dans l'écholalie sur l'instant
1= reste dans l'écholalie forte, dessins animés, phrase de la journée, phrase de la maison

3.2.3. Bilan de la prise en soin en Art-thérapie pour Léon

Léon a bénéficié de 10 séances d'Art-thérapie dont deux où il a été absent. Lors de cette prise en soin, Léon a pris plaisir à venir aux séances d'Art-thérapie.
Léon faisait souvent des inversions pronominales mais durant les séances, celui-ci faisait beaucoup d'effort pour dire bonjour avec notre prénom et non le sien.
Dans cette étude, le plus compliqué fut la régularité, entre les absences de Léon, la formation continue à la faculté, les jours fériés, les sorties exceptionnelles, il est très compliqué d'avoir un suivit et cette régularité et d'une grande importance dans l'autisme et le rituel.
Notre objectif thérapeutique principal est de favoriser la qualité relationnelle et l'interaction, ce qui d'après nos résultats a été observé et atteint.
Nous savons et avons constaté que les enfants autistes ont besoin de rituels, de répétitions, de régularité pour éviter toutes manifestations somatiques liés aux troubles du syndrome autistique.
Léon avait déjà une prise en soin en musicothérapie, il a une très bonne sensibilité à la musique ou plutôt au son qu'il peut produire. Il prend beaucoup de plaisir et développe des capacités.
Nous sommes partis de ces acquis et de sa pratique pour intégrer le mouvement dans son corps.

- Léon avait besoin de s'ancrer dans le sol, de s'apaiser et de trouver du relâchement corporel. Nous pouvons constater d'après la ***figure a p51,*** que l'évolution est interessante. Néanmoins c'est un enfant qui était très agité et cette agitation était souvent liée à ce qu'il vivait sur son groupe de vie. Nous pouvions faire une corrélation entre son agitation et ses écholalies. Lorsqu'il dansait ou jouait, il n'y avait jamais de parasites verbaux. Le langage pouvait être clair juste après. La séance individuelle est très bien adaptée à Léon, le groupe serait trop dur émotionnellement, mais à envisager dans les futurs objectifs thérapeutiques.

La relation thérapeutique que nous entretenions était bonne et précieuse pour lui. Il savait qu'il venait en séance, nous reconnaissait, nous appelait par notre prénom. Arrivé dans la salle, Léon était autonome pour mettre la mise en place de la séance.
Il voulait le faire et acceptait difficilement la nouveauté à l'intérieur du cadre thérapeutique.

- Au fur et à mesure et grâce à la vibration corporelle, son schéma corporel était plus juste, le vocabulaire aussi. Il est entré dans une phase de mimétisme et de « chacun son tour ». Ces gestes étaient toujours un peu brutaux et vifs mais lorsque nous lui demandions de faire doucement il arrivait à nous écouter et à prendre notre demande en compte.
- Lors de la phase du « meneur et du mené » l'un danse et l'autre joue, on a pu constater une nette progression, il acceptait le « rien », le silence, le son très fort comme le son très sourd et le tour de rôle (ce qui sera important dans les codes sociaux du langage). Il passait d'un état à un autre sans la moindre difficulté. Cette proposition artistique, à développer vers la Séance 8 des nuances corporelles. Item à travailler encore et à approfondir car son tonus naturel revient naturellement.
- La qualité du regard qu'il pouvait avoir était très bon, il pouvait passer d'un regard intérieur, à un regard périphérique, à un regard plus dirigé vers nous.
- Nous avons constaté aussi que les consignes n'étaient jamais comprises du premier coup, il fallait un exemple ou lui faire passer la consigne à travers la musique. Exemple, pour ce qui est des nuances, il a dû comprendre ce qu'était la nuance musicale pour l'expérimenter dans son corps.
- La structuration espace/temps n'est possible qu'avec un time timer, ce qui lui permet d'être plus « libre » dans la séance. Notre position en tant qu'Art-thérapeute devait encore une fois être d'une extrême précision avec le temps. Lorsque le time timer sonnait, Léon avait terminé sa séance et ne voulait en aucun cas faire durer les propositions dansées.
- Malgré une amélioration du vocabulaire, des nuances corporelles, de la relation avec l'Art-thérapeute, l'adaptabilité de Léon est encore très fragile.

IV PARTIE : DISCUSSION

Afin de pouvoir discuter de notre étude et des résultas obtenus, il nous semble important de rappeler notre hypothèse, nos objectifs thérapeutiques qui en découlent.

« Danse et autisme infantile où l'art thérapie peut restaurer la qualité relationnelle chez les enfants souffrant de trouble du spectre autistique »

Compte tenu des grandes caractéristiques du trouble du spectre de l'autisme, c'est à dire un déficit persistant dans la communication et les interactions sociales, un mode restreint et répétitifs : de comportements, d'intérêts ou d'activités.

Pour ce faire, des objectifs ont été mis en place comme l'apaisement, la découverte de nouvelles sensations et le plaisir partagé.

Nos résultats ont montré une nette amélioration des capacités relationnelles, comme le regard, le contact, le sourire. Chez l'enfant Abdel les mots ont fait leur apparition. Chez Léon, l'écholalie avait diminué et un nouveau vocabulaire trouvait sa place.
Nous avons montré un apaisement **figure b figure c p46**, grâce à la qualité corporelle et aux nuances corporelles proposées mais aussi un relâchement du corps chez Abdel.
Nous avions comme objectifs intermédiaires, le plaisir de l'enfant, nous pouvons montrer à l'aide du schéma **figure c p 52** que cet item évolue chez Léon.
L'étude effectuée nous apporte des résultats très positifs, mais également d'autres questionnements auxquels nous allons essayer de répondre.

4.1.Apports et bénéfice de l'étude

4.1.1. Echelles scientifiques

En matière d'échelles scientifiques dans l'autisme il y en a un certain nombre. En général, elles se basent sur la communication verbale, le regard, la difficultés du langage, les compétences sociales, le pointage, amener des objets aux parents, l'imitation, la capacité à suivre le pointage, réponse de l'enfant à son prénom quand il est appelé, l'intérêt aux autres enfants, l'imitation etc...
Nous avons été assez surpris de la simplicité des items, accessible à nous Art-thérapeute.
Pour cette étude, nous ne nous sommes référencés qu'aux échelles scientifiques liées à l'autisme car précises et détaillées face à ce trouble.
Dans l'avenir de notre travail en tant qu'Art-thérapeute dans l'autisme, nous nous baserons sur l'échelle CHAT et CARS (Annexe III p80,84).

4.1.2. Items scientifiques personnalisés

Le choix de nos items a été particulièrement difficile car il y a tellement d'éléments à observer et à étudier. Tout est à faire dans l'autisme et tout est à analyser.
Vers la fin de notre étude et du fait de notre novicité dans ce monde, nous avons remis en question le choix de nos items ou leur complémentarité.
En effet, nous aurions pu dans nos items proposer le facteur **poids** dans notre grille. Ce que LABAN, qui fut le premier vrai théoricien du mouvement avait introduit dans sa grille d'analyse corporelle. En référence à la danse contemporaine et à ce grand théoricien, certains de nos items était empruntés à cette grille du mouvement.
Donner son poids en danse-contact-improvisation suppose une mise en relation. Donner son poids

est évidemment en réponse à un support, un soutien, qui entraîne une possibilité de prendre appui et de repousser.

L'imitation est aussi un item important a étudier.
Non pas la capacité de l'enfant à imiter mais la réaction de l'enfant que l'on imite, en référence aux travaux de Jacqueline NADEL[17]*, psychologue.
C'est un item que nous avons travaillé (cf annexe*) au début de nos prises en soin et que nous avons arrêté de coter au bout de la troisième séance, car les enfants répondaient très bien à cette imitation. Avec Abdel et Léon, cet item n'avait plus de sens dans notre travail et dans notre évaluation.
Cet un item important dans le début de la prise en charge et à garder si la cotation n'arrive pas à 5.

La théorie de l'esprit aurait pu être un item intéressant dans notre prise en soin. La relation duelle et corporelle peut être un bon outil dans le développement ou l'apprentissage de la théorie de l'esprit. Le travail avec l'autre, la qualité de mouvement et les contraintes et refus corporels impliquent la présence de l'autre. Par le corps, l'Art-thérapeute va frustrer l'enfant et va signifier son état mental. Même si cela peut être source d'angoisse et de crises, le cadre thérapeutique est là pour contenir et donc accompagner.

4.1.3. Grille d'observation des séances

Cette grille d'observation établie à chaque séance, adaptée à chaque enfant et situation avait pour nous une fonction de mémoire des événements de la séance.
Bien qu'être un outil intéressant et utile pour nous comme pour l'équipe elle reste un outil très paradoxale.
Les résultats obtenus oscillent toujours entre l'objectif et le subjectif, entre le représenté et le ressenti, entre le visible et l'invisible, le formulable et l'indicible.
Sans perdre de vue que notre travail doit rester scientifique nous avons été face à la notion d'interprétation de notre propre regard.

4.2.Limites de l'étude

Notre étude comprend plusieurs limites liées aux résultats et l'aspect scientifique de la démarche, le temps de la prise en soin et l'utilité de cette prise en soin.

4.2.1. Résultats

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons admettre que ces prises en soins ont été bénéfiques pour les deux enfants étudiés Abdel et Léon. Afin de valider ce protocole thérapeutique il serait intéressant d'expérimenter dans les mêmes conditions l'Art-thérapie avec un médium danse et plus précisément la danse-contact sur d'autre personnes touchés par l'autisme, des adolescents, des adultes. Même si le cadre et les directives artistiques peuvent être sensiblement les mêmes, les objectifs thérapeutiques sont propres à l'enfant. Chaque prise en soin est unique même si certains items peuvent être de nouveau utilisés pour une même pathologie.
Aussi il nous paraît important de rester humble face à cette réussite de prise en soin. Le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire ne nous donne pas le droit d'affirmer que notre travail avec ces enfants est seul responsable de cette amélioration, mais peut être le bon déclic au bon moment. Cela nous permet surtout d'affirmer qu'en matière d'autisme, une prise en charge pluridisciplinaire est **obligatoire et indispensable** pour prétendre à un résultat.

17 Nadel Jacqueline, « Imiter pour grandir. Développement du bébé et de l'enfant avec autisme », édition Dunod, Paris, 2011

4.2.2. L'étude ou le protocole scientifique

Il nous faut prendre en compte les aspects du recueil des données qui limitent nos résultats.
A notre grand regret, cette étude s'est révélée être une observation de cas et non un protocole d' étude scientifique méthodique. Pour constater notre étude et la valider scientifiquement, un protocole scientifique s'impose avec toujours la même population diagnostiquée TSA, une partie de cette population, groupe contrôle et l'autre partie de la population, groupe expérimental. Cette proposition d'étude scientifique a été proposée à notre équipe de direction, Directeur Général, Chef de Service, psychologue de l'établissement mais cette proposition a été largement refusée pour différentes raisons.

- Manque de temps en référence à notre statut de stagiaire (140h)
- Accord des familles
- Manque d'expérience dans l 'autisme
- Espérance des familles face à une « nouvelle » thérapie
- Incompréhension des parents face au groupe contrôle
- Manque de temps et de budget pour la psychologue de l'IMP face à ce protocole
- singularité propre par rapport au TSA
- Âge des enfants différents

Notre cheminement dans le futur sera de développer cette recherche et de pouvoir valider plus objectivement le bien fondé de la prise en charge de l'Art-thérapie dans les troubles du spectre autistique.

4.2.3. La notion d'utilité

Un sentiment partagé nous a traversé durant nos prises en soin, celui de *l'utilité* et de *l'inutilité*.
En effet, apprendre l'Art-thérapie au sein d'un IMP avec une population d'enfants autistes s'avère être une expérience très enrichissante mais truffées de questionnements et souvent sans réponses de part la complexité du trouble.
Comme cela a été dit en amont dans cet essai, il existe des formes autistiques, avec de grandes caractéristiques différentes. Suite à notre hypothèse de travail, lorsqu'une séance d'Art-thérapie est bien conduite, elle permet une mise en relation, un apaisement qui permet à l'enfant de n'avoir aucune stimulation sensorielle exagérée. D'autres changements de situation sont plus spectaculaires surtout lorsque l'enfant prononce des mots, comme Léon sur son schéma corporel par exemple ou Abdel avec des mots tels que : « bravo », « encore », « super », qu'il rit aux éclats tellement il aime les propositions, qu'il vous embrasse de reconnaissance amicale ou de reconnaissance physique, qu'il nomme la séance, qu'il se met à danser en rentrant dans la salle, qu'il se laisse manipuler, toucher, transporter.Tous ces moments sont des moments magiques que nous avons vécus lors de notre prise en soin, des moments que l'on qualifiera *d'utile*.
Et puis, la sortie ou cette entrée dans leur forteresse, il n'y a plus de rires, plus de regards, plus de mots, des angoisses, des manifestations stéréotypées sur leur groupe de vie, des retours dans le taxi agités. La répercussion et la durabilité comme une suite qui ne pourrait prendre vie, qui contribue à renforcer notre sentiment *d'inutilité*.
C'est toute la complexité de l'autisme, apprendre par exemple les habilités sociales pour pouvoir évoluer dans notre société chez certain autistes Asperger. Passer par un apprentissage des codes sociaux.
De part l'évolution de nos résultats, nous savons que la relation est possible grâce à la danse-thérapie, la question serait comment pourrions nous transposer ces évolutions et cette possibilité dans la vie de tous les jours ?
La répétition, l'apprentissage, le rituel, sont quelques clés de réponse.
Une prise en charge longue afin de transposer les bénéfices vers l'extérieur est essentielle.

4.2.4. Le temps de la prise en soin

En matière de temps, la première limite a été le temps de l'étude, qui s'est étalée sur 4 mois seulement, ce qui est peu pour prendre du recul, surtout auprès d'enfants atteints d'autisme.

Il est aussi possible de penser l'amplification des effets bénéfiques, si nous avions augmenté la prise en soin à deux fois par semaine. La répercussion et la durabilité de la prise en soin Art-thérapeutique auraient été plus bénéfique avec une intensité dans le nombre.

En poste, nous aurions proposé à Abdel deux séances par semaine, et prolongé cette prise en soin, jusqu'à ce que les objectifs soient observables dans la vie quotidienne de cet enfant. Par contre, pour Léon, nous serions restés à une prise en soin d'une fois la semaine car celui ci avait déjà de la musicothérapie.

Bien que cette étude soit une observation de cas, nous avons mis en évidence des stratégies Art-thérapeutiques qui faisaient leurs preuves et qui demandent encore de la recherche.

4.3. Cadre conceptuel de l'Art-thérapie

4.3.1. Cadre thérapeutique

Le cadre est d'abord un environnement architectural que rencontre l'enfant et l'art thérapeute, le lieu commun ou le bien être a sa place. En cela, nos prises en soin se sont faites dans « la salle bleue » de l'IMP, ce cadre architectural était un espace rassurant de petite taille, contenant et hypo-sensoriel, un espace intimiste ou ce qui se passait ne pouvait ni être vu ni entendu par l'institution.
En matière d'autisme, il faut être vigilant à n'avoir aucun parasite sensoriel pour l'enfant.
Selon les termes de DONALD WINNICOTT [18]les capacités de contenance du cadre donnent une dimension de « Holding* » dans la relation thérapeutique qui s'instaure. Le cadre revêt une importance essentielle pour l'enfant dans l'émergence d'une place de sujet.
Le cadre architectural est tout aussi important pour l'Art-thérapeute, nous avons constaté que la mise en place du setting*, inspiré de ROLANDO BENENZO[19], Musicothérapeute, avant chaque séance avait son importance. Ce setting rassure, accompagne, organise la pensée de l'Art-thérapeute, cela signifie pour l'art thérapeute, une enveloppe institutionnelle, des appuis théoriques.
Le cadre thérapeutique a été long à mettre en place et a nécessité une grande fermeté de notre part. Nous leur proposons aussi un modèle certes très didactique et peu « libre », celui de la répétition, de l'imitation, de la danse-contact.
Nous avons constaté que ce cadre rigoureux contraignant et répétitif les oblige à entrer dans un monde partagé.
Le cadre n'est pas seulement un espace architectural, c'est aussi un espace-temps, incluant régularité, fiabilité des horaires et durée des séances. Avec l'autisme, nous parlons beaucoup de temps, d'espace temps, de longueur. Mais il faut aussi savoir que le temps dans sa durée pouvait être source d'angoisse, 30 minutes étaient le maximum de leur concentration. Cette donne est importante à inclure dans notre cadre grâce au time timer*, l'enfant était rassuré et comprenait les règles de temps de l'atelier. A aucun moment, nous avons eu des problèmes de compréhension des règles. Il faut qu'elles soient répétées, organisées, claires, dirigées.
André *BULLINGER* parlera de « *redondances spatiales et temporelles* » permettant l'extraction d'invariants et ainsi l'entrée dans un processus cognitif. Pour que l'enfant puisse faire peu à peu l'expérience d'un « *sentiment continu d'exister suffisant.* »

18 Winnicott Donald Woods, « De la pédiatrie à la psychanalyse », édition Payot, Mesnil-sur-l'Estrée, 2010
19 Benenzo Rolando, « La musicothérapie – La part oublié de la personnalité » , édition De Boeck, Bruxelles, 2004

4.3.2. Relation thérapeutique

Une prise en soin est avant tout une rencontre entre deux personnes.
Comme mentionné dans notre introduction, l'empathie est pour nous une grande et profonde qualité chez l'Art-thérapeute, sûrement décuplé par l'innocence et la nouveauté de notre posture de stagiaire. Et puis, l'empathie est un aspect favorisant l'alliance.
Rappelons ici que l'empathie provient du grec *em-pathos, « ce qui est éprouvé à l'intérieur »),* intéressons nous aussi à la traduction allemande Einfûhlung selon les conceptions initiales de Théodor LIPPS* , c'est « *jouir de soi-même dans un objet sensible* », dans le sens de vibrer intimement devant une œuvre d'art, par le fait d'une projection de soi en cet objet.

L'Art-thérapeute se place à l'intérieur de cette bulle que représente l'alliance thérapeutique, de plus dans un cas d'autisme cette bulle est d'autant plus perceptible quand nous commençons à créer de la relation avec l'enfant.
Bien entendu, la froideur, le mépris, la distance, sont à proscrire dans toute relation thérapeutique qui pourrait nuire à cet intérieur.

Néanmoins, **la distance** est une notion de part le trouble et le médium utilisé qui nous a questionnée.
D'après la définition du dictionnaire Petit Larousse 2017, la distance c'est : « u*n intervalle qui sépare deux points dans l'espace. »*
Techniquement cette distance à l'intérieur de notre médium qui est la danse contemporaine est impossible et surtout non recherchée.
Quelle distance dite **distance thérapeutique** pouvons nous avoir face à l'autisme (profond) alors que nos objectifs artistiques étaient de développer la danse contact, restaurer la qualité relationnelle, développer cette acceptation du toucher, donner et recevoir le poids du corps, d'appuyer les regards ?
Avec l'enfant autiste, la relation thérapeutique paraît plus importante car elle prend une tout autre dimension.
On parle de distance thérapeutique mais le thérapeute doit aussi très rapidement comprendre les limites de l'enfant autiste afin que l'enfant ne se sente pas agresser.
Cette distance thérapeutique est variable suivant les individus.

4.3.3. Alliance thérapeutiques

L'empathie est un aspect favorisant l'alliance thérapeutique.
Selon le dictionnaire Petit Larousse 2017, l'alliance est une « *union, un accord intervenant, entre des personnes* ».

Une alliance thérapeutique est définit comme un accord implicite, dans notre cas, en vue de satisfaire des objectifs thérapeutiques. Cette alliance thérapeutique est nécessaire pour la constitution d'un lien avec l'enfant, afin d'avancer vers un but commun qui est de l'ouvrir à la relation.

La capacité de développer une alliance thérapeutique est également questionnée chez l'enfant autiste, du côté du processus de différenciation entre sujet et objet. En effet, la construction de l'alliance met en jeu son « soi » un sujet pensant, l'investissement d'une relation de prendre « l'autre » dans sa représentation dans son intérieur.

Il existe autant de formes d'autismes qu'il y a de personnes autistes n'oublions pas cette donne.

La relation qui se crée est d'un autre ordre, elle prend du temps demande beaucoup de patience de la part du soignant.
Dans les TSA, Il s'agit d'une sorte « d'apprivoisement », qui progressivement aura pour conséquence l'acceptation de l'Art-thérapeute par l'enfant en tant que réceptacle de ses angoisses de ses stimulations. Dans les deux cas d'enfants que nous avons exposés, cette alliance thérapeutique à

commencer à se créer au bout de la cinquième séance.
Les enfants doivent se sentir en confiance et surtout en sécurité, la démarche est très contrôlée à travers d'aptitudes de relance, des initiations d'encouragement, des respirations, des droits à l'action, pas d'injonction.
La tendance naturelle pour eux est de voyager dans leur intérieur et d'y rester, Il faut les capter pour favoriser leur ouverture.
Oward BUTEN [20]*, explique que ce lien est difficile à créer, la personne autiste est souvent enfermée dans son propre monde et que si le thérapeute veut y parvenir, il doit d'abord susciter l'attention de l'enfant.
En effet, il n'est pas possible de pouvoir espérer un processus de création, un lâcher prise venant du patient si la constitution d'une alliance de travail, une base relationnelle sûre et contenante n'est pas inscrite comme **pré requis** pour le **travail thérapeutique** mais aussi **principal vecteur** du profil de **changement** dans la thérapie avec l'enfant autiste.

4.3.4. Besoin des patients

Que se soit dans nos deux études de cas et même dans nos différentes prises en soin, une prise en charge d'enfants autistes s'avère être différente suivant la personne.
Le trouble du spectre autistique se manifeste par une très grande hétérogénéité.
L'enfant a besoin d'apprendre à vivre et à grandir parmi les autres. Pas à pas l'Art-thérapeute doit introduire et accumuler les informations sensorielles. Nous savons et avons constaté lors de notre étude que la surcharge d'informations les amènent à fuir et à se couper de la relation.
Nous l'avons constaté avec les études de cas en ce qui concerne le toucher. Toucher l'autre peut être envisageable mais ni l'un ni l'autre ne pouvait être touché. Durant la prise en soin le contact mutuel était devenu une formalité, un acte « normal » dans la séance.
Ces enfants ont besoin de temps mais aussi besoin de répétitions, ceux que les autistes affectionnent le plus. On peut la retrouver partout, dans l'emploi du temps, dans la proposition artistique composée de rituels, au niveau des mots et signes utilisés.
L'information sensorielle doit être **claire, précise** et **simple.**
Travailler sur du concret étape par étape, l'enfant autiste n'a pas le support de l'imaginaire car il ne fait écho à rien, ils ont besoin de construction corporelle, de densité corporelle, d'état de corps.
La chercheuse en danse Alice GODFROY[21]* proposait elle aussi une définition qui rejoint en partie la nôtre : « un état de corps est donc tout d'abord un certain degré de densification du dedans qui, alors qu'il lui confère une dimension globale, lui fait gagner le sentiment de son existence. »

De se retrouver des sensations, de densifier son être, son « soi ».
C'est ce que nous avons constaté lorsque Abdel a essayé par mimétisme de chuter au sol pour découvrir celui ci, de regarder ses pieds après avoir été dans l'action et dans la sensation et ensuite dans le contact avec nous. C'est à ce moment qu'il est sorti de sa « passivité autistique ».
Chez Léon, cela était tout aussi vrai, ses découvertes, ses surprises de sensations/mouvements, pour sortir de cette écholalie ou cette agitation.
Nous nous rappelons, des yeux qui brillaient après ses improvisations dansées et cette surprise qu'il avait en ressentant de nouvelles sensations après.

Comme nous l'avons mentionné, l'information sensorielle est aussi importante à gérer pour leur bonne évolution et surtout leur besoin au quotidien.
A l'intérieur de nos séances d'Art-thérapie, nous avons utilisé différents outils thérapeutiques.

- ➔ Le silence

20 Butten Howard, « Il y a quelqu'un là-dedans, des autismes », édition Odile Jacob, Paris, 2003
21 Godfroy Alice, « Prendre corps et langue. Etude pour une dansité de l 'écriture poétique », édition Ganse Art et Lettres, Paris, 2015, p35

volonté de notre part par rapport à la sensibilité auditive d'Abdel et Léon.
En relation avec le travail de John CAGE[22] référence à sa pièce de 1952 :4'33 ", nous avons été à l'écoute de ce silence, à l'écoute des sons du silence. Ce silence est en quelque sorte un espace où le fruit du hasard fait son apparition.
Les bruits du quotidien/de la séance s'y installent, notre résonance intérieur se fait entendre, rythme cardiaque, rythme respiratoire, souffle, essoufflement, gargouillement, grognement.
Ce silence nous permettait d'être au cœur de cette relation, de ne pas être influencé dans la création de mouvements, ce que permet la musique à la danse.
Grâce à ce silence (ref à Abdel), nous étions à l'affut du moindre son et esquisse de mot.
N'oublions pas que les objectifs artistiques communs étaient la découverte et l'inscription corporelle de nuances diverses.

- ➔ Le rythme

Dans la danse, la modulation des qualités de mouvement, si importante dans l'expressivité, repose sur des variations toniques, jouer avec différents tempi permet d'expérimenter des qualités et nuances opposées. Tempo adagio que nous avons expérimenté avec Abdel, lui permettait d'entrer dans nos formes corporelles, de s'assoir,de toucher, de pousser afin d'en créer une autre par contre l'accélération le perturbait, l'angoisse se faisait sentir, nous pouvions observer des morsures ou stéréotypies. A l'inverse, Léon était plus réceptif et créatif avec un tempo moderato, voir presto.
Abdel a évolué pleinement par rapport à ce silence car dès la séance 8, une ambiance sonore était présente, sans angoisse et perturbation. La musique crée un espace, apporte des émotions pour l'Art-thérapeute et l'enfant.
En-effet, lorsque nous avons mis vers la séance 9 une musique lui rappelant ces origines, nous le sentions plus réceptif plus souriant et ouvert à la création.
Chez Léon, nous avons aussi fait du silence vers la musique, le constat est ambivalent car le son le transporte dans le mouvement et les nuances et parfois si il y a paroles dans les chansons, cela peut lui accentuer ses écholalies.

- ➔ La vibration

En début de séance (pour chacune de nos prises en soin), pour permettre l'ancrage, le recentrage, l'enracinement, le bol tibétain et le diapason grâce à leur vibration permettaient une attention particulière.
Nous avons observé que certains enfants autistes recherchent de la contenance, des limites. La peau joue un rôle important , qui peut être perturbant au niveau de la sensation.
C'est ainsi que nous avons travaillé avec beaucoup de précaution en lien avec la vibration en début de séance et en fin de séance.
Le dictionnaire Petit Larousse 2017 définit une vibration:« mouvement oscillatoire rapide, mouvement périodique d'un système matériel autour de sa position d'équilibre.»
En-effet, des stimulations telles que gravité, pressions, percussions,vibrations, effleurage vont moduler le tonus et la disponibilité d'un outil qui est le corps.

4.4. Posture soignante en tant qu'Art-thérapeute

4.4.1. Le cadre thérapeutique

Nous avons observé que cette distance thérapeutique est induite par l'institution, les enfants de l'IMP,connaissent les codes sociaux face aux équipes, et les éducateurs et autres professionnels ne manque pas de leur rappeler les bases d'une socialisation. Mais une fois de plus, face à l'autisme, toutes ces habilités sociales, sont faibles voir inexistantes.
L'exemple de Léon, est un parfait exemple, d'habilité sociale, en effet, celui ci en nous voyant avait une tendance à nous sauter dans les bras, à vouloir nous embrasser pendant la séance. Il est important, de le « recadrer », de lui **apprendre** la nature des codes, la distance sociale et de refuser

22 Gann Kyle, « No silence-4'33 de John Cage " », édition Allia, Paris, 2014

cette marque d'affection. Il est important d'être dans la répétition et dans l'apprentissage, afin de leur permettre de retranscrire ses codes sociaux dans la vie extérieure.
Même si la distance thérapeutique est en lien avec le cadre mis en place par l'Art-thérapeute dès le début de la prise en soin, il est important de s'adapter face à l'enfant et ses troubles. Il n'y a pas de recette ni de savoir faire théorique sur La distance thérapeutique, il y a un savoir faire d'adaptabilité et de réflexion autour de ce sujet. C'est pourquoi, la clé de notre réflexion est la supervision, importante, nécessaire afin de rendre la place au réel et non aux projections diverses.

L'Art-thérapeute/Danse-thérapeute, est l'instigateur de ce cadre thérapeutique des séances. A l'intérieur de ce cadre architectural et contenant rassurant enveloppant, nous avons pu constater que notre posture d'Art-thérapeute devait être souple, surtout en matière d'autisme.
Souple à l'intérieur de ses propositions, de ce qu'il voit, de l'instant T de part le médium qui est la danse, la proposition bouge l'espace, le temps, le rythme est muable.
L'Art-thérapeute est le garant de cette expérimentation de passer d'un mouvement à un autre, d'une spatialité ou d'une temporalité à l'autre d'un type de relation à l'autre.
Un point important en Danse-thérapie est la malléabilité, voyager à travers des propositions que l'autre donne, aménager des transitions pour que la fluidité trouve sa place dans la proposition. Qui dit fluidité dit douceur, limpidité, accessibilité, mobilité donc apaisement chez l'enfant porteur de TSA.
En référence à Donald WINNICOTT dans « De la pédiatrie à la psychanalyse », l'Art-thérapeute assume les fonction de « *Holding, de Hangling, d'Object Presenting.* »

A l'intérieur de notre direction artistique qui est la danse-contact-improvisation, la proposition se partage partiellement ou totalement. Nous avons senti très fortement avec l'enfant autiste que nous devions maintenir notre vigilance pour palier les éventuelles failles à travers le support corps.
Ce travail requiert une concentration et une écoute particulière de notre part.
La chute par exemple dans ce genre de travail fait partie de l'expérience de la faille du lâcher prise, de la prise de risque etc...
En ce qui concerne la Danse-thérapie, nous n'avions pas le droit de chuter avec l'enfant par rapport à son trouble. Nous n'avions pas la possibilité d'expérimenter d'aller dans les extrêmes de l'information sensorielle. Nous devions porter (H*olding),* donner son poids en danse contact suppose une réponse de support, un soutien, qui entraîne une possibilité de prendre appui de faire confiance mais aussi de repousser, d'être donc dans l'interaction.
Tout ces verbes d'action nous font acquiescer l'hypothèse de la relation, mettre en relation.
Comme nous l'avons vu, ces duos ont été riche en terme de **relation**, de proposition avec Abdel.
Nous avons parler de bienveillance, d'attention, d'enveloppe.

Quelle est la place du regard de l'Art-thérapeute ?
Nous somme à l'intérieur d'un processus thérapeutique, de soin, l'Art-thérapeute doit aussi voir, voir dans sa globalité l'enfant pour pouvoir l'évaluer.
Avec l'accord de notre direction, nous avions un support vidéo (gopro), et donc un travail de relecture visuel après chaque séance. Ce support est obligatoire pour prendre en compte le détail, ce qui peut se passer derrière notre dos.
Outre le fait que ce support soit nécessaire, n'oublions pas qu'avant d'être Art-thérapeute, nous avons une forte pratique artistique en tant que danseuse, professeur de danse et chorégraphe. Au cours de toutes ces années de pratique, le regard est un support qui s'est éduqué et affûté .

Comment utiliser de manière pertinente le sens de la vue, le regard à des fins thérapeutiques ?
En tant qu'interprète, la perception visuelle nous permet de rentrer en contact avec notre environnement, ce qui permet d'investir l'espace dans lequel nous évoluons. Mais c'est aussi, d'interagir avec des objets, des personnes. Cette éducation chorégraphique, nous apparaît prendre

tout son sens dans le thérapeutique et surtout dans cette dimension de danse-contact avec l'enfant.
Le regard expose la façon dont celui-ci contribue à la perception de la verticalité et de la distance, deux éléments fondamentaux dans la motricité. De plus, il y dévoile sa fonction stabilisatrice en lien avec le système vestibulaire. Le réflexe vestibulo-oculaire* permet en effet de stabiliser l'image du monde sur la rétine, alors que le corps est en mouvement.

L'Art-thérapeute a aussi une place de spectateur, de regarder l'autre, de l'analyser et donc de l'interpréter. L'interprétation a été l'action la plus difficile dans notre travail de thérapeute, comment assimiler l'information, comment synthétiser pour en faire une valeur qualitative ou quantitative dans notre grille d'évaluation.

Celui que nous sommes en tant que Danse-thérapeute, qui regarde doit être à l'écoute de l'oeuvre qui est en train de se réaliser sous ses yeux, ce que nous voyons se mêle à ce que nous sentons, à ce que nous sommes et à nos expériences.

Oliver SACKS, médecin, neurologue et écrivain, dira dans *« un anthropologue sur mars »*[23], « *Notre esprit ne fonctionne pas du tout comme une caméra ou une machine : toute perception est une création et tout souvenir est une re-création. »*

4.4.2. Besoin des patients

Avec Léon, de part ses compétences nous avons développé nos propositions, par un dialogue corporel, jeu du chacun son tour.
Ces improvisations où intervienne l'écoute musicale permettent d'intégrer l'autre dans un fonctionnement « social », de construire une relation à l'image de la communication verbale, codes de la communication verbale, qui sont encore des codes sociaux. Ce dialogue était pour nous aussi une métaphore des « habilités sociales » qui est souvent un problème dans l'autisme. Mais ce jeu moteur avait aussi pour but de créer du mouvement, à explorer des catégories de mouvements inhabituels. Souvent à l'intérieur de l'autisme, le corps est fonctionnel basiquement et assez robotique ne permettant aucune nuance, aucune fluidité. Le corps s'appauvrit de « torsions », pour Benoît LESAGE[24], docteur en sciences-humaines et Danse-thérapeute, le mouvement « spiroïde » met en jeu un relationnel different, le tonus est different et tous les groupes musculaires se mettent en jeu.

A travers les arts corporels se jouent une autre dimension, une dimension extérieur, et intérieur grâce à la sensation, l'émotion et l'organique. Didier ANZIEU[25] parle de triade du corps qui fonde le modèle originaire du corps, *peau, chair, os* et donne lieu par transposition à une triade cognitive, dehors, dedans, milieu.
L'enfant Autiste a besoin de trouver une connexion avec l'extérieur, mais que cette connexion soit le plus facile possible.
L'enfant doit être au cœur d'un processus de transformation par la création, donc donner de la matière, de développer des propositions.
Laurence LOUPPE[26]*, historienne de la danse,* nomme *« polyphonie intérieur »* sorte de *« partition mouvante et intime : respirations, poussées, décharges émotives et pondérales dont notre corps est le foyer.»*

Nous avons aussi remarqué avec beaucoup de surprise et de bonheur, que les enfants répondaient merveilleusement bien aux propositions vibratoires et sonores.

---

23 Sacks Oliver, « Un anthropologue sur mars-sept histoires paradoxales », édition Seuil, Paris, 2003, p248
24 Lesage Benoît, « La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils et clinique en danse thérapie », édition Erès, Toulouse, 2009
25 Anzieu Didier, « Liminaire : le penser, la pensée, les pensées et leur vocabulaire », édition Dunod, Paris, 1993, p1-14
26 Louppe Laurence, « Danses tracées. Dessins et notations des chorégraphes, édition Broché, Paris, 1994, p10, p14-16

Dans toutes les prises en soin au sein de l'institution, le bol tibétain et le diapason ont eu une place d'une importance capitale.
Avec le bol tibétain on crée un environnement qui contient et qui procure un bain vibratoire. Cette vibration Benoît LESAGE dans *« La danse dans le processus thérapeutique »* cite FROHLICH qui lui *insiste sur l'archaïcité du vibratoire qui est une source première d'unification*.
Il donne aussi l'exemple du chaman qui crée cette enveloppe pour un travail psychique favorable.
Par l'utilisation du diapason médical, l'enfant écoute, accentue des mouvements de tête, regarde, le son est personnel et entre dans la sphère de l'intime.
De plus nous avons constaté que la vibration est localisée, qui entraîne chez certain des mots.
Pour Abdel nous avons pu entendre, « ventre », « pied », « encore », « super », pour Léon, le schéma corporel s'installait doucement et le vocabulaire avec.
Dans le futur, nous aimerions trouver d'autre vecteur de vibrations, tel que la ceinture ballons, ou des gros tambours, des enceintes diffusant une musique vibrante, des gongs etc...
Dans le film « *Nel Giardino Dei Suoni »*(dans le jardin des sons) de Nicola BELLUCI, on fait la rencontre d'un Musicothérapeute aveugle, Wolfgang FASSER qui entre dans les sens, par la vibration. On le voit à plusieurs reprises faire vibrer des bols tibétains sur le torses de jeunes autistes, ou de faire vibrer un piano à pouces sur le ventre d'une jeune polyhandicapée.

4.4.3. Travail en collaboration

Le travail en équipe ne va pas de soi, et n'est pas simple, il demande un effort, de la concentration du temps, un engagement et une acceptation de certaines règles de vie de groupe.
Dans l'engagement, il y a la perception de l'autre, de soi dans son identité, ses actions, ses possibles et limites.
La différence construit, nourrit, fait avancer mais elle questionne beaucoup.
L'entrée dans un groupe est un processus graduel, surtout si il s'agit d'une expérience nouvelle.
Même si la prise en charge est individuelle avec l'enfant elle en devient collective avec l'équipe,
la mise en équipe permet d'influencer la bonne réussite thérapeutique.

Le travail en équipe dispose de ses espace de régulations. Les temps de réunion permettent d'échanger des points de vue, coordonner différentes prise en charge, réorienter une stratégie, alarmer si un épuisement professionnel se manifeste.

Roger MUCCHIELLI[27], psycho-sociologue, définit dans la structure d'un groupe sept éléments psychologiques essentiels :

*1.*les interactions entre ses membres ;
*2.*la reconnaissance d'objectifs collectifs ;
*3.*l'émergence de normes ou règles de conduite ;
*4.*la formation d'une structure informelle portant sur l'affectivité et sur la dualité sympathie/l'antipathie, très souvent fonctionnant sans lois officielles ;
*5.*l'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs ;
*6.*l'existence d'un inconscient collectif ;
*7.*la réalisation d'un certain niveau d'équilibre interne et de relations stables avec l'extérieur.

L'Art-thérapie fait partie d'un tout, nous ne prétendons à aucun moment « guérir », l'Art-thérapie peut juste se vanter de l'amélioration du patient à un instant T.
Et cette amélioration est aussi du à la diversité des personnes, leurs compétences, leurs technicités , leur réflexion face à la pathologie, leurs rôles dans l'institution.

Une autre fonction de l'équipe peut se faire dans la continuité avec un autre professionnel.

27 Mucchielli Roger, « La dynamique des groupes », édition ESF, Issy-les-Moulineaux, 2006

Par exemple, nous savons que pour les deux enfants étudiés Abdel et Léon, la vibration et le son du bol tibétain est régulateur d'angoisse.
Ne serait il pas intéressant de faire des liens entres les différentes prise en soin pour créer une unité chez l'enfant ?
Un autre exemple étant le travail de la psychomotricienne dans l'institution.
Nous avons été très sensible de ces bilans, ils étaient d'une grande richesse pour nous faire comprendre certain comportement, ainsi que nos différents échanges sur la mobilité des corps par rapport aux chaînes musculaires était nécessaire dans mon élaboration thérapeutique.

PARTIE V CONCLUSION

La présente étude a permis de construire différents outils permettant d'améliorer les capacités relationnelles et de diminuer les troubles du comportement dans l'autisme. la rencontre avec L'autisme au sein de l'IMP de Port Neuf, fut intense dans la profusion d'informations.

Pour répondre à notre hypothèse de travail, ce médium corporel nous a apparu pertinent.
La danse contemporaine c'est avant tout, un art, un corps, un relationnel, des sensations, un monde intérieur qui s'ouvre vers l'extérieur, tout ce que nous avions envie d'étudier et de développer au cœur de l'autisme.

Face à ce trouble du spectre autistique, nous avons découvert différents modes de prise en charge comme l'orthophonie, la psychomotricité, les thérapies d'échange et de développement.
Nous nous sommes familiarisés aux outils de communication pour favoriser leur intégration sociale, tel que le PECS, et le langage des signes. Nous nous sommes intéressés à certaines méthodes à référence comportementale comme ABA, TEACCH.
Ces méthodes d'accompagnement sont en constante évolution et sur le plan scientifique la recherche est très active, tant au niveau étiologie, programmes éducatifs, moyens thérapeutiques et accompagnement.

Les résultats de notre étude sont dignes d'intérêt, car malgré le déficit sur le plan de la communication et de la socialisation lié à l'autisme, nos deux études de cas nous ont prouvé que le médium corporel restaure la qualité relationnelle et diminue fortement les troubles du comportements.

Les séances d'Art-thérapie, peuvent servir de porte d'entrée au monde extérieur mais aussi permettent à l'Art-thérapeute d'intégrer le monde intérieur de l'enfant en créant un climat de confiance et un espace sécurisant.

Au cœur de nos séances, plusieurs outils furent nécessaires afin d'argumenter notre hypothèse de travail .
En effet, la technique de ***l'imitation***, aide au développement des capacités de communication, d'interaction, et d'expression de soi ainsi qu'au processus d'identification.
La ***danse-contact-improvisation***, aide à développer les capacités sensorielles, le contact, la relation et de l'interaction.
La ***vibration de l'instrument***, favorise l'écoute et l'attention.
L e ***rythme*** lié aux mouvements, favorise la nuance corporelle, les capacités d'écoute de son partenaire, la concentration, canalise les stéréotypies.

Malheureusement, ses outils ont leurs limites et l'autisme est un syndrome complexe et en constante évolution.

Le thérapeute doit s'adapter aux besoins de chaque enfant, d'où la mise en place de séances individuelles.
Certains enfants autistes peuvent avoir besoin de structure plus directive, plus didactique (Léon) et pour d'autres, d'outils plus expérimentaux et plus improvisés (Abdel).
Et puis certains ne sont pas prêts pour le travail Art-thérapeutique car cela s'avère trop angoissant.

En lien avec bon nombre de littérature scientifique, l'autisme implique une évolution à très long terme, et nous affirmons qu'il nous faudrait plusieurs années de pratique avec les mêmes enfants pour en tirer des conclusions pertinentes.
Cette alliance thérapeutique demande beaucoup de temps, et le travail qui en découle se fait sur la

longueur ce qui aide l'enfant dans son cheminement.

Depuis 2005, les plans autistiques sont au nombre de 4, et le quatrième sera mis en place à la fin de l'année.
L'autisme représente un enjeu politique de taille et il reste encore beaucoup à faire pour qu'avancent les choses et l'opinion publique.N'oublions pas un chiffre essentiel, l'autisme représente 1 enfant sur 160 à la naissance d'après les derniers chiffres de l'OMS (avril 2017).

Aujourd'hui, nous restons convaincus que l'Art-thérapie est un support adapté à l'autisme mais que le thérapeute doit être très précis avec le médium utilisé et en connaître les limites.

Tout effort vers la connaissance est vain. Tout n'est qu'expérience et qu'aventure. Sans cesse, nous formons de nouveaux mélanges avec des éléments inconnus.

Virginia Woolf

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE Christophe. *Imparfaits, libres et heureux: Pratiques de l'estime de soi, édition* Odile Jacob, Paris, 2009
- ANZIEU Didier, « Liminaire : le penser, la pensée, les pensées et leur vocabulaire », édition Dunod, Paris, 1993, p1-14
- ARNOLD François, AMEISEN Jean Claude et MAUGOURD Marie-France, *Les couleurs de l'oubli,* édition De l'Atelier, Ivry-sur Seine, 2014
- BARTHELEMY Catherine et BONNET-BRILHAULT Frédérique, *L'autisme de l'enfance à l'âge adulte,* édition *Lavoisier, Cachan, 2012*
- *BENENZON Rolando-Omar, La musicothérapie : La part oubliée de la personnalité, édition De Boeck, Bruxelles, 2004*
- *BOURCIER Paul, Histoire de la danse en Occident,* édition *Seuil,Paris, 1978*
- BOURCIER Paul, *Histoire de la danse en occident Tome 2, Du romantique au contemporain,* édition *Seuil, Paris 1999*
- BRUNOD Régis, CAUCAL Danièle, *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme, édition Autisme diffusion AFD,* Mouans-Sartoux, 2010
- BUTTEN Howard, Il y a quelqu'un là-dedans, des autismes, édition Odile Jacob, Paris, 2003
- CAGE John, et BARRAS Vincent, *Silence,* édition Héros-Limite, Genève, 2012
- CASSIERS Fabienne. *Musicothérapie et autisme : Deux études de cas selon le modèle de Rolando Benenzon*. édition du Non Verbal, Parempuyre, 2003
- DUBOWSKI Janek, et EVANS Kathy, *Art Therapy with Children on the Autistic Spectrum* Jessica Kingsley Publishers, London, 2001
- FRETARD Dominique, *Danse contemporaine : Danse et non-Danse, vingt-cinq ans d'histoires,* édition Cercle d'Art, Paris, 2004
- GANN Kyle, *No silence - 4'33" de John Cage,* édition *Allia,* Paris, 2014
- GODFROY Alice, *Prendre corps et langue : Etude pour une «dansité» de l'écriture poétique, édition* Ganse Arts et Lettres, Paris, 2015
- CREMEZI Sylvie, *La signature de la danse contemporaine,* édition *Chiron,* Paris, 1997
- GAETNER Rose. *De l'imitation à la création : les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme,* édition Presses universitaires de France - PUF, 2000
- GRANDIN Temple, *Thinking in Pictures*. 2nd édition Bloomsbury Publishing PLC, Londres, 2006
- GRANDIN Temple, et PANEK Richard, *Dans le cerveau des autistes,* édition Odile Jacob, Paris, 2014
- GRANDIN Temple, *ma vie d'autiste,*édition *Odile Jacob, Paris, 2000*
- *IZRINE Agnès, La Danse dans tous ses états, édition L'Arche éditeur, Paris, 2002*

- LELORD Gilbert, *L'Exploration de l'autisme : Le médecin, l'enfant et sa maman,* édition Grasset, Paris, 1998
- LENOIR Pascal, MALVY Joëlle, BODIER-RETHORE Chrystèle , *L'autisme et les troubles du développement psychologique.Les âges de la vie,* 2nd édition Elsevier / Masson, 2007
- LEMAY Michel, *L'Autisme aujourd'hui,* édition Odile Jacob, Paris, 2017
- LESAGE Benoît, lL*a danse dans le processus thérapeutique*, édition Erès, Toulouse, 2006
- LOUPPE Laurence, *Poétique de la danse contemporaine,* 3e édition Contredanse, Bruxelles, 2004
- *LOUPPE* Laurence, *Poétique de la danse contemporaine : La suite,* édition Contredanse, 2007
- MARTINET Susanne, *La musique du corps : Expression par le mouvement,* 2e édition Signal, Lausanne, 1991
- NADEL Jacqueline, Imiter pour grandir. Développement du bébé et de l'enfant avec autisme , édition Dunod, Paris, 2011
- NOGUEZ Dominique, *Si la danse est une pensée : Suivi de quelques notules sur la danse contemporaine,* édition du Sandre, Paris, 2011
- RIZZOLATTI Giacomo, *Les neurones miroirs , édition* Odile Jacob, Paris, 2008
- SACKS Oliver, *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau. et autres récits cliniques,* édition Points, Paris, 2014.
- *SACKS Oliver, L'oeil de l'esprit,* édition Points*,* Paris, 2014
- *SACKS Oliver, Musicophilia La musique, le cerveau et nous,* édition Points, Paris, 2014
- SCHOTT- BILLMANN France, *Quand la danse guérit,* édition Le Courrier du Livre, Paris, 2012
- SCHOVANEC Josef, GLORION Caroline, REVIL Sophie, et AMEISEN Jean Claude *Je suis à l'Est !* édition revue et corrigée, Paris, 2013.
- TAMMET Daniel *Je suis né un jour bleu,* édition 84, Paris, 2009
- VAYSSE Jocelyne, *La danse-thérapie : Histoires, techniques, théories,* édition L'Harmattan, Paris, 2006
- WILLIAMS Donna, *Nobody Nowhere: The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl,* édition New, Londres, 1998
- WINNICOTT Donald Woods, *De la pédiatrie à la psychanalyse, édition Payot, Mesnil-sur-l'Estrée, 2010*

CONFERENCE

- *État de la recherche scientifique sur l'autisme,* France Culture*, École normale supérieure Maître de conférence :Franck Ramus,* Directeur de recherches, CNRS/ENS
- *Le cerveau et le mouvement : le sixième sens , Maître de conférence : Alain Berthoz, 7 février 2000*

EMISSIONS DE RADIO

- *L'autisme : quelles origines, quels traitements ?*, La méthode scientifique par Nicola Martin, *France Culture,09 janvier 2017*, invités*:* Frédérique Bonnet-Brilhault
  Pédopsychiatre et professeure de médecine au CHRU de Tours,
  Thomas Bourgeron, Professeur à l'université Paris Diderot et responsable de l'unité génétique humaine et fonctions cognitives au département de Neuroscience de l'Institut Pasteur

- *Portrait sonore d'un Autiste musicien*, invité Emilien Hamel, France Culture, 6 décembre 2016.
- *L'autisme : une guerre de cent ans* , La marche des sciencs, Aurélie Luneau,*France Culture*,17 mai 2012, invités : Catherine Barthélémy Pédopsychiatre, Jean-Claude Ameisen Médecin, immunologiste et chercheur en biologie. Il est directeur du Centre d'études du vivant de l'Institut des humanités de Paris de l'université Paris Diderot
- *Vivre ensemble*, Sur les épaules de Darwin, France Inter, Jean-Claude Ameisen, 2 avril 2011

FILM :

- **« Le MUR, la psychanalyse à l'épreuve de l'autisme »,** Robert, Sophie, ***Dragon Bleu TV***
- **« Mon petit frere de la lune »** de Aideravar
- **« Nel Giardino dei Suoni »,** de Nicola Bellucci

GLOSSAIRE

Anamnèse : Ensemble des renseignements fournis par l'interrogatoire du sujet sur son passé et l'histoire de sa maladie.

Bol tibétain : a une forme particulière de cloche renversée sans battant que l'on fait résonner à l'aide d'un maillet. Initialement utilisés comme instrument traditionnel par les écoles bouddhistes.

Diapason médical : Instrument de métal formé d'une lame vibrante en U montée sur une tige, couramment utilisé au cours du diagnostic des surdités et des maladies neurologiques.

Echolalie : est une tendance spontanée à répéter systématiquement tout ou une partie des phrases, habituellement de l'interlocuteur, en guise de réponse verbale.

Echopraxie : est une tendance involontaire spontanée à répéter ou imiter les mouvements d'un autre individu. Ce trouble est très proche de l'écholalie, la répétition involontaire des paroles d'un autre individu.

Feldenkrais : La méthode Feldenkrais a été mise au point par Moshe Feldenkrais dans les années 30, pour aider à retrouver le geste juste, c'est-à-dire celui qui n'engendre ni tension ni douleur dans sa réalisation.

Haptonomie : Le concept a été créé par le psychothérapeute Frans Veldman après la Seconde Guerre mondiale : il l'a originellement défini comme un ensemble de pratiques cherchant à intensifier les bienfaits de l'accompagnement thérapeutique par une attention particulière accordée à la relation, dans laquelle le toucher, notamment, prend une place particulière.

Holding : terme désigné par D.W. WINNICOTT, le maintien, c'est l'ensemble des soins de la mère données à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques.

Item : est la plus petite unité appréciable d'un niveau d'organisation. L'item est un élément sensible caractéristique de l'évaluation.

Kinésphère : Théorisée par Rudolf Laban, la kinésphère désigne l'espace accessible directement aux membres d'une personne, elle s'étend tout autour d'elle, jusqu'à l'extrémité de ses doigts et pieds tendus dans toutes les directions. Cette sphère imaginaire placée autour de la personne est surtout utilisée en danse et en théâtre et symbolise l'espace personnel de l'artiste qui est le centre de cette sphère.

Proprioception : La proprioception regroupe les récepteurs et l'ensemble des terminaisons nerveuses permettant à un individu de connaître la position et les mouvements de son propre corps sans avoir à les observer visuellement

Setting : Terme inventé par le musicothérapeute, R.Benenzo, la mise en place de l'atelier.

Time timer : Un outil qui permet de matérialiser le temps par une représentation visuelle

Starter : Dispositif utilisé pour débuter l'atelier

Vestibulo-oculaire : utilise une entrée vestibulaire afin de maintenir les images stables sur la rétine durant les rotations de la tête brèves et rapides

Listes des abréviations

ABA :*Applied behavior analysis.* Application des principes behavioristes à la modification du comportement

ADI-R : *Autism Diagnostic Interview-Revised* est une entrevue semi-structurée faite par un clinicien avec les parents ou tuteurs de l'enfant

ADAPEI : *Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales* (anciennement Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés)

ADOS : *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Outil créé par C.Lord en vue de la standardisation du diagnostique

AVS : *Auxiliaire de Vie Scolaire*

BMC : *Body-Mind Centering* est une approche pédagogique d'éducation somatique par le mouvement et le toucher.

CARS : *Childhood Autism Rating Scale utilisé au départ par des spécialistes du diagnostic pour observer et évaluer les comportements durant la passation de tests psychologiques*

CHAT *: Check-list for Autism in Toddlers* est constitué de deux questionnaires : l'un réservé aux parents, l'autre au médecin ou travailleur social.

CIM 10: *Classification internationale des maladies,* 10ème révision.

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

HAS : Haute Autorité de Santé. Organisme Français qui exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique

IMP : I*nstitut Médico-Pédagogique*

INSERM ***:*** *Institut national de la santé et de la recherche médicale*

IRM*: Imagerie par résonance magnétique*

MDPH : *La Maison Départementale des Personnes Handicapées* est un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées.

OMS : *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

UHE : *Unité d'Hospitalisation pour Enfants*

PECS : *Picture Exchange System*. Technique de communication par pictogrammes

PEP-R : Le *Psycho-Educational Profile* ou *« Profil Psycho-Éducatif »* est un test destiné aux enfants souffrant de troubles autistiques

PES : *Prise En Soin*

QI : *Quotient Intellectuel*

SESSAD *:Service d'éducation spéciale et de soins à domicile*

TEACCH *:Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children* stratégies pour soutenir la personne autiste et favoriser son autonomie en s'adaptant a ses besoins individuels

TED *: Troubles Envahissants du Développement*

TSA : *Trouble du Spectre Autistique*

UHE *:Unités d'Hospitalisation pour Enfants*

ULIS *: Unités Localisées pour l'inclusion scolaire*

Glossaire des noms propres:

ASPERGER. H : (Né en 1906 et mort en 1980), psychiatre Autrichien, qui a donné son nom au syndrome d'Asperger

BENENZON.R.O : (Né en 1939), un des plus grands pionniers mondiaux de la musicothérapie, psychiatre, musicien Argentin

BERTHOZ.A : est un ingénieur et neurophysiologiste français, membre de l'Académie des sciences (depuis 2003), de l'Académie des technologies (depuis 2010) et professeur honoraire au Collège de France (chaire de physiologie de la perception et de l'action).

BLEULER.E : (Né en 1857, mort en 1939), psychiatre Suisse. Il est connu pour avoir inventé et introduit dans le vocabulaire psychiatrique les termes schizophrénie et d'autisme.

BULLINGER.A : (Né en 1941 à Genève où il est mort EN 2015), est un psychologue suisse et professeur ordinaire de psychologie expérimentale à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève

BUTTEN.H: (Né en 1950), est un psychologue spécialiste de l'Autisme, écrivain et clown Américain.

DECETY.J : né en 1960, professeur de psychologie et de psychiatrie à l'université de Chicago (USA). Il dirige le Child Neurosuite et le Social Cognitive Neuroscience Laboratory. Il est un spécialiste de neurosciences sociales et est le co-fondateur de la Society for Social Neuroscience. Ses recherches se focalisent sur le développement et les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent l'empathie, le jugement moral, la sensibilité à la justice, ainsi que d'autres domaines liés à la façon dont nous pensons et agissons dans des situations sociales.

DALCROZE.E.J : (Né en 1865, mort en 1950), est un musicien, compositeur, pédagogue et chansonnier suisse. Il est en particulier le créateur de la méthode de rythmique qui porte son nom.

DELSARTE.F : (Né en 1811, mort en 1871), est un chanteur, pédagogue et théoricien du mouvement français. Ses enseignements ont joué un rôle important dans l'émergence de la danse moderne, particulièrement aux États-Unis.

GODFROY.A : (Née en 1983), est agrégée de Lettres modernes, docteure en Littérature comparée et Maître de conférences en danse à l'Université de Nice Sophia Antipolis.

LABAN.R : est un danseur, chorégraphe, pédagogue et théoricien de la danse Hongrois. Il est connu pour avoir inventé de nouvelles conceptions du mouvement et de la notation chorégraphique : la labanotation.

LIPPS.T : (Né en 1851 et mort en 1914), philosophe Allemand surtout connu pour ses travaux sur l'empathie.

KANNER.L : (Né en 1894, mort en 1981), est un pédopsychiatre connu pour avoir défini le tableau clinique de l'autisme infantile précoce.

NADEL.J : (Née en 1938),Psychologue, Jacqueline Nadel est directeur de recherche CNRS au Centre Emotion,
Hôpital de La Salpêtrière.
Ses recherches sont focalisées sur les origines de la cognition sociale. Ses domaines d'expertise concernent l'imitation, l'émotion et les précurseurs de l'intentionnalité chez les très jeunes enfants et les enfants présentant un diagnostic d'autisme sévère.

PAXTON.S : (Né en 1939) est un danseur, chorégraphe et pédagogue américain. À partir de 1972, il expérimente et enseigne la pratique de la danse contact.

ROGERS.C : né en 1902 et mort en 1987, est un psychologue humaniste américain.

SCHILDER.P : (Né en 1886 et mort en 1940), psychiatre Autrichien, est un des premiers protagonistes de la psychologie du moi, un des fondateurs de la thérapie de groupe, et le créateur de la notion d'image du corps.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Fiche d'ouverture
Annexe II : Fiche d'observation
Annexe II : Items sur l'imitation
Annexe III : Echelles d'évaluation
Annexe IV : Autorisation des parents
Annexe V : Autorisation d'utilisation des oeuvres

Annexe I : Fiche d'ouverture IMP

Date: Lieu :

Nom		
Prénom		Âge :
Date de naissance		

Prescripteur:

Troubles: Médicaments:

Suivi paramédical:

Anamnèse:

Goûts et centres d'intérêts:

J'aime **J'aime pas**

Objectifs Thérapeutiques

Définis dans le projet personnalisé:

définis par AT:

Objectifs Intermédiaires

-
-
-
-

le cadre:

le protocole:

nombre de séances: **temps:**

Annexe II : Fiche d'observation IMP

Enfant : **Heure :** **Durée de la séance :**	**Séance n° :**	**Date :**
	Séances	
Etat de l'enfant avant P.E.S : **Etat de l'enfant après P.E.S :** **Objectif général :** **Objectif intermédiaire :** **Objectif artistique de la séance :** **Nature de la prise en soin :** ***Imitation (still face)** ***mise en situation** ***exercices** ***jeu**		
	Evénements particuliers durant la semaine	
Changement de rituel : **Observation/comportement particulier durant la semaine observés sur groupe de vie :** **Faits/événements rapportés par les professionnels :**		

Annexe III :

- **Pour les échelles d'évaluation, nous présentons l'échelle M-CHAT et une partie de CARS, que nous retrouvons, p14, p43, p49 .**

- **Pour ce qui est de ADOS et ADI-R ce sont des tests protégés d'environ 20 pages qu'il est interdit de présenter dans ce mémoire.**

Dépistage Autisme

Outils d'évaluation des signes d'alerte

1- le M-CHAT
2- Le listing des signes d'alerte de Filipek
3- Le questionnaire parentale sur le développement de Filipek

1/ le Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) – un test qui permet de détecter les premiers signes de l'autisme chez les enfants âgés de 16 à 30 mois.

Un premier test de dépistage de l'autisme, le CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), a été initialement mis au point et validé dans les années 90 par une équipe de chercheurs dont Simon Baron-Cohen.
En 2001, une équipe de chercheurs américains a voulu augmenter la sensibilité du CHAT en étendant cet outil de dépistage à des nouveaux items. Le M-CHAT (ou CHAT modifié) a été publié par Diana Robins.
Ce test peut aider les médecins à déceler des signes précoces d'autisme dans la petite enfance, de sorte que les programmes éducatifs peuvent être entrepris des mois, voire des années avant l'établissement d'un diagnostic.

Le M-C.H.A.T. est constitué d'un questionnaire un réservé aux parents. Il compte des items qui testent plusieurs domaines de développement, dont ceux qui intéressent l'autisme, mais aussi d'autres domaines, comme par exemple le développement moteur.

Le M-C.H.A.T. a été validé sur près de 1.300 enfants. Six items ont été identifiés comme pouvant prédire l'autisme. Ainsi, l'absence de certains comportements, ou des perturbations importantes de ceux-ci, doivent être considérés comme des signes d'alerte. Parmi les 23 items, les items clé sont :

- Item 2 : Intérêt pour les autres enfants
- Item 7 : Pointage proto-déclaratif (pointer du doigt pour indiquer un intérêt dans quelque chose)
- Item 9 : Amener des objets aux parents
- Item 13 : Imitation
- Item 14 : Réponse de l'enfant à son prénom quand il est appelé
- Item 15 : Capacité à suivre le pointage de l'adulte

Si l'enfant échoue à 2 des items considérés comme prédictifs de l'autisme ci-dessus ou à 3 de l'ensemble des items, un suivi et une évaluation doivent être entrepris.

Avertissement : le M-Chat est cité ici à titre d'information permettant d'évaluer éventuellement les signes d'alerte. Il doit être consulté avec beaucoup de prudence car il n'est pas fiable à 100%. Il n'est pas conçu pour être interprété par les parents, qui effectuent les observations et notent les réponses aux items. En cas de doute, les parents concernés doivent consulter un service de pédopsychiatrie ou de neuropédiatrie spécialisé pour l'interprétation des résultats (Où trouver ces services spécialisés ? voir Centre de Ressources Autisme). Seule une équipe spécialisée pluridisciplinaire est apte à poser un diagnostic.

Questionnaire pour les parents

Le questionnaire doit être rempli en se basant sur le comportement **habituel** de l'enfant. Il convient d'essayer de répondre à toutes les questions. Si le comportement est exceptionnel (s'il n'a été observé qu'une ou deux fois seulement), il faut répondre à l'item par la négative.

1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux?	Oui	Non
2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants?	Oui	Non
3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers?	Oui	Non
4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'?	Oui	Non
5. Votre enfant joue t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux?	Oui	Non
6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose?	Oui	Non
7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent?	Oui	Non
8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber?	Oui	Non
9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer?	Oui	Non
10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux?	Oui	Non
11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles)	Oui	Non
12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire?	Oui	Non
13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?)	Oui	Non
14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appelez?	Oui	Non
15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux?	Oui	Non
16. Votre enfant marche t-il sans aide?	Oui	Non
17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez?	Oui	Non
18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage?	Oui	Non
19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité?	Oui	Non
20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd?	Oui	Non
21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent?	Oui	Non
22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but?	Oui	Non
23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle?	Oui	Non

Source : Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J., (2001). The Modified Check-List for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 31 (2), 131-144.

Copyright : ©1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton.

Comment interpréter le M-CHAT ?

Il faut suspecter des signes d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation :

- soit à deux des items considérés comme critiques,
- soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses **à trois items**.

Les réponses oui/non sont traduites en réponses normale/à risque autistique.
Ci-dessous sont les réponses à risque autistique.
Les items en **italiques gras** sont les items critiques soit les items numéro 2, 7, 9, 13,14 et 15.

AVERTISSEMENT : Il n'est pas dit que tous les enfants à risque autistique à ce questionnaire auront un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient avoir une évaluation plus approfondie par des spécialistes. L'utilité du M-CHAT est donc d'accélérer le processus de diagnostic.

Grille de décodage :

1. Non	6. Non	11. Oui	16. Non	21. Non
2. Non	***7. Non***	12. Non	17. Non	22. Oui
3. Non	8. Non	***13. Non***	18. Oui	23. Non
4. Non	***9. Non***	***14. Non***	19. Non	-
5. Non	10. Non	***15. Non***	20. Oui	-

2/ Le listing des signes d'alerte de Filipek
Source : Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook, EH, Dawson G, Gordon B*, et al.* The screening
and diagnosis of autistic spectrum disorders. J Autism Dev Disord 1999;29(6):439-84.

Inquiétudes sur la communication
Ne répond pas à son nom
Ne sait pas demander ce qu'il (elle) veut
Retard de langage
Ne répond pas à des consignes
Paraît sourd(e) parfois
Semble entendre par moments mais pas à d'autres
Ne pointe pas ou ne fait pas « au revoir »
Disait quelques mots, mais maintenant n'en dit plus

Inquiétudes sur la socialisation
Ne sourit pas
Semble préférer jouer seul(e)
Prend les choses pour lui(elle)
Est très indépendant(e)
Fait les choses « tôt »
A un contact oculaire pauvre
Est dans son propre monde
Nous ignore
N'est pas intéressé(e) par les autres enfants

Inquiétudes sur le comportement
Accès de colère
Est hyperactif(ve)/peu coopératif(ve) ou opposant(e)
Ne sait pas jouer avec des jouets
Recommence sans fin les mêmes choses
Marche sur la pointe des pieds
A un attachement anormal à des jouets (tient toujours un même objet)
Aligne les objets
Est hypersensible à certaines textures ou bruits
A des mouvements bizarres

Signes d'alerte absolue nécessitant des investigations immédiates
Absence de babillage à 12 mois
Absence de pointage ou d'autre geste à 12 mois
Absence de mot simple à 16 mois
Absence d'association de 2 mots à 24 mois
Toute régression au niveau du langage ou des compétences sociales, quel que soit l'âge.

3/ Le questionnaire parentale sur le développement de Filipek 1999, traduction de l'Inserm, 2001.

« Est-ce-qu'il… » ou « Est-ce qu'elle… »
Socialisation
… se niche comme les autres enfants ?
… vous regarde lorsque vous lui parlez ou jouez avec lui/elle ?
… sourit en réponse à un sourire d'une autre personne ?
… se joint à un jeu à deux, allant de l'un à l'autre ?
… fait des jeux d'imitation simples comme cache-cache ou la ronde ?
… s'intéresse aux autres enfants ?

Communication
… pointe avec son doigt ?
… utilise des gestes ? fait oui ou non ?
… attire votre attention en vous montrant des objets ?
… a quelque chose de bizarre dans son langage ?
… montre des choses aux autres personnes ?
… conduit un adulte par la main ?
… ne répond pas toujours à son nom ? … à des instructions ?
… utilise un langage écholalique, répétitif ?
… retient par coeur des séquences de mots ou des scénarii ?

Comportement
… a des mouvements répétitifs, stéréotypés ou bizarres ?
… a un nombre très limité de préoccupations ou d'intérêts ?
… s'intéresse davantage aux parties d'un objet qu'à l'ensemble (ex. : les roues d'une
voiture)
… a un jeu de faire semblant absent ou limité ?
… imite les actions des autres ?
… joue toujours avec ses jouets de la même manière ?
… est fortement attaché(e) à un objet précis mais insolite ?

CARS-T

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

Eric SCHOPLER et col.
Traduction et adaptation française : Bernadette ROGÉ

CAHIER DE NOTATION

Nom ……

Date de l'examen Année …… Mois…..…….. Jour……

Date de naissance Année …… Mois…..…….. Jour……

Âge chronologique Année …… Mois…..……..

Examinateur ……

SCORES AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	SCORE TOTAL

15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60

NON AUTISTIQUE — LÉGÈREMENT À MOYENNEMENT AUTISTIQUE — SÉVÉREMENT AUTISTIQUE

CONSIGNES D'ADMINISTRATION

Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires 1,5 - 2,5 - 3,5. Pour chaque item, des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du Manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

I. RELATIONS SOCIALES

1. ***Pas de difficulté ou d'anomalie dans les relations avec les personnes***. Le comportement de l'enfant est approprié pour son âge. Un certain degré de timidité, de gène ou de contrariété lie au fait d'être guidé dans
1,5 les activités peut être observé, mais pas davantage que chez les enfants normaux du même âge

2. ***Anomalies mineures dans les relations***. L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, peut éviter l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée, être excessivement timide, être
2,5 moins sensible à la présence de l'adulte qu'il ne serait normal ou s'agripper aux parents légèrement plus souvent que la plupart des enfants du même âge.

3. ***Anomalies moyennes dans les relations***. L'enfant présente parfois des comportements de retrait, il paraît insensible à la présence de l'adulte. Une intervention importante et durable peut parfois être nécessaire
3,5 pour attirer l'attention de l'enfant. L'enfant initie un minimum de contact

4. ***Anomalies sévères dans les relations***. L'enfant est constamment en retrait et insensible à ce que fait l'adulte. Il ne répond pratiquement jamais à l'adulte et ne cherche presque jamais le contact avec lui. Seuls les efforts les plus prolongés pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

OBSERVATIONS :

II. IMITATION

1. ***Imitation appropriée***. L'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son
1,5 niveau.

2. ***Imitation légèrement anormale***. La plupart du temps, l'enfant imite des comportements simples tels que
2,5 taper des mains ou reproduire des sons. Occasionnellement, il n'imite que s'il y est poussé ou après un délai.

3. ***Imitation moyennement anormale***. L'enfant n'imite que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider
3,5 pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imite qu'après un délai.

4. ***Imitation sévèrement anormale***. L'enfant n'imite que rarement ou jamais des sons, des mots ou des mouvements, même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

OBSERVATIONS :

III. RÉPONSES ÉMOTIONNELLES

1. ***Réponses émotionnelles appropriées à l'âge et à la situation***. L'enfant présente un type et une intensité de réponse normaux. Cela se manifeste par un changement au niveau de son expression faciale, de sa posture
1,5 et de sa façon de se comporter.

2. ***Réponse émotionnelles légèrement anormales***. L'enfant présente parfois un type et un degré de réactions émotionnelles inappropriés. Les réponses ont parfois peu de liens avec les objets ou les événements
2,5 présents.

3. ***Réponses émotionnelles moyennement anormales***. L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité de ses réponses émotionnelle. Les réactions peuvent âtre relativement inhibées ou
3,5 excessives et peuvent être sans rapport avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.

4. ***Réponse émotionnelles sévèrement anormales***. Les réponses sont rarement appropriées à la situation. Lorsque l'enfant est dans un état émotionnel déterminé, il est difficile de le faire changer d'humeur. Inversement, il peut présenter des émotions très différentes sans que rien n'a changé dans la situation.

OBSERVATIONS :

IV. UTILISATION DU CORPS

1. ***Utilisation du corps normale pour l'âge***. L'enfant bouge avec la même aisance, la même habileté et le
1,5 même niveau de coordination qu'un enfant du même âge.

2. ***Utilisation du corps légèrement anormale***. De légères particularités telles que maladresse, mouvements répétitifs, pauvreté des coordinations sont observées. Des mouvements plus inhabituels apparaissent
2,5 parfois.

3. ***Utilisation moyennement anormale du corps***. Des comportements qui sont nettement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge sont relevés: mouvements bizarres des doigts, postures particulières
3,5 des doigts ou du corps, fixation du regard sur une partie du corps ou manipulation du corps, auto-agression, balancement, tournoiement, agitation des doigts ou marche sur la pointe des pieds.

4. ***Utilisation sévèrement anormale du corps***. Des mouvements, tels que ceux décrits ci-dessus apparaissant avec une intensité et une fréquence importante, correspondent à une utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements peuvent persister en dépit des tentatives pour les éliminer ou pour engager l'enfant dans d'autres activités.

OBSERVATIONS :

V. UTILISATION DES OBJETS

1. ***Intérêt normal pour les jouets et autres objets, utilisation appropriée***. L'enfant manifeste un intérêt normal pour les jouets et les autres objets adaptés à son niveau d'habileté, et les utilise d'une manière appropriée. 1,5

2. ***Intérêt légèrement anormal pour les jouets et les autres objets, utilisation légèrement inappropriée.*** L'enfant peut présenter peu d'intérêt pour les objets, ou jouer avec eux d'une manière immature (par exemple frappe avec le jouet ou le suce). 2,5

3. ***Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée***. L'enfant peut manifester très peu d'intérêt pour les jouets ou d'autres objets ou peut les utiliser d'une manière étrange. Il peut focaliser son attention sur une partie insignifiante du jouet, être fasciné par le reflet de lumière sur l'objet, mobiliser de manière répétitive une partie de l'objet ou jouer avec un seul objet à l'exclusion de tous les autres. 3,5

4. ***Intérêt sévèrement anormal pour les objets, utilisation sévèrement inappropriée***. L'enfant peut s'engager dans les comportements décrits ci-dessus, mais avec une fréquence et une intensité plus marquées. L'enfant est plus difficile à distraire de ses activités inappropriées.

OBSERVATIONS :

VI. ADAPTATION AU CHANGEMENT

1. ***Réaction au changement normale pour l'âge***. L'enfant peut remarquer les changements de routine et faire des commentaires, mais il accepte ces modifications sans signes de détresse. 1,5

2. ***Réactions légèrement anormales au changement***. Quand un adulte essaie de changer les tâches, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel. 2,5

3. ***Réaction moyennement anormale au changement***. L'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de continuer l'ancienne activité et il est difficile de le distraire. Il peut se mettre en colère et se montrer perturbé quand une routine établie est modifiée. 3,5

4. ***Réaction sévèrement anormale au changement***. L'enfant présente des réactions sévères au changement. Si un changement est imposé, il peut se fâcher, refuser de coopérer et manifester de la colère.

OBSERVATIONS :

VII. RÉPONSES VISUELLES

1. ***Réponses visuelles appropriées pour l'âge***. Le comportement visuel de l'enfant est normal et approprié
1,5 pour un enfant de cet âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.

2. ***Réponses visuelles légèrement anormales***. Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les
2,5 objets. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.

3. ***Réponses visuelles moyennement anormales***. Il faut fréquemment rappeler à l'enfant de regarder ce qu'il fait. Il peut fixer dans le vide, éviter de regarder les gens dans les yeux, regarder les objets sous un angle
3,5 inhabituel, ou tenir les objets très près des yeux.

4. ***Réponses visuelles sévèrement anormales***. L'enfant évite constamment de regarder les gens ou les objets et peut présenter des formes extrêmes des particularités visuelles décrites ci-dessus..

OBSERVATIONS :

VIII. RÉPONSES AUDITIVES

1. ***Réponses auditives normales pour l'âge***. La réponse auditive est normale et appropriée pour l'âge.
1,5 L'audition est utilisée avec les autres sens tels que la vision et le toucher.

2. ***Réponses auditives 1égèrement anormales.*** Un certain manque de réponse ou une réaction légèrement
2,5 excessive à certain bruits peuvent être relevés. Les réponses aux sons peuvent être différées, et il peut être nécessaire de reproduire un son pour attirer l'attention de l'enfant. Celui-ci peut être distrait par des bruits extérieurs.

3. ***Réponses auditives moyennement anormales.*** La réponse de l'enfant aux bruits peut varier. Il ignore souvent un son lors de sa première présentation. Il peut sursauter ou se couvrir les oreilles en entendant des
3,5 bruits auxquels il est pourtant quotidiennement confronté.

4. ***Réponses auditives sévèrement anormales***. L'enfant répond trop ou trop peu aux bruits. Sa réponse est excessive quel que soit le type de stimulus sonore.

OBSERVATIONS :

IX. GOÛT - ODORAT - TOUCHER (RÉPONSES ET MODES D'EXPLORATION)

1,5 1. ***Réponse normale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale des 5 sens***. L'enfant explore les nouveaux objets d'une manière appropriée pour l'âge, généralement en les touchant et en les regardant. Le goût et l'odorat peuvent être utilisés quand cela est adapté. Lorsqu'il réagit à des douleurs minimes et courantes, l'enfant exprime de l'inconfort mais n'a pas de réaction excessive.

2,5 2. ***Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation légèrement anormale des 5 sens.*** L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.

3,5 3. ***Réponse moyennement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation moyennement anormale des 5 sens.*** L'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de toucher, sentir ou goûter les objets ou les personnes. Il peut réagir trop fortement ou trop peu à la douleur.

4. ***Réponse sévèrement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation sévèrement anormale de ces sens.*** L'enfant est préoccupe par le fait de renifler, goûter ou toucher les objets, davantage pour la sensation que par souci d'explorer ou d'utiliser ces objets. L'enfant peut ignorer complètement la douleur ou réagir très fortement à un léger inconfort.

OBSERVATIONS :

X. PEURS, ANXIÉTÉ

1,5 1. ***Peur ou anxiété normale***. Le comportement de l'enfant est approprié à la situation compte tenu de son âge.

2,5 2. ***Peur ou anxiété légèrement anormale***. L'enfant présente de temps à autre une peur ou une angoisse trop forte ou trop faible comparée à la réaction d'un enfant normal du même âge dans la même situation.

3,5 3. ***Peur ou anxiété moyennement anormale***. L'enfant présente une peur trop intense ou trop faible par rapport à la réaction d'un enfant même plus jeune dans une situation identique.

4. ***Peur ou anxiété sévèrement anormale***. Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement difficile de calmer et de réconforter l'enfant. A l'inverse, l'enfant peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers qu'évitent les enfants du même âge.

OBSERVATIONS :

XI. COMMUNICATION VERBALE

1,5 1. ***Communication verbale normale pour l'âge et la situation***

2. ***Communication verbale légèrement anormale***. Le langage présente un retard global. L'essentiel du
2,5 discours a une signification: cependant, l'écholalie ou l'inversion pronominale peuvent. Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.

3. ***Communication verbale moyennement anormale***. Le langage peut être absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de langage doté de sens et de particularités telles que jargon,
3,5 écholalie ou inversion pronominale. Le langage peut comporter aussi des particularités comme les questions répétées ou une préoccupation excessive pour des sujets spécifiques.

4. ***Communication verbale sévèrement anormale***. L'enfant n'utilise pas un langage fonctionnel. Il peut émettre des cris infantiles, des sons étranges ou ressemblant à des cris d'animaux, des bruits complexes se rapprochant du langage, ou peut faire un usage bizarre et persistant de certains mots ou phrases.

OBSERVATIONS :

XII. COMMUNICATION NON-VERBALE

1,5 1. ***Communication non-verbale normale pour l'âge et la situation***.

2. ***Communication non verbale légèrement anormale***. La communication non verbale est immature.
2,5 L'entant peut pointer vaguement du doigt, ou toucher ce qu'il veut dans les situations où un enfant normal du même âge montre du doigt ou présente des gestes spécifiques pour indiquer ce qu'il veut.

3. ***Communication non verbale moyennement anormale***. L'entant est généralement incapable d'exprimer ses besoins ou désirs par gestes. Il est également incapable de montrer ce qu'il veut par des gestes.

3,5

4. ***Communication non verbale sévèrement anormale***. L'enfant n'utilise que des gestes bizarres ou particuliers qui n'ont pas de signification apparente. Il n'intègre pas la signification des gestes et des expressions faciales des autres

OBSERVATIONS :

XIII. NIVEAU D'ACTIVITÉ

1. ***Niveau d'activité normal à l'âge et la situation.*** L'enfant n'est ni plus actif, ni moins actif qu'un enfant
1,5 normal du même âge dans une situation semblable.
2. ***Niveau d'activité légèrement anormal***. L'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Son niveau
2,5 d'activité n'interfère que très légèrement avec sa performance.
3. ***Niveau d'activité moyennement anormal***. L'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limite et ne va pas volontiers au lit le soir. A l'inverse, il peut être apathique et
3,5 une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.
4. ***Niveau d'activité sévèrement anormal***. L'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

OBSERVATIONS :

XIV. NIVEAU ET HOMOGÉNEITÉ DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

1. ***Intelligence normale : fonctionnement intellectuel homogène.*** L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant
1,5 du même âge et ne présente ni habileté exceptionnelle, ni problème.
2. ***Fonctionnement intellectuel légèrement anormal***. L'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que
2,5 celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines.
3. ***Fonctionnement intellectuel moyennement anormal***. En général, l'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge. Cependant, il peut présenter une performance
3,5 proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel.
4. ***Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal***. Alors que l'enfant n'a généralement pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge, il se montre capable de fonctionner à un niveau supérieur par rapport aux enfants de son âge dans un ou plusieurs domaines

OBSERVATIONS :

XV. IMPRESSION GÉNÉRALE

1,5 1. ***Pas d'autisme***. L'entant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.
2,5 2. ***Autisme léger***. L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.
3,5 3. ***Autisme moyen***. L'entant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.
4. ***Autisme sévère***. L'entant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

OBSERVATIONS :

Annexe IV : Autorisation des parents

ADAPEI 17

Association Départementale des Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales de Charente Maritime

A La Rochelle, vendredi 7 juillet 2017

Etablissement émetteur : IMP de Port-Neuf
Service : Chef de Service

Chers Parents,

Nous accueillons au sein de notre établissement Mme PLONEIS Perrine en **Art-Thérapie** de la faculté de Médecine de Poitiers pour une durée de 4 mois de Mars à Juin 2017.
Nous vous informons qu'elle proposera à votre enfant 10 séances de « **Danse Thérapie** ».
Elle aura pour objectifs de développer la communication, la relation, et de découvrir de nouvelles sensations grâce à cette médiation.
Un bilan vous sera présenté à l'issue de cette période.

Nous vous prions d'agréer, chers parents, nos sincères salutations.

Le Chef de Service
Anne COLMET-DAAGE

Pôle Petite Enfance, Enfance et Adolescence
- **S.E.S.S.A.D** – 52 rue Meschinet de Richemond – 17000 LA ROCHELLE - Tél. 05 46 67 81 08 – *sessadln@adapei17.fr*
- **I.M.P** de Port Neuf et Bateau Bleu – Allée de Lattre de Tassigny – 17000 LA ROCHELLE - Tél. 05 46 43 32 97 – *imppn@adapei17.fr*
- **I.M.E** « Le Breuil » 17230 ST-OUEN-D'AUNIS - Tél. 05 46 37 04 13 – *imestouen@adapei17.fr*

Siège social Avenue Paul Langevin - 17184 PERIGNY Cedex - Tél. 05 46 27 13 60 - *accueil@adapei17.fr*

Annexe V : Autorisation d'utilisation des œuvres

Autorisation d'utilisation des œuvres

Je soussignée Anne Colmet Daâge, chef de service autorise Perrine Ploneis, art thérapeute, à prendre des vidéos des séances et à en faire une utilisation non lucrative dans le cadre de la rédaction de son mémoire scientifique ou à diffuser ces vidéos dans un cadre universitaire dans le respect de la vie privée et du cadre déontologique.

Les droits des œuvres appartiennent néanmoins uniquement à l'auteur et à l'autorisation d'utilisation et de diffusion ne peut et ne doit en aucun cas se faire dans un quelconque autre cadre que celui décrit plus haut sans information et accord de l'auteur.

Dans le cadre d'une confiance réciproque, Mlle Ploneis s'engage à préserver l'anonymat et à n'utiliser les vidéos que dans le cadre décrit ci-dessus.

La Rochelle, le 10 juillet 2017

Nom Prénom Signature
de la chef de service

Nom Prénom signature
de l'art thérapeute

RESUME

« Corps bavards » Perrine Ploneis

Prise en soin danse-thérapeutique auprès d'enfants autistes

L'autisme est un trouble sévère et précoce du développement de l'enfant caractérisé la plupart du temps par un isolement, une perturbation des interactions sociales, des troubles du langage, de la communication non verbale et des activités stéréotypées avec restriction des intérêts.
Aujourd'hui on parle de Trouble du Spectre Autistique.
La prise en charge de l'autisme doit être pluridisciplinaire et pour cela, l'Art-thérapie a toute sa place
dans ce processus thérapeutique.
C'est ainsi que ce mémoire, en s'appuyant sur des assises scientifiques, présente une prise en soin danse-thérapeutique auprès d'enfants porteurs d'autisme.
Ici, la danse contemporaine est utilisée comme un outil, un support adapté aux troubles relationnels.
Les résultats observés nous ont permis de valider l'hypothèse suivante : « l'Art-thérapie, dans une perspective d'utilisation du corps comme moyen d'expression, contribue à améliorer la qualité relationnelle et diminuer fortement les troubles du comportement des enfants autistes . »

Mots clés : Autisme, Prise en soin, Art-thérapie, danse-thérapie, danse contemporaine, vibrations

SUMMARY

« Talkative Bodies » Perrine Ploneis

Dance therapeutic management of autistic children

Autism is a severe and precocious childhood development disorder usually characterized by isolation, disruption of social interactions, language and non-verbal communication disorders as well as stereotyped behaviours with restricted interests.
Today we talk about Autistic Spectrum Disorder.
The management of autism must be multidisciplinary. This is why Art Therapy has its place in this therapeutic process.
This paper, based on a scientific basis, presents a dance-therapeutic care with children with autism.
Contemporary dance is used as a tool, a support adapted to relational disorders.
The results observed enabled us to validate the following hypothesis: "Art therapy, using the body as a means of expression, helps improving the quality of the relationship and greatly reduce the behavioral disorders of children with autism. »

Keywords: Autism, Medical Management, Art Therapy, Dance Therapy, Contemporary Dance, Vibrations