

« La musique est au-delà des mots. »

Julien Green

« La musique est la langue des émotions. »

Emmanuel Kant

« Sans la musique, la vie serait une erreur. »

Friedrich Nietzsche

« La musique peut rendre les hommes libres. »

Bob Marley

« La musique commence là où s'arrête le pouvoir des mots. »

Richard Wagner

« Nous nous cachons dans la musique afin de nous dévoiler. »

Jim Morrison

*« La musique exprime ce qui ne peut être dit et sur quoi il est impossible de
rester silencieux. »*

Victor Hugo

REMERCIEMENTS

En préambule de ce présent mémoire, je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont aidée pour la rédaction de ce mémoire.

En commençant par remercier tout d'abord Monsieur FAGARD, psychothérapeute et intervenant ponctuel sur des temps de verbalisation de groupe à l'AMB, pour l'aide à la réalisation et l'élaboration de ce mémoire. Au cours de ma formation, il m'a apporté un soutien important et a été un pilier nécessaire, qui m'a permis d'aller au bout de celle-ci. Merci de m'avoir accompagnée.

Merci à Mesdames BANOS et FAVIER, respectivement chef de service et coordinatrice, pour m'avoir accompagnée tout au long de cette période, dans la mise en place, le suivi et le bilan de stage professionnel, mais également dans l'élaboration et la relecture du mémoire. Ces deux personnes ont été sensibles à la pratique de la musicothérapie et à mon projet de stage. Elles m'ont apporté leur soutien, m'ont épaulée dans les moments de doute et ont émis un réel intérêt pour mon travail.

Merci à Monsieur NAIMI, directeur adjoint de l'IME de SAINT-CLAUDE, pour m'avoir permis de réaliser ce stage professionnel et pour avoir porté un intérêt certain à mon projet. Merci pour l'aide mise en place et sa grande considération.

Merci à Monsieur LACROIX, ancien directeur de l'IME de SAINT-CLAUDE, pour tout ce qu'il a pu m'apporter au cours des dernières années et pour son aide au cours de la réalisation de ce mémoire. Merci pour les valeurs qu'il a véhiculées et pour son humanité.

Merci aux intervenants de l'Atelier de Musicothérapie de Bourgogne, pour leurs riches enseignements théoriques, pratiques et humains. Merci pour ces quelques belles rencontres.

Merci à tous les professionnels de l'IME, pour leur soutien, leurs encouragements, les discussions enrichissantes et les confrontations qui permettent d'avancer. Merci à chaque équipe.

Merci à tous les enfants et adolescents de l'IME, pour avoir accepté mon accompagnement et pour avoir réussi à me rencontrer à travers la musicothérapie.

Enfin, j'adresse mes remerciements à ma famille : mon père, Jean, pour son aide précieuse à la relecture et ses conseils ; ma mère, Paule, pour son soutien inconditionnel ; mes sœurs, Aurélie et Marie, pour leurs encouragements et relectures ; mon amie, Viviane, pour ses références théoriques et pour son soutien ; mon fiancé, Guillaume, pour son accompagnement d'une grande valeur et ses précieuses critiques. Merci de m'avoir encouragée et supportée.

Merci!

DEFINITIONS DES TERMES DU THEME

INSERTION : Vient du latin *Insertio*, de *sero* avec le préfixe *in-*.

Sero peut dire deux choses. Soit il signifie « *nouer ensemble, lier* », soit il veut dire « *planter, semer, faire naître, créer* ».

Selon le dictionnaire français Larousse, *insérer* signifie « *introduire quelque chose dans un ensemble* ».

MUSICOTHERAPIE : Selon le dictionnaire français Larousse, la *musicothérapie* est « *L'utilisation de la musique dans un but de thérapie psychique* ».

La définition de la musicothérapie reste encore à l'heure actuelle en cours d'élaboration. Il n'existe pas de phrase suffisamment complète et brève pour transmettre à tout un chacun ce qu'est la musicothérapie.

Ma propre définition de la musicothérapie, aujourd'hui, serait « *une forme de thérapie psychique utilisant la musique, le son, le rythme, le corps, la vibration comme outils médiateurs entre le patient et le thérapeute* ».

Edith LECOURT définit la musicothérapie comme « *l'utilisation du son et de la musique - sous toutes leurs formes - comme moyens d'expression, de communication, de structuration de la personnalité, et d'analyse de la relation. Elle s'inscrit dans un cadre soit clinique (psychothérapie), soit psychopédagogique et social* ».

La définition de la Fédération Française de Musicothérapie est : « *La musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques. La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal* ».

INSTITUTION : Vient du latin *Institutio*, de *statuo* avec le préfixe *in-*.

Statuo veut dire « *fixer, mettre en place, fonder, construire, ériger, établir* ».

Le choix du terme « institution » plutôt que celui d' « établissement » est tout à fait voulu. Effectivement, lorsque l'on regarde la définition de *établir*, on voit qu'il veut dire « *Asseoir et fixer une chose en un endroit, mettre en place, fonder, créer...* ». Il vient du latin *Stabilire* qui veut dire « *faire se tenir solidement, affermir* ».

Effectivement, pour fonctionner, un établissement spécialisé a besoin de fondations stables et ancrées, mais il a également besoin de se questionner, avec souplesse et flexibilité. Voilà pourquoi le terme d'« institution » m'a paru plus adapté.

MEDICO-SOCIAL : Vient de *Médical* et de *Social*

Médical vient de *Medicalis* : relatif à la médecine ;

Social vient de *Socialis* : relatif à une société, une communauté, une collectivité.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, *médico-social* veut dire « *qui relève de la médecine sociale* ». La *médecine sociale* est une « *branche de la médecine qui s'occupe des rapports entre les conditions économiques, sociales et la santé* ». Elle consiste à s'éloigner de la maladie pour mieux percevoir le malade, à relier cette maladie aux conditions socio-économiques de vie et à situer ce malade dans son contexte de vie.

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AMB	Atelier de Musicothérapie de Bourgogne
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
CAMSP	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FFM	Fédération Française de Musicothérapie
IME	Institut Médico-Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIA	Projet Individualisé d'Accompagnement
QI	Quotient Intellectuel
SEES	Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SIPFP	Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
TED	Trouble Envahissant du Développement
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis ; anciennement : Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. PRESENTATION DU CONTEXTE

1. La structure
2. L'équipe pluridisciplinaire

II. LE PROJET D'INSERTION DE LA MUSICOTHERAPIE AU SEIN DE L'IME DE SAINT-CLAUDE

1. D'une discussion informelle à l'adhésion de la musicothérapie
2. Communication et médiation autour du projet nouveau
3. Mise en place technique et organisationnelle du projet

III. LES ENFANTS DE L'IME ; LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ASSOCIES

1. La déficience intellectuelle
2. Les déficiences associées chez les enfants de l'IME ; impact de la musicothérapie

IV. LA THERAPIE, SES EFFETS ET SES LIMITES

1. Le choix des enfants
2. La thérapie
3. Bilan des thérapies

CONCLUSION

INTRODUCTION

Arrivant au terme de ma formation de musicothérapeute, et ayant déjà un bagage théorique et pratique satisfaisant, je souhaite observer, comprendre et analyser l'impact de l'insertion de la musicothérapie au sein d'un cadre institutionnel. Je m'appuie, pour cela, sur mon stage de projet professionnel.

Dans le cadre de la formation proposée par l'Atelier de Musicothérapie de Bourgogne (AMB), un stage de projet professionnel est à effectuer sur une durée moyenne de 6 mois. Ce stage doit avoir lieu en institution et consiste à la mise en place d'un atelier de musicothérapie, d'un volume horaire minimum de 110 heures.

J'ai choisi de mettre en place ce stage au sein de l'IME de SAINT-CLAUDE, dans le Jura. C'est ici qu'entre 2009 et 2011 j'ai été formée par apprentissage au métier d'Aide Médico-Psychologique. Après l'obtention de mon Diplôme d'État, j'ai assuré, à de nombreuses reprises, des remplacements au sein des différentes équipes de cet établissement. Je connais bien la structure, les équipes, les enfants et adolescents accueillis, et cette institution m'est chère par ses valeurs et son fonctionnement.

En tenant compte de la place du jeune au sein d'une équipe pluridisciplinaire et de la structure, en quoi un nouveau type d'accompagnement, la musicothérapie, peut-il répondre aux besoins des enfants et adolescents accueillis à l'IME de SAINT-CLAUDE ?

Cet établissement est sensible à la pratique de la musicothérapie. En 2005-2006, une musicothérapeute est intervenue au sein de cet IME. Le directeur de l'époque réussit à engager cette personne grâce à un poste d'orthophoniste vacant depuis quelques temps. Elle est intervenue en individuel et en groupe, seule ou accompagnée d'éducateurs toujours en poste actuellement. De jeunes adultes, encore présents aujourd'hui à l'IME, avaient bénéficié de séances avec cette musicothérapeute.

Ces éléments ont permis à l'IME et moi-même d'entreprendre l'insertion de la musicothérapie pour d'une part, apporter un accompagnement nouveau aux enfants et

adolescents, et d'autre part, me permettre d'accomplir ce stage professionnalisant de la formation.

Lors de ces quelques années au sein de l'équipe éducative de l'IME, j'ai pu observer et repérer les différents besoins des jeunes¹ accueillis, mais aussi les manques qui apparaissent dans leur accompagnement.

Tout au long de ma formation à l'AMB, j'ai pu faire le lien avec ces observations et j'ai souhaité approfondir et développer mon expérience auprès de ces enfants et adolescents, grâce à la mise en place d'un atelier de musicothérapie à l'IME.

L'insertion de la musicothérapie au sein de l'IME de St Claude, permet de participer aux missions d'éveil et de développement de l'enfant ou de l'adolescent, qui sont stipulées dans le Projet d'Établissement². Pourtant cela suffit-il au bon déroulement d'une thérapie ? Peut-on considérer la musicothérapie de façon isolée ou fait-elle partie d'un ensemble ?

Afin d'appréhender le thème présenté, ce travail évoluera en quatre parties. Dans un premier temps, je présenterai le contexte du stage, permettant de saisir le cadre institutionnel de l'IME de SAINT-CLAUDE. Ensuite, je parlerai du projet d'insertion de la musicothérapie au sein de cette structure. Puis, je développerai autour des enfants de l'IME, de la déficience intellectuelle et des troubles associés, afin de comprendre les conséquences que peut avoir la musicothérapie. Et enfin, j'exposerai la thérapie, avec ses effets et ses limites, en m'appuyant sur ma pratique menée auprès des jeunes lors de ce stage.

¹ Cf. Glossaire

² IME de Saint-Claude et sa région, *Projet d'Établissement*, p.24

I. PRESENTATION DU CONTEXTE

1. La structure

a. Historique

L'Institut Médico-Educatif de SAINT-CLAUDE, dans le Jura, a été créé en mars 1993 et a ouvert ses portes en janvier 1994. Il avait, à l'époque, un agrément de 15 places. 13 en semi-internat et 2 avec un placement familial spécialisé. À ce moment il existait une seule équipe nommée S.E.E.S. qui veut dire Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé. Elle accueillait des enfants de 6 à 14 ans.

En 2001, l'IME étant le seul établissement pour les enfants et adolescents déficients intellectuels du secteur géographique, une augmentation de l'agrément à 20 places a permis une continuité de la prise en charge pour les adolescents de 14 à 20 ans. Cette nouvelle équipe s'est appelée S.I.P.F.P. qui signifie Section d'Initiation et Première Formation Professionnelle. On trouvait, alors, 12 places en semi-internat et 8 en internat. L'internat a pu ouvrir ses portes en septembre 2001. En 2005, la capacité d'accueil de l'IME est passée à 30 places. 15 en semi-internat et 15 en internat. En 2008, il y a eu 5 places supplémentaires sur le semi-internat.

Courant 2009, des démarches ont été entreprises demandant 6 places d'accueil temporaire et 6 places TED (Trouble Envahissant du Développement) supplémentaires. Cela s'est fait petit à petit pour qu'en 2011, l'IME ait une possibilité d'accueil de 41 enfants et adolescents. 21 en internat et 20 en semi-internat dont les 6 places TED. Les 6 places d'accueil temporaire sont encore en suspend à l'heure actuelle, faute de budget.

b. Aujourd'hui

Actuellement à l'IME, il y a toujours 41 places dont 21 en internat séquentiel. Il n'y a plus de financement particulier pour les 6 places TED mais les enfants accueillis grâce à celles-ci sont toujours présents.

En août 2014, une importante réorganisation s'est effectuée pour répondre aux besoins des enfants et adolescents accueillis. Effectivement, les années ont passé et aujourd'hui un

tiers des personnes accueillies ont moins de 14 ans tandis que deux tiers ont entre 14 et 20 ans. Le déséquilibre se faisant de plus en plus sentir, et ne pouvant plus accueillir de façon satisfaisante tous les jeunes, il a été décidé de maintenir la SEES mais de scinder l'équipe des adolescents en deux groupes : le groupe SIPFP - Pro (avec un projet de vie visant plutôt le professionnel) et le groupe SIPFP - Qualité de Vie (avec un projet futur visant plutôt la qualité de vie). Ces deux groupes ne sont pas figés et une transversalité est recherchée autant pour les jeunes que les professionnels.

c. Les personnes accueillies

Dans cet établissement nous pouvons rencontrer des enfants et adolescents de 6 à 20 ans, souffrant d'un retard mental avec ou sans handicaps ou troubles associés. Parfois, certains jeunes adultes restent à l'IME sous le dispositif « Amendement Creton ». *« Il s'agit d'un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans »*³. Il y a, à l'heure actuelle, 2 personnes de plus de 20 ans au sein de l'IME, attendant une place dans le secteur adulte.

« L'IME prend en charge les enfants et adolescents déficients intellectuels qui souffrent :

- d'un retard mental léger et qui peuvent acquérir « des aptitudes pratiques à la lecture ainsi que des notions simples d'arithmétique grâce à une éducation spécialisée et que l'on peut amener à une certaine insertion professionnelle et sociale ».*
- d'un retard mental moyen et qui peuvent acquérir « des notions simples de communication, des aptitudes d'hygiène et de sécurité élémentaire, et une habileté manuelle simple, mais qui ne semblent pas pouvoir acquérir les notions d'arithmétique ou de lecture » ou avec de grandes difficultés, « et qui peuvent accéder à une activité de type professionnel ».*

³ www.mdph.fr

- d'un retard mental sévère et qui peuvent « profiter d'un apprentissage systématique des gestes simples », des apprentissages pré-scolaires et/ou manuels voire pré-professionnels »⁴.

2. L'équipe pluridisciplinaire

a. Généralités

L'équipe pluridisciplinaire⁵ est une notion difficile à cerner. Lorsque l'on doit définir clairement ce terme et cibler chaque personne, chaque activité ou chaque métier gravitant autour d'un enfant accueilli dans un établissement spécialisé, nous avons du mal à voir qui fait partie de l'équipe ou non.

D'après Éric BLES, pour construire une équipe « *il ne suffit pas d'assembler, de rassembler des techniciens ou des spécialistes pour structurer le soin et la santé mentale ; il faut pouvoir, gardant l'originalité des pièces, créer sans cesse un nouveau jeu !* »⁶. Ce qui signifie que l'équipe n'est pas une juxtaposition de professionnels mais un groupe qui travaille et évolue ensemble.

Dans le même sens, l'équipe institutionnelle est définie par Paul FUSTIER⁷ « *comme un ensemble musical. Un groupement d'individus qui composent une dynamique avec des variations garantant d'une bonne harmonie* ». Il existe des solistes dont « l'activité « solitaire » ne prend sens que parce qu'elle est partie d'un ensemble », et d'autres jouant la même partie à plusieurs. Des mouvements de pouvoir, d'excellence, d'envie, de haine, de fascination, peuvent alors apparaître. Pour lui, il existe différents types de professionnels :

- ceux qui travaillent « dans la séparation », où un espace-temps est délimité, hors quotidien. Cette parenthèse permet de favoriser et prendre en compte les transferts,
- ceux qui travaillent « dans la continuité », accompagnateurs de la vie quotidienne, ordinaire,
- ceux « à deux visages », ayant les deux formes de pratiques.

⁴ IME de Saint-Claude et sa région, *op. cit.*, p.9

⁵ Cf. Glossaire

⁶ BLES E., *La structure au sens institutionnel ou « les effets structurants ou non de l'institution »*, THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES, 1997, n° 110, pp.52-59

⁷ FUSTIER P., *Qu'est ce qui fait donc équipe ?*, SANTE MENTALE, mars 2002, n°66, pp.22-25

L'un des souhaits principaux, lors de la création de cet établissement en 1993, était la notion de « partage des professionnels ». En effet, le directeur d'établissement de l'époque, voulait favoriser le travail d'équipe, le respect mutuel et la cohésion de groupe. Pour cela, des activités communes entre professionnels de l'éducatif, du thérapeutique et du pédagogique ont été, dès le départ, mises en place. L'enfant accueilli a pu avoir des temps propres avec psychomotricien, éducateur, psychologue, ergothérapeute, professeur, orthophoniste, pour percevoir chaque professionnel dans sa spécificité. Mais également des activités communes permettant le partage des connaissances et des observations. L'essentiel des réunions se faisait tous ensemble dans le but de se retrouver pour parler du même enfant grâce à l'analyse et aux synthèses.

Dans le Projet d'Établissement nous pouvons lire : *« Au niveau institutionnel, **notre première référence d'organisation en tant que professionnel sera la pluridisciplinarité. Aucune de nos spécificités professionnelles ne peut prétendre à elle seule prendre en charge la globalité du développement de la personne handicapée mentale. C'est forcément dans une complémentarité, en synergie, en catalyseurs réciproques, que nous donnerons le plus à la personne handicapée mentale. Cette pluridisciplinarité implique forcément des connaissances réciproques les meilleures possibles des fonctions professionnelles de chacun, implique forcément des temps et des lieux d'élaboration commune, implique forcément l'étude en relativité aux autres fonctions professionnelles, de sa propre action professionnelle... implique forcément l'évaluation de la globalité de la prise en charge de la personne handicapée mentale... On ne peut pas travailler seul dans son coin, chacun à sa place, mais dans le respect et la compréhension mutuelle. Il ne s'agit pas que l'un fasse le travail de l'autre. Une orthophoniste est une orthophoniste, un pédopsychiatre est un pédopsychiatre, un directeur est un directeur, mais il s'agit que l'on intègre dans sa propre démarche, ce que fait l'autre, ce que font les autres.** »*⁸

Les années ont passé mais les valeurs⁹ d'origine ont persisté. Aujourd'hui cette institution est un peu différente mais le souhait de partager et de créer du lien entre tous professionnels pour proposer un accompagnement de qualité à chaque enfant est toujours présent.

⁸ IME de Saint-Claude et sa région, *op. cit.*, p.17

⁹ Cf. Glossaire

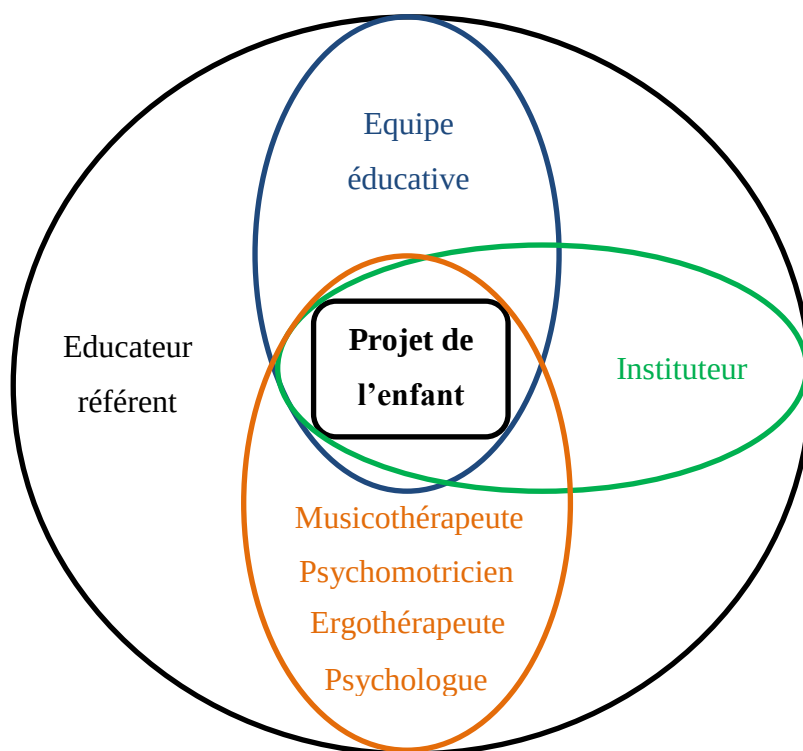
Le premier directeur de l'IME se servait de l'image d'un bateau sur une mer agitée où la mer serait le handicap, la déficience, et les limites sociétales, le bateau serait l'établissement, le directeur le capitaine, et les équipes seraient l'équipage¹⁰. Seul le travail d'équipe permet de voguer sur l'eau malgré les difficultés rencontrées.



Entourage de Hendrik Willem MESDAG, Bateau dans une mer agitée, XIXième siècle, huile sur toile, 63 × 85 cm

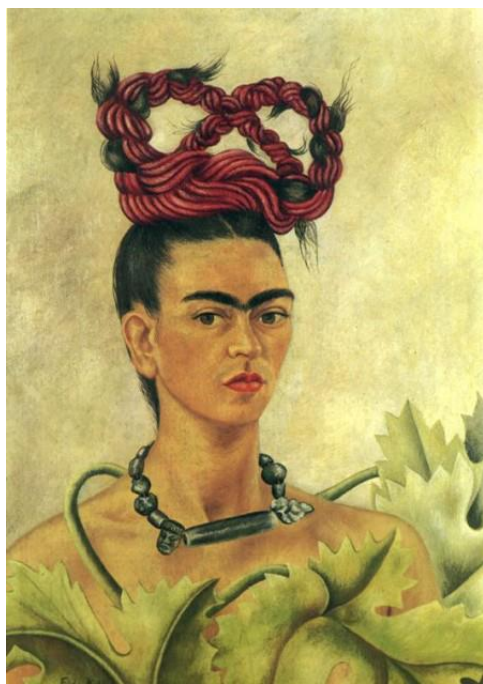
b. La composition de l'équipe pluridisciplinaire

Le schéma ci-dessous récapitule de façon simplifiée l'équipe pluridisciplinaire qui, aujourd'hui, participe activement au projet de l'enfant au sein de l'IME de Saint-Claude.



¹⁰ Cf. Glossaire

Ce schéma montre comment l'équipe pluridisciplinaire accompagne l'enfant dans son projet. Nous pouvons comparer ce système aux « trois brins d'une même tresse »¹¹ comme l'explique Marc PRUDHOMME, formateur à l'IRTS. Thérapie, Pédagogie et Éducation se rencontrent, communiquent et travaillent ensemble. « Ces trois plans [...] correspondent à l'accompagnement de tout sujet dans son développement. Les institutions dans le champ de l'éducation spécialisée interviennent de fait à ces différents niveaux. [...] C'est la complémentarité des prises en charge par des professionnels de formations diverses qui fait que le sujet est considéré comme entier. [...] Il va de soi que ces niveaux différents dans l'accompagnement du sujet induit [sic] des modes de relation différents. La relation thérapeutique n'est pas une relation éducative qui elle-même n'est pas une relation pédagogique. Pourquoi ? Car on ne peut à la fois tenir une posture de neutralité bienveillante propre au thérapeutique, de rappel à la loi dans l'accompagnement éducatif au quotidien, et de sujet supposé savoir dans l'intervention pédagogique. Ces postures ne peuvent cohabiter chez un professionnel ou plus exactement, ces divers modes d'accompagnement sont incompatibles dans un même temps. »¹²



Frida KAHLO, Autoportrait avec tresse, 1941, huile sur toile, 51 × 38,5cm

Revenons à cette image des « trois brins d'une même tresse ». Marc PRUDHOMME se souvient de son enfance lorsqu'il confectionnait une tresse avec trois brins de laine colorée. « Après avoir noué les trois brins et formé une large boucle, ma préoccupation première était de trouver un support pour enfiler la boucle afin de travailler les fils. Bien souvent une poignée de porte ou de fenêtre faisait l'affaire. Il y avait besoin de ce point d'ancrage pour commencer le tressage. Quelques pas en arrière pour tendre les fils avant de commencer.

Lors de la fabrication de la tresse, un des trois brins trop ou pas assez tiré avait pour conséquences de former une tresse ... quelque peu déformée ! Je

¹¹ PRUDHOMME M., *Educatif, thérapeutique et pédagogique : les trois brins d'une même tresse*, octobre 2009

¹² *Ibidem*.

défaçais la tresse, recommençais le travail pour arriver à plus de régularité dans l'aspect de l'ouvrage. Cette nouvelle régularité proposait une harmonie esthétique.

L'institution peut être abordée dans un tressage de trois brins : l'éducatif, le thérapeutique et le pédagogique. Ces trois niveaux institutionnels doivent trouver une harmonie dans leur tressage. [...] Lorsque un[sic] des brins est mal tressé au vu des autres, l'harmonie institutionnelle laisse à désirer et certains conflits sont à envisager sous cet angle. Cela nous pose quelques questions. Quel est le point d'ancrage du tressage thérapeutique, éducatif, pédagogique ? Pourquoi un des brins se tresse mal ? Quels rapports entretiennent-ils ? Comment reprendre le travail de tressage pour plus d'harmonie ? Qui tresse ? Dans quels espaces se mettre au travail ? »¹³

La transversalité au sein de ce système est assurée par l'éducateur référent qui a pour rôle de coordonner l'ensemble des acteurs autour du projet de l'enfant.

- L'équipe éducative correspond ici à l'ensemble des éducateurs, des moniteurs, des aides médico-psychologique et des candidats-élèves¹⁴. Ils assurent les diverses activités préprofessionnelles, artistiques et culturelles mais aussi sportives et de bien-être. Ils accompagnent également l'enfant dans les actes de la vie quotidienne (repas, toilettes, couchers, transports etc...).
- L'équipe pédagogique se compose de professeurs des écoles, d'instituteurs spécialisés et de professeurs des collèges. Ils interviennent au sein de l'établissement auprès de tous les enfants et adolescents. L'école est obligatoire jusqu'à 16 ans. Passé cet âge, certains jeunes poursuivent les apprentissages pédagogiques au gré de leur projet. Les enseignements sont parfois couplés aux activités préprofessionnelles menées par l'équipe éducative pour favoriser leur acquisition.
- L'équipe thérapeutique est composée des psychomotriciens, ergothérapeutes et des psychologues. Le poste de musicothérapeute est possible grâce à la présence du stagiaire, moi-même. Des postes d'orthophoniste et de pédopsychiatre ne sont pas pourvus mais pensés dans le projet d'établissement. La psychomotricité et l'ergothérapie sont des métiers paramédicaux. Les psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues et musicothérapeutes peuvent travailler en individuel ou en groupe afin d'accompagner le jeune dans son développement personnel.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Cf. Glossaire

Ces équipes, pédagogique, thérapeutique et éducative, travaillent autour du Projet de l'enfant appelé Projet Individualisé d'Accompagnement (décret du 2 avril 2009). Celui-ci est mis en place à l'entrée de cette personne à l'IME et il est discuté, réévalué et éventuellement modifié chaque année scolaire. Il est travaillé en partenariat avec la famille grâce à des entretiens et des réunions.

Au-delà de l'équipe pluridisciplinaire, il est important de prendre en considération le rôle de chaque personne qui intervient auprès de l'enfant comme les partenaires¹⁵ et réseaux sociaux¹⁶ que forment les familles, l'équipe médicale (infirmières, médecins, kinésithérapeutes), les taxis, le personnel d'entretien, les cadres et la direction ainsi que le personnel administratif et bien d'autres...

« C'est ce qu'il avait appelé « les constellations » »¹⁷

Jean OURY, psychiatre et psychanalyste français, fondateur de la clinique de La Borde en 1953 et figure de la psychothérapie institutionnelle, nous parle de « Constellations ». Il a emprunté cette notion à STANTON et SCHWARTZ, deux psychanalystes et psychosociologues de l'hôpital psychiatrique Chesnut Lodge aux États-Unis, ainsi qu'à TOSQUELLES, psychiatre catalan, un des inventeurs de la psychothérapie institutionnelle.

Dans son ouvrage, Jean OURY raconte une anecdote marquante permettant de saisir la notion de constellation. « Il y avait à La Borde un personnage extraordinaire ; schizophrène, c'est beaucoup dire, paranoïaque sur les bords, arriéré affectif, peut-être. N'empêche qu'il était dans un état effrayant de pseudo-perversion. Incapable de parler. Il était sale, il puait, il mettait des réserves de fromage sous son bras qu'on ne pouvait pas déplier. On ne pouvait ni lui parler ni le toucher. Et la nuit, quelquefois, il descendait et débranchait des fils de voitures pour qu'elles ne démarrent pas. [...] Qu'est-ce qu'on pouvait faire de ce mec ? [...] Je me souviens, c'était un vendredi soir. On a réuni pendant deux heures un groupe d'au moins une dizaine de personnes qui connaissaient ce type et qui comptaient pour lui, qu'elles le sachent ou non »¹⁸. Lors de cette réunion, il a été posé la question suivante : « Tu partirais en vacances, quinze jours, avec lui ? »¹⁹. Après plusieurs grimaces dans l'assemblée, une jeune fille qui venait d'être engagée à La Borde pour faire le ménage répondit : « Oui, je

¹⁵ Cf. Glossaire

¹⁶ Cf. Glossaire

¹⁷ OURY J. et DEPUSSE M., *A quelle heure passe le train... Conversation sur la folie*, Paris, éd. Calmann-Lévy, 2010, p.170

¹⁸ *Ibid.*, p.170 et 171

¹⁹ OURY J. et DEPUSSE M., *op. cit.*, p.171

partirais »²⁰. Celle-ci était allée au-delà des préjugés, de l'antipathie collective et faisait preuve de sincérité dans ses propos. Ceci avait suscité du respect envers ce patient. Jean OURY explique qu'« *en interrogeant la sympathie, l'antipathie, les affinités, c'est la position propre, singulière de chacun vis-à-vis de l'autre qu'on questionne. [...] On a remué les prosdiorismes*²¹, *ces petits mots insignifiants qu'il y a entre les mots et qui donnent du sens* »²². Le lendemain, chacun avait changé sa façon de rencontrer ce patient. Il s'était alors lavé, avait parlé et n'avait plus démonté les voitures. Ils retrouvèrent ce qu'ils avaient perdu à son égard : « la connivence »²³.

Les réunions institutionnelles sont essentielles. Elles permettent de remanier, de remuer, de questionner, de projeter, de valider... Mais il ne faut pas se contenter de réunir les quelques personnes les plus proches de l'enfant. Chaque « étoile » de la « constellation » a des choses à dire, a des choses à « remuer » pour permettre à l'enfant ou l'adolescent d'avancer. OURY dit : « *Une constellation, ça ne choisit pas les diplômés. Et il n'a rien à en foutre, un schizophrène, des diplômés* »²⁴.

En effet, le schizophrène choisit la « relation ». J'ai eu la chance de pouvoir effectuer un stage à la clinique de La Borde et de rencontrer Jean OURY lors de ses séminaires. Ces notions de « rencontre », de « relation », ont fait évoluer ma pratique professionnelle et, au-delà, ma vie personnelle. Voici un petit extrait de mon rapport de stage de l'époque : « *J'ai compris que le « faire » n'était que support à la relation... L'objectif d'un atelier est finalement la rencontre avec l'autre, et pas forcément une production à respecter. J'ai réalisé aussi que le silence et la non-activité peuvent être remplis de beaucoup de choses. Il faut accepter et s'autoriser à ne rien dire, à ne rien faire pour laisser place à la relation, à la rencontre, à l'autre* »²⁵.

c. Les réunions, les rencontres

Chaque équipe se retrouve régulièrement pour discuter du projet de l'enfant, de l'organisation des journées, des projets communs, de la pratique... Les semaines sont rythmées par des réunions institutionnelles.

²⁰ Ibidem.

²¹ Cf. Glossaire

²² Ibidem.

²³ Cf. Glossaire

²⁴ Ibid., p.172

²⁵ BUATOIS I., *Rapport de stage – Clinique de La Borde*, mars 2011

Le souhait pour l'année 2014-2015 fut de maintenir les jeudis après-midi pour effectuer la majeure partie des réunions. Les enfants et adolescents ont, lors de ce temps, des activités au choix permettant la flexibilité de l'encadrement. Tous les professionnels intervenant auprès des 6-14 ans se rencontrent les jeudis de 16h45 à 18h15 pour parler une semaine de l'organisation et la suivante des enfants. L'équipe intervenant auprès des 14-20 ans se rencontre, les mardis, selon le même schéma. L'équipe de l'internat se rencontre, elle, les lundis en début d'après-midi. Une fois par mois, des réunions d'analyse de la pratique sont proposées aux professionnels de l'IME. Les groupes sont formés, selon les disponibilités de chacun, de façon mixte. En effet dans les différents groupes nous retrouvons des professionnels de la SEES, de la SIPFP et de l'internat, de façon aléatoire. Environ deux fois par mois les jeudis après-midi, nous assistons à des réunions techniques de projets par équipe. Ici, le projet de l'enfant est discuté, réévalué, réajusté.

Une réunion de coordination par semaine se déroule le lundi entre les cadres, la coordinatrice équipes éducatives, la coordinatrice équipes pédagogiques et le directeur adjoint. Les réunions générales mêlant l'ensemble des professionnels (éducateurs, personnels d'entretien, administratifs...) ont lieu selon les besoins.

d. Et le musicothérapeute ?

Nous pouvons remarquer la richesse du réseau agissant pour le projet de l'enfant mais aussi sa complexité et son risque d'éparpillement. Le musicothérapeute doit trouver sa place, créer du lien et s'intégrer au réseau déjà en place. Cela s'est fait pour moi, stagiaire musicothérapeute, grâce à plusieurs facteurs.

Tout d'abord j'ai, lors de la mise en place de mon stage, pris en compte les jours de réunions pour fixer ma journée d'intervention et ainsi favoriser mon lien aux équipes. A ce moment, la SEES (Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé) et le groupe SIPFP – Pro (Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, groupe Professionnel) avaient leurs réunions d'équipe tous les jeudis tandis que le groupe SIPFP – Qualité de Vie (Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, groupe Qualité de Vie) les avait le mardi. J'ai alors privilégié ma venue à l'IME les jeudis. Au cours de mon stage, l'équipe SIPFP a souhaité se rencontrer dans son ensemble (groupe Pro et groupe Qualité de Vie) et ils ont finalement déplacé leur réunion d'équipe les mardis. Je n'ai pas assisté à celles-ci, ayant un autre stage en parallèle les mardis. J'ai seulement pu, en fin de stage, intervenir

sur un petit temps pour leur proposer un retour général de mon travail lors de ces quelques mois. Malgré cela, il était important pour moi de pouvoir participer aux réunions d'équipe régulièrement pour me tenir informée de l'ensemble du travail effectué à l'IME et faire des retours sur mes interventions auprès des enfants et adolescents. Les temps de réunions d'équipe sont essentiels pour proposer un accompagnement de qualité aux personnes accueillies et analyser notre pratique.

Ensuite, à chaque séance, je suis venue chercher le jeune dans son groupe et je l'ai ramené une fois le temps d'accompagnement terminé. Cela m'a permis d'échanger avec l'éducateur présent sur l'état général de l'enfant, sur des informations importantes à transmettre et sur le déroulé global de la séance de musicothérapie. Ce lien favorisait la continuité dans l'espace et le temps pour l'enfant ou l'adolescent mais aussi pour les professionnels accompagnant.

De plus, j'ai rencontré régulièrement ma référente de stage pour faire le point sur celui-ci, sur mes interventions et lui exposer mes doutes²⁶ et mes questionnements. Ces temps individuels m'ont énormément apporté et encouragé. Ils m'ont permis de garder le cap.

Enfin, chaque jeudi matin, dès mon arrivée, je prenais le temps de lire les cahiers de liaison des équipes pour me tenir informée des choses importantes qui s'étaient déroulées lors de la semaine. J'ai souvent mis dans ceux-ci quelques rappels ou informations à destination de l'ensemble des équipes. J'allais également consulter, lorsque cela était nécessaire pour mon accompagnement, les fiches « notes et observations », où sont inscrites les choses importantes qui se passent pour la personne, mais qui sont confidentielles.

²⁶ René DESCARTES nous parle du « doute ». Un doute épistémique est pour DESCARTES une condition pour obtenir une connaissance certaine. Pour atteindre la connaissance indubitable (cf. Glossaire), il faut selon DESCARTES se défaire de toutes ses connaissances antérieures. Dans « *Discours de la méthode* » en 1637, le philosophe décide de faire porter son doute sur tout : « *Je désirais vaquer seulement à la recherche de la vérité, je pensais qu'il fallait [...] que je rejetasse comme absolument faux tout ce en quoi je pourrais imaginer le moindre doute, afin de voir s'il ne resterait point après cela quelque chose en ma créance qui fut entièrement indubitable.* » D'autres citations illustrent ce « doute » essentiel à la pratique thérapeutique :

« *Le doute est père de la création.* » Galilée

« *Qui ne doute pas acquiert peu.* » Léonard de Vinci

« *Le doute est la clé de toute connaissance.* » Proverbe persan.

« *L'ignorant affirme, le savant doute, le sage réfléchit.* » Aristote

« *Une conduite vous paraît familière, découvrez-la insolite. Sous le quotidien, décelez l'inexplicable. Derrière la règle consacrée, discernez l'absurde. Défiez-vous du moindre geste, fut-il simple en apparence. N'acceptez pas comme telle la coutume reçue, cherchez-en la nécessité. Nous vous en prions instamment, ne dites pas : "c'est naturel" devant les événements de chaque jour. À une époque où règne la confusion, où coule le sang, où on ordonne le désordre, où l'arbitraire prend force de loi, où l'humanité se déshumanise, ne dites jamais : "c'est naturel" afin que rien ne passe pour immuable.* » Bertolt BRECHT, *L'exception et la règle*, 1937.

Des échanges de mots dans les casiers se sont faits régulièrement avec mes collègues pour signaler un changement de programme, une demande, une remarque, une information, une réflexion...

J'ai écrit, pour chaque enfant et adolescent, un bilan, mis à disposition des professionnels. (Voir annexe 1)

Grâce aux observations précédentes, nous nous apercevons que la structure de l'IME de Saint-Claude, que nous pouvons comparer à une coquille, est apte à accueillir une activité de musicothérapie, prête à éclore. En effet, cette discipline a déjà fait son apparition il y a quelques années. Certains professionnels ont pu participer à ce projet, quelques enfants accueillis ont pu bénéficier de cette intervention, et tous s'en souviennent aujourd'hui. De plus, le schéma de fonctionnement de cet établissement permet une certaine flexibilité et convient tout à fait à la pratique de la musicothérapie. Celle-ci doit être intégrée à une équipe pluridisciplinaire. Si le projet n'est pas porté par la structure, le travail de thérapie n'a pas de sens. Ici il est tout à fait possible d'intégrer la pratique de la musicothérapie au sein de l'IME de Saint-Claude, comme une autre étoile de la « constellation ».



Au sein de cette structure, de cette coquille, nous trouvons différents membres qui agissent pour le projet de l'enfant. Il est essentiel que chacun d'eux accueille le projet d'insertion de cette nouvelle activité de musicothérapie pour qu'elle puisse prendre tout son sens. Le musicothérapeute doit travailler dans cette direction pour favoriser la réussite de ce projet. C'est ce que nous verrons dans une seconde partie.

II. LE PROJET D'INSERTION DE LA MUSICOTHERAPIE AU SEIN DE L'IME DE SAINT-CLAUDE

Au cours de l'année 2014, j'ai effectué mon dernier remplacement à l'IME de Saint-Claude en tant qu'Aide Médico-Psychologique. En parallèle, j'ai suivi ma formation de musicothérapeute à l'AMB de Dijon. Ce remplacement m'a permis d'envisager de mettre en place un projet de musicothérapie au sein de cette institution, grâce au stage de fin de formation, le stage de projet professionnel. En effet, lors de cette période en tant que professionnelle salariée dans ce lieu, j'ai pu observer, réfléchir longuement, projeter, échanger avec les autres membres de cet établissement, pour en tirer les premières ébauches de ce projet d'insertion de la musicothérapie au sein de l'IME de Saint-Claude.

Plusieurs éléments sont venus appuyer mon envie de proposer ce projet à cette institution en particulier :

- La connaissance de la structure et de son fonctionnement facilitait ma venue et mon intervention. Effectivement, la majorité des informations concernant le Projet d'Établissement, l'historique, l'organigramme, les habitudes, les projets en cours, les plannings, les locaux, les valeurs, et cætera, m'étaient déjà familières. Je pouvais, dans ces conditions, anticiper la mise en place de ce stage en prenant en compte les moyens dont je disposais, l'éthique de l'établissement, le contexte actuel, et m'adapter à une institution déjà en place. A cette période, cet établissement était en plein « virage ». Un changement de direction quelques mois auparavant et un remaniement des équipes, dont nous avons déjà parlé dans la première partie de ce mémoire, ont eu lieu de façon successive. Ces moments de changement, de renouveau, peuvent sembler opportuns pour apporter une spécificité.
- La connaissance de la majorité des professionnels de l'IME me permettait de bénéficier de relations de confiance déjà installées. Mes collègues me connaissaient depuis plusieurs années pour certains, et m'ont vu évoluer professionnellement. Je les connaissais en retour et pouvais m'adapter à la plupart d'entre eux. Je savais, en amont de toute mise en œuvre de ce stage, vers quel professionnel me tourner, le rôle de

chacun, qui était capable de prendre une décision, qui était l'éducateur référent de chaque enfant et qui avait une sensibilité à la musicothérapie.

- La connaissance de chaque enfant et adolescent accueilli à l'IME de Saint-Claude rendait plus aisée mon initiative auprès d'eux. En effet, la rencontre avait eu lieu et la relation s'était créée. Ils me connaissaient déjà, certes sous la casquette éducative, mais ils savaient qui j'étais et avaient, pour la majorité, confiance en moi. Je connaissais suffisamment leur personnalité, leur projet, leur problématique, pour éventuellement les orienter vers un accompagnement en musicothérapie.

En parallèle, d'autres éléments ont fait évoluer la forme de ce projet. C'est évident que la connaissance préalable de la structure, des équipes et des usagers, est un point positif pour une mise en place plus aisée d'un projet. Mais n'allait-il pas être compliqué de retirer ma casquette éducative pour porter ensuite cette nouvelle casquette thérapeutique ? Allait-on pouvoir m'identifier avec ce nouveau statut, que ce soit de la part des enfants et adolescents mais aussi des professionnels ?

De plus, la structure étant en pleine phase de déstabilisation et de reconstruction, le « navire » semblait bien agité et prêt à chavirer à tout moment. Était-ce raisonnable de venir rajouter un énième surpoids à cette embarcation, risquant de créer un chancellement encore plus important ? Était-ce, tout de même, un lieu suffisamment armé et vigoureux, pour accueillir un projet nouveau ?

De longues discussions avec ma chef de service et future référente de stage, m'ont permis de peser le pour et le contre, et de faire le choix d'offrir cette opportunité à cette institution qui m'est chère par ses valeurs et ce qu'elle a pu m'apporter en me formant professionnellement.

Le processus de mise en place du projet d'insertion de la musicothérapie à l'IME de Saint-Claude s'est donc déroulé en trois temps. D'abord les étapes permettant l'acceptation du stage. Ensuite la communication et la médiation autour de ce projet nouveau. Et enfin la mise en place technique et organisationnelle de celui-ci.

1. D'une discussion informelle à l'adhésion de la musicothérapie

Étant déjà en poste à l'IME de Saint-Claude, j'ai pu anticiper la mise en place de ce projet d'insertion de la musicothérapie. La majorité des professionnels et usagers, avaient connaissance de ma formation en cours. En effet, j'étais absente de façon régulière pour assister à mes sessions de regroupement à Dijon. Je l'expliquais toujours aux jeunes avec qui je travaillais et aux collègues concernés. Cela me permettait, par la même occasion, d'informer chacun de mon avancée et de mes projets. J'ai pu, au début de l'année 2014, commencer à signifier aux salariés mon souhait de mettre en place mon stage de projet professionnel au sein de l'IME et ainsi, proposer un accompagnement nouveau aux enfants et adolescents de l'IME. Chacun a pu me faire part de son intérêt. En cette période de remaniement structurel, quelques professionnels avaient besoin de « nourriture spirituelle », de réflexions, d'engagements nouveaux, pour poursuivre leur accompagnement médico-social. Ils désiraient fortement des changements et de la nouveauté pour venir apporter une autre dynamique à la structure.

A cette époque, je trouvais des équipes débordées, prises par le temps, l'organisation et les obligations institutionnelles. Mais qui, malgré tout, souhaitaient pouvoir accompagner les enfants et adolescents de façon plus individuelle. En effet, on sentait un réel besoin de ce côté-là pour des enfants plus fragiles ou plus réservés, des adolescents avec des troubles du comportement, des jeunes à qui on ne savait plus quoi proposer pour qu'ils puissent s'épanouir... La musicothérapie pouvait répondre à ces besoins et j'ai, dans ce sens, renforcé ma proposition auprès des équipes. Je pouvais accompagner de façon plus singulière les enfants et adolescents de l'IME, tout en allégeant les groupes dont ils faisaient partie.

Certains collègues se souviennent encore aujourd'hui des interventions d'une musicothérapeute, en 2005, au sein de la structure. Deux professionnels, encore salariés à l'heure actuelle, avaient co-animé des séances avec celle-ci et ont pu m'en parler de façon positive. Plusieurs souhaitaient renouveler l'expérience et aller vers un projet à long terme.

La confiance mutuelle entre les professionnels de l'IME et moi-même, permettait de faciliter l'acceptation de ce projet. En effet, ce type de stage peut paraître quelque peu compliqué à mettre en place. D'une part, la musicothérapie est peu connue dans certains établissements (pas de musicothérapeute en poste), mais également le rôle de thérapeute ne « s'apprend pas ». Le directeur de la formation de musicothérapeute de Dijon, nous dit

souvent lors de ses interventions : « *On n'apprend pas à être thérapeute, on le devient.* ». Effectivement, on le devient. Alors en partant de cela, il peut être inquiétant de confier à une personne, stagiaire, peu connue de l'établissement, l'accompagnement thérapeutique des usagers de celui-ci.

Après avoir informé mes collègues et trouvé leur soutien, j'ai pu m'adresser au directeur adjoint de l'établissement pour lui proposer mon intervention en tant que stagiaire musicothérapeute. Je lui ai alors remis une lettre de demande de stage en mars 2014 et l'ai rencontré en avril de cette même année. J'avais alors fait une première ébauche de ce que je souhaitais proposer comme accompagnement pour les jeunes de l'IME et les modalités du stage :

- travailler en équipe, lors des réunions de fin d'année 2014 pour insérer ces prises en charge dans le planning 2014-2015 des enfants et adolescents de l'IME ;
- 110 heures sur 6 mois, minimum. Période de janvier à juillet 2015 ;
- une demi-journée voire une journée par semaine ;
- en séances individuelles ou en petits groupes ;
- aller chercher et ramener les jeunes pour faciliter l'organisation ;
- participation aux réunions d'équipe ;
- cycles de 10 séances de musicothérapie ;
- stage scindé en deux périodes de 3 mois, pour proposer l'accompagnement à plus d'usagers ;
- éventuellement une demi-journée « vacante » permettant un sas à certains jeunes en cas de besoin urgent d'accompagnement individuel ;
- utilisation de la salle de musique de l'établissement.

Le directeur adjoint souhaitait avoir davantage de précisions sur les généralités de la musicothérapie, ses objectifs, ses possibilités, ses champs d'intervention... Et il demanda l'écriture d'un projet, exigé également par le lieu de formation. J'ai écrit ce projet officiellement en novembre 2014 (voir annexe 2), lorsque mon dernier remplacement sous la casquette éducative allait prendre fin, pour éviter toute confusion. Néanmoins, mon stage fut accepté bien avant, de façon officieuse, lorsque le directeur adjoint comprit et valida mes intentions autour de ce projet, mais aussi lorsqu'il mesura les bénéfices que les jeunes et les professionnels pouvaient en tirer.

J'ai pu alors commencer à œuvrer autour de la mise en place de cette nouvelle discipline. Je tenais à anticiper tout ce processus pour faciliter le déroulement du stage en lui-même.

2. Communication et médiation autour du projet nouveau

Le stage étant validé par la direction et porté par les équipes, je pouvais alors commencer à élaborer celui-ci en mettant en place une médiation et des échanges qui permettraient d'apporter une base de projet solide.

Une partie des professionnels de l'IME (de même que la majorité de la population) ignore ce qu'est la musicothérapie, ou se fait une fausse idée de celle-ci. Pour mener à bien l'insertion de cette nouvelle discipline au sein de ce lieu, il était essentiel, dans un premier temps, d'informer et de faire saisir l'enjeu de la musicothérapie à l'ensemble du personnel présent. Cet exercice ne fut pas si simple car il n'existe pas de définition succincte et suffisamment précise de la musicothérapie. J'ai donc élaboré, un texte, que je souhaitais présenter oralement lors d'une réunion, favorisant ainsi les échanges. Je me suis appuyée sur la fiche métier de musicothérapeute (voir annexe 3), créée par la F.F.M. (Fédération Française de Musicothérapie), pour obtenir un texte court, concis et qui ouvrait à la discussion. Malgré mon insistance, nous n'avons pas pu fixer de temps de rencontre avec mes collègues pour que je puisse leur présenter ce travail, faute de disponibilités. J'ai donc dû trouver une autre solution. J'ai tenté de faire par écrit, le même exercice en reprenant ce que je souhaitais dire à l'oral, mais en tentant d'être encore plus explicite et brève. En annexe 4 se trouve le document que j'ai inséré dans les cahiers de chaque équipe pour les sensibiliser à la pratique de la musicothérapie mais aussi pour les informer officiellement de mon futur stage et de ses modalités. Ce document n'a pu être consultable qu'en novembre 2014, à la fin de mon remplacement éducatif, puisque j'ai espéré longuement pouvoir présenter mon projet de façon orale, ce qui me semblait plus judicieux. Par ce simple document, il a fallu que j'informe, que j'accroche, que je fasse saisir la subtilité de ma discipline et que je donne envie à tous de porter le projet d'insertion de la musicothérapie avec moi. Car l'équipe pluridisciplinaire allait être mon alliée dans cette aventure. En effet, c'est avec elle que je pourrais définir quel enfant j'accompagnerais, c'est avec elle que je porterais le projet de l'enfant, c'est sur elle que je m'appuierais pour donner du sens à mon accompagnement thérapeutique et ce serait elle ma principale interlocutrice.

Grâce aux retours que j'ai pu avoir des professionnels accompagnant les jeunes de l'IME, qu'ils soient écrits ou oraux, et grâce à mes connaissances préalables, j'ai pu mettre en place une liste, non exhaustive, d'enfants et adolescents pour qui mon accompagnement serait envisageable. J'ai alors écrit un courrier (voir annexe 5) aux parents de chacun d'eux pour les informer de ce que l'on proposait à leur enfant et les invitais, s'ils le souhaitaient et en éprouvaient le besoin, à me contacter et éventuellement me rencontrer.

J'ai préparé les enfants et adolescents à ma venue nouvelle, sous une autre casquette. Je leur ai expliqué plus clairement ce que j'apprenais à « l'école », où je partais si souvent. Je leur ai annoncé que je ne reviendrais plus à l'IME comme « éducatrice » mais comme stagiaire musicothérapeute. Il a fallu également leur expliquer que je ne pourrais pas rencontrer tous les jeunes et que ce ne serait pas une obligation pour ceux à qui je le proposerais. Certains ont posé davantage de questions, d'autres ne semblaient pas accorder d'importance à mes dires et d'autres encore n'ont rien compris ! Et je les comprends ! Toutefois chacun a pu entendre que j'allais revenir à l'IME, quelques mois plus tard, pour faire autre chose...

3. Mise en place technique et organisationnelle du projet

a. La durée des séances

J'ai fait le choix de proposer des temps de séance de 45 minutes au départ, en m'appuyant sur ce que l'on m'avait enseigné en formation mais aussi sur les autres professionnels de l'IME qui proposaient des séances individuelles ou en petit groupe (rééducateurs, psychologues). La durée de la séance fait partie du cadre thérapeutique qui doit être énoncé par le thérapeute en début de parcours.

Historiquement, le débat autour de la durée des séances de psychanalyse fit rage entre les lacaniens et les freudiens. Freud avait fixé la durée idéale d'une séance à 55 minutes tandis que Lacan, quelques décennies plus tard, inventait la séance à durée variable. La séance se terminait lorsque le patient énonçait un mot, une idée qui éclairait sa problématique. Même si elle n'avait commencé que depuis dix minutes. Cette interruption inattendue lui permettait de comprendre qu'il venait de faire surgir un élément important. Les analystes freudiens

prétendent que le patient doit être rassuré par un cadre immuable avec des séances à durée déterminée. Les lacaniens, à l'inverse, privilégient l'effet de surprise.

Pour ma part, s'agissant de musicothérapie et étant face à des enfants et adolescents déficients intellectuels, j'ai fait le choix d'avoir un cadre précis et clairement défini permettant à ceux-ci de se repérer plus aisément dans l'espace et le temps. En revanche, je gardais bien en tête la possibilité d'une flexibilité si cela était nécessaire. C'est effectivement ce que j'ai été amenée à faire à plusieurs reprises. J'ai écourté ponctuellement des séances lorsqu'un enfant était plus fatigué qu'à son habitude, ou j'ai proposé un temps de prise en charge plus long (1 heure) pour un groupe qui en avait besoin.

Parfois les séances étaient écourtées mais non de façon voulue et nécessaire. Soit parce que l'enfant était en retard, de son fait ou non. Soit parce qu'il y avait un pot de départ ou d'anniversaire au même moment. Soit encore, parce que la salle, que je devais occuper, était finalement indispensable au déroulement d'une réunion.

b. Le planning

Dans le dictionnaire le planning désigne un « *programme qui décompose le travail à accomplir en tâches élémentaires échelonnées dans le temps* ».

La planification est essentielle dans le fonctionnement d'un établissement médico-social. Les personnes accueillies ont besoin de repères spatio-temporels pour se construire et lutter contre leurs angoisses, et ce, dès leur accueil dans l'institution. Dans les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, il est spécifié : « *La création rapide de repères spatio-temporels et relationnels/affectifs est particulièrement importante les premiers jours pour que la personne soit rassurée sur le maintien de son identité, et pour ne pas accroître le risque de perte d'autonomie* »²⁷. De plus, la planification est primordiale pour permettre aux nombreux professionnels de s'organiser, aux groupes d'activité de se dérouler régulièrement et pour permettre une certaine cohésion.

Chaque enfant de l'IME se voit remettre, en début d'année scolaire, un emploi du temps personnalisé, établi grâce à ses besoins. Pour le bon déroulement de mon stage, il était donc nécessaire de mettre en place un planning reprenant mes différents temps d'intervention et leurs horaires précis.

²⁷ ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, novembre 2009, p.15

Il a fallu prendre en compte les emplois du temps de chacun des jeunes, le lieu où ils se trouvaient ce jour de la semaine, l'importance (vis à vis de leur Projet) de l'atelier qu'ils avaient à suivre, l'avis des éducateurs référents et de l'ensemble des équipes. N'ayant pas pu anticiper comme je le souhaitais la mise en place du stage et débutant celui-ci en milieu d'année scolaire, beaucoup de paramètres organisationnels sont venus freinés les possibilités. J'aurais souhaité, dans un idéal, intégrer le projet d'accompagnement en musicothérapie dans les objectifs de l'année pour les enfants concernés. J'aurais aussi souhaité que ce temps soit défini à l'avance en équipe, pour permettre de l'intégrer à l'emploi du temps de chacun d'eux. Pour que les jeunes l'assimilent, que les parents soient au courant en amont et pour que l'organisation ne soit pas un frein face aux besoins.

Je vais illustrer ce propos par un exemple concret. Un des premiers retours que j'ai eu d'un éducateur référent concernait une jeune femme de 20 ans, en Amendement Creton, atteinte d'un syndrome rare, le syndrome CHARGE²⁸. Je connaissais bien cette personne, que nous appellerons Aline²⁹, qui était arrivée sur l'équipe des adolescents lors de mon arrivée à l'IME en 2009. Cette jeune femme a de multiples difficultés et demande de bien la connaître pour entrer en relation avec elle. Elle n'a pas accès au langage verbal mais peut parfois nous surprendre, surtout dans le domaine musical. Voici ce que j'écrivais dans un rapport demandé lors de ma formation d'AMP : « *La musique, les jeux de mains, sont des moments très importants pour Aline. D'abord parce que le tactile est un sens très important pour elle, et ce sont des moments d'échanges privilégiés avec les adultes et avec ses pairs* »³⁰. En effet, Aline a de grandes difficultés et demande un mode de relation particulier. Cependant, elle a des capacités rythmiques et surtout elle prend un réel plaisir à danser, à jouer des instruments, et à communiquer à travers eux. C'est pourquoi, mon collègue a tout de suite pensé à elle pour profiter de séances de musicothérapie et j'ai fait de même. Elle était naturellement sur la liste d'adolescents à qui je proposerais ce temps. Pourtant, la semaine précédant le début de mon stage, on m'a annoncé qu'Aline avait déjà de multiples accompagnements individuels dans la journée du jeudi et que ceux-ci étaient déjà éprouvants pour elle. J'ai alors pris la décision de ne pas lui rajouter un temps de thérapie risquant de créer une surcharge. Son éducateur référent

²⁸ Acronyme anglais : Coloboma pour colobome ; Heart disease pour pathologies cardiaques ; Atresia choanae pour atrésie choanale ; Retarded growth and development pour retard de développement et/ou de croissance ; Genital hypoplasia pour hypogonadisme ; Ear anomaly pour malformations de l'oreille.

²⁹ Prénom fictif, visant à préserver l'anonymat. Tous les prénoms de ce mémoire suivront ce procédé.

³⁰ BUATOIS I., DF5 : « *Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé* » - étude de cas, 2010/2011, p.4

et moi-même avons été ennuyés de cette décision mais le planning d'Aline ne permettait pas de venir réintégrer un élément en cours d'année.

Ceci illustre bien la raison pour laquelle je souhaitais tant anticiper l'agencement de ce stage et montre les réelles difficultés que l'on peut rencontrer si l'on veut apporter une nouveauté au cours d'une année déjà en place.

En considérant les barrières organisationnelles, j'ai donc pu proposer aux équipes un planning prévisionnel. Celui-ci a été retouché au niveau des horaires plusieurs fois avant d'être validé. Le planning de stage final se trouve en annexe 6.

c. Le lieu, la salle

Dans la première ébauche du projet de stage que j'avais proposée au directeur adjoint de l'IME, il était spécifié que j'aurais besoin de : « *l'utilisation de la salle de musique de l'établissement* ». En effet, cette salle me semblait la plus adaptée à la pratique de ma discipline. Une salle relativement neutre, avec de grands rangements, les instruments placés à cet endroit et sans trop de vis-à-vis avec l'intérieur du bâtiment ou l'extérieur. En musicothérapie il est nécessaire d'avoir un lieu sécurisant, chaleureux, adapté à la pratique de la musique (isolation sonore), spacieux sans être trop grand, neutre de toutes pollutions visuelles (photos, fenêtres avec beaucoup de passage, écritures...), et confortable.

Le problème de salle fut soulevé très rapidement. L'organisation actuelle de l'IME de Saint-Claude et l'augmentation progressive des agréments ont créé de grosses difficultés sur l'occupation des locaux. Cet établissement étant situé proche du centre de la ville qui, elle-même, est construite avec de nombreux dénivelés, l'accès à ce lieu n'est pas aisé. Il a fallu, au fil des années, acquérir d'autres locaux, dispersés au sein de la ville.

Actuellement, chaque salle est sans cesse occupée, et toutes ont perdu leur spécificité première. Par exemple, la salle à manger devient, l'espace d'un instant, salle d'ateliers créatifs ou salle de repos. La salle de musique est aussi bien utilisée en guise de salle de réunion, d'entretien avec les familles ou même d'activité de soins esthétiques.

Lors de mon premier jour de stage, qui fut finalement destiné à régler les derniers soucis d'organisation, je m'attendais à occuper la salle de musique. Hors, on m'annonça que je disposerais de trois salles sur ma journée d'intervention. Celles-ci sont réparties dans les différents locaux appartenant à l'IME. Une le matin au 38, une en début d'après-midi au 2, et

enfin une en toute fin d'après-midi au 36 rue de Bonneville. D'un bout à l'autre de la rue, il faut être un bon marcheur et avoir un bon souffle pour gravir la côte abrupte qui sépare les deux lieux.

La géolocalisation de ces trois salles était trop contraignante. Tout d'abord, les jeunes de l'IME ont parfois des difficultés à se déplacer, des soucis de santé physique, des troubles du comportement. Ce temps passé sur le déplacement, malgré qu'il puisse être riche d'échanges, empiéterait sur le temps des séances de thérapie. De plus, ces salles, mise à part la dernière de la journée qui était celle demandée au préalable (la salle de musique), n'étaient pas équipées en matériel de musique. Cela engendrait de devoir transporter le matériel nécessaire à la pratique de la musicothérapie à chaque séance, ce qui était totalement inenvisageable.

Dans ces conditions, il m'était impossible de fournir un accompagnement de qualité. Je pris donc la décision d'envoyer un courrier électronique officiel à la direction et aux chefs de service de l'IME pour leur faire part de ce problème et leur demander de le résoudre. En annexe 7 se trouve ce courrier. Quelques jours plus tard ma chef de service, et référente de stage, a pu trouver une solution plus acceptable. La réunion d'équipe qu'elle animait en début d'après-midi, trouverait un autre lieu ; les professionnels, eux, n'ayant pas de difficultés pour se déplacer. J'aurais encore trois salles différentes, mais dans deux bâtiments proches l'un de l'autre.

Cette dernière salle que l'on me proposait n'était pas très adaptée à la pratique de la musicothérapie. Elle servait de salle de petit déjeuner pour les enfants de l'internat, de salle télévision, de salle de réunion mais j'allais faire en sorte de la rendre agréable. Finalement, peu importe si cet endroit est utilisé d'une autre façon à un autre moment. L'agencement des meubles et des instruments par le musicothérapeute, permet à l'enfant de repérer ce lieu et ce temps privilégié grâce à la façon dont l'espace est disposé.

J'ai aménagé ces espaces de façon à ce que les enfants et adolescents redécouvrent ce lieu, qu'ils l'investissent comme l'endroit où se déroule la musicothérapie, qu'ils s'y sentent bien et en sécurité. J'ai restreint et délimité les espaces pour créer un cadre plus clair et sécurisé³¹, tout en laissant la place pour les mouvements corporels. J'ai bouché les ouvertures pour éviter d'être distrait, et créer un espace privilégié et confidentiel. J'ai écarté toute source de danger et fait en sorte que le lieu soit chaleureux. N'ayant que peu de moyens à disposition, j'ai donc apporté du matériel personnel permettant de mettre en œuvre cela. Le résultat ne m'a

³¹ Cf. Glossaire

pas totalement satisfait, mais je pouvais néanmoins maintenir la totalité des accompagnements prévus dans mon planning.



Salle du 38 rue de Bonneville



Salle du 36 rue de Bonneville

Puisque ces salles avaient un usage multiple, j'ai dû trouver une solution pour assurer la confidentialité des séances et leur bon déroulé en évitant le va-et-vient incessant de professionnels ou d'autres jeunes. Pour cela j'ai d'abord spécifié aux équipes le souhait que ces séances ne soient pas interrompues et que la thérapie restait confidentielle. Dans le code de déontologie de la Fédération Française de Musicothérapie stipule que « *le musicothérapeute protège la confidentialité absolue de l'information recueillie au cours du traitement* »³². Ensuite, j'ai créé un panneau où étaient inscrits un sens interdit et « *Séance de musicothérapie en cours. Merci !* ».

Malgré ces précautions, plusieurs professionnels ont fait irruption lors de séances. Soit par inattention, soit parce qu'ils avaient besoin de quelque chose se trouvant dans la salle. J'utilise volontairement le terme « irruption » qui signifie « *Entrée soudaine et violente dans un lieu. Action de surgir soudainement* » car l'effet occasionné fut de cet ordre, que ce soit pour les enfants et adolescents ou pour moi. En effet, lors d'une thérapie on baisse les barrières, on se dévoile, on se « met à nu ». Lorsqu'un élément vient perturber ce processus en s'introduisant dans ce temps et ce lieu, les participants le vivent de façon extrêmement intrusive.

d. Le matériel

Ayant déjà, en tant qu'AMP, animé des activités musicales à l'IME, je savais de quel matériel je disposerais : beaucoup d'instruments enfantins de moindre qualité, des instruments de meilleure qualité mais en piteux état, du matériel audio peu performant et guère de CD.

³² F.F.M., *Code de déontologie*, § 6.1

Pourtant je ne pouvais pas faire investir l'établissement dans du matériel seulement pour un stage de 5 mois. Je me suis donc mise en lien avec les éducateurs animant l'activité de musique de l'année. Ils ont pu, en utilisant le budget des activités, racheter quelques instruments. Ceci n'étant pas encore satisfaisant je devais apporter du matériel personnel.

Le matériel étant dans un état médiocre, il y a eu de la perte en cours de stage. Le poste audio rendit l'âme, des instruments se cassèrent. Mais en parallèle j'ai pu réparer plusieurs instruments : retendre des peaux, recoller des œufs, ou encore perforer des cartons pour le petit orgue de barbarie.

J'ai observé que l'utilisation d'une majorité d'instruments enfantins, en plastique, surtout pour des grands enfants ou adolescents, freine l'envie d'en jouer et peut provoquer un désir de destruction. Nous trouvons, à l'IME, beaucoup de matériel de musique abîmé, brisé, tordu, mâché... Tandis que l'utilisation d'instruments de qualité engendre plutôt la fascination, la créativité et donc favorise leur respect. Guylaine VAILLANCOURT, musicothérapeute, infirmière et présidente de l'Association des musicothérapeutes du Québec, affirme qu'*« il est essentiel que l'enfant jouisse d'instruments de musique de qualité, car autrement le son s'apparente au bruit, et c'est un son désorganisé, sans signification »*³³.

Au cours de mon stage, je suis allée faire des devis dans certains magasins de musique de mon secteur pour les proposer à l'IME. En effet, la peau du djembé était prête à fendre. L'établissement n'avait pas de gros instruments permettant de jouer à plusieurs dessus. On ne trouvait pas non plus de baguettes, d'instrument à corde, ni même de kazoos... Je n'ai pas eu de réponse de la direction concernant ces demandes, probablement par manque de moyens financiers.

Au sein de la structure de l'IME de Saint-Claude, de cette coquille, les différents membres agissant pour le projet de l'enfant peuvent accueillir le projet d'insertion de cette nouvelle activité de musicothérapie pour qu'elle prenne tout son sens. Le musicothérapeute doit prendre en compte différents éléments pour favoriser la réussite de ce projet.

³³ VAILLANCOURT G., *Musique, musicothérapie et développement de l'enfant*, Québec, éd. de l'Hôpital Sainte-Justine, 2006, p.81

Dans un premier temps, une connaissance suffisante de l'institution, de son histoire et de son évolution est nécessaire. Ensuite, il est important de créer une relation de confiance avec chaque individu « habitant » cette coquille. Cela, grâce à des informations claires, des questionnements et des discussions, la considération de la parole de chacun ainsi que l'ajustement éventuel du projet. Enfin, il est indispensable de créer un projet solide selon une méthode précise. D'abord avoir une idée avec des hypothèses et une certaine cohérence. Ensuite vérifier la faisabilité de cette idée. Puis monter le projet, le mettre en place, l'ajuster et le faire naître en prenant en compte les objectifs et les moyens.

J'ai souhaité anticiper la mise en place de ce stage, en essayant d'amorcer le travail de préparation bien en amont. Mais cela n'a pas suffi, à mon goût, pour entrer dans le vif du stage de façon sereine et suffisamment stable. Cependant, ce cheminement m'a permis de faire petit à petit ma place au sein de la structure et de l'équipe pluridisciplinaire, et de progressivement ôter ma casquette éducative pour coiffer celle de thérapeute. Cela m'a également permis de prendre confiance en moi et d'oser soutenir mes points de vue.

Après avoir travaillé en partenariat avec chaque membre de la constellation, le musicothérapeute situe sa pratique dans un ensemble. Cette nouvelle discipline répond-elle aux besoins des enfants accueillis à l'IME de Saint-Claude ? C'est ce que nous tenterons de voir dans une troisième partie.

III. LES ENFANTS DE L'IME ; LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ASSOCIES

La musicothérapie est une pratique qui peut s'adapter et correspondre à de nombreux individus. D'ailleurs, la musique, en elle-même, parle à tous. Jack LANG, père fondateur de la fête de la musique, qu'il a instaurée en 1982 lorsqu'il était Ministre de la Culture, affirme que *« La musique, c'est partout pareil. Ça rassemble. Ça fait du bien. C'est un langage commun »*³⁴.

Selon Guylaine VAILLANCOURT *« la musique devrait être accessible à tous, spécialement aux enfants et adolescents, car ils y trouvent un moyen d'expression et de communication idéal, quelle que soit leur condition physique, intellectuelle, affective et sociale »*³⁵.

Intervenant une seule journée par semaine, il fallait affiner la liste d'enfants et d'adolescents que j'avais déjà ébauchée grâce aux retours de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, il fallait déterminer pour qui la musicothérapie serait la plus bénéfique. Pour cela, je devais m'appuyer sur la connaissance de leur handicap et de leurs pathologies et troubles associés.

Dans un premier temps, nous verrons ce qu'est la déficience intellectuelle ; critère obligatoire pour une orientation dans cet IME. Puis nous parlerons des troubles associés des enfants et adolescents que j'ai rencontrés en stage.

1. La déficience intellectuelle

Selon la définition de l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis), *« l'expression « handicap mental » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des*

³⁴ LANG J., *Extrait du Blog de Jack Lang*, 21 juin 2006

³⁵ VAILLANCOURT G., *op. cit.*, p.143

difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision... Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnateur³⁶ humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne. [...]

Une personne handicapée mentale est un individu à part entière, une personne à la fois ordinaire et singulière.

Elle est ordinaire, parce qu'elle connaît les mêmes besoins que tout le monde, parce qu'elle dispose des mêmes droits que tous et qu'elle accomplit les mêmes devoirs.

Elle est singulière, parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens, du fait de son handicap.

Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, la personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente d'une déficience intellectuelle dont l'origine peut être très diverse. Elle a donc généralement besoin, le plus tôt possible, d'un soutien et d'un accompagnement adaptés pour l'aider à mieux communiquer avec les autres, exprimer ses envies, s'éveiller et développer sa personnalité, aller à l'école, travailler, en quelques mots : vivre sa vie »³⁷.

Je parlerai ici, d'abord de handicap, de handicap mental puis de déficience intellectuelle.

a. Historique

Étymologiquement, le mot handicap trouve son origine en Angleterre au XVIème siècle où il désignait, semblerait-il, un jeu de hasard : « hand in cap » (littéralement, main dans le chapeau). Il passera ensuite dans le langage turfiste pour signifier l'égalisation des chances dans les courses de chevaux, les plus forts se voyant imposer des difficultés supplémentaires. Ce terme est officialisé par la loi du 23 novembre 1957.

Selon les époques et les sociétés, les personnes en situation de handicap ont fait l'objet d'attentions ou de regards différents.

D'après Henri-Jacques STIKER³⁸, deux périodes peuvent être distinguées. La première qui va de l'Antiquité jusqu'à la Renaissance cherchera la signification de l'infirmité dans un

³⁶ Cf. Glossaire

³⁷ <http://www.unapei.org/le-handicap-mental-sa-definition.html>

³⁸ STIKER H-J., *Corps infirmes et sociétés*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, 2005, p.253

rapport au divin. La seconde, à partir du XVII^{ème} siècle verra cette infirmité plutôt regardée sous l'angle « *d'un traitement social et non plus d'une projection de sens* »³⁹.

Dans la culture hébraïque, l'infirme apparaît comme impur. Si cela n'entraîne aucune pratique « expéditive », il fait l'objet d'un interdit du culte de Dieu. Dans le nouveau testament, Jésus de Nazareth rompra très nettement avec cette culture de l'interdit en ne retenant pas le lien entre infirmité et faute individuelle. Il introduira par là-même le principe de charité.

Pour la Grèce ancienne, une naissance difforme est interprétée comme un signe adressé par les Dieux à un groupe social fautif ou en risque de déviance. L'enfant fait alors l'objet d'une « exposition » en étant emmené hors de l'espace social et abandonné (au départ du mythe, Œdipe est d'ailleurs lui-même un enfant exposé).

Dans la culture maghrébine et l'islam, les familles pensent que si ils ont un enfant handicapé, c'est qu'ils sont capables de l'assumer et qu'ils en sont dignes. Le handicap est à la fois perçu comme un don et une épreuve imposée par Dieu pour éprouver la foi du croyant et comme un lien social impliquant la solidarité et l'aide positive de la communauté. Le Coran révèle l'égalité de fait des personnes handicapées et de celles qui ne le sont pas.

Durant la période médiévale, deux grandes figures prédominent. Dans la première, l'impotent se voit attribuer une fonction de dérision (le bouffon). Il indique l'envers du monde, la fragilité et l'arbitraire humain de l'ordre et des pouvoirs établis. La seconde, place l'infirmité comme une des figures de la pauvreté au même titre que les indigents (voleurs, vagabonds, pauvres) qui forment la Cour des Miracles. Cela fait de l'infirme une forme « d'image rapprochée du Christ » qui offre l'occasion de gagner son salut en faisant œuvre de charité. Même si rien n'est fait pour atténuer les souffrances et les inégalités, la société médiévale n'aura pas non plus engendré de processus de discrimination.

A l'opposé, durant la période dite classique, le regard sur l'infirmité change. A la fin du Moyen-Age, elle est considérée comme irrationnelle et elle fait peur. On commence à parler de travail pour les marginaux valides, de lieu d'isolement (l'Hôtel-Dieu à Paris). Au XVII^{ème} siècle, un décret royal instituant l'hôpital général dans les villes et les gros bourgs, est

³⁹ STIKER H-J., *Conférence sur la perception à travers les âges et civilisations du handicap*, Lons le Saunier, Besançon : URIOPPS Franche-Comté, octobre 1997, pp.3-4

prononcé. C'est la période du « grand enfermement ». L'être différent est vécu comme une menace, la communauté se préserve en retranchant ceux qui peuvent la perturber.

Le XVIIIème siècle verra poindre la notion de normalisation. L'idée démocratique et les grands principes d'égalité apparaissant, on commence à envisager que l'infirmité peut être une situation à traiter. L'attitude d'assistance fait progressivement place à un regard médical qui veut comprendre et classer. C'est l'apparition de la psychiatrie avec des médecins aliénistes tels que Philippe PINEL ou Jean-Étienne ESQUIROL. Suivront au XIXème siècle, parallèlement au développement de la neurologie et de la biologie, des tentatives pour éduquer ceux que l'on nomme idiots, arriérés ou imbéciles.

Le XXème siècle, quant à lui, bénéficiera des apports de la psychopharmacologie et de toutes les possibilités de compréhension et de traitement apportés par Sigmund FREUD et la psychanalyse.

L'influence du mouvement eugéniste sur la législation s'est traduite par la mise en place de programmes de stérilisations contraintes à la fin du XIXème siècle aux États-Unis, qui se poursuivirent au Japon pendant l'entre-deux-guerres avec notamment une Loi nationale sur l'Eugénisme sur un prétendu risque de « dégénérescence raciale ». Plusieurs États européens vont, à leur tour, voter des lois de ce type et des milliers de personnes vont être stérilisées contre leur gré et parfois à leur insu. Le programme visait d'abord les retardés mentaux et personnes sujettes à des troubles psychiques. De plus, certains États visaient aussi les sourds, les aveugles, les épileptiques, les victimes de malformations congénitales, les homosexuels, les toxicomanes, les prostituées, les personnes de couleurs...

La Seconde Guerre Mondiale est ainsi marquée en Allemagne par le projet Aktion T4, une campagne systématique d'assassinats par le régime nazi, qui débuta en janvier 1940, en vue d'éliminer les handicapés mentaux et physiques. En France, ce programme provoque la mort de 40.000 malades et handicapés mentaux du fait de gazage, dénutrition ou injection létale.

La seconde partie du XXème siècle a amené progressivement l'utilisation du terme handicap pour désigner toute forme de désavantage ou d'inadaptation : handicap physique, psychique, sensoriel, moteur, polyhandicap et handicap mental. La loi « n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées » et la loi « n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales » consacre la rupture entre le

sanitaire et le social. Elle a organisé pour la première fois l'offre sociale et médico-sociale comme un ensemble homogène et autonome. Face à l'extension du secteur et à ses nombreuses mutations, cette législation deviendra peu à peu obsolète... À partir de 1995, une réflexion entre les pouvoirs publics et des acteurs du secteur s'amorce quant à la modernisation de cette législation, jusqu'à l'obtention d'un relatif consensus autour de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'objectif est d'organiser sur un même plan l'ensemble des structures intervenant auprès de publics « fragiles », tout en les invitant à valoriser leurs spécificités. En d'autres termes, il s'agit « *de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé du secteur social et médico-social* »⁴⁰.

La société française, dès la fin du XXème siècle, souhaite adapter l'environnement à la personne handicapée, favoriser son intégration et son respect. La loi du 10 juillet 1987 introduit la notion d'obligation d'emploi des personnes handicapées. La loi du 13 juillet 1990 tend à réprimer tout acte de discrimination. La loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale qui doit tendre à promouvoir, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets et qui doit être conduite dans le respect de l'égalité dignité de tous les êtres humains. De nombreux établissements se créent, tout au long de ces années, pour accueillir ces personnes handicapées : CMPP, CAMSP, IME, ITEP, SESSAD, ESAT, FAM, MAS...

Pour aller dans ce sens, de nouvelles pratiques d'accompagnement voient le jour à cette époque pour favoriser le développement, l'accompagnement et l'insertion des personnes handicapées. Parmi elles, nous trouvons la musicothérapie.

b. Définition

La loi « n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la loi de 1975. Les toutes premières lignes de la loi rappellent les droits fondamentaux des personnes handicapées et donnent, pour la première fois, une définition du handicap :

« *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une*

⁴⁰ BAUDURET J-F. et JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*, Dunod, coll. Action Sociale, 2002, p.4

personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Il est intéressant de voir dans cette loi que le handicap est défini par rapport à une société donnée, à un moment précis. En France il y a 3,5 millions de personnes handicapées dont 700.000 qui sont en situation de handicap mental, soit 20%.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le retard mental, ou déficience intellectuelle, comme *« un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales »*. Les causes du handicap mental sont multiples :

- à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques, incompatibilité sanguine...) ;
- pendant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...) ;
- à la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...) ;
- après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies...

Nous trouvons différents degrés de déficience ou retard, toujours selon l'OMS : léger, moyen/modéré, grave/sévère et profond. Le degré de déficience mentale est calculé selon le Quotient Intellectuel de la personne. Il est cependant nécessaire de ne pas se limiter à l'évaluation du niveau mental pour appréhender la population déficiente intellectuelle. Le QI est une vision réductrice de l'intelligence puisque selon les conditions de réalisation des tests, la personne, l'attitude de l'enfant au moment donné, le résultat peut différer. Il est évident que les degrés de retard mental sont des indicateurs pour spécifier des difficultés d'ordre intellectuel mais ne doivent pas, à mon sens, être pris de manière stricte. Le professeur IONESCU, psychiatre et psychologue, définit la déficience intellectuelle comme *« un arrêt, un ralentissement ou un inachèvement du développement, se manifestant par la présence*

simultanée d'un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne et d'un comportement adaptatif déficitaire »⁴¹.

La déficience intellectuelle peut être associée à d'autres déficiences. Ceci est d'ailleurs spécifié dans le Projet d'Établissement de l'IME de Saint-Claude⁴². Le musicothérapeute s'appuie, en partie, sur ces troubles du langage, du comportement et/ou du développement pour orienter le travail thérapeutique.

2. Les déficiences associées chez les enfants de l'IME ; impact de la musicothérapie

L'explication théorique et la compréhension de ces multiples troubles étant un exercice vaste et qui dépasse le cadre de ce mémoire, j'appuierai mon propos sur des exemples concrets rencontrés lors de ma pratique.

a. Troubles psychomoteurs

Selon le Petit Robert, « *psychomoteur* » vient de *psycho-* et *-moteur*, ce qui montre qu'il concerne à la fois les fonctions psychiques et motrices.

Certains enfants et adolescents de l'IME rencontrent des difficultés en rapport avec leur corps. Ils sont sujets à des troubles de l'équilibre ou de la marche, à des gestes et mouvements incontrôlés et des difficultés à réaliser des gestes fins avec les mains.

Dimitri a grandi rapidement. Des blocages entravent la finesse de ses gestes et ceux-ci ne sont pas très fiables. A travers la pratique d'instruments de musique et la danse, Dimitri pourrait trouver une partie de réponse à ses difficultés.

D'autres jeunes ont de la peine à se repérer et s'orienter dans l'espace et le temps, comme nous avons pu le voir dans la partie concernant la mise en place du planning du stage. L'enfant ne sait pas dire si nous sommes le matin, l'après-midi, le soir ou la nuit. L'enfant ne sait pas quel jour nous sommes, quel mois, quelle heure il est. L'enfant ne connaît pas son âge.

⁴¹ IONESCU S., *L'intervention en déficience mentale : manuel de méthodes et de techniques volume I*, 1987, p.29

⁴² IME de Saint-Claude et sa région, *Projet d'Établissement*, p.10

Il ne sait pas où se situe devant, derrière, en haut, en bas, à gauche, à droite et a du mal à s'orienter sur un plan.

Les séances de musicothérapie étant à horaires fixes et toujours dans le même lieu, les repères spatio-temporels peuvent être favorisés. Juliette ALVIN, pionnière de la musicothérapie en Grande-Bretagne, introduit la notion de cadre thérapeutique : « *La musique que l'on écoute ou que l'on joue procure une sensation d'ordre, de temps et de continuité* »⁴³. Le rythme et la danse permettent de sentir cela.

La complémentarité des disciplines est importante à prendre en compte. En effet, il serait logique de penser que troubles psychomoteurs riment avec psychomotricité. Pourtant, chaque discipline peut venir en épauler une autre.

Au cours de la formation de musicothérapie, lors de mon premier stage au CAMSP de Valence, j'ai pu travailler en partenariat avec des psychomotriciens. Une en particulier m'a interpellée sur le cas d'un tout jeune garçon. Atteint de trisomie 21, il avait de gros troubles de la communication et du comportement, au-delà de ses difficultés psychomotrices. Elle ne savait plus quoi lui proposer pour tenter une approche et une accroche. Je lui ai soumis l'idée de créer un parcours musical dans la salle de psychomotricité en disposant des instruments de musique après chaque obstacle à franchir physiquement. Puis de travailler l'attention, la concentration et la motricité fine autour de la pratique d'instruments. Cette expérience s'est révélée extrêmement positive. Ce jeune enfant a pu être attentif, investir les propositions de la psychomotricienne et trouver du plaisir à leur réalisation.

b. Troubles psychomoteurs

Selon l'OMS, par troubles du comportement ou troubles des conduites, « *on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes*

⁴³ IONESCU S., *L'intervention en déficience mentale : manuel de méthodes et de techniques volume I*, 1987, p.29

ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante »⁴⁴.

De nombreux enfants de l'IME contrôlent difficilement leurs émotions. Ils peuvent se montrer turbulents, irritables, colériques, voire agressifs. Ils sont parfois sujets à de l'impulsivité et de l'hyperactivité. Ils sont aussi parfois lents, têtus, oisifs ou boudeurs. Mais également anxieux, sensibles, instables, susceptibles ou impatientes. Ces enfants ont quelquefois des gestes stéréotypés et peuvent être solitaires.

Samuel est un garçon arrivé à l'IME, à l'époque, sur la section TED (Trouble Envahissant du Développement). Il est dit « autiste ». En 1943, Léo KRANNER, psychiatre américain, définit l'autisme comme un « *trouble du contact affectif* »⁴⁵. Il n'a pas accès au langage verbal, est souvent angoissé et les équipes ont des difficultés à lui proposer des activités auxquelles il adhère et dans lesquelles il s'investit. Il entre parfois dans des crises de colère ou de tristesse sans qu'elles soient forcément comprises par les équipes éducatives. Il est souvent empreint de gestes stéréotypés que l'on pourrait presque associer à de la transe. A l'aide de la musicothérapie, Samuel pourrait éventuellement trouver une forme d'expression, de communication, lui permettant de se faire entendre et comprendre. Il pourrait également réussir à réguler ses émotions, ses affects. Ainsi ses angoisses pourraient être atténuées et ses mouvements de colères, moindres.

« L'improvisation offre à l'enfant la possibilité de canaliser le caractère impulsif de ses émotions dans un contexte non-menaçant. La musique offre une structure qui incite l'enfant à se régulariser et à organiser ses comportements. »⁴⁶

Guylaine VAILLANCOURT

Cette communication non verbale, qui passe par la sensibilité des deux personnes, est un lien entre l'intériorité du thérapeute et celle de la personne atteinte de troubles du comportement, dont l'instrument de musique est le vecteur, créant ainsi une passerelle de communication entre deux intimités profondes. La communication engendre d'avoir un émetteur, un récepteur, un message, un code et un feed-back⁴⁷. Harold Dwight LASSWELL, pionnier américain de la communication de masse et de la science politique, nous propose en 1948 un modèle de communication : « *Qui ? Quoi ? Quel canal ? À qui ? Quels effets ?* ». Il

⁴⁴ http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf

⁴⁵ KRANNER L., *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, 1943, p.217-250

⁴⁶ VAILLANCOURT G., *op. cit.*, p.119

⁴⁷ Cf. Glossaire

est important, pour le musicothérapeute, de créer un langage commun avec son patient en utilisant les mêmes codes. On pourra ainsi, par exemple appréhender la boucle rythmique du geste répétitif de l'autiste, afin de la traduire musicalement, et de la développer. Lors de la pratique de musicothérapie, nous parlons un langage autre, mais un langage commun. Le langage commun permet de communiquer, de pouvoir considérer l'autre en tant que tel et ainsi de diminuer les angoisses présentes.

c. Perturbations relationnelles

Selon Gustave-Nicolas FISCHER, professeur de psychologie sociale à l'Université de Metz « *on confond souvent relation et communication. Pour la psychologie sociale, la communication est un des modes d'expression de la relation, c'est un moyen à travers lequel des relations se construisent et se développent. La relation fait référence à quelque chose de plus fondamental; c'est une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme lien à autrui* »⁴⁸. En effet avant de pouvoir communiquer, l'être humain a besoin d'entrer en relation avec un autre.

Daniel STERN⁴⁹, pédopsychiatre et psychanalyste américain mais aussi professeur en Suisse, parle d'accordages affectifs, c'est-à-dire la manière dont la mère reprend la forme, l'intensité et le rythme des expressions que le bébé produit dans les interactions. Il faut que la mère soit capable de lire l'état émotionnel du bébé, puis de le lui miroiter en ne le réduisant pas à une stricte imitation, et, enfin, que le bébé puisse comprendre que la réaction de l'adulte est en rapport avec sa propre expérience émotionnelle et non seulement une imitation de son comportement. Il est question ici d'inter-affectivité. L'engagement émotionnel est la base de la relation. Il s'agit, là, de synchronisation entre la mère et son bébé : d'inter-synchronisation.

Selon cet auteur, dans le développement psychologique du tout-petit, nous pouvons voir que l'enfant doit passer par différents stades pour réussir à entrer en relation avec un autre. Il doit d'abord être dans la perception, puis être acteur, pour ensuite avoir conscience de l'autre et enfin entrer dans une relation interpersonnelle. Dans son livre *Le monde interpersonnel du nourrisson* (1985), il décrit le développement de quatre sens de soi : le sens de soi émergent, le sens de soi noyau, le sens de soi subjectif et le sens de soi verbal.

⁴⁸ FISCHER G-N., *Le concept de relation en psychologie sociale*, RECHERCHE EN SOIN INFIRMIERS n° 56, mars 1999

⁴⁹ STERN D., *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Presses Universitaires de France, 2003

En 1941, Henri WALLON, philosophe, psychologue, neuropsychiatre et pédagogue, met en avant les émotions comme fondatrices de la personnalité. L'expression émotionnelle permet au tout-petit, qui ne dispose pas encore du langage, de témoigner à autrui de son état subjectif qui ouvrira la voie aux échanges et interactions.

Julie et Agnès sont de jeunes adolescentes de l'IME. Elles ont toutes les deux des difficultés à être en relation avec les autres. Julie est assez ambivalente dans les relations qu'elle a. Elle peut parfois être très attachée, même assez intrusive, et d'autres fois, froide et montrer clairement son désintérêt pour quelqu'un. Agnès quant à elle, peut facilement se « braquer », se « figer » lorsqu'elle est en désaccord avec quelqu'un ou qu'elle ne comprend pas ce que l'autre veut lui dire. On pourrait dire qu'elle est parfois inhibée (en psychiatrie, l'inhibition est le blocage, involontaire et souvent douloureux, de l'activation émotionnelle, avec perte de réactions ou d'initiatives). Par ailleurs, elle peut avoir des comportements quelque peu familiers avec certaines personnes.

Les changements psychiques se basent sur la relation à l'autre, sur l'inter-affectivité, sur l'inter-synchronisation. Le musicothérapeute doit, de son côté de la relation, percevoir le patient, interpréter correctement ce qu'il perçoit et ensuite réagir en fonction de cela. Il doit prendre en compte là où en est le patient pour l'emmener vers une relation interpersonnelle. Si l'enfant est encore au stade de perception, il est essentiel de le rejoindre à cet endroit pour éviter la mise en échec. Le travail en musicothérapie, permet de retourner aux prémices du développement psychologique de l'enfant. La relation thérapeutique, à travers le langage non-verbal, permet de mettre en place une communication.

d. Troubles du langage et de la communication

« La musique est [...] un langage que nous possédons tous sans jamais l'avoir étudié. Ce langage est à la portée de tous et nous sert à nous exprimer et à communiquer. [...] Il s'agit d'un langage que l'enfant peut saisir sans avoir aucune connaissance préalable, car c'est lui-même qui lui donne sa signification. »⁵⁰

Guylaine VAILLANCOURT

Le musicothérapeute utilise un langage qui peut être un vecteur de communication entre le patient et lui-même. Pour communiquer, il faut engager un dialogue. Le dialogue s'opère à travers le langage. Le langage n'est pas forcément vocal ou écrit comme il est

⁵⁰ VAILLANCOURT G., *op. cit.*, p.17

spécifié dans le dictionnaire (*langage* : « *fonction d'expression de la pensée et de communication entre les hommes, mise en œuvre au moyen d'un système de signes vocaux (parole) et éventuellement de signes graphiques (écriture) qui constitue une langue.* »⁵¹). Il peut être archaïque comme le langage non-verbal, le langage corporel ou le langage rythmique.

Un individu qui ne parle pas de façon verbale aura des difficultés à développer sa communication avec certaines personnes. En musicothérapie, on rencontre la personne dans le non-verbal, donc en amont de la symbolisation. Le musicothérapeute peut atteindre les émotions du patient pour pouvoir les réguler et ainsi créer une inter-synchronisation nécessaire à la naissance de la communication. En effet, cette pratique permet d'entrer en contact avec un individu, d'instaurer un dialogue compris par le jeune et le thérapeute, et donc de communiquer. Ainsi, on pourra tendre vers l'évolution de la communication de l'individu pour l'amener à être compris par plus de personnes. Lors de troubles de la communication, il est essentiel de travailler autour des émotions, de l'inter-affectivité, pour permettre à la voix d'émerger. L'inter-affectivité, est le tremplin pour l'expression de la voix, de la langue. Roland VALLÉE, orthophoniste, psychologue clinicien et musicothérapeute, exprime cela : « *l'expression émotionnelle précède le langage* »⁵².

Une grande partie des enfants et adolescents de l'IME sont atteints de troubles de la communication. Soit parce qu'ils n'ont pas accès au langage verbal, soit parce qu'ils ont des difficultés à entrer en relation avec les autres.

Sylvia est une adolescente faisant partie des enfants accueillis d'abord sur la section TED. Elle a des troubles autistiques. Elle a accès aux mots, mais son discours n'est pas réellement sensé. Elle a besoin de relation de confiance pour pouvoir répondre à des questions ou formuler une demande. Elle parle souvent en écholalie, en criant ou en riant. Elle adore la musique et, de façon surprenante, chante ses chansons préférées par cœur. La musicothérapie pourrait être, dans une certaine mesure, un bon support pour favoriser le développement de la communication chez Sylvia.

⁵¹ *Le Petit Robert*, Paris, éd. LE ROBERT, 1984

⁵² VALLÉE R., *Musicothérapie et troubles de l'expression verbale*, éd. Non-Verbal/AMBx, novembre 1997, p.146

e. Troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention

Il est fréquent de trouver, associés à la déficience mentale, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Ces troubles peuvent être la conséquence, au niveau de l'enfant, de ses difficultés pour réaliser ce qu'on lui demande ou de sa difficulté à comprendre ce qu'on lui demande de réaliser. En effet, si l'enfant n'arrive pas à faire l'exercice ou ne comprend pas l'objectif de l'exercice, il va rapidement se désintéresser et faire autre chose. Les troubles de la mémoire peuvent être dus à des problèmes neurologiques mais la plupart du temps, ils résultent d'une difficulté à se concentrer. L'enfant oublie rapidement ce qu'il a appris à l'école, ce qu'il doit faire, où il doit aller...

Noé est un jeune garçon qui présente des troubles de l'attention et de la concentration. Sa compréhension des consignes est assez faible, il est souvent dans le mimétisme. Ce jeune enfant imite des comportements pour faire comme l'autre, pour comprendre l'autre. Noé n'a pas encore intégré le « jeu symbolique ». Au sein d'un groupe, il est facilement distrait et a des difficultés à investir une activité dans sa longueur.

Pour Guylaine VAILLANCOURT, « *la vie en groupe oblige à entrer en relation avec les autres. À ce point de vue, il arrive que les enfants ayant des troubles d'attention éprouvent de la difficulté. Le travail en improvisation et avec les chansons les incite à s'écouter, à laisser la place à l'autre, à partager les instruments* »⁵³. De plus, la musicothérapie permet de capter l'attention de l'enfant grâce à la dimension ludique de la pratique musicale. Il peut alors investir ce lieu et ce temps qui lui sont proposés, et développer sa concentration.

f. Difficultés d'apprentissages scolaires

Pour apprendre, il faut déjà jouer. Pour étudier le développement de l'enfant, Donald WOODS WINNICOTT, Jean PIAGET, Lev VYGOTSKY, Jérôme BRUNER et bien d'autres ont dirigé leur réflexion vers des démarches ludiques et leurs implications dans le développement de l'intelligence. Leurs recherches ont contribué à montrer l'importance du jeu dans le développement de l'enfant et par conséquent son utilisation dans les activités scolaires.

⁵³ VAILLANCOURT G., *op. cit.*, p.140

Selon Denise DESTREMPES-MARQUEZ et Louise LAFLEUR « *le trouble d'apprentissage [...] ne découle pas d'un déficit de l'intelligence, mais plutôt de difficultés dans l'acquisition et le traitement de l'information* »⁵⁴.

En 1945, Jean PIAGET, biologiste, logicien et épistémologue suisse connu pour ses travaux en psychologie du développement, a mis en évidence les différentes étapes du jeu, qui vont de l'exercice, à la règle, en passant par le symbole. Il y montre les interactions entre les différents domaines d'évolution que sont le jeu, la pensée logique, la socialisation. Pour lui, le jeu conduit « *de l'action à la représentation, dans la mesure où il évolue de sa forme initiale d'exercice sensori-moteur à sa forme seconde de jeu symbolique ou jeu d'imagination* »⁵⁵. Le jeu contribue significativement au développement cognitif, il représente l'effort de l'enfant pour comprendre les choses et leur donner un sens, il permet la créativité.

Benjamin a peu confiance en lui, il tente de tout maîtriser et ne se laisse pas surprendre. Il a des difficultés à « lâcher prise ». Il est sans cesse dans le jeu symbolique en théâtralisant des histoires à l'aide d'objets et d'instruments de musique. La musicothérapie pourrait l'accompagner dans la poursuite de l'exploration du jeu pour l'amener, petit à petit, vers les apprentissages.

Le jeu représente une activité spontanée et un effort non imposé mais voulu. Le musicothérapeute s'appuie sur le jeu pour permettre au patient de poursuivre son développement et prendre confiance en lui. Il y a des étapes nécessaires avant de prétendre aux acquisitions scolaires. Il faut travailler, d'abord, autour des domaines de la psychomotricité, du langage, de l'intersubjectivité, de la communication, de la mémoire, de la concentration et de l'estime de soi.

g. Introversion, manque d'estime de soi, manque de confiance en soi

« L'estime de soi » fait partie des besoins essentiels de l'être humain, selon la Pyramide de MASLOW (voir annexe 8). Selon Michelle LARIVEY, l'estime de soi est « le

⁵⁴ DESTREMPES-MARQUEZ D., LAFLEUR L., Les troubles d'apprentissage : comprendre et intervenir, Québec, éd. de l'Hôpital Sainte-Justine, 1999, p.11

⁵⁵ PIAGET J., La formation du symbole chez l'enfant

*résultat d'une auto-évaluation. Il s'agit en quelque sorte d'un baromètre révélant dans quelle mesure nous vivons en concordance avec nos valeurs »*⁵⁶.

Avoir une bonne estime de soi correspond à « *aimer ce que l'on est* »⁵⁷. Didier ANZIEU écrit, en 1974, « *l'esprit se construit avec son expérience du corps* »⁵⁸. L'adolescent ou l'enfant présentant une déficience intellectuelle peut être rejeté et considéré comme « anormal » favorisant alors une mauvaise estime de lui-même. L'adolescent ou l'enfant aura des difficultés à s'aimer s'il est mis à l'écart du groupe, de la société. De plus, tout enfant ou adolescent, qu'il soit déficient intellectuel ou non, cherche à avoir ses propres expériences pour avoir ses propres limites. S'il n'est pas accompagné, l'adolescent ou l'enfant déficient intellectuel échoue plus facilement. Des échecs répétés peuvent dévaloriser l'enfant ou l'adolescent et donc l'empêcher d'avoir une bonne estime de lui. Les personnes déficientes intellectuelles font souvent l'objet de moqueries de la part de leurs camarades dans le milieu ordinaire mais aussi le milieu spécialisé. L'étiquette « d'handicapé mental » est alors lourde à porter. Si une personne a une mauvaise estime d'elle-même, il en résulte un manque de confiance en elle et parfois une certaine introversion. L'introversion est le « *fait d'être attentif seulement à son moi, à soi et non au monde* »⁵⁹.

Dylan est un jeune adolescent très timide. Il a souvent un visage figé dans des expressions souriantes, comme un « masque ». Malgré son air jovial, Dylan manque réellement de confiance en lui. Il est introverti et se cache derrière son masque pour se protéger. Il n'arrive pas à s'affirmer face à ses camarades ou aux adultes. Malgré cela, il a de réelles capacités musicales et relationnelles. A travers la musicothérapie, Dylan pourrait trouver un moyen d'épanouissement et un moyen de révéler sa personnalité.

Les sons, le rythme, la musique, viennent toucher le Moi profond. À travers la relation thérapeutique, la personne prend confiance en elle et peut alors s'épanouir. La musicothérapie apporte un environnement stable et sécurisant qui favorise l'expression de soi. Elle répond aux besoins de se dire et d'être entendu, ainsi qu'au besoin relationnel. Elle permet l'ouverture au monde extérieur.

⁵⁶ PIAGET J., *La formation du symbole chez l'enfant*

⁵⁷ ROSENBERG M., *Self-Esteem Scale (Echelle de l'estime de soi)*, 1965

⁵⁸ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 1974

⁵⁹ *Le Petit Robert*, p.1027

h. Difficultés d'autonomisation

Autonomie : « possibilité de décider, pour un organisme, un individu, sans en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité »⁶⁰ ; « droit de gouverner par ses propres lois »⁶¹. Étymologiquement, le mot provient de la combinaison de deux mots grecs : *auto* (à soi-même, pour soi-même) et de *nomos* (la loi).

L'autonomie consiste « à assumer ses dépendances et évoluer vers une certaine indépendance, le tout se manifestant dans des comportements de communication et de partage avec autrui : on parle alors d'interdépendance »⁶². L'autonomie prend en compte la présence de l'autre, la loi ou les règles et la conscience de soi. L'autonomie permet d'accéder au libre choix, à la capacité de se positionner en restant en accord avec des valeurs et des règles établies. Elle fait appel à la responsabilisation et à la construction de l'identité. Elle donne la confiance dans sa capacité d'agir. Cette réalisation de soi est un niveau de la pyramide des besoins de MASLOW. Le « besoin de s'accomplir » est selon MASLOW le sommet des aspirations humaines. Il vise à sortir d'une condition purement matérielle pour atteindre l'épanouissement.

L'exclusion d'un groupe, le manque d'estime de soi, les troubles de la communication et relationnels, font que l'adolescent ou l'enfant a des difficultés à acquérir son autonomie. Le fait d'avoir des difficultés à acquérir cette autonomie fait souffrir la personne déficiente intellectuelle. Les adolescents revendiquent leur indépendance et leur autonomie. Et dans la plupart des cas, ils se heurtent à quelques barrières comme la loi, les parents, leurs droits et leurs devoirs. La déficience intellectuelle rend encore plus difficile le chemin vers l'indépendance et l'autonomie.

Alison et Léa sont deux jeunes adultes bientôt en âge de quitter l'IME. Elles manquent toutes deux d'autonomie. Alison, de par sa petite estime d'elle-même, a des difficultés à s'affirmer et se positionner. Il lui est difficile d'émettre un refus et semble toujours vouloir « faire plaisir » à l'adulte. Léa a également de la peine à faire des choix. Elle investit peu les activités qui lui sont proposées et ne prend pas réellement d'initiatives.

⁶⁰ *Le Petit Larousse*, p.102

⁶¹ *Le Petit Robert*, p.136

⁶² POLET-MASSET A-M., *Passeport pour l'autonomie : affirmez votre rôle propre*, Paris, éd. LAMARRE, 1993, p.16

L'expression, la communication et la relation sont utiles dans l'acquisition de l'autonomie. Or, la musique est une forme d'expression et fait appel aux relations et à la communication. En musicothérapie, les goûts et les styles musicaux de la personne peuvent l'aider dans l'acquisition de son autonomie. En séance de musicothérapie, l'adolescent émet des choix et s'affirme. Le besoin de réalisation, de s'accomplir est essentiel à l'épanouissement de la personne.

Cependant, le travail autour de l'autonomie est vaste et complexe. A l'IME de Saint-Claude, nous trouvons de nombreuses activités nommées « autonomie personnelle », « autonomie et socialisation » qui ciblent vraiment ce besoin essentiel à l'être humain. Ces activités sont proposées de façon adaptée aux adolescents mais également aux plus petits, dès leur arrivée à l'IME. Il ne faut pas, cependant, mettre de côté l'hétéronomie qui est l'art de se construire avec les autres et en recevant des lois venant de l'extérieur.

La musicothérapie a des effets certains sur le développement de l'enfant et de l'adolescent déficient intellectuel. Elle permet de réguler les émotions, d'entrer en relation, de favoriser la communication, l'attention et l'autonomie, de prendre confiance en soi, de se repérer dans l'espace et le temps, et de soutenir les apprentissages scolaires.

Pourtant cela ne suffit pas à fournir un accompagnement thérapeutique de qualité. La musicothérapie s'insère dans un ensemble où l'institution, l'équipe pluridisciplinaire et le cadre thérapeutique doivent intervenir en faveur de la thérapie.

Pour mettre en lien et fédérer⁶³ ces différents éléments, je m'appuierai, lors de ma quatrième et dernière partie, sur ma pratique tout au long de mon stage à l'IME de Saint-Claude.

⁶³ Cf. Glossaire

IV. LA THERAPIE, SES EFFETS ET SES LIMITES

Au cours de cette partie, nous verrons dans un premier temps le choix final des enfants et adolescents qui ont bénéficié d'un suivi, avec moi, en musicothérapie. Dans un second temps, nous parlerons du déroulement des séances de musicothérapie, de façon générale mais en nous appuyant sur des cas cliniques rencontrés lors de cette pratique. Enfin, nous ferons le bilan des thérapies que j'ai suivi au cours de mon stage à l'IME de Saint-Claude. Nous verrons leurs limites et leurs bénéfices, et en tirerons des questionnements et des pistes de travail.

1. Le choix des enfants

« La musicothérapie, une approche créative à la portée des enfants, quel que soit leur âge, leur condition physique et intellectuelle, et leur héritage culturel. »⁶⁴

Guylaine VAILLANCOURT

A partir de tout ce que nous avons pu voir jusqu'à maintenant, le choix des enfants que j'ai rencontrés en stage a pu se dessiner. Il a fallu prendre en compte le cadre institutionnel et son organisation, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et son fonctionnement, la déficience intellectuelle et ses troubles ou déficiences associés, mais également le point de vue et la place du musicothérapeute dans cette institution. En effet, ayant déjà un passé professionnel dans cet établissement j'ai pu orienter le choix des enfants et adolescents grâce à mes connaissances préalables. J'ai également fait des choix réalisables. Ce projet d'insertion de la musicothérapie au sein de l'IME de Saint-Claude s'appuyant seulement sur un statut de « stagiaire », il était, du point de vue de ma référente de stage et de moi-même, préférable de ne pas aller sur un terrain instable pour favoriser le bon déroulement de ce stage. J'ai décliné le fait d'accompagner quelques enfants ayant de gros troubles du comportement, demandant une prise en charge à très long terme, et que je ne connaissais que trop peu, pour éviter un travail trop succinct. Étant seule lors des séances de musicothérapie, je ne pouvais pas me permettre de risquer de ne pas pouvoir gérer une situation complexe, demandant l'expertise de professionnels aguerris, avec un simple statut de stagiaire. J'ai également préféré ne pas accompagner un adolescent ayant déjà suivi une musicothérapie quelques temps auparavant

⁶⁴ VAILLANCOURT G., *op. cit.*, introduction p.13

avec une consœur pour éviter tout risque de confusion. En tant que professionnelle, face à une situation de ce genre, je me serais déjà mise en relation avec cette autre professionnelle pour prendre connaissance de son accompagnement et éventuellement envisager une suite en m'appuyant sur son expérience.

Un questionnement s'est imposé à moi lors de la mise en place du stage. Effectuant mon stage sur 6 mois et ayant 5 créneaux horaires à proposer sur chaque jeudi, était-il préférable de ne faire qu'une période en prenant les mêmes enfants du début à la fin du stage, ou serait-il possible d'envisager de scinder le stage en deux périodes, permettant ainsi à davantage d'enfants de bénéficier de cet accompagnement ? En prenant en compte qu'il est conseillé de partir sur une base de 10 séances lors d'une musicothérapie, j'ai dû faire un choix. En fractionnant le stage en deux périodes, les enfants auraient environ 8 séances de thérapie chacun et je pourrais rencontrer deux fois plus d'enfants. J'ai alors choisi de mixer les deux possibilités. Pour un groupe de trois adolescentes, j'ai souhaité maintenir le suivi tout au long du stage, me permettant ainsi d'avoir le temps de toutes les accompagner. Effectivement, l'observation d'un groupe de trois me semblait délicate pour mes débuts de pratique professionnelle. Par contre, pour les autres j'ai partagé le temps de stage en deux pour voir 4 enfants de plus. Au final j'ai pu accompagner 12 enfants et adolescents de 10 à 20 ans.

La sélection des enfants et adolescents qui ont suivi une musicothérapie avec moi lors de ce stage s'est donc faite grâce à la considération de leur planning et du mien, de leurs besoins liés à leurs déficiences, des points de vue de l'équipe pluridisciplinaire, et de mes perspectives en tant que stagiaire musicothérapeute et ancienne professionnelle de l'équipe éducative.

2. La thérapie

Un cycle de musicothérapie débute, dans un premier temps, par une phase d'observation où le patient et le thérapeute se rencontrent. À la suite de cela, le musicothérapeute peut mettre en place un « bilan d'observation », fixer des objectifs thérapeutiques et les hiérarchiser. Dès lors, il peut guider le travail thérapeutique en s'appuyant sur les émergences du patient. Nous retrouvons ce modèle dans d'autres disciplines comme la psychomotricité, la psychothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, la médecine... Ce

paragraphe, concernant le déroulement des thérapies, s'articulera autour de ces trois phases essentielles au processus d'une musicothérapie.

a. Première phase : l'observation, la rencontre

Chaque enfant et adolescent que j'ai pu rencontrer au cours de mon stage, a pu bénéficier d'une phase d'observation.

Contrairement à ce que j'avais envisagé en scindant mon stage en deux périodes, je n'ai pas pu voir tous les enfants autant de fois que prévu, loin de là. Les absences répétées de la plupart d'entre eux ou certaines des miennes, les vacances, les pots de départ ou d'anniversaire pour un tel ou une telle, ont engendré des thérapies de 3 à 10 séances, avec une majorité autour de 6 séances (diagramme en annexe 9). Pour les enfants qui ont eu très peu de séances et de façon irrégulière, j'ai évidemment observé que ça n'avait pas réellement de sens. Ce temps était seulement propice à la rencontre et l'observation préalable au travail thérapeutique. Cela n'a pas empêché tout de même de pouvoir écrire un bilan de fin qui pourrait être assimilé, dans ce cas, à un bilan d'observation que l'on peut produire en début de suivi, et qui détermine si oui ou non la thérapie est indiquée et quels peuvent en être les objectifs.

Dimitri est un adolescent que j'ai pu rencontrer lors de 3 séances. Il a eu de nombreuses absences liées à son projet (stage, passation de certificat). Ces trois séances m'ont permis d'observer Dimitri et de déterminer quels objectifs thérapeutiques il serait intéressant d'avoir en tête pour une éventuelle poursuite de la thérapie.

Dimitri explore les instruments de musique de façon archaïque. Il est capital de comprendre dans quel stade du développement psychologique se situe la personne que nous accompagnons. Dimitri est, à ce moment, dans le stade de perception. Un des objectifs serait de l'accompagner dans la complétude de cette phase pour l'emmener, ensuite, au stade suivant et ainsi de suite, jusqu'à la création de la relation et d'une communication adaptée.

Cet adolescent n'utilise que le « forte » lors de son jeu musical. C'est quelqu'un qui manque cruellement de confiance en lui mais qui a déjà fait un grand chemin pour parvenir au stade où il arrive à s'affirmer face à ses camarades et aux adultes. Cependant, il le fait de manière inadaptée et dans un excès d'intensité. La musicothérapie pourrait l'accompagner dans l'intégration des nuances et dans un premier temps lui permettre d'élaborer son jeu musical pour ensuite le transférer à son comportement.

Dimitri souffre de difficultés motrices. L'utilisation de certains instruments lui est très compliquée. Il serait intéressant de l'accompagner dans ce sens pour voir si une évolution est possible. Cela permettrait de travailler en même temps ses troubles de l'attention et de la concentration.

b. Deuxième phase : la détermination des objectifs thérapeutiques

Une fois la phase d'observation achevée, le musicothérapeute voit se dessiner clairement des objectifs thérapeutiques possibles pour le patient.

La thérapie permet d'éventuellement échapper à un symptôme gênant, un état de mal-être, une souffrance. Elle permet d'améliorer l'état général du patient, de favoriser sa communication, la relation aux autres, et son autonomie. Les objectifs thérapeutiques sont alors fondés sur l'identification des moyens capables de répondre à ces éléments. La confusion de la fin (l'objectif thérapeutique) avec les moyens est fréquente. Les objectifs thérapeutiques sont hiérarchisés en fonction de leur importance et de leur pertinence.

Définir un objectif thérapeutique nécessite la conjonction des attentes et besoins du patient avec la connaissance que possèdent le thérapeute et l'équipe pluridisciplinaire.

J'ai pu identifier des objectifs thérapeutiques pour bon nombre d'enfant et d'adolescent lors de mon stage. La difficulté que j'ai rencontrée a été de mettre en œuvre des moyens pour y répondre essentiellement dans les groupes que j'ai pu avoir. En effet, j'ai constaté que les groupes thérapeutiques sont complexes à gérer. Lorsque nous rencontrons une certaine disparité au sein de ceux-ci, le thérapeute doit faire appel à une grande adaptabilité et une bonne observation pour permettre une cohésion de groupe et la considération de chacun des membres. Dans ce cas, il est alors souvent intéressant de travailler en binôme avec un collègue.

Noé et Benjamin sont deux garçons de 10 et 12 ans. Ils se connaissent bien, et font tous deux partie de la SEES (groupe des enfants à l'IME). De mon côté, je ne les connaissais que très peu avant de les accompagner en musicothérapie. Benjamin est arrivé récemment à l'IME.

Lors de la première séance, Noé a été très attentif, participatif et à l'aise. Mais au fil des séances, je l'ai senti se renfermer et il n'a presque plus communiqué avec son camarade et moi. Il est resté fixé sur un petit orgue de barbarie, comme une sorte d'objet transitionnel⁶⁵.

Benjamin, au contraire, fut extrêmement sur la réserve lors de la première séance, même un peu craintif. C'est un jeune adolescent qui demande beaucoup d'attention de la part de l'adulte. Il a un bon niveau de compréhension, un bon niveau rythmique et explore énormément le jeu symbolique à l'aide de jeux de rôle.

L'écart de compréhension entre ces deux garçons et leurs centres d'intérêt bien différents ont été difficiles à manier pour moi. Je n'ai pas réussi à accompagner chacun d'eux dans leur spécificité, tout en tenant compte du groupe. Dans leur bilan respectif j'ai pu noter : *« Il serait intéressant de pouvoir poursuivre cette approche avec lui, dans un premier temps de manière individuelle pour bien ancrer la relation thérapeutique, puis dans un groupe adapté à son niveau ».*

c. Troisième phase : le travail thérapeutique – le cas de Julie

Lorsque la phase d'observation est suffisamment importante, que les objectifs sont clairement définis et hiérarchisés, le thérapeute et le patient peuvent avancer dans le travail thérapeutique. Le musicothérapeute utilise des moyens adaptés pour répondre à ces objectifs et faire évoluer la thérapie.

Lors de ce stage, compte tenu des multiples difficultés rencontrées au niveau organisationnel, j'ai pu tout de même vivre un exemple parlant d'une thérapie qui remplit ces diverses conditions.

Julie est une jeune fille trisomique accueillie à l'IME depuis de nombreuses années. Je la connais bien, ayant travaillé régulièrement avec elle lors de mes interventions en tant qu'AMP au sein de cet établissement. A ce moment, notre relation était bien compliquée. Julie ne m'appréciait guère et il m'était toujours délicat d'être seule avec elle car elle refusait ma présence et me le faisait bien comprendre.

Elle utilise un langage difficilement compréhensible. Il faut vraiment bien la connaître pour décrypter ses souhaits et ses interventions. Elle est très expressive et créative mais sa

⁶⁵ Cf. Glossaire

façon d'être en relation avec les autres n'est pas toujours adaptée. Elle sait exprimer son refus mais peut être parfois obtuse.

Julie a bénéficié de 7 séances de musicothérapie, en individuel. Lors de cet accompagnement, Julie a été très investie, repérée et ritualisée. Elle apporte à chaque séance un CD de son domicile. Elle se déchausse et place, d'elle-même, ses souliers et sa veste toujours au même endroit. Elle exprime clairement sa déception lorsqu'une séance est annulée ou que l'on doit écourter le temps d'accompagnement.

Julie est, au départ, essentiellement dans la perception puis dans l'exploration sensorielle. Cela se situe au tout début du développement psychologique de l'enfant. Julie a besoin de temps pour investir un objet et ensuite passer à autre chose. Elle passe des moments importants à explorer le fait de passer les œufs maracas dans les boomwhackers⁶⁶ en riant et élaborant petit à petit son jeu. Il est plaisant pour elle de placer ses mains à l'intérieur du djembé lorsque j'en joue, pour sentir les vibrations. C'est en expérimentant que l'on acquiert la capacité de jouer.

Il y a eu une nette évolution chez Julie au cours de l'accompagnement. Lors des 3 premières séances, le jeu a permis d'enclencher la relation thérapeutique. Il fut assez brusque et archaïque mais cette adolescente a pu exprimer son plaisir. L'introduction de foulards colorés a permis au jeu de devenir plus doux et recherché. Lors de la troisième séance, Julie m'a appelé pour la première fois, par mon prénom. La relation semblait, alors, amorcée.

A la fin de la cinquième séance de thérapie, j'ai vu clairement des objectifs se dessiner. Julie n'était pas du tout dans le mimétisme. Malgré mes tentatives, elle ne s'amusait pas à faire comme moi, comme je pouvais le faire vis à vis d'elle. Un des objectifs a été de l'amener vers la prise de conscience de l'autre et créer une inter-affectivité permettant de tendre vers une inter-synchronisation, comme nous l'avons vu dans la partie III- 2. c. Avec STERN, on parle d'harmonisation affective et d'accordage affectif, permettant aux deux partenaires de partager leurs expériences émotionnelles. Ici, est vécue une expérience subjective où le thérapeute reproduit la qualité des états affectifs du patient sur un autre canal sensori-moteur.

Julie ne parvenait pas à partager avec moi des objets. Les foulards colorés, que l'on a beaucoup utilisés pendant les séances, ne pouvaient pas être tenus d'un côté par elle et de

⁶⁶ Cf. Glossaire

l'autre côté par moi. Soit elle le tirait hâtivement, soit elle le lâchait. J'ai souhaité amener Julie à accepter le partage d'un même objet, et ainsi à accepter l'autre.

Cette adolescente n'appréciait guère être contrariée ou ennuyée. Elle se braquait lorsque je prenais l'objet qu'elle utilisait auparavant, ou pouvait s'énerver lorsque je refusais de jouer comme elle l'avait décidé. Grâce à l'utilisation de l'humour, je sentais qu'il était possible de l'amener vers une plus grande souplesse et compréhension.

Entre la cinquième et sixième séance, il y a eu une évolution flagrante. Julie n'était plus seulement dans un jeu brut mais dans le partage, les propositions, l'imitation, la relation à l'autre. Elle a commencé à investir le chant et à utiliser des instruments de musique qu'elle refusait jusqu'alors. Le seul moyen que j'ai mis en place fut de retirer le grand nombre de foulards colorés, pour n'en laisser que deux de la même couleur. Je fus réellement surprise du changement soudain qui s'est produit dans le comportement de Julie.

Ces sept séances ont montré que Julie a pu s'épanouir et trouver un moyen de communication adapté à ses difficultés à travers le travail en musicothérapie et la mise en place d'objectifs thérapeutiques. Il a été surprenant de constater une telle évolution dans le comportement de Julie et dans notre relation. Elle a, au cours de sa thérapie, revisité les stades du développement psychologique selon STERN⁶⁷. Elle fut dans un premier temps dans la perception et l'exploration, puis dans le fait d'être auteur de son action. Ensuite, elle fut dans l'interaction, à travers les expériences intersubjectives, l'attention conjointe et le partage d'émotions. La relation s'est établie et nous avons pu entrer en communication.

La mise en place de moyens adaptés à Julie, ont permis de répondre, aux objectifs thérapeutiques fixés et de répondre, en partie, à sa problématique.

3. Bilan des thérapies

Pour une grande majorité des enfants et adolescents que j'ai rencontrés en musicothérapie, l'accompagnement a été bénéfique. Pour seulement deux d'entre eux, je n'aurais pas poursuivi la thérapie car elle n'était pas adaptée. Dans un premier cas, la jeune fille aurait été, à mon avis, plus réceptive à de l'équithérapie ou de l'art-thérapie. Dans un

⁶⁷ STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1989

second cas, le jeune adolescent aurait trouvé un plus grand épanouissement dans l'apprentissage de la pratique musicale.

Une des faiblesses de ce stage fut, pour moi, le nombre insuffisant de séances pour certains enfants, ce qui laisse ouverte la nécessité de poursuivre. Il aurait fallu rencontrer minimum 10 fois chacun d'entre eux pour obtenir une cohérence et suffisamment de recul dans ma pratique. Il est plus sage de privilégier la qualité plutôt que la quantité.

L'un des regrets, que j'ai pu exprimer lors de mon bilan de fin de stage avec ma référente, fut de ne pas avoir eu l'occasion de faire équipe avec un co-thérapeute. Lors de mes autres stages, aux côtés de musicothérapeutes diplômés, j'ai ressenti la richesse et l'importance de travailler parfois à deux. Et ce, surtout lors de thérapies de groupe, pour favoriser l'observation et les échanges. Lors de ce stage, il était compliqué qu'un éducateur ou un rééducateur se joigne à moi, puisque le planning était déjà fixe et que chacun avait déjà son rôle à jouer au quotidien. Pourtant j'ai pu observer que les éducateurs qui accompagnaient les personnes dont ils avaient la charge au quotidien, dans un autre contexte (le contexte thérapeutique), changeaient leur regard. Les barrières tombaient, ils se rencontraient d'une autre manière et la relation pouvait prendre un autre aspect.

Lors de cette expérience, j'ai pu observer que pour la majorité d'entre eux, il aurait été favorable de débiter une thérapie en individuel, avant de les intégrer à un groupe. Peut-être que cela n'est pas une généralité, mais je tiendrai désormais compte du fait de rencontrer, dans un premier temps, la personne seule, avant de proposer l'intégration à un groupe de thérapie.

Pour quelques personnes, j'ai remarqué qu'allier, par moment, l'art-thérapie à la musicothérapie, permettait de les recentrer et de favoriser leur attention et leur concentration. Il est intéressant de garder cela en tête et de ne pas avoir peur de s'appuyer sur certaines possibilités pour favoriser le bon déroulement d'une séance. Il m'est arrivé une fois de terminer une séance avec Julie, en lui lisant un conte. Elle me l'avait demandé et cela l'a apaisé pour pouvoir retourner ensuite dans son groupe éducatif.

Un des gros questionnements que j'ai pu avoir a été de savoir comment étendre les bénéfices de la thérapie au quotidien de la personne ? En effet, si l'on voit des évolutions certaines chez le patient lors des séances de thérapie, mais qu'au quotidien, ces évolutions n'apparaissent pas, cela pose question. Comment réussir à amener la personne à intégrer les événements positifs qu'elle vit en thérapie pour ensuite les revivre au quotidien ? Voici un

questionnement qui reste, pour moi, en suspens, même si je pense que le travail d'équipe, le temps et la répétition permettent de répondre à cela.

Un autre questionnement m'est apparu concernant le contact physique. J'avais déjà soulevé cette problématique lors de ma formation d'Aide Médico-Psychologique. En effet, je suis toujours perplexe face à cela. On parle de distance suffisante, de juste distance, mais quelle est-elle ? Certains enfants peuvent rapidement être envahissants et se laisser emporter par leurs pulsions. Comment faire comprendre à un enfant que cet espace est le mien, et que celui-là est le sien ? Comment, sans qu'il se sente rejeter, puis-je préserver mon espace vital⁶⁸ ? Mais doit-on refuser à un enfant le contact physique lorsque celui-ci l'apaise ? Doit-on refuser de danser main dans la main lorsqu'à ce moment précis, le patient et le thérapeute arrivent enfin à trouver une inter-synchronisation ?

J'ai pu constater que le rapport au « vocal », à la voix, était très différent d'un individu à un autre. Noé chante aisément de façon classique à l'aide de chansons mais également de façon archaïque avec des onomatopées. Alison, une jeune femme assez réservée, m'a surprise par son aisance à utiliser le chant et à être en recherche d'harmonie vocale. Sylvia ne parle presque pas mais connaît ses chansons préférées par cœur. Elle les chante avec une puissance et un engagement surprenant. Julie a eu un déclencheur dans l'utilisation du vocal au cours de la thérapie. Elle connaît très bien les musiques qu'elle apporte en séance et chante chaque fin de phrase en les anticipant. Bastien a pu communiquer en élaborant un langage archaïque, à travers les boomwhackers. L'utilisation de sons gutturaux, d'onomatopées, de syllabes, a permis à Bastien d'accéder à une communication autre que verbale. Agnès est une adolescente qui connaît ses musiques préférées par cœur. Pourtant elle ne les chante qu'en play-back.

Le cadre thérapeutique, aussi important soit-il, m'a posé de grandes difficultés lors de ce stage. Je ne suis pas parvenue à mettre en place des rituels de début et de fin de séance suffisamment clairs et solides pour offrir un cadre rassurant. Il m'a été difficile de trouver les idées adaptées aux jeunes que j'avais en face de moi et de les mettre en place dès le début de la thérapie. Alison a, elle, complètement investi ce que j'avais réussi à proposer à son groupe. C'était une simple écoute musicale mais elle a souhaité, en fin de thérapie, que je lui offre la musique que l'on écoutait lors de ces temps rituels. Elle exprimait à chaque fois le bien-être que cela lui procurait. Au contraire, Agnès, faisant partie de ce même groupe, a pleuré à de nombreuses reprises lors de cette écoute musicale. Elle n'a jamais pu mettre des mots sur ce

⁶⁸ Cf. Glossaire

qu'elle vivait à ce moment précis. Ceci passait comme ça venait et je ne suis pas arrivée à décrypter ce qui se jouait à cet instant.

Lors de ces thérapies, plusieurs points sont venus freiner leur avancée. D'abord le nombre insuffisant de séances pour chaque enfant, ensuite le cadre thérapeutique qui n'a pas été suffisamment stable et sécurisant. Mais également des groupes ayant un écart trop important de niveau de compréhension. Et également une thérapeute en devenir, qui manquait d'expérience, et qui avait encore beaucoup de questionnements en tête.

Malgré tout cela, le bilan global des accompagnements est plutôt positif. La majorité des bilans individuels sont favorables et amèneraient à une poursuite de la musicothérapie. Les enfants et adolescents ayant bénéficié de la musicothérapie ont trouvé un lieu d'expression et de communication, adapté à leurs besoins et à leurs difficultés. Cette pratique leur a permis d'avoir confiance en moi et de tisser une relation thérapeutique, mais également de prendre confiance en eux et de favoriser leur estime d'eux-mêmes. Il a été possible pour ces jeunes de développer, à travers la musicothérapie, leur attention, leur concentration et leur créativité. Ils ont pu trouver comment réguler leurs émotions et ainsi accéder à un certain apaisement physiologique et moteur, à une tranquillité intérieure.

Pour conclure, nous pouvons remarquer que la musicothérapie nécessite une adaptation manifeste. En effet, le musicothérapeute doit faire preuve d'individualisation auprès de ses patients. La pratique de la musicothérapie nécessite des connaissances préalables, mais elle doit s'adapter à la personne que l'on rencontre pour répondre à ses besoins d'être unique et subjectif.

Le cas de Julie, qui a été développé en amont, n'est pas unique et isolé lors de ce stage. Beaucoup d'autres thérapies sont significatives et encourageantes. Malgré cela, pour certains jeunes, nous avons pu constater que la musicothérapie n'est pas une pratique qui leur correspond. Cela peut être dû au support de la thérapie, ici la musique, ou à la relation thérapeutique. En effet, le thérapeute est également un être unique et subjectif. Il est ici, avant tout, question de relation. La relation ne peut pas être faussée ou manipulée. Si l'intersynchronisation n'arrive pas à se faire, il faut savoir chercher d'abord des solutions, mais ensuite savoir le reconnaître et passer le relais.

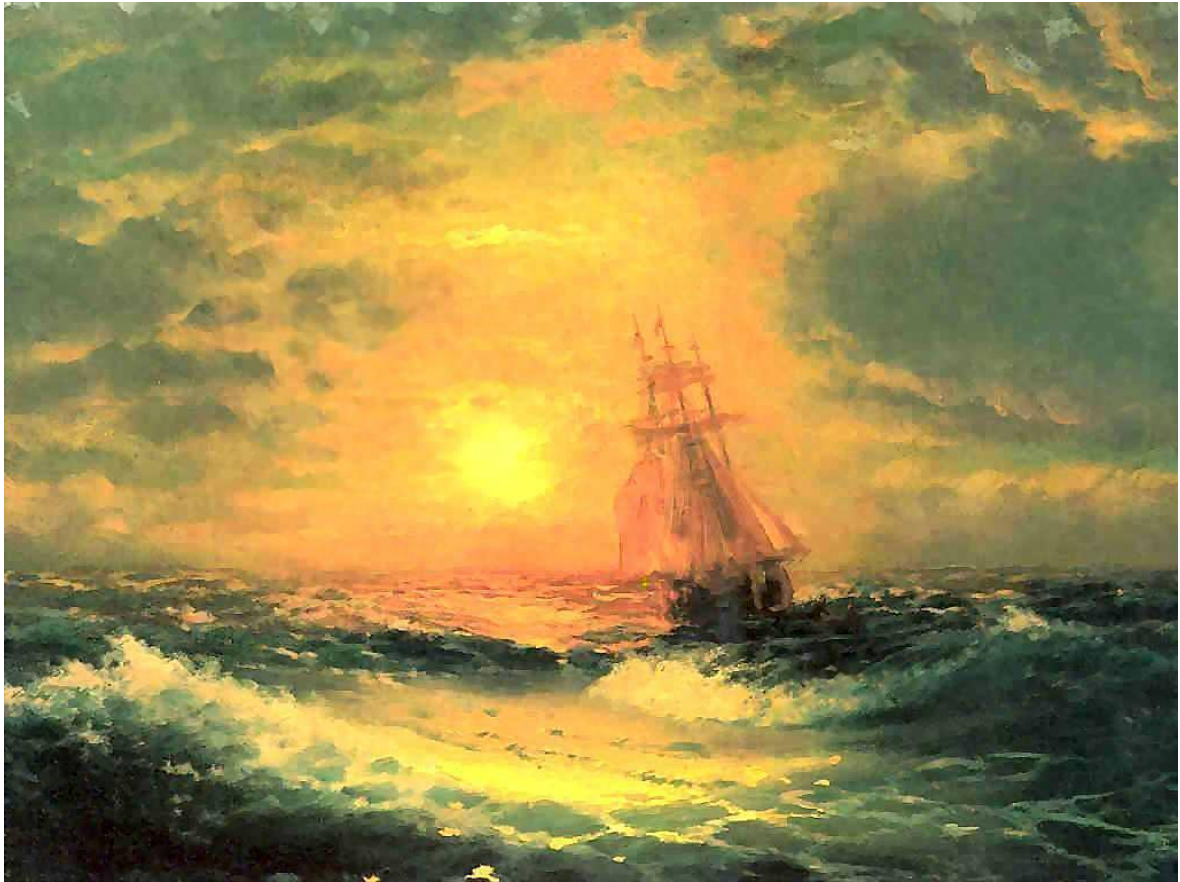
CONCLUSION

La musicothérapie est une pratique à la fois présente depuis bon nombre d'années mais encore peu insérée dans les institutions. Le stage effectué au sein de l'IME de SAINT-CLAUDE et ce mémoire permettent de faire ressortir différents points quant à sa mise en place, son acceptation et la thérapie menée auprès des jeunes. La musicothérapie est un accompagnement qui doit être mêlé à un fonctionnement global d'une institution. Elle doit évoluer en lien avec tous les acteurs afin d'être intégrée du mieux possible au projet d'abord institutionnel, puis individuel. Elle nécessite un travail à la fois d'information et de mise en place avant de pouvoir être proposée aux publics des institutions.

Ce présent mémoire m'a permis de mettre en lien la théorie et l'exercice professionnel. En effet, j'ai pu appliquer et approfondir les enseignements que j'ai reçus lors de ma formation et également analyser ma pratique. Le partage, avec l'institution et ses professionnels, a été formateur. Les bilans des thérapies mettent en lumière les résultats positifs mais également les limites que peut avoir la musicothérapie sur certains jeunes, accueillis à l'IME de SAINT-CLAUDE.

Au vu de ce mémoire, il est intéressant de se demander comment un musicothérapeute, exerçant en libéral, peut trouver l'équilibre suffisant dans sa pratique ? L'insertion de la musicothérapie dans des établissements pour adultes ou personnes âgées aurait-elle les mêmes conclusions que celles apportées dans ce mémoire ? La musicothérapie serait-elle bénéfique à des personnes atteintes d'autres handicaps, déficiences ou pathologies ?

Mes expériences à venir m'inviteront certainement à approfondir ma réflexion en ce sens, en parallèle avec des compléments de formation. Mes premières prises de responsabilité professionnelles en musicothérapie me confortent et m'encouragent dans le choix que je fais de ce métier. Je me rends compte concrètement des larges possibilités de cette pratique d'un soin spécifique, articulé à d'autres prises en charge des personnes fragiles. Cette expérience dans le cadre d'une institution a été enrichissante pour moi et bénéfique pour celles et ceux qui l'ont partagée.



Ivan AĬVAZOVSKI, Coucher de soleil sur la mer, huile sur toile

GLOSSAIRE

ACCOMPAGNEMENT : une définition commune d'accompagnement est : « *être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage* ». Accompagner c'est permettre l'éclosion des compétences sans vouloir changer la personne selon des critères qui appartiendraient à l'éducateur.

BOOMWHACKERS : tubes en plastique légers, creux et colorés. Ils sont utilisés comme instruments de musique de la famille des percussions. Ils ont d'abord été produits par Craig Ramsell en 1995. Son entreprise Whacky Musique a maintenant vendu plus de 4 millions d'unités.

CANDIDATS-ELEVES : l'IME de Saint-Claude a toujours favorisé l'accompagnement de personnes à la découverte du travail médico-social. Chaque année, des places de « candidats-élèves » sont financées pour permettre à de jeunes gens de découvrir le travail en IME et ainsi d'envisager de passer les concours d'entrée dans des formations diverses.

CONNIVENCE : dans *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*⁶⁹, Marie DEPUSSÉ répond à Jean OURY : « *Tu préfères ce mot à celui de « complicité ». La complicité, c'est plus théâtral, ça suppose l'entrée en scène de personnages conscients, constitués. La connivence, c'est comme le battement de cils d'une institution. C'est proche d'un autre mot que tu aimes, l'« assentiment », qui s'oppose à la « reconnaissance ». On ne peut pas « reconnaître » le malheur d'un schizophrène. Ce serait ignoble. On peut seulement lui faire un signe très léger qui ne le confirme pas dans son malheur, mais le soutienne un peu.* »

ÉQUIPAGE : « *Personnel naviguant, ensemble de ceux qui assurent la manœuvre et le service sur un navire* »⁷⁰.

ESPACE VITAL : « *En essayant de caractériser l'espace vital psychologique et les événements qui s'y produisent, on trouve encore et encore des relations d'un caractère spatial spécifique. Cela est particulièrement vrai de l'idée fondamentale de l'espace vital, laquelle implique une personne « dans » un environnement. Cela est vrai de la même manière de la relation entre les parties de l'environnement. La représentation de l'espace vital doit indiquer la « position » des personnes et des objets dans certaines « régions ». Elle doit prendre en compte les déplacements de nature quasi-physique, quasi-sociale et quasi-conceptuelle ; les relations de voisinage entre régions ; les frontières ; les approches et les retraits ; l'expansion et la contraction ; et enfin les mouvements et les forces dans certaines directions. Quel que ce « soit » l'espace vital, quels que « soient » les faits psychologiques en son sein, et quelles que « soient » les régions que comportent à la fois*

⁶⁹ OURY J. et DEPUSSÉ M., *A quelle heure passe le train... Conversation sur la folie*, Paris, éd. Calmann-Lévy, 2010, p.173

⁷⁰ *Le Petit Robert*, Paris, éd. LE ROBERT, 1984, p.680

*personne et l'environnement, l'une des relations certainement les plus importantes entre les parties de l'espace vital est qu'elles existent côte à côte. Le caractère spatial de ces relations est encore renforcé par le fait que nous avons affaire à des éléments multiples qui coexistent. »*⁷¹

FEDERER : selon le Larousse, cela signifie « *rassembler, regrouper autour d'un projet commun* ».

FEED-BACK : vient de l'anglais « *to feed* » qui veut dire « *se nourrir* » et de « *back* » qui lui signifie « *en retour* » ; synonyme de « *rétroaction* ».

INDUBITABLE : dans le Petit Robert, il est inscrit : « *dont on ne peut douter, qu'on ne peut mettre en doute* »⁷².

JEUNES : ce terme peut être discuté mais je l'emploie volontairement car c'est la désignation qui est utilisée majoritairement à l'IME de SAINT-CLAUDE pour qualifier les personnes qui sont accueillies dans cette structure. Chaque institution médico-sociale utilise des mots comme résidants, publics, patients, bénéficiaires, habitants, en ayant dans cette utilisation un respect certain pour les personnes en question.

OBJET TRANSITIONNEL : « *Premier objet matériel choisi par le nourrisson dans son environnement immédiat, qui lui permet la transition entre la relation primitive au sein maternel et la constitution d'objets dans le monde extérieur (D.W. WINNICOTT). L'objet transitionnel est dans cette position caractéristique qui fait « transition » en ce sens qu'il est une part de l'enfant tout en lui étant déjà extérieur* ». Cette définition provient du Dictionnaire de la Psychiatrie des éditions du CILF (Conseil International de la Langue Française).

PARTENAIRES : « *La définition du partenariat repose dans le contexte du travail social et médico-social sur les notions de valeurs partagées qui sont traduites de manière formelle par des chartes, ou, dans une forme plus élaborée, sur la notion d'opérationnalité, traduite par des conventions. Ce partenariat opératoire peut être spontané ou imposé par un dispositif légal ou une commande relevant des politiques publiques.* » (Régis DUMONT, éducateur spécialisé de formation, responsable du département de l'intervention socio-éducative à l'IRTS Nord / Pas-de-Calais). Le partenariat serait la démarche volontairement coopérative dans laquelle s'engagerait telle personne ou groupe amenés à travailler ensemble.

PLURIDISCIPLINAIRE : dans le Petit Robert nous pouvons lire « *qui concerne plusieurs disciplines ou domaines de recherche* ». De nombreux questionnements tournent autour des termes pluridisciplinaire, multidisciplinaire ou encore pluriprofessionnel.

⁷¹ Kurt Lewin, *Principes de psychologie topologique* 1936

⁷² Le Petit Robert, *op. cit.*, p.992

PROSDIORISME : « des tous petits bouts de mots, et quelquefois, des mots qui passent inaperçus, [...] c'est eux les plus importants. Sur quoi, justement, dans le séminaire « Ou pire » de Lacan [...] un mot m'avait surpris, le mot « prosdiorisme ». J'ai cherché dans un dictionnaire grec. Je n'ai trouvé qu'une petite ligne. C'est ce qui permet de mieux situer et de définir le sens de ce qu'on dit. Les prosdiorismes sont les ancêtres des quantificateurs qu'on retrouve deux mille ans plus tard ; les quantificateurs universels et existentiels ; « Pour tout... il y a... » ou alors : « Pour un... il existe... ». Le « un », « tout », « quelque » ou une exclamation, ça précise ce qui a été dit. Ça, ce sont des petits mots qui passent inaperçus la plupart du temps. L'analyse joue en effet sur ces petits mots-là. Parce que le même message aura un sens tout à fait différent suivant la tonalité : « Le petit chat est mort », par exemple, cinquante fois de suite, c'est très différent, mais pas simplement. Il y a les intonations, ça peut être désespérant, ou alors la joie complète »⁷³.

RESEAUX SOCIAUX : un réseau social est un ensemble d'individus ou d'organisations reliés par des interactions sociales régulières. Le réseau serait la structure sociale ou médico-sociale mise en œuvre pour répondre à une injonction ou à un besoin.

SECURE : emprunté à l'anglais « secure » qui signifie « sûr ».

VALEURS : « Croyance durable selon laquelle un mode spécifique de conduite ou un but de l'existence est personnellement et socialement préférable à d'autres conduites ou buts » (Rokeach, 1968)

« Préférences collectives qui apparaissent dans un contexte institutionnel et participent à sa régulation » (Boudon et Bourricaud, 1983)

« Ce que les hommes apprécient, estiment, désirent obtenir, recommandent, voire proposent comme idéal » (Rezsohazy, 2006)

« Adhésion des individus à des objectifs permettant de satisfaire des intérêts appartenant à des domaines motivationnels et ayant une importance plus ou moins grande dans la vie de tous les jours » (Schwartz et Bilsky, 1987).

⁷³ OURY J., *Les séminaires de La Borde 1996/1997*, Champ Social, Collection Connivences, 1998, p.18

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ALVIN, Juliette. *Music Therapy*. Hutchinson, Londres, 1975.

ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Dunod, 1974.

BETTELHEIM, Bruno. *Pour être des parents acceptables – Une psychanalyse du jeu*. Robert Laffont, Collection "Réponses", Paris, 1988.

DESTREMPES-MARQUEZ, Denise ; LAFLEUR, Louise. *Les troubles d'apprentissage : comprendre et intervenir*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, Québec, 1999.

DOLTO, Françoise. *Séminaire de psychanalyse d'enfants 1*. Seuil, Paris, 1982.

FOURNIER, Jean-Louis. *Où on va, papa?*. Stock, Paris, 2008.

HIRSCH, Thérèse. *Musique et rééducation*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1966.

IONESCU, Serban. *L'intervention en déficience mentale : manuel de méthodes et de techniques volume I*. Pierre Mardage, Bruxelles, 1987.

OURY, Jean. *Les séminaires de La Borde 1996/1997*. Champ Social, Collection Connivences, 1998.

OURY, Jean ; DEPUSSÉ, Marie. *A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*. Calmann-Lévy, 2010.

PIAGET, Jean. *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé 8ième éd., Neuchâtel, 1994.

PIAGET, Jean. *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Yverdon-les-Bains, 1994.

PIAGET, Jean. *Six études de psychologie*. Folio essais, 2012.

POLET-MASSET, Anne-Marie. *Passeport pour l'autonomie : affirmez votre rôle propre*. LAMARRE, Paris, 1993.

REUCHLIN, Maurice. *Histoire de la psychologie*. Presses Universitaires de France, Collection Encyclopédique, Vendôme, 1999.

STERN, Daniel. *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Presses Universitaires de France, 2003.

STIKER, Henri-Jacques. *Corps infirmes et sociétés*. Dunod, 3^{ème} édition, Paris, 2005.

VAGINAY, Denis. *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Erès, 2005.

VAILLANCOURT, Guylaine. *Musique, musicothérapie et développement de l'enfant*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, Québec, 2006.

VALLÉE, Roland. *Musicothérapie et troubles de l'expression verbale*. Editions du Non-Verbal/AMBx, novembre 1997.

WINNICOTT, Donald Woods. *Jeu et réalité*. Folio essais, Malesherbes, 2012.

Revue ou articles :

ANESM. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*. Novembre 2009.

BAUDURET, J-F. ; JAEGER, M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. Dunod, coll. Action Sociale, 2002.

BLES, E. *La structure au sens institutionnel ou « les effets structurants ou non de l'institution »*. THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES, 1997, n° 110.

FISCHER, G-N. *Le concept de relation en psychologie sociale*. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n° 56, mars 1999.

FUSTIER, P. *Qu'est ce qui fait donc équipe ?*. SANTE MENTALE, mars 2002, n°66.

KANNER, L. *Autistic disturbances of affective contact*. Nervous Child, 1943.

LARIVEY, M. *La lettre du Psy : l'estime de soi*. Mars 2002.

ROSENBERG, M. *Self-Esteem Scale (Echelle de l'estime de soi)*. 1965.

STIKER, H-J. *Conférence sur la perception à travers les âges et civilisations du handicap*. Lons le Saunier, Besançon : URIOPPS Franche-Comté, octobre 1997.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
DEFINITIONS DES TERMES DU THEME	4
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	6
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION.....	8
I. PRESENTATION DU CONTEXTE	10
1. La structure	10
a. <i>Historique</i>	10
b. <i>Aujourd'hui</i>	10
c. <i>Les personnes accueillies</i>	11
2. L'équipe pluridisciplinaire	12
a. <i>Généralités</i>	12
b. <i>La composition de l'équipe pluridisciplinaire à l'IME</i>	14
c. <i>Les réunions, les rencontres</i>	18
d. <i>Et le musicothérapeute ?</i>	19
II. LE PROJET D'INSERTION DE LA MUSICOTHERAPIE AU SEIN DE L'IME DE SAINT-CLAUDE	22
1. D'une discussion informelle à l'adhésion de la musicothérapie.....	24
2. Communication et médiation autour du projet nouveau.....	26
3. Mise en place technique et organisationnelle du projet.....	27
a. <i>La durée des séances</i>	27
b. <i>Le planning</i>	28
c. <i>Le lieu, la salle</i>	30
d. <i>Le matériel</i>	32
III. LES ENFANTS DE L'IME ; LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ASSOCIES	35
1. La déficience intellectuelle	35
a. <i>Historique</i>	36
b. <i>Définition</i>	39

