

**UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY
MONTPELLIER 3**

Arts — Lettres — Langues — Sciences Humaines et Sociales

***UFR1 - Département MUSIQUE
Filière de MUSICOTHÉRAPIE
11, rue Saint Louis
34000 Montpellier***

DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE MUSICOTHÉRAPEUTE

**Expérience clinique auprès
d'un résident avec un diagnostic de
Trouble du Spectre de l'Autisme**

Mémoire présenté et soutenu par :

Lucie MORALES

Née le : 5 novembre 1992

Directeur de mémoire : Mme Claudine Courbet

Soutenance : Septembre 2018

JURY

**Madame le Professeur Delphine CAPDEVIELLE, Présidente
Monsieur Pierre-Lue BENSOUSSAN
Madame Martine ISNARD**

**UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY
MONTPELLIER 3**

Arts — Lettres — Langues — Sciences Humaines et Sociales

***UFR1 - Département MUSIQUE
Filière de MUSICOTHÉRAPIE
11, rue Saint Louis
34000 Montpellier***

DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE MUSICOTHÉRAPEUTE

**Expérience clinique auprès
d'un résident avec un diagnostic de
Trouble du Spectre de l'Autisme**

Mémoire présenté et soutenu par :

Lucie MORALES

Née le : 5 novembre 1992

Directeur de mémoire : Mme Claudine Courbet

Soutenance : Septembre 2018

JURY

**Madame le Professeur Delphine CAPDEVIELLE, Présidente
Monsieur Pierre-Lue BENSOUSSAN
Madame Martine ISNARD**

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce au soutien et à l'aide de plusieurs personnes que je voudrais remercier et à qui je souhaite témoigner ma gratitude.

Avant toute chose, je remercie chaleureusement l'ensemble de l'équipe pédagogique de musicothérapie de l'université Montpellier III, qui a su me transmettre les valeurs et la pertinence d'une discipline tellement passionnante.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Claudine COURBET, pour sa disponibilité, ses conseils et son aide précieuse.

Je tiens à remercier l'équipe de mon lieu de stage ainsi que les personnes accueillies qui ont rendu cette expérience possible et enrichissante.

Je remercie également Mme HAUVEL, documentaliste du Centre Ressource Autisme (CRA) de Caen pour la relecture et ses conseils sur la rédaction du chapitre deux de ce mémoire.

Je voudrais enfin exprimer ma gratitude envers ma famille et mes collègues qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ces trois années d'études.

Sommaire

1. Première partie : Le contexte institutionnel

- 1.1. Les foyers de vie
- 1.2. La communauté, un lieu de vie
- 1.3. Le fonctionnement de l'institution
- 1.4. Le projet institutionnel
- 1.5. La place de la musicothérapie
- 1.6. Le cadre de la musicothérapie
- 1.7. Le stage et ses modalités

2. Deuxième partie : Présentation du trouble du spectre de l'autisme

- 2.1. Le trouble du spectre de l'autisme
- 2.2. Données épidémiologiques
- 2.3. Le diagnostic et la prise en charge

3. Troisième partie : Présentation de la musicothérapie

- 3.1. La musicothérapie, une démarche de soin
- 3.2. Les moyens mis en œuvre
- 3.3. Le cadre thérapeutique
- 3.4. Le jeu au cœur de la thérapie
- 3.4. Du son à la musicothérapie

4. Quatrième partie : Expérience clinique en musicothérapie

- 4.1. Présentation, anamnèse et rencontre
- 4.2. Description de la prise en charge
- 4.3. Synthèse de la prise en charge de L.B
- 4.4. Bilan personnel

5. Cinquième partie : réflexion sur l'origine de la relation thérapeutique

- 5.1. Réflexions sur le développement de la vie psychique
- 5.2. Réflexions sur la relation thérapeutique et la conduite du musicothérapeute
- 5.3. Le cadre, une enveloppe structurante

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Annexes

Introduction

Aussi loin que je m'en souviens, la musique a toujours été présente dans ma vie. Mon intérêt pour la musicothérapie s'est développé graduellement, par différents concours de circonstances que je détaille dans cette introduction.

À l'âge de trois ans, ma famille décide de quitter Paris pour déménager en Angleterre, pays d'origine de ma mère. À cette époque, je ne parle que quelques mots de français, et comprends mieux l'anglais que je ne le parle. Mes plus anciens souvenirs remontent à cette époque, où la barrière linguistique s'est imposée à moi comme une réalité à surmonter. Heureusement, la musique m'a accompagnée au long de cette étape et a permis mon intégration à la culture anglaise qui me paraît aujourd'hui si familière. À l'âge de quatre ans, je commence le piano et chante dans la chorale de l'école primaire. En parallèle, je prends des cours de danse moderne et développe une réelle passion pour la musique sous toutes ses formes.

En l'an 2000, nous déménageons de nouveau, pour retourner en France : second bouleversement linguistique. Tous les mots de français qu'il me semblait connaître à l'âge de trois ans ont disparu. Encore une fois, je vis cet événement comme une expérience forte. Les mots me font défaut, je ne peux plus communiquer à mon aise avec tout le monde. Ces deux expériences m'apprennent l'importance de la communication non verbale.

Pendant mes deux premières années en France, j'ai la chance d'avoir une professeure qui applique des méthodes pédagogiques créatives et ludiques. En parallèle, une orthophoniste m'aide dans le processus d'apprentissage de la langue, les séances sont alors un terrain de jeu.

Je continue de prendre des cours de piano et de solfège dans l'école de musique de mon village, ainsi que des cours de danse moderne, mais décide de tout arrêter à l'âge de quatorze ans. L'approche pédagogique de l'école est très stricte, trop sérieuse, je ne prends plus plaisir à apprendre. Cette pause subsiste jusqu'à mes dix-sept ans où je reprends l'apprentissage instrumental avec la flûte traversière et souhaite aborder la musique différemment, en qualité d'autodidacte.

Suite aux longues et laborieuses années dans le cadre de l'éducation nationale, je n'ai qu'une envie après l'obtention du bac : voyager. Je pars à l'étranger pendant trois années durant lesquelles je vis en Allemagne, au Danemark et voyage en Afrique australe. Pendant ces trois années, je continue l'apprentissage de la flûte traversière avec plusieurs professeurs, et je travaille pendant quelques mois dans une radio indépendante de jazz et de musiques du monde en tant que documentaliste musicale.

En Allemagne, je rencontre une musicothérapeute qui me fait découvrir son métier. Jusque là, je n'avais jamais encore entendu parler de cette discipline.

Je pars ensuite travailler dans une école spécialisée pour enfants avec troubles de l'apprentissage, au Danemark. Dans cette dernière, j'anime des ateliers de jonglerie tous les matins, j'aide certains élèves pour leurs devoirs d'anglais, j'assure l'animation des cours d'arts plastiques, et accompagne occasionnellement des élèves dans la salle de musique où nous explorons l'univers sonore.

Cette expérience me permet de financer une année de formation en pédagogie et sciences de l'éducation que j'effectue au Danemark. Pendant cette année de formation, nous faisons un voyage de terrain en Afrique australe et parcourons six pays en l'espace de quatre mois. Je vis une expérience musicale très intense en Afrique du Sud, dans un bidonville à côté de Johannesburg : une messe religieuse dans une petite salle de classe. L'organisation sociale et spatiale est très codifiée. Soixante-dix personnes sont réparties en différents groupes, les hommes aux voix de baryton sont debout au fond de la salle, les femmes sur les côtés et l'animatrice au centre de la pièce. J'ai la chance d'être au milieu, à côté de l'animatrice, et pendant quatre heures, tout le monde chante a cappella un répertoire de musiques religieuses et traditionnelles Zulu. Bien que je ne comprenne pas la langue, cet événement est très marquant pour moi et m'ouvre les yeux encore plus sur les vertus de la musique et de sa capacité à rassembler les gens, à transmettre des émotions, à créer du lien et de l'énergie.

Je rentre de ce voyage décidée à combiner toutes mes expériences et compétences acquises : formation en pédagogie et sciences de l'éducation, apprentissage musical et expériences dans le domaine du soin. La musicothérapie me semble alors rassembler tous ces éléments.

Grâce à la formation du musicothérapeute clinicien de l'Université Montpellier III, j'ai eu l'occasion, lors de ces trois années d'études d'effectuer deux stages à l'étranger, un au Canada, l'autre en Angleterre, et de réaliser mon stage pratique de fin d'études au sein d'un établissement médico-social. Je détaille cette expérience dans ce mémoire composé de différents chapitres.

Dans la première partie, je présente l'institution dans laquelle je fais mon stage en détaillant son déroulement, les objectifs thérapeutiques globaux en musicothérapie ainsi que la présentation des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Je présente ensuite la musicothérapie, son cadre théorique, les méthodes employées en rapport avec le cas clinique de ce mémoire, et des recherches faites dans ce domaine.

Pour continuer, je fais une description du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), en détaillant les signes cliniques, les données épidémiologiques, le diagnostic et la prise en charge.

Suit un compte rendu des séances, mettant en lumière la progression de la prise en charge d'un patient porteur d'un TSA. À travers la description détaillée des séances, ce chapitre révèle l'évolution de ma pratique ainsi que mon cheminement professionnel.

La dernière partie concerne une réflexion globale de ma pratique en musicothérapie en analysant l'origine de la relation thérapeutique et l'importance du travail pluridisciplinaire. Je conclus ce mémoire en mettant en avant l'intérêt de la musicothérapie dans un établissement médico-social.

Je tiens à préciser que toutes les personnes citées dans ce mémoire sont désignées par des initiales d'emprunt, afin de respecter le secret professionnel.

1. Première partie : Le contexte institutionnel

Les foyers de vie, la communauté un lieu de vie, le service d'activité de jour, la place de la musicothérapie au sein de l'institution, le stage et ses modalités

1.1. Les foyers de vie

1.1.1. Quelle est leur fonction ?

Parfois appelés foyers occupationnels, centres ou services d'accueil de jour, ou même services d'hébergement, ils sont destinés à accueillir des adultes qui sont incapables d'exercer une activité professionnelle, mais qui disposent toutefois d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

Ne relevant pas d'une admission en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), ni en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), ni en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), les personnes accueillies peuvent s'inscrire dans la structure de différentes façons : internat, semi-internat, externat et pour certains, en accueil de jour où la présence est généralement moins importante (une à deux fois par semaine).

Les objectifs de ce type de structure sont de proposer, aux personnes accueillies, des activités quotidiennes de type occupationnel pour soutenir et renforcer leurs capacités.

1.2. La communauté, un lieu de vie

1.2.1. Une page d'histoire

Créée en 1964, l'association qui est à l'origine de la création de ce type de communautés en France est une association chrétienne rattachée à une fédération internationale ; comme d'autres communautés de la même fédération, elle est régie en association à but non lucratif selon la loi de 1901¹.

La structure est née 1998 dans le cadre d'un accueil familial avec trois personnes en situation de handicap mental et trois assistants. L'inscription en tant qu'établissement médico-social, et parallèlement en tant que foyer de vie, se fait trois ans plus tard, en 2001. Sept personnes sont alors accueillies dans un foyer et deux en externat.

Beaucoup de travaux ont été effectués depuis son ouverture, notamment au niveau des foyers de vie et de leur extension. Le deuxième ouvre huit ans plus tard, en 2009, ce qui permet d'accueillir huit personnes supplémentaires. En 2014, le troisième foyer voit le jour après une opération immobilière réalisée avec une institution chrétienne. Cette opération permet de regrouper sur un seul lieu la Charité, deux des foyers, le Service d'Activité de Jour (SAJ) et le pôle administratif.

Au niveau international, la fédération rassemble aujourd'hui plus d'une centaine de communautés dans une quarantaine de pays sur les cinq continents. Au niveau national, elle réunit trente-trois communautés accueillant plus de mille deux cents personnes en foyer de vie, sept cents en atelier de jour et une cinquantaine en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

¹La loi du 1^{er} Juillet 1901 relative au contrat d'association à but non lucratif

Le caractère communautaire de la structure a pour objectif de développer un environnement de partage qui puisse répondre aux besoins de changement des personnes hébergées.

Des projets d'extension du lieu sont actuellement en cours. Il y a le projet de réhabilitation d'une grange, sur trois étages. Au rez-de-chaussée, il y aura un espace d'exposition et de rencontres, et un autre qui répondra aux besoins de certaines personnes accueillies, vieillissantes ou hypersensibles aux interactions du groupe. Les étages seront transformés en appartements où pourront loger des assistants.

1.2.2. Description de la structure

Les foyers de vie, au nombre de trois, sont répartis sur deux sites distants de moins d'un kilomètre au cœur d'une ville. Le site est un ancien couvent composé de deux ailes au centre desquelles se trouve une chapelle. Y sont regroupés deux foyers d'environ six cents mètres carrés avec chacun quatorze chambres, ainsi que les bureaux administratifs et le SAJ².

Les activités de jour pour les personnes internes comme pour les externes se déroulent en majeure partie sur le côté droit de la Charité dans une aile attenante au bâtiment principal. Plus de deux cent cinquante mètres carrés sont destinés aux activités de jour réparties en six salles de taille variable.

La salle communautaire située au centre du rez-de-chaussée est le lieu de rassemblement de la communauté; elle est utilisée à la fois comme lieu de prière, pour le temps de regroupement du lundi matin, comme salle d'atelier pour certaines activités (ex. cuisine, gymnastique douce) et comme lieu de rencontre lors des soirées communautaires qui se déroulent en moyenne tous les deux mois.

Dans l'entrée principale, le mur gauche est recouvert de sept tableaux blancs qui correspondent aux sept jours de la semaine. Ces tableaux sont là pour indiquer le programme quotidien à l'aide de pictogrammes, de mots et de photos. Monté sur un chevalet, le tableau du jour est mis à l'entrée de la salle pour indiquer, lors des regroupements, les activités du matin et de l'après-midi.

À l'arrière de la salle, une petite cuisine permet l'animation des ateliers de cuisine ainsi que la confection du repas de midi pour un groupe de dix à quinze personnes, à raison d'une fois par semaine. Les lieux sont équipés de sanitaires au rez-de-chaussée et à l'étage.

Dans le jardin, un poulailler et un cabanon en bois permettent de développer une activité d'entretien d'espaces verts et de soins aux animaux. Un parking situé dans une cour centrale, face à l'un des foyers, est prolongé d'un passage délimité par un portail protégé par digicode.

À l'étage du bâtiment du SAJ, un long couloir distribue un entrepôt et des locaux administratifs : secrétariat, secteur hébergement, direction des ressources humaines, secteur médico-psychologique, infirmerie et une salle destinée à l'activité *terre et jeux de société*. Cet ensemble immobilier a été achevé en juillet 2014.

² SAJ : Service d'Activité de Jour

1.2.3. L'hébergement

Trois foyers affectés à la vie collective comportent à la fois des locaux privatifs meublés ou non ainsi que des locaux communs.

Les résidents sont encouragés à investir leur foyer et leurs chambres de manière personnalisée, en donnant leur opinion dans les choix à prendre pour la décoration. Dans le cadre du *vivre ensemble*, chaque membre du foyer, qu'il soit assistant ou personne en situation de handicap, partage les tâches de la vie quotidienne en fonction de ses capacités (ménage, confection des repas, courses, etc.).

Dans chaque foyer, les parties communes du rez-de-chaussée comprennent:

- un grand salon servant de lieu de détente, de réunion ou d'accueil; on y trouve aussi la télévision dont l'utilisation reste modérée.
- une grande salle à manger
- une cuisine où les assistants et personnes accueillies confectionnent les repas
- un bureau où se déroulent les entretiens avec les personnes accueillies.

Aux étages, accessibles par l'escalier central ou par ascenseur, se trouvent les chambres composées d'une salle de bain, d'un lit et de rangements. Elles sont réparties de façon homogène pour que les assistants puissent être à proximité en cas de besoin.

1.2.4. Le Service d'Activité de Jour (SAJ)

Le service d'activité de jour, appelé aussi service d'accueil de jour, ou, en langage plus courant, *les ateliers*, se trouve dans l'aile droite du site de la Charité. Le service accueille vingt-huit personnes en situation de handicap, du lundi au vendredi de 9h30 à 12h et de 14h à 17h.

L'équipe du SAJ est composée de sept personnes, moniteurs-éducateurs et éducateurs spécialisés. Chaque personne accueillie a un référent au SAJ et dispose d'un planning individualisé sur l'année (de septembre à juillet).

1.2.4.1. Les activités proposées

Le SAJ propose en moyenne cinq activités par demi-journée par groupes de cinq ou six personnes accompagnées d'un moniteur d'atelier. Ces activités sont composées d'ateliers centrés autour de l'expression artistique : la mosaïque, la terre, le cirque, la danse, l'atelier de poème & création et la musique.

Sont également proposées des activités sportives comme l'équitation, la piscine, la gymnastique douce, la randonnée ainsi que des ateliers de la vie quotidienne comme l'atelier école de la vie, groupe de parole, médiathèque, correspondance, service à la communauté ou atelier de cuisine.

La salle d'espace détente a la particularité d'accueillir chaque personne au moins une fois par semaine comme lieu de ressourcement et de relaxation.

Le choix des ateliers se fait par la personne accueillie qui participe à son projet personnalisé et le co-rédige.

1.3. Le fonctionnement de l'institution

Les bureaux administratifs sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 14h à 17h. Le SAJ suit les mêmes horaires, mais il ouvre à 9h30.

Chaque semaine des réunions ont lieu pour traiter l'aspect médico-social, communautaire et associatif de l'établissement afin que l'information soit partagée par tous. L'ensemble de ces instances est détaillé ci-dessous.

Pour la dimension psychosociale du projet, la réunion se tient dans les foyers ou dans les locaux administratifs. On retrouve :

- Pour la coordination : le directeur, tous les responsables (hébergement, SAJ assistants, foyer) la coordinatrice médico-psychologique et la secrétaire. C'est un temps d'échanges sur les événements à venir, sur les tâches à accomplir et les rendez-vous de la semaine.
- Le conseil de direction regroupe le directeur, les responsables de service et des assistants. C'est un temps de coordination où le rapport d'activité de chacun sur la semaine écoulée est présenté. Il donne lieu à un compte rendu qui est transmis au président du conseil d'administration.
- La réunion Hébergement est animée par le responsable de ce service et regroupe les responsables de foyer et la coordinatrice médico-psychologique. C'est là que sont abordées les questions liées à la vie quotidienne dans les foyers et à l'accompagnement des personnes accueillies.
- La réunion d'équipe Foyer réunit séparément chacune des équipes sous l'autorité du responsable pour partager les informations et pour travailler sur les projets personnalisés, l'animation et l'organisation de la vie en foyer.
- La réunion de l'équipe du SAJ se compose de l'équipe pédagogique (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs) et des stagiaires scolaires sous l'autorité du responsable des activités de jour. Des questions liées au planning et à l'organisation des activités de jour y sont abordées.
- Les réunions d'élaboration sur les projets personnalisés et sur les points médico-psychologiques sont animées par : le psychologue, le directeur, la coordinatrice médico-psychologique, les responsables d'hébergement et du SAJ, l'équipe du foyer concerné, le référent de la personne sur le SAJ et parfois les stagiaires. Ces réunions permettent d'écouter la personne sur ses souhaits et d'élaborer collectivement son projet personnalisé en faisant le point sur ses besoins, son accompagnement et son orientation.

La dimension communautaire du projet est soutenue par :

- Deux rencontres hebdomadaires (le lundi matin et le vendredi après-midi). Ce sont des temps conviviaux d'information, d'animation et de partage pour tous les membres de la communauté.
- Le conseil communautaire se réunit toutes les six semaines pour traiter des grandes orientations données à la communauté. Il est composé des principaux responsables de la communauté, de la coordinatrice médico-psychologique, de la secrétaire-comptable, des permanents et des représentants des personnes en situation de handicap.

- Le conseil des permanents se réunit régulièrement, tous les deux mois environ. Il regroupe les assistants qui souhaitent s'impliquer davantage dans le projet communautaire.
- Le conseil d'administration/conseil des permanents (CA/CP) réunit une fois par an en juillet l'ensemble de ses membres qui concourent à la stabilité et à la croissance du projet.
- Les commissions mixtes permanentes regroupent différents membres de la communauté (assistants, personnes accueillies et bénévoles) pour réfléchir et faire des propositions concrètes dans le domaine de la vie spirituelle et préparer les soirées communautaires.

Enfin, la dimension associative du projet passe par :

- Le Conseil d'Administration³ (CA) assume la responsabilité morale et juridique de l'association. Il se réunit autour de son président tous les mois avec le directeur de l'établissement et garantit le bon fonctionnement de l'association et son développement.
- L'assemblée générale de l'association se réunit une fois par an pour entendre le rapport du CA sur sa gestion et la situation financière. C'est aussi l'occasion de remercier tous ceux qui ont œuvré au bon fonctionnement de la communauté au cours de l'année écoulée.

1.3.1. La population accueillie

L'établissement foyer de vie, qui est habilité à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale départementale, dispose en tout de vingt-trois places d'hébergement permanent et de deux places d'accueil temporaire. Sous réserve d'une orientation *Foyer de Vie* qui leur est notifiée par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), il accueille des personnes en situation de handicap mental, âgées de 20 à 50 ans.

Aujourd'hui, le foyer accueille des jeunes issus d'Instituts Médico-Éducatifs (IME) avec des pathologies qui vont de la déficience intellectuelle légère, moyenne à profonde aux troubles psychiques comme la psychose, des troubles du développement tels que les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) ou bien des anomalies génétiques comme la trisomie 21.

En outre, il est également habilité à recevoir en semi-externat, cinq jours par semaine, trois personnes bénéficiant de l'aide sociale départementale et disposant d'un hébergement extérieur (le plus souvent dans leur famille).

Le mode d'accompagnement spécifique à cet établissement, basé sur le *vivre ensemble*, ne permet pas d'accueillir des personnes qui présentent en permanence certains troubles, notamment la violence physique avec mise en danger d'autrui ou de soi-même, des personnes qui fuguent souvent ou encore celles ayant d'importants troubles du sommeil et nécessitant donc une présence nocturne pour veiller sur leur sécurité et leur bien être.

Enfin, le caractère non médicalisé de l'institution ne permet pas toujours d'envisager l'accueil ou le maintien de personnes qui nécessitent des soins ou des dispositifs spécialisés et constants.

³Le CA est le responsable légal de l'association aux regards des investisseurs et des administrations

1.3.1.1. Procédure d'admission et de réorientation

Cette procédure définit toutes les modalités de mise en œuvre de l'admission dans l'établissement de la personne handicapée, depuis le dépôt de sa candidature jusqu'à son admission définitive. La demande de candidature est soumise au préalable à une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) vers un *foyer occupationnel* ou *foyer de vie*. Suite à cette orientation, les personnes candidates à l'admission en foyer sont accueillies selon une procédure qui comporte plusieurs étapes.

Dans un premier temps, une demande écrite est adressée au directeur par le demandeur, sa famille, son représentant légal ou toute autre personne qu'il aura choisie comme responsable. Le foyer lui adresse alors le dossier de pré-admission qui devra être renvoyé, dûment rempli et accompagné des documents requis. Dès réception, il est étudié par le comité de présélection qui prend le soin d'évaluer la justesse de la demande. En cas d'avis favorable, un premier entretien est organisé au cours duquel le demandeur rencontre différents membres du personnel et visite l'établissement.

Si l'équipe pluridisciplinaire valide et si le demandeur est toujours d'accord, un stage de découverte d'un mois est programmé afin de permettre au stagiaire d'expérimenter la vie en collectivité et d'évaluer sa capacité à s'intégrer au sein de celle-ci.

À la fin de cette période, un entretien est prévu avec le stagiaire afin de lui demander son ressenti et ses appréciations. Une fois l'entretien terminé, l'équipe du SAJ se réunit pour effectuer un bilan sur le stagiaire et ses aptitudes dans le cadre des ateliers. Ce bilan est ensuite transmis à la commission d'admission où le médecin psychiatre référent est présent et donne son avis sur les possibilités d'accueil.

Puis un courrier est envoyé au demandeur et à son représentant légal pour l'informer de la décision. La signature d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge marque la fin de la procédure administrative de l'admission. Le projet personnalisé peut donc se réaliser pendant les douze premiers mois d'accueil.

Un accueil dit *définitif* n'exclut pas la possibilité d'un départ. Il peut être volontaire. Dans ce cas, une réorientation peut être envisagée si le projet personnel ne correspond plus aux prestations. Une faute grave peut être sanctionnée par une procédure d'exclusion auprès de la C.D.A.P.H.⁴ et des services du conseil départemental.

1.3.2. Les membres du personnel de l'établissement

Basée sur un mode de vie de type communautaire, l'association à l'origine de l'établissement accorde un intérêt particulier aux accompagnements de longue durée. Ainsi des jeunes en service civique sont recrutés en tant qu'*assistants* dans les foyers de vie avec un contrat de douze mois minimum. Ils font le choix de vivre dans les foyers au même titre que les personnes accueillies et partagent avec elles les actes de la vie quotidienne. Certains d'entre eux ont des responsabilités de secteur : foyer, atelier, aspect médical.

La vie en foyer est coordonnée par :

- Le *responsable d'hébergement* qui supervise l'ensemble des domaines

⁴Les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

- Les *responsables de foyer* qui organisent et animent la vie communautaire avec les assistants

Une *responsable des assistants et des bénévoles* est présente dans les locaux administratifs afin d'assurer l'accueil, la formation et l'accompagnement de ces derniers.

Les autres membres de l'équipe administrative sont :

- Le directeur, responsable de la communauté
- La secrétaire comptable
- La responsable d'atelier
- La coordinatrice médico-psychologique
- Le psychologue
- Le psychiatre

L'équipe du SAJ est constituée de sept moniteurs d'ateliers qui sont des éducateurs spécialisés ou moniteurs éducateurs. Ils sont souvent accompagnés de stagiaires d'écoles (stagiaires A.M.P⁵, moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, musicothérapeutes, coordinateurs pédagogiques...) ou de bénévoles.

Les membres des équipes administratives, des équipes éducatives ainsi que les divers intervenants travaillent à plein-temps.

1.3.3. Les moyens de financement.

En tant qu'établissement médico-social, la structure d'accueil est agréée et financée par le conseil départemental avec un prix de journée par personne handicapée accueillie au sein de la structure.

Dans le cadre de sa politique en faveur des logements sociaux, le programme 135⁶ lancé par le gouvernement a pour mission d'améliorer l'habitat, l'urbanisme et les territoires. En plus de ce programme, l'agrément Prêt Locatif Social (PLS) délivré par le préfet ou le délégataire des aides peut ouvrir un droit à un prêt bonifié et couvrir l'ensemble de la partie logement et de toutes les surfaces collectives. L'accueil temporaire peut aussi être intégré dans ce financement.

En règle générale, une participation est demandée à la personne accueillie selon la tarification définie par le conseil départemental. Des aides financières peuvent être attribuées en complément de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) versée par la Caisse d'Allocation Familiale (C.A.F.) à la suite d'une décision de la CDAPH.

Les financements de l'association à l'origine de la structure sont non-conventionnés et versés sous forme de dons de particuliers ou d'entreprises. Ils servent à constituer une réserve de fonds pour l'avenir et des projets qui ne peuvent être du ressort des organismes agréés (extension, amélioration et adaptation des locaux, événements exceptionnels).

⁵Aide-Médico-Psychologique

⁶Les crédits du programme 135 sont consacrés au financement des aides à la personne, de la lutte contre l'habitat insalubre ou encore au financement de l'Agence nationale de l'habitat (Anah)

1.4. Le projet institutionnel

1.4.1. Les objectifs et valeurs de l'établissement

L'établissement dont il est ici question est une structure qui conjugue une double appartenance. Effectivement, en tant qu'institution médico-sociale, il répond aux engagements pris avec le conseil départemental et selon les lois 2002-2⁷ et 2005⁸. C'est aussi une communauté chrétienne qui propose un accueil inter-confessionnel.

Les prises en charge sont faites sur un mode de vie particulier : le *vivre ensemble*, centré sur la personne en favorisant son intégration aux différents groupes dont elle fait partie. Les valeurs qui fondent ce vivre ensemble sont énoncées dans une charte qui insiste sur l'humanité de chacun, mettant en avant l'idée que la faiblesse et la déficience ne diminuent en rien la valeur d'une personne.

Les activités de jour ont pour objectif de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap mental, en respectant leur propre rythme, pour assurer :

- Le maintien et l'apprentissage de nouveaux acquis : les activités de jour sont un outil d'apprentissage technique et de pédagogie pour acquérir des savoir-faire, exercer et développer ses capacités cognitives et psychomotrices, faire des découvertes, révéler ses talents...
- Le Projet personnalisé : sera développé au prochain paragraphe (1.4.2.)
- L'inclusion : par le biais des expositions, des ventes et des cadeaux, la production des ateliers tend à favoriser la socialisation et l'insertion en milieu ordinaire

Pour certaines personnes en situation de handicap mental, les ateliers peuvent également offrir un lieu de transition vers une orientation de travail plus autonome tel que l'Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)

Partant du constat que le public handicapé a le droit de réaliser sa vie de femme ou d'homme, les équipes ont invité en 2010 sur le territoire français, l'ensemble des communautés à des sessions de formation, à des discussions, à des échanges d'expérience et de questionnements sur les thèmes suivants :

- L'affectivité
- La sexualité
- La parentalité

Un texte énonçant des repères a été adopté par le Conseil national en 2011 qui fait aujourd'hui référence dans les communautés.

Une réflexion institutionnelle sur le vieillissement et la fin de vie s'est tenue, en 2015, dans le cadre d'une assemblée départementale. La limite de l'accueil des personnes en foyer de vie ayant été portée de 60 à 65 ans, les points abordés lors de l'assemblée concernent les aspects suivants :

- Développer le partenariat avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

⁷Loi insérée dans le secteur social et médico-social. Elle a comme mission de promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté

⁸Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

- Anticiper et envisager l'éventualité de sortie du dispositif spécialisé vers le public.
- Donner la possibilité aux personnes qui le voudraient, de vivre leurs derniers instants dans leur foyer familial (sauf en cas d'hospitalisation)
- Demander une dérogation au conseil départemental pour permettre à la personne accueillie de demeurer dans l'environnement communautaire.

Ce dernier point met l'accent sur l'importance de prendre en compte les besoins évolutifs des personnes handicapées tout en respectant leur projet personnalisé.

1.4.2. Le projet personnalisé

La réunion d'élaboration du projet a lieu tous les deux ans. La personne accueillie y participe au même titre que le personnel accompagnant, le responsable de l'établissement et le psychologue. Cette réunion dure en général deux heures et comprend deux parties.

Dans la première partie, la personne accueillie y exprime ses attentes, ses projets, son appréciation sur son vécu, ses priorités concernant sa vie sociale et ses besoins d'accompagnement. Cette présentation est préparée par la personne accueillie lors d'entretiens avec ses deux référents, celui du foyer et celui du SAJ

Dans la deuxième partie de l'entretien, les échanges sont primordiaux. C'est une occasion pour le personnel encadrant de rédiger, affiner ou corriger les fiches d'accompagnement du foyer et du SAJ qui détaillent tout ce qu'il faut retenir de la personne, pour pouvoir le transmettre à tout nouvel accompagnant.

L'ensemble constitue le projet personnalisé conformément à la loi 2002-2. Il est appliqué sur une durée de deux ans et fait l'objet à mi-parcours d'une évaluation pour vérifier la réalisation et l'adapter, aux éventuels changements intervenus entre-temps et susceptibles d'en altérer la pertinence.

Avant la rédaction de ce projet personnalisé, les familles et représentants légaux sont consultés pour recueillir leurs observations et appréciations par rapport aux besoins et souhaits des personnes prises en charge. Une copie leur est fournie après les signatures de la personne accueillie et du directeur.

1.5. La place de la musicothérapie

1.5.1. La place de la musicothérapie au sein de l'institution

L'établissement accueille régulièrement des stagiaires en musicothérapie, ce qui a permis d'en développer la pratique en parallèle des ateliers. La cinquième stagiaire que je suis est donc accueillie chaleureusement, avec enthousiasme et une bienveillante confiance.

1.5.1.1. La place de la musique dans les foyers et au SAJ

A mon arrivée dans l'établissement, je remarque déjà l'omniprésence de la musique lors du rassemblement collectif du lundi matin appelé le *temps d'unité*. La musique n'est pas systématiquement présente, mais lorsqu'elle y est, ses rôles sont multiples. Elle peut soit donner lieu à un moment de méditation de groupe, ou servir à canaliser les énergies lorsque la communauté traverse une période riche en événements et que la transition des foyers de vie au SAJ est vécue plus difficilement qu'à l'ordinaire.

Outre le lundi matin, trois activités sur le thème musical ont lieu au cours de la semaine :

- Le mercredi après-midi : il s'agit d'un atelier de chant. L'atelier se passe en deux temps, avec une première partie consacrée au chant et une seconde partie dédiée à la création de paroles sur des mélodies connues.
- Le jeudi après-midi : danse.
- Le vendredi après-midi : karaoké dans la salle communautaire avec un microphone, amplificateur, ordinateur et deux enceintes. L'idée est simple : chacun passe à tour de rôle devant les autres pour interpréter une chanson.

Certaines de ces activités donnent lieu à des représentations annuelles organisées entre plusieurs établissements médico-sociaux de même type.

Dans chaque foyer de vie on trouve, dans les salons, des instruments : piano, guitares, djembés et autres petits accessoires. Les pianos sont utilisés lors d'événements festifs comme Noël, Pâques ou Mardi Gras qui ponctuent les différentes périodes de l'année.

Lorsque l'on entre dans les foyers, il est rare de ne pas entendre de la musique. Cela peut venir de la cuisine où les assistants s'accompagnent de chansons pour cuisiner, du salon où un résident s'essaie au piano ou d'un smartphone diffusant de la musique dans une chambre.

1.5.1.2. Les apports de la musicothérapie dans un lieu non médicalisé

Bien qu'inscrite au sein de l'établissement, la musicothérapie peut parfois poser question quant à son statut et le rôle qu'elle est censée avoir. Il m'est arrivé, pendant mon expérience, d'être confrontée à l'ambiguïté de cette discipline quelquefois considérée comme une animation musicale, ou activité occupationnelle parmi d'autres. Je reviendrais sur ce point dans le chapitre quatre (bilan de ma pratique).

En effet, dans les foyers de vie, la plupart des activités sont des occupations. Dans ce cas, les personnes accueillies ne sont pas considérées comme des patients. La question du statut de la thérapie se pose donc : est-elle légitime, et si oui, comment ?

Je pense que la musicothérapie a pleinement sa place au milieu de toutes les activités proposées. Le cadre du *vivre ensemble*, basé sur un mode de vie communautaire et collectif, ne permet pas toujours une considération au cas par cas. Or, la musicothérapie offre un cadre particulier et privilégié où le résident peut se sentir écouté sans jugement sur ses actes et paroles. Il est tout simplement là, tel qu'il est, pour s'exprimer comme il le souhaite et comme il le peut, par l'intermédiaire de la musique. Ce dernier point souligne la légitimité de la musicothérapie dans ce type de structure, étant donné que pour beaucoup de personnes accueillies en foyers de vie, l'expression verbale peut être vécue comme une difficulté. La musicothérapie donne accès à d'autres possibilités d'expression sans verbalisation nécessaire.

L'analyse, au cas par cas, souligne des objectifs adaptés aux besoins de chacun dans le cadre du projet thérapeutique mis en place par le musicothérapeute.

1.6. Le cadre de la musicothérapie

1.6.1. Le projet thérapeutique global

Le projet thérapeutique global fait partie des préalables de la prise en charge. Il est généralement élaboré suite aux informations recueillies lors de l'entretien et des observations faites durant le bilan psycho-musical.

Afin d'établir un projet thérapeutique global, je m'appuie sur mes observations, sur des indications proposées par ma tutrice (responsable des ateliers), par l'orthophoniste, et sur les missions de l'établissement. Les objectifs principaux que je définis sont les suivants :

Objectifs généraux

- Évaluer les besoins et les potentialités du patient en complément du bilan
- Aider à l'amélioration de la qualité de vie des patients en participant à leur épanouissement et à leur bien-être
- Préserver et améliorer l'autonomie des patients
- Instaurer un cadre sécurisant pour amorcer la musicothérapie

Objectifs opérationnels

- Établir un cadre thérapeutique avec des consignes clairement énoncées et repérables
- Valoriser l'expression en soutenant le sentiment d'estime de soi
- Favoriser la coordination et la communication gestuelle
- Mobiliser les fonctions cognitives : l'attention conjointe et soutenue, l'écoute et la concentration
- Encourager la créativité et l'expression de soi
- Échanger avec l'équipe pluridisciplinaire afin de favoriser une meilleure prise en charge
- Rédiger et incorporer les comptes rendus dans les dossiers pédagogiques de chacun

1.6.2. Le cadre des séances

Toutes les prises en charge, individuelles et de groupes s'effectuent dans la salle de musicothérapie (détaillée ci-dessous) chaque lundi et mardi de 9 h 30 à 17 h.

Pour les prises en charge individuelle, la durée des séances est de 20 à 30 minutes, tandis que les séances de groupe durent en général de 40 à 45 minutes.

1.6.3. La salle de musicothérapie et le matériel

La salle mise à disposition pour les séances de musicothérapie se trouve au rez-de-chaussée du SAJ à côté de la salle d'espace détente. Actuellement en cours de réhabilitation pour devenir un espace type Snoezelen⁹, son caractère musical a néanmoins permis de la retenir comme salle de musicothérapie. Elle est à côté de la salle d'espace détente où il y a des nuisances sonores dues à cette proximité et à la présence d'une fenêtre,

⁹Les espaces Snoezelen sont des salles de stimulation sensorielle dans lesquelles on favorise la stimulation des cinq sens par la musique, les jeux de lumière, la vibration, les sensations tactiles ou olfactives

avec rideaux, au milieu de la cloison. En rentrant dans la salle, la première chose que l'on remarque est le grand canapé d'angle droit placé au fond. Cette disposition en angle droit favorise le face à face et les échanges. Face au canapé, à côté de la porte se trouve un clavier de bonne qualité avec une banquette de piano. Il m'est arrivé, lors des séances, de déplacer ce clavier pour que la personne qui joue puisse mieux interagir avec le reste des membres du groupe. Une chaîne hi-fi et des CD sont placés sur une étagère à côté du clavier avec des bâtons de pluie¹⁰ au-dessous. Au cours du stage, je dispose la salle de différentes façons selon les prises en charge et les types de séances. Il y a de la place au milieu de la pièce, devant le canapé pour placer un tapis ou une table. Pour les séances de musicothérapie réceptive, je laisse le tapis mais pour les séances de musicothérapie active, je l'enlève. En effet, dans certains groupes, les séances génèrent du mouvement dans la salle, rendant la présence du tapis gênante. Souvent j'installe une table soit au milieu de la pièce, soit contre le mur de gauche en rentrant dans la salle et j'y dispose quelques instruments.

Concernant le matériel, il y a sur place un instrumentarium¹¹ plutôt fourni que je peux utiliser tout en complétant par quelques petits accessoires de type percussion. Je prends également à chaque séance ma flûte traversière et mon guitalélé. Vous trouverez en annexe [Annexes 1 et 2] quelques photos illustrant le matériel sonore utilisé dans le cadre de la salle de musicothérapie.

1.7. Le stage et ses modalités

1.7.1. Le déroulement du stage

Le stage se déroule sur une période de six mois entre le 6 novembre 2017 et le 15 mai 2018.

1.7.1.1. La période d'observation

Pour mettre en place les prises en charge en musicothérapie, j'effectue une période d'observation institutionnelle de sept jours afin de comprendre le fonctionnement de l'établissement. Pendant cette période, je participe à presque tous les ateliers et activités proposés au sein du SAJ, ce qui me permet de m'insérer dans l'équipe pluridisciplinaire en tant que stagiaire puis future professionnelle. Avec du recul, je réalise qu'une période d'observation plus importante aurait pu m'aider pour une meilleure inclusion au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Je détail ce point dans le chapitre quatre (bilan de ma pratique).

1.7.1.2. Les entretiens et bilans psycho-musicaux

Suite à cette période d'observation, je consulte les dossiers pédagogiques et médicaux afin d'être au courant de l'anamnèse, du diagnostic et du projet personnalisé de chacun, en vue d'établir le projet thérapeutique global en musicothérapie. Un rendez-vous me semble nécessaire avec l'orthophoniste qui me conseille quelques personnes à rencontrer. Puis j'effectue les entretiens et bilans psycho-musicaux de quinze personnes, ce qui me permet

¹⁰Instrument de percussion en forme de bâton. Il renferme des billes qui renvoient au son de la pluie lorsqu'il est retourné

¹¹Collection d'instruments et d'accessoires de musique du musicothérapeute

d'élaborer des projets thérapeutiques personnalisés et une première ébauche du projet thérapeutique global que je présente d'abord à ma tutrice (responsable des ateliers).

1.7.1.3. Le projet thérapeutique global

Sur les quinze personnes, j'en retiens dix avec entretiens positifs. Un échange avec ma tutrice me permet d'affiner le projet thérapeutique global et de le présenter sous forme de projection (PowerPoint) à l'équipe pluridisciplinaire qui alimente ma réflexion et l'orientation de mon travail. Je transmets ensuite les comptes rendus des bilans psychomusicaux aux différents membres de l'équipe et mets les séances en place. La première se déroule le 8 janvier 2018.

1.7.1.4. Les prises en charge

Pour le choix des prises en charge, je m'appuie à la fois sur des prescriptions, sur mes propres observations et sur les missions de l'établissement. C'est donc à partir de janvier que je commence sept prises en charge, dont cinq séances individuelles et deux groupes de deux ou trois membres. En février, j'ajoute deux nouvelles prises en charge, dont une personne en séance individuelle, ainsi qu'un groupe de quatre personnes. Avec le dernier groupe, appelé les *Cloclos*, nous avons monté ensemble un projet musical présenté lors d'une grande manifestation à la fin du mois de mai, regroupant plusieurs communautés de ce type dans un village-vacances. Comme son nom l'indique, il s'agissait d'une performance musicale reprenant des chansons de Claude François.

Au niveau des pathologies des patients, j'accueille, en séance, des personnes présentant des troubles du développement comme le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ou le Trouble Réactionnel de l'Attachement (TRA), des troubles génétiques comme la trisomie 21, la trisomie 13, la tétrasomie 18p, le syndrome de Williams et Beuren, et une personne présentant une hémiplégie droite consécutive à une chute à l'âge de trois mois. Les prises en charge ont donc été variées et pour cette raison, très enrichissantes.

1.7.1.5. Les difficultés rencontrées

L'absence de musicothérapeute pour superviser ma pratique est un peu déstabilisante. Toutefois, la gageure de mettre en place les séances en totale autonomie sera l'un des aspects les plus formateurs de mon stage. Lors de la mise en place des séances, je rencontre des difficultés avec la prise en charge d'une personne accueillie, dans un premier temps, en séance individuelle, puis en groupe, et, enfin, de nouveau en séance individuelle. La difficulté s'explique par l'absence de cadre que je ne peux imposer de façon adaptée. Je choisis cette personne qui, lors de mon observation, pose déjà des difficultés à l'équipe pluridisciplinaire. Un autre aspect qui m'a posé problème est le nombre de prises en charge. Comme mentionné plus haut, à partir de février, le nombre des prises en charge passe de sept à neuf. Ainsi, mes jours de présence au SAJ sont rythmés par des séances prévues à heures fixes les unes après les autres, me laissant peu de temps pour d'autres actions ou mon intégration au sein de l'équipe. Je détaillerai l'ensemble de ces difficultés dans le chapitre quatre (bilan de ma pratique). Pour finir, le départ de ma tutrice et d'autres membres de l'équipe a été déstabilisant, ainsi que les vacances scolaires et jours fériés qui ont marqué une rupture au niveau de la dynamique des séances.

Dans la deuxième partie, je présente la pathologie d'un résident dont la prise en charge constitue le cas clinique de ce mémoire.

2. Deuxième partie : Présentation du trouble du spectre de l'autisme

Troubles du spectre de l'autisme: histoire, épidémiologie, étiologie, diagnostic et prises en charge

2.1. Le trouble du spectre de l'autisme

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) aussi appelé *trouble envahissant du développement* ou, plus communément, *autisme* doit son terme à la cinquième version du *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*¹² (DSM) édité en 2013. Il est la conséquence d'un trouble précoce du développement cérébral dont les symptômes apparaissent avant l'âge de trois ans [1]. Les symptômes concernent les domaines suivants : modalités sensorielles, communication/interaction sociale et comportement restreint et/ou répétitif.

Selon le DSM-V, le TSA se définit par :

- des déficits persistants de la communication et des interactions sociales dans des contextes variés
- des comportements restreints et répétitifs (comportements qui comprennent notamment de l'hyper ou l'hypo-réactivité aux stimulations sensorielles) [1].

Le DSM-V, mais également les dernières recommandations de bon usage, tendent à inclure les TSA au sein des *Troubles du Neuro-Développement* (TND) [1 ; 56].

Afin de respecter l'évolution des concepts et terminologies je parlerai, dans cette partie, de *trouble du spectre de l'autisme* (et son abréviation *TSA*).

2.1.1. Un bref historique

Le terme *autisme*, dérivé du mot grec *autos* signifiant soi-même, est utilisé pour la première fois en 1911 par le psychiatre suisse Eugen Bleuler. Ce dernier décrit l'autisme comme un symptôme secondaire de la schizophrénie chez l'adulte, qui se caractérise par un repli sur soi. Le terme est repris une trentaine d'années plus tard, par Léo Kanner, un psychiatre américain d'origine autrichienne, qui le décrit non pas comme une conséquence tardive du processus schizophrénique, mais à l'inverse, comme une entité à part entière.

La définition sera complétée un an plus tard par le pédiatre autrichien Hans Asperger. Jusque là, la pathologie autistique était considérée comme le résultat d'une *déficience du développement de l'intelligence* [35] et décrite sous divers noms comme l'*idiotisme*¹³ ou la *psychose infantile* [124 ; 110 ; 70].

En 1799, la découverte d'un jeune garçon d'une dizaine d'années errant dans les bois, nu, se déplaçant à quatre pattes et incapable de parler, fait polémique. Il est confié à un jeune médecin français, du nom de Jean Itard, qui le baptisera Victor de l'Aveyron. Jean Itard

¹²Le DSM, de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, est une classification, publiée par l'Association américaine de psychiatrie, des troubles mentaux servant de référence à de nombreux professionnels de la santé pour poser un diagnostic.

¹³Dans la démocratie athénienne de la Grèce Antique, le terme *idiot* désignait la sphère privée, et par extension, celui qui ne participe pas à la vie publique. En opposition à la personne instruite, éduquée et socialement intégrée, le déficient intellectuel était ainsi reclus et illettré [60].

tente d'instruire le garçon, il est persuadé que son état vient de l'absence d'une influence saine et stable de la société sur son éducation. Une incontestable amélioration au niveau des relations sociales est observée, mais Victor ne parvient pas à sortir de son mutisme, ni à avoir accès à la dimension symbolique du langage.

Le cas de Victor a été l'objet de nombreuses interrogations sur la nature des symptômes décrits par Jean Itard : était-il vraiment un enfant porteur d'autisme qui aurait été abandonné du fait de l'existence de cette affection ? Ou, sa condition serait-elle plutôt la conséquence d'une privation de relations sociales?

L'état des connaissances sur l'autisme n'a cessé d'évoluer depuis, avec des recherches de plus en plus centrées autour de l'évolution de ce trouble [90 ; 35 ; 66].

Dans son article intitulé *l'importance de la formation du symbole dans le développement du moi*¹⁴ paru en 1930, la psychanalyste anglaise Mélanie Klein décrit la symptomatologie d'un petit garçon de quatre ans qui rappelle fortement celle des enfants porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme. Sans utiliser le terme *autisme*, elle écrit : « *cet enfant qui s'appelait Dick, presque totalement dépourvu d'affect, était indifférent à la présence ou à l'absence de sa mère ou de sa nurse. À l'exception d'un intérêt particulier (pour les trains), il ne s'intéressait à rien, ne jouait pas et n'avait aucun contact avec les personnes de son entourage. La plupart du temps, il se contentait d'émettre des sons dépourvus de signification et des bruits qu'il répétait sans cesse... L'enfant restait indifférent devant la plupart des objets et des jouets qui l'entouraient et ne semblait pas saisir l'usage qu'il aurait pu en faire* » [73].

Cinq années plus tard, en 1943, Léo Kanner présente la description détaillée de onze enfants - huit garçons, trois filles - en insistant sur deux symptômes : l'*aloneness* (la solitude) et le *sameness* (l'immutabilité). Effectivement, il adopte une position psychopathologique (selon lui les symptômes sont des réactions) et place l'angoisse de ces enfants au centre de ses réflexions. Il s'interroge et fait des suppositions sur le rôle des parents (et de la mère en particulier) dans l'éducation et le développement de leur enfant [60 ; 11].

Un changement s'opère à partir des années 1960 et l'hypothèse génétique prend de l'ampleur. L'autisme est alors considéré comme un trouble hétérogène. La définition de son phénotype¹⁵ devient alors nécessaire. Les milieux scientifiques commencent à manifester un intérêt croissant pour le trouble à partir des années 1970, et en 1980 les versions CIM¹⁶ et DSM s'accordent pour regrouper les affections alors appelées *psychoses infantiles* sous le terme de *Troubles Envahissants du Développement* (TED). Cette dénomination ne plaît pas à tout le monde et un groupe de cliniciens engagés dans la pédopsychiatrie décide de résister aux classifications internationales, et en particulier à celles du DSM, en créant la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA). Cette classification décide de maintenir l'appellation de *psychoses infantiles* qui sera jugée stigmatisante et changée en 2012 pour devenir TED [124].

¹⁴*The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego* [73].

¹⁵Le phénotype est l'ensemble des traits observables d'un organisme.

¹⁶Le CIM est la Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Publiée en 1993, la CIM-10 inclut aux TED le *syndrome d'Asperger* et la catégorie d'*autisme atypique*, qui seront tous les deux inclus au DSM-IV un an plus tard, en 1994. La dernière édition du DSM, publiée en 2013, fera disparaître le terme précédemment cité de *syndrome d'Asperger* et les *TED non spécifiés*, désormais regroupés sous une même catégorie *Trouble du spectre de l'autisme*.

2.1.2. Les Signes cliniques

Dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10), les TED sont considérés comme un *groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif* [53].

Afin de présenter les signes cliniques représentatifs du syndrome de l'autisme, je me réfère ici au CIM-10. Ainsi dans les trois sous-parties suivantes, j'emploierai le terme de *Trouble Envahissant du Développement* et son abréviation TED.

2.1.2.1. Altération qualitative des interactions sociales

Parmi les caractéristiques qui constituent la dimension clinique de l'autisme, les altérations de la communication et les anomalies des interactions sociales représentent le déficit principal de ce syndrome. Les personnes sujettes à un TED rencontrent souvent des difficultés à interpréter le langage verbal et/ou non verbal (implicite), comme la communication gestuelle ou la tonalité de la voix. Elles ont une compréhension très littérale du langage parlé qui est souvent compris au pied de la lettre. Le trouble social est présent chez toutes les personnes sujettes au spectre de l'autisme, quels que soient leur âge, leur niveau de développement de fonctionnement, et le degré de sévérité de leur trouble. Il peut se traduire lors d'une difficulté à la lecture du regard, des émotions ou des capacités d'imitation [144 ; 82].

Une des problématiques du trouble réside dans les difficultés à tisser des liens entre les différents instants de la vie, des différentes actions et la narration du vécu. Contrairement aux neurotypiques¹⁷, les enfants présentant un TED n'apprennent pas par la simple observation. Leurs capacités à comprendre les conventions sociales sont aussi fréquemment limitées.

Le professeur Simon Baron-Cohen de l'université de Cambridge utilise la terminologie *théorie de l'esprit* pour expliquer certains comportements liés à l'isolement. D'après lui, le retrait n'est pas le résultat d'une défaillance au niveau des capacités d'attachement, ni celui d'une incapacité à réagir positivement à des stimuli sociaux, mais il serait plutôt lié à une impossibilité à reconnaître l'existence d'états mentaux, de pensées et d'intentionnalité chez autrui [51]. En 1996, un neurophysiologue du nom de Rizzolatti fait la découverte surprenante d'un type de neurone qui s'active aussi bien lorsque l'on saisit un objet que lorsque l'on voit ce même objet être saisi par quelqu'un d'autre. Cet effet dit *miroir*, serait, d'après ce dernier, essentiel dans des fonctions cognitives telles que la compréhension de l'action, l'imitation, l'interaction sociale ou encore l'empathie. Il explique par ailleurs

¹⁷Le terme *neurotypique* est d'abord créé par la communauté autistique pour qualifier les gens qui ne sont pas porteurs de TSA, mais il est devenu au fil du temps un mot désignant toute personne sans différence neurologique majeure.

qu'une altération des neurones miroirs permettrait en partie d'expliquer la symptomatologie autistique [118].

2.1.2.2. Altération qualitative de la communication et du langage

L'altération qualitative de la communication et du langage représente une importante proportion (mais pas une majorité) chez les personnes porteuses de troubles envahissants du développement. Quelques signes cliniques observés sont : un retard du développement du langage, une répétition incessante des mêmes phrases (écholalie), des modulations et formulations inhabituelles (stéréotypies¹⁸ et néologismes¹⁹), des inversions pronominales (ex. entre le *je* et le *il*) et la non-utilisation de termes abstraits et symboliques. Toutes ces particularités linguistiques sont considérées comme le résultat d'une désorganisation de la structure du langage [132 ; 82].

Selon Jean Piaget, jusqu'à quatre ans, le langage reste, dans sa première étape, des schèmes sensori-moteurs en voie de conceptualisation [108]. Or il existe des troubles sensoriels chez les personnes porteuses de TED, ce qui rend les interactions difficiles. Le toucher ou la proximité des autres peuvent être vécus comme douloureux, ainsi que la réception des sons. Cette vulnérabilité sensorielle est souvent la cause d'un repli sur soi, ce qui affecte également les membres de la famille [44]. Ainsi, beaucoup de personnes porteuses du trouble entrent difficilement dans un dialogue, et une grande partie d'entre elles ne parle pas du tout. Au niveau de la prosodie, le caractère à la fois concret, altéré, et pauvre en expressions symboliques, reflète bien le style de jeu de la personne qui se caractérise par une exploitation mécanique et fonctionnelle des objets [45].

2.1.2.3. Les centres d'intérêts restreints et stéréotypés

L'adjectif *restreint* qualifie ce qui est étroit, limité, petit [106]. Les centres d'intérêts restreints sont définis comme des activités spécifiques ou des intérêts répétés ; ils sont limités et restent strictement identiques, invariants.

L'adjectif *stéréotypé* qualifie ce qui paraît sortir d'un moule, tout fait, figé [104]. En psychopathologie, le terme stéréotypie est utilisé pour caractériser la tendance à conserver la même attitude, à répéter les mêmes paroles, les mêmes mouvements de manière involontaire.

On retrouve dans le terme *stéréotypie* l'aspect de la réitération, de récurrence d'une action, ou encore l'aspect d'immuabilité et d'invariance qui recouvre un large panel de manifestations comportementales telles que : les stéréotypies motrices, les comportements sensoriels stéréotypés, les centres d'intérêt réduits, les rituels, la sensibilité excessive au changement, l'écholalie ou les comportements auto-agressifs [42 ; 92 ; 86 ; 97].

Depuis plusieurs années, la communauté scientifique tente d'élucider la cause de ces comportements. Il n'y a pas de réponse claire et simple à ce jour concernant la fonctionnalité de la stéréotypie, mais des hypothèses mettent en avant l'idée que le répertoire d'intérêts restreints servirait à compenser des difficultés relatives à la compréhension environnementale et sociale, ou qu'elle serait une conséquence

¹⁸Stéréotypie : répétition immotivée, automatique et inadaptée à la situation, de mots, de mouvements ou d'attitudes [105].

¹⁹Néologisme : mot ou expression de création [105].

neurologique. La finalité de ces comportements serait donc multifactorielle et de fait multifonctionnelle [26 ; 116].

2.1.3. Présentation des différentes formes d'autismes

Le terme *spectre* vient souligner combien les caractéristiques individuelles de l'autisme sont divergentes. Pour les distinguer, l'expression générique *Trouble Envahissant du Développement* (TED) (répertorié dans le DSM-IV TR²⁰ et le CIM-10²¹) fait état de cinq troubles distincts :

- Le trouble autistique (ou autisme de haut niveau)
- Le syndrome d'Asperger
- Le Trouble Envahissant du Développement non-spécifié (TED-ns)
- Le Syndrome de Rett (SR)
- Le Trouble Désintégratif de l'Enfance (TDE)

Avec la publication du DSM-V en 2013, le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance ne font plus partie de la catégorie des TSA. Les trois autres types : trouble autistique, syndrome d'Asperger, TED-ns, sont désormais regroupés sous le terme général de *troubles du spectre de l'autisme*.

2.1.3.1. Le Trouble autistique

Le *trouble autistique*²² aussi appelé *autisme*, ou *autisme infantile*²³ est défini à l'origine par Leo Kanner en 1943 comme *dérangements autistiques du contact affectif* [70], puis en 1944 sous l'appellation d'*autisme infantile précoce*. Il est caractérisé par des difficultés de l'apprentissage social et de la communication, avec des comportements stéréotypés et persévérants[35].

2.1.3.2. Le Syndrome d'Asperger

Le syndrome d'Asperger est d'abord détaillé par le pédiatre du même nom en 1944 [4]. C'est un trouble situé sur le spectre de l'autisme à un niveau dit léger ou restreint. On ne retrouve pas dans ce syndrome les aspects souvent connexes présents dans d'autres types d'autisme, à savoir : le retard mental ou les troubles importants du langage [24].

2.1.3.3. Le Trouble envahissant du développement non-spécifié

Le diagnostic d'un TED non spécifié (et autisme atypique) est défini lorsque la personne présente une altération envahissante au niveau des interactions sociales et/ou de ses capacités de communication et de comportement. Ce type d'autisme représente des

²⁰DSM-IV TF : version ré-éditée du DSM-IV, parue en l'an 2000 [2].

²¹CIM-10 : les projets de la CIM-10 ont débuté en 1983, avec depuis plusieurs mises à jour. La prochaine version, le CIM-11 est prévu pour mai 2019.

²²D'après le DSM-IV.

²³D'après le CIM-10.

tableaux cliniques qui diffèrent des autres troubles par un début plus tardif et une symptomatologie atypique [24 ; 96].

2.1.4. Classification des différentes formes de troubles autistiques

Dans le champ de l'autisme, des difficultés persistent dans la dénomination du trouble. Pour établir son diagnostic nosologique, la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) recommande en 2005 d'utiliser la terminologie employée par la CIM-10. En 2010, cette recommandation est confirmée par la Haute Autorité de Santé (HAS) [5 ; 55].

Les trois classifications, CFTMEA, CIM-10 et DSM-V, sont actuellement employées à divers titres par les pédopsychiatres et autres professionnels de la santé. Néanmoins les recommandations de bon usage tendent à définir un cadre commun pour le diagnostic et l'accompagnement des personnes avec autisme. Pour ce faire, des outils de diagnostic validés sont conçus en adéquation avec ces deux classifications que sont la CIM-10 et le DSM-V.

Ci-dessous un tableau schématisant les différentes terminologies employées :

Tableau 1 : correspondance entre la CIM-10, le CFTMEA, le DSM-IV et le DSM V.

CIM-10 (1993 et 2001)	CFTMEA (2012)	DSM-IV (1994)	DSM-V (2014)
- Autisme infantile	- Autisme infantile précoce, type Kanner	- Trouble autistique	- Troubles du spectre autistique <ul style="list-style-type: none"> • nécessitant un soutien • nécessitant un soutien substantiel • nécessitant un soutien très substantiel
- Autre trouble désintégratif de l'enfance	- Troubles désintégratifs de l'enfance	- Trouble désintégratif de l'enfance	
- Syndrome d'Asperger	- Syndrome d'Asperger	- Syndrome d'Asperger	
- Autisme atypique - Autres TED - Syndrome de Rett - Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés	- Autres formes de l'autisme - Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques - Autres psychoses précoces ou autres TED - Dysharmonies psychotiques	- Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique) - Syndrome de Rett	

L'approche adoptée dans le DSM-V consiste à classifier les troubles du spectre de l'autisme en fonction du niveau de soutien qu'ils nécessitent. Les sous-types ont ainsi été remplacés par la catégorie générale de *Trouble du Spectre de l'Autisme* qui conçoit désormais l'affection comme un trouble unique comportant des manifestations allant d'un bout à l'autre d'un même continuum [52 ; 1].

2.2. Données épidémiologiques

2.2.1. Prévalence et incidence

D'après les études épidémiologiques effectuées ces cinquante dernières années sur l'autisme, il y aurait une augmentation de la prévalence des TSA à l'échelle mondiale. Selon l'OMS²⁴, un enfant sur cent soixante serait porteur d'un TSA, en majorité des garçons. Des études parallèles font néanmoins état de taux sensiblement plus élevés, comme c'est le cas aux États-Unis où le Centers for Disease Control and prevention²⁵ (CDC) a recensé un enfant (porteur d'un TSA) sur cinquante neuf. Cette augmentation apparente peut s'expliquer de différentes façons ; notamment par l'élargissement des critères de diagnostic et le perfectionnement des outils utilisés, mais également par une plus grande sensibilisation à la problématique de l'autisme [101 ; 21 ; 7]. D'un autre côté, beaucoup penchent pour l'existence d'une véritable épidémie et mettent souvent en avant des facteurs environnementaux comme la vaccination, la pollution, le mercure ou l'excès de gluten dans l'alimentation. Parmi toutes les hypothèses existantes, plusieurs facteurs bien connus permettent d'appréhender les causes étiologiques du trouble [69].

2.2.2. Facteurs de risques

Les causes précises de l'autisme demeurent mal connues, toutefois la recherche nous livre de plus en plus d'hypothèses. Parmi les pistes de recherche, trois se démarquent et tentent d'expliquer l'étiologie du trouble [34 ; 110 ; 35 ; 102] :

- *Les facteurs neurobiologiques*
- *Les facteurs environnementaux*
- *Les facteurs génétiques*

2.2.2.1. Les facteurs neurobiologiques

Ce champ d'étude est particulièrement complexe de par les mécanismes et processus de maturation qui ont lieu dans le cerveau dès les premiers mois de vie. On sait que certaines zones du cerveau comme les régions sensorielles se développent précocement, plus rapidement que d'autres. Les régions associatives et frontales quant à elles ont un développement plus tardif, qui s'étend jusqu'à l'adolescence [63 ; 58].

Les progrès en imagerie cérébrale avec la tomodensitométrie (le scanner), l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et la Tomographie par Emission de Positons (TEP) ouvrent de nouvelles pistes pour la recherche. Ainsi nous savons aujourd'hui que les zones cérébrales dans lesquelles on observe une altération chez les enfants diagnostiqués d'un trouble du spectre de l'autisme interviennent dans les compétences sociales, de communication et de motricité. Des examens anatomo-pathologiques²⁶ ont permis d'observer des altérations structurelles telles que des anomalies au niveau du tronc

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé

²⁵ Organisme de santé américain

²⁶ Étude macroscopique et microscopique des tissus biologiques et des cellules pathologiques

cérébral²⁷, une diminution de taille, de densité et du nombre de cellules du système limbique, qui comprend entre autres l'amygdale, siège des émotions, et le cervelet²⁸ [32], ainsi qu'une réduction du corps calleux²⁹ [25 ; 50 ; 57 ; 8].

Une étude plus récente, dirigée par le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), suggère que le TSA serait lié à un marqueur cérébral spécifique au niveau d'une région spécialisée dans le langage et la communication, deux fonctions qui sont particulièrement affectées chez les personnes porteuses de ce trouble. À partir de résultats d'IRM³⁰, les chercheurs ont observé des anomalies au niveau des *sulcal pits* qui sont les points les plus profonds de chaque sillon du cortex cérébral. Sur les images obtenues par résonance magnétique, ils ont remarqué, dans le groupe d'enfants atteints seulement de troubles du spectre de l'autisme, que le sillon en question est moins profond que pour les deux autres groupes. Au total 102 garçons âgés de 2 à 10 ans ont participé à l'étude, classés en trois groupes : 59 porteurs d'un autisme typique, 21 de TED-ns³¹ et 22 exempts de toute forme de trouble de développement neurologique. Cette étude révèle l'unique présence d'anomalies au niveau des *sulcal pits* chez les enfants qui présentent une forme d'autisme *typique*, tandis qu'aucune anomalie anatomique n'est détectée chez les individus porteurs de TED-ns. Les résultats avancent donc l'hypothèse que l'autisme typique serait une entité distincte des TED-ns, et que les deux ne font pas partie d'un même continuum, contrairement à ce qu'indique le DSM-V. Cette étude a fait l'objet de vifs débats notamment au niveau des sexes différents qu'il serait intéressant d'explorer pour de futures études. Néanmoins, les résultats laisseraient à penser que cette anomalie pourrait constituer un biomarqueur³² de la pathologie et ainsi contribuer à un diagnostic et à des prises en charge plus précoces [16].

D'autres études mettent en avant un dysfonctionnement au niveau du mécanisme de *méthylation*. La méthylation est un processus indispensable pour la fabrication de neurotransmetteurs, la synchronisation des neurones, la production de l'énergie cellulaire et la régulation de la synthèse de l'ADN et des enzymes. Les liaisons neuronales fonctionnent de manière moins efficace chez les personnes présentant ce trouble, ce qui rend l'intégration sensorielle des informations moins cohérente. Lorsque le processus de méthylation est défectueux, l'organisme ne peut pas éliminer correctement les métaux lourds comme l'aluminium, le cadmium, le plomb et le mercure. Ce sont ces métaux, d'après les chercheurs, qui conduiraient aux symptômes de l'autisme [68].

La pathologie autistique est complexe, hétérogène et multifactorielle. L'étude du génome et des facteurs environnementaux sont des pistes de travail, que les chercheurs s'efforcent d'élucider [9 ; 115 ; 142].

²⁷ Le tronc cérébral joue un rôle important dans le maintien de l'homéostasie de l'organisme. Il contrôle les fonctions autonomes telles que : la respiration, la pression sanguine et les battements du cœur. Il joue également un rôle important dans la coordination et la motricité (réflexes, motricité fine des membres et du visage)

²⁸Le cervelet joue un rôle important dans le contrôle moteur

²⁹ Le corps calleux est la principale jonction entre les deux hémisphères

³⁰ Imagerie par Résonance Magnétique

³¹Terminologies empreintes du CIM-10 et du DSM-IV

³²Un biomarqueur est un marqueur biologique mesurable qui représente un indicateur des processus biologiques normaux ou pathologiques

2.2.2.2. Les facteurs génétiques

La recherche médicale en génétique a permis de découvrir les gènes impliqués dans la myopathie de Duchenne, la mucoviscidose, la chorée de Huntington, et bien d'autres conditions dites monogéniques dans les années 1990.

Le phénotype du TSA, quant à lui tiendrait à l'interaction de plusieurs gènes entre eux, il est donc qualifié de polygénique [69]. Depuis les années 2000, les apports de la génétique à la compréhension des TSA sont rendus possibles grâce aux progrès de la génétique moléculaire, ainsi qu'au séquençage du génome humain. C'est ainsi que toute une série de gènes dont les mutations seraient impliquées dans l'autisme sont identifiées par Thomas Bourgeron et son équipe à l'Institut Pasteur en 2013 [62] et par une multitude d'autres groupes de recherches depuis.

Les premiers indices de la composante génétique de l'autisme proviennent de l'observation d'une récurrence accrue dans les fratries. En effet, les études de jumeaux ont fourni les premières estimations de l'hérédité de l'autisme. Dans une famille ayant déjà connu un cas d'autisme, le risque de récurrence du syndrome est cinquante fois plus élevé que dans la population générale [45 ; 123].

La génétique nous apprend néanmoins qu'il existe corrélation entre l'héritage génétique et les facteurs environnementaux [121 ; 71].

2.2.2.3. Les facteurs environnementaux

Bien que les facteurs environnementaux ne jouent pas un rôle certain dans l'étiologie de l'autisme, un intérêt grandissant ces dernières années, portant sur les expositions environnementales associées au TSA, ne cesse de croître.

Contrairement au courant de pensée des années 1960 [11], les facteurs environnementaux n'incluent plus le traumatisme psychologique ou parental. Les soupçons se portent plutôt sur des facteurs comme la pollution, des accidents pendant la grossesse ou l'accouchement (naissance prématurée), l'exposition à des infections virales ou à des produits tératogènes (métaux lourds) in utero ou encore les carences ou surcharges nutritionnelles [27].

La neuropsychologue américaine Diana Sue Wilkerson rapporte dans une étude concernant les complications périnatales que les infections virales et la dépression maternelle seraient fortement prédictives du risque d'autisme [141]. Par ailleurs, dans un article publié en 2014, le neuropédiatre Philippe Compagnon avance que des études ont montré un risque accru d'autisme pour les enfants dont la mère aurait eu une consommation excessive de tabac et d'alcool. Il soumet également l'idée qu'un ictère intense (jaunisse) du nouveau-né est facteur de risque [146].

Ce que les études liées aux facteurs de l'autisme nous apprennent, c'est qu'ils sont à la fois hétérogènes et complexes et même, dans certains cas, indissociables. Les études du génome et de l'hérédité seraient soumises aux effets de l'environnement. De même que le fonctionnement cérébral et les processus neurobiologiques s'organisent en fonction de l'influence de cascades moléculaires et d'expositions environnementales multiples [122].

2.2.3. Pathologies et troubles associés

Selon l'Institut National de la Santé et de la recherche Médicale (Inserm), un tiers des personnes concernées par un TSA présente une déficience intellectuelle [64], de gravité très variable. Les facteurs étiologiques sont soit génétiques, soit neurologiques ou métaboliques. D'autres symptômes médicaux sont communément repérés tels que l'épilepsie [133], un dysfonctionnement du système immunitaire [139], des symptômes gastro-intestinaux [78], des difficultés alimentaires (ex. refuser de manger un aliment) et des troubles du sommeil [111].

Dans certains cas, l'autisme est associé à d'autres troubles pathologiques. Le terme utilisé pour désigner la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à une affection primaire est la *comorbidité*. D'après le DSM-V [1], les comorbidités associées à l'autisme sont :

- Avec ou sans déficit intellectuel associé
- Avec ou sans altération du langage associée
- Associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental
- Associé à un autre trouble du développement, mental ou comportemental
- Avec catatonie

J'aborderai le premier point de la liste en lien avec le cas clinique présenté dans ce mémoire.

2.2.3.1. La déficience intellectuelle

On parle de déficience intellectuelle lorsqu'une personne a un quotient intellectuel inférieur à 70, et qu'elle rencontre d'importantes difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne comme : la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, l'apprentissage, le jugement et le raisonnement [130].

Une récente étude collaborative et internationale, coordonnée par les généticiens Frédéric Laumonnier et Yann Héroult, aurait révélé la mutation d'un gène, le *PTCHDI* impliqué dans les déficiences intellectuelles et l'autisme. La mutation de ce gène, localisée sur le chromosome X, entraînerait un dysfonctionnement au niveau des synapses, structures vitales pour la communication neuronale. De plus, les altérations structurelles de l'activité synaptique seraient localisées dans une région du cerveau, l'hippocampe, qui joue un rôle primordial dans les processus cognitifs tels que la formation de nouveaux souvenirs [135].

Par contraste à cette étude, la dimension environnementale n'est pas sans incidence. En effet, la déficience mentale peut évoluer différemment pour chaque personne en fonction des interventions mises en place. Le suivi précoce du trouble est donc d'une importance cruciale, et les familles et proches jouent un rôle primordial dans l'accompagnement, le développement, l'intégration et la participation sociale des personnes concernées.

2.3. Le diagnostic et la prise en charge

2.3.1. Le diagnostic

Il n'existe à ce jour aucun test biologique permettant de dépister l'autisme. Le diagnostic du trouble du spectre de l'autisme est clinique et effectué par une équipe pluridisciplinaire, supervisée par un psychiatre ou un neuropédiatre. Il s'agit d'un diagnostic médical qui s'appuie sur des bilans évaluant les aptitudes sociales, motrices et langagières de l'enfant. Une synthèse des informations observées est alors transmise à la famille [56].

Les bilans comprennent des tests et échelles, parmi lesquels les plus connus sont : le *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) qui se focalise sur le langage, la communication, la lecture et le développement social de l'enfant ; le *Autisme Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) qui met l'accent sur la communication et le comportement social, ou encore le *Child Autisme Rating Scale* qui évalue spécifiquement le comportement de l'enfant. En complément sont effectués : un bilan orthophonique, un bilan psychomoteur, un examen neurologique pour détecter une éventuelle épilepsie associée, une enquête génétique pour dépister certaines affections génétiques connues pouvant entraîner un TSA, et si jugée nécessaire par le neurologue, une IRM pour rechercher d'éventuelles anomalies au niveau du cerveau. Suivant le diagnostic initial, un suivi médical régulier sera nécessaire afin d'évaluer les besoins changeants de l'enfant pour une prise en charge adaptée [56 ; 35].

2.3.1.1. Le diagnostic différentiel

La symptomatologie du trouble du spectre de l'autisme peut être associée à d'autres manifestations comme la surdité précoce, certains troubles émotionnels ou du langage, le retard mental ou une simple lenteur dans le développement. Il convient de faire une série d'examen, parallèlement au diagnostic pour s'assurer que l'enfant ne souffre pas d'autres troubles.

- *Surdité précoce* : Le diagnostic de la surdité précoce est d'autant plus difficile qu'elle peut s'exprimer par des comportements d'allure autistique comme l'isolement et les stéréotypies.
- La *cécité* : Elle peut également s'accompagner de symptômes comme le retrait, les stéréotypies et des mouvements d'auto-stimulation.
- Les *Troubles Réactionnels de l'Attachement* (TRA) : Les symptômes de ces troubles sont similaires à ceux mentionnés plus haut. L'origine est liée à des séparations prolongées du nourrisson d'avec sa mère, des hospitalisations prolongées, ou bien des carences intrafamiliales [35 ; 81].

2.3.1.2. L'importance du diagnostic précoce

Des études neurologiques ont démontré que le processus de maturation et du développement cérébral est particulièrement important au cours des mois de vie prénatale et des premières années de vie [76].

La formation des synapses après la naissance est très influencée par les expériences que vivent le bébé, l'enfant et l'adolescent. Ainsi, une intervention précoce peut avoir une influence bénéfique sur l'évolution d'un TSA et favoriser l'apprentissage [117 ; 29 ; 76]. En outre, grâce à un diagnostic précoce, les parents et l'entourage peuvent mieux comprendre pourquoi l'enfant présente un comportement inhabituel, et ainsi s'adapter à ses besoins. Prenant en compte la plasticité cérébrale et ce que nous savons aujourd'hui du processus de maturation du cerveau, nous pouvons penser que plus les modes relationnels autistiques persistent, plus il sera difficile d'en inverser le cours. Ainsi, des méthodes comportementales, développementales et éducatives peuvent permettre d'atténuer les symptômes envahissants, en complément de techniques de thérapie comme : la musicothérapie, les technologies d'assistance, la neurothérapie, ou encore l'ergothérapie. L'ensemble de ces méthodes est détaillé ci-dessous [127].

2.3.2. Les différents types de prise en charge

Comme ce n'est pas une maladie, il n'existe donc pas de traitement curatif de l'autisme, mais diverses approches visent à maximiser le développement du potentiel de la personne présentant le trouble. Il existe également une dimension médicamenteuse et alimentaire de l'appréhension du trouble qui sera abordée plus bas.

2.3.2.1. L'approche psychanalytique

Jusque dans les années 1960, les prises en charge de type psychanalytique sont la seule façon d'aborder la question de l'autisme et son accompagnement. Après avoir longtemps privilégié une origine psychique pure, interrogeant l'origine de la subjectivité, la psychanalyse intègre aujourd'hui les données de la neurobiologie et de la génétique [45 ; 89].

Bien qu'elle soit une méthode originairement conçue pour accompagner des adultes névrosés, sa démarche, fondée sur le langage, est devenue au fil du temps une discipline de référence dans l'étude de l'autisme. Parmi les praticiens ayant contribué au développement de cette théorie, Mélanie Klein et Donald Winnicott sont au rang des pionniers. Dans sa pratique, M. Klein aborde les séances de façon *psychodynamique*³³ en exploitant des modes de communication comme le dessin, le jeu et la communication implicite (le gestuel). Ces modes d'expression et de communication sont également utilisés par Winnicott qui parle d'*aire intermédiaire* ou *transitionnelle*. Il dit à ce propos dans son livre *Jeu et réalité* que « *l'aire intermédiaire [...] est une aire allouée à l'enfant, qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de la réalité. [...] Dès la naissance, l'être humain est confronté au problème de la relation entre ce qui est objectivement perçu et ce qui est subjectivement conçu. Et l'être humain ne pourra résoudre sainement ce problème, que s'il a pris, grâce à sa mère, un bon départ* »³⁴ [143 ; 45 ; 73].

³³Psychodynamisme : se dit du jeu de forces à l'œuvre dans le psychisme, tel que la psychanalyse l'a mis en évidence, et de l'effet des causes psychiques sur l'existence du sujet [104].

³⁴ [143] p. 44

Pour des psychanalystes comme Margaret Mahler, Frances Tustin ou Donald Metzger, la question de l'origine des troubles reste ouverte, avec des hypothèses à l'appui. Ainsi, à partir de l'observation du comportement d'enfants autistes, ils pensent que l'autisme constitue un trouble des premières formes de la subjectivité et de la constitution du soi distinct de l'environnement. Le terme employé pour illustrer cette forme de subjectivité est l'*intersubjectivité*. C'est le processus permettant à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tout en ressentant l'autre comme un individu à part entière [46 ; 45].

Une contemporaine de Léo Kanner, Margaret Mahler, voit dans l'autisme une attitude défensive fondamentale. D'après elle, l'autisme s'établirait à partir d'une certaine appréhension de la mère. Elle parle de *déni hallucinatoire de la perception* selon lequel l'enfant témoigne d'une scission liée aux sources de perceptions sensorielles, et d'autres sources de perception associées à des réponses émotionnelles et sociales [87 ; 88].

Dans ses séances, Mahler met en œuvre différents modes de communications ludiques tels que le jeu et la musique. Elle dit à ce propos que « *l'enfant accepte une activité ludique parallèle, qui devient par la suite le début d'un échange entre le thérapeute et lui-même, et qui consiste par exemple à tambouriner alternativement sur la table ou à fredonner une chanson* »³⁵ [87].

Selon Frances Tustin, psychanalyste britannique, l'autisme serait lié à une séparation prématurée qui conduit les enfants à des comportements d'auto-stimulation pour se protéger. Ces mécanismes de défense, que Tustin catégorise comme des *sensations-formes autistiques* (formes informes et aléatoires) amènent à ce qu'elle appelle une *mise en capsule autogénérée*, comparable à une enveloppe extérieure du corps. Pour elle, l'autisme a un rapport avec la cognition et affirme dans son livre *Autisme et protection*, que son étiologie tient à *une combinaison de réactions psycho-réflexes, neuro-mentales et psychochimiques* [134].

Le psychanalyste Donald Meltzer quant à lui, caractérise l'autisme par un état de *démantèlement* où il n'y a pas de clivage de l'objet ni d'identification projective. Le Moi³⁶ est démantelé en diverses fonctions sensorielles et chaque fragment est réduit à un état primitif dominé par le Ça³⁷, d'où une répétition compulsive (comportement stéréotypé et intérêts restreints). Avec ces concepts, Meltzer explicite un certain retrait passif consistant à laisser errer les différents sens, amenant la personne autiste à s'intéresser aux objets les plus stimulants de l'instant. D'après lui, la personne avec autisme réside dans un état primitif essentiellement sans activité mentale [89 ; 91].

À l'heure actuelle, certains psychanalystes considèrent que l'autisme constitue un trouble du développement précoce et pathologique au niveau de l'intersubjectivité, ce qui affecterait les bases de la relation, de la représentation d'autrui et de la constitution de soi [45 ; 47]. À travers une prise en charge à orientation psychanalytique, Jacques Hochmann avance l'idée qu'un tel suivi permettrait aux enfants porteurs de TSA de travailler la

³⁵ [87] p. 183

³⁶Issu de la théorie de l'inconscient de Freud élaborée en 1923. Il définit trois instances présentes en l'homme lesquelles régissent ses comportements, à la fois conscients et inconscients. Le *Moi* désigne la partie de la personnalité assurant les fonctions conscientes [39].

³⁷Le *Ça* désigne la part la plus inconsciente de l'homme. C'est le réservoir des instincts humains, le réceptacle des désirs inavoués et refoulés les plus profonds [39].

relation à autrui et à eux même en leur donnant les moyens de construire des capacités de représentation tout en réinvestissant leur appareil psychique [59].

Partant de l'idée que le TSA répond à un modèle polyfactoriel, des praticiens contemporains pensent que son accompagnement nécessite le recours à une approche multidimensionnelle, associant de manière adaptée diverses mesures d'aide. Pierre Delion, pédopsychiatre et psychanalyste parle d'un *trépied* à proposer aux personnes porteuses du trouble, à savoir : l'éducatif toujours, le pédagogique lorsque c'est possible, et le psychothérapeutique quand c'est nécessaire [47 ; 31].

En 2012, les autorités remettent en question la pertinence des prises en charge psychanalytique de l'autisme en jugeant cette pratique de *non consensuelle* [54].

2.3.2.2 Les approches comportementales, développementales et éducatives

Les approches dites *comportementales, développementales et éducatives* constatent que le trouble du spectre de l'autisme est avant tout une anomalie neurologique qu'il est possible de traiter par une éducation adaptée, visant à restaurer les fonctions cognitives altérées ou déficientes.

Ces méthodes ont en commun de :

- Proposer un cadre relationnel sécurisant
- Favoriser le développement de la personne dans les différents domaines fonctionnels, sa participation sociale et scolaire
- Développer des moyens de communication adaptés à la personne
- Favoriser son autonomie, son indépendance, ses apprentissages et ses compétences adaptatives
- Réduire les obstacles environnementaux
- Concourir au bien-être et à l'épanouissement personnel de la personne

Il ne s'agit pas de méthodes miracles, mais de prises en charge plus conformes à l'état des connaissances scientifiques actuelles sur l'autisme selon la HAS et l'ANESM [54]. Parmi les plus connues, on peut en citer six, à savoir : le scénario social, le Makaton, ABA, le PECS, le modèle Denver et le TEACCH.

- Le *scénario social* consiste en la mise en scène de situations de la vie quotidienne. Il s'agit d'apprendre aux enfants porteurs d'un TSA à interagir avec succès dans des groupes, et plus tard, en société.
- Le *Makaton* est une méthode basée sur la communication multimodale qui associe la parole, les signes et/ou les pictogrammes.
- La méthode *ABA* est la méthode comportementale la plus courante et recommandée par la HAS. Elle est fondée sur les principes de la théorie de l'apprentissage de Skinner³⁸, visant à modifier le comportement de l'enfant à travers un système de récompense et de punition.

³⁸ L'apprentissage dit *Skinnerien* ou le *conditionnement opérant* repose sur deux éléments : le renforcement et la punition.

- Le *PECS* est une méthode de communication par échange d'images. Il s'agit de s'exprimer à l'aide d'images, de pictogrammes.
- Le modèle Denver (ESDM)³⁹ est un programme d'intervention précoce qui vise à développer et accroître la communication, l'imitation, le langage (verbal et non verbal), le partage, l'attention et l'envie de se joindre aux autres pour jouer.
- Le *TEACCH* est un programme éducatif qui s'appuie sur le développement cognitif de l'enfant. Il est structuré afin de soutenir la personne concernée en favorisant son autonomie et en s'adaptant à ses besoins individuels.

Aucune de ces méthodes n'est idéale. Elles peuvent convenir ou non, selon les besoins de l'enfant. Il est aussi possible de les coordonner.

2.3.2.3. Plus d'inclusion sociale

Dans le cadre d'une enquête dirigée dans trois régions françaises en 2011 par le ministère du travail de l'emploi et de la santé, il est demandé à des adultes porteurs de troubles du spectre de l'autisme quelles seraient leurs propositions pour un meilleur accompagnement. Ceux-ci expriment : « *un grand désir d'autonomie et d'inclusion dans les tissus sociaux ordinaires et proposent que soient renforcés l'accompagnement dans la vie quotidienne (aide pour accéder à un logement autonome ou passer le permis de conduire), scolaire et professionnelle (création de classes spécialisées, stages adaptés, etc.), ainsi que sociale et affective (activités de loisirs ou associatives, accompagnement à la vie affective, groupes d'usagers). Les aides considérées comme utiles par ces personnes sont les accompagnements en milieu scolaire (présence d'une AVS, aménagements du rythme scolaire, aide de certains professeurs) et professionnel (tutorat, aménagement des conditions de travail, information donnée aux autres travailleurs), l'appui d'une structure spécialisée, les interventions centrées sur le soutien à la vie sociale (groupes d'habiletés sociales, groupes d'entraide mutuelle, associations d'usagers) »⁴⁰ [94].*

2.3.2.4. Les interventions thérapeutiques

Communiquer avec succès est l'un des plus grands défis pour les personnes porteuses de troubles du spectre de l'autisme. Beaucoup de personnes concernées ont tendance, néanmoins, à avoir de grandes compétences visuelles. C'est en se basant sur cette aptitude qu'un certain nombre d'outils, comme les technologies d'assistance à la communication, ont pu être développés, pour faciliter la communication et l'interaction sociale. La liste des thérapies présentées ci-dessous est non-exhaustive, mais présente quelques approches dont l'utilisation auprès d'un public de personnes porteuses de TSA se révèle efficace.

- La *musicothérapie* : elle permet d'aborder le vécu du patient de façon non-verbale par l'aide du sonore. Des objectifs thérapeutiques personnalisés sont établis dans

³⁹ Early Start Denver Model

⁴⁰ [94] p. 7

l'optique d'améliorer des aptitudes sociales, de communication, cognitives et/ou physiques. Ce point sera abordé plus en détail dans le chapitre suivant.

- Les *technologies d'assistance à la communication* : elles sont utilisées pour augmenter, maintenir ou accroître les capacités d'une personne par l'intermédiaire de logiciels interactifs, d'agendas visuels, et de systèmes de communication informatisés [49 ; 41].
- La *neurothérapie* : il s'agit d'une méthode éducative qui vise à dialoguer avec le cerveau par l'intermédiaire du système nerveux périphérique. En s'appuyant sur les fonctions sensorielles et motrices, elle permet de rebrancher le cerveau en stimulant les fonctions cérébrales, et en l'entraînant à être plus calme [127 ; 145].
- L'*ergothérapie* : appartient au domaine de la santé et vise à optimiser l'autonomie de l'individu dans le cadre de ses activités quotidiennes, en tenant compte de son milieu familial et social [93].

2.3.2.5. Les traitements médicamenteux

Aujourd'hui, divers traitements médicamenteux existent pour accompagner certains troubles associés aux TSA tels que : une anxiété excessive, la dépression, les accès d'épilepsie, les comportements agressifs, certains problèmes sensoriels, l'insomnie et les problèmes digestifs.

La médecine fait appel à quatre grands groupes de médicaments pour faire face aux troubles cités au-dessus :

- les *Inhibiteurs Sélectifs du Recaptage de la Sérotonine (ISRS)* : Les ISRS sont un type d'antidépresseurs que les médecins utilisent pour les patients souffrant d'une anxiété excessive. Comme leur appellation l'indique, ils agissent au niveau de la transmission d'informations entre les neurones en inhibant la recapture de la sérotonine, un neurotransmetteur indispensable pour le sommeil, l'appétit et l'humeur.
- les *antipsychotiques atypiques* : ils sont utilisés pour traiter les troubles d'anxiété, de colère et d'accès d'humeur. Les mécanismes d'action de ce type de médicament sont encore mal connus. Certains chercheurs pensent qu'ils agissent à la fois sur le système de sérotonine et sur celui de la dopamine.
- les *tricycliques* : ces médicaments étaient utilisés avant pour traiter la dépression, mais aujourd'hui ils sont de plus en plus remplacés par une médication ISRS. De par leur pouvoir d'action puissant, les médicaments tricycliques sont néanmoins uniquement utilisés en cas de dépression sévère.
- les *antiépileptiques* : ce terme recouvre une classe de médicaments généralement utilisée pour empêcher les crises d'épilepsie. Ces médicaments sont assez répandus non seulement parce qu'ils sont utiles pour les personnes souffrant d'épilepsie, mais aussi parce qu'ils sont capables de stabiliser l'activité du cerveau, ce qui peut s'avérer utile pour le contrôle des crises d'agressivité, les comportements explosifs, les automutilations et autres comportements difficiles.

D'autres types d'interventions telles que les thérapies naturelles se font de plus en plus connaître. On entend ainsi parler de : l'immunothérapie, où il s'agit de réguler la biochimie du système immunitaire, la chélation⁴¹ des métaux lourds, la prise de vitamines ou encore les régimes sans caséine⁴² et sans gluten⁴³ [127].

En l'absence de preuve de l'efficacité de ces types d'interventions, un récent article publié dans le Huffington Post invite les parents d'enfants porteurs d'autisme à s'interroger avant de donner un traitement à leur enfant, en s'appuyant sur l'expertise de professionnels de santé [20]. En réaction à cela, l'association SOS Autisme France lance une alerte en dénonçant ces méthodes non-validées comme possiblement dangereuses [129].

La HAS, dans ses *recommandations de bonne pratique*, classe ces interventions naturelles dans la rubrique *autres traitements médicamenteux et biomédicaux* non recommandés à l'heure actuelle, par manque de connaissance et d'études précises [54].

2.3.3. Les difficultés de la prise en charge

Par comparaison à d'autres pays, la prise en charge de l'autisme en France, est encore associée à des interventions à dominante psychanalytique. Or, comme il a été vu précédemment, ce genre d'interventions est trop souvent non conforme aux recommandations de la HAS du fait du peu d'études et de recherche scientifique disponibles (sur le sujet) [55].

La complexité de cette affection neuro-développementale nécessite aujourd'hui une attention particulière et une prise en charge multi-disciplinaire, qui permette d'adapter les interventions selon les besoins de la personne. C'est pourquoi le premier Centre de Ressource Autisme expérimental (CRA) a vu le jour en 1999, suivi d'une généralisation sur le territoire français en 2005 en même temps que le lancement du premier *plan autisme*⁴⁴. Ainsi en 2009, on compte 24 CRA implantés en France et dans les Départements d'Outre Mer (DOM.)

Parmi les missions des CRA, le diagnostic est essentiel pour les personnes concernées, et il y a également des actions de recherche, d'aide, de soutien, d'information, de formation, de conseil et d'expertise auprès des familles et des professionnels médico-sociaux et de santé. Le 6 avril 2018, le dossier de presse publié dans le cadre du plan autisme-4⁴⁵, indique que le délai d'attente moyen pour des familles souhaitant accéder à un diagnostic dans un CRA est estimé à 446 jours [126].

⁴¹ Procédé médical visant à éliminer la présence de métaux nuisibles dans l'organisme

⁴² Protéine issue du lait

⁴³ Mélange complexe de protéines présentes dans la farines de céréales (blé, seigle, épeautre, avoine, orge, kamut)

⁴⁴ Les plans autisme sont des programmes comportant un ensemble de mesures établies et financées par le gouvernement français pour améliorer l'accompagnement des personnes porteuses de TSA et de leur famille. Depuis 2005, ces plans sont au nombre de quatre

⁴⁵ Quatrième plan autisme pour l'année 2018 à 2022

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales *évaluation des Centres de ressources autisme en appui de leur évolution* publié en 2016, souligne l'augmentation du pourcentage de prévalence des TSA aujourd'hui en France, et de ce fait, les CRA ne peuvent plus assumer seuls l'effort diagnostique sur le territoire [65]. Pour corriger cette situation, certains CRA ont entrepris de former des équipes dans d'autres centres à valeur médico-sociale ou éducative comme les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ou encore les Services d'Education Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD), selon les recommandations de la HAS [65]. Il est également possible de poser un diagnostic en hôpital de jour.

Une fois le diagnostic établi, plusieurs options sont possibles : faire une demande d'insertion dans un Institut Médico Educatif (IME) ou SESSAD, une demande de scolarisation dans une classe collective (ULIS)⁴⁶ en école ordinaire, orienter la prise en charge vers un hôpital de jour, candidater auprès de centres spécialisés en Belgique, ou bien organiser la prise en charge par des professionnels en libéral.

- Option IME ou SESSAD : ce sont des structures dont les frais sont pris en charge par la sécurité sociale. Elles sont souvent surchargées avec des délais d'attente assez importants (de quelques mois à plusieurs années).
- Scolarisation : selon les données recueillies auprès du gouvernement français, en école maternelle, seulement 30% des enfants porteurs de TSA seraient scolarisés, à titre de deux jours par semaine, tandis qu'à l'âge élémentaire, 40% des enfants sont scolarisés à l'école ordinaire [14].
- Hôpital de jour : si le diagnostic est posé en hôpital de jour, l'établissement peut proposer une prise en charge par ses équipes.
- Départ massif vers la Belgique : pour combler le manque de dispositifs accessibles en France, beaucoup de familles se tournent vers la Belgique lorsque la charge de la personne devient trop difficile. Cette option compliquée pour les parents présente néanmoins l'avantage d'être financée par l'état français.
- Prise en charge des parents : faute de places disponibles au sein de structures adaptées, de nombreux parents s'efforcent d'organiser la prise en charge de leur enfant par des professionnels en libéral. Mais seule l'orthophonie est remboursée intégralement. Il est possible de passer par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour financer les séances TEACCH ou ABA mais les remboursements sont aléatoires et variables en fonction du département.

Autant d'options et aussi peu de dispositifs amènent la France à être condamnée à plusieurs reprises par le Conseil de l'Europe pour avoir violé le droit européen en ne scolarisant pas suffisamment de personnes porteuses de TSA [6].

⁴⁶Unités localisées pour l'inclusion scolaire – ce sont des classes adaptées pour élèves handicapés en milieu ordinaire (scolaire)

2.3.3.1. De l'acceptation à la reconnaissance

Comment faire pour transformer les spécificités de l'autisme en atouts, de les intégrer au sein de la société ?

Il est intéressant de voir comment cela se passe à l'étranger en matière de prise en charge. L'Italie par exemple, se différencie de la France par son approche inclusive des enfants porteurs de TSA au sein du système éducatif. Les enfants sont suivis uniquement par des enseignants de soutien formés à l'autisme, équivalent de l'*auxiliaire de vie* en France. La particularité de la scolarisation d'enfants porteurs de ce trouble tient au fait que les enseignants et soignants ont l'habitude, en Italie de collaborer ensemble. Ainsi le phénomène de *non-suivi* des enfants n'existe pas.

En Suède, les enfants sont le plus souvent pris en charge dans un milieu scolaire. Une certaine somme est allouée aux familles pour que les parents puissent choisir de gérer seuls ou faire appel à des assistants de vie. A l'âge adulte, quand la personne quitte le domicile familial, elle intègre une structure d'habitation qui n'accueille jamais plus de six personnes.

En France, on parle assez peu de la situation des adultes porteurs de TSA, et encore moins des personnes âgées. Pourtant, elles représenteraient 600 000 personnes, soit six fois plus que le nombre d'enfants [64].

Selon l'HAS et l'ANESM, l'offre d'accompagnement du public adulte, moins développée et structurée que pour l'enfant, devrait favoriser l'autonomie, l'inclusion dans la vie et la mise en œuvre des droits quotidiens [127]. Cependant, dans les faits, beaucoup de familles attendent des années avant de trouver une place dans une structure, très souvent inadaptée pour la prise en charge de l'autisme. Il est possible pour les adultes de résider dans des : Foyers de vie (FV), Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et Foyers d'accueil médicalisé (FAM), cette liste n'étant pas exhaustive. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont une autre option donnant la possibilité à toute personne accueillie de bénéficier d'une prise en charge favorisant son développement, son autonomie et son insertion en passant par le moyen du travail dans un cadre protégé. Les personnes travaillant en ESAT résident généralement dans des foyers d'hébergement (FH).

La question suivante se pose donc : quel type de prise en charge pour les personnes adultes porteuses de TSA, et comment parvenir à une solution durable ?

Dans le dossier de presse publié le 6 avril dernier dans le cadre du dernier plan autisme, Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées précise : « [...] *notre société relègue, exclut, discrimine, rejette ce qu'elle ne comprend pas et génère par cette attitude un isolement social pour les familles et les personnes elles-mêmes* »⁴⁷ [126].

En effet, d'après le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) « *c'est la mobilisation de l'ensemble de la société auprès de ses concitoyens qui peut favoriser la*

⁴⁷ [126] p.4

réalisation républicaine d'égalité et de fraternité »⁴⁸ [112]. Il semblerait qu'une grande partie de l'appréhension française du Handicap soit liée au manque de sensibilisation et de méconnaissance. Encore beaucoup de médecins de premier rang (médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires) connaissent peu la symptomatologie de l'autisme et suggérer les bonnes orientations aux familles leur est difficile.

Dans la philosophie de la Grèce Antique, et en particulier dans la pensée de Platon et d'Aristote, la différence est considérée comme une négation de l'identité. En Suède, partant du principe que la personne handicapée est avant tout un citoyen ordinaire, le mode de fonctionnement a radicalement changé ces dernières années en apportant des modifications drastiques à son système de santé.

Des mesures pourraient être mises en œuvre : promouvoir une meilleure information sur le trouble du spectre de l'autisme en développant des formations et des événements de sensibilisation. Mais également poser un diagnostic rapide et aussi précoce que possible, mettre en place des prises en charge adaptées et conformes aux recommandations de la HAS et enfin, la ré-orientation des financements publics vers des méthodes éducatives, de comportement et de développement qui ont fait preuve de leur efficacité. Il semble que d'autres formes d'inclusion : plus d'insertion en milieu ordinaire et un partenariat plus étendu entre professionnels de santé et éducatifs s'imposent pour accepter les particularités liées à l'autisme.

Pour finir, je voudrais citer un passage du livre ; « Éloge du voyage à l'usage des autistes et de ceux qui ne le sont pas assez » de Josef Schovanec :

*« [...] si tous les pays ne se valent pas pour l'accueil des personnes handicapées, le tableau n'est jamais totalement univoque, ni ne va dans le sens des préjugés les plus communs. Peu de pays ont dans leur Constitution cette phrase qui clôt le préambule de la Constitution helvétique : « La force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres. » Et moins encore la mettent en œuvre »*⁴⁹ [125].

La troisième partie de ce mémoire sera consacrée à la présentation de la musicothérapie.

⁴⁸ [112] p. 21

⁴⁹ [125] p. 39-40

3. Troisième partie : Présentation de la musicothérapie

Une démarche de soin, modalités d'approche, perception, recherches

*« La musique est la langue des émotions »
Emmanuel Kant*

3.1. La musicothérapie, une démarche de soin

Il n'existe pas de définition unique de la musicothérapie, mais comme son nom l'indique, cette pratique est une forme de thérapie qui utilise la musique et les sons dans l'accompagnement de la personne. Selon la définition donnée par les enseignants du Diplôme Universitaire (D.U.) de musicothérapie de l'Université Montpellier III :

« La musicothérapie est une démarche de soin qui utilise la musique et le sonore pour maintenir, améliorer ou participer à rétablir la santé psychique et physique d'une personne. Elle s'inscrit dans le champ des thérapies de soutien, de réadaptation, dont le support est non-verbal. Elle place la relation intersubjective, consciente et inconsciente, au cœur du processus thérapeutique ».

3.1.1. Les formalités de la prise en charge

En musicothérapie, deux approches peuvent être utilisées : l'approche active où la personne explore le monde sonore avec ou sans instruments de musique, et l'approche réceptive qui s'appuie sur l'écoute musicale. Au cours d'une séance, le musicothérapeute peut être amené à utiliser les deux approches, l'une n'excluant pas l'autre.

Afin de développer un projet personnalisé, une rencontre préliminaire est nécessaire pour permettre au musicothérapeute de définir les objectifs thérapeutiques individuels et orienter la prise en charge vers une approche active et/ou réceptive, individuelle ou de groupe.

3.1.1.1. Le bilan psycho-musical

Dans un premier temps, le musicothérapeute fait un bilan dit *psycho-musical* pour évaluer l'intérêt d'un accompagnement. C'est un temps de rencontre pour faire connaissance avec la sensibilité sonore du patient, et permettre au musicothérapeute d'amorcer une psychothérapie musicale adaptée.

Le bilan psycho-musical est ajusté en fonction de chaque individu et comprend trois phases [79] :

- L'entretien
- Le bilan réceptif
- Le bilan actif

3.1.1.2. L'entretien

L'entretien est une première rencontre avec le patient, qui vient d'ordinaire sur prescription des membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecin, psychiatre, orthophoniste, ou éducateur). Le musicothérapeute s'intéresse au patient, lui pose un ensemble de questions et recueille ainsi un certain nombre d'informations concernant différentes sphères sonores de sa vie.

Les questions abordent des thématiques en relation avec : le sujet et la musique, les antécédents sonores, familiaux et personnels, l'environnement sonore actuel et la musicothérapie. En cas de difficultés au niveau de la communication verbale, le musicothérapeute peut se référer à la famille ou au personnel encadrant pour compléter cet entretien.

3.1.1.3. Le bilan réceptif

Le bilan réceptif, après l'entretien préliminaire, se réalise par l'audition d'une dizaine d'extraits sonores et musicaux variés à caractères : descriptif, rythmique, mélodique, folklorique, vocal, contemporain, orchestral ou symphonique. Il permet d'apprécier la relation du patient à l'écoute musicale en l'invitant à exprimer son ressenti à chaque fin d'écoute.

3.1.1.4. Le bilan actif

Contrairement au bilan réceptif, le bilan actif est non verbal. Son but est d'apporter au musicothérapeute des éléments d'information sur la conduite spontanée du sujet, comprenant : ses possibilités gestuelles et d'expression, ses aptitudes musicales (rythmiques, mélodiques) et sa capacité à communiquer avec autrui à travers le son. Ce bilan se déroule en trois temps :

- Première partie : le musicothérapeute observe les aptitudes du patient dans l'appréhension de l'objet sonore en l'invitant à explorer les instruments mis à disposition.
- Deuxième partie : le patient est invité à jouer durant la diffusion de quatre morceaux de musiques variées. Ces œuvres comprennent traditionnellement : une musique mélodique, une rythmique, une harmonique et une électro-acoustique. Elles durent chacune environ trois minutes [136].
- Troisième partie : le musicothérapeute invite le patient à jouer avec lui.

Le bilan actif permet au musicothérapeute de faire une observation clinique des capacités psychomotrices et cognitives du patient. D'autres éléments observés sont : les choix d'instrument, l'ordre dans lequel ces choix interviennent et le contenu de l'expression sonore et musicale.

À l'issue du bilan psycho-musical, le musicothérapeute pourra ensuite évaluer la pertinence d'une prise en charge en musicothérapie et établir un projet thérapeutique personnalisé avec des objectifs opérationnels. La prise en charge sera : individuelle et/ou en groupe, les techniques utilisées ; actives et/ou réceptives. Les objectifs ne sont pas figés et peuvent évoluer au cours de la prise en charge.

3.2. Les moyens mis en œuvre

Les techniques : active et réceptive – sont là comme repères pour le thérapeute, mais dans une même séance il est possible que des séquences se succèdent, alternant des propositions plus réceptives et des temps plus actifs. Des moyens pour mettre en œuvre ces deux approches peuvent néanmoins les distinguer l'une de l'autre.

3.2.1. La musicothérapie active

La musicothérapie active repose sur l'utilisation d'objets sonores, d'instruments de musique, de la voix et du corps. À la fois non-verbale et interactive, cette approche s'adresse à des personnes qui ont, ou n'ont pas, la possibilité de verbaliser leur ressenti. Le jeu, l'improvisation et l'exploration sonore sont inscrits au cœur de la pratique, où le but n'est pas esthétique, mais plutôt expressif et/ou communicatif. Aucune connaissance musicale préalable n'est nécessaire.

3.2.2. La musicothérapie réceptive

La musicothérapie réceptive est fondée sur l'écoute musicale. L'objectif de cette technique est d'inviter le sujet à exprimer verbalement son ressenti après chaque écoute. Le musicothérapeute propose au patient l'audition de plusieurs œuvres préalablement choisies, en fonction des goûts et du projet thérapeutique établi. Selon les moyens mis en œuvre, cette démarche s'adresse plutôt à des personnes qui ont la possibilité d'exprimer un vécu par la parole. Lors des séances avec L.B, que je présente dans le chapitre suivant, j'utilise une technique de relaxation précise, à savoir la détente psycho-musicale.

3.2.2.1. La détente psycho-musicale

Il s'agit d'une écoute d'environ vingt minutes, durant laquelle une dizaine de morceaux adaptés au patient s'enchaînent en suivant un schéma dégressif. Pour commencer, un morceau très rythmé et composé de plusieurs instruments marque le début de l'écoute. Progressivement, le nombre d'instruments diminue, jusqu'au milieu du montage où un seul instrument joue, sans carrure rythmique, c'est la *plage détente*. Pour finir et revenir à une phase d'éveil la bande reprend petit à petit volume, rythme et timbre.

L'objectif de ce type de montage est d'accueillir le patient dans l'état où il se trouve, en l'amenant progressivement vers un état de détente, puis à un état d'éveil à travers la pulsation. Vous trouverez un schéma de ce montage en annexe [Annexe 3].

Un temps d'expression peut ensuite être proposé au patient, afin d'évoquer ses impressions sur le vécu de ce moment de relaxation.

3.3. Le cadre thérapeutique

Le cadre est une notion issue de la pratique de la psychanalyse appliquée à tous les développements des thérapies. Il s'agit de délimiter un espace intermédiaire permettant la rencontre entre le musicothérapeute et le(s) patient(s) dont le musicothérapeute est garant.

L'environnement aussi stable et immuable que possible permet de poser des repères et des limites à la personne dans cet espace, mais sert aussi de paramètre d'observation pour le musicothérapeute. Ce dernier sera attentif à toute transgression en soutenant et mettant en valeur ce qui est produit dans la séance, puis l'analysera. Le cadre se pose aussi de façon implicite ; il est le lieu de la projection de l'espace psychique interne du patient. Il représente l'espace de la rencontre intersubjective⁵⁰, transférentielle⁵¹ (avec le musicothérapeute) et se structure en trois unités: unité de lieu, unité de temps, unité d'action.

3.3.1. Unité de lieu

La salle de musicothérapie doit répondre à des critères d'accueil, préserver la confidentialité, assurer un confort acoustique et être aménagée en tenant compte des spécificités des personnes accueillies.

Il est important pour le musicothérapeute de veiller à ce que la pièce soit agréable avec une luminosité peu agressive, peu de stimuli visuels, du matériel de diffusion et d'écoute de bonne qualité. Un sujet peut ainsi trouver dans le maintien du cadre physique une réassurance pour s'exprimer [67].

3.3.2. Unité de temps

L'unité de temps constitue la troisième composante du cadre et elle comprend : la durée, la fréquence et l'horaire des séances.

- La durée des séances est déterminée selon l'âge des patients, la pathologie, la fatigabilité.
- La fréquence de soin la plus utilisée est d'une à deux fois par semaine, mais celle-ci peut varier selon les services.
- L'horaire des séances est à convenir avec l'équipe et est défini selon le rythme de soins et des autres activités du patient.

L'unité de temps contribue à la mise en place de l'alliance thérapeutique entre le sujet et le musicothérapeute et permet au patient d'être orienté vers un élément stable et régulier de sa vie [67].

3.3.3. Unité d'action

Il s'agit des modes d'action employés par le musicothérapeute. Parmi les éléments constitutifs, on retrouve : la prescription, l'entretien clinique, les bilans psycho-musicaux, les différentes techniques musicales adaptées aux patients, les comptes rendus de chaque séance, et ceux de la prise en charge globale, les modalités de prise en charge individuelle ou de groupe et enfin, les instruments utilisés.

Tous ces éléments participent à un cadre contenant, qui dépend de celui de l'institution et du travail avec le personnel encadrant.

⁵⁰L'intersubjectivité est un sentiment subjectif individuel de la relation avec autrui.

⁵¹Le transfert, en psychanalyse, désigne un processus au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients sont reportés sur une autre personne.

3.4. Le jeu au coeur de la thérapie

À partir du travail accompli par Sigmund Freud [40], Mélanie Klein, pionnière en psychanalyse auprès des enfants, affirme que le jeu (pour l'enfant) est l'équivalent de l'association libre pour l'adulte. Pour elle, il ne s'agit pas d'une différence de nature dans le travail, mais d'une différence de technique avec le patient [74].

D.W. Winnicott, après avoir été en supervision avec M. Klein, restera très influencé par ses théories. Pour lui, le jeu est le lieu d'expérience de la réalité, qu'il appelle *aire transitionnelle*. Dans cet espace, l'individu s'exprime par le biais d'*objets intermédiaires* qui servent de transition d'un état d'être *a signifiant* vers une réalité partagée du monde extérieur. Le jeu est un moyen d'exister en tant que *soi* malgré les contraintes de la réalité auxquelles l'enfant doit s'adapter. En cas d'adaptation à son environnement au détriment de son propre développement personnel, l'enfant expérimente le *non-moi*. Winnicott fera donc une distinction entre deux notions du jeu qu'il observe, à savoir le jeu (*game*), qui comporte des règles précises et qui est organisé socialement, et le fait de jouer (*playing*) qui favorise la réalisation de ce qu'il appelle l'*intégration de la personnalité* [143].

Dans le cadre de la musicothérapie, ces deux notions sont très intéressantes à observer dans la dynamique des séances. En effet, on peut faire le lien entre le *game* et une séance plutôt élaborée (avec une succession de jeux préparée en amont par le musicothérapeute) et le *playing* associé à une séance non-organisée, sans directives prédéfinies.

Les deux notions peuvent se retrouver dans l'un ou l'autre type de séance, néanmoins, lors d'une séance peu structurée, le patient est libre de générer son jeu de façon spontanée, soutenu par le *playing* du musicothérapeute. Bien que le *playing* représente des avantages, notamment au niveau de l'*intégration de la personnalité*, cette expérience du soi au sein de la séance peut aussi être vécue, pour certaines personnes, comme anxiogène. Ainsi, le travail du musicothérapeute est de faire cohabiter ces deux notions en trouvant le juste milieu à chaque séance.

La musicothérapeute anglaise Amelia Oldfield utilise le terme de *musicothérapie interactive* pour illustrer son travail auprès d'enfants atteints du spectre de l'autisme. Dans ses séances, l'improvisation est au coeur du processus d'échange. Selon elle, les interactions non-verbales constituent l'essence même de la thérapie. Son approche dite *positive* sous-tend une mise en valeur de l'énergie ludique, agréable et motivante du jeu musical [100].

3.4. Du son à la musicothérapie

3.4.1. Le traitement du son

Lorsqu'un son arrive dans l'oreille, ses ondes sont captées puis amplifiées par un ensemble de relais fonctionnels. Il passe de l'oreille externe à l'oreille interne par tout un processus de transformation chimique. D'abord, le son rentre en contact avec la membrane du tympan qui se situe au bout du conduit auditif. À la réception de l'onde sonore, la chaîne ossiculaire⁵² est mise en mouvement et transforme les ondes aériennes en transmission liquidienne (oreille interne). Cette transmission est ensuite relayée au cerveau par la voie

⁵²La chaîne ossiculaire est formée des trois osselets : le marteau, l'enclume et l'étrier

de la cochlée composée de cellules ciliées, qui transmettent l'onde sous forme d'impulsions nerveuses véhiculées par le nerf auditif vers le cerveau.

La neuro-imagerie médicale a mis en avant que la musique n'est pas traitée dans une zone spécifique du cerveau, mais par de nombreuses aires cérébrales avec des traitements spécifiques dans chacune d'entre elles [137]. Isabelle Peretz, professeure de neuro-cognition à l'Université de Montréal, découvre dans une étude menée en 1998, avec des patients amusiques⁵³, que le cerveau traite distinctement les aspects perceptifs et émotionnels de la musique. Elle décrit dans son étude, le cas d'une de ses patientes incapable de donner une appréciation émotionnelle en écoutant de la musique, mais qui à l'inverse, reconnaît les contours mélodiques et temporels des œuvres [103]. Le neuropsychologue Hervé Platel décrit lui aussi cette dissociation entre les caractéristiques perceptives et émotionnelles, dans une étude datant de 2002. Il présente le cas d'un patient capable de rendre compte de ses émotions, sans pouvoir pour autant restituer les caractéristiques de la musique écoutée [109].

En 2010, le chercheur Nicholas Simmons-Stern publie une étude selon laquelle une information est mieux intégrée par un patient atteint de la maladie d'Alzheimer si elle est chantée que parlée. Il explique que lorsqu'elle est chantée, l'information est traitée différemment par le cerveau qui fait appel à des zones cérébrales plus nombreuses et différentes, sollicitant des circuits neuronaux complexes [128].

De façon similaire, plusieurs études soulignent que ce même procédé de mémorisation est facilité par un appui musical, chez des patients autistiques [131].

La pratique et l'écoute musicale modifient la structure du cerveau en produisant des chaînes neuro-chimiques dans les circuits neuronaux. Par ailleurs, la pratique instrumentale augmente la quantité de myéline dans certaines zones du cerveau impliquées dans le langage, les mouvements et leur coordination [80].

Cette capacité du cerveau à se remodeler en fonction de l'environnement auquel il est exposé est appelé *plasticité cérébrale*. Le neuroscientifique Robert Zatorre observe que le cerveau d'un musicien est différent de celui d'un non-musicien. En effet, certaines zones corticales sont plus denses chez les musiciens, notamment l'aire auditive, l'aire de la motricité, et le corps calleux⁵⁴.

Ce que nous révèle la plasticité cérébrale, c'est que la pratique musicale active de nouvelles connexions synaptiques, modifie la structure cérébrale et transforme en plus l'état émotionnel du patient [137 ; 138].

Ces données nous amènent à nous questionner sur les apports de la musique spécifiquement dans le domaine de l'autisme.

3.4.1.2. Singularités perceptives et cognitives

Dans son étude clinique parue en 1943, Léo Kanner décrit une hypersensibilité sensorielle qu'il observe chez tous ses patients. Pour certains, il est étonné de voir leurs réactivités face à certains bruits et à la musique, et émet l'hypothèse d'une sensibilité accrue aux stimuli sonores. Ce phénomène aussi appelé *hyperacousie* se manifesterait de manière plus fréquente dans cette population [48].

⁵³L'amusie est un trouble neurologique qui affecte la perception et la production musicale

⁵⁴Structure formée de substance blanche qui relie les deux hémisphères

Toutefois, en l'absence d'anomalie auditive périphérique, les études suggèrent qu'il s'agit plutôt d'une hyper-réactivité cérébrale. Certaines études électro-physiologiques ont démontré des réponses corticales plus rapides et plus intenses à l'écoute de stimuli auditifs [36].

Le risque de sensation d'intrusion, d'effraction étant réel chez les personnes avec autisme, le travail sonore est donc à utiliser avec précaution.

3.4.2 Musique et émotions

Dans le dictionnaire du Petit Larousse illustré, il est écrit que l'émotion est un *trouble subit, une agitation passagère causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, de colère, etc.* [105]. En psychologie, l'émotion est souvent définie comme un état complexe résultant de changements physiques et psychologiques qui influencent nos pensées et notre comportement [98].

Les processus cognitifs impliqués dans la perception musicale sont étudiés depuis longtemps dans le domaine des sciences. On sait aujourd'hui, par exemple, que la musique active les aires cérébrales liées aux émotions, à savoir l'amygdale, l'hippocampe ou encore le circuit dopaminergique [75].

Néanmoins selon Emmanuel Bigand, professeur de psychologie cognitive, les réponses émotionnelles et l'affectivité sont encore trop peu étudiées. On peut donc se poser la question suivante : comment quelque chose d'aussi organisé et structuré qu'une œuvre musicale peut-il provoquer d'aussi fortes réactions émotionnelles comme la joie, la tristesse ou la colère ? [12].

Plusieurs hypothèses tentent de répondre à cette question. Premièrement, l'activation de l'hippocampe et de certaines aires du cortex frontal, zones impliquées dans le fonctionnement de la mémoire, indique que la musique joue un rôle important au niveau de la remémoration de souvenirs, ainsi qu'au niveau des apprentissages [12]. Nous pouvons nous montrer plus réceptifs face à certaines musiques avec lesquelles nous faisons le lien d'une expérience positive ou négative associée à un événement particulier. Le terme employé pour décrire cet effet est le *Conditionnement Évaluatif*⁵⁵(CE). Par ailleurs, la musique peut également assurer le lien entre des événements uniques et spécifiques du passé, à des chansons très précises. Ce lien étroit entre la musique et la mémoire vient donc souligner un lien autobiographique et affectif, éveillant parfois des souvenirs très lointains [15].

Une autre théorie qui décrit le transfert des émotions d'une musique vers une personne réceptrice est la *contagion émotionnelle*. C'est le fait d'imiter de manière interne l'expression émotionnelle perçue par une musique [28].

Selon Emmanuel Bigand, il semblerait que chez tout auditeur non atteint d'amusie, l'écoute sous-entend la saisie intuitive des rapports hiérarchisés du langage musical. Si

⁵⁵Changement de valence émotionnelle d'un stimulus initialement neutre, suite à son association avec un stimulus affectif

nous entendons des suites inattendues nous pouvons nous sentir surpris, déçus perturbés ou enchantés [12].

Pour évaluer ces réactions émotionnelles liées à la musique, l'analyse des réponses physiologiques semble être une piste. D'après Carol Krumhansl de l'université Cornell aux États-Unis, les émotions à valence positive comme la joie entraînent une accélération du rythme respiratoire ainsi qu'une respiration plus profonde, tandis que la tristesse se manifeste par une altération du rythme cardiaque, une augmentation de la pression sanguine et une diminution de la conduction cutanée⁵⁶ [12 ; 77].

Comme il est mentionné dans le chapitre précédent, une des particularités de l'autisme est liée à la difficulté au niveau de la communication, et de l'interprétation des émotions d'autrui (expressions du visage et langage corporel). Les tendances à l'isolement et aux activités solitaires sont souvent une conséquence de ces difficultés. Or, plusieurs études concernant la reconnaissance émotionnelle des personnes sujettes à l'autisme mettent en avant leur capacité à reconnaître des émotions simples de certains passages musicaux [95 ; 113].

En musicothérapie, ces études renforcent la légitimité de notre pratique auprès de ce type de public, en offrant à ces personnes un espace où expérimenter, partager et différencier les émotions par le moyen du sonore et de la musique.

Les musicothérapeutes Édith Lecourt et Jacqueline Verdeau-Paillès rappellent toutefois que toute musique n'est pas bénéfique et peut dans certains cas s'avérer dangereuse, anxiogène, par exemple pour les patients épileptiques *musicogéniques* susceptibles de déclencher des crises convulsives à l'audition de certaines musiques. Le rôle du musicothérapeute est donc de veiller à ces détails et d'identifier les goûts spécifiques de chaque patient au cas par cas [79 ; 136].

3.4.3. La recherche clinique en musicothérapie

Un grand nombre d'études portant sur l'efficacité de la musicothérapie pour traiter l'autisme sont menées depuis plusieurs décennies sur le plan international. La recherche clinique a permis de mettre en évidence l'impact positif de cette pratique au niveau de plusieurs domaines du développement impliqués dans : la communication, la relation parent-enfant, l'attention conjointe & les interactions sociales ainsi que l'intersubjectivité.

Une récente étude coordonnée par le Centre Hospitalier et l'institut de musicothérapie de Nantes suggère que le dispositif musico thérapeutique facilite la constitution ou réparation de l'enveloppe psychique de l'enfant, ainsi que le développement des processus de symbolisation. Ces deux concepts psychanalytiques relèvent d'observations faites auprès de deux groupes d'enfants porteurs d'un trouble du spectre autistique, âgés de quatre à sept ans. Par une méthode d'observation élaborée par Esther Bick⁵⁷, les auteurs de l'étude remarquent un trajet thérapeutique commun entre les enfants lors des séances de musicothérapie, allant du collage, d'une indifférenciation de soi à l'autre, vers une

⁵⁶Activité électro-dermale enregistrée à la surface de la peau

⁵⁷Physicienne et psychanalyste pour enfants

ouverture progressive au monde extérieur ainsi qu'une différenciation progressive de soi. Si l'on définit l'intersubjectivité comme l'ensemble des processus permettant à l'enfant d'éprouver et d'intégrer profondément que lui et l'autre, cela fait deux, cette étude émet donc l'hypothèse que la musicothérapie joue un rôle au niveau du sentiment subjectif individuel de la relation avec autrui [19].

Dans une étude publiée en 2008 dans le *Journal of Autism and Developmental Disorders*, treize garçons et deux filles âgés de trois à cinq ans participent à une recherche randomisée contrôlée. Les résultats suggèrent que l'improvisation musicale serait plus efficace que la thérapie par le jeu dans le développement de l'attention conjointe. La communication non verbale ainsi que l'exploration et l'expression de soi seraient donc facilitées par le caractère non-verbal de la musique [72].

En 1995, Evelyn M. Bunday du département de psychologie de l'université de Chicago, observe chez dix enfants sujets au spectre de l'autisme une amélioration au niveau de l'apprentissage de nouveaux signes et mots lorsqu'ils sont associés à de la musique. Les résultats positifs de cette recherche soulignent que l'utilisation de la musique et plus particulièrement de l'aspect mélodique d'une musique, peut aider les enfants à apprendre [18].

La musicothérapeute Amelia Oldfield, dans son livre la *Musicothérapie interactive* mentionne que bien qu'il existe une grande variété d'articles décrivant des cas cliniques couronnés de succès, il existe relativement peu de recherches expérimentales [100]. Les effets de la musicothérapie témoignent de leur efficacité auprès de ce public. Néanmoins, il semble nécessaire de recourir à de plus amples recherches afin de souligner les mécanismes responsables des changements au niveau du comportement.

Dans le chapitre qui suit, je présente le cas clinique de ce mémoire et témoigne de mon questionnement à travers le cheminement professionnel du stage.

4. Quatrième partie : Expérience clinique en musicothérapie

Présentation de L.B et description de la prise en charge

4.1. Présentation, anamnèse et rencontre

4.1.1. Présentation de L.B.

Monsieur L.B est un homme de quarante-huit ans, né en France et mesure un mètre quatre-vingt-quinze. Discret et appliqué au niveau de son apparence, L.B a les cheveux bruns, se présente toujours bien coiffé, la barbe taillée et porte souvent une chemise soigneusement choisie.

Il a des lunettes aux verres rectangulaires bien ajustées devant ses yeux marrons/verts. Il n'a pas pour habitude de regarder son interlocuteur pour se présenter et, de ses yeux grands ouverts, il fixe un détail. Ses expressions faciales sont peu diversifiées et marquées, il sourit rarement.

Au niveau prosodique, son rythme du langage est lent et hésitant avec une intonation mécanique. Ses réponses se limitent à *oui, c'était bien, bien sûr* ou *je ne sais pas*, offrant peu d'informations spontanées.

Debout, il se tient les deux bras collés le long du corps, et se déplace rapidement par petits pas. Ses mouvements sont raides et circonscrits à cause d'une arthrodèse⁵⁸. Lorsqu'il est assis, il a tendance à plaquer les mains contre ses cuisses, les doigts écartés.

D'après l'évaluation établie en 2013 par le CRA⁵⁹, L.B a un diagnostic d'autisme infantile associé à un décalage cognitif. Le syndrome autistique est d'intensité moyenne, sans troubles du comportement.

Il intègre un IME⁶⁰ à l'âge de six ans où il reste jusqu'à ses dix-huit ans. Peu de temps avant sa sortie, le décès de sa sœur aînée amène la famille à se séparer. Ainsi, dans les années 1990, sa mère déménage avec lui dans une autre région de la France. À cette époque, L.B est hospitalisé pendant deux ans en service psychiatrique dans l'attente d'une place au sein d'un foyer de vie. En 1993, il intègre un foyer d'abord en externat, puis avec la dégradation de l'état de santé de sa mère, il y reste en qualité d'interne. Peu de temps avant son décès, sa mère tient absolument à confier son fils à une structure chrétienne à accueil inter confessionnel. C'est ainsi qu'en 2014, L.B intègre le foyer de vie dans lequel il vit encore aujourd'hui en internat. Depuis, son père est devenu son tuteur légal et lui rend visite une fois par trimestre. Par le passé, L.B montrait quelques signes d'angoisse (automutilation), lorsque son père devait lui rendre visite, mais cela ne semble plus être le cas.

⁵⁸ L'arthrodèse lombaire est une intervention chirurgicale qui consiste à fusionner définitivement une ou plusieurs vertèbres douloureuses de la colonne lombaire

⁵⁹ Centre Ressource Autisme

⁶⁰ Institut Médico-Éducatif

Le dossier d'évaluation du CRA regroupe en tout trois bilans de compétences sociales, psychologiques et orthophoniques. Ils ont été réalisés à l'aide de moyens tels que : échelles d'évaluation, protocoles spécifiques, grilles d'observation, observations cliniques et un entretien avec le père. Ils soulignent les compétences et particularités de L.B de la façon suivante :

Habiletés sociale	Participation sur sollicitation
	Peu d'initiatives conversationnelles
	Peu d'intérêt pour partager des activités communes
Langage	Langage fonctionnel
	Lexique réduit
	Réponses laconiques ou stéréotypées
	Expressions toutes faites
	Débit rapide
	Écholalies
	Langage écrit sur sollicitation, situé à un niveau CP-CE1
	Accès au sens limité
	Intonation et prosodie monotones
Vie quotidienne	Bonne maîtrise de la gestion des affaires et de l'hygiène personnelle
	Peut réaliser certaines tâches ménagères, de façon ritualisée
	Peut rester seul une journée en utilisant des mets préparés froids
	Difficultés à prendre des initiatives adaptées
	Se repère bien dans les lieux connus
	En difficulté en terrain non-familier
	Utilise son temps libre dans des activités stéréotypées
Motricité	Difficultés au niveau de la motricité fine
	Maladresses
	Prédominance à se servir d'une seule main (gauche)

Dans les recommandations d'accompagnement et de suivi de L.B, il est conseillé d'orienter le travail autour de la prise d'initiative et de l'assouplissement cognitif. En effet, ne possédant pas de modèles pour faire des demandes d'aide spontanées ou prendre des initiatives sociales, ses compétences d'observation et d'imitation peuvent être de bons supports pour aborder cette thématique.

4.1.2. Première rencontre avec L.B

Ma première rencontre avec L.B remonte à la période d'observation alors que je participe à l'activité *planning de la semaine* qui a lieu tous les lundis matin. Cette activité consiste à afficher le programme de la semaine sur des tableaux représentant chaque jour de présence au SAJ. Les participants sont invités, à tour de rôle, à collaborer avec le moniteur d'atelier afin de participer à la planification du travail.

Arrivant dans la salle, je m'assois à la seule place disponible à la table où tous les participants ont déjà pris place. Je me trouve entre une nouvelle résidente présente au SAJ en tant que stagiaire, et L.B à ma droite.

J'en profite pour me présenter puis je demande les noms de chacun. L.B est assis immobile et regarde fixement le bout de la table. Je lui tends la main pour le saluer, il la serre en répondant « bonjour ». Pour continuer la conversation, je lui demande comment il s'appelle, il me répond « L.B ». Suite à cela, je les interroge sur les musiques qu'ils écoutent. Lorsque vient son tour, L.B répond après quelques secondes d'hésitation « Mozart ». L'atelier se déroule toute la matinée, sans autre échange.

4.2. Description de la prise en charge

4.2.1. La prescription de L.B

La prescription de L.B pour une prise en charge en musicothérapie est faite par ma tutrice, responsable des ateliers. Selon elle, L.B traverse une période difficile, voire dépressive, d'où l'intérêt de le faire participer à des séances de musicothérapie réceptive orientées vers la détente et la relaxation.

Parmi toutes les personnes sélectionnées pour une première rencontre en musicothérapie, je n'avais pas, dans un premier-temps, pensé à l'inclure. En fait, nous nous sommes peu croisés avant la prise en charge, sa présence à la fois discrète et retenue n'avait pas attiré mon attention.

Les premières séances s'orientent donc vers une prise en charge réceptive utilisant la technique de la détente psycho-musicale. Tenant compte de l'évolution des séances, et des difficultés liées à la verbalisation et à la prise d'initiative, elles prendront plus tard une tournure active.

4.2.2. Le choix de cette prise en charge comme cas clinique

La décision de choisir L.B comme cas clinique de ce mémoire m'est venu assez tardivement. Parmi toutes les prises en charges, c'est celle où j'ai rencontré le plus de difficultés à m'adapter et à prendre du recul. Les séances m'ont souvent amené à me poser des questions de fond sur la pratique de la musicothérapie. C'est pourquoi j'ai fait le choix d'écrire à son sujet.

4.2.2. Le bilan psycho-musical

28 Novembre 2017, 10h15-10h45

Préparation et objectifs de la séance : Je dispose plusieurs instruments sur une petite table installée sur un tapis devant le canapé. Il y a des lames sonores, une mailloche, des bongos, un ukulélé, un maracas, un güiro, un bâton et des cloches [Annexe 1]. Je propose plusieurs accessoires sonores afin d'observer l'approche que L.B a de ces objets et de leur utilisation, j'évite de choisir un nombre trop important d'instruments, compte tenu de ses capacités cognitives réduites.

L'entretien ainsi que le bilan musical réceptif me paraissent peu adaptés pour L.B. En effet, j'ai pu observer, lors des interactions, que la réciprocité du dialogue verbal est trop rare pour mener à bien une méthodologie réceptive. Tenant compte des difficultés liées à la communication et à l'expression des affects, le bilan psycho-musical sera donc essentiellement actif.

Pour le bilan psycho-musical actif, je prévois une phase d'exploration instrumentale suivie de la diffusion de quatre morceaux, un extrait mélodique, un rythmique, un harmonique et un électro-acoustique. Pour l'extrait mélodique, je choisis de diffuser le morceau «Valse mélancolique» du groupe Elkanó Browning Cream. Pour l'extrait rythmique : « Sing Sing Sing » de Benny Goodman. Pour l'extrait harmonique : « Courante » de Michel Praetorius et pour l'extrait de musique électro-acoustique « Variations pour une porte et un soupir » de Pierre Henry [Annexe 4].

Le lundi de la même semaine, je profite du temps communautaire pour prévenir L.B de notre rencontre musicale du lendemain.

Déroulement de la séance : Je vais chercher L.B qui participe à l'atelier de mosaïque (dans la salle voisine), comme tous les mardis matin. Les moniteurs d'atelier l'ont averti de ma venue dans la matinée pour la séance. Dans la salle, je m'avance lentement jusqu'à la place où il est assis tout en saluant les autres résidents. L.B est accompagné d'une bénévoles assise à sa gauche qui veille sur ce qu'il fait. Il ne lève pas le regard, et fixe le bout de la table. Je m'approche, et lui tends la main « Bonjour Monsieur L.B » je dis. Il répond « bonjour » en me serrant la main sans lever les yeux. Je commente : « C'est beau ce que vous faites. Le choix des couleurs est très réussi ». Il s'agit d'une croix aux couleurs pâles : violet, blanc, marron, jaune, bleu, etc. Je laisse passer quelques secondes, puis je lui propose de m'accompagner pour faire de la musique. Il se lève aussitôt, et se dirige vers la porte d'un pas rapide. Le chemin pour aller de la salle de mosaïque jusqu'à la salle de musicothérapie est directe, c'est la porte d'à côté.

Dans la salle, sans que je dise quoi que ce soit, L.B s'assoit sur le canapé et fait face à la table d'instruments. Je m'installe sur l'autre angle du canapé et prends un temps de présentation avant de poursuivre la séance : « Tout d'abord je vous souhaite la bienvenue Monsieur L.B. Nous nous sommes rencontrés lundi dernier dans l'atelier *planning de la semaine* auquel vous participez chaque semaine, vous en souvenez-vous ? », il répond « oui, je m'en souviens », je reprends : « je m'appelle Lucie Morales et suis musicothérapeute stagiaire. Comme je suis tenue au secret professionnel, tout ce qui sera exprimé et joué ici restera confidentiel ». J'attends cinq secondes puis demande : « Avez-vous déjà participé à des séances de musicothérapie avec d'autres stagiaires ? », L.B

Au niveau de son appropriation des objets sonores, il semble que L.B ait d'abord choisi les instruments les plus proches de lui, les plus accessibles, puis les plus éloignés. Il a peu joué des deux mains, privilégiant celle de gauche avec laquelle il a tenu les instruments en gardant une certaine mise à distance et rigidité au niveau des doigts. Aux bongos, L.B n'aplatit pas toute sa main contre la peau des tambours, mais reste à l'extrémité, jouant d'un toucher léger avec le bout des doigts. Son jeu témoigne d'habileté rythmique qui dénote d'une sensibilité au son et au toucher ainsi qu'une certaine rigidité motrice.

Pendant la phase d'exploration musicale, je remarque sa difficulté à passer d'un instrument à l'autre dans son jeu persévérant, c'est pourquoi j'amorce les transitions de façon verbale. J'observe également des compétences au niveau des fonctions exécutives, dans sa capacité à imiter mon jeu lorsque je lui montre comment jouer du güiro.

La deuxième étape du bilan fait apparaître le même jeu musical et rythmique. Je décide de jouer avec lui pendant cette partie pour tenter d'amorcer les transitions de façon musicale et non plus verbale. Sur le premier morceau, L.B semble pas réaliser que la musique a déjà commencé et que je joue en accompagnement. J'attends une trentaine de secondes avant de le solliciter verbalement, ce à quoi il réagit directement en prenant un instrument. J'arrête le dernier morceau avant la fin qui est une œuvre électro acoustique, ne voyant pas l'utilité d'aller jusqu'au bout de l'écoute parce que L.B joue à l'identique des autres œuvres et en partie à cause de mon inconfort dans la situation.

De façon globale, j'observe pendant cette deuxième partie que L.B n'a pas adapté son jeu aux différentes musiques diffusées, restant identique quelles que soient les structures rythmiques et mélodiques des morceaux.

Dans la dernière partie du bilan, je prends le tambour océan afin de proposer un son apaisant, celui de l'océan. L'aspect sensoriel et sonore me paraît intéressant pour amorcer la fin de la séance que nous jouons ensemble, lui au tambour océan, et moi aux lames sonores. Je mets en place cette disposition en commençant d'abord par jouer en imitation avec lui, puis progressivement j'introduis des ruptures et plus de variations au niveau des notes. Mon intention est de partir de son modèle de jeu au lexique réduit, pour les faire évoluer vers d'autres possibilités, dans le but de lui montrer d'autres modèles et éventuellement provoquer une réaction.

À la fin de la séance, j'oublie de lui demander s'il a une préférence au niveau des instruments et s'il est intéressé pour poursuivre la prise en charge en musicothérapie.

Ressentis : Cette rencontre a été très éprouvante pour moi, car je n'ai pas su quoi faire ni comment réagir selon les besoins de L.B. Dans la première partie, je me demande si mes interventions verbales sont pertinentes ou si elles ne sont pas plutôt le reflet de mon inconfort face à son manque de réactions et d'expressivité. Le manque d'action après l'énoncé de la première consigne – exploration d'instruments – me fait douter des capacités de L.B à comprendre ce qu'il doit faire. Est-ce que son inaction est liée à une incompréhension symbolique du langage, ou serait-elle inhérente à une rigidité cognitive ? Ces questionnements m'interpellent et me font me poser la question suivante : comment suis-je censée m'adresser à lui ?

Pendant la phase d'exploration des instruments, je l'encourage dans les transitions en prenant la parole. J'ai peut-être réagi trop vite en indiquant les changements et aurais dû attendre plus longtemps.

Mon intervention au güiro m'a permis de jauger les capacités d'imitation de L.B, et je me demande si mon implication était appropriée pendant cette partie du bilan. N'aurait-il pas mieux valu - au lieu d'attendre - que je m'implique davantage au cours de cette première partie, en le guidant sur la façon d'utiliser les instruments ?

Au-delà de ce questionnement, je me demande également si le fait de le laisser jouer de façon répétitive et persévérante pendant plusieurs minutes n'est pas source d'angoisse pour lui.

Le contact avec L.B a été déstabilisant pour moi. Je m'efforce de voir la personne avant la pathologie, mais je me rends compte que celle-ci est néanmoins bien présente et je me sens seule face à la difficulté de rentrer en contact avec lui.

Face à son manque de réciprocité, je suis mal à l'aise et ne sais comment l'aborder. Je sens que certaines choses lui font défaut comme le fait de prendre des initiatives, mais à l'inverse, ses capacités d'imitation peuvent être un bon terrain d'exploration pour les prochaines séances.

Projet individualisé pour la prise en charge en musicothérapie

Suivant le conseil de ma tutrice pour des séances de détente psycho-musicale, et tenant compte de mes observations sur le jeu à la fois persévérant et sans grande intention musicale de L.B, j'élabore un projet individualisé, provisoire, pour la prise en charge en musicothérapie. Celui-ci évoluera plus tard, au cours des séances.

- Amorcer le lien thérapeutique
- Mettre en place des repères temporels au cours des séances pour créer un environnement structurant
- M'appuyer sur des témoignages afin de créer de bandes sonores adaptées pour des séances de détente psycho-musicale

4.2.3. Description des séances

9 Janvier 2018 Séance 1, 11h-11h30

Par manque d'information sur les goûts musicaux de L.B, je demande à différents membres de l'équipe pluridisciplinaire ce qu'ils savent du rapport qu'entretient L.B avec la musique. Les réponses sont similaires ; tous disent que L.B a une préférence pour la musique classique et plus spécifiquement Mozart.

Préparation et objectifs de la séance : Avant la séance, je fais un montage sonore composé de quatre œuvres musicales, élaboré en fonction des témoignages recueillis. Pour commencer, je diffuse l'« Allegro from Sonata for piano in F major » de Mozart qui est une œuvre rapide (environ cent soixante battements par minute) et optimiste marquée par des moments de tension dus aux changements de tonalité (majeur/mineur). La seconde est une autre composition de Mozart « Piano Concerto no.20 in D minor, Romance » avec un rythme plus lent. Je réduis l'effectif des instruments et le tempo des musiques de façon dégressive, jusqu'à la plage de détente. Pour cet extrait, je choisis une musique instrumentale composée de piano uniquement, puis pour ramener vers un état d'éveil, je

choisis un morceau légèrement plus rythmé avec davantage d'éléments sonores [Annexe 5]. Pour la diffusion des morceaux, je prépare mon ordinateur en le branchant à la chaîne stéréo et place le guitalélé à côté du canapé (pour le saisir facilement).

Dans cette séance, mes objectifs sont d'amorcer le lien thérapeutique et de mettre en place le cadre. Pour ce dernier point, je veille à prévenir L.B de notre rencontre dès le lundi de la rentrée.

Déroulement de la séance : Je vais rencontrer L.B dans la salle de mosaïque où il est en train de travailler sur un nouveau projet. Je passe en disant bonjour à tout le monde tout en me dirigeant vers lui. Debout à ses côtés, j'attends quelques secondes avant de prendre la parole. Il est assis les bras posés sur la table, et regarde fixement devant lui, le regard baissé. Je dis « bonjour Monsieur L.B » en tendant la main, il la serre et répond « bonjour ». Aussitôt, j'ajoute « souhaitez-vous venir en séance de musicothérapie ? » il dit « oui » et se lève. Je me dirige vers la porte pour la lui ouvrir et nous allons ensemble dans la salle (de musicothérapie) où nous prenons les mêmes places que la dernière fois.

Pour commencer la séance, j'explique : « Tout d'abord, je vous souhaite la bienvenue dans cette nouvelle séance de musicothérapie. Suite à notre dernière rencontre avant les vacances de Noël, je vous propose que l'on se voie une fois par semaine, le mardi matin, est-ce que cela vous convient ? » L.B répond « oui, ça me va ». Je reprends « je vous rappelle que comme je suis tenue au secret professionnel, tout ce qui est dit ou joué dans cette salle, reste ici » je laisse passer quelques secondes puis mentionne les règles de sécurité et de respect du matériel.

Je continue « aujourd'hui nous allons écouter quelques musiques ensemble, mais avant de commencer, je vais vous chanter le chant de bienvenue ». Je prends le guitalélé posé contre le mur à côté de moi et commence à jouer. Je chante la chanson telle qu'elle est écrite dans l'annexe [Annexe 6] une première fois avec les accords seulement, puis avec les paroles. Je reprends le thème une troisième fois en reprenant le texte, mais j'ajoute de nouveaux éléments en improvisant. L.B est assis les deux mains plaquées sur les cuisses, et regarde devant lui sans expression sur le visage. En improvisant, je chante « on est mardi... le combien ? » il répond rapidement « le neuf janvier », je continue de jouer en chantant des « la-la-la » et termine progressivement en ralentissant le rythme. Je pose le guitalélé et annonce à L.B « nous allons maintenant écouter quelques musiques ensemble, alors je vous invite à vous installer confortablement. L'écoute dure environ vingt minutes ». Je me lève pour démarrer la bande sonore et me rassois ensuite à la même place.

Pendant les vingt minutes d'écoute, L.B garde la même position, les mains sur les cuisses et le regard baissé, orienté vers l'entrée de la salle. Je ne bouge pas non plus.

Vingt minutes plus tard je me lève et éteints la chaîne hi-fi, puis me rassois. Je lui demande « Comment vous sentez vous après cette écoute ? », il répond « bien ». Je poursuis : « avez-vous reconnu les musiques ? », « non je connais pas » dit-il. Je lui demande alors s'il connaît les compositeurs, les personnes à l'origine de la musique, il hésite trois secondes avant de répondre « c'est Mozart ». « Oui » dis-je « vous avez raison, les deux premiers morceaux sont de Mozart, bravo ». Je laisse passer quelques secondes puis ajoute : « Nous arrivons à la fin de la séance ». Je prends le guitalélé, en annonçant le chant d'au revoir et joue d'abord l'enchaînement des accords : DO – LA – REm – G, puis ajoute les paroles [Annexe 7]. Comme pour le chant de bienvenue, je reprends le thème une troisième fois, en improvisant des paroles et des vocalises.

Pendant la chanson, L.B ne montre aucune réaction et reste assis dans la même position. Une fois finie, je pose le guitalélé et dis « nous avons terminé la séance d'aujourd'hui Monsieur L.B, nous nous verrons donc la semaine prochaine, mardi à la même heure ». Il se lève et marche jusqu'à la porte que je lui ouvre. Avant de sortir, je lui tends la main qu'il me serre, et lui souhaite une bonne journée. Il retourne à la salle de mosaïque.

Analyse de la séance : Pendant le chant de bienvenue, le visage de L.B est inexpressif. Lorsque je lui demande la date, il répond de façon adaptée ce qui dénote à la fois d'une attention soutenue et de bons repères temporels.

À la fin de l'écoute de la bande sonore, je demande à L.B s'il reconnaît les musiques, il répond non, mais mentionne le nom de Mozart. Cette réponse adaptée me questionne sur sa nature : est-ce que L.B reconnaît vraiment Mozart ou est-ce qu'il dit cela par automatisme ?

Je mettrai en place dans la prochaine séance une bande sonore pour évaluer ses capacités de reconnaissance musicale.

Au niveau du cadre, je mentionne le secret professionnel, et précise les règles à respecter même si L.B est quelqu'un de discret et soigneux qu'on n'imagine pas capable d'endommager le matériel ni être agressif envers lui-même ou moi.

Ressentis : Je considère cette séance comme une sorte de continuité du bilan psycho-musical, venant compléter mes observations.

Concernant les morceaux diffusés, je ne suis pas sûre des choix ni de la justesse de mon approche. Je choisis néanmoins de commencer par deux œuvres de Mozart que L.B est susceptible de reconnaître, ou d'apprécier, d'après les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Le fil conducteur précis et structurant de la bande sonore est le piano présent dans chaque extrait. Je décide de partir de ces éléments, le piano et Mozart, afin d'établir un contact avec L.B, en sachant que ce sera peut-être familier pour lui.

Faire des séances de détente psycho-musicale est une recommandation de ma tutrice, néanmoins je me demande si cette entrée en matière, en particulier par rapport à la notion d'alliance thérapeutique est la plus adaptée. Pendant les trois quarts de la séance, nous n'échangeons pas, étant donné que nous écoutons de la musique, assis sur le canapé.

Je sens néanmoins que le contact avec L.B est difficile et comme nous ne nous sommes pas beaucoup vus avant la prise en charge, l'écoute musicale paraît être une bonne option pour prendre le temps de simplement être ensemble. Grâce à l'écoute musicale, j'apprends progressivement à mieux apprivoiser son caractère.

Je verbalise chaque étape de la séance afin de m'assurer que L.B comprenne bien ce que nous faisons ensemble. Je me demande si cela est vraiment nécessaire, mais le fait d'annoncer les choses de façon verbale me semble contenant, favorisant des repères temporels et un environnement structurant. Son manque de réciprocité ne me guide pas, je manque d'éléments sur lesquels m'appuyer. Cette absence d'interaction me pousse donc à parler, par mécanisme de défense pour combler le vide lié à la non-réciprocité. Comme pour le bilan psycho-musical, je me sens face à une énigme et dans la difficulté d'établir le contact.

Par contraste, lors du chant de bienvenue, la réponse adaptée de L.B à ma question concernant l'heure me rassure. Quel réconfort d'avoir enfin une réponse plus concrète que « oui », « non » ou « je sais pas ».

Sur le plan musical, je m'interroge sur le choix des morceaux. Selon ma tutrice, L.B traverse une période de dépression, ne faudrait-il pas que je choisisse des œuvres plus en accord avec son mal-être ?

16 Janvier 2018 Séance 2, 11h-11h30

Pour alléger la lecture, je ne retranscrirai pas systématiquement le passage de l'activité mosaïque à la salle de musicothérapie : je vais toujours chercher L.B peu avant 11h et nous prenons toujours les mêmes places dans la salle.

Préparation et objectifs de la séance : Je prépare pour cette rencontre une bande sonore de vingt minutes environ avec des compositeurs connus, mais aucune œuvre de Mozart. Dans l'ordre, je fais passer : « Dance of the Knights » de Prokofiev, « Op. 100 » de Schubert, « Symphonie n°7 en la majeur » de Beethoven, « Andante from Concerto in D minor » de Vivaldi, interprété par Bobby McFerrin et Yo-Yo Ma et pour finir « Allemande la Superbe : La rêveuse » de Marin Marais [**Annexe 8**].

Je branche mon ordinateur sur l'enceinte et place le guitalélé à proximité.

Les objectifs de cette séance sont d'offrir un moment d'écoute à L.B et d'évaluer ses capacités de reconnaissance musicale.

Déroulement de la séance : Nous sommes tous les deux dans la salle de musicothérapie assis à nos places habituelles. Sans parler, je prends le guitalélé et commence à fredonner le chant de bienvenue que j'introduis d'abord par les quatre premiers accords, puis avec les paroles. L.B relève les yeux et me regarde pendant à peu près cinq secondes lorsque je chante son prénom puis les baisse en regardant de nouveau fixement devant lui. Comme la semaine précédente, j'ajoute, à la fin, un temps d'improvisation et lui demande tout en chantant « on est le... ? » ce à quoi il répond rapidement : « le seize janvier ».

Je pose le guitalélé et lui dis : « bienvenue pour cette nouvelle séance de musicothérapie L.B. J'ai préparé aujourd'hui une écoute comme la semaine dernière. Nous allons nous installer confortablement sur le canapé et écouter de la musique pendant vingt minutes. Si vous souhaitez fermer les yeux, vous le pouvez ». Je me lève, démarre la bande sonore et me rassois. L.B est assis, les yeux fixant le sol ; toujours dans la même position (ses mains sont posées sur les cuisses, les doigts écartés). Je m'assois contre le dossier du canapé et ferme les yeux.

Au bout de vingt minutes, la bande sonore se termine. Je me lève et éteints la chaîne stéréo. L.B n'a pas changé de position. Je lui demande « comment vous sentez-vous après cette écoute ? », il me répond « bien ». « Est-ce que vous avez reconnu des compositeurs ? », il répond « Mozart, j'ai bien aimé Mozart ». Je laisse passer quelques secondes avant de reprendre « connaissez-vous d'autres compositeurs de musique classique ? », il répond « oui, Schubert, Beethoven... », je réponds aussitôt « il y avait un morceau de Schubert dans ce que nous venons d'écouter, ainsi qu'un morceau de Beethoven... vous les avez reconnus ? », il répond « je sais pas ».

Après environ cinq secondes, je me retourne pour prendre le guitalélé et commence à jouer le chant d'au revoir. L.B relève les yeux lorsque je dis son nom puis les rebaisse. Il les garde ainsi tout le reste de la chanson. À la fin, je ralentis mon jeu et termine sur l'accord de DO. En posant le guitalélé je remercie L.B d'être venu et lui dis que l'on se verra la

semaine d'après, même jour, même heure. Il se lève et se dirige vers la porte à petits pas et la démarche rigide. Nous nous disons au revoir à la porte, je l'ouvre et lui tends la main, il la serre et s'en va, le visage inexpressif.

Analyse de la séance : Pendant cette séance, je commence à jouer les chants de bienvenue et d'au revoir sans passer par une introduction verbale. Je remarque qu'à chaque fois que je chante son nom, L.B me regarde directement dans les yeux, c'est le seul moment où il fait cela.

Lors de la dernière séance, je choisis de mettre en place une bande sonore sans œuvre de Mozart tout en restant dans un registre classique, pour analyser sa capacité de reconnaissance musicale. Or, lorsque je lui demande ce qu'il a pensé de la musique, il répond qu'il a bien aimé Mozart. Il est possible que L.B associe la musique classique à Mozart.

Ressentis : Lors de la dernière séance, les œuvres choisies étaient-elles pertinentes ? C'était deux compositions de Mozart suivies par deux morceaux de piano aux sonorités optimistes et enjouées. Sans réaction apparente venant de L.B je me demande s'il reconnaît vraiment Mozart ou si sa réponse « Mozart » s'applique à d'autres musiques. Cette réflexion m'incite à créer une nouvelle bande sonore avec d'autres compositeurs de musique classique, mais sans Mozart. Lorsque je demande à L.B à la fin de l'écoute ce qu'il en pense, il répond qu'il a bien aimé Mozart ! Cette répartie me fait douter ; est-ce que L.B associe la musique classique et Mozart, ou, plus généralement, la Musique pour lui est-elle égale à Mozart ?

Par ailleurs l'aspect mineur du montage – aux allures dramatiques, triste et mélancolique – provoquera peut-être plus de réactions visibles pendant cette séance que lors de la précédente.

Je n'observe néanmoins rien d'apparent, ni expressions faciales ni au niveau corporel, et je me demande comment il perçoit la musique. Je ne suis pas sûre d'avoir correctement réglé le volume et lorsque je lui demande, la réponse est toujours la même « oui, c'est bien ».

Il est difficile pour moi d'appréhender la personnalité de L.B qui me semble si inexpressive. J'ai l'habitude d'improviser en saisissant les diverses dynamiques venant des séances, sauf que pour L.B c'est différent, j'ai l'impression de devoir tout planifier.

Je décide pour la prochaine séance d'aborder la pratique active avec pour objectif d'encourager la prise d'initiative.

23 Janvier 2018, Séance 3 11h-11h30

Préambule : A l'origine de la prise en charge de L.B, ma tutrice m'a conseillé de faire des séances de détente psycho-musicale avec lui, pour ne pas trop le stimuler ou le solliciter. Or j'observe, depuis le bilan, des qualités chez L.B qui semblent intéressantes à explorer dans le cadre d'une approche de musicothérapie active.

Préparation et objectifs de la séance : Je décide dans cette séance de ne rien préparer en amont, et dispose seulement quelques instruments dans la salle pour éventuellement les intégrer dans notre jeu commun.

Mes objectifs sont d'encourager L.B à prendre des initiatives et d'expérimenter le jeu musical de façon positive.

Déroulement de la séance : Je vais chercher L.B dans l'atelier de mosaïque peu avant 11h. Je commence la séance avec la chanson de bienvenue. L.B indique la date dans le chant lorsque j'improvise la troisième partie.

Cette séquence terminée, je demande à L.B si ça l'intéresserait de faire de la musique ce jour-là.

Après trois secondes de silence, il acquiesce d'un « oui ». Je me lève et prends un des deux grands djembés « on va faire quelque chose de facile », je lui montre et lui demande s'il en a déjà joué. Il répond que oui. Je prends l'autre djembé et m'installe à ses côtés. L.B n'est plus adossé au canapé, mais assis sur le bord près du djembé. Je lui montre comment placer l'instrument entre ses jambes.

Je commence à tapoter mon djembé du bout des doigts en donnant comme consigne d'explorer le son de l'instrument. L.B joue avec le bout des doigts de sa main gauche autour de deux cents battements par minute. Il n'y a pas d'expression sur son visage. J'imité sa cadence en tapant des deux mains une vitesse d'environ deux cents battements par minute. « Regardez, on peut aussi jouer des deux mains; avec l'une puis avec l'autre » je lui dis. Il pose sa main droite sur le djembé puis alterne avec les deux mains. Son tempo est de cent soixante battements par minute environ. Je joue au même rythme que lui et marque des pauses. Après une minute de jeu en commun, des noires essentiellement, toujours avec le même tempo, j'introduis dans mon jeu des contretemps. L.B s'arrête de jouer pendant trois secondes, puis reprend. Je fais varier mon rythme avec des silences et des contretemps tandis que L.B ne change pas le sien.

Après deux minutes, j'explique à L.B qu'il peut jouer en tapant au milieu du djembé avec la main aplatie. Il avance sa main gauche vers le centre de son djembé et tape cinq coups. Nous jouons ensemble ce rythme de noires, puis le tempo baisse à cent quarante battements par minute. Pendant une minute nous jouons ainsi, puis je l'invite à jouer en alternant les deux mains. Il joue avec ses deux mains et accélère le rythme au-delà de deux cents battements par minute. Après une trentaine de secondes, L.B ralentit son rythme, je ralentis le mien encore plus, puis nous arrêtons de jouer.

Après quatre secondes de silence, je dis « j'ai remarqué dans votre jeu de tout à l'heure que vous vous êtes arrêté à un moment donné, puis vous avez repris », « oui », il dit, je reprends « on va faire exactement pareil, on va jouer et quand je dirai 'hop' tout en levant les bras il faudra arrêter de jouer, et quand je dirai 'hop' à nouveau, il faudra reprendre », il répond « oui ».

Je commence avec les bras en l'air puis après mon signal « hop », nous commençons à jouer. L.B commence en même temps et joue des deux mains. Je dis « hop » et relève les bras. L.B relève les siens. Nous continuons ainsi pendant une minute. L.B s'arrête sur chaque signal et reprend également sur chaque signal. Au bout d'une minute, j'arrête de jouer et dis « maintenant on va faire pareil, mais c'est vous qui allez arrêter et commencer le jeu, est-ce que vous voulez essayer ? » L.B répond « oui », cinq secondes passent. « C'est vous qui devez commencer ! » je lui dis. L.B commence à jouer d'un rythme de noires d'environ cent soixante battements par minute. Au bout de dix secondes, il s'arrête et relève ses mains à cinq centimètres au-dessus du djembé, puis reprend après trois secondes de pause. Il marque une deuxième pause six secondes après la reprise, puis reprend trois secondes plus tard. Après une minute de jeu, L.B lève les yeux et me fixe

tend le tambour océan, je dis « c'est très beau comme son, mais quand on l'agite trop, ça fait beaucoup de bruit. C'est bien d'en jouer très doucement comme vous l'avez fait ». Je laisse passer quelques secondes, puis je prends le guitalélé pour chanter le chant d'au revoir. Dès la dernière note, L.B se lève pour partir, mais je lui demande de rester encore quelques minutes. Il se rassoit. Je lui demande ce qu'il a pensé de la séance, il répond qu'il a bien aimé. J'ajoute : « qu'est-ce que vous préférez faire la semaine prochaine ? Écouter ou jouer de la musique ? » il répond qu'il aimerait écouter de la musique. « Très bien, alors nous écouterons de la musique ensemble la semaine prochaine. Est-ce que vous avez des CD's ? », il répond « oui ». Je lui propose d'en prendre, s'il veut pour une prochaine séance, mais il ne le souhaite pas. Je le raccompagne à la porte, nous nous serrons la main, puis il retourne à son activité.

Analyse de la séance : Comme je l'avais déjà observé lors du bilan psycho-musical, L.B montre des compétences au niveau de l'imitation. Lorsque je lui montre comment jouer en alternance avec les deux mains, il n'a aucun problème pour le faire la première fois. La deuxième fois, j'observe néanmoins une difficulté au niveau de la compréhension de la consigne, peut-être mal verbalisée dès le départ. J'observe qu'elles sont mieux comprises lorsque je les annonce avec des mots simples et des gestes.

Pour la première fois depuis le début de la prise en charge, L.B fait preuve d'initiative. En effet, dans le jeu que je mets en place avec les deux djembés dès le début de la séance, L.B comprend facilement la consigne et initie les arrêts et les reprises avec aisance une fois le jeu commencé. Je l'aide au début en l'invitant à démarrer son jeu puis vers la fin, je lui dis que c'est à lui d'arrêter quand il le souhaite.

Ce jeu sollicite la capacité d'anticipation, avec les arrêts et les reprises, ce qui dénote d'un assouplissement cognitif.

Lorsque je lui demande s'il a bien aimé jouer, il m'interrompt pour me dire aussitôt qu'il a bien aimé. Aucune expression sur son visage, et son intonation ne laisse rien transparaître de nouveau. Cette précipitation dans la réponse peut avoir deux causes : soit elle est liée à une certaine impatience à passer la question, ou bien à de l'impatience liée au fait d'avoir joué.

Tout au long de la séance, L.B fait varier son tempo avec le même rythme : des noires.

Je décide de chanter lorsque nous jouons tous les deux sur les djembés, ce qui donne une dimension plus structurée et complète à notre co-création.

Je tiens la dernière note et la fais durer dans le temps. L.B s'arrête de jouer initialement, mais reprend. Comme il joue en décalage par rapport à mon rythme, j'arrête de chanter pour me concentrer sur son jeu puis il marque un arrêt sans mon intervention. Je décide alors de rentrer dans son jeu en l'imitant. Lorsque je m'arrête, de nouveau il joue puis s'arrête. Les phrasés sont essentiellement composés de cinq battements oscillants à un rythme de deux cents battements par minute. Je remarque que lorsque je tape quatre battements, L.B redonne quatre coups de son côté. Il lui arrive également de dépasser cinq coups, je réponds en reprenant son phrasé.

Nous interagissons musicalement. Cela traduit une bonne qualité d'écoute et des attentions mobilisées, soutenues et conjointes.

Le choix de L.B de prendre le tambour océan à la fin de la séance me renvoie au bilan psycho-musical. Il choisit d'abord le tambour qu'il secoue pour voir s'il s'agit bien du tambour océan, puis scrute la boîte pour voir si le tambour océan est là. Lorsqu'il le trouve,

il le prend et le secoue à plusieurs reprises. Lorsque je lui montre comment jouer de l'instrument, il témoigne d'une attention soutenue et de capacités d'imitation en reproduisant mon jeu. Ces deux habiletés sous-tendent une certaine flexibilité cognitive. À la fin de la séance, je lui demande ce qu'il souhaite faire lors de la prochaine séance, il répond écouter. Je mettrai en place une bande sonore pour continuer d'évaluer les capacités de reconnaissance musicale de L.B.

Ressentis : J'appréhende cette séance : que faire pour m'adapter à L.B ? J'observe néanmoins des dynamiques intéressantes ; à plusieurs reprises je m'adapte au jeu persévérant de L.B tout en proposant des variations rythmiques et gestuelles. Cela ne change pas son rythme qui reste le même pendant toute la séance, j'observe cependant des changements au niveau de son tempo. L.B s'adapte à plusieurs reprises au mien et répond à certains de mes phrasés en les reprenant à l'identique, ou en marquant des variations. Les capacités de L.B à planifier, initier, imiter et s'adapter m'ont fortement étonnée lors de cette séance. J'ai l'impression pour la première fois de rentrer en contact avec lui et me sens rassurée. À la fin de la séance, lorsque je lui demande ce qu'il aimerait faire la prochaine fois, écouter ou jouer de la musique, il répond écouter. Je me demande si sa réponse est liée à ma formulation, qui met le mot « écouter » avant « jouer ». Je serai attentive à ce détail la prochaine fois.

Je donne à L.B la possibilité de choisir l'orientation de la prochaine séance afin de l'aider à prendre une décision, et d'intégrer davantage le cadre en planifiant le contenu de la séance. D'un autre côté, le fait de lui donner le choix me conforte dans ma façon de m'y prendre avec lui. Je suis rassurée d'avoir vécu un moment d'échange avec L.B, mais je dois prendre du recul pour comprendre et accepter l'impassibilité de son visage.

À travers une écoute de musiques variées, mes objectifs pour la prochaine séance sont d'offrir un moment de détente à L.B tout en lui faisant découvrir de nouveaux genres. Observer ses réactions permettra d'identifier ses préférences musicales.

30 Janvier 2018 Séance 4, 11h-11h30

Préparation et objectifs de la séance : Pour cette séance, je prépare une bande sonore de vingt minutes composée de cinq morceaux : « Quarter Chicken Dark » de Yo-Yo Ma, « Glassworks : Opening » de Philip Glass, « Offering » de Ravi Shankar et Philip Glass, « Quinnapin » de Terry Bradley et « First love » de Joe Hisaishi [Annexe 9]. J'utilise la méthode de la bande en U [Annexe 3] pour favoriser la détente, et arrange la salle en branchant mon ordinateur sur la chaîne hi-fi.

Les objectifs sous-jacents à cette séance sont d'apporter un moment de détente, et de permettre à L.B de choisir l'orientation de la prochaine. Mais mon objectif principal est d'observer les réactions de L.B pour tenter d'identifier ses préférences musicales.

Déroulement de la séance : L.B et moi-même arrivons dans la salle et prenons nos places habituelles. Je prends le guitalélé et joue le chant de bienvenue. Une fois fini, j'explique à L.B que suite à notre dernière séance j'ai préparé une écoute. Il dit « oui » plusieurs fois, puis « oui, c'est bien ».

Je l'invite à s'asseoir confortablement puis je me lève pour allumer trois lampes placées aux extrémités de la pièce et j'éteins la lumière principale. Nous écoutons la musique

pendant vingt minutes. Pendant ce temps, L.B ne change pas de position et reste assis le dos contre le canapé, le regard dirigé vers l'avant de la salle, légèrement baissé. Aucune réaction n'est visible sur son visage.

À la fin de l'écoute, j'attends cinq secondes avant de me lever pour éteindre la chaîne hi-fi. Je me rassois et lui demande ce qu'il a pensé de l'écoute. Il répond « bien, bien... c'était bien ». Je poursuis : « qu'avez-vous aimé ? » il répond : « j'ai bien aimé... les morceaux... sont bien ». Les points de suspension caractérisent son hésitation.

Je lui annonce que nous arrivons à la fin de la séance et lui demande « que souhaiteriez-vous faire la prochaine fois, écouter de la musique, ou en jouer ? » il hésite cinq secondes puis répond « jouer ». J'acquiesce, laisse passer quelques secondes puis je prends le guitalélé pour le chant d'au revoir. Je commence à jouer, puis m'arrête et prends un tambourin dans la boîte d'instruments pour le donner à L.B. Il le prend de sa main gauche et en joue en le secouant deux coups sur quatre, puis un coup sur quatre, puis trois coups sur quatre. Peu avant la fin de la chanson, il arrête d'en jouer et reste dans la même position, le tambourin levé en l'air à hauteur de son torse. Dès les dernières notes, L.B se lève et se dirige vers la porte que j'ouvre et lui souhaite une bonne semaine, il répond « la semaine prochaine je veux écouter ». J'ajoute « ah, vous ne voulez plus jouer ? », « non je veux écouter ». J'acquiesce et lui dis que je lui reposerai la question dans la semaine au cas où il changerait d'avis.

Analyse de la séance : J'observe que L.B répond plus rapidement. Je ne remarque pas d'expression apparente sur son visage lors de l'écoute, mais lorsque je lui demande ce qu'il a aimé, la réponse « j'ai bien aimé... les morceaux... sont bien » est plus complexe que d'habitude (*j'aime bien* ou *j'ai bien aimé*). Ses hésitations sous-tendent une certaine flexibilité cognitive dans sa capacité de réflexion et de planification du choix des bons mots.

Au moment de l'écoute, nous sommes simplement assis, et écoutons la musique pendant vingt minutes. À la fin, je commence à jouer le chant d'au revoir puis m'arrête pour prendre le tambourin et le lui donner. Il en joue de façon arythmique, avec des coups et des pauses et progressivement moins de coups et plus de pauses, jusqu'à arrêter d'en jouer. Il garde la même position, la main levée, figée jusqu'aux dernières notes du chant, puis le pose aussitôt sur le canapé à ses côtés. Le jeu de L.B traduit une incertitude sur l'attitude à adopter face à l'instrument. Il semble en difficulté.

Lorsque nous nous disons au revoir, L.B prend la parole de lui-même pour la première fois pour me dire qu'il souhaite écouter de la musique la semaine suivante et non plus en jouer. Ce changement de décision intervient après la phase de jeu avec le tambourin, qui le met en difficulté, mais témoigne de sa capacité à prendre une décision seul sans être sollicité.

Ressentis : Dans cette séance, je crée une bande avec de nouvelles sonorités, pour sortir de la sphère de la musique classique. Je n'étends pas trop les styles par souci de confort, je ne veux pas que l'écoute soit intrusive pour L.B. Lorsque je lui demande ce qu'il a aimé dans la musique, sa réponse « j'ai bien aimé... les morceaux... sont bien » est plus construite que d'habitude. L.B semble plus présent verbalement ce jour-là, par la répétition de ses mots. Je ne suis pas sûre de leur signification : soit elles traduisent un certain intérêt que L.B a d'être là, soit, au contraire, son impatience.

Plus tard, lorsque je lui demande ce qu'il souhaite faire la prochaine fois, je formule ma question de la même manière que la semaine précédente, en situant le mot « écouter » avant « jouer ». Il dit vouloir jouer, ce qui me révèle ses capacités à prendre une décision qui vienne de lui, et non comme j'ai pu le penser précédemment, une réponse par souci de facilité, optant pour la première proposition.

Comme je n'ai pas beaucoup de réactions de sa part, le fait d'entendre qu'il veuille jouer la prochaine fois est rassurant. C'est dans un élan d'enthousiasme que je lui donne le tambourin, et réalise après coup que cet acte est maladroit.

En effet, j'ai l'impression d'attendre trop de la part de L.B en voulant l'impliquer dans le chant d'au revoir. Or, le fait de ne pas avoir été guidé dans le jeu sans cadre structurant a été pour lui, je pense, source d'angoisse. Il semble être en difficulté et ne pas savoir comment jouer du tambourin.

Suite à cette séquence, L.B fait part de son envie d'écouter de la musique plutôt que d'en jouer la prochaine fois. Je suis très étonnée de sa réaction : c'est la première fois que je l'entends s'exprimer seul sans être sollicité. Par ailleurs, je trouve que cette demande est la conséquence du malaise éprouvé lors de l'épisode du tambourin.

Je me sens toujours dans le doute face à l'orientation des séances avec L.B. Ma tutrice m'ayant conseillée d'orienter la prise en charge de L.B vers des séances de détente psychomusicale à l'origine, je sens néanmoins son potentiel et souhaite l'explorer davantage dans le cadre d'une approche active. Dans l'impatience de vouloir lui faire revivre un échange musical positif, je lui dis que je lui redemanderai d'ici la prochaine séance s'il souhaite toujours écouter de la musique ou en jouer. Je me rends compte après coup que ce propos est maladroit.

6 Février 2019 Séance 5, 11h-11h30

Préparation et objectifs de la séance : Suite à la dernière séance, et au souhait de L.B de vouloir écouter de la musique, je lui prépare une bande sonore pour aujourd'hui. Je m'aperçois néanmoins, peu avant la séance, que la prise jack est manquante, je ne la trouve nulle part. Je change donc l'orientation de la séance et prépare une petite table sur laquelle je dispose huit lames sonores et le tambour océan. Je compte jouer de la flûte traversière pour L.B afin de lui proposer un temps d'écoute pour commencer la séance.

Les objectifs sont d'offrir un moment de détente par l'écoute de la flûte, d'encourager L.B à la prise d'initiative et d'expérimenter le jeu musical de façon positive.


Déroulement de la séance : Je vais chercher L.B à son activité et nous prenons nos places habituelles. Je lui demande comment il va avant de prendre le guitalélé. Il est assis, légèrement penché vers l'avant, les mains aplaties sur les cuisses et le regard dirigé vers l'avant de la salle. Aussitôt la question posée, il répond « ça va bien ».

J'attends quelques secondes puis prends le guitalélé pour jouer le chant de bienvenue. Lorsque je termine la chanson, je pose le guitalélé et dis de nouveau bienvenue à L.B qui répond « bienvenue ». Je reprends « comme j'étais incertaine de votre choix lors de la dernière fois, écouter ou jouer, je vous propose aujourd'hui un peu d'écoute dans un premier temps, puis nous jouerons ensemble ». Pendant que je parle, L.B répond oui trois fois. Je reprends : « Il manque un câble nécessaire pour écouter de la musique avec les enceintes, j'ai donc amené ma flûte traversière aujourd'hui pour en jouer. Connaissez-vous

cet instrument ? », L.B répond oui. J'explique que pour faire sortir un son, il faut souffler dedans, puis je commence à jouer. Pendant cinq minutes j'improvise une mélodie en partant des notes graves. Je ne joue rien de spécifique, juste un enchaînement de notes longues, de triolets et de silences. Je joue doucement sans rythme défini. Pendant ce temps, L.B ne bouge pas, le regard dirigé vers l'avant de la salle. Au bout de cinq minutes, j'arrête de jouer et lui demande ce qu'il en pense. Il répond avoir bien aimé. Je laisse passer cinq secondes et dis : « il y a beaucoup de flûte dans la musique de Mozart. C'est très répandu dans la musique classique ». Il dit oui deux fois. Après quelques secondes, je me lève pour ranger ma flûte. Je me dirige ensuite vers la petite table aménagée avec des lames sonores et le tambour océan. Je la soulève et la pose devant L.B. Tout en m'asseyant, je dis « nous allons jouer avec les lames sonores aujourd'hui... Vous en avez quatre devant vous et moi, quatre aussi ». Les notes des lames sonores de L.B sont : DO - RE - MI - FA. Les miennes sont la continuité de la gamme de DO : SOL - LA - SI - DO. Je lui tends une mailloche et en prends une. Nous commençons à jouer en même temps. L.B joue un rythme de noires avec un tempo de cent vingt battements par minute. Il joue de la main gauche sur les deux notes les plus à gauche devant lui, le MI et le FA. Je joue des notes longues de la main droite, puis joue de la même manière que L.B, des noires sur le même tempo que lui. Au bout d'une trentaine de secondes, je dis tout en montrant à L.B que c'est possible de jouer en descendant les graves. Il joue en descendant dans les graves, puis remontant dans les

aigus : 

Il répète plusieurs fois le FA. Je joue en montant et redescendant les notes, SOL, LA, SI, DO, SI, LA, SOL, puis au bout d'une trentaine de secondes, je lève mon bras droit et le rabaisse en donnant un coup léger sur la note SOL. Je joue ainsi à plusieurs reprises, et invite L.B à essayer de jouer en levant le bras en l'air, puis en le rabaisant. Il relève son bras de cinq centimètres au-dessus des lames sonores et rejoue.

Il ne joue pas le même rythme, mais varie doubles croches et silences : 

Je colle à son rythme, puis L.B recommence aussitôt à jouer des noires. Nous continuons en remontant et descendant les notes pendant encore trente secondes, puis j'arrête de jouer et lui demande quelle couleur il préfère au niveau des lames sonores. Il répond « vert ». Je l'invite à taper dessus, il donne plusieurs coups rapides puis s'arrête. Je chante la note sous forme d'onomatopée et lui dis que c'est un FA. Je lui dis de jouer la lame rouge, le DO. Il tape plusieurs coups dessus, puis je chante la note. Après une dizaine de secondes, je dis « on va faire quelque chose... vous voyez cette lame rouge ? vous allez jouer en partant de là, puis remonter jusqu'à la lame verte. Ensuite, vous vous arrêtez et moi je continue de jouer. Je continue jusqu'à ma lame rouge, redescends, puis vous reprenez. On essaie ? » L.B dit oui plusieurs fois pendant l'énoncé. Je l'invite à commencer, il part de la lame rouge jusqu'à la lame verte puis s'arrête. Je continue de ma lame bleue (sol) à ma lame rouge, puis redescends. Il reprend le jeu de sa lame verte jusqu'à sa lame rouge et redescend. Je reprends du SOL, au DO, et ainsi de suite. Nous jouons la gamme de DO ensemble pendant un peu plus d'une minute. Ensuite, je dis « maintenant, vous pouvez jouer en partant du vert, au rouge, comme ça », je lui montre. Il joue en partant du FA au DO, d'un rythme de soixante battements par minute. Pendant trente secondes nous jouons uniquement nos notes les plus graves, et les plus aiguës, puis je propose à L.B de faire le jeu du chef d'orchestre. Je commence en initiant le jeu, et après une dizaine de secondes, je

lève le bras en l'air. L.B continue de jouer. Je lui rappelle qu'il doit s'arrêter lorsque je le fais. Je reprends le jeu, puis dix secondes plus tard, je m'arrête à nouveau. Cette fois-ci, il s'arrête. Je reprends, et j'arrête environ dix secondes plus tard, puis je reprends, et m'arrête. Ce jeu dure presque une minute. L.B cesse de jouer lorsque j'arrête et continue lorsque je reprends le jeu. Nous jouons tous les deux un rythme de noires oscillant les cent soixante battements par minute. Au bout d'une minute, je propose à L.B de prendre le rôle du chef d'orchestre. Une minute après le commencement de son jeu, je lui indique qu'il peut s'arrêter quand il le souhaite. Aussitôt dit, il s'arrête. Puis reprend le jeu. Pendant deux minutes il joue en variant silences et noires avec des intervalles allant de cinq à quinze secondes.

Je lui indique à nouveau qu'il peut arrêter quand il le veut. Il s'arrête. Je laisse passer cinq secondes, puis dis « aujourd'hui, j'ai amené avec moi un instrument un peu spécial : un bol tibétain. Vous connaissez ? », « non ». Je lui explique d'où vient l'instrument et comment il est utilisé. Je dis « c'est un peu comme les lames sonores que l'on vient de jouer. Lorsque l'on donne un coup sur le côté, ça résonne, écoutez ». L.B dit oui à plusieurs reprises pendant que je lui parle. Je tape sur le côté du bol à l'aide du bâton, puis le lève à proximité de l'oreille de L.B. Je continue « cela se joue de cette manière également, en tournant le bâton autour du bol ». Je tourne le bâton autour du bol pendant une trentaine de secondes, puis donne un coup final. L.B regarde dans la direction du bol. Je lui propose d'essayer de taper dessus avec le bâton, il se met plus en avant sur le canapé et prend le bâton. Il tape sur le dessus du bol, un rythme de cinq noires. Je l'incite à jouer un peu plus fort. Il change de rythme et joue une double croche. Je lui dis de jouer d'un seul coup, ce qu'il fait. Je relève le bol à la hauteur de ses oreilles puis annonce la fin de la séance. Je pose le bol, prends le guitalélé et joue le chant d'au revoir. Aussitôt fini, L.B se lève et se dirige vers la porte. Je lui demande en le raccompagnant ce qu'il a pensé de la séance et ce qu'il aimerait faire la prochaine fois. Il répond que « c'était bien » et aimerait écouter de la musique lors de notre rencontre suivante.

Analyse de la séance : Pendant cette séance, je l'encourage à jouer de différentes manières, en voyant qu'il ne joue que sur les deux lames sonores situées à hauteur de sa main gauche.

J'observe à plusieurs reprises un changement au niveau du rythme quand j'annonce de nouvelles consignes comme : ne jouer qu'une seule note, ou alors jouer en levant le bras et donnant un coup léger sur la lame. Lorsque je le sollicite la première fois pour lever son bras, puis jouer, il le lève à cinq centimètres au-dessus de la lame verte (fa), et modifie son rythme en jouant des doubles croches et des silences. Plutôt que de continuer de jouer pour accentuer le gestuel, je décide de reproduire son rythme : des doubles croches et des silences. Dès ma première imitation, L.B reprend son rythme de noires.

Je note des facilités chez L.B à comprendre des consignes assez complexes comme le jeu de la gamme en DO. Je l'invite à commencer en partant de son DO grave jusqu'à son FA, puis de me laisser continuer du SOL jusqu'au DO aigu. C'est lui qui commence, et joue de façon adaptée en faisant preuve d'une attention soutenue pendant tout le jeu.

Plus tard, je lui propose de ne jouer qu'avec deux lames sonores : la plus grave et la plus aiguë. Il joue ainsi sans problème et passe de l'une à l'autre en levant le bras davantage pour passer au-dessus des deux autres notes. Ce jeu sollicite l'assouplissement psychomoteur par plus de gestuel.

Lors du jeu du chef d'orchestre, L.B n'a pas de problème pour suivre mon jeu et témoigne d'une attention soutenue pendant tout le jeu. Son tour venu, il ne marque pas de pause pendant une minute, je l'encourage donc verbalement à s'arrêter lorsqu'il le souhaite. À ce moment, il marque des arrêts à plusieurs reprises en faisant varier les durées. Je l'encourage de nouveau à mettre fin à son jeu lorsqu'il le désire. Je tenterai lors des prochaines séances de ne pas induire verbalement les départ et arrêts pour évaluer la capacité de L.B à prendre l'initiative de le faire seul, et vérifier s'il comprend la consigne.

Ressentis : Je me sens très fatiguée après cette séance. Ma fatigue est-elle liée à la difficulté d'être face aux comportements étranges de L.B ? J'ai l'impression de ne pas parvenir à le connaître et ça me perturbe.

Néanmoins, je pense que L.B comprend beaucoup de choses. Lorsque nous jouons tous les deux à tour de rôle pour compléter la gamme de DO - lui partant de son DO jusqu'au FA, et moi continuant de mon SOL jusqu'au DO aigu, et ainsi de suite - je suis très étonnée par sa capacité à comprendre la consigne. Je pense immédiatement avoir fait une erreur en l'invitant à commencer le jeu, mais je suis surprise de constater qu'il n'a pas de difficulté à en respecter l'énoncé.

Au fur et à mesure des séances, je sens de plus en plus le besoin de contacter quelqu'un qui le connaît bien afin de recueillir plus d'informations à son sujet.

13 Février 2018 Séance 6, 11h-11h30

Préparation et objectifs de la séance : Je prépare avant cette séance une bande sonore d'une vingtaine de minutes. Je choisis des morceaux essentiellement composés de piano, et je classe les œuvres dans l'ordre qui suit : « Étude d'exécution transcendante d'après Paganini » de Franz Liszt, « Where's my love » de Syml, « Augen Zum Meer » de Martin Herzberg, « Méditation » de Jules Massenet et « Voice » de Jean-Paul Agide Martini [Annexe 10].

Un nouveau câble jack a été acheté pour remplacer l'ancien, je branche mon ordinateur dessus.

Les objectifs de cette séance sont d'offrir un moment de détente par l'écoute musicale.

Déroulement de la séance : À onze heures, nous sommes assis sur le canapé dans la salle de musicothérapie. Avant de commencer le chant de bienvenue, je demande à L.B comment il va, il dit aller bien. Je prends le guitalélé et commence à jouer. L.B est assis, les mains aplaties sur les cuisses et regarde vers l'avant de la salle. Je pose le guitalélé à la fin de la chanson, puis attends cinq secondes avant d'ajouter « comme la dernière fois, vous avez partagé votre envie d'écouter de la musique, aujourd'hui j'ai préparé quelque chose pour vous » je me lève et me dirige vers les enceintes, je dis « vous pouvez vous installer confortablement, nous allons écouter de la musique pendant vingt minutes ». J'allume trois lampes aux extrémités de la pièce et éteints la lumière principale. L.B ne change pas de position pendant les vingt minutes.

Je lui demande à la fin ce qu'il en a pensé, « c'était bien » il répond. Je lui demande ce qu'il a reconnu comme instruments, il répond d'abord « je sais pas », puis j'insiste : « un instrument qu'on entend dans toutes les musiques ? », il hésite quatre secondes, puis dit

« piano ». J'acquiesce en disant « bravo ! en effet, il y a du piano dans tous les morceaux que l'on vient d'entendre ». Je laisse passer quelques secondes puis prends le guitalélé pour jouer le chant d'au revoir. Je lui demande s'il souhaite ajouter quelque chose avant de passer au chant, il répond que non. Pendant le chant d'au revoir, L.B est assis, sans bouger, les yeux fixés devant lui. Dès la dernière note, il se lève et se dirige vers la porte. Je lui dis avant d'ouvrir la porte « nous ne nous verrons pas la semaine prochaine étant donné que je suis en vacances, alors je vous souhaite une bonne semaine et vous dit à dans un mois », L.B dit oui plusieurs fois pendant que je parle. Nous nous serrons la main et il retourne à son atelier.

Analyse de la séance : Au cours de l'écoute, je n'observe aucune expression apparente chez L.B. Comme la bande sonore dure environ vingt minutes, le reste du temps est consacré à quelques échanges verbaux minimes et aux chants de bienvenue et d'au revoir, pendant lesquels nous interagissons peu. Lorsque je lui demande s'il reconnaît les instruments, ou un des instruments dans les morceaux diffusés, il répond d'abord ne pas savoir, puis avec un peu d'insistance, il répond « piano ».

En répondant de façon adaptée, L.B met en avant des capacités de reconnaissance instrumentale. Cette faculté témoigne à la fois d'une écoute attentive et d'une capacité cognitive au niveau de la remémoration des sonorités de l'instrument.

Ressentis : Pour le choix des morceaux, je me réfère aux témoignages recueillis auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Je ne suis pas sûre que L.B aime vraiment Mozart, le piano et la musique classique, mais comme c'est un terrain connu, cela me rassure.

J'ai néanmoins l'impression de mal m'y prendre avec lui et me demande si cette séance a vraiment une utilité. Je me sens encore fatiguée à la fin et sens un réel besoin de prendre du recul sur ma pratique. Je partage ces ressentis avec l'équipe pluridisciplinaire qui me conseille de rentrer en contact avec son père, ce que je fais pendant les vacances.

13 Mars 2018 Séance 7, 11h-11h30

Préambule : Pour différentes raisons, je suis absente pendant un mois : vacances d'hiver, semaine de cours et absence d'une semaine liée au fait que je sois tombée malade. Je rattrape mes absences du cinq et six mars, le quatorze et le quinze mai.

Comme ma tutrice est partie en congé maternité, elle demande au psychologue de l'institution de superviser mon travail. J'essaie de joindre le père de L.B à trois reprises par téléphone, sans succès.

Préparation et objectifs de la séance : Je dispose deux boîtes de lames sonores sur le canapé, entre L.B et moi qui serviront pendant la séance, et décide de ne pas préparer de lignes directrices afin de laisser place à l'improvisation.

Les objectifs de cette séance sont d'offrir à L.B un moment de partage musical en encourageant la prise d'initiative. Il s'agit également de l'encourager dans la prise de décision en lui laissant choisir l'orientation de la prochaine séance.

Déroulement de la séance : Après être allée chercher L.B à l'activité mosaïque, nous arrivons dans la salle. L.B s'assoit à sa place habituelle, moi à la mienne. Je lui demande

trouvé cela très beau, le rendu de nos deux jeux ensemble. Il dit « oui » à plusieurs reprises.

Je range les instruments en les mettant sur le côté puis demande « quel est votre instrument préféré L.B ? » il répond, « je sais pas ». Je continue : « vous aimez les instruments à cordes ? Les instruments à vent où il faut souffler dedans ? », il répond : « j'aime bien les instruments ». Je laisse passer à peu près cinq secondes puis dis « cela fait plusieurs années que vous vivez ici L.B n'est-ce pas ? », « oui » il répond, je reprends « mais quand vous étiez plus jeune vous viviez avec votre mère » après quatre secondes, L.B répond « oui », je continue « vous souvenez-vous de ce que vous écoutiez comme musique chez votre mère ? » il répond « oui ». Je lui demande quoi précisément, il dit « je sais pas... Mozart ». J'énumère d'autres noms de compositeurs puis L.B dit « oui » puis « Mozart ».

Je laisse passer cinq secondes puis lui demande ce qu'il préfère pour la prochaine séance. Il répond vouloir écouter, et je dis « d'accord ».

C'est la fin de la séance alors je sors le guitalélé et joue le chant d'au revoir. Dès la dernière note, L.B se lève et se dirige vers la sortie. Je lui souhaite de bien profiter de la soirée communautaire du soir même, ce à quoi il répond « oui, merci ». Je lui tends la main et dis « bonne journée » il s'en va en répondant « bonne journée ».

Analyse de la séance : Lorsque j'explique à L.B que nous allons jouer de la musique ensemble ce jour là, il répond directement « oui je veux jouer » et initie le jeu sans que je l'invite à commencer. Bien que L.B n'exprime rien d'apparent au niveau du visage, j'observe à travers sa spontanéité, de l'enthousiasme à vouloir jouer. C'est la première fois que L.B fait preuve de spontanéité ainsi en prenant l'initiative de commencer le jeu.

Il démarre d'un tempo très rapide ; de deux cents battements par minute et ne joue que de sa main gauche. Nous jouons sans directive pendant une minute, puis je verbalise et reproduis sa manière de jouer en disant « je vois que vous jouez comme ça ». Dès cet instant, L.B relève sa main droite et commence à jouer des deux mains. Voyant cela, je me base sur ce qu'il fait et joue pareillement avec mes deux mailloches, d'abord en l'imitant puis en faisant varier mon rythme. En jouant de différentes manières, je provoque chez L.B une rupture au niveau de son jeu persévérant.

Le fait de lui demander sa couleur préférée et de lui dire la mienne nous emmène progressivement à jouer un rythme commun, plus lent, de cent soixante battements par minute.

Il joue toujours de la même manière, sur les trois premières lames sonores avec sa main gauche, et sur une ou deux lames sonores de sa main droite.

Lorsque je l'invite à ne jouer que le DO grave et le DO aigu, L.B ne semble pas comprendre la consigne et continue. Au bout de quelques instants, je lui propose le jeu du chef d'orchestre. Il est d'accord pour y jouer et démarre aussitôt avec un tempo plus lent. Le fait de démarrer le jeu sans que je lui demande, souligne une bonne intégration de la consigne ainsi qu'une motivation à réaliser la tâche proposée (fonctions exécutives).

Nous jouons pendant deux minutes trente sans nous arrêter, puis L.B lève ses mailloches en l'air pendant dix secondes et reprend. La deuxième pause intervient deux minutes et dix secondes plus tard, et les deux autres à des intervalles de deux minutes. Contrairement aux séances précédentes, je n'induis pas les arrêts verbalement. Le fait de jouer en variant mon rythme et chantant amène une certaine complémentarité à notre jeu, ce que souligne mon commentaire « j'ai trouvé cela très beau, le rendu de nos deux jeux ensemble ».

Après avoir rangé les instruments, je prends un temps pour évoquer sa mère, et lui demande ce qu'il écoutait comme musique chez elle. L'intérêt que je porte à aborder le sujet de sa mère, tient au fait que la considération de son passé et de ses souvenirs me semble essentiel pour mieux le comprendre. Bien qu'il ne m'apporte pas d'élément nouveau, cette démarche a pour objectif de lui exprimer mon souhait de mieux le connaître.

À la fin de la séance, L.B se lève, comme d'habitude dès la dernière note, et se dirige vers la sortie. Pour la première fois, il me souhaite une bonne journée, juste après que je lui ai souhaité.

Ressentis : J'ai été très surprise par les prises d'initiatives de L.B au cours de cette séance. À plusieurs reprises il démarre le jeu sans que je l'invite à commencer, ce qu'il ne faisait pas auparavant.

Je décide de multiplier les échanges implicites en donnant moins de directives verbales, et ayant réalisé, lors de la dernière séance, les attentes que j'avais pour L.B, je me sens davantage dans une attitude d'accueil.

Pendant le jeu du chef d'orchestre, je ne suis pas sûre qu'il ait bien compris la consigne car il ne marque pas de pause pendant plus de deux minutes. Je le laisse néanmoins jouer et me sens mal à l'aise à l'idée qu'il ne s'arrête pas. Lorsqu'il s'arrête pour la première fois puis reprend, je me sens rassurée et constate, en fait, qu'il a bien intégré la consigne.

En fin de séance, le fait que L.B me souhaite une bonne journée en réponse à ma « bonne journée » m'interroge. Je me demande ce que signifie cette réponse : est-ce une formule de politesse qu'il a l'habitude d'employer ? ou alors est-ce simplement du mimétisme ? Comme c'est la première fois qu'il me dit cela, j'en déduis qu'il est possible de faire un lien entre cette réponse et la relation thérapeutique qui s'établit entre nous. Je me sens désormais plus confiante pour cette prise en charge.

Je prends en compte sa volonté de vouloir écouter de la musique la prochaine fois et reprends les objectifs des séances de détente psycho-musicale décrits ci-dessous.

20 Mars 2018 Séance 8, 11h-11h40

Afin de faciliter la lecture, je signale au lecteur que le rituel de début de séance se déroule toujours de la même manière : je vais chercher L.B dans la salle de mosaïque, nous nous asseyons sur le canapé, je commence le chant de bienvenue en demandant à L.B quelle date nous sommes, et il répond.

Préparation et objectifs de la séance : Pour offrir un moment de détente par l'écoute musicale, je prépare une bande sonore de trois œuvres de Mozart : « Elvira Madigan » ; « Divertimento No. 15 in B-Flat Major, K. 287: I. Allegro » et « Adagio in E Major, K. 261 for Violin and Orchestra » [Annexe 11]. J'ai choisi ces trois œuvres car certains éducateurs m'ont informée que L.B a une connaissance très poussée de la musique de Mozart, je souhaite donc, au cours de cette séance, vérifier s'il reconnaît les œuvres diffusées et saura citer le nom du compositeur.

J'arrange la salle avec mon ordinateur branché sur la chaîne hi-fi et la boîte d'instruments posée entre le piano et la porte d'entrée.

Déroulement de la séance : Nous sommes assis sur le canapé de la salle de musicothérapie. Je finis le chant de bienvenue et pose le guitalélé. L.B regarde devant lui, les mains posées sur les cuisses. Après avoir posé le guitalélé je lui explique que nous allons écouter trois œuvres d'une durée de trente minutes. Il acquiesce en disant « oui » à plusieurs reprises pendant que je parle. Je laisse passer cinq secondes puis me tourne pour démarrer la bande sonore. Nous restons assis tout le temps de l'écoute. L.B ne change pas de position.

À la fin du dernier morceau, je me lève pour éteindre la chaîne hi-fi et me rassois. J'attends cinq secondes puis dis « alors qu'est-ce que vous avez pensé de cette écoute ? », L.B répond « c'était bien ». Je lui demande s'il a reconnu les morceaux, il répond que non. J'ajoute « vous ne les avez jamais entendus auparavant ? », il répond « non ». Puis je demande « vous savez qui est le compositeur ? », il répond : « non je sais pas ». Je lui dit qu'il s'agit de Mozart, ce à quoi il répond « Mozart, oui Mozart ».

Je laisse passer cinq secondes puis invite L.B à choisir un instrument afin que l'on joue un peu ensemble. Il se lève et marche jusqu'à la boîte, se penche et prend le tambour océan qui est au-dessus de tous les autres instruments. Il revient à sa place et se rassoit. Je suis toujours assise à ma place sans instrument. L.B commence à en jouer en tournant l'instrument du haut vers le bas et inversement. Je lui explique qu'il peut en jouer doucement en tournant l'instrument par de petits gestes. Je mime mes explications avec le mouvement de mes mains. Il en joue doucement.

Je lui demande « à quoi cela vous fait penser ? » il répond « au sable ». Je dis « oui, exact, ça fait penser à la plage avec le bruit des vagues sur le sable ». Je laisse passer cinq secondes et prends le guitalélé. Je commence à jouer un air traditionnel lithuanien dont la partition se trouve en [Annexe 12] sur deux accords : RE et SOL. L.B continue à jouer du tambour océan en faisant rouler les billes doucement du haut vers le bas, et du bas vers le haut. Au bout d'une minute, je chante les paroles du chant d'au revoir sur les mêmes accords, RE et SOL. Dès la dernière note, L.B se lève et dépose le tambour océan dans la boîte. Je le remercie d'être venu et lui souhaite une bonne semaine en ouvrant la porte, il répond « bonne semaine » et nous nous disons mutuellement « au-revoir ».

Analyse de la séance : Pendant l'écoute musicale, nous n'échangeons pas et sommes attentifs à la bande sonore. Je me lève directement dès la fin du dernier morceau pour éteindre la chaîne hi-fi, afin d'éviter le bourdonnement désagréable qui s'en dégage en l'absence de source musicale. Je demande à L.B s'il reconnaît les œuvres et le compositeur en question, il répond que non. Je l'informe qu'il s'agit de Mozart. Cette réponse amène un complément d'information sur les capacités de reconnaissance musicale de L.B, contredisant les suggestions musicales des membres du personnel.

Je l'invite ensuite à choisir un instrument pour que l'on joue ensemble. Il choisit le tambour océan, avec lequel il a déjà joué, et commence à en jouer de façon rapide et incisive. Lorsque je lui explique comment en jouer de façon douce et moins rythmée, il se montre attentif à mes explications et modifie son jeu en faisant rouler les billes très doucement du haut vers le bas et du bas vers le haut. D'un point de vue musical, son jeu dénote un intérêt et une aisance au niveau psychomoteur.

Je prends le guitalélé pour l'accompagner et choisis de jouer un air traditionnel de la Lituanie qui me semble, par sa mélodie douce et son rythme lent, adaptée au tambour océan. Compte tenu de la durée du montage sonore (trente minutes), nous dépassons la séance de dix minutes.

J'oublie de demander à L.B ce qu'il souhaite faire à la prochaine séance.

Ressentis : De plus en plus je me questionne sur la véracité des témoignages et propos recueillis auprès de différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et doute du fait que L.B aime vraiment Mozart. J'observe que beaucoup de ses réponses sont automatiques et me dis que la réponse « Mozart » l'est peut-être aussi. Ceci dit, dans cette séance, ce n'est pas le cas, ce qui me questionne d'autant plus sur ses facultés de reconnaissance musicale. Manquant d'éléments, je me sens incapable de tirer une conclusion.

Je ne suis pas sûre de ce que je vais entreprendre dans la prochaine séance, mais je sens le besoin fondamental d'apprendre à mieux connaître L.B et tenter d'identifier ses goûts musicaux.

Rencontre avec Madame M

Depuis la dernière séance, je rencontre Mme M une bénévoles qui intervient dans les foyers de vie plusieurs fois par semaine. Ayant travaillé en tant qu'infirmière, elle connaît bien L.B et sa mère chez qui elle a vécu pendant un certain temps. Elle me relate deux particularités notables de L.B.

Par exemple, chaque jeudi soir, elle a l'habitude d'accompagner L.B à une soirée swing dans le centre-ville. Ils y vont à vélo du foyer de vie jusqu'au lieu en question, et passent par la place centrale qui est d'ordinaire bondée de monde le jeudi soir. Par peur de heurter les piétons, Mme M descend toujours de son vélo, mais L.B continue d'une traite jusqu'au lieu-dit sans s'arrêter. D'après elle, il n'a jamais eu de problème ou d'accident.

Une autre fois, elle lui montre une photo sur le côté et lui demande ce qui se trouve dessus. Sans détourner le regard, L.B décrit les détails de la photo, alors que ses yeux sont fixés devant lui. Selon Mme M, L.B a une vision périphérique très développée et voit tout lorsque ses yeux sont fixés sur un détail.

J'apprends également que la mère de L.B était quelqu'un de violent, qui a toujours été dans le déni du handicap de son fils. Elle tenait toujours à ce qu'il soit bien habillé et présentable.

Lorsque je lui parle de la musique et de mes doutes sur la connaissance de L.B de l'œuvre de Mozart, elle partage mon avis et pense qu'il s'agit en effet d'une réponse automatique. Depuis le décès de la mère de L.B en 2015, Mme M met en place plusieurs dispositifs pour encourager L.B à identifier ses propres goûts. Selon elle, ses réponses automatiques ne sont autre chose que le conditionnement de sa mère, et le reflet de ses goûts.

Tous ces éléments sont enrichissants pour moi et je me sens rassurée de savoir que malgré le peu d'échanges au niveau du regard, cela ne signifie pas pour autant que L.B ne me voie pas, ne me considère pas. Par ailleurs, le fait de parler avec quelqu'un qui a connu sa mère et me raconte l'histoire de L.B de façon plus vivante que dans les dossiers me permet de mieux comprendre le comportement de L.B.

Je me sens plus confiante après cette rencontre et oriente les objectifs de la prochaine séance autour de la découverte musicale, en proposant une écoute de musiques du monde.

27 Mars 2018 Séance 9, 11h-11h30

Préparatifs et objectifs de la séance : Je prépare pour cette séance un voyage autour du monde. Il s'agira d'écouter cinq œuvres dont « Chan Chan » de Buena Vista Social Club, « Fa-Laay-Fanaan » de Baaba Maal, « Svava Mantra » de Ravi Shankar, « Kustino Oro » de Goran Bregovic et pour finir « Introduction (1936) » de the Shanghai Restoration Project [Annexe 13]. Les objectifs sont d'offrir un moment de découverte musicale pour L.B et d'évaluer son appréciation musicale.

J'arrange la salle avec mon ordinateur que je branche sur la chaîne hi-fi et dispose un atlas sur la petite table.

Déroulement de la séance : Après être allée chercher L.B dans l'activité mosaïque nous entrons dans la salle et nous nous y installons. Je prends le guitalélé et entonne le chant de bienvenue. L.B est assis les yeux dirigés vers l'avant de la salle, sans expression sur le visage.

À la fin de la chanson, je laisse passer cinq secondes et dis « on va faire un voyage autour du monde aujourd'hui ». Je lui explique que l'on va écouter des musiques originaires de différents pays. Pendant mes explications, L.B dit « oui » à trois reprises. Je rapproche la table, saisis l'atlas des deux mains et dis « on va regarder la carte ensemble ». L.B s'avance sur le canapé et baisse son regard sur le livre. Je dis « ça c'est le monde, la planète sur laquelle on vit. Est-ce que vous savez où nous vivons ? », L.B répond en donnant le nom de la ville dans laquelle on est. J'acquiesce et lui demande dans quel pays se trouve la ville en question. Il répond « je sais pas ». Je lui dis que c'est en France, il répond alors « c'est en France oui ». Je lui demande s'il sait où est la France sur la carte, il s'avance davantage sur le canapé et se penche pour regarder la carte de plus près. Après dix secondes il dit « je sais pas ». Je laisse passer quelques secondes puis pointe la France du doigt sur la carte en disant « c'est là la France. Quand on regarde le reste du monde, la France paraît toute petite, qu'est-ce que vous en pensez ? », il répond « oui ». Je lui demande s'il y a un endroit sur la carte, une région par laquelle il souhaiterait commencer pour l'écoute musicale, il répond « Mozart ». Je lui explique que ce n'est pas prévu que l'on écoute Mozart ce jour-là, mais que l'on va écouter des musiques traditionnelles d'autres pays. Il répond « oui des musiques d'autres pays ». Je me penche vers mon ordinateur et lance le premier morceau. L.B, pendant ce temps, s'adosse au canapé. Je reprends « on va commencer par l'Amérique latine ». Pendant plus de quatre minutes on écoute « Chan Chan », L.B ne bouge pas et regarde droit devant lui. À la fin du morceau, j'attends cinq secondes puis dis « c'était un groupe qui s'appelle Buena Vista Social Club, et ils viennent de là » je pointe Cuba du doigt. Je lui demande ce qu'il en a pensé, il dit : « c'était bien ». J'ajoute « vous avez beaucoup aimé ? Moyennement aimé ? Un peu aimé ? », il répond « c'était bien ». Je lui dis que la prochaine destination est l'Afrique, et pointe le Sénégal du doigt. Je lance le deuxième morceau et nous écoutons. À la fin de l'écoute, je laisse passer quelques secondes puis je dis « alors ça, c'était un musicien qui s'appelle Baaba Maal et qui vient du Sénégal, en Afrique. Qu'est-ce que vous avez pensé de cette musique ? » il dit que c'était bien. Je lui demande s'il a remarqué quelque chose de particulier dans la musique, il répond : « je sais pas. C'était bien ». Je continue « il y avait beaucoup de percussion, des instruments comme ça » et pointe le djembé du doigt.

Après quelques secondes de pause, je résume les pays où nous sommes allés musicalement et propose à L.B que l'on poursuive le voyage en Inde. J'annonce le morceau suivant en disant « maintenant on va écouter une musique où il y a aussi des percussions, mais un peu différentes ». Pendant plusieurs minutes, nous écoutons « Svava Mantra » de Ravi Shankar. J'attends dix secondes à la fin du morceau puis demande « qu'est-ce que vous avez pensé de ce morceau ? », il répond « c'était bien ». Je lui montre quelques images des instruments entendus dans la musique sur l'ordinateur, il tourne le regard deux secondes et regarde de nouveau devant lui. Je me penche vers l'atlas et lui demande quel morceau il a préféré parmi les trois musiques écoutées. Je pointe les trois pays du doigt par lesquels nous sommes passés et l'invite à pointer en direction de celui associé à la musique qu'il a préféré. Il pointe l'Afrique du doigt.

« Le prochain morceau » dis-je « est originaire des pays de l'Europe de l'Est, les Balkans ». Je démarre la musique. À la fin du morceau, je lui demande ce qu'il en a pensé, il répond que c'était bien. J'attends cinq secondes puis dis « est-ce que vous avez entendu parler de la Chine ? », il répond que oui. Je lui montre la Chine sur la carte et reprends « on va finir notre voyage en Chine aujourd'hui. La musique que l'on va écouter est assez courte ». Après une minute trente environ, je demande à L.B ce qu'il a pensé de la musique : il répond que c'était bien.

Je laisse passer cinq secondes puis dis à L.B que j'ai rencontré Mme M qui m'a informé du fait qu'elle va partir en voyage avec lui à Strasbourg pour voir des membres de sa famille. L.B dit « oui » à plusieurs reprises pendant que je parle. Je continue : « je lui ai parlé de ce que je fais ici avec vous, de la musicothérapie et elle m'a dit que vous allez chaque semaine à des soirées swing. Ça m'a donné l'idée d'écouter différents types de musiques avec vous pour voir ce qui vous plaît » il dit oui trois fois. J'attends quelques secondes, puis annonce la fin de la séance « on arrive à la fin de la séance, je vais prendre le guitarilé et chanter le chant d'au revoir ». En m'asseyant, je dis « alors vous aimez la musique swing ? », il répond « oui j'aime bien ». Je lui demande ensuite s'il aime bien danser, il répond que oui. Je commence le chant d'au revoir.

Après le chant, je demande à L.B ce qu'il souhaiterait faire la semaine prochaine, il répond « jouer », après cinq secondes de pause. J'acquiesce en disant « d'accord » et nous nous souhaitons mutuellement une bonne semaine en nous serrant la main.

Analyse de la séance : Pour faciliter la lecture, je ne précise pas à chaque écoute que nous restons assis tous les deux à nos places. L.B ne change pas de position pendant le passage des morceaux et s'avance seulement pour regarder l'Atlas de plus près.

Au début de la séance, je lui demande s'il sait où nous sommes géographiquement parlant. Il répond en donnant le nom de la ville où nous nous trouvons mais ne semble pas savoir dans quel pays elle se trouve. J'observe un manque de repères spatiaux, mais cela pourrait être lié également à un manque de connaissance géographique et/ou symbolique.

Pendant la phase d'écoute, lorsque je lui demande ce qu'il a pensé des musiques, il répond « c'était bien » à chaque fois. Je tente, dès le premier morceau, d'évaluer son appréciation face à la musique en disant : « vous avez beaucoup aimé ? Moyennement aimé ? Un peu aimé ? », il répond « c'était bien ». Sa réponse ne change pas.

Au bout de la troisième écoute, j'invite L.B à choisir sur la carte le pays associé à la musique qu'il a préférée jusque-là. Il pointe l'Afrique du doigt. Il est difficile d'évaluer la nature de ce choix ; est-ce que L.B associe les musiques aux images de la carte du monde

et dans ce cas il a vraiment préféré la musique sénégalaise, ou bien est-ce que le choix de l'Afrique, localisée de façon centrale sur l'atlas, est pointé par facilité ?

Je lui donne à la fin le choix de décider de l'orientation de la prochaine séance.

Ressentis : Je me sens beaucoup plus sereine pendant cette séance et le fait d'avoir pu discuter avec Mme M de mon stage me fait du bien. Avant la séance d'aujourd'hui toutes mes rencontres avec L.B ont été difficiles à vivre pour moi. Je suis passée par beaucoup d'interrogations sur ma pratique et sur mon attitude par rapport à lui. Ma démarche avec cette prise en charge a été d'offrir la possibilité à L.B d'orienter le contenu des prochaines séances. Néanmoins son manque d'expression verbale me déstabilise pour des séances de musicothérapie réceptive, étant dans l'incapacité d'évaluer son appréciation de la musique. Je décide donc d'orienter les trois dernières séances principalement autour du jeu musical.

En parallèle à la rencontre avec Mme M, je prends contact avec une psychologue habituée au public handicapé, et commence une supervision avec elle. Le fait d'avoir un avis extérieur m'aidera à prendre du recul par rapport à cette prise en charge et enchaîner les séances avec une attitude plus neutre. Je me sens dans de meilleures dispositions.

3 Avril 2018 Séance 10, 11h-11h30

Préparation et objectifs de la séance : Je prépare la salle en disposant le tambour océan et le carillon à quatre barres [Annexe 1] sur la petite table contre le mur, de mon côté du canapé. J'installe également deux chaises devant le piano et mets mon ordinateur à hauteur de la chaîne hi-fi avec le morceau « Sing Sing Sing » de Benny Goodman préparé [Annexe 14].

Les objectifs pour cette séance sont similaires aux séances précédentes : il s'agit d'offrir un moment de partage musical positif en mettant en place des dispositifs afin d'encourager L.B à la prise d'initiative. Je compte laisser place au jeu pendant cette séance, mais prépare tout de même un morceau de swing sur mon ordinateur afin de proposer à L.B un moment d'écoute partagée.

Déroulement de la séance : Nous entrons dans la salle et effectuons le rituel de bienvenue. Avant la chanson, je complimente L.B sur sa tenue vestimentaire ; il porte un pull à rayures de différentes couleurs. Je détaille le contenu de la séance puis commence à jouer.

En finissant la chanson, je lui redis « bienvenue » et me lève pour poser le guitalélé. Je lui demande comment s'est passé son week-end de Pâques, il dit « on est restés ». Étonnée, j'ajoute « vous n'êtes pas sorti ? », il répond après cinq secondes : « on a mangé dehors ». Je lui demande s'il a fait un pique-nique - il acquiesce en disant oui - et lui parle un peu de la tradition de Pâques. J'apprends, en le sollicitant, qu'ils ont fait une chasse aux œufs avec son foyer. J'ajoute : « ah vous avez donc mangé du chocolat », il acquiesce d'un « oui ». Je laisse passer cinq secondes puis lui demande quelle est sa nourriture préférée, il répond ne pas savoir. J'énumère différents noms d'aliments, puis en disant « roquefort » il répond « oui j'aime ça ».

temps je joue des doubles croches de la main droite et L.B continue sur les noires ; ce jeu dure cinq minutes. Je l'invite au bout de quelques minutes à reproduire le même jeu, mais en jouant uniquement sur les touches blanches du clavier. Il commence à jouer, toujours de son index gauche, en montant et redescendant sur les touches blanches du clavier.

Pendant ce temps, je plaque plusieurs accords : DO - SOL - LA de ma main gauche, puis au bout d'une trentaine de secondes, je commence à jouer également de ma main droite.

Nous jouons ainsi pendant cinq minutes, puis L.B enlève sa main gauche du clavier et la pose sur ses jambes. Je dis « bravo, c'est très beau ce qu'on a fait là, vous vous débrouillez très bien... j'ai observé que vous jouez d'un seul doigt » je lui montre mon index en disant cela, il répond « oui je joue ». Je lui demande s'il a déjà joué du piano auparavant, il répond que non. Je lui demande s'il en a fait avec d'autres stagiaires en musicothérapie, il répond « non j'en ai pas fait, j'ai pas fait de piano ». Je laisse passer cinq secondes puis demande « est-ce que vous souhaitez jouer encore ou écouter une musique de swing ? » il répond aussitôt « écouter une musique ». Je l'invite donc à se rasseoir sur le canapé, il se lève et retourne à sa place.

Je demande « est-ce que vous connaissez des groupes de swing ? » il répond après cinq secondes « je sais pas ». Je mets le morceau « Sing Sing Sing » de Benny Goodman.

Toujours pendant la chanson, je me lève et prends le petit djembé et un tambourin. Je donne le djembé à L.B qui le prend sur ses jambes, et garde le tambourin. Je l'invite à battre le rythme en même temps que la musique et nous jouons jusqu'à la fin ; j'accorde mon tempo, L.B joue hors du tempo avec des noires battant un rythme plus lent que celui du morceau.

À la fin de l'écoute, j'invite L.B à garder le djembé pour m'accompagner sur le chant d'au revoir. Il le tient de sa main droite et joue des noires d'un tempo d'environ cent soixante dix battements par minute de sa main gauche. Je joue les accords de la chanson en frottant les cordes du haut vers le bas sur le même tempo que L.B. Il s'arrête de jouer sur le dernier accord, puis s'avance sur le canapé. Je dis « avant de partir L.B, est-ce que vous pouvez me dire ce que vous avez pensé de la séance ? » il dit : « c'était bien, c'était bien ». Je laisse passer quelques secondes puis le remercie d'être venu, il se lève et marche vers la porte. Il me tend la main avant de sortir et nous nous souhaitons une bonne semaine.

Analyse de la séance : Étant au courant du grand pique-nique organisé entre les trois foyers, je décide d'en parler avec L.B. Néanmoins, lorsque je lui demande ce qu'il a fait, il répond être « resté » au foyer, mais avec plus d'insistance il précise être sorti « pour manger ». Sa première réponse peut traduire un certain désordre du traitement spatio-temporel, ou bien être liée à un oubli de l'événement. Avec un peu d'encouragement, L.B parvient à mentionner le pique-nique ce qui souligne des facultés cognitives liées à la remémoration.

Je choisis le tambour océan, instrument évocateur du son de la mer et le carillon pour commencer un jeu d'improvisation dans une ambiance sereine. Comme L.B joue de façon douce et semble apprécier le tambour océan, je choisis ces deux instruments qui me paraissent adaptés à son style de jeu. Lorsque je lui demande à quoi le son de l'instrument lui fait penser, il répond « le sable », alors je continue en parlant de la plage et de ses balades à vélo avec Mme M. L.B ne répond pas au début, mais lorsque je mentionne le nom de Mme M, il semble se situer dans mes propos et dans le contexte de la plage. Je le sollicite beaucoup à travers l'échange verbal pendant les dernières séances pour apprendre à mieux le connaître, et observe que le peu d'informations que j'ai à son sujet me

permettent néanmoins de rebondir et d'approfondir notre échange. Sans renseignements sur le pique-nique du week-end dernier, le mot « resté » aurait limité notre conversation.

Plus tard dans la séance nous jouons du piano qu'il ne joue que d'un doigt : l'index de la main gauche. Je l'invite à explorer le jeu des deux mains, mais cela le met en difficulté lorsqu'il se cogne les deux index en jouant sur la même touche. Je l'invite donc à jouer de la manière qui lui semblera la plus confortable. Il serait intéressant pour une prochaine séance d'explorer un jeu sollicitant davantage la motricité fine au niveau de ses mains, qui semble limitée.

Au piano, L.B commence à jouer en répétant un motif entre les touches blanches et noires du clavier. Le rendu n'est pas très euphonique et je souhaite développer un jeu commun en encourageant la réciprocité à travers le jeu. Pour ce faire, je l'invite à jouer uniquement sur les touches noires. Il comprend la consigne et joue de façon adaptée. Je joue en l'accompagnant de différentes façons, mêlant son style de jeu (rythme de noires) de style Ostinato⁶¹ avec d'autres éléments : silences, doubles croches et accords. En jouant ainsi, j'enrichis la qualité répétitive de son jeu en apportant plus d'éléments mélodiques et harmoniques. Cela amène une certaine complémentarité à notre jeu qui devient alors plus harmonieux et réciproque.

Après les touches noires, nous jouons uniquement sur les touches blanches du clavier. L.B a répondu de façon adaptée aux consignes en faisant preuve d'une capacité à mobiliser une attention soutenue et des facultés d'anticipation dans son jeu spontané.

Pendant l'écoute musicale, nous jouons sur des instruments rythmiques pour accompagner le morceau diffusé. J'observe que L.B ne joue pas en rythme avec la musique, mais avec une cadence régulière. Le fait de jouer jusqu'au bout du morceau témoigne d'une attention soutenue et d'une certaine motivation au jeu. Comme j'observe cela, je l'invite à garder l'instrument pour m'accompagner sur le chant d'au revoir. Cette fois-ci, je m'adapte à son rythme, ce qui l'encourage à jouer jusqu'au bout de la chanson. Le fait d'imiter son jeu est une façon de rendre l'échange musical plus sécurisant pour lui.

Pour la première fois avant de sortir de la salle, L.B me tend la main pour dire au revoir.

Ressentis : Suite aux conseils donnés lors de la supervision de mon travail, je pose des questions à L.B pour apprendre à mieux le connaître. Bien que ses réponses soient simples, le fait d'avoir plus d'éléments sur son histoire personnelle me donne matière à explorer. Je me sens mieux disposée, l'entrée en contact devient plus facile.

Je suis étonnée par son comportement qui semble avoir évolué sur certains points, notamment au niveau de la prise d'initiative. Lorsque nous jouons au piano sur les touches blanches, c'est lui qui commence à jouer et surtout qui termine en retirant sa main du clavier. Son rythme reste le même pendant tout le jeu et le fait d'adapter nos cadences crée une ambiance sonore très agréable et mélodieuse. Pendant le chant d'au revoir, j'adapte mon jeu au sien en frottant les cordes du haut vers le bas sur chacun de ses coups sur le djembé. Le fait de m'adapter à son jeu le soutient jusqu'à la fin de la chanson.

Pour la première fois, L.B me tend la main pour dire au revoir. J'associe cela au fait que ce soit devenu un rituel entre nous et ce geste me fait plaisir. Peut-être a-t'il aussi voulu exprimer sa satisfaction.

⁶¹ Ostinato : répétition systématique d'un rythme

10 Avril 2018 Séance 11, 11h-11h30

Préparation et objectifs de la séance : Je prévois pour cette séance de commencer par un moment de jeu, puis un moment d'écoute. J'installe sur la table deux bracelets à grelots que je compte utiliser pour le jeu de chef d'orchestre. Pour l'écoute je branche mon ordinateur sur la chaîne hi-fi et prépare deux morceaux : « Afro blue » de Mongo Santamaria et « Djinn Lazrag » de Pierre Emmanuel Poizat [Annexe 14].

Il s'agira dans cette séance de renforcer les potentialités cognitives en encourageant la prise d'initiative de L.B et de planification (prise de décision), ainsi que de mobiliser ses fonctions motrices.

Déroulement de la séance : Je vais chercher L.B à l'activité mosaïque et nous nous installons dans la salle. Je prends le guitalélé et chante le chant de bienvenue . À la fin de la chanson je pose l'instrument et lui demande s'il se souvient de notre dernière séance, lorsque nous avons écouté de la musique swing. Il répond que oui. J'attends quelques secondes puis lui explique ce qui est prévu pour cette séance.

Je l'invite dans un premier temps à choisir un instrument. Il marche jusqu'à la boîte et prend le tambourin. Pendant ce temps, j'accroche deux bracelets à grelots autour de mes chevilles et lui rappelle la musique indienne que nous avons écoutée lors d'une séance précédente. Il répond « oui » lorsque je lui demande s'il s'en souvient et j'explique que ce type de bracelet est très utilisé par les danseuses indiennes qui s'en servent pour marquer le rythme musical avec leurs pas. Tout en lui expliquant cela, je secoue mes jambes un peu et tape des pieds, puis me lève et dis « on va faire un jeu ; lorsque je marche et fais du bruit, il faut jouer, mais lorsque je m'arrête et que le bruit s'arrête aussi, il faut arrêter de jouer » L.B dit oui à deux reprises pendant que j'explique la consigne.

Je commence à marcher et L.B commence à jouer. Au bout de dix secondes, je m'arrête, L.B aussi. Je reprends le jeu après cinq secondes de pause puis m'arrête de nouveau au bout de dix secondes. Je répète ce schéma cinq fois, avec des intervalles de dix secondes de jeu et cinq secondes d'arrêt. Après le cinquième arrêt je propose un inversement de rôles : que L.B initie les arrêts et les reprises au tambourin. Debout, au milieu de la salle, je commence à marcher dès que L.B commence à jouer du tambourin. Il tape un tempo de cent quarante battements par minute, je marche sur son rythme. Pendant cinq minutes, L.B joue en s'arrêtant et reprenant le jeu avec des intervalles d'environ vingt secondes, marquant à peu près dix secondes de pause à chaque fois. Lors des reprises, je marche sur son rythme et commence à fredonner un air traditionnel péruvien « El Condor Passa ».

Au bout des cinq minutes L.B s'arrête, alors je m'assois sur le canapé et le félicite. J'attends une dizaine de secondes puis lui demande s'il veut mettre les bracelets à grelots autour de ses chevilles et marcher dans la salle pendant que je joue. Il répond « je veux pas ». Je lui dis qu'il n'y a pas de problème et enlève les bracelets de mes chevilles. Je laisse passer cinq secondes puis lui propose de garder le tambourin, je prends les bongos. J'explique à L.B que la particularité des bongos se trouve au niveau des deux tambours qui le constituent ; lorsque l'on tape sur le plus grand côté, le son est plus grave que lorsque l'on tape sur le plus petit. Je joue toute seule pendant dix secondes sur les deux tambours des bongos, puis dis « je vais vous envoyer le son qu'il faudra rattraper et me renvoyer, d'accord ? » il acquiesce d'un « oui ». Je joue en premier et commence sur le grand tambour de ma main gauche en tapant doucement des doigts, puis je tape de ma main

droite sur le petit tambour d'un coup sec et relève la main en direction de L.B. Il joue un tempo de cent quarante battements par minute pendant cinq secondes puis s'arrête. Je recommence à jouer en donnant un coup de ma main gauche sur le grand tambour et un coup de ma main droite sur le petit en renvoyant le son à L.B. Il joue pendant trente secondes sans s'arrêter et accélère son rythme jusqu'à deux cents battements par minute. J'attends pendant ce temps, puis commence à jouer avec lui en jouant son rythme. Il ralentit le tempo à cent quarante battements par minute. Nous jouons ensemble sur ce tempo pendant trois minutes. Pendant ces trois minutes, L.B joue le même rythme de sa main gauche, je fais varier le mien par des contretemps et des doubles croches, puis lui propose que l'on échange nos instruments. Il est d'accord, alors je prends le tambourin et pose les bongos sur ses jambes, en m'assurant que c'est confortable pour lui. Je lui explique qu'il peut en jouer des deux mains comme je le faisais à l'instant. Il commence à jouer des deux mains d'un tempo de soixante battements par minute avec des doubles croches. Je vocalise son rythme sur des « da-dam-da-dam-da-dam... » puis prends le tambourin et joue avec lui. Au bout d'une dizaine de secondes, je fredonne en même temps en improvisant un air inspiré du morceau « Moanin » de Charles Mingus. Au bout de deux minutes de jeu, L.B s'arrête de jouer pendant dix secondes, j'arrête aussi, puis il reprend. Nous jouons pendant une minute puis j'annonce la fin avec une cadence finale au chant. L.B s'arrête sur la dernière note. Je lui demande ce qu'il a pensé de cet échange musical, il répond « c'était bien, c'était bien ». J'attends dix secondes puis lui demande ce qu'il préfère faire pour le reste de la séance ; continuer de jouer ou écouter de la musique. Il répond aussitôt « écouter... je veux écouter, musique ». J'acquiesce en disant « d'accord » puis lui enlève les bongos des jambes. Je range les deux instruments et démarre le premier morceau « Afro Blue » de Mongo Santamaria. Je me rassois sur le canapé et demande à L.B s'il connaît cette musique, il répond que non. Après quatre minutes, je lui demande ce qu'il en a pensé, il répond par « c'était bien ». Je lui demande s'il sait de quel style de musique il s'agit, il répond ne pas savoir. Je continue en disant « c'est assez joyeux comme musique, qu'est-ce que vous en pensez ? » « oui, c'est joyeux », dit-il. J'attends cinq secondes puis j'annonce « pour continuer, on va écouter un morceau qui vient du nord de l'Afrique », je démarre le morceau. À la fin je lui demande ce qu'il a pensé de la musique, il répond « c'était bien ». Je lui demande quel morceau il a préféré entre les deux, il répond « j'ai préféré celui-là » en parlant du dernier. Je dis « c'est une musique avec beaucoup de rythme et de mélodie en même temps, le rythme c'est ça » je tape le rythme sur mes jambes pendant dix secondes, et dis « et la mélodie c'est ça », je fredonne la mélodie du morceau pendant dix secondes. J'attends cinq secondes puis prends le guitalélé et annonce la fin de la séance. Je commence à jouer et pendant la première partie du chant, L.B s'avance sur le canapé, et se remet contre le dossier. Dans le chant d'au revoir, j'improvise des paroles en disant que notre prochaine séance sera après les vacances et que ce sera la dernière. Sur la note finale, L.B se lève et marche vers la porte. Je lui explique que l'on ne va pas se voir pendant plus d'un mois étant donné qu'il y a les vacances de la Toussaint et des jours fériés. Il dit « oui » à plusieurs reprises puis je lui souhaite de bonnes vacances en tendant ma main. Il me la serre et me souhaite également de bonnes vacances.

Analyse de la séance : Le jeu du piano de la séance précédente m'a inspiré pour celle-ci. Je souhaite explorer le mouvement à travers le jeu du chef d'orchestre et utilise des bracelets à grelots pour accentuer mes mouvements. L.B choisit le tambourin et ne montre

aucune difficulté à s'arrêter lorsque je tiens le rôle du chef d'orchestre. Je lui propose, au bout d'une minute d'inverser les rôles ; que ce soit lui qui fasse le chef d'orchestre (au tambourin) et moi qui le suive. Il prend l'initiative de démarrer le jeu seul et de le finir seul ne montrant aucune difficulté à marquer des pauses et des reprises. J'observe un progrès entre les premières séances et celle-ci, où le jeu de L.B dénote d'une plus grande autonomie à travers les prises d'initiative. Je m'adapte à son rythme pour commencer, puis introduis des doubles croches, des contretemps et une mélodie. Cela nous permet de jouer quelque chose ensemble de complémentaire et de réciproque.

Lorsque je lui demande s'il souhaite mettre les grelots autour des chevilles, il refuse. L.B ne semble pas être à l'aise avec l'idée d'être engagé dans un jeu debout. J'accepte son choix, et lui dis de garder le tambourin, je prends les bongos. Je souhaite mettre en place un jeu encourageant le tour de rôle en envoyant le son comme un ballon. L.B ne semble pas comprendre la consigne et accélère son tempo en continuant de jouer sans marquer d'arrêt. Il est possible que la consigne n'ait pas été énoncée assez clairement. D'un autre côté, tenant compte de l'importance du tour de rôle dans la communication et dans l'échange verbal, il est normal que L.B ait rencontré des difficultés à s'accommoder à ce jeu. Le tour de rôle s'avère précurseur au développement du langage verbal, et dans certains cas, du jeu musical. En considérant ce point en plus du manque d'initiative et d'absence de prise de paroles dans les échanges, il est compréhensible que L.B n'ait pas donné suite à cette consigne. Il serait néanmoins intéressant d'explorer le tour de rôle à nouveau lors d'une autre séance pour favoriser le jeu dans une relation intersubjective.

Lors de l'échange des instruments, L.B joue des bongos et moi du tambourin. À travers son jeu musical, L.B témoigne d'habiletés rythmiques et d'une meilleure dextérité lorsqu'il s'agit d'aplatir ses mains contre la peau de l'instrument plutôt que d'utiliser les doigts pour jouer sur le clavier d'un piano. Lorsque j'amorce la fin de la musique en chantant une cadence finale, L.B s'arrête naturellement de jouer. J'observe de façon générale que L.B a de bons repères temporels dans la musique ; il sait reconnaître la fin d'une mélodie.

Lors de l'écoute, je fais passer deux musiques aux styles différents et demande à L.B laquelle il préfère, il répond la deuxième. À maintes reprises, j'observe que lorsque je sollicite L.B à réfléchir à ses préférences musicales, il est fréquent que L.B fasse référence au dernier élément de la liste. Cette observation montre les limites de l'échange verbal, et inviterait à explorer la communication et le jeu à travers un support plus visuel.

La possibilité donnée à L.B de choisir l'orientation de la séance lui donne un rôle de décideur, qui lui arrive peu dans le contexte du foyer.

Ressentis : Durant cette séance, je remarque des éléments nouveaux qui me confortent à l'évolution de L.B au cours de la prise en charge. Pour la première fois, il termine seul lors du jeu de chef d'orchestre, sans que je doive le solliciter verbalement.

Par ailleurs, lorsque nous improvisons aux percussions, lui aux bongos et moi au tambourin, il joue un nouveau rythme, des croches au lieu de noires. Je sens le besoin, à ce moment-là, de soutenir son nouveau rythme par des vocalises que je reprends en « da-dam ». Il continue de jouer des deux mains pendant plusieurs minutes en gardant ce rythme.

Le fait d'aborder les deux approches du jeu et de l'écoute me semble désormais plus pertinent que de les séparer dans des séances distinctes. Je choisis lors de cette séance, deux morceaux aux styles différents afin de continuer le voyage musical avec L.B.

15 Mai 2018 Séance 12, 11h-11h30

Nous ne nous sommes pas vus avec L.B pendant cinq semaines, interruption due aux vacances de printemps et à deux jours fériés.

Préparation et objectifs de la séance : Je prévois pour cette séance un premier temps de relaxation avec le bol tibétain, et compte aborder le sujet du bonheur. Pour cela, je prépare la salle avec une petite table au centre, recouverte d'un drap aux couleurs chaudes et place le bol et son bâton au milieu. J'éteins la lumière principale et allume trois lampes situées aux extrémités de la pièce.

Au piano, j'installe deux chaises pour le deuxième temps de la séance : il s'agira de jouer en improvisant ensemble.

Pour le troisième temps, j'ai apporté un CD de standards de jazz et compte diffuser le morceau « Take Five » de the Dave Brubeck Quartet [Annexe 14]. Je prépare le CD dans le lecteur.

Les objectifs sont d'encourager la prise d'initiative et la réciprocité à travers le jeu musical. Par ailleurs je souhaite aborder le sujet du bonheur afin de finir la prise en charge sur une note positive.

Déroulement de la séance : Je vais chercher L.B à l'activité mosaïque et nous nous installons dans la salle. Avant de commencer le chant de bienvenue, je lui explique que c'est notre dernière séance ensemble. Pendant que je parle, L.B dit « oui » à deux reprises. Je prends le guitalélé et commence à jouer le chant de bienvenue. Lorsque je lui demande la date, il répond d'abord « on est... » puis avec un délai de dix secondes « le quinze ». J'acquiesce et lui demande tout en jouant ce qui se passe le week-end à venir, il répond ne pas savoir. Je lui explique que c'est une fin de semaine spéciale où plusieurs foyers de ce type vont se regrouper dans un village vacances pour la durée du week-end. Je lui demande s'il y va, il répond que oui. Je continue à jouer en disant que l'on se verra là-bas puisque nous faisons un concert le samedi soir avec un autre groupe en musicothérapie. L.B dit « oui » à plusieurs reprises lorsque je parle. Je finis le chant de bienvenue.

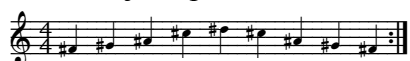
Je pose le guitalélé et attends dix secondes, puis prends le bol tibétain et son bâton. Je tends le bâton à L.B et l'invite à donner un coup sur le côté. Il marque un premier coup fort, puis plusieurs petits coups. Je reprends le bâton et dis « regardez, ça peut se jouer comme ça aussi », je tourne le bâton doucement autour du bol. Je continue d'en jouer pendant dix secondes puis je dis « je vais continuer de jouer et dire une petite citation en même temps » L.B dit « oui ». Je commence : « Le bonheur... le bonheur c'est être tout simplement soi », je continue de jouer pendant dix secondes puis demande à L.B ce qui le rend heureux, « je sais pas » répond-il. Je continue : « est-ce qu'il y a quelque chose qui vous fait plaisir dans la vie ? » il attend cinq secondes puis répond par un ou plusieurs mots que je ne comprends pas. Je lui demande de répéter, mais je ne comprends toujours pas la deuxième fois.

Je finis de jouer du bol tibétain puis l'invite à aller au piano. Il prend la place à droite au niveau des touches aiguës du clavier, je m'assois sur la gauche, au niveau des notes graves. Je laisse passer dix secondes et annonce la première consigne « on va prendre un peu de temps pour explorer le piano en jouant librement ».

J'attends cinq secondes puis commence à jouer : une note longue, le DO. L.B lève sa main gauche par-dessus le clavier et joue avec son index en montant et descendant sur trois touches noires :



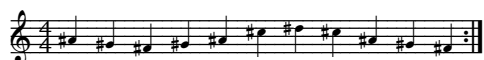
Il joue d'un tempo de soixante-dix battements par minute, moi aussi. Je joue sur les touches blanches pendant une vingtaine de secondes pendant que L.B joue le motif de notes altérées, puis je commence à jouer sur les touches noires. Nous jouons tous les deux sur les touches noires du clavier et L.B joue plus de notes :



Je joue des doubles croches avec un rythme swing tout en montant et redescendant sur les touches noires. L.B commence ensuite à jouer sur les touches blanches, il joue :



Je continue en jouant un rythme swing sur les touches blanches en jouant des doubles croches, des notes longues, des silences et des contretemps. Pendant ce temps, L.B continue avec des noires en montant et redescendant sur le clavier. Il s'arrête de jouer pendant cinq secondes en relevant sa main puis reprend le jeu sur trois touches blanches qu'il enchaîne avec des touches noires ainsi :



Je répète ce motif pendant vingt secondes puis joue une note longue, le DO#. L.B commence alors à jouer sur les notes blanches, en montant et descendant sur le clavier. Je joue avec mon index et descends jusqu'à la note la plus grave du piano où je pose deux autres doigts pour former un accord. Pendant une minute, je joue quatre variations de l'accord du DO en le plaquant chaque quatrième coup. Une personne frappe à la porte pour prendre des coussins, nous continuons de jouer pendant ce temps, puis elle ressort de la salle. L.B s'arrête de jouer, j'arrête aussi et lui propose de faire le jeu du chef d'orchestre, il acquiesce d'un « oui ». Je commence à jouer sur les touches noires de ma main droite, des doubles croches avec un rythme swing. L.B est assis, le regard dirigé vers le clavier, les mains sur ses jambes. Au bout de dix secondes, je lui chuchote qu'il peut jouer. Il commence à jouer sur les touches blanches, je fais de même. Il joue un rythme de noires en montant et descendant, je joue des doubles croches. Au bout de quinze secondes, j'arrête de jouer, L.B continue et s'arrête quinze secondes plus tard. J'attends dix secondes puis reprends en plaquant un accord de DO, puis enchaîne par des noires et un accord de RÉ. L.B reprend le jeu après deux secondes et joue trois touches noires puis continue sur les touches blanches. J'alterne entre accords et croches puis m'arrête au bout de vingt-cinq secondes. L.B continue de jouer dix secondes puis s'arrête. Nous jouons ainsi pendant cinq minutes en marquant plusieurs arrêts et reprises puis je propose à L.B d'inverser les rôles. Lorsque j'explique la consigne, L.B dit « oui » à plusieurs reprises, puis je l'invite à commencer. Il débute en montant et descendant sur les touches blanches du clavier. Je joue des noires puis enchaîne avec des accords et des doubles croches. Nous jouons ainsi pendant quatre minutes puis L.B marque son premier arrêt. Il enlève sa main du clavier, la pose sur sa jambe pendant dix secondes puis recommence à jouer. Je continue avec un enchaînement d'accords : MI - LA - RÉ - SOL - SI - MI, chaque quatrième battement. Au

bout d'une minute de jeu, il commence à jouer sur les touches noires, moi aussi. Je joue une mélodie de type ballade, puis L.B reprend le jeu sur les touches blanches trente secondes plus tard.

Le deuxième arrêt intervient au bout de deux minutes et trente secondes. L.B pose sa main sur ses jambes pendant dix secondes puis recommence à jouer. Je continue en faisant varier mon rythme, L.B change des touches blanches aux touches noires à trois reprises. Au bout de trois minutes je propose « on va s'arrêter là L.B... super, vous avez très bien joué » j'attends cinq secondes puis continue « je vous propose que l'on écoute un morceau ensemble pour finir cette séance, qu'est-ce que vous en pensez ? » « oui, je veux écouter une musique ». Nous nous levons de nos chaises et retournons nous asseoir sur le canapé. Je demande à L.B s'il est prêt et lui annonce le titre du morceau. Je démarre l'écoute. À la fin du morceau, je lui demande s'il connaît ce style de musique, il répond après cinq secondes « c'est du jazz », j'acquiesce d'un « oui ! » et le félicite d'avoir trouvé.

Je laisse passer une dizaine de secondes puis prends le guitalélé. Avant de commencer à jouer, je demande à L.B comment il se sent, il répond « je me sens bien ». Je joue le chant d'au revoir et lui souhaite une bonne continuation en chantant. À la fin du morceau, L.B se lève et se dirige vers la porte. Je pose le guitalélé et lui souhaite de nouveau une bonne continuation. Je le remercie d'être venu à chaque séance de musicothérapie et lui dis que l'on se reverra une dernière fois le week-end prochain. Lorsque je lui souhaite une bonne semaine il, répond « bonne semaine » et nous nous serrons la main.

Analyse de la séance : Je choisis, pour cette dernière séance, de disposer le mobilier de la salle afin de créer une atmosphère de détente. Mon intention, avec la citation sur le bonheur est de terminer la prise en charge sur une note positive en demandant à L.B ce qui le rend heureux dans la vie.

Lorsque je lui demande ce qui le rend heureux en général, il répond d'abord ne pas savoir, puis avec un peu d'insistance, il dit un mot ou phrase que je ne comprends pas. N'ayant pas pu comprendre sa réponse, je constate néanmoins que son propos est plus complexe que d'habitude ce qui sous-tend une qualité de réflexion et une sollicitation des fonctions exécutives (récupération d'informations en mémoire).

Pendant le jeu au piano, j'observe que lorsque je rentre dans le jeu de L.B en imitation, il commence à jouer d'autres notes, ou à jouer d'une façon différente. Je remarque cette dynamique dans plusieurs séances et joue ainsi pour l'encourager à explorer le clavier de façon moins restreinte et plus diversifiée.

Le rythme de L.B est plus lent pendant cette séance que d'ordinaire. Il joue d'un battement de soixante-dix coups par minute et répond avec un décalage aux consignes. Il est possible que cette lenteur soit liée à l'atmosphère détendue que j'ai voulu créer ou bien au fait qu'il soit fatigué.

Lorsque nous jouons au jeu du chef d'orchestre, L.B ne commence pas à jouer lorsque je démarre, je l'encourage donc en chuchotant. Son tour venu d'être le chef d'orchestre, il marque un premier temps d'arrêt au bout de quatre minutes. Ce long moment de jeu me fait douter de sa compréhension de la consigne, mais je continue en diversifiant mon style afin d'enrichir notre jeu commun. Après cela, L.B s'arrête à plusieurs reprises, ce qui témoigne d'une bonne compréhension de la consigne et d'une capacité à organiser et planifier les arrêts-reprises.

Pour l'écoute musicale, je choisis un standard de jazz et lui demande à la fin s'il connaît ce style musical, il répond « c'est du jazz ». Ce propos met en avant la capacité de

reconnaissance musicale et d'identification du genre écouté, point qu'il serait intéressant d'approfondir.

Ressentis : J'observe une lenteur plus marquée pendant cette séance et me questionne sur son origine. Serait-elle sous-jacente à un état de détente ou bien liée à de la fatigue, je ne pense pas à le demander à L.B. Je suis frustrée de ne pas avoir compris sa réponse à ma question sur le bonheur. Comme je ne comprends pas sa réponse, je passe à autre chose.

Je trouve cela important pour cette dernière séance de jouer ensemble afin de passer un dernier moment de co-création partagé. Je fais en sorte d'accommoder mon jeu au sien en apportant des éléments rythmiques et mélodiques variés, ce qui enrichit notre échange. J'observe à plusieurs reprises des changements au niveau de son jeu lorsque je rentre en imitation avec son gestuel ; jeu avec index et poing fermé. Cela m'encourage à attendre pendant quatre minutes jusqu'à son premier arrêt lors du jeu du chef d'orchestre. Pendant ce jeu, je me demande s'il compte s'arrêter à un moment donné, mais je décide de ne pas intervenir. Je suis très étonnée lorsqu'il s'arrête la première fois, je ne m'y attends pas.

À la fin de la séance, lorsque je demande à L.B s'il reconnaît le style de la musique de l'extrait en question, je suis surprise de constater qu'il reconnaît que c'est du jazz, et me sens frustrée que ce soit notre dernière séance. Il aurait été intéressant d'explorer davantage ses capacités de reconnaissance musicale.

J'ai l'impression d'être désormais capable d'accueillir L.B tel qu'il est sans me sentir bloquée face à son manque d'expression. J'ai pu observer lors de cette prise en charge des détails qui m'ont paru intéressants à relever et qui traduisent une évolution. Néanmoins, je pense qu'une prise en charge aussi courte ne peut apporter de réels changements pour une personne comme L.B qui est peu dans une dynamique de prise d'initiative et d'échange. Je préconiserais une prise en charge de plus longue durée afin de continuer l'accompagnement.

4.3. Synthèse de la prise en charge de L.B

4.3.1. Les séances

09/01/18 – Séance 1

Méthode utilisée : Musicothérapie réceptive

Extraits écoutés : Deux oeuvres de Mozart + deux oeuvres de piano [**Annexe 5**]

Objectifs : Amorcer le lien thérapeutique et mettre en place le cadre

Observations musicales : L.B ne reconnaît pas les musiques, mais mentionne le nom de Mozart

Autres observations : Réponse adaptée à la question de la date

Autres commentaires : Mettre en place pour la prochaine séance une bande sonore pour évaluer ses capacités de reconnaissance musicale

16/01/18 – Séance 2

Méthode utilisée : Musicothérapie réceptive

Extraits écoutés : Musique classique, aucune œuvre de Mozart [**Annexe 8**]

Objectifs : Offrir un moment d'écoute et évaluer ses capacités de reconnaissance musicale

Observations musicales : L.B répond avoir bien aimé Mozart

Autres observations : Il relève les yeux lorsque je chante son nom. C'est le seul moment où il les relève.

Autres commentaires : Aborder la pratique active lors de la prochaine séance pour encourager la prise d'initiative

23/01/18 – Séance 3

Méthode utilisée : Musicothérapie active

Objectifs : Encourager L.B à prendre des initiatives et expérimenter de jeu musical de façon positive

Instruments : Deux djembés

Consignes : 1 – Jouer en alternance des deux mains ; 2 – Jeu du chef d'orchestre

Observations musicales : L.B fait varier son tempo avec le même rythme toute la séance

Autres observations : Consignes mieux comprises avec mots simples et gestes

Psychomotricité : Prédominance de jeu avec main gauche. L.B joue en alternance des deux mains

Autres commentaires : Je sollicite L.B pour la première fois dans le choix de l'orientation de la prochaine séance

30/01/18 – Séance 4

Méthode utilisée : Musicothérapie réceptive

Extraits écoutés : Musiques contemporaines [Annexe 9]

Objectifs : Apporter un moment de détente, permettre à L.B de planifier la prochaine séance

Objectifs personnel : Observer et identifier ses préférences musicales

Observations musicales : J'incite L.B à jouer du tambourin sur le chant d'au revoir ; il joue de façon arhythmique, avec des coups et des pauses de plus en plus dispersés

Autres obs. : Réponses verbales plus complexes que d'habitude

Psychomotricité : Prédominance de jeu avec main gauche

Autres commentaires : Je pense avoir mis L.B en difficulté en lui donnant le tambourin. Avant le chant d'au revoir il dit vouloir jouer la fois suivante, mais après le chant, partage son envie de vouloir écouter

06/02/18 – Séance 5

Méthode utilisée : Musicothérapie active et réceptive

Extrait écouté : Improvisation à la flûte traversière (par musicothérapeute-stagiaire)

Objectifs : Offrir un moment de détente par l'écoute de la flûte. Encourager la prise d'initiative à travers un moment de co-création

Instruments : Huit lames sonores, un bol tibétain

Consignes : 1- Jeu libre ; 2 – Jouer gamme de DO ensemble ; 3 – Jeu du chef d'orchestre ; 4 – Bol tibétain

Observations musicales : Changement de rythme lorsque nouvelles consignes annoncées. 1 – L.B ne joue que sur deux des quatre lames sonores ; 2 – Il comprend la consigne et initie le jeu ; 3 - Pas de problème pour suivre mon jeu. Son tour venu, il ne marque pas de pause pendant une minute. Je l'encourage verbalement à s'arrêter quand il le souhaite

Autres observations : Facilités à comprendre consignes complexes (jeu : gamme de DO)

Psychomotricité : Prédominance de jeu avec la main gauche

Autres commentaires : L.B souhaite écouter de la musique la prochaine fois

13/02/18 – Séance 6

Méthode utilisée : Musicothérapie réceptive

Extraits écoutés : Oeuvres essentiellement composées de piano [Annexe 10]

Objectifs : Offrir un moment de détente par l'écoute musicale

Autres observations : Je doute que L.B aime vraiment Mozart, le piano et la musique classique

Autres commentaires : Je décide de contacter son père après cette séance

Vacances scolaires du 16 au 27 février ; Master classes du 26 au 28 février ; Congé maladie la semaine du 5 mars

13/03/18 – Séance 7

Méthode utilisée : Musicothérapie active

Objectifs : Offrir un moment de partage musical pour encourager la prise d'initiative. Donner la possibilité à L.B de planifier la prochaine séance

Instruments : Deux boîtes de lames sonores

Consignes : 1 – Jeu libre ; 2 – Jouer couleur préférée ; 3 – Jouer gamme de DO ; 4 – Jeu du chef d'orchestre

Observations musicales : 1 – L.B joue d'abord sur trois premières lames sonores ; 2 - Nous jouons d'abord notre couleur préférée à tour de rôle puis jouons ensemble ; 3 - L.B ne semble pas comprendre la consigne et continue son jeu ; 4 - Il initie le jeu et s'arrête une première fois au bout de deux minutes trente

Autres observations : L.B me souhaite une bonne journée pour la première fois

Psychomotricité : Il commence à jouer avec sa main gauche, puis joue des deux mains lorsque je commente sa façon de jouer pendant le jeu libre

Autres commentaires : Il souhaite écouter de la musique la prochaine fois

20/03/18 – Séance 8

Méthode utilisée : Musicothérapie réceptive

Extraits écoutés : Trois œuvres de Mozart [Annexe 11]

Instruments : Tambour océan et guitalélé (pour chant d'au revoir)

Observations musicales : L.B commence à jouer du tambour océan rapidement puis en joue doucement lorsque je lui montre comment

Autres observations : Questionnement sur la véracité de « Mozart »

Psychomotricité : Le jeu avec le tambour océan permet à L.B de contrôler son débit gestuel

Autres commentaires : J'oublie de demander à L.B ce qu'il souhaite faire la prochaine fois.

Rencontre avec Madame M après cette séance

27/03/18 – Séance 9

Méthode utilisée : Musicothérapie réceptive

Extraits écoutés : Musiques du monde [Annexe 13]

Objec. : Offrir un moment de découverte musicale et évaluer son appréciation

Matériel : Atlas

Obs. musicales : L.B répond toujours « c'était bien » après chaque écoute
Autres obs. : Il pointe l'Afrique du doigt lorsque demandé quelle musique il préfère
Autres com. : Je décide d'orienter les trois dernières séances autour du jeu musical

03/04/18 – Séance 10

Méthode utilisée : Musicothérapie active et réceptive

Extrait écouté : « Sing Sing Sing » - Benny Goodman [Annexe 14]

Objectifs : Offrir un moment de partage musical en encourageant la prise d'initiative et proposant un moment d'écoute partagé

Instruments : Tambour océan, piano, tambourin, petit djembé

Consigne : Jeu libre

Observations Musicales : L.B joue d'abord en alternance sur touches blanches puis noires. Il initie et arrête le jeu de façon spontanée lorsque nous jouons uniquement sur les touches blanches. Sur l'écoute, nous jouons. Il joue d'un rythme continu et non adapté à la musique

Autres observations : L.B me tend la main pour dire au revoir pour la première fois

Psychomotricité : L.B joue du piano avec l'index de sa main gauche, le poing fermé. Je note des difficultés au niveau de la motricité fine

10/04/18 – Séance 11

Méthode utilisée : Musicothérapie active et réceptive

Extraits écoutés : « Afro blue » de Mongo Santamaria et « Djinn Lazrag » de Pierre Emmanuel Poizat [Annexe 14]

Objectifs : Encourager la prise d'initiative, les habiletés motrices et mobiliser des possibilités cognitives avec la prise de décision

Instruments : Deux bracelets à grelots, tambourin, bongos

Consignes : 1- Choisir un instrument ; 2 – Jeu du chef d'orchestre ; 3 – Son / ballon

Observations Musicales : 1 - L.B choisit le tambourin ; 2 – Il prend l'initiative de démarrer le jeu seul, et de le finir seul ; 3 – L.B ne donne pas suite à cette consigne

Psychomotricité : L.B joue des deux mains sur les bongos en alternant le rythme

Autres commentaires : Aborder les deux approches (jeu & écoute) me semble plus pertinent

Vacances scolaires du 13 au 26 avril ; Jours fériés le 1er et le 8 mai

15/05/18 – Séance 12

Méthode utilisée : Musicothérapie active et réceptive

Extrait écouté : « Take Five » - the Dave Brubeck Quartet [Annexe 14]

Objectifs : Encourager la prise d'initiative et la réciprocité à travers le jeu musical. Aborder le sujet du bonheur pour finir la prise en charge sur une note positive

Instruments : Bol tibétain, piano

Consignes : 1 – Jeu libre ; 2 – Jeu du chef d'orchestre ; 3 – Écoute

Observations Musicales : 1 – Au piano, L.B modifie son jeu lorsque je rentre en imitation avec lui ; 2 – Il ne commence pas à jouer, je l'encourage verbalement ; 3 – L.B reconnaît le jazz

Autres observations : Rythme plus lent que d'habitude ; battement de soixante-dix coups par minute et réponse aux consignes décalée

Psychomotricité : Il joue avec l'index de sa main gauche, le poing fermé

Autres commentaires : Je suis surprise de constater sa capacité à reconnaître le jazz. Il aurait été intéressant d'explorer davantage ses capacités de reconnaissance musicale. Je préconiserais une prise en charge de plus longue durée afin de continuer l'accompagnement

4.3.2. Bilan des séances

L.B a bénéficié en tout de douze séances de musicothérapie active et réceptive, en prise en charge individuelle, à raison d'une séance par semaine, du 9 janvier au 15 mai 2018. Pour donner suite à la prescription de ma tutrice pour des séances de détente psycho-musicale, je commence la prise en charge par deux séances d'écoute uniquement, puis varie entre des séances d'écoute et de jeu. Avant notre première rencontre, j'observe que L.B ne communique pas beaucoup et il n'est pas dans une dynamique d'échange. Cela me fait douter de la pertinence d'une approche exclusivement réceptive où l'échange verbal est de rigueur.

Lors du bilan psycho-musical, L.B est impliqué de façon active dans la séance, témoigne d'une attention soutenue et de capacités d'imitation que je trouve intéressantes à explorer lors de séances de musicothérapie active. Je me réfère également à son dossier transmis par le CRA, où il est noté que L.B présente une rigidité cognitive qui rend la prise d'initiative difficile. Je choisis donc d'orienter le travail en musicothérapie autour d'un assouplissement cérébral, impliquant des soubassements cognitifs tels que la prise d'initiative et la planification, à travers le choix d'orientation des séances.

Pendant les séances d'écoute musicale, j'observe les réactions de L.B, mais comme peu d'expressions sont émises, il m'est difficile d'évaluer son appréciation des œuvres diffusées. Toutefois, la rencontre avec Mme M me donne l'idée d'introduire différents styles musicaux afin de poursuivre une recherche d'identité sonore de L.B.

La prise en charge terminée, je constate que cette directive de travail a permis à L.B de développer, stimuler et maintenir l'ensemble de ses fonctions cognitives, exécutives et mnésiques.

Communication verbale et non verbale :

J'observe, avant la prise en charge, un manque de réciprocité au niveau des échanges et peu de communication articulée. Ce point m'encourage à explorer la communication non verbale par le jeu musical. Les échanges à travers ces jeux ont été nombreux et ont contribué à développer une capacité d'anticipation et de planification chez L.B. Son expression musicale a progressivement donné lieu à plus de prise d'initiative.

La prise d'initiative :

Dès la première séance de musicothérapie active, j'instaure le jeu du chef d'orchestre que nous reprenons à diverses occasions jusqu'à la fin de la prise en charge. Ce jeu est un bon moyen pour amorcer la prise d'initiative dans un cadre à la fois structuré et rassurant. Il est intéressant de constater que L.B est progressivement devenu acteur au niveau de son jeu, même lorsque nous ne jouons pas au chef d'orchestre. À plusieurs reprises, il lui arrive de commencer le jeu et, réciproquement, de l'arrêter sans instruction ou semblant d'instruction de ma part.

Planification et autonomie :

La présence de L.B chaque semaine témoigne de sa motivation à venir aux séances de musicothérapie. Jusqu'à la fin de la prise en charge, je vais le rencontrer dans la salle de mosaïque, et le solliciter à venir en séance. Je pense qu'il aurait été intéressant de lui suggérer de venir tout seul, pour développer davantage ses capacités de planification et d'autonomie. N'étant pas tout à fait certaine de ses capacités de repères temporels, je ne pense pas à lui proposer cette option.

Comme L.B n'a pas pour habitude de verbaliser ni de partager ses ressentis de façon spontanée, je lui demande dans chaque séance ce qu'il souhaite faire la prochaine fois. De cette manière, il est davantage acteur de la séance, en choisissant l'orientation de la prochaine.

Motricité fine et coordination :

Dans le dossier de L.B, il est inscrit qu'il a une prédisposition à se servir d'une seule main dans la manipulation des objets et de la réalisation de tâches. Grâce aux jeux mis en place j'observe que L.B a une bonne coordination au niveau des deux mains lorsqu'il s'agit de jouer sur des instruments à percussion. Il n'a pas de problème à les aplatir contre les peaux et à les utiliser de façon successive.

À l'inverse, l'utilisation des doigts est plus laborieuse. Au piano, L.B ne joue qu'avec son index de la main gauche, le poing fermé et l'autre main aplatie sur sa jambe droite.

Capacités mnésiques et reconnaissance musicale :

Dans les séances, je stimule L.B en lui posant des questions dont, pour certaines, je connais les réponses. Souvent il répond par « je sais pas », mais en insistant un peu, il semble être capable de se remémorer des événements et souvenirs passés.

Pendant la dernière séance, lors de l'écoute d'un standard de jazz, L.B reconnaît le style musical, ce qui relève d'une capacité à distinguer les genres.

Le tour de rôle :

L.B est capable de jouer à tour de rôle lorsque les consignes sont annoncées clairement et proposent un cadre structuré. Nous explorons le jeu du tour de rôle dans trois séances différentes où, lors des deux premières, L.B n'a pas de difficulté à s'adapter. Dans la

onzième séance, je tente d'instaurer cette dynamique à travers le jeu du ballon, mais L.B n'est pas réactif. Cela est peut-être lié au fait que la consigne était mal énoncée.

Conclusion du bilan de L.B : Tenant compte des particularités de L.B sur le plan relationnel, cognitif et moteur, je pense qu'une prise en charge en musicothérapie plus longue lui permettrait de maintenir et de renforcer des potentialités cognitives et de développer des habiletés d'expression musicale et relationnelle à travers les interactions avec le musicothérapeute. Par ailleurs, il aurait été intéressant de poursuivre une recherche au niveau de sa capacité à reconnaître les œuvres musicales et leur genre, dans l'optique de déterminer son identité sonore.

4.4. Bilan personnel

4.4.1. Dans la prise en charge de L.B

La première difficulté que je rencontre dans la prise en charge de L.B est d'ordre relationnelle. Nous avons tous les deux des modes de communication différents et je me sens démunie face à son impassibilité. Contrairement à d'autres prises en charge, où naturellement je saisis les différentes dynamiques en improvisant et m'adaptant aux personnes, L.B ne partage pas son monde subjectif, ce qui me donne peu d'éléments pour approfondir les séances. Je réalise ainsi l'importance de prendre contact avec des personnes qui le connaissent mieux afin d'obtenir un complément d'informations pour améliorer le suivi. Je regrette de ne pas avoir eu cette démarche plus tôt, cela m'aurait certainement permis d'avoir plus d'assurance lors du déroulement des séances.

Au fil du stage, je prends néanmoins de plus en plus confiance dans ma pratique et je sens une amélioration après la rencontre avec Mme M. Cette rencontre ainsi que mon suivi hebdomadaire en séances de psychothérapie - qui se passe en dehors du lieu de stage - m'aident à prendre du recul. Je me sens progressivement en meilleure disposition pour accueillir L.B.

De façon globale, j'observe que mon adaptation à L.B est particulièrement lente en comparaison à d'autres cas. Cette lenteur s'explique par la lenteur même de L.B et me demande si le rythme d'évolution des séances ne serait pas directement lié à son apathie. Pour certaines prises en charge, je constate des progrès et des améliorations visibles sur différents niveaux, mais avec L.B c'est différent, cela prend plus de temps.

Ce n'est qu'à la fin du stage que je gagne en confiance et me sens plus compétente.

Je réalise néanmoins qu'une si courte prise en charge pour une personnalité comme L.B n'est pas suffisante. À chaque fin de séance j'écris un compte rendu et analyse les différentes dynamiques, ce qui m'amène à réfléchir à des possibilités de jeux et de dispositifs à mettre en place pour les futures séances. Je pense notamment aux pictogrammes, qu'il aurait été intéressant d'inclure pendant les séances, afin d'optimiser les échanges. J'apprends que L.B a pour habitude, lors de ses réunions de synthèse, de s'aider d'images pour communiquer. Malheureusement, je ne tiens pas compte de ce fait et pense qu'il aurait été intéressant d'explorer ses aptitudes visuelles, en associant images et musique.

C'est ainsi que je termine cette prise en charge un peu frustrée de ne pas pouvoir continuer à développer ce travail avec lui. Mais par ailleurs le statut de stagiaire implique des limites dans le temps.

4.4.2. Dans le cadre du stage

Au début du stage je participe aux activités du SAJ pour apprendre à connaître les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les résidents. Cette phase d'immersion et d'observation me permet également de mettre en place le projet thérapeutique global en musicothérapie, que j'élabore selon mes observations et quelques prescriptions. Je commence avec sept prises en charge, puis neuf dès le mois de février. Ce chiffre est recommandé par ma tutrice qui a l'habitude de superviser le travail de stagiaires en musicothérapie. Cela me donne peu de temps pour être ailleurs que dans la salle de musicothérapie où je passe mes journées de présence à gérer les séances puis à en rédiger les comptes-rendus. Pendant le stage, je ne me rends pas tout à fait compte de cet aspect mais réalise avec du recul que cela a fait défaut à mon intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, le fait d'avoir autant de cas - six séances individuelles et trois séances de groupe (composés de deux, trois et quatre personnes) – me permet d'avoir un panel d'observation large et d'explorer la pratique de la musicothérapie de façon diversifiée. Je ressors de ce stage avec des compétences et aptitudes plus étendues et me sens confiante dans mon rôle futur de musicothérapeute.

Il m'arrive, à diverses occasions de me promener dans les lieux avec mon guitalélé ou d'autres instruments, de jouer pendant les pauses entre les ateliers, pour des événements et aussi à l'occasion du concert de fin de stage. Je ressens néanmoins une attente d'animation musicale à plusieurs reprises qui rend la nature de mes interventions ambiguë. Je tente de rectifier ce point en proposant des séances de co-thérapie avec certains collègues (éducateurs), pour les sensibiliser à la musicothérapie.

4.4.3. Avec l'équipe pluridisciplinaire

Beaucoup de changements ont eu lieu pendant mon stage. L'établissement connaît une série de départs et de remplacements. Le directeur à la tête de la communauté depuis plus de treize ans part à la retraite, la coordinatrice médico-psychologique démissionne et est remplacée par une éducatrice, ma tutrice, responsable des ateliers s'en va en congé maternité et est remplacée par un éducateur. Enfin, une éducatrice présente depuis longtemps est en congé maladie pour plusieurs mois. Je vis cette période, déstabilisante pour le SAJ, comme une difficulté pour l'exercice de mon stage. Les vacances et les jours fériés marquent une rupture et ont une conséquence notable sur ma visibilité en tant que stagiaire musicothérapeute. À plusieurs reprises, les éducateurs en postes fixes sont remplacés par des éducateurs intérimaires qui ne sont pas au courant du projet en musicothérapie et étonnés de me voir après une période d'absence liée aux vacances.

Je sens que le travail de sensibilisation réalisé au début du stage, avec la présentation d'une projection (PowerPoint), aurait eu besoin d'être réactualisé à plusieurs reprises afin de sensibiliser les nouveaux membres de l'équipe pluridisciplinaire au projet de

musicothérapie. Cela étant, l'occasion ne se présente pas, et l'équipe ne cesse de changer jusqu'à la fin de mon stage.

Avant de partir en congé maternité, ma tutrice demande au psychologue de l'institution de superviser mon travail. Nous nous concertons tous les trois afin de parler des modalités du stage, mais celui-ci ne donne pas suite à mes sollicitations. C'est pour cette raison que je commence une supervision à l'extérieur de mon lieu de pratique avec une psychothérapeute spécialisée dans le domaine du handicap et de l'autisme. Je ne réalise pas, pendant le stage, l'importance de partager cette information avec l'équipe pédagogique de l'Université de Montpellier, et regrette de ne pas l'avoir fait plus tôt.

En somme, ce stage m'a permis de poser les bases de mon futur métier de musicothérapeute dans un contexte proche de la réalité du terrain. Avoir eu autant de prises en charges m'incite à poser un regard différent sur chaque cas et à me questionner sur le processus de maturation du lien thérapeutique. Le cas clinique de L.B requiert une attention particulière ainsi qu'un échange actif avec les membres du personnel et les proches, ce qui a motivé le développement d'une réflexion dans la dernière partie de ce mémoire.

5. Cinquième partie : réflexion sur l'origine de la relation thérapeutique

La vie psychique, la relation thérapeutique, le cadre et la pluridisciplinarité

5.1. Réflexions sur le développement de la vie psychique

Il me semble nécessaire en tant que professionnelle du soin d'aborder la thématique de la vie psychique. Chaque être humain est un être pensant, avec sa propre relation au monde et son propre regard. C'est au thérapeute de tenter de comprendre et d'analyser ce regard par des questions comme : quelles sont les modalités d'émergence de l'activité de penser ? comment se développe la vie psychique ? ou encore, comment fonctionne l'esprit humain ? Ces questions présentent un intérêt majeur pour la compréhension du développement de l'enfant et aussi pour la psychothérapie de l'adulte. C'est ainsi que je suis amenée à me questionner sur ma façon d'aborder les prises en charge et comment m'adapter au mieux à mes patients.

Ce chapitre est un ensemble d'éléments et de concepts qui ont nourri mon cheminement professionnel.

5.1.1. Du berceau psychique à l'enveloppe psychique

La notion de berceau psychique est introduite par Françoise Aubertel et employée par de nombreux autres thérapeutes familiaux depuis les années 1990. La métaphore du berceau représente l'ensemble des qualités propres au cercle familial qui accueille, fonde et nourrit la psyché de l'enfant. Il est préexistant à la naissance et assure des fonctions de contenance, et de sécurisation [61 ; 30].

Le psychanalyste Didier Anzieu définit, au préalable à l'enveloppe psychique, la constitution d'un *Moi-peau* qui se construit dans la phase de symbiose mère-enfant et permet au bébé d'accéder aux représentations et à la pensée par l'expérience de différents types d'enveloppes corporelles : enveloppes tactiles, de douceur, de chaleur, enveloppes sonores, visuelles, olfactives. L'ensemble de ces dernières constitue l'enveloppe psychique qui se développe à partir de la naissance, toute la vie durant.

Le lien peut être fait entre les deux notions de berceau psychique et enveloppe psychique, et ceux de bain sonore et d'environnement sonore utilisés en musicothérapie. Tout comme en psychanalyse, le musicothérapeute réunit des informations sur le passé familial-sonore du patient, mais également des éléments sur sa vie sonore et musicale au quotidien. Ces informations permettent de contribuer à l'élaboration d'un projet personnalisé par le musicothérapeute pour la personne commençant une prise en charge [3 ; 22].

5.1.2. La subjectivité et l'intersubjectivité

Selon Colwyn Trevarthen, professeur de la psychologie de l'enfance à l'université d'Édimbourg, le nourrisson doit posséder deux compétences pour partager sa projection mentale avec autrui. Dans un premier temps, il doit montrer qu'il possède les éléments de base d'une conscience individuelle et intentionnelle, c'est le principe de la subjectivité. D'autre part, le nourrisson doit pouvoir s'adapter aux autres en ajustant sa subjectivité à celle des autres, c'est l'intersubjectivité.

Selon Donald Winnicott, le regard de la mère sur l'enfant et, réciproquement, le regard de l'enfant sur la mère permettent à l'enfant de se différencier en tant qu'individu. La relation entre la mère et le nourrisson a donc une fonction de subjectivation [10].

Les psychiatres Serge Tisseron et Nicolas Georgieff pensent que les interactions pré-verbales entre les parents et le nourrisson sont rassurantes, et sont une condition nécessaire à la sécurisation et à l'autonomie de l'enfant grandissant [85 ; 118].

La découverte des neurones-miroirs impliqués dans l'imitation montre que l'intersubjectivité a des fondements neurologiques donnant dès la naissance la capacité d'éprouver le schéma corporel d'autrui. Ces neurones sont rattachés à la zone cérébrale préfrontale qui s'active lorsque nous nous représentons une action ou lorsque nous voyons agir autrui [84].

Contrairement à ce que supposaient J. Piaget et S. Freud au sujet du développement de la psyché, l'expérience humaine n'est pas celle d'un être isolé coupé du monde et des autres, mais celle d'un être d'emblée motivé par le point de vue d'autrui [37 ; 107].

Dans son livre *Culture et modes de pensée*, Jérôme Bruner dit que les êtres humains naissent tout équipés des moyens de calibrer le travail de leur esprit les uns par rapport aux autres⁶². Selon lui, c'est cette prédisposition à l'intersubjectivité qui favorise l'acquisition du langage [17].

Or, tous ces éléments font défaut chez l'enfant autiste qui ne prête pas naturellement attention à ce qui se passe dans la tête d'autrui, ou du moins qui agit comme s'il n'imaginait pas qu'autrui puisse avoir la même expérience que lui.

Les moyens mis en œuvre en musicothérapie lors de séances individuelles et/ou de groupe font appel à l'intersubjectivité avec le thérapeute et/ou d'autres membres du groupe. Pendant une séance le patient va être amené à se découvrir dans la relation avec autrui et à interagir avec le musicothérapeute grâce à la co-création du jeu musical.

C'est pourquoi j'utilise les caractéristiques de la musique comme support dans la relation d'aide au niveau des liens sociaux, de l'attention conjointe et plus globalement de l'intersubjectivité lors de mes prises en charge avec mes patients porteurs d'un TSA.

5.1.3. L'attachement

En s'appuyant sur les découvertes de Konrad Lorenz, John Bowlby développe la théorie de l'attachement en 1958. D'après lui, l'attachement se situe au même niveau que les besoins physiologiques et est essentiel au bon développement de l'enfant.

Depuis l'émergence des connaissances dans la sphère des neurosciences, les chercheurs actuels ont une approche neurodéveloppementale de l'attachement. Ils observent, dans les troubles de l'attachement, des altérations de la structure du cerveau au niveau du système limbique qui régule les émotions (peur et anxiété) ; ils remarquent aussi des structures corticales supérieures altérant les capacités d'attention, le contrôle des comportements, les habiletés sociales, les capacités réflexives et les apprentissages [99].

Tenant compte de la plasticité cérébrale et de la capacité du cerveau à se remodeler, en réparant ou créant de nouvelles connexions neuronales, la musicothérapie peut s'avérer utile d'un point de vue neurologique pour améliorer les capacités d'attention, de contrôle

⁶² [17] p. 84

des comportements, des habiletés sociales, des capacités réflexives et des apprentissages qui font défaut dans les troubles de l'attachement.

5.2. Réflexions sur la relation thérapeutique et la conduite du musicothérapeute

Tout au long de mon stage je me questionne sur l'attitude à adopter en tant que thérapeute, et comment construire le lien thérapeutique. Je m'inspire de différents courants de pensée comme la relation d'aide et la non-directivité de Carl Rogers, la neutralité bienveillante de Edmund Bergler et les concepts de soutien, d'acceptation et de reconnaissance inconditionnelle.

Cette liste non exhaustive influence ma pratique et soutient ma conviction que derrière chaque être humain se trouve un système de pensée unique.

5.2.1. La relation d'aide

La relation d'aide définie par Carl Rogers, consiste à aider une personne en difficulté à mobiliser ses propres ressources plutôt que de lui imposer des solutions venant de l'extérieur. Selon lui, chaque individu possède de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive sa façon d'être et sa relation au monde.

La démarche humaniste de la thérapie Rogérienne est fondée sur quatre attitudes non directives de l'accompagnement :

- l'empathie, elle se traduit par la capacité de se mettre à la place d'autrui avec bienveillance, implication et détachement émotionnel
- une bonne communication et une écoute active. Le soignant est clair dans ses propos et présent à l'autre de façon active
- la congruence, autrement dit l'authenticité. Il s'agit de l'alignement entre ce que l'on est, ce que l'on fait, et ce que l'on dit
- le non-jugement, c'est un regard positif inconditionnel qui implique d'accepter le patient tel qu'il est

L'approche Rogérienne se veut centrée sur la personne dans sa globalité et non pas sur sa problématique [120 ; 119].

Bien que je me fixe des objectifs pour chaque prise en charge, j'essaie de garder en parallèle une vision holistique de la personne afin de mettre en valeur ses attitudes et compétences plutôt que de me concentrer sur sa problématique ou son handicap.

Cette approche positive de la personne me semble naturelle dans la plupart de mes prises en charge, mais je rencontre plus de difficultés avec L.B.

Face à son manque d'expressivité et de feed-back, je me sens incapable, au début de la prise en charge, de rentrer en relation avec lui et de voir au-delà de son handicap. Ce n'est qu'après la rencontre avec Mme M - à la neuvième séance - que je me sens davantage confiante dans cette prise en charge.

5.2.1.1. L'action par l'inaction

La notion de non-directivité est originellement introduite par Carl Rogers sous le terme de *client-centered therapy*. Elle sous-tend un système centré sur le patient et non sur les

intérêts du praticien qui doit être dans une position d'acceptation de tout discours, d'écoute active et de considération des affects [119].

À plusieurs reprises durant mon stage, je m'aperçois que le fait d'organiser les séances en m'appuyant sur des directives prédéfinies laisse moins de place à l'accueil intégral de la personne. Nous pouvons faire le lien entre le *playing* de Donald Winnicott, qui est le fait de jouer librement, et le principe de la non-directivité de Carl Rogers.

Bien que le *playing* représente des avantages, notamment au niveau de ce que D. Winnicott appelle l'*intégration de la personnalité*, cette expérience du soi au sein de la séance peut s'avérer anxiogène pour certaines personnes. Il semble donc nécessaire, pour le musicothérapeute, de prendre conscience des différentes dynamiques dans la séance en faisant cohabiter les notions de *playing*, par la non-directivité, et de *game* par un engagement contrôlé et un soutien justement mesuré [33].

Le soutien peut suffire lorsque le musicothérapeute se garde de trop vouloir aider et/ou diriger le jeu. Ma prise en charge avec L.B est un bon exemple pour illustrer ce propos ; au cours des séances j'observe une lenteur au niveau des réactions de L.B et me retiens au fur et à mesure de la prise en charge d'intervenir trop précocement lors de différents jeux.

Lorsque nous jouons au chef d'orchestre, j'encourage verbalement L.B à s'arrêter jusqu'à la cinquième séance, incertaine de sa faculté de comprendre la consigne. Pendant la septième séance, nous faisons le même jeu et je me garde d'intervenir pour voir s'il prendra ou non des initiatives. Le fait d'être dans l'inaction est déstabilisant pour moi au départ, mais au bout de deux minutes trente, lorsque L.B s'arrête une première fois, je suis rassurée de voir qu'il comprend la consigne et qu'il prend l'initiative de marquer les arrêts et reprises. Au-delà de cette démarche d'inaction et de soutien, j'encourage L.B à trouver les moyens de développer son esprit d'initiative de façon autonome tout en respectant son propre rythme.

5.2.1.2. L'acceptation et la reconnaissance inconditionnelle

Carl Rogers stipule que la condition fondatrice du principe de la non-directivité est l'acceptation et la reconnaissance inconditionnelle [119].

Pour le psychologue américain James Hillman, la créativité vient de la découverte d'un monde intérieur sécurisant où le patient est accepté inconditionnellement et encouragé à prendre confiance dans ses propres forces tout en développant son esprit d'initiative, sa joie dans le succès de ses entreprises et son application dans l'exécution d'une tâche.

Il s'agit, dans l'acceptation inconditionnelle, d'offrir un espace d'accueil au patient sans adhérer ou approuver son discours, mais l'accueillir dans une neutralité bienveillante [30].

5.2.1.2.1. La neutralité bienveillante versus renforcement positif

Le terme psychanalytique de *neutralité bienveillante* date de l'époque de S. Freud qui recommande à l'analyste de ne pas prendre parti dans les conflits de ses patients, mais de conserver une position d'*attention flottante* [38]. Cette notion renvoie au principe de la non-directivité dans ce qu'elle suggère au praticien de garder une posture neutre sans aucun jugement, aucun conseil, ni aucune directive. Dans certains cas, la pratique clinique requiert néanmoins davantage d'implication de la part du thérapeute. Tenant compte des récentes découvertes dans le champ des neurosciences à propos des circuits de

récompense, il est suggéré qu'une approche positive de la personne peut être bénéfique au sein d'une thérapie [76 ; 29 ; 140]. Le psychanalyste Bernard Golse explique que, quelle que soit la méthode utilisée, toute psychothérapie d'un enfant avec autisme vise à lui faire ressentir qu'un autre existe et qu'il n'est pas menaçant [46].

J'adopte, pendant le stage, une attitude de type interactive inspirée de l'approche d'Amelia Oldfield détaillée dans son livre *La musicothérapie interactive*.

Ayant travaillé de longues années auprès d'un public d'enfants atteints d'autisme, Mme Oldfield développe cette approche en incitant les enfants à interagir avec elle par le biais de la musique et du son. Sa démarche, qu'elle qualifie de *positive*, met la relation intersubjective au coeur des séances en motivant les enfants à s'intéresser à elle. À travers la relation avec le thérapeute et la musique, l'enfant prend conscience de l'autre et expérimente ainsi la relation de façon positive.

5.2.2. L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique désigne le processus d'union qui lie patient et thérapeute autour des objectifs fixés dans la thérapie. Le fait d'établir, de développer et de maintenir cette alliance repose sur plusieurs facteurs :

- Le consentement du patient ; il s'engage à utiliser ses capacités personnelles pour les mettre au service de sa progression
- Les liens relationnels entre le patient et le thérapeute, pour une mise en commun d'un projet d'accompagnement
- La compréhension et l'implication empathique du thérapeute

Les multiples facettes de la relation thérapeutique supposent que c'est cette relation qui rend possible l'alliance où se manifestent l'intérêt et l'ouverture du thérapeute-patient et non uniquement les méthodes thérapeutiques employées. L'alliance thérapeutique est une collaboration mutuelle, un partenariat qui s'établit et évolue vers une dynamique de changement [13 ; 23].

Cette réflexion me permet de réaliser que la relation est un des piliers fondateurs de la thérapie, si ce n'est le principal. J'observe ce fait lors de mes séances et je m'interroge sur la nature de la relation thérapeutique : est-ce la relation qui émerge de la thérapie ou l'inverse ?

Je retiens que la relation et la thérapie sont un processus circulaire d'influence réciproque dont l'une est la conséquence de l'autre. Par ailleurs, je me questionne sur le rôle de la musique au sein de l'alliance thérapeutique : quelle est sa valeur au sein de la thérapie ? À partir du cas de L.B et des réflexions que j'ai pu mener à travers l'analyse de ma propre pratique, je pense que l'action de jouer par le biais du sonore apporte un supplément de dynamisme à la thérapie, et peut en ce sens avoir un rôle de consolidation des aspects multidimensionnels de l'alliance.

5.3. Le cadre, une enveloppe structurante

5.3.1. La dimension temporelle

Pendant le stage, les vacances scolaires et les jours fériés marquent une rupture au niveau de la succession des rencontres. J'observe un désinvestissement dans plusieurs séances et réalise que la régularité et les intervalles qui les séparent sont une dimension essentielle du cadre. En amont des prises en charge en musicothérapie, je conviens d'une certaine périodicité des séances avec mes patients que je vois une fois par semaine : trente minutes pour les séances individuelles et quarante-cinq minutes pour les groupes.

Je vis la discontinuité rythmique des rencontres comme un obstacle à l'élaboration d'une alliance thérapeutique de qualité qui, comme nous l'avons vu plus haut, est essentielle pour la cohésion d'un projet d'accompagnement.

La cadence que propose le thérapeute au patient me semble nécessaire pour permettre à ce dernier de ressentir le déroulement de la prise en charge comme quelque chose qu'il pourra intégrer dans son histoire, et qui le portera vers son avenir. Poser un tempo en marquant la ponctuation des séances peut ainsi permettre au patient et au thérapeute de s'engager dans la thérapie de façon limitée dans le temps, en créant des bases de repères temporels en rapport avec le présent, le passé et l'avenir [43].

5.3.2. Importance de la pluridisciplinarité

Comme nous l'avons vu précédemment, le cadre thérapeutique n'est pas seulement fait de délimitations dans l'espace et dans le temps, mais il est tout d'abord établi par une alliance professionnelle entre le thérapeute, le patient, l'équipe pluridisciplinaire et, dans certains cas, les parents et autres proches.

Selon le psychanalyste Paul-Claude Racamier, *le cadre est un ensemble organisé de personnes œuvrant de façon concertée dans un but de soins*. Il décrit le réseau formé par l'équipe comme une sorte d'enveloppe sécurisante qui constitue la matière la plus vivante du cadre institutionnel. Sans collaboration, il compare le cadre à une *coquille vide* [114].

La musicothérapie s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire au sein d'une institution. Tout au long de mon stage, je partage avec l'équipe pluridisciplinaire mes questionnements et réflexions lors de réunions et de rencontres informelles, ce qui nourrit mon projet thérapeutique qui ne cesse d'évoluer. En parallèle, je participe à diverses rencontres hors du contexte de musicothérapie, et des ateliers (soirées communautaires, Noël, sorties, ballades, concert et repas chez une collègue avec des résidents) afin de mieux apprendre à connaître l'équipe et le rôle de chacun. Je fais, à plusieurs reprises, de la co-thérapie pour sensibiliser certains collègues à la pratique de la musicothérapie et j'écris une base de comptes rendus trimestrielle que j'insère dans les dossiers de chacun et envoie par Email à toute l'équipe.

À la fin du stage, je réalise néanmoins que davantage de communication et de pratique avec les foyers aurait pu être intéressant à explorer. Les stagiaires précédents ont l'habitude d'intervenir dans les foyers une à deux fois par semaine, ce que je décide de ne pas faire pour privilégier le cadre spatial des séances dans la salle de musicothérapie du SAJ Or, comme le système de fonctionnement des foyers repose sur l'emploi de personnes aux statuts différents ; en service civique, semaine de découverte en préalable à ce service et

accueil de stagiaires, le nombre de personnes au sein des foyers n'est pas toujours stable. Je pense que des temps de musicothérapie dans ce type de cadre pourraient bénéficier non seulement aux résidents, mais aussi aux autres membres de l'équipe d'accompagnement en établissant des liens, dans un contexte autre que verbal. Beaucoup de personnes accueillies en foyers de vie rencontrent justement des difficultés avec le langage parlé, qui peut interférer avec leur capacité de s'exprimer. Ainsi l'emploi de la musicothérapie dans ce type de milieu permettrait aux personnes participantes d'apprendre à mieux se connaître dans un cadre à la fois sécurisant et positif par le biais du jeu et de la musique.

5.3.2.1. Une approche globale de la prise en charge

La collaboration entre professionnels de la santé, de l'éducation, de l'accompagnement, et des parents représente des avantages multiples à plusieurs niveaux comme : l'efficacité de l'accompagnement, l'esprit d'équipe, la sensibilisation collective, l'optimisation de l'utilisation des ressources. Cette liste non exhaustive illustre bien les besoins actuels d'établissements en France où souvent les professions sont séparées dans des clivages d'expertise. Comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, il est intéressant de voir comment cela se passe ailleurs comme en Italie par exemple, où médecins et professeurs des écoles ont pour habitude de collaborer afin de favoriser une meilleure intégration des élèves porteurs de TSA dans des classes ordinaires.

La collaboration entre professionnels est aujourd'hui incontournable pour tous les praticiens travaillant dans les domaines de la santé et des services sociaux et éducatifs, car ils sont appelés à pratiquer de plus en plus au sein des équipes de soins. La communication entre professionnels favorise l'efficacité des soins et des services offerts, ainsi qu'une plus grande sécurité pour le patient [83].

Au début du stage, je rencontre des difficultés à m'adapter à L.B, et réalise l'importance de rentrer en contact avec des personnes qui le connaissent mieux. Je fais part de ce problème au reste de l'équipe pluridisciplinaire qui me conseille de prendre contact avec son père, mais sans grand succès. Je me tourne alors vers la secrétaire de l'établissement, travaillant dans les bureaux du SAJ depuis la création des lieux, qui me donne le contact de Mme M. En parallèle, je prends rendez-vous avec la psychiatre de l'établissement pour discuter de L.B et des difficultés d'accompagnement que je rencontre avec lui. Nous parcourons ensemble son dossier, et examinons sa symptomatologie.

Rencontrer des personnes connaissant L.B et venant d'horizons différents me rassure et me permet de relativiser cette prise en charge. Son cas particulier me fait réaliser l'importance de l'accompagnement pluridisciplinaire pour optimiser l'efficacité de chaque prise en charge.

Conclusion

La réflexion développée dans ce mémoire m'a donné l'occasion de faire le point sur ces trois années d'études en musicothérapie, et particulièrement sur mon expérience de stagiaire. Les rapports que j'entretiens avec les personnes accueillies, ainsi qu'avec l'équipe pluridisciplinaire m'apportent énormément, tant sur le plan humain que sur le plan relationnel. Bien que l'institution traverse une période de transition, ce stage constitue pour moi un départ solide pour m'investir dans cette discipline à la fois riche et passionnante.

À l'écriture des différents chapitres, je souhaite avant tout mettre en lumière l'intérêt de la pratique clinique en musicothérapie dans un foyer de vie. Le cadre institutionnel et communautaire peut parfois s'avérer pesant, inhibant l'individualité de chacun. La musicothérapie offre un cadre privilégié où le résident peut se sentir écouté sans jugement, et considéré, peu importe son handicap. Il me semble ainsi tout à fait souhaitable de développer la pratique de la musicothérapie dans ce type de structure.

Cette expérience clinique m'a permis de mettre en pratique des notions théoriques qui me paraissent désormais plus concrètes. J'apprends que l'origine du trouble du spectre de l'autisme est complexe, et que malgré les possibilités de prises en charge, ces dernières sont souvent inadaptées. Par ailleurs, je relate l'importance de la recherche clinique en musicothérapie, qui démontre que la pratique de cette discipline auprès d'un public porteur de troubles du spectre de l'autisme, peut avoir un impact positif au niveau de plusieurs domaines du développement impliqués dans : la communication, la relation parent-enfant, l'attention conjointe, les interactions sociales et l'intersubjectivité.

Sur le plan personnel, je suis amenée à m'interroger sur moi-même, à la fois en tant que future thérapeute, et en tant que personne. La musicothérapie me paraît être un bon moyen de rassembler tout ce qui me plaît : la musique, le soin, la pédagogie et la satisfaction intellectuelle ; apprentissages qui sont constants dans ce domaine. Je souhaite par ailleurs profiter de mon bilinguisme pour permettre à cette discipline de s'exprimer davantage en faisant le lien entre les mondes anglophone et francophone.

Je ressors de ce stage avec plus d'assurance dans mon apprentissage pour mon futur métier de musicothérapeute et je me sens désormais pleinement déterminée à m'investir dans ce domaine.

Bibliographie

1. American psychiatric association.
Mini DSM-V : critères diagnostiques.
Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016:24-28.
2. American psychiatric association.
DSM-IV-TR.
2ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2003.
3. Anzieu D.
Le Moi-peau.
2ème éd. Paris: Dunod; 1995. 291 p.
4. Asperger H.
Les psychopathes autistiques pendant l'enfance.
France: les Empêcheurs de Penser en Rond; 1998. 147 p.
5. Aussilloux C, Barthélémy L.
Evolution des classifications de l'autisme : leur intérêt et leurs limites actuelles.
Le Carney Psy. 2002;75(7):21-23.
6. Autisme France.
Communiqué sur la cinquième condamnation de la France par le conseil de l'Europe [Internet].
2014. [Visité le 19/07/18].
En ligne : http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/CP_AF_5eme_condamnation_France_par_Conseil-Europe_02.2014.pdf
7. Autisme France.
Rapport Alternatif au Comité des Droits de l'Homme [Internet].
2015. [Vu le 12/11/18].
En ligne: http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Rapport+alternatif+droits+de+15C27homme+Autisme+France.pdf
8. Bargiacchi A.
Apport des techniques d'imagerie cérébrale récentes dans les trouble du spectre autistiques. Annales Médico-Psychologiques. 2012;170(7):479-481.
9. Bauman ML, Kemper TL.
The neurobiology of autism.
2nd ed. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2005.
10. Bensidoun B.
L'interprétation « suffisamment bonne » : jouer, créer, interpréter.
Revue française de psychanalyse. 2012;76,(2):487-501.

11. Bettelheim B.
La forteresse vide.
Paris: Folio; 1998. 862 p.
12. Bigand E.
Le cerveau mélomane.
Paris: Belin littérature et revues; 2013. 220 p.
13. Bioy A, Bachelart M.
L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques.
Perspectives Psy. 2010;49:317-326.
14. Blanquer JM.
Stratégie nationale 2018-2022 pour l'autisme : garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes [Internet].
2018. [Vu le 18/07/18].
En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid128985/strategie-nationale-2018-2022-pour-l-autisme-garantir-la-scolarisation-effective-des-enfants-et-des-jeunes.html>
15. Bolders AC, GPH Band, PJ Stallen.
Evaluative conditioning induces changes in sound valence.
Frontiers in Psychology. 2012;3;106.
16. Brun L, Auzias G, Viellard M, Villeneuve N, Girard N, Poinso N, et al.
Localized misfolding within Broca's area as a distinctive feature of autistic disorder.
Biological Psychiatry : Cognitive Neurosciences and Neuroimaging. 2016;1(2):160-168.
17. Bruner J.
Culture et modes de pensée.
Paris: RETZ; 2008. 224 p.
18. Buday EM.
The effects of signed and spoken words taught with music on sign and speech imitation by children with autism.
Journal of music therapy. 1995;32(3):189-202.
19. Carasco E, Saumon O.
« Musicautism », une étude clinique sur l'autisme et la musicothérapie
Revue française de musicothérapie. 2017;36(2):45-54.

20. Cattan O, Ast E.
amans d'enfants autistes, nous mettons en garde contre ces traitements alternatifs qui mettent les enfants en danger [Internet].
2018. [Vu le 26/07/18].
En ligne : https://www.huffingtonpost.fr/olivia-cattan/mamans-denfants-autistes-nous-mettons-en-garde-contre-ces-traitements-alternatifs-qui-mettent-les-enfants-en-danger_a_23483800/
21. Centers for Disease Control and Prevention.
Autism Spectrum Disorder (ASD) : data and statistics[Internet].
2018. [Visité le 11/07/18].
En ligne: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
22. Ciccone A.
Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques.
Cahiers de psychologie clinique. 2001;17(2);81-102.
23. Collot E.
L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en œuvre.
Paris: Dunod; 2011. 256 p.
24. Cottraux J, Rivière V, Regli G, Coudert C, Tréhin P.
Prise en charge comportementale et cognitive du trouble autistique.
Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 276 p.
25. Courchesne E, Press GA, Yeung-Courchesne R.
Parietal lobe abnormalities detected with MR in patients with infantile autism.
American Journal of Roentgenology. 1993;160(2):387-393.
26. Cunningham AB, Schreibman L.
Stereotypy in Autism : The Importance of Function.
Research in Autism Spectrum Disorders. 2008;2(3):469-479.
27. Cument SA.
Understanding and determining the etiology of autism.
Cellular and Molecular Neurobiology. 2010;30(2):161-171.
28. Davies S.
The emotional power of music
Oxford: Oxford Press University; 2013. p. 169-176.
29. Dawson G.
Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder.
Development and psychopathology. 2008;20(3):775-803.

30. Delbrouck M.
La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie.
Louvain-La-Neuve, Paris: De Boeck supérieur; 2016. 512 p.
31. Delion P.
Psychanalyse, autisme et institution.
Journal de la psychanalyse de l'enfant. 2011;1(2):27-43.
32. Demonceau N, Roubertie A, Cheminal R, Leydet J, Rivier F, Echenne B.
Apport de la génétique à la compréhension de l'autisme.
Archives pédiatriques. 2005;12(10):1509-1512.
33. Ducroux-Biass F.
La non-directivité : un concept ontologique.
Approche Centrée sur la Personne : pratique et recherche. 2005;2(2);57-74.
34. Fédération Québécoise de l'Autisme (FQA).
Les causes de l'autisme [Internet].
2017. [Visité le 12/07/2018].
En ligne: <http://www.autisme.qc.ca/tsa/recherche/etiologie.html>
35. Ferrari P.
L'autisme infantile.
7ème éd. Paris: Presses universitaires de France; 2015.
36. Ferri R, Elia M, Agarwal N, Lanuzza B, Musumeci SA, Pennisi G.
The mismatch negativity and the P3a components of the auditory event-related potentials in autistic low- functioning subjects.
Clinical Neurophysiology. 2003;114(9);1671-1680.
37. Freud S.
Complete psychological works of Sigmund Freud.
London: Vintage classics; 2001. 220 p.
38. Freud S.
La technique psychanalytique.
3ème éd. Paris: Presses universitaires de France; 2013. 168 p.
39. Freud S.
Le moi et le ça.
Paris: Payot; 2010. 128 p.
40. Freud S.
L'homme aux loups.
Paris: Payot; 2010. 240 p.

41. Fteiha MA.
Effectiveness of assistive technology in enhancing language skills for children with autism.
International journal of developmental disabilities. 2017;63(1):36-44.
42. Gabriels RL, Cuccaro ML, Hill DE, et al.
Repetitive behaviors in autism: relationships with associated clinical features.
Research in Developmental Disabilities. 2005;26(2):169-181
43. Gaudriault P, Joly V.
Construire la relation thérapeutique: Prévenir l'abandon précoce, définir les enjeux du processus thérapeutique.
Paris: Dunod; 2013. 240 p.
44. Grandin T, Panek R.
The Autistic Brain : Thinking across the Spectrum.
Boston (Massachusetts): Houghton Mifflin Harcourt; 2013. 256 p.
45. Georgieff N.
Qu'est-ce que l'autisme ?
Paris: Dunod; 2008. 128 p.
46. Golse B.
De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation).
Le Carnet Psy. 2006;109(5):25-29.
47. Golse B, Delion P.
Autisme infantile précoce : problématiques actuelles. In : Golse B, Delion P. Autisme : états des lieux et horizons.
Toulouse: ERES; 2008. p. 17-38.
48. Gomes E, Pedroso FS, Wagner MB.
Auditory hypersensitivity in the autistic spectrum disorder.
Pro Fono. 2008;20(4):279-284.
49. Grossard C, Grynszpan O.
Entraînement des compétences assistées par les technologies numériques dans l'autisme : une revue.
Enfance. 2015;1(1):67-85.
50. Hardan AY, Minshew NJ, Keshavan MS.
Corpus callosum size in autism.
Neurology. 2000;55(7):1033-1036.

51. Hartley J, Branthwaite A.
The applied psychologist.
2nd ed. Buckingham (UK) & Philadelphia (USA): Open university press; 1999. 288 p.
52. Haute Autorité de Santé (HAS).
Autisme et autres troubles envahissants du développement : état des connaissances hors mécanismes physiopathologique, psychopathologiques et recherche fondamentale [Internet].
2010. [Visité le 11/07/2018].
En ligne: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf
53. Haute Autorité de Santé (HAS).
Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) : état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale [Internet].
2010. [Vu le 26/07/2018].
En ligne : http://www.autistessansfrontieres.com/wp-content/uploads/2014/09/HAS_CIM10.pdf
54. Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm).
Autisme et autres troubles du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent [Internet].
2012. [Visité le 17/07/18].
En ligne: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
55. Haute Autorité de Santé (HAS).
Recommandation de bonne pratique : trouble du spectre de l'autisme, signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent [Internet].
2018. [Visité le 11/07/2018].
En ligne: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf
56. Haute autorité de santé (HAS).
Recommandation de bonne pratique : Trouble du spectre de l'autisme, signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Méthode recommandations pour la pratique clinique [Internet].
2018. [Visité le 17/07/18].
En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf

57. Haznedar MM, Buchsbaum MS, Wei TC, Hof PR, Cartwright C, Bienstock CA, et al. Limbic circuitry in patients with autism spectrum disorders studied with positron emission tomography and magnetic resonance imaging. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(12):1994-2001.
58. Hertz-Pannier L, Thillay A, Bruneau N. Développement cérébral chez l'enfant : apport de l'imagerie. *Le bulletin scientifique de l'arapi*. 2013;32:29-31.
59. Hochmann J. Arguments pour un dualisme méthodologique. *Psychanalyse, neurosciences, cognitivisme*. 1996;51-60.
60. Hochmann J. Histoire de l'autisme. Paris: Odile Jacob; 2009. 400 p.
61. Houzel D. Transmission de la vie psychique, parents et enfants. Paris: Editions Odile Jacob; 2010. 241 p.
62. Huguet G, Ey E, Bourgeron T. (2013). The Genetic Landscapes of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*. 2013;14(1):191-213.
63. Huttenlocher PR. (1979). Synaptic density in human frontal cortex : developmental changes and effects of aging. *Brain Research*. 1979;163(2):195-205.
64. Inserm
Autisme : un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles [Internet]. 2018. [Visité le 22/07].
En ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
65. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des Centres de ressources autisme (CRA) en appui de leur évolution [Internet]. 2016. [Vu le 18/07/18].
En ligne : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-124R-2.pdf>
66. Itard J. Victor de l'Aveyron. Paris: Editions Allia; 2009. 160 p.
67. Jacobi B. Cent mots pour l'entretien clinique. Toulouse: ERES; 2007. 232 p.

68. James SJ, Cutler P, Melnyk S, Jernigan S, Janak J, Gaylor DW, et al.
Metabolic biomarkers of increased oxidative stress and impaired methylation capacity in children with autism.
The American Journal of Clinical Nutrition. 2008;80(6):1611-1617.
69. Jordon B.
Autisme, le gène introuvable : de la science au business.
Paris: Seuil; 2012. p. 219.
70. Kanner L.
Autistic Disturbance of Affective Contact.
Nervous Child. 1943;(2):217-250.
71. Kazma R.
Les interactions gène-environnement dans les études génétiques des maladies complexes.
[Thèse de Doctorat en Santé Publique Spécialité Génétique Statistique]. Paris: Université Paris XI;2010, 231 p.
72. Kim J, Wigram T, Gold C.
The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children : a randomized controlled study.
Journal of Autism and Developmental Disorders. 2008;38(9):1758-1766.
73. Klein M.
The importance of symbol-formation in the development of the ego.
The International Journal of Psychoanalysis. 1930;11:24-39.
74. Klein M.
The psychoanalysis of children.
Charleston (South Carolina): Nabu Press; 1997. 404 p.
75. Koelsch, S.
Brain correlates of music-evoked emotions.
Nature Reviews Neuroscience. 2014;15(3):170-180.
76. Kolb B, Gibb R.
Brain plasticité and behaviour in the developing brain.
Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011;20(4): 265-276.
77. Krumhansl C.L.
An exploratory study of musical emotions and psychophysiology.
Canadian journal of experimental psychology. 1997;51(4);336-352.

78. Kuddo T, Nelson KB. 2003.
How common are gastrointestinal disorders in children with autism ?
Current Opinion in Pediatrics. 2003;15(3):339-349.
79. Lecourt E.
La musicothérapie.
Paris: Presses universitaires de France; 1988. 128 p.
80. Lemarquis P.
Sérénade pour un cerveau musicien.
Paris: Editions Odile Jacob; 2009. 224 p.
81. Lemay M.
Contraste : La démarche diagnostique face à l'autisme.
Toulouse: Eres; 2006. 416 p.
82. Lenoir P, Malvy J, Bodier-Rethore C.
L'autisme et les troubles du développement psychologique.
2ème éd. Issy-les-Moulineaux. Masson; 2007. 264 p.
83. Leonard M, Graham S, Bonacum D.
The human factor : the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care.
Quality and Safety in Health Care. 2004;13(1);85-90.
84. Le Run J.
Intersubjectivité et empathie : les miroirs, la musique et la danse.
Enfances & Psy. 2014;62:(1);16-28
85. Le Run J, Pelloux A, Golse B.
L'intersubjectivité, un paradigme du processus thérapeutique : Introduction.
Enfances & Psy. 2014;62(1);10-15.
86. Lewis MH, Bodfish JW.
Repetitive Behavior Disorders in Autism.
Mental retardation and developmental disabilities research reviews. 1998;2(4):80-89.
87. Mahler M.
Psychose infantile.
Paris: Payot; 2001. 362 p.
88. Mahler M, Furer M.
Psychose infantile : symbiose humaine et individuation.
Paris: Payot; 1977. 252 p.

89. Maleval JC.
L'autiste et sa voix.
Paris: Editions du seuil; 2009. 352 p.
90. Malson L.
Les enfants sauvages.
Paris: Bibliothèques 10-18; 2002. 256 p.
91. Meltzer D, Bremer J, Hoxter S, Weddell D, Wittenberg I.
Explorations dans le monde de l'autisme.
Paris; Payot: 2004. 320 p.
92. Militeri R, Bravaccio C, Falco C, et al.
Repetitive behaviors in autistic disorder.
European Child & Adolescent Psychiatry. 2002;11(5):210-218.
93. Miller-Kuhaneck H, Watling R.
Autism : a comprehensive occupational therapy approach.
3rd ed. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association; 2004. 835 p.
94. Ministère du travail de l'emploi et de la santé.
Étude des modalités d'accompagnement des personnes avec troubles envahissants du développement (TED) dans trois régions françaises [Internet].
2011. [Visité le 17/07/18].
En ligne: <http://www.autisme-ressources-lr.fr/IMG/pdf/2011-baghdadli-etude-modalites-accompagnement-personnes-ted-trois-regions-synth.pdf>
95. Molnar-Szakacs I, Wang MJ, Laugeson EA, Overy K, Wu WL, Piggot J.
Autism, Emotion Recognition and the Mirror Neuron System: The Case of Music.
McGill journal of medicine. 2009;12(2):87.
96. Mottron L.
L'autisme une autre intelligence : diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle.
Bruxelles: Mardaga; 2004. 236 p.
97. Murphy GH, Beadle-Brown J, Wing L, et al.
Chronicity of challenging behaviours in people with severe intellectual disabilities and/or autism: a total population sample.
Journal of Autism and Developmental Disorders. 2005;35(4):405-418.
98. Myers D.G.
Psychology.
7th ed. New York: Worth Publishers; 2004. 741 p.

99. Neuville V, Puentes-Neuman G, Terradas MM.
L'impact des relations précoces sur le développement cérébral : le trouble réactionnel de l'attachement vu par les neurosciences.
La psychiatrie de l'enfant. 2017;61(2):417-436.
100. Oldfield A.
La musicothérapie interactive : une approche nouvelle avec des enfants autistes et polyhandicapés et leur famille.
Paris: L'Harmattan; 2012. 254 p.
101. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Troubles du spectre autistique [Internet].
2017. [Visité le 11/07/2018].
En ligne: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
102. Park HR, Lee JM, Moon JE, Lee DS, Kim BN, Kim J, et al.
A short review on the current understanding of autism spectrum disorders.
Experimental Neurobiology. 2016;25(1):1-13.
103. Peretz I, Gagnon L, Bouchard B.
Music and emotion : perceptual determinants, immediacy, and isolation after brain damage
Cognition. 1998;68(2);111-141.
104. Petit Larousse 2013.
105. Petit Larousse illustré 2011.
106. Petit Robert 2013.
107. Piaget J.
La représentation du monde chez l'enfant.
2ème éd. Paris: Presses universitaires de France; 2013. 336 p.
108. Piaget J.
La psychologie de l'intelligence.
Paris: Armand Colin; 1967:135-138.
109. Platel H.
Neuropsychology of musical perception : new perceptives
Brain. 2002;125(2);223-224.
110. Poirier N, Rivières-Pigeon CD.
Le trouble du spectre de l'autisme : état de connaissances.
Presses de l'université de Québec. 2013;9-10.

111. Polimeni MA, Richdale AL, Francis AJ.
Asperger's disorder and typically developing children.
Journal of Intellectual Disabilities. 2005;49(Pt 4):260–268.
112. Prado C.
Le coût économique et social de l'autisme [Internet].
2012. [Visité le 22/07/18].
En ligne : <http://apar.asso.fr/wp-content/uploads/2012/11/CESE-coutAutisme-S.pdf>
113. Quintino EM, Bhatara A, Poissant H, Fombonne E, Levitin DJ.
Emotion perception in music in high-functioning adolescents with Autism Spectrum Disorders.
Journal of Autism and Developmental Disorders. 2011;41(9):1240-1255.
114. Racamier PC.
L'esprit des soins : le cadre.
Paris: Collège de psychanalyse groupale et familiale; 2002. 124 p.
115. Rapin I, Katzman R.
Neurobiology of autism.
Annals of Neurology. 1998;43(1):7-14.
116. Rapp JT, Vollmer TR.
Stereotypy I: A review of behavioral assessment and treatment.
Research in Developmental Disabilities. 2005;26(6):527–547.
117. Reebye P.
Social and communication development in autism spectrum disorders : early identification, diagnoses and intervention.
Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2008;17(2):93-95.
118. Rizzolatti G.
Les neurones miroirs.
Paris: Editions Odile Jacob; 2008. 236 p.
119. Rogers C.
Etre vraiment soi-même : l'approche centrée sur la personne. 2012.
Paris: Eyrolles; 2012. 204 p.
120. Rogers C.
La relation d'aide et la psychothérapie.
19ème éd. Montrouge: ESF Éditeur; 2015. 235 p.
121. Roubertoux P, Carlier M.
Analyse génétique des comportements [II:Les résultats].
L'année psychologique. 1973;73(1):151-223.

122. Roubertoux P.
Existe-t-il des gènes du comportement ?
Paris: Odile Jacob; 2004. 384 p.
123. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A.
The familial risk of autism.
Journal of the American Medical Association. 2014;311(17):1770-1777.
124. Sauvage D.
Autisme, une brève histoire de la nosographie avec une archive de E. Seguin.
Annales médico-psychologiques. 2012;170(7):510-517.
125. Schovanec J.
Eloge du voyage à l'usage des autistes et de ceux qui ne le sont pas assez.
Paris: Pocket; 2015. 256 p.
126. Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées.
Autisme : changeons la donne [Internet].
2018. [Vu le 17/07/18].
En ligne : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf
127. Shore S, Rastelli Linda.
Comprendre l'autisme pour les nuls.
Paris: Pour les Nuls; 2015. 382 p.
128. Simmons-Stern NR, Budson AE, Ally BA.
Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease.
Neuropsychologia. 2010;48(10);3164-3167.
129. SOS Autisme France.
Une dérive médicale inacceptable [Internet].
2018. [Vu le 26/07/18].
En ligne : <http://dev.sosautismefrance.fr/une-derive-medicale-inacceptable>
130. Srivastava AK, Schwatz CE.
Intellectual disability and autism spectrum disorders : causal genes and molecular mechanisms.
Neuroscience and biobehavioral reviews. 2014;46(Pt 2):161-174.
131. Stanutz S, Wapnick J, Barack JA.
Pitch discrimination and melodic memory in children with autism spectrum disorders.
Autism. 2014;18(2);137-147.

132. Touati B, Joly F, Laznik MC.
Langage voix et parole dans l'autisme.
Paris: Puf; 2008. 349 p.
133. Tuchman R, Rapin I.
Epilepsy in autism.
Lancet Neurology. 2002;1(6):352–358.
134. Tustin F.
Autisme et protection.
Paris; Seuil: 1992. 288 p.
135. Ung DC, Iacono G, Méziane H, Papon MA, Selten M, Marouillat S, et al.
Ptchd1 deficiency induces excitatory synaptic and cognitive dysfunctions in mouse.
Molecular Psychiatry. 2018;23(5):1356-1367.
136. Verdeau-Paillès J.
Le bilan psycho-musical et la personnalité
3ème éd. Courlay: Fuzeau; 2004. 318 p.
137. Vrait FX.
La musicothérapie
Paris: Presses universitaires de France; 2018. 128 p.
138. Wan CY, Schlaug G.
Music Making as a Tool for Promoting Brain Plasticity across the Life Span.
Neuroscientist. 2010;16(5);566-577.
139. Warren RP, SinghVK, Averett RE, Odell JD, Maciulis A, et al.1996.
Immunogenetic studies in autism and related disorders.
Molecular and Chemical Neuropathology. 1996;28(1-3):77-81.
140. Waterhouse S.
A positive approach to autism.
London: Jessica Kinglsey Publishers; 1999. 384 p.
141. Wilkerson DS, Volpe AG, Dean RS, Titus JB.
Perinatal complications as predictors of infantile autism.
International Journal of Neuroscience. 2002;112(9):1085-1098.
142. Willsey AJ, State MW.
Autism spectrum disorders: from genes to neurobiology.
Current Opinion in Neurobiology. 2015;30:92-99.

143. Winnicott DW.

Jeu et réalité.

Paris: Gallimard; 2015. 275 p.

144. Yvon D, Philip C, Rogé B, De Schonen S.

A la découverte de l'autisme : des neurosciences à la vie en société.

Paris: Dunod; 2014. 288 p.

145. Zivoder I, Martic-Biocina S, Kosic AV, Bosak J.

Neurofeedback application in the treatment of autistic spectrum disorders.

Psychiatrie Danubina. 2015;27(1):391-394.

146. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Jones MB, Bryson SE, MacLean JE, Mohny WJ, et al.

Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype.

Journal of american academy of child and adolescent psychiatry. 2002;41(5):572-579.

Table des matières

Introduction	1
1. Première partie : Le contexte institutionnel	3
1.1. Les foyers de vie	3
1.1.1. Quelle est leur fonction ?	3
1.2. La communauté, un lieu de vie	3
1.2.1. Une page d'histoire	3
1.2.2. Description de la structure	4
1.2.3. L'hébergement	5
1.2.4. Le Service d'Activité de Jour (SAJ)	5
1.2.4.1. Les activités proposées	5
1.3. Le fonctionnement de l'institution	6
1.3.1. La population accueillie	7
1.3.1.1. Procédure d'admission et de réorientation	8
1.3.2. Les membres du personnel de l'établissement	8
1.3.3. Les moyens de financement.	9
1.4. Le projet institutionnel	10
1.4.1. Les objectifs et valeurs de l'établissement	10
1.4.2. Le projet personnalisé	11
1.5. La place de la musicothérapie	11
1.5.1. La place de la musicothérapie au sein de l'institution	11
1.5.1.1. La place de la musique dans les foyers et au SAJ	11
1.5.1.2. Les apports de la musicothérapie dans un lieu non médicalisé	12
1.6. Le cadre de la musicothérapie	13
1.6.1. Le projet thérapeutique global	13
1.6.2. Le cadre des séances	13
1.6.3. La salle de musicothérapie et le matériel	13
1.7. Le stage et ses modalités	14
1.7.1. Le déroulement du stage	14
1.7.1.1. La période d'observation	14
1.7.1.2. Les entretiens et bilans psycho-musicaux	14
1.7.1.4. Les prises en charge	15
1.7.1.5. Les difficultés rencontrées	15
2. Deuxième partie : Présentation du trouble du spectre de l'autisme	16
2.1. Le trouble du spectre de l'autisme	16
2.1.1. Un bref historique	16
2.1.2. Les Signes cliniques	18
2.1.2.1. Altération qualitative des interactions sociales	18
2.1.2.2. Altération qualitative de la communication et du langage	19
2.1.2.3. Les centres d'intérêts restreints et stéréotypés	19

2.1.3. Présentation des différentes formes d'autismes	20
2.1.3.1. Le Trouble autistique	20
2.1.3.2. Le Syndrome d'Asperger	20
2.1.3.3. Le Trouble envahissant du développement non-spécifié	20
2.1.4. Classification des différentes formes de troubles autistiques	21
2.2. Données épidémiologiques	22
2.2.1. Prévalence et incidence	22
2.2.2. Facteurs de risques	22
2.2.2.1. Les facteurs neurobiologiques	22
2.2.2.2. Les facteurs génétiques	24
2.2.2.3. Les facteurs environnementaux	24
2.2.3. Pathologies et troubles associés	25
2.2.3.1. La déficience intellectuelle	25
2.3. Le diagnostic et la prise en charge	26
2.3.1. Le diagnostic	26
2.3.1.1. Le diagnostic différentiel	26
2.3.1.2. L'importance du diagnostic précoce	26
2.3.2. Les différents types de prise en charge	27
2.3.2.1. L'approche psychanalytique	27
2.3.2.2. Les approches comportementales, développementales et éducatives	29
2.3.2.3. Plus d'inclusion sociale	30
2.3.2.4. Les interventions thérapeutiques	30
2.3.2.5. Les traitements médicamenteux	31
2.3.3. Les difficultés de la prise en charge	32
2.3.3.1. De l'acceptation à la reconnaissance	34
3. Troisième partie : Présentation de la musicothérapie	36
3.1. La musicothérapie, une démarche de soin	36
3.1.1. Les formalités de la prise en charge	36
3.1.1.1. Le bilan psycho-musical	36
3.1.1.2. L'entretien	37
3.1.1.3. Le bilan réceptif	37
3.1.1.4. Le bilan actif	37
3.2. Les moyens mis en œuvre	38
3.2.1. La musicothérapie active	38
3.2.2. La musicothérapie réceptive	38
3.2.2.1. La détente psycho-musicale	38
3.3. Le cadre thérapeutique	38
3.3.1. Unité de lieu	39
3.3.2. Unité de temps	39
3.3.3. Unité d'action	39
3.4. Le jeu au coeur de la thérapie	40
3.4. Du son à la musicothérapie	40
3.4.1. Le traitement du son	40

3.4.1.2. Singularités perceptives et cognitives	41
3.4.2 Musique et émotions	42
3.4.3. La recherche clinique en musicothérapie	43
4. Quatrième partie : Expérience clinique en musicothérapie	45
4.1. Présentation, anamnèse et rencontre	45
4.1.1. Présentation de L.B.	45
4.2. Description de la prise en charge	47
4.2.1. La prescription de L.B	47
4.2.2. Le choix de cette prise en charge comme cas clinique	47
4.2.2. Le bilan psycho-musical	48
4.2.3. Description des séances	52
9 Janvier 2018 Séance 1, 11h-11h30	52
16 Janvier 2018 Séance 2, 11h-11h30	55
23 Janvier 2018, Séance 3 11h-11h30	56
30 Janvier 2018 Séance 4, 11h-11h30	60
6 Février 2019 Séance 5, 11h-11h30	62
13 Février 2018 Séance 6, 11h-11h30	65
13 Mars 2018 Séance 7, 11h-11h30	66
20 Mars 2018 Séance 8, 11h-11h40	69
27 Mars 2018 Séance 9, 11h-11h30	72
3 Avril 2018 Séance 10, 11h-11h30	74
10 Avril 2018 Séance 11, 11h-11h30	78
15 Mai 2018 Séance 12, 11h-11h30	81
4.3. Synthèse de la prise en charge de L.B	84
4.3.1. Les séances	84
4.3.2. Bilan des séances	88
5. Cinquième partie : réflexion sur l'origine de la relation thérapeutique	93
5.1. Réflexions sur le développement de la vie psychique	93
5.1.1. Du berceau psychique à l'enveloppe psychique	93
5.1.2. La subjectivité et l'intersubjectivité	93
5.1.3. L'attachement	94
5.2. Réflexions sur la relation thérapeutique et la conduite du musicothérapeute	95
5.2.1. La relation d'aide	95
5.2.1.1. L'action par l'inaction	95
5.2.1.2. L'acceptation et la reconnaissance inconditionnelle	96
5.2.1.2.1. La neutralité bienveillante versus renforcement positif	96
5.2.2. L'alliance thérapeutique	97
5.3. Le cadre, une enveloppe structurante	98
5.3.1. La dimension temporelle	98
5.3.2. Importance de la pluridisciplinarité	98
5.3.2.1. Une approche globale de la prise en charge	99
Conclusion	100

Annexes

Annexe 1 Instrumentarium



- 1 : Tambourin
- 2 : Djembé
- 3 : Bracelets à grelots
- 4 : petit djembé
- 5 : Bongos
- 6 : métallophone
- 7 : lames sonores avec mailloches
- 8 : Carillon 4 barres
- 9 : Shekere
- 10 : Afuche / Cabasa
- 11 : lames sonores avec mailloches
- 12 : Grand djembé

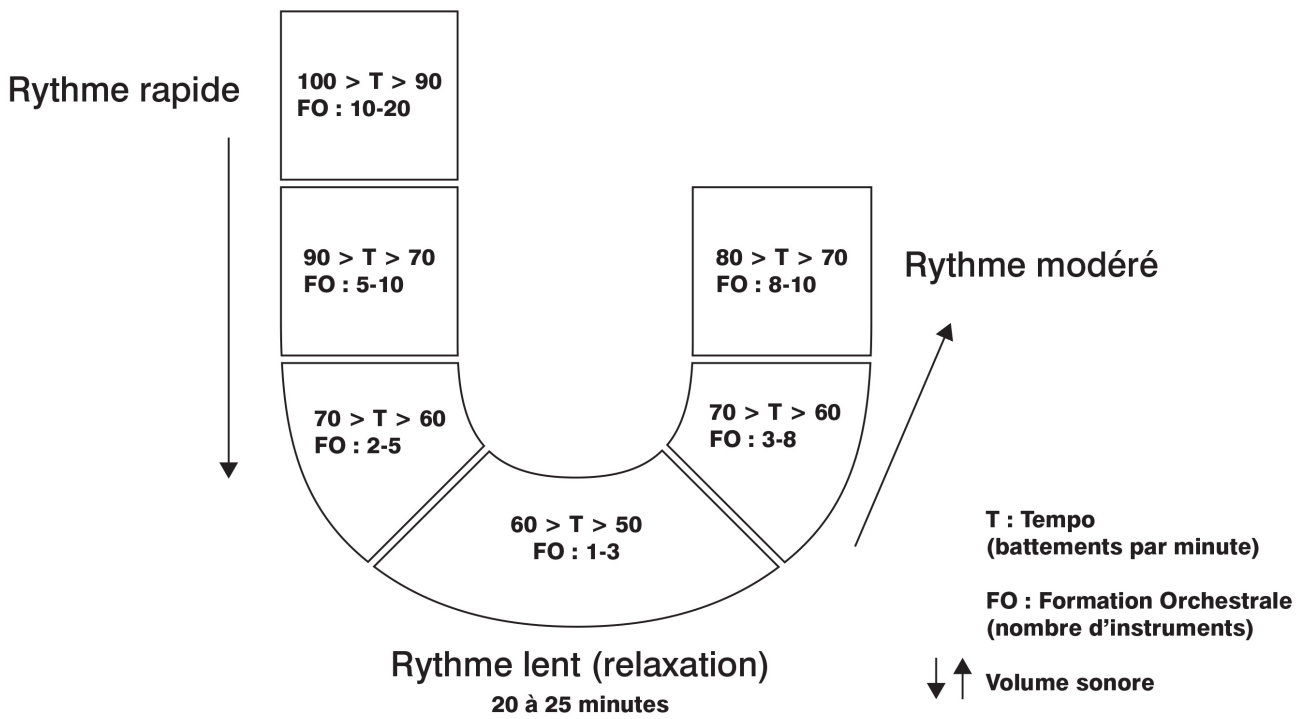
- 13 : Bol tibétain
- 14 : Caxixi
- 15 : bâtons de pluie
- 16 : Couronne de cymbalettes
- 17 : Tambour océan
- 18 : Flûte à bec
- 19 : Güiro
- 20 : Güiro
- 21, 22, 22 : Couronne à cymbalettes
- 23 : Tambourin
- 24 : Agogo

Annexe 2 Instrumentarium



- 1 : Ukulélé
- 2 : Clavier
- 3 : Flûte traversière
- 4 : Guitalélé

Annexe 3 Bande en U



Annexe 4
08/11/2017 - Bilan psycho-musical

Titre : Valse Mélancolique
Compositeur : Elcano Browning Cream
Album : Bohemia
Interprète : Elcano Browning Cream
Label : Mamusik
Année : 2012
Durée : 3,40 minutes

Titre : Sing Sing Sing
Compositeur : Louis Prima
Album : Sing Sing Sing
Interprète : Benny Goodman & His Orchestra
Label : RCA Classics
Année : 2011
Durée : 8,38 minutes

Titre : Courante
Compositeur : Michel Praetorius
Album : Dances from Terpsichore
Interprète : Westra Aros Pipers
Arrangements : H. Baumer
Label : Naxos Deutschland GmbH
Année : 1998
Durée : 3,08 minutes

Titre : Variations pour une porte et un soupir - Fièvre 2
Compositeur : Pierre Henry
Album : Variations pour une porte et un soupir / La Reine verte
Interprète : Pierre Henry
Label : Philips
Année : 2001
Durée : 2,30 minutes

Annexe 5
09/01/18 - Première séance

Titre : Allegro from Sonata for piano in F major, K. 332 (excerpt)

Compositeur : Wolfgang Amadeus Mozart

Album : Mozart makes you smarter

Interprète : Andreas Haefliger

Label : Sony Music Entertain

Année : 1994

Durée : 6,28 minutes

Titre : Piano Concerto No.20 in D Minor, K.466 - 2. Romance

Compositeur : Wolfgang Amadeus Mozart

Album : Mozart: Piano Concertos Nos.20 & 21

Interprète : Wiener Philharmoniker, Claudio Abbado & Friedrich Gunda

Label : Universal Music Division Decca Records France

Année : 1975

Durée : 9,49 minutes

Titre : Dreamy nostalgic piano music

Compositeur : Harrys Cupboard

Album : -

Interprète : Harrys Cupboard

Label : -

Année : Ajoutée sur youtube en 2017

Durée : 3,29 minutes

Titre : Morning walk

Compositeur : Jonny Easton

Album : Love Story

Interprète : Johny Easton

Label : Easy listening

Année : 2018


Durée : 2,22 minutes

Annexe 6

Chant de bienvenue

Lucie Morales

DO LA RE^m SOL



Bon - jour. L. B et bien - ve - nue en sé - ance

5 DO LA RE^m SOL




au - jour - d'hui. on se verr - a tous les mar

9 DO LA RE^m SOL



dis ma - tins pour faire de la musi - co - thé -

13 DO LA RE^m SOL



ra - pie

Annexe 7

Chant d'au-revoir

Lucie Morales

DO LA REEm SOL



C'est la fin de la sé - an - ce de mu

5 DO LA REEm SOL



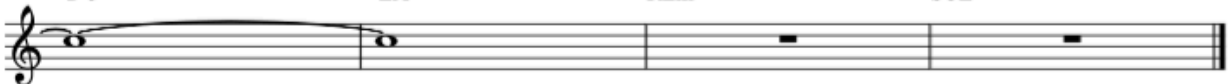
sico - théra - pie on se re - voit la sem -

9 DO LA REEm SOL



ne pro - chaine pour un - e nou - velle sé - aa

13 DO LA REEm SOL



aance

Annexe 8
16/01/2018 - Deuxième séance

Titre : No. 13 Dance of the Knights

Compositeur : Prokofiev

Album : Prokofiev: Romeo & Juliet

Interprète : André Previn

Label : Warner Classics

Année : 2009

Durée : 5,41 minutes

Titre : Film adaptation of piano trio in E-flat, Op. 100

Compositeur : Franz Schubert

Album : Music from the soundtrack of Barry Lyndon

Interprète : Moray Welsh, Anthony Goldstone, Ralph Holmes

Label : Warner bros. Records

Année : 1975

Durée : 4,12 minutes

Titre : Symphony No. 7 In A Major, Op. 92: II, Allegretto

Compositeur : Beethoven

Album : Beethoven: Symphonies Nos 5 & 7

Interprète : Leonard Bernstein

Label : Sony Classical

Année : 1999

Durée : 9,03 minutes

Titre : Andante from Concerto in D minor For 2 Mandolins

Compositeur : Vivaldi

Album : Hush

Interprète : Bobby McFerrin & Yo-Yo Ma

Label : Sony Masterworks

Année : 1992

Durée : 4,03 minutes

Titre : Allemande la Superbe (4ème livre): La rêveuse

Compositeur : Marin Marais

Album : Pièces de Viole

Interprète : Mienieke van der Velden

Label : Channel classics

Année : 2000

Durée : 4,09 minutes

Annexe 9
30/01/2018 - Quatrième séance

Titre : Quarter Chicken Dark
Compositeur : Yo-Yo Ma, Stuart Duncan, Edgar Meyer & Chris Thile
Album : The Goat Rodeo Sessions
Interprète : Yo-Yo Ma, Stuart Duncan, Edgar Meyer & Chris Thile
Label : Sony Classical
Année : 2011
Durée : 4,47 minutes

Titre : Glassworks:Opening (2nd Arr. for piano)
Compositeur : Philip Glass
Album : Minimal piano works, Vol. I
Interprète : Philip Glass
Label : Brilliant classics
Année : 2007
Durée : 6,25 minutes

Titre : Offering
Compositeur : Ravi Shankar & Philip Glass
Album : Passages
Interprète : Ravi Shankar & Philip Glass
Label : Music on CD
Année : 2013
Durée : 9,46 minutes

Titre : Quinnapin
Compositeur : Terry Bradley
Album : Coming Home
Interprète : Terry Bradley
Label : Terry Bradley
Année : 2016
Durée : 4,37 minutes

Titre : First love
Compositeur : Joe Hisaishi
Album : はつ恋
Interprète : Joe Hisaishi
Label : Ever Anime International Records
Année : 2000
Durée : 4,19 minutes

Annexe 10
13/02/2018 - Sixième séance

Titre : Etudes d'exécution transcendante d'après Paganini, S. 140: No.3 La Campanella

Compositeur : Franz Liszt

Album : The Best of Liszt

Interprète : Misha Dichter

Label : Philips Classics

Année : 1995

Durée : 4,12 minutes

Titre : Where's My Love (piano and viola)

Compositeur : Syml

Album : Where's my love

Interprète : Syml

Label : EP - Network Music Group

Année : 2017

Durée : 3,44 minutes

Titre : Augen Zum Meer

Compositeur : Martin Herzberg

Album : Liebe & Tasten

Interprète : Martin Herzberg

Label : Cloudbreak Records

Année : 2017

Durée : 4,36 minutes

Titre : Méditation

Compositeur : Jules Massenet

Album : Jules Massenet: Meditation from « Thais »

Interprète : Gheorghiu, Alagna, Callas, Carreras

Label : Mis

Année : 2012

Durée : 5,14 minutes

Titre : Voice (3/6: Medium-High, E flat Major)

Compositeur : Jean-Paul Egide Martini

Album : 15 Arie Antiche (Parlotti Edition, Vol. 2)

Interprète : Xavier Palacios

Label : Xavier Palacios

Année : 2011

Durée : 4,01 minutes

Annexe 11
20/03/2018 - Huitième séance

Titre : Piano Concerto No. 21 In C Major, K. 467, « Elvira Madigan »: II. Andante

Compositeur : Wolfgang Amadeus Mozart

Album : Mozart: Romantic Mozart

Interprète : Andras Ligeti

Label : Naxos

Année : 1996

Durée : 6,47 minutes

Titre : Divertimento No. 15 in B-Flat Major, K. 287: I. Allegro

Compositeur : Wolfgang Amadeus Mozart

Album : Mozart: Divertimenti, K. 131 and K. 287

Interprète : Capella Istropolitana

Label : Naxos

Année : 1994

Durée : 9,42 minutes

Titre : Adagio in E Major, K. 261 for Violin and Orchestra

Compositeur : Wolfgang Amadeus Mozart

Album : Mozart: Romantic Mozart

Interprète : Takato Nishizaki

Label : Naxos

Année : 1990

Durée : 7,14 minutes

Annexe 12
Zuvu Sukelem

Kamaniu Silesis



Annexe 13
27/03/2018 - Neuvième séance

Titre : Chan Chan
Compositeur : Buena Vista Social Club
Album : Buena Vista Social Club
Interprète : Buena Vista Social Club
Label : World Circuit Ltd
Année : 2006
Durée : 4,17 minutes

Titre : Fa - Laay - Fanaan
Compositeur : Baaba Maal
Album : Missing you (Mi Yeewnii)
Interprète : Baaba Maal
Label : Palm Pictures
Année : 2001
Durée : 4,32 minutes

Titre : Svava Mantra
Compositeur : Ravi Shankar
Album : Chants Of India
Interprète : Ravi Shankar
Label : EMI Classics
Année : 1997
Durée : 4,34

Titre : Kustino Oro
Compositeur : Goran Bregovic
Album : Le temps des gitans & Kuduz
Interprète : Goran Bregovic
Label : Universal Music Division Mercury Records
Année : 2002
Durée : 3,14 minutes

Titre : Introduction (1936)
Compositeur : The Shanghai Restoration Project
Album : The Shanghai Restoration Project
Interprète : The Shanghai Restoration Project
Label : Undercover Culture Music
Année : 2005
Durée : 1,27 minutes

Annexe 14
03/04/2018 - Dixième séance

Titre : Sing Sing Sing
Compositeur : Louis Prima
Album : Sing Sing Sing
Interprète : Benny Goodman & His Orchestra
Label : RCA Classics
Année : 2011
Durée : 8,38 minutes

10/04/2018 - Onzième séance

Titre : Afro Blue
Compositeur : Mongo Santamaría
Album : Afro roots
Interprète : Mongo Santamaría
Label : Fantasy Concord
Année : 2011
Durée : 3,55 minutes

Titre : Djinn Lazrag
Compositeur : Pierre Emmanuel Poizat
Album : Autour du vent
Interprète : Pierre Emmanuel Poizat
Label : Pierre Emmanuel Poizat
Année : 2012
Durée : 5,57 minutes

15/05/2018 - Douzième séance

Titre : Take Five
Compositeur : Paul Desmond
Album : Take Five
Interprète : The Dave Brubeck Quartet
Label : Fat Cat
Année : 2011
Durée : 5,21 minutes

Résumé

Ce mémoire rapporte mon expérience clinique de stagiaire-musicothérapeute dans un foyer de vie, auprès d'un public d'adultes en situation de handicap mental. Il présente le récit et l'analyse de la prise en charge d'une personne porteuse d'un trouble du spectre de l'autisme, que je nomme L.B. À travers les différents chapitres qui composent ce mémoire, je relate mon cheminement professionnel, et présente le fonctionnement de l'institution, le trouble du spectre de l'autisme et la pratique de la musicothérapie en lien avec ce trouble. La dernière partie de ce travail s'oriente autour d'une réflexion sur la relation thérapeutique, les rôles du musicothérapeute ainsi que l'importance du travail pluridisciplinaire.

Mots clés : foyer de vie ; établissement médico-social ; trouble du spectre de l'autisme (TSA) ; musicothérapie ; jeux ; alliance thérapeutique ; relation ; communication.

Abstract

This dissertation relates my clinical experience as a music-therapy trainee working in a residential home with mentally disabled adults. In this present edition, I put forward a thorough analysis of my work through the disclosure of a clinical case study of a patient with a diagnosis of the autism spectrum disorder. I have decided to refer to this patient as L.B. Throughout the different chapters that constitute this dissertation, I display my professional odyssey, and present the institution, the autism spectrum disorder, and music-therapy in relation to this disorder. The last part of this work will offer both a reflection and analysis of the therapeutical relationship, the roles of the music-therapist as well as the importance of a multidisciplinary approach.

Keywords : residential home ; medico-welfare establishment ; autism spectrum disorder (ASD) ; music-therapy ; play ; therapeutic alliance ; relation ; communication.