

**UNIVERSITE PAUL VALÉRY  
MONTPELLIER III  
Arts – Lettres – Langues – Sciences Humaines et Sociale**

**Département MUSIQUE  
Filière de MUSICOTHÉRAPIE  
17 rue Abbé de l'Épée  
Tél. : 04 67 72 98 61**

**DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE MUSICOTHERAPIE**

**UN TRAVAIL DE MUSICOTHÉRAPIE AUPRÈS D'ENFANTS ET  
D'ADOLESCENTS SOUFFRANT D'AUTISME DANS UN INSTITUT MEDICO-  
EDUCATIF**

**Mémoire présenté et soutenu par :**

Monsieur Nicolas MEYLHEUX

**Né le :** 07 juin 1979

**Directeur de mémoire :**

Madame Marie-Claire FISCHER

Soutenance : Mardi 19 Octobre 2004

Monsieur le Professeur Jean-Pierre BLAYAC, Président  
Madame Anne-Marie MAURIN  
Monsieur Pierre-Luc BENSOUSSAN  
Monsieur Olivier MAROTIN

## SOMMAIRE

	Page
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>

### 1<sup>ère</sup> PARTIE : LE CONTEXTE

<b>1. LE TERRAIN DE STAGE</b>	<b>8</b>
<b>1.1. L'institution</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Ma place dans l'Institution</b>	<b>8</b>
<b>2. LES GROUPES D'ENFANT</b>	<b>12</b>

### 2<sup>ème</sup> PARTIE : L'AUTISME

<b>1 L'ENFANT AUTISTE</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Les critères diagnostiques de l'autisme</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Epidémiologie</b>	<b>16</b>
<b>2 ETIOLOGIE</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Une description de l'autisme selon LEO KANNER</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Une analyse selon FRANCES TUSTIN (1977)</b>	<b>21</b>
<b>3 L'AUTISME AUJOURD'HUI</b>	<b>23</b>

## **3<sup>ème</sup> PARTIE : LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

<b>1. LES DIFFERENTES ETAPES DU DEVELOPPEMENT DE LA SEXUALITE</b>	<b>26</b>
1.1. Le stade oral	26
1.2. Le stade du miroir	27
1.3. Le narcissisme	29
1.4. Le stade anal	29
1.5. Le stade phallique	30
1.6. La période de latence	32
1.7. Le stade génital	33
<b>2. LE MOI-PEAU</b>	<b>34</b>
2.1. La deuxième topique de Freudienne	35
2.2. Le concept de « Moi-peau »	36
2.3. Les fonctions de la peau	37
2.4. Les huit fonctions de la peau	38
<b>3. L'AUTISME ET LES TROUBLES SPECIFIQUES DES ENVELOPPES PSYCHIQUES</b>	<b>40</b>

## **4<sup>ème</sup> PARTIE : LA MUSICOTHERAPIE**

<b>1. LA MUSIQUE</b>	<b>42</b>
1.1. Qu'est-ce que la musique ?	42
1.2. La musique et la notion de jeu	43
1.3. Le jeu selon WINNICOTT	44

<b>2. LA MUSICOTHERAPIE</b>	<b>45</b>
2.1. Le musicothérapeute	46
2.2. La musicothérapie réceptive	47
2.3. La musicothérapie active	50
2.4. Les séances de musicothérapie	52
2.5. L'instrumentarium	55
2.6. Eléments mobilisés lors des séances	56

<b>5<sup>ème</sup> PARTIE : APPROCHE CLINIQUE</b>
---

<b>1. LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS</b>	<b>59</b>
1.1. La prise en charge de Julien	59
1.2. La prise en charge de Ludovic	88
<b>2. REFLEXION SUR LA MUSICOTHERAPIE</b>	<b>101</b>
2.1. Une protection par les stéréotypes	101
2.2. Une défense par le clivage	104
2.3. Une musicothérapie : une possibilité de communication ?	105
<b>MA PRATIQUE AUJOURD'HUI</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>114</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>130</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>136</b>

## REMERCIEMENTS

Je remercie avant toute chose ces enfants autistes qui m'ont tant appris par leurs silences et leurs regards, par l'écho que j'ai ressenti avec eux me renvoyant ainsi à mon enfance, à mes joies et mes douleurs.

Je remercie ma mère et ma sœur pour leur soutien, l'attention qu'elles m'ont portées, leur aide, leur présence et leur compréhension.

Je remercie aussi mes professeurs de l'université pour leur enseignement riche, qui m'a fait découvrir, entre autres, tant de musiques, ouvrant ainsi ma curiosité sur les arts.

Je remercie également Marie-Claire FISCHER pour son soutien, pour son aide si précieuse qui m'a permis de pouvoir réaliser ce mémoire. Je remercie aussi Madame BOURSALY pour son soutien.

Un grand merci à Monsieur Jacques AMALRIC pour m'avoir accordé de son temps et pour m'avoir fait profiter de son savoir gigantesque en matière de musique.

Merci à l'équipe éducative et au pédopsychiatre, le docteur OMERE des « Papillons Blancs » pour m'avoir accueilli pendant six mois et me faire confiance aujourd'hui pour décider de continuer le travail.

# INTRODUCTION

Au départ, je souhaitais effectuer mon stage auprès de personnes anorexiques et boulimiques. Connaissant le sujet et la population, il était plus facile pour moi de l'appréhender. Malheureusement, le seul terrain de stage qui m'ait été proposé se trouvait à Lille et pour des raisons financières je ne pouvais le réaliser.

Quelques mois plus tard des éducateurs des « Papillons Blancs » m'appelèrent en souhaitant s'entretenir avec moi. Sachant que je cherchais un stage, ils étaient curieux de connaître exactement ma démarche. Nous avons fixé un jour et une heure et je décidai de travailler avec eux.

J'ai donc accepté de faire mon stage dans cette institution et il est intéressant de se demander pourquoi : la population des autistes ne m'effrayait pas ; je l'a connaissais mal ; je n'étais pas particulièrement attiré par elle, mais avec du recul, je me suis senti en confiance avec les enfants autistes.

La première fois que je les ai vus, je n'ai eu aucune réticence à leur égard. Certains m'ont touché, d'autres m'ont frôlé ou encore léché et je n'ai ressenti aucune forme d'appréhension. Ils étaient calmes, paisibles et semblaient vivre dans un monde étranger de tous, rien qu'à eux, propre à eux et chaque geste ou parole qu'ils nous donnaient me semblait être des cadeaux.

Loin des « Big Brother », de leur « célébriété » et des attaques aériennes sur l'Irak qui commenceront quelques mois plus tard, je leur ai souvent envié d'être à l'abri de cela. Et c'est justement ce retrait qui m'a beaucoup parlé. Enfant angoissé, j'ai eu souvent recours à un monde à moi, sans toutefois refuser le contact des autres.

Mon monde à moi, c'était l'invention. J'inventais tout et n'importe quoi et cela dès l'âge de six ans : des machines en tous genres faites avec des boîtes, des stylos et des règles, mais aussi des jeux de cartes, des bandes dessinées ; je parlais souvent me promener seul avec un bloc-note et un stylo et j'écrivais tout ce que je voyais, j'ai écrit des poèmes, j'ai commencé l'écriture d'un livre, etc.

Est arrivée, en parallèle, la musique et plus particulièrement le piano. J'ai dû faire trois mois de solfège avant de faire « l'école buissonnière » et j'ai cette image d'un cour où le professeur de musique me disait, à mon plus grand désarroi, « *non, tu ne peux pas jouer du piano, regarde le tableau et fais-moi une rangée de clé de sol* ». Je n'avais jamais associé la musique à un tableau tout noir, vivant d'ennui. J'ai appris le piano avec un professeur particulier et j'ai passé beaucoup plus de temps à trouver des mélodies connues, qui me plaisaient plutôt qu'à faire les exercices de gamme.

Tout cela pour expliquer que chaque moment que je prenais pour créer (je n'entends pas le mot créer au sens esthétique) était un refuge où je n'avais pas d'angoisse ; c'était propre à moi, je me sentais bien, rassuré et loin de toutes attaques extérieures.

Et l'enfant autiste ? Qu'en est-il ? Pourquoi refuse t-il le monde extérieur ? que peut-il bien se passer dans ce monde qu'il se crée, écartant tout contact ?

L'autiste amène à la réflexion, à sa propre réflexion. Il intrigue et tout en restant dans son mutisme, il fait parler de lui la terre entière. Il est mystérieux, fascinant et suscite bien des hypothèses... pour quelles raisons ?

Cette si grande fascination semble cacher une peur, des échos s'opèrent dans les têtes des uns et des autres, personne n'arrive à percer le mystère, mais tout le monde semble trouver une part de lui-même, une sorte d'artéfact oublié, qu'il croyait à jamais perdu ... et qu'il finit par retrouver. On ne comprend pas l'autisme d'un enfant mais on comprend l'enfant autiste.

Ce mémoire se veut le témoignage de mon expérience, de mon analyse. Par lui, je vais essayer de faire prendre conscience aux étudiants des difficultés qui existent lorsque l'on choisi de faire un stage dans un établissement où il n'y a pas de musicothérapeute et où l'éducatif règne.

Je traiterai en première partie de l'institution.

En deuxième partie j'expliquerai ce qu'est l'autisme, avec en annexe un historique permettant à chacun de s'informer.

En troisième partie, je traiterai du développement de l'enfant ainsi que du « Moi-Peau » de Didier ANZIEU : conception intéressante et importante car lorsque nous parlons de relation, de contact, nous sous-entendons notre peau.

En quatrième partie je traiterai de la musicothérapie, donnant ainsi des bases pour les lecteurs, et en dernière partie je retracerai les séances d'un enfant et d'un adolescent autistes, suivies de mon analyse.

Malgré les difficultés auxquelles j'ai dû faire face, j'ai vraiment apprécié ce stage. Je remercie les équipes qui ont su faire preuve de compréhension, face à mon inexpérience et face à mes demandes.

Il se trouve que depuis le mois d'octobre 2003, les équipes m'ont re-contacté et ont décidé de poursuivre les séances de musicothérapie. Je travaille donc actuellement avec eux, avec les mêmes enfants à raison de six séances par semaine.



# PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

## 1. LE TERRAIN DE STAGE - L'INSTITUTION

### 1.1. L'Institution

Il s'agit de l'Institut Médico-éducatif « Les Papillons Blancs » à Pierrelatte dans la Drôme. Cet établissement accueille des enfants et des adolescents souffrant d'handicaps mentaux. Nous y distinguons autant de trisomiques que de psychotiques ainsi que des autistes.

Il est divisé en deux autres Institutions : l'IMP (Institut Médico-pédagogique) pour les enfants de six à quatorze ans, et l'IMPro (Institut Médico-Professionnel) pour les adolescents.

Une fois leur majorité atteinte, en général, les adolescents s'orientent vers un CAT (Centre d'Aide par le Travail) situé à quelques mètres de là. L'établissement est divisé alors en deux bâtiments : l'un pour l'IMP et l'autre pour l'IMPro, se partageant ainsi une immense cour avec balançoires, toboggans, un terrain de football, un terrain de basket et une piscine.

Dans le premier bâtiment : celui de l'IMP, les bureaux de la Direction sont séparés des salles de classe par une porte. Lorsque nous entrons, nous accédons à une petite salle d'attente où se trouvent, le long d'un couloir, les bureaux de la directrice, de la secrétaire, des médecins, de l'orthophoniste, du kinésithérapeute, de la psychologue ainsi que l'infirmerie et la salle de réunion.

Face à ce couloir se trouve un autre couloir réunissant toutes les salles de classe. Lorsque nous y pénétrons, à notre gauche se trouvent des toilettes avec quelques douches, des glaces surplombant les lavabos où reposent une vingtaine de brosses à dents avec écrit soigneusement juste en dessous le prénom et parfois la photo de leur propriétaire. Cet endroit est le principal accès à la salle de restauration.

De suite après, toujours à gauche, se trouve une grande salle où se déroulent différentes activités (expression corporelle, musique, etc.) : elle est spacieuse, avec une rangée de fenêtres laissant entrevoir la cour de récréation. Il y a une rangée de fauteuils jaunes au dessous de ces fenêtres, en face de quelques placards où sont rangés divers vêtements, quelques jeux et quelques instruments de musique.

C'est dans cette salle que se dérouleront les séances de musicothérapie.

L'IMPro est un ensemble de préfabriqués où se trouvent la salle de la psychomotricienne ainsi que les salles des diverses activités : peinture, cuisine, menuiserie, informatique et horticulture. Il y a aussi une salle de réunion, et à l'arrière, une petite parcelle de terre clôturée avec des poules, des lapins et une chèvre.

## **1.2. Ma place dans l'Institution**

Je dois avouer qu'il m'a été difficile, stagiaire en musicothérapie, de me faire une place dans un établissement où règne l'Éducatif, d'autant plus difficile encore lorsqu'il n'y a pas de musicothérapeute sur place. Je n'avais aucune expérience de la pratique de la musicothérapie et je n'avais eu jusqu'ici aucune approche avec des enfants handicapés mentaux.

C'était la première fois que l'IME accueillait un stagiaire dans une discipline thérapeutique. Pour les éducateurs, habitués aux stagiaires BAFA, moniteur-éducateurs, etc., c'était nouveau aussi.

Très peu d'éducateurs parlaient de « musicothérapie », ils employaient plus facilement le mot « musique » ou « *activité musique* ». Certains m'ont même attribué le statut de musicien, de professeur de musique ou encore d'intermittent du spectacle.

Mais pourtant, ils étaient curieux et m'ont accepté d'emblée. Ils se sont toujours rendus disponibles pour répondre à mes interrogations quant aux pathologies des enfants, et m'ont accueilli sans problème aux diverses activités (auparavant, j'avais rencontré les enfants et les adolescents en séance de musicothérapie. J'étais venu les voir durant deux semaines dans leurs diverses activités ; cela m'a permis de me présenter, de les connaître et surtout qu'ils me connaissent et me reconnaissent.

Lors des séances, ce n'était pas toujours les mêmes éducateurs qui venaient. Beaucoup sont venus en curieux. Il y a eu aussi des stagiaires et il a fallu quand même la présence d'un chien pendant une séance pour me dire qu'il fallait absolument remettre de l'ordre, car jusqu'à présent, mes séances se déroulaient à l'opposé de tout ce que l'on m'avait enseigné.

Lors de mon premier cours d'analyse de stage, l'enseignante a souligné de façon très humoristique le déroulement de mes séances avec en particulier la présence du chien. Ce discours a vraiment mis en évidence ma difficulté à parler. Loin d'être insociable ou muet, j'ai toujours été très timide et je parlais peu, de peur de déranger constamment (ou de ne pas être entendu ...). Je n'osais jamais intervenir et je passais par des chemins détournés pour donner mon opinion.

La semaine qui a suivi, à ma demande, j'ai pu intervenir aux réunions de synthèse afin de pouvoir expliquer et discuter des séances de musicothérapie.

J'ai donc expliqué qu'il n'y avait pas de place pour l'éducatif lors des séances, qu'il fallait parler de « musicothérapie » et non de « musique ».

J'ai dit également que je ne voulais pas de stagiaire (et encore moins d'animaux), mais d'un ou deux éducateurs permanents, que les jours, les heures fixées devaient être respectés et que le lieu des séances devait être à chaque fois le même.

J'ai exposé tout cela d'une façon stricte, peut-être trop !

J'ai eu droit à beaucoup de réflexions.

Finalement, le pédopsychiatre présent lors des réunions, a coupé cours aux remarques en me donnant raison : il a demandé que le déroulement des séances de musicothérapie se fasse selon mes exigences, et qu'il était inconcevable qu'une autre personne non référant du groupe puisse y être présente.

Les séances, dès ce moment là, se sont mieux déroulées (je me sentais aussi peut être plus à l'aise). Mais le problème s'est inversé : autant j'ai eu du mal à trouver ma place dans l'Institution et dans les séances, autant c'était à présent les éducateurs eux-mêmes qui ne trouvaient pas leur place dans les séances de musicothérapie. N'étant plus chargés d'appeler, de sanctionner l'enfant, ils étaient en droit de se questionner sur leur utilité lors des séances de musicothérapie.

## **2. LES GROUPES D'ENFANTS**

Les enfants arrivent le matin vers 9h00. Ils sont accueillis par leurs éducateurs référents. Ils mangent dans la salle de restauration, de 12h00 à 13h00 pour l'IMP et de 13h00 à 14h00 pour l'IMPro. Chaque groupe d'enfants change toutes les nouvelles années scolaires. Chaque éducateur, aidé par la direction et les pédopsychiatres, détermine les nouveaux groupes. Ils sont fait en fonction des capacités des enfants, de leur pathologie. Les éducateurs, aidés des équipes soignantes et de la direction ont conclu les groupes d'enfants qui viendraient en musicothérapie.

Ce sont donc huit séances hebdomadaires qui ont pu être réparties sur sept groupes :

1. Groupe accompagné par Dominique et Françoise avec quatre enfants dont Julien, les lundis de 13h30 à 14h30 et les mardis de 9h15 à 10h15.
2. Groupe accompagné par Béatrice avec quatre enfants, les lundis de 15h00 à 16h00.
3. Groupe accompagné par Blandine et Jacques avec six enfants, les mardis de 10h30 à 11h30.
4. Groupe accompagné par Stéphanie avec quatre adolescents dont Ludovic, les mardis de 14h30 à 15h30.
5. Groupe accompagné par Emilie avec cinq adolescents, les mercredis de 11h30 à 12h30.
6. Individuel avec Ludovic (pour le mois de décembre 2002) les mercredis de 14h30 à 15h30. Il sera ensuite accueilli dans le groupe de Stéphanie dès le mois de janvier, les mardis de 14h30 à 15h30.
7. Individuel avec un adolescent (à partir du 13 janvier jusqu'à la fin du stage), les lundis de 12h00 à 13h00.

## DEUXIEME PARTIE : L'AUTISME

*« Il m'a expliqué qu'on appelle des enfants autistes parce que aut ça veut dire soi-même et iste, ça veut dire avoir surtout un rapport avec.*

*(Un garagiste, par exemple, c'est quelqu'un qui a surtout un rapport avec un garage).*

*Un autiste, c'est quelqu'un qui a surtout un rapport avec lui-même, au lieu d'avoir des rapports avec les autres.<sup>1</sup> ».*

### 1. L'ENFANT AUTISTE<sup>2</sup>

Une personne souffrant d'autisme est vue comme une personne repliée sur soi, enfermée dans une bulle et si elle ne montre aucun intérêt au monde extérieur qui l'entoure, elle semble avoir une vie intérieure très riche. Elle est vue aussi comme un « savant fou » au cinéma, en prenant l'exemple du film « Rain Man ». En effet, certains autistes sont pourvus de capacités extraordinaires : ils peuvent apprendre par cœur les pages d'un dictionnaire, calculer très vite, faire preuve d'une haute facilité dans le domaine de l'art, etc. Mais pour autant, tous ne sont pas des génies.

Bien avant que cette pathologie soit mise en avant par BLEULER ou KANNER, beaucoup de personnes autistes ont été prises pour des « idiots » et des « faibles d'esprits ». Il apparaît aujourd'hui que l'autisme n'est pas un retard mental « classique » mais plutôt un mode de pensée très différent.

#### 1.1. Les critères diagnostiques de l'autisme

---

<sup>1</sup> « Ces enfants qui ne viennent pas d'une autre planète : les autistes » d'Howard Butten, édition Gallimard 1995, pages 10 et 11.

<sup>2</sup> Source : « Il était une fois ... un enfant pas comme les autres » d'après Biljana Krsteva et Marie Schaer.

Selon la référence du DSM IV, l'autisme est une maladie appartenant aux « Troubles Envahissants du Développement ».

Il se caractérise par des troubles dans trois grands domaines :

- L'altération de la communication (mutisme, retard dans l'acquisition du langage, problème de compréhension etc.).

Les premiers signes que nous percevons au niveau du comportement du bébé se manifestent par l'évitement du regard de sa mère et par le manque d'attention conjointe (c'est-à-dire que le bébé ne porte pas attention aux mêmes choses que sa mère). Une autre manifestation est le retard ou l'absence du langage parlé. Non seulement l'enfant parlera plus tardivement mais de plus, la signification des mots utilisés ne sera pas la même que celle que nous leur attribuons.

- Des caractères restreints, répétitifs et stéréotypés des comportements, des intérêts et des activités.

Les difficultés dont souffre l'enfant autiste se caractérisent entre autre, par un trouble de l'imagination. Il n'arrive pas à faire semblant et a une façon propre et bien particulière de « jouer » (il n'y aurait pas d'acquisition de la symbolique du jeu). Pour essayer d'appivoiser ce monde qui semble l'agresser, l'enfant autiste va se créer tout un monde ritualisé, qui ne supporte pas le changement (c'est le besoin d'immuabilité). En accompagnant tous ses rituels, le sujet va développer des gestes répétitifs que nous appelons stéréotypies. Ces gestes sont plus fréquents lorsque le sujet est angoissé.

- L'altération des interactions sociales.

Elle se manifeste par une incapacité à réguler les comportements non verbaux, tels que : le contact visuel, la mimique faciale, les postures corporelles et les gestes. L'enfant autiste ne va pas tenter de faire partager ses plaisirs ou ses intérêts avec les autres personnes.

S'y ajoute la cécité mentale soit une incapacité de se représenter ce que pense l'autre.

Ces enfants ont des troubles de la modulation sensorielle, allant de la sur-stimulation à l'inhibition massive de façon imprévisible.

Ils n'ont très probablement aucune limite de leur corps, et tout ce qu'ils entendent, voient ou touchent leur parvient d'une façon confuse.

De plus, l'attention des enfants autistes se porte sur des intérêts très différents des nôtres. A cause de leur déficit de socialisation, il leur est difficile d'apprendre à travers l'autre et ils n'adoptent donc pas, comme importantes et significatives, les mêmes choses que nous.

Leur mémoire est plus souvent associative que logique, en ce sens qu'ils peuvent associer des mots ou des situations simplement parce qu'elles ont été vécues une fois dans un même contexte.

Les enfants ordinaires apprennent naturellement de leur environnement les règles sociales, et ceci en partie par imitation. Un tel apprentissage est déficient chez l'enfant autiste. En effet, les compétences qui conduisent à l'apprentissage, telles que motivation, discipline personnelle et curiosité, ne peuvent se développer car les pré-requis que sont le langage de base et les compétences relationnelles, ne sont pas acquis chez un enfant autiste.



Finalement, l'enfant autiste est agressé par un monde qu'il ne comprend pas. Il ne peut se fier à ce qu'il perçoit car ses sensations sont perturbées et ne lui fournissent pas une image précise de ce monde qui l'entoure.

Certains bruits qui nous paraissent insignifiants, peuvent être réellement insupportables pour certains.

Ils percevraient le monde un peu comme dans un kaléidoscope, avec un fond sonore criant, distordu, à l'image peut être d'une station de radio mal réglée, parasitée et dont il serait impossible de changer le volume sonore.

En réaction à ce monde incompréhensible, ces enfants vont façonner leur propre monde avec leurs repères à eux. Ces repères peuvent être des gestes répétitifs (les stéréotypies), des mots répétés (l'écholalie), ou des rituels qui ont pour unique but de rassurer et maîtriser cette réalité qu'ils ne peuvent comprendre.

## **1.2. Epidémiologie**

Selon la plupart des études, l'autisme correspond à environ une naissance sur 2000. Nous constatons un net déséquilibre entre les sexes, puisque les garçons sont quatre fois plus touchés que les filles. Toutes les classes sociales et tous les pays sont touchés dans la même proportion.

## 2. ETIOLOGIES

*« Alors il m'a conduit dans son bureau et m'a montré sa bibliothèque. Elle était pleine de livres, des rayons et des rayons. C'était tous des livres sur les autistes. La plupart avaient été écrits par des gens qui croyaient savoir pourquoi ils étaient autistes.*

*- Vous les avez tous lus, et vous ne savez toujours pas, j'ai demandé.*

*Il a fait un geste, il avait l'air fatigué.*

*- Vous n'avez qu'à les lire vous même.*

*Ca se passait il y a vingt ans. Depuis, je crois bien je les ai tous lus, moi aussi. Il y en a qui disent que les autistes ne sont pas nés comme ça. Qu'ils le sont devenus parce qu'ils étaient malheureux. [...] Dans d'autres livres, on dit que les enfants autistes sont nés comme ça, qu'ils ont quelque chose au cerveau, quelque chose qui les empêche de se conduire comme tout le monde<sup>3</sup> ».*

L'une des difficultés de ce mémoire a été de mettre à jour ce que nous savions aujourd'hui de l'autisme et comment nous sommes parvenus à ces hypothèses. Il semble, d'une manière grossière, qu'il y ait autant d'hypothèses que de personnes travaillant sur le sujet. Sans oublier ce réel clivage<sup>4</sup> qui existe entre chercheurs et professionnels de l'autisme, rendant difficile la compréhension du syndrome pour les étudiants, et beaucoup plus grave, pour les familles concernées par la maladie, perdue dans un foisonnement d'explications étiologiques, avec autant de méthodes éducatives associées (cf. annexe pages 124).

---

<sup>3</sup> « *Ces enfants qui ne viennent pas d'une autre planète : les autistes* » d'Howard Butten, édition Gallimard 1995.

<sup>4</sup> « *L'autisme : vers une nécessaire révolution culturelle* », article de Brigitte Chamak et de David Cohen, médecine-sciences n°11, vol. 19, novembre 2003.

Je vais traiter des prémisses de l'autisme par le docteur Léo KANNER (1943) et d'une analyse plus récente de Frances TUSTIN (1977). Pour des informations complémentaires, je donne la possibilité à chacun de s'informer grâce à un historique en annexe.

## 2.1. Une description de l'autisme selon LEO KANNER

Le terme « *autisme* » a été introduit pour la première fois en 1911 par le psychiatre Eugène BLEULER dans son ouvrage sur « *le groupe de schizophrénie* ».

Il désigne, chez les malades schizophrènes adultes (« *Schizein* » signifie couper et « *phrein* » signifie cerveau), la perte du contact de la réalité, entraînant comme conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui. Il les décrit comme hors de la réalité et vivant dans une prédominance relative ou absolue de leur vie intérieure.

C'est en 1943 que le médecin Américain Léo KANNER décrit, s'appuyant sur onze cas d'enfant (« *autistic disturbance of affective contact* »), un syndrome auquel il donne le nom d'« *Autisme Infantile Précoce* » (AIP), se différenciant de la schizophrénie infantile décrite par Eugène BLEULER :

*« L'exceptionnel, le pathognomonique, le désordre fondamental est l'inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir aux situations depuis le début de la vie. Les parents se réfèrent à eux comme ayant été toujours autosuffisants, comme dans une coquille, agissant comme si personne n'était là, parfaitement oublieux de tout, à part eux, donnant l'impression d'une silencieuse sagesse, manquant de développer la quantité habituelle de conscience sociale, agissant comme s'ils étaient hypnotisés ... »*

*Il y a dès le départ une extrême solitude autistique qui, toutes les fois que cela est possible, dédaigne, ignore, exclut tout ce qui vient vers l'enfant de l'extérieur.*

*Le contact physique direct, tel mouvement ou tel bruit sont vécus comme menaçant de rompre leur solitude et sont traités ou bien « comme s'ils n'étaient pas là » ou bien, s'ils n'ont pas une durée suffisante, ressentis douloureusement comme une interférence désolante »<sup>5</sup>.*

Léo KANNER isola un certain nombre de signes cliniques caractérisant la psychose autistique une fois constituée :

1. « le début précoce des troubles ». Survient avant l'âge de trois ans.
2. « L'isolement extrême ». L'attitude de l'enfant frappe par son indifférence et son désintérêt total, autant vis-à-vis des personnes, que vis-à-vis des objets qui l'entourent.
3. « Le besoin d'immuabilité ». Il s'agit du besoin impératif de l'enfant de maintenir stable son environnement : son matériel habituel, la permanence et la stabilité de répéter, faisant l'objet de la part de celui-ci de fréquentes vérifications plus ou moins ritualisées.
4. « Les stéréotypies gestuelles ». Il s'agit de gestes répétés inlassablement et dont certains frappent par leur étrangeté : remuer les doigts devant le visage, marcher sur la pointe des pieds de façon mécanique, tournoyer sur soi-même, se balancer rythmiquement d'avant en arrière.

---

<sup>5</sup> « Faire face à l'autisme » de Marie Dominique Amy, édition Retz 1995, pages 20 et 21.

5. « Les troubles du langage ». Ces troubles sont constants. Soit l'enfant émet un jargon qui a la mélodie du langage, mais sans sa signification ; soit l'enfant ne possède aucun langage ; soit enfin, il possède un langage mais qui n'a que peu ou pas de valeur communicative, marqué souvent par une écholalie, une utilisation de mots déformés avec l'invention de néologismes.

Dans cette description de l'autisme, Léo KANNER insiste beaucoup sur la mémoire remarquable de certains de ces enfants et leur aspect intelligent :

*« KANNER a insisté dans ses descriptions sur l'impression subjective que donne ces enfants autistes d'être intelligents. Il souhaitait ainsi souligner la différence essentielle qui existait, selon lui, entre les enfants autistes et les enfants déficients intellectuels avec lesquels ils étaient antérieurement confondus<sup>6</sup> ».*

Léo KANNER attribue donc l'autisme à la qualité des contacts des parents envers leur enfant. Cependant, il n'exclut pas la possibilité que certains éléments aient pu passer, de façon héréditaire, chez les enfants.

En juillet 1969, lors de la première assemblée générale annuelle de l'association américaine : La National Society for Autistic Children, Léo KANNER fera une intervention légendaire.

Il fera part de son indignation à l'idée qu'on se soit servi à tort de son article pour désigner les mères d'un doigt accusateur. Dès le début il avait parlé d'une origine organique de l'autisme. Avec émotion, il déclarera : « Parents, je vous acquitte ».

---

<sup>6</sup> « *L'autisme infantile* » du professeur Pierre Ferrari, édition Que sais-je ? 1999, page 11.

## 2.2. Une analyse selon FRANCES TUSTIN<sup>7</sup> (1977)

L'autisme est un état centré sur le corps, dominé par la sensation qui constitue le noyau du soi. Le soi est la sensation et rien d'autre. Les objets du monde extérieur sont perçus comme venant de ce corps dominé par la sensation, et non comme ayant une existence propre. Il y a absence de différenciation, dans un état autistique normal.

Mais certains sujets restent enfermés dans cet autisme normal à la suite d'une détresse, d'une impossibilité d'en sortir ou d'un dysfonctionnement existentiel. La naissance psychologique, c'est le point d'aboutissement du processus de développement, et la catastrophe psychologique arrive quand ce point n'aboutit pas.

Il n'y a alors pas de naissance, il n'y a pas de frontière entre le soi et le non-soi. Cet état est dominé par des objets autistiques: ce seront des parties du corps de l'enfant, de la mère, du monde extérieur, tout cela étant vécu comme appartenant au corps de l'enfant. Ces objets ne sont jamais objets transitionnels.

Notons bien que lors du développement habituel, l'objet est d'abord autistique, et devient progressivement transitionnel. Alors que dans l'autisme, le vécu du corps n'est pas éclaté, mais très dense au contraire. L'enfant autiste n'a pas d'autre réalité que lui-même.

---

<sup>7</sup> Source : « *Faire face à l'autisme* », édition Retz, 1995.

Elle classifera l'autisme en trois groupes :

1. L'autisme primaire anormal : il s'agit d'une prolongation de la période habituellement transitoire de l'autisme. Cette forme est caractérisée chez le bébé par le fait qu'il n'y a pas de différenciation entre son corps, celui de sa mère et l'extérieur. La surface corporelle est sans limite. Les sensations sont primitives, et le fonctionnement mental est principalement axé sur elles. L'origine de cette forme est due à une carence au niveau des premiers nourrissages.
2. L'autisme secondaire à carapace : il est sensiblement identique à l'autisme de KANNER. L'indifférenciation entre le Moi du bébé et de la mère a disparu, remplacée par une surévaluation de la différence. Une barrière autistique à fonction de carapace s'est construite pour protéger l'enfant, et lui interdire l'accès au monde extérieur. Son corps est devenu raide, insensible, la pensée est inhibée, l'activité fantasmatique excessivement pauvre.
3. L'autisme secondaire régressif ou schizophrénie infantile : l'évolution commence de façon normale, puis apparaissent des manifestations de régression. L'enfant opère son retrait dans une vie fantasmatique riche et centrée sur les sensations corporelles.

### 3. L'AUTISME AUJOURD'HUI

A l'heure actuelle, aucune cause étiologique responsable du syndrome autistique n'a été vérifiée. Les différentes recherches étiologiques sont menées dans différents domaines :

- Le domaine génétique<sup>8</sup> : il s'agit de mettre en évidence l'existence de facteurs génétiques afin de déterminer une éventuelle cause de l'autisme. Nous partons dans l'idée qu'il existe un gène éventuel responsable de l'autisme. Les études les plus intéressantes ont été effectuées sur des populations de jumeaux dont l'un au moins est atteint d'autisme. Mais seules les anomalies génétiques peuvent être transmises héréditairement, ce qui n'est pas le cas pour une organisation pathologique aussi complexe que l'autisme.
- Le domaine biochimique<sup>9</sup> : nous partons dans l'idée que l'autisme serait le résultat d'un dysfonctionnement des neurotransmetteurs. Ces substances synthétisées par les neurones et qui servent à transmettre la stimulation et l'information entre les neurones au niveau des synapses, seraient donc perturbées. Malgré diverses études (sur la sérotonine, les catécholamines, les hormones de stress et les endorphines), il reste difficile de dégager actuellement un modèle biochimique propre à l'autisme.
- Le domaine neurophysiologique<sup>10</sup> : ces études se concentrent sur l'activité électrique cérébrale. Ces recherches ont permis de constater des troubles du filtrage des influx sensoriels, une surcharge sensorielle et une destruction des mécanismes perceptifs.

---

<sup>8</sup> FERRARI Pierre, *L'autisme infantile*, édition que sais-je ?, pages 20, 22.

<sup>9</sup> *Ibid*, pages 22, 23, 24.

<sup>10</sup> *Ibid*, pages 24 à 26.



- Le domaine des sciences cognitives<sup>11</sup> : nous partons dans l'idée qu'un déficit cognitif pourrait constituer la cause primaire de l'autisme. L'isolement d'un enfant autiste serait dû à « *une absence de théorie de l'esprit*<sup>12</sup> » c'est-à-dire d'une incapacité de reconnaître l'existence d'états mentaux, de pensées et d'intentionnalité chez autrui.
- Le domaine psychologique et psychanalytique<sup>13</sup> : nous partons dans l'idée que l'autisme s'expliquerait par « *une "dysharmonie" dans les interactions précoces entre la mère et l'enfant. Le syndrome autistique serait une modalité particulière d'organisation psychique en réponse à ce dysfonctionnement*<sup>14</sup> ».

Les différentes approches ne décrivent pas de cause unique de l'autisme mais mettent en évidence certains de ses mécanismes. Elles sont axées sur la compréhension de la vie mentale des sujets atteints et contribuent à une meilleure adéquation des attitudes thérapeutiques.

Peu d'études se concentrent sur une conjonction de facteurs, c'est-à-dire que l'origine de l'autisme serait multifactorielle.

De plus, il existe aujourd'hui une forte opposition, un clivage quant à la prise en charge de l'enfant autiste. Un tout éducatif s'oppose à un tout thérapeutique.

Quant à une intervention médicamenteuse de l'autisme, il n'existe pas, à ce jour de médicaments efficaces.

---

<sup>11</sup> *Ibib*, pages 29 à 36.

<sup>12</sup> *Ibib*, page 34.

<sup>13</sup> *Ibib*, page 46.

<sup>14</sup> « <http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm> » (voir « IV origine de l'autisme »).

Les seuls utilisés interviennent sur certains symptômes de l'autisme (comme l'angoisse) ou sur des troubles associés (comme l'épilepsie).

L'autisme : trouble psychologique ? trouble biologique ?

J'avoue être incapable de répondre à ces questions tant les pensées et les explications sont nombreuses.

Toutefois, il me paraît important de considérer l'enfant autiste dans ce qu'il est. Puisqu'il n'existe pas de réponse concrète quant aux origines de l'autisme, je préfère pour l'instant ne pas m'y attarder. Si l'autisme est classé dans des colonnes différentes suivant les pays, ce qui ne change, pas c'est bien son tableau clinique. Qu'il soit d'origine organique ou psychologique, l'autisme reste une même pathologie et je pense qu'une pluralité des démarches de soin serait l'action la plus sage à envisager.

Pour mon travail en musicothérapie, mon fil conducteur sera la définition de l'autisme selon H. BUTTEN à savoir que l'autiste est une personne qui n'a de contact qu'avec elle-même.

# **TROISIEME PARTIE :**

## **LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

### **1. LES DIFFERENTES ETAPES DU DEVELOPPEMENT DE LA SEXUALITE**

#### **1.1 Le stade oral**

Le stade oral s'étend de la naissance jusqu'à la fin de la première année. En satisfaisant le besoin physiologique de s'alimenter, l'enfant trouve un gain de plaisir, outre celui apporté par l'absorption de la nourriture : l'excitation de la zone buccale. La bouche, les lèvres, la langue, mais aussi le tube digestif et les organes activés par l'ingestion font partie de la région buccale qui est source pulsionnelle.

L'objet sexuel est le corps propre : l'activité orale est décrite comme étant autoérotique. Le but sexuel est naturellement le plaisir, c'est-à-dire la recherche de sensations agréables. Il est aussi question d'incorporer l'objet, de le prendre ou de le garder pour soi, raison pour laquelle le stade oral est qualifié de « cannibalique ».

Le stade oral montre donc très nettement comment s'opère la fonction par étayage de la pulsion. C'est de la satisfaction d'un besoin que naît le plaisir, lui-même générateur du désir. Au début, les deux activités sont intimement liées, la faim (le besoin) et le plaisir (le désir) sont assimilés, du fait qu'ils procèdent de la même activité.

Puis, assez rapidement, le désir se détache du besoin, la recherche de plaisir devient indépendante de la nutrition, arrive ensuite le sevrage (ou la castration orale) :

*« En renonçant au lait maternel, le bébé renonce à une image du corps où la mère et lui-même sont fusionnés. Il se sépare du sein, et du lait qu'il vivait comme faisant partie de lui. En perdant le sein, c'est comme s'il perdait sa bouche, laquelle faisant corps avec celui-ci. La succion des mains et des objets permet au bébé de trouver un substitue du sein, mais aussi de s'assurer de l'existence de ses lèvres et de sa langue<sup>15</sup> ».*

Cette activité orale pourra demeurer dans les plaisirs préliminaires qui accompagnent l'acte sexuel de l'adulte. Dans le stade génital (que j'expliquerai plus tard), le but sexuel de l'organisation orale peut être encore partiellement recherché et obtenu, à travers l'alimentation, le tabagisme, les baisers, etc.

## **1.2 Le stade du miroir**

C'est LACAN qui émet l'hypothèse d'un moment particulier constitutif de l'image du corps : c'est le stade du miroir. Durant les six premiers mois de la vie, l'enfant ne reconnaît de son corps que des fragments et il ne sait pas que sa mère est distincte de lui-même. Au stade du miroir, il va se saisir comme unité analogue aux êtres humains. A ce moment là, le sein qui était lui-même, lui apparaîtra comme perdu à tout jamais (d'où la notion de manque).

Le stade du miroir irait jusqu'à 18 mois. Devant le miroir, en même temps qu'il verra son image physique (l'i (a) selon LACAN), il y aura une autre image qui viendra se superposer qui est l'image de ce qu'on attend pour l'enfant (l'i' (a) ).

---

<sup>15</sup> « *Dolto expliquée aux parents* » par Jean-Claude Liaudet, édition j'ai lu 2002, page 61.

La structure de l'image du corps n'ayant que peu de rapport avec la réalité physique du corps, l'image du corps peut être masculine chez une femme et inversement.

Au stade du miroir, on va parler de naissance de l'ilago. Cela signifie que l'on passe du corps biologique dans le fantasme inconscient.

L'enfant va jubiler devant le miroir. On parle « d'assomption jubilatoire ». Il va commencer à émettre un phonème, à jouer avec ce phonème et avant de s'identifier aux autres, il s'identifie à lui-même, tombe amoureux de lui-même (voir le narcissisme cité ci-après). Ce n'est pas une expérience solitaire, et là, le regard de la mère est fondamentale, c'est-à-dire que l'enfant jouant avec son image va être en quête de l'approbation de sa mère (une reconnaissance).

A partir de ce moment là, l'enfant reconnaît son image et l'investit comme sienne (i (a) + i'(a)). Cette image du miroir sera la source de toutes les identifications ultérieures et préparera les images idéales auxquelles l'enfant va s'identifier. Ainsi, le Moi se construit.

*« La reconnaissance par l'enfant de son image dans le miroir marque la fin de l'image inconsciente du corps ; du moins celle-ci restera désormais refoulée, oubliée, et sera remplacée par une image plus réaliste, dans la mesure où elle correspond à la fois à l'image qu'ont les autres de l'enfant, et également à son schéma corporel<sup>16</sup> ».*

---

<sup>16</sup> « *Dolto expliquée aux parents* » par Jean-Claude Liaudet, édition j'ai lu 2002, page 72.

### **1.3 Le narcissisme**

L'enfant s'identifie à lui-même avant de s'identifier aux autres. Comme l'enfant, nous sommes captivés par notre image dans le miroir. Le narcissisme serait la captation amoureuse du sujet par son image. Ainsi, le stade du miroir serait une expérience narcissique fondamentale.

Le narcissisme primaire : c'est pendant la période indifférenciée. C'est la période où l'enfant avant de choisir comme objet d'amour des objets extérieurs, se prend lui-même comme objet d'amour.

Le narcissisme secondaire : construit sur la base du narcissisme primaire, il serait contemporain à la formation du Moi par identification à autrui.

Définition du Moi idéal : il naît d'un idéal de toute puissance narcissique forgé sur le modèle du narcissisme infantile (l'enfant roi). Il répond au principe de plaisir.

Définition de l'idéal du Moi : c'est un modèle auquel le sujet cherche à se conformer. Il se greffe particulièrement sur les exigences parentales et répond au principe de réalité.

### **1.4 Le stade anal**

Progressivement une nouvelle source pulsionnelle se manifeste, pour devenir prédominante lors de la deuxième et troisième année de l'enfant. Son activité sexuelle est alors liée au contrôle sphinctérien. Le plaisir s'étaye encore sur une fonction physiologique : la fonction excrétoire. Les sensations agréables sont en parties liées à la défécation. La relation mère-enfant va pouvoir s'exprimer sur le plan de la propreté.

L'objet sexuel est une partie du corps propre de l'enfant, mais il existe une ambivalence de l'objet : les fèces sont un objet interne avant de devenir un objet externe. L'expulsion est le passage du dedans au dehors. Le but pulsionnel est constitué par le plaisir lié à cette fonction excrétoire mais il est aussi attaché aux mécanismes de rétention et d'expulsion. C'est d'ailleurs ce qui marque le caractère anal : le contrôle des sphincters est assimilé à un pouvoir d'opposition ou de gratification. La rétention peut également servir à l'augmentation de l'excitation.

Le surinvestissement de l'activité est une origine du sadisme, tandis que dans la soumission à la demande s'instaure une composante masochiste (c'est à ce stade qu'apparaissent les pulsions sadiques et masochistes).

### **1.5 Le stade phallique**

La psychologie se construit sur l'idée que l'enfant n'est pas l'adulte, c'est-à-dire qu'il ne vit pas les mêmes choses, qu'il n'a ni les mêmes investissements, ni la même relation à la réalité. On ne naît pas adulte, on le devient (en psychologie, être adulte, c'est accéder au stade génital, que je développerai par la suite).

Le stade phallique commence dans la troisième année de vie et se termine entre la cinquième et la sixième année. Si dans les stades précédents les zones érogènes investies ne sont pas directement en relation avec les organes génitaux, dans ce stade, elles commencent à l'être.

C'est l'époque où l'enfant pose et se pose des questions, interrogations portant sur l'origine de la vie et la différence des sexes. Outre un intérêt pour la sexualité, les questions prouvent une puissante curiosité intellectuelle. A défaut de réponse, il élaborera un certain nombre de théories relatives aux origines de la vie : naissance anale, fécondation orale par le baiser, etc.

Néanmoins, la sexualité ne constituant plus un tabou, de nombreux parents répondent aux questions, satisfaisant ainsi la curiosité de l'enfant. Les conceptions infantiles relatives à la naissance, la fécondation et la sexualité constituent une caractéristique majeure du stade phallique.

Lorsque l'enfant se rend compte qu'il existe une différence des sexes, il en est fortement perturbé. C'est dans ce stade que l'enfant intégrera cette différence. Il renoncera ainsi à la toute-puissance : il ne peut être à la fois un garçon et une fille.

En admettant la différence des sexes, il sera obligé d'admettre que l'autre ne soit pas moi et inversement, des limites à son propre pouvoir, l'établissement et l'acceptation de sa propre identité sexuelle.

Ce troisième point conduira au complexe de castration.

Vient ensuite le complexe d'Œdipe, se résumant à l'interdit de l'inceste. L'histoire illustre symboliquement le désir d'épouser sa mère (ou son père pour la petite fille) et de tuer son père (ou sa mère pour la petite fille). Naturellement, il s'agit là d'un symbole : l'enfant ne veut pas tuer l'un des parents pour épouser l'autre (d'ailleurs dans le mythe originel, Œdipe agit par ignorance).

L'Œdipe représente un conflit, basé sur un désir interdit, qui oppose, à un moment donné, enfants et parents. Il se résout dans le renoncement à ce type d'amour et à l'acceptation de l'interdit.



## 1.6 La période de latence

Elle ne fait pas partie du stade phallique mais lui succède. Elle s'étend de la cinquième ou sixième année jusqu'à la puberté. On parle de latence car elle se caractérise par une rémission des pulsions sexuelles. Dans le même temps où il intègre les interdits (dont celui de l'inceste), l'enfant assimile les valeurs morales et idéales. L'Œdipe joue d'ailleurs un rôle à travers les processus identificatoires : l'enfant prend pour modèle le parent du même sexe, afin de mieux « séduire » le parent de sexe opposé qu'il désire.

La pudeur constitue un trait caractéristique de cette période. Alors qu'auparavant, l'enfant ne ressentait aucune gêne devant la nudité, il devient souvent farouchement pudique. Le fait de s'exhiber ou encore de regarder le corps dénudé de l'autre n'a rien d'une perversion et témoigne d'une « innocence ». Il s'agit d'attitudes perverses et immorales aux yeux de l'adulte, et non aux siens. C'est à partir de cette période de latence que les valeurs morales, en usage dans son environnement, sont intériorisées par l'enfant. Il devient raisonnable (au sens de l'adulte).

Ne parle-t-on pas, à cet âge d'âge de raison ?

Le retrait des désirs sexuels permet à l'enfant de se retourner vers d'autres centres d'intérêt. Sa curiosité intellectuelle s'amplifie, ses goûts et ses activités se diversifient. Un changement s'opère également sur le plan affectif. La résolution partielle du conflit oedipien permet une ouverture du champ relationnel. L'enfant est apte à s'investir dans d'autres relations, à se détacher partiellement de ses parents, pour aimer d'autres personnes. Les amitiés enfantines et adolescentes en constituent une bonne illustration.

## 1.7 Le stade génital

Le développement sexuel paraît reprendre exactement au point où il avait été abandonné à l'époque de la résolution du complexe d'Oedipe et il se produit même alors régulièrement une intensification des pulsions oedipiennes.

Associée à cette reviviscence, c'est aussi une crise narcissique et identitaire avec notamment des doutes angoissants sur l'authenticité de soi, du corps, du sexe.

La masturbation est très culpabilisée et angoissante. Des inquiétudes parfois vives se manifestent à propos du nez, des yeux, des cernes oculaires, sans parler du développement des organes génitaux eux-mêmes et de ses conséquences, des premières menstruations, ainsi que l'apparition des caractères sexuels secondaires, pilosité, mue de la voix, etc.

Tous ces processus psychologiques s'effectuent de manière chaotique par à coup, avec des régressions temporaires et des reprises du développement qui viennent accroître l'ambiance de paradoxe permanent.

L'adolescent a besoin d'amour, d'estime, d'appartenir à un groupe. Ses expériences sont sentimentales et sociales.

## 2. LE « MOI-PEAU ».

Je tiens beaucoup à cette partie tant la peau est importante pour moi. J'ai « découvert » que j'avais une peau il y a quelques années suite à une thérapie, et je n'avais jamais mesuré, auparavant, le nombre de choses qu'elle traduit. J'imagine ma peau un peu comme un disque vinyle (à la différence qu'elle n'est pas de forme ronde et plate), où chaque événement depuis ma vie intra-utérine est gravé, englobant ainsi tout mon patrimoine historique.

Les empreintes digitales de nos doigts, mais aussi le moindre petit bout de peau ou de poil suffisent dans une enquête criminelle pour confondre un coupable, cela par le patrimoine génétique. Ma peau englobe donc un patrimoine à la fois historique et génétique.

Le corps, mais je pense surtout la peau, est mis en avant aujourd'hui dans nos sociétés actuelles. Si les tatouages existent depuis plusieurs siècles, les piercings sont « à la mode » ces dernières années. Et nous commençons à entendre parler des incisions, plus précisément des scarifications<sup>17</sup> que de nombreux jeunes adultes pratiquent. L'art s'imisce aussi : Didier ANZIEU parle de Rudolf SCHWARZHOGGLER, mais nous pourrions aussi parler de Costes<sup>18</sup>.

La chirurgie esthétique bat son plein, il n'est plus question de l'utiliser que dans un but thérapeutique, mais aussi à des fins purement esthétiques.

Il y a aussi le souci du poids, d'où l'émergence de nombreux nutritionnistes ou encore de régime particulier (laissant entendre des solutions miracles) : on nous parle de « produits allégés », « light », etc.

---

<sup>17</sup> « [www.bme.freeq.com](http://www.bme.freeq.com) » (attention, le site peut choquer certaines personnes).

<sup>18</sup> « [www.costes.org](http://www.costes.org) » (attention, le site choque par ses images).

Une distance se crée de plus en plus, écartant ainsi une société et sa population. Il n'est pas étonnant de voir ainsi les phénomènes des *hikikomoris*<sup>19</sup> (appelés aussi des *Otakus*<sup>20</sup>) dans la société japonaise, preuve irréfutable à mon sens des prémisses d'une rupture de la civilisation.

## 2.1 La deuxième topique Freudienne

Avant d'expliquer l'œuvre de Didier ANZIEU, je tiens à rappeler quelques généralités, qui nous seront utiles, plus tard.

Au commencement, il n'y a qu'un « Ça », nous dit Freud. C'est l'instance la plus archaïque et la plus primitive. La réalité illustre cette affirmation : le nourrisson manifeste ses besoins (par des cris, des pleurs) immédiatement. Il n'est pas nécessaire de le forcer ou de le contraindre à s'alimenter.

La pulsion émane de lui, elle ne lui vient pas du dehors. Le Ça correspond donc au réservoir pulsionnel. Il contient l'ensemble des pulsions de vie et de mort : les instincts, les besoins vitaux, les désirs, les tendances agressives sadiques ou masochistes.

Mais la satisfaction systématique des besoins et des désirs ne peut pas être réalisée, alors à la première frustration du nourrisson, le Moi se constitue.

Le nourrisson n'est pas tout puissant : le fait de se voir refuser une satisfaction par sa mère sera une épreuve de réalité.

Le Moi naît donc consécutivement à l'épreuve de réalité. La prise de conscience des réalités est garante de la solidité psychique. Il est en perpétuelle évolution et se forme progressivement.

---

<sup>19</sup> « <http://perso.club-internet.fr/antithesis> »

<sup>20</sup> « [www.barral-office.com/frameindex.html](http://www.barral-office.com/frameindex.html) »

Et en dernier lieu, se fonde le Surmoi. Le système éducatif, l'environnement socioculturel, la pensée religieuse définissent des modèles, en balisant et en codifiant l'ensemble des désirs, des besoins, des pensées, des comportements de l'individu. En somme, le Surmoi serait une définition de ses modèles éducatifs, de ce qui est permis et de ce qui est interdit.

D'une manière plus concrète, cela signifie que si l'enfant est frustré, certaines demandes n'étant pas remplies, c'est en partie à cause de la réalité (lorsque la mère ne peut être présente ou disponible), et en partie du fait des références morales et éducatives (certains comportements ne sont pas autorisés). Le Moi et le Surmoi résistent au Ça.

## **2.2 Le concept de « Moi-peau »**

*« Le Moi-peau est une structure intermédiaire de l'appareil psychique : intermédiaire chronologiquement entre la mère et le tout petit, intermédiaire structurellement entre l'inclusion mutuelle des psychismes dans l'organisation fusionnelle primitive et la différenciation des instances psychiques correspondant à la seconde topique Freudienne.*

*Sans les expériences adéquates au moment opportun, la structure n'est pas acquise, ou plus généralement, se trouve altérée<sup>21</sup> ».*

Didier ANZIEU définit ainsi le concept de Moi-peau. Nous retrouvons ici l'importance du " holding " de WINNICOTT (c'est-à-dire la façon dont la maman soutient le corps de son enfant), de la relation première avec la mère. Les soins apportés dans la toute petite enfance conditionnent la façon dont l'enfant structurera ses expériences psychiques.

---

<sup>21</sup> « *Le Moi-peau* », de Didier Anzieu, éd. Dunod, 2003, page 26.

Le Moi-peau est une interface entre le dedans et le dehors, qui protège des pulsions internes ou des agressions internes. L'enfant se sent contenu dans une enveloppe qui l'unifie, qui le contient. L'extérieur ne peut pénétrer à l'intérieur sans être filtré : c'est la fonction de pare-excitation<sup>22</sup>. La mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé et cela jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction.

Les notions de "frontière ", de " limite ", de " contenant ", sont très présentes chez les enfants.

### 2.3 Les fonctions de la peau

La peau, selon ANZIEU<sup>23</sup> est un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein de l'allaitement, les soins et le bain de paroles. Elle marque la limite avec le dehors ; c'est une barrière protégeant les agressions provenant des autres, des êtres ou des objets.

Elle est aussi un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives et elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ces derniers.

ANZIEU établit un parallèle entre les fonctions de la peau et celles du Moi. De même que la peau constitue une barrière entre le dedans (corps propre) et le dehors (environnement), le Moi-peau favorise la construction de l'identité en permettant à l'individu de se sentir séparé et protégé d'autrui : « *Avoir un moi, c'est pouvoir se replier sur soi-même* ».

---

<sup>22</sup> « [...]L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations ». Vocabulaire de psychanalyse de Laplanche et Pontalis, 1976.

<sup>23</sup> « *Le moi-peau* », de Didier Anzieu, éd. Dunod, 2003, page 61.

De même que la peau enveloppe tout le corps, Le Moi-peau enveloppe tout l'appareil psychique. On peut le représenter comme une écorce, recouvrant un noyau : le Ça.

#### 2.4 Les huit fonctions du Moi-peau

- De même que la peau soutient notre squelette et nos muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintenance de l'appareil psychique.
- De même que la peau recouvre la surface entière du corps où sont insérés les organes des sens, le Moi-peau répond à la fonction de « contenant » : un « contenant » proprement dit, recevant les « *sensations-images-affect*<sup>24</sup> » du bébé et un « conteneur », correspondant à l'aspect actif, à l'identification projective qui transforme et restitue à l'intéressé ses *sensations-images-affects* rendues représentables.
- De même que la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci, de même le Moi-peau a une fonction de pare-excitation qui filtre et permet au sujet d'être partiellement protégé contre des excitations trop violentes et donc menaçantes.
- De même par son grain, sa couleur, son odeur, la peau présente des différences individuelles considérables, de même le Moi-peau assure une fonction « *d'individuation du soi*<sup>25</sup> » apportant à celui-ci le sentiment d'être un être unique.

---

<sup>24</sup> *Ibib*, page 124.

<sup>25</sup> *Ibib*, page 126.

- De même que la peau est une surface porteuse de poches, de cavités où sont logés les organes des sens (douleur, chaleur-froid, toucher, etc.), de même le Moi-peau est une surface psychique reliant entre elles les sensations de diverses natures. C'est la notion « *d'intersensorialité*<sup>26</sup> » du Moi-peau.
- De même que la peau du bébé fait l'objet d'un investissement libidinal, que les contacts peau à peau, généralement agréable, préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de peau comme toile de fond des plaisirs sexuels, de même le Moi-peau remplit la fonction de surface de « *soutien de l'excitation sexuelle*<sup>27</sup> ». En cas de développement normal, les zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes est reconnue et leur complémentarité désirée.
- De même que la peau est une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur, de même le Moi-peau remplit une fonction de « *recharge libidinale*<sup>28</sup> » du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique.
- De même que la peau, par des sens tactiles qu'elle contient, fournit des informations directes sur le monde extérieur, de même le Moi-peau remplit une fonction « *d'inscription des traces sensorielles tactiles*<sup>29</sup> ». Cette fonction se développe par un double appui : biologique (un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau) et social (l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des coiffures, des maquillages mais aussi des tatouages, des incisions, des scarifications, etc.).

---

<sup>26</sup> *Ibib*, page 127.

<sup>27</sup> *Ibib*, page 127.

<sup>28</sup> *Ibib*, page 128.



## 2.5 L'autisme et les troubles spécifiques du pare-excitation

Dans son ouvrage, ANZIEU évoque à deux reprises la psychogenèse de l'autisme.

Dans un premier temps, il s'appuie sur les notions de « fantasme intra-utérin » et de « fantasme d'une peau commune<sup>30</sup> ».

Le fantasme de peau commune est celui d'une interface entre la mère et l'enfant où les deux se tiennent dans une dépendance symbiotique en symétrie, attache qui sera l'ébauche d'une séparation à venir. Ce fantasme est l'aboutissement du phénomène de « feed-back » évoqué par le pédiatre BRAZELTON<sup>31</sup>, c'est-à-dire la sollicitation mutuelle entre le bébé et son entourage maternel.

Avant la constitution de ce fantasme de peau commune, ANZIEU évoque l'existence d'un fantasme intra-utérin dans le psychisme du nouveau-né. *Fantasme « d'inclusion réciproque, de fusion narcissique primaire dans laquelle il (le nouveau né) entraîne plus ou moins sa mère elle-même vidée par la naissance du fœtus qu'elle portait<sup>32</sup> ».*

Les enveloppes autistiques traduiraient selon ANZIEU la fixation du fantasme intra-utérin et l'échec du fantasme d'une peau commune. *Quelles que soient les raisons de cet échec, « le bébé, par une réaction prématurée et pathologique d'auto-organisation négative [...] se protégera dans une enveloppe autistique et se retirera dans un système fermé, celui d'un œuf qui n'écloie pas<sup>33</sup> ».*

---

<sup>29</sup> *Ibid*, page 128.

<sup>30</sup> *Ibid*, page 85.

<sup>31</sup> *Ibid*, page 78.

<sup>32</sup> *Ibid*, page 85.

<sup>33</sup> *Ibid*, page 85.

Par ailleurs, il reprend la classification de TUSTIN et l'explique par des déficiences des deux enveloppes psychiques qui constituent le Moi-peau, à savoir, celle du pare-excitation (enveloppe la plus externe qui fait écran aux stimulations externes) et celle d'inscription, plus intense, qui perçoit et qui permet l'inscription des traces.

Dans l'autisme primaire anormal, les deux enveloppes manquent : c'est le « Moi-poulpe ». Dans l'autisme secondaire, le pare-excitation est présent mais sous une forme rigide et imperméable : c'est le « Moi-carapace ». La surface d'inscription n'existe pas, *« c'est une chair à vif sans peau, et la communication avec autrui est alors coupée soit par une barrière d'agitation motrice, c'est-à-dire une excitation maximale, soit le retrait, ou excitation nulle<sup>34</sup> »*.

---

<sup>34</sup> *Ibid*, page 267.

# QUATRIEME PARTIE : LA MUSICOTHERAPIE

## 1. LA MUSIQUE

### 1.1 Qu'est ce que la musique ?

Il est difficile d'expliquer ce qu'est la musique, tant les définitions sont différentes et restent très subjectives. Langage des affects, des émotions et des sentiments, elle met en vibration notre corps tout entier : « *La musique, langage d'universelle audience, expression de pensée sans concepts, fluide et immatérielle, peut le miracle. Elle va au-delà des sens des mots, et elle parle directement à l'âme sans s'appuyer sur la raison*<sup>35</sup> ».

François DELALANDE pense qu'il y a essentiellement trois dimensions de la musique que nous sommes en mesure de développer :

*« D'abord tout simplement un goût du son, une certaine sensualité de la sonorité qui s'accompagne d'une habileté (qui renvoie au geste) à l'obtenir sur un instrument. Car savoir faire et savoir entendre ici sont une seule et même compétence.*

*Mais la musique ce ne sont pas des individus qui se réunissent pour produire du son et en jouir sensuellement, ce n'est pas seulement ça ; pour eux les sons prennent un sens, ils peuvent évoquer des états affectifs ou avoir une valeur symbolique dans leur société ou bien donner naissance à des images.*

---

<sup>35</sup>(définition de René Dumesnil) « *Le bilan psycho-musical et la personnalité* » par Jacqueline Verdeau-Paillés, édition Fuzeau, page 12.

*Bref sous une forme ou sous une autre, il y a une dimension imaginaire de la musique à laquelle il faut être sensible sans quoi la musique, à proprement parler, ne vous dit rien.*

*Et enfin, à ce niveau d'analyse, s'en ajoute un troisième : celui de l'organisation. Faire de la musique c'est en tout point organiser. D'abord s'organiser entre musiciens lorsque l'on joue à plusieurs, mais surtout agencer des parties ensemble, se débrouiller pour qu'un thème joué par un instrument soit repris par un autre<sup>36</sup>».*

Le « musicien », selon DELALANDE, n'est donc pas seulement et uniquement celui qui a acquis une technique instrumentale et une connaissance du solfège, comme le font trop traditionnellement les écoles de musique et les conservatoires. Il laisse une priorité à la critique sonore, aux sens de ce, ou de ces sons, et que faire d'eux, sinon les organiser.

## **1.2 La musique et la notion de jeu**

Il faut préciser qu'en musicothérapie « active » (il s'agira particulièrement de cette méthode dans mes séances), le travail thérapeutique se basera et se structurera autour du jeu. Il est omniprésent chez l'enfant, et je ne peux pas dire que le jeu est important dans une musicothérapie sans connaître exactement cette notion et ce qu'elle a d'importance.

Le jeu est une activité mentale accompagnée d'une activité physique qui se structure progressivement au cours du développement, il témoigne d'une capacité psychique de « concentration » à l'intérieur d'une aire psychique d'illusion, dans laquelle objets et phénomènes de la réalité extérieure sont transformés au gré des désirs, au service de la réalité interne, d'où gain de plaisir.

---

<sup>36</sup> « *La musique est un jeu d'enfant* » de François Delalande, édition Buchet/Chastel, pages 14 et 15.

A travers le jeu, nous sommes tous capables de changer les objets et les phénomènes appartenant à la réalité extérieure (c'est-à-dire tout ce qui nous entoure autant les objets matériels existants que les événements réels passés) ; de les modeler selon nos envies dans une réalité intérieure, propre à chacun de nous (reflétant notre propre histoire).

Pour Freud, les jeux de l'enfant, soumis au plaisir, s'opposent à la continuité de la réalité. L'opposé du jeu n'est pas le sérieux, mais la réalité, même si l'enfant aime étayer ses objets imaginaires sur des objets visibles, tangibles. En grandissant, l'enfant renoncera à cet étayage. Freud donnera l'exemple du « *jeu du Fort-da*<sup>37</sup> » : grâce au gain de plaisir trouvé dans le jeu, le petit-fils de Freud élabore le déplaisir de l'absence de sa mère (événement appartenant à la réalité extérieure).

### 1.3 Le jeu selon WINNICOTT

WINNICOTT émet l'hypothèse que les premières relations du bébé au monde externe sont caractérisées par la continuité.

Au début de la vie, le bébé, sous le primat de la zone érogène orale, se satisfait de façon auto-érotique. Il est en contact avec des objets qui sont des prolongements de lui-même, des « extensions du Moi » qu'il nomme « objet subjectif », l'objet non encore appréhendé comme séparé et différent. Dans ce stade du développement « antérieur à la séparation du non-Moi et du Moi », le bébé et la mère sont dans un « état fusionnel primaire ».

Pour diminuer ses tensions internes et pour se défendre contre les angoisses dépressives, il commence à investir les premiers substituts de la mère comme des prolongements de lui-même.

---

<sup>37</sup> « *au-delà du principe de plaisir* » de Freud.

WINNICOTT précise que ces premiers substituts (comme le pouce ou un bout de couverture) ont la caractéristique d'être des objets concrets, réels :

*« Ce qui importe n'est pas tant sa valeur symbolique que son existence effective. Que cet objet ne soit pas le sein, bien qu'il soit réel, importe tout autant que le fait qu'il soit à la place du sein ».*

Progressivement, se constitue un espace qui n'est plus tout à fait uniquement dedans et pas encore tout à fait dehors, mais entre deux. C'est cet espace que WINNICOTT nomme « *espace transitionnel*<sup>38</sup> » (ou « potentiel »).

C'est dans cet espace où la « continuité cède le pas à la contiguïté » que les phénomènes transitionnels et le jeu trouvent leur origine :

*« sans halluciner, l'enfant extériorise un échantillon, dans un assemblage de fragments empruntés à la réalité intérieure<sup>39</sup> ».*

## **2. LA MUSICOTHERAPIE**

La musicothérapie utilise la musique, c'est-à-dire « *le domaine de l'espace et du temps, de la structure et de la non-structure, de l'imaginaire, du symbolique et du réel*<sup>40</sup> », à des fins thérapeutiques, au profit de personnes ayant des difficultés à exprimer une parole, un sentiment, une émotion. La musicothérapie réunit en deux techniques différentes l'écoute et la pratique musicale : la musicothérapie « réceptive » et la musicothérapie « active ».

---

<sup>38</sup> « *Jeu et réalité – l'espace potentiel* » de Winnicott, édition Puf nov.2000, page 139.

<sup>39</sup> « *Jeu et réalité – l'espace potentiel* » de Winnicott, édition Puf nov.2000, page 73.

<sup>40</sup> « *Paroles de maux* » de Jean-Marie Guiraud-Caladou, édition Van de Velde, page 6.

La première fait appel à *l'expression verbale* ; la seconde, « active » fait appel entre autre à *l'expression corporelle*. Cette dernière ouvre la notion de « jeu », d'espace transitionnel entre la réalité intérieure et le monde extérieur.

La musicothérapie sous-entend le terme de « relation thérapeutique » et distingue « *les interactions entre le patient, la musique et le thérapeute*<sup>41</sup> ». Le thérapeute se doit, à mon avis personnel, d'être lui-même musicien.

## 2.1 Le musicothérapeute

Selon Rolando BENENZON, le musicothérapeute ne doit pas avoir d'autre fonction au sein d'un même groupe donné. Un éducateur ne peut être musicothérapeute avec un groupe dont il s'occupe en tant qu'éducateur. Le musicothérapeute doit endosser uniquement cette fonction.

Il doit avoir des qualités humaines basées sur l'écoute, l'empathie, sur une habilité musicale ouverte à toutes les possibilités créatives sur la matière sonore, et un bagage psychopédagogique (<sup>42</sup>).

Selon Rolando BENENZON, « *Pour pouvoir travailler en musicothérapie, il faut, soit après, soit pendant sa formation, se soumettre d'un côté à un traitement psychothérapique centré sur la connaissance et la prise de conscience des aspects inconscients profonds et, d'un autre côté se soumettre à un traitement musicothérapique didactique*<sup>43</sup> ».

Je pense que nous ne pouvons prétendre soigner un autre, si nous ne nous soignons pas nous-même. Nous avons tous nos blessures et nos cicatrices, cachées, ancrées bien profondément dans notre conscient ou inconscient. Il ne s'agit pas là de les oublier, mais de les comprendre et de les accepter.

---

<sup>41</sup> « *La musicothérapie* » d'Edith Lecourt, édition puf, page 5.

<sup>42</sup> « *La musicothérapie* », de N. Porto, édition De Vecchi 1995, page 33.

<sup>43</sup> « *Manuel de musicothérapie* », de R. Benenzon, édition Privat, page 87.

Elles font partie intégrante de notre histoire, elles font ce que nous sommes aujourd'hui. Elles peuvent agir dans la relation thérapeutique, d'où la nécessité d'un travail sur soi.

## 2.2 La musicothérapie réceptive

La musicothérapie réceptive se pratique en groupe (ouvert ou fermé) et en individuel. Elle est conseillée pour faciliter l'expression verbale des personnes très repliées sur elles-mêmes et permet une forme de réinsertion sociale. Il existe plusieurs types de séances :

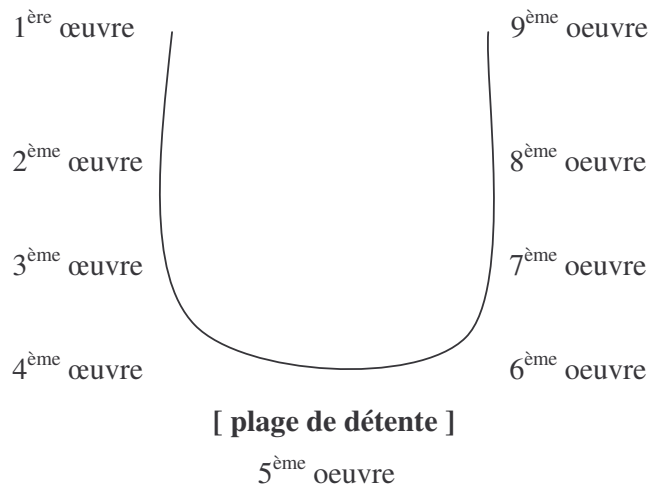
- a) Les différents types de séances<sup>44</sup>
  - La séance de trois œuvres : elle consiste à faire un montage avec trois extraits musicaux, permettant au patient de ressentir un cheminement. A la fin de chaque morceau de musique, le patient pourra verbaliser. La première œuvre doit s'efforcer de traduire l'état du moment où se trouve le patient, la deuxième doit être une œuvre de transition permettant d'atteindre le troisième morceau qui aura pour but de tendre vers un mieux être. Les extraits musicaux doivent durer entre cinq et six minutes.
  - La séance de deux œuvres : trois associations de deux extraits seront diffusés. Le patient, à la fin de chacune d'elles, devra choisir entre les deux extraits celui qu'il a préféré.
  - La détente psychomusicale sans induction verbale : c'est une technique qui est inspirée par la sophrologie. Il s'agit de construire une bande musicale qui devra participer à la détente du patient.

---

<sup>44</sup> Sources : « *Paroles des maux* » de Jean-Marie GUIRAUD-CALADOU, édition Puf, page 140.



Assis ou allongé, le patient entendra un enchaînement de neuf ou dix morceaux de musique, enregistré préalablement par le musicothérapeute. La construction de cette bande (d'une durée de 35 à 45 minutes) ne se fait bien évidemment pas par hasard. Il faut prendre le patient dans son état de vigilance et l'emmener par la musique, vers un état de bien-être. C'est un enchaînement en « U » :



Exemple de cheminement : 1<sup>ère</sup> œuvre : un orchestre à corde, puis un quatuor, un trio, un duo, un solo (correspondant à la plage de détente), ensuite duo, trio, quatuor, et orchestre à corde. La plage de détente doit durer environ une dizaine de minutes.

Les paramètres qui rentrent en jeu : l'intensité (différence de volume suivant les morceaux), la hauteur (commencer par des œuvres aigues ou médium pour arriver à l'œuvre de la plage de détente plus grave), la pulsation (diminuer le temps petit à petit de chaque morceau), le timbre (amener à un instrument solo).

Les morceaux doivent avoir la même tonalité ou des tons voisins. Il est préférable de garder la même époque, le même style.

Mais avant de faire une séance de musicothérapie réceptive et afin de connaître le comportement du futur patient, il faut faire un bilan de réceptivité.

#### b) Le bilan de réceptivité

Le bilan n'est pas un test, il permet de cerner la réceptivité du patient et d'avoir une idée sur ses défenses. Il se construit sur la diffusion de dix extraits représentatifs de différentes musiques avec des inductions différentes dans l'ordre suivant : œuvre descriptive, pesante/inquiétante, affective/sentimentale, intime/chaleureuse, insolite, apaisante, faite de bruits agressifs, apaisante, traditionnelle/musique orientale, équilibrée/grandiose. A chaque fin de morceau, le musicothérapeute invite le patient à indiquer son ressenti de la musique entendue, ce qu'elle a pu lui évoquer (images, affects, souvenirs, sensations, etc.). Le musicothérapeute procède à la fin du bilan à la construction d'un psychogramme de réceptivité du patient à la musique, en analysant ses réponses et en les classant en différents types :

- Les « *réponses simples* » : sensorielles, olfactives, gustatives, cénesthésiques, motrices (gestes évoqués, désir de réaliser le geste et geste réalisé) et les réponses sensorielles visuelles simples.
- Les « *réponses complexes* » : images visuelles élaborées complexes (comme une scène par exemple), impressions esthétiques et jugements de valeur, réponses affectives pures et sentiments évoqués, réponses souvenirs, réponses intellectuelles et banalités.

A la suite de cela nous pouvons tracer un psychogramme de réceptivité. Son examen doit être confronté avec l'analyse du contenu.

## 2.3 La musicothérapie active

Elle est basée sur la production musicale réalisée par le ou les patients eux-mêmes. Elle implique l'utilisation d'instruments de musique mais aussi du corps et de la voix, cela d'une manière tant rythmique que mélodique. L'expression reste libre, l'improvisation, élément majeur de la musicothérapie active, peut permettre une libération, un défoulement de l'affectivité, de même qu'une levée de l'inhibition. Elle permet au patient d'établir une relation avec le thérapeute mais aussi avec les autres membres du groupe (si les séances se font en groupe, la musicothérapie active s'appliquant aussi pour des séances individuelles).

*« Notre travail en musicothérapie active consiste donc à créer une possibilité, une existence créative d'écoute qui donnera à nos patients le sentiment que cela est possible sans les enfermer dans une quelconque rentabilité ou une esthétique.*

*Cette libre expression pourra s'articuler autour de trois moments de la musicothérapie :*

- *L'écoute, sa motivation, sa fixation, son développement ; ce qui permettra à chacun de trouver une place, sa place, dans la reconnaissance de la différence médiatisée par le son, qui est lui-même différent d'un participant à l'autre.*
- *Le dialogue par le son : chaque membre du groupe échange avec un partenaire de son choix des cellules mélodiques et rythmiques, répond à l'écho, établissant ainsi le début d'une communication sonore.*
- *La communication en groupe, où chacun fait ce qu'il veut, quand il le veut : aucune consigne précise n'est établie. On ne décide pas qui commence ni qui s'arrête, quand on commence ni quand on s'arrête<sup>45</sup> ».*

---

<sup>45</sup> Source : « *Paroles des maux* » de Jean-Marie GUIRAUD-CALADOU, édition Puf, page 165.

Comme pour la musicothérapie réceptive, les séances d'actif sont précédées d'un bilan.

a) Le bilan actif<sup>46</sup>

Le patient va se trouver seul devant une table où sont posés différents instruments de musique. Le thérapeute sera face à lui (ou en retrait). Dans un premier temps, il sera demandé au patient de jouer, quand il le veut et comme il le veut, le laissant libre ainsi d'explorer ou non les instruments de musique.

Dans un deuxième temps, le thérapeute diffusera simultanément quatre œuvres musicale (respectivement une œuvre mélodique, rythmique, harmonique puis électro-acoustique). Lors de cette diffusion, le patient aura la possibilité de jouer quand il le voudra et comme il le voudra. A la fin du bilan, le thérapeute demandera au patient le ou les instruments qu'il a préférés et la ou les musiques qu'il a préférées.

Ce bilan est un outil de travail, il est un moyen et non une fin, il ne doit pas conditionner la prise en charge d'un patient mais l'éclairer. Le thérapeute s'intéressera à l'investissement corporel du patient (ses gestes, ses déplacements dans l'espace, ses mimiques), aux instruments que celui-ci utilise, l'ordre et la façon dont il les utilise, les rythmes et les phases mélodiques qu'il crée, les associations sonores et rythmiques, etc.

---

<sup>46</sup> Sources : « *Paroles des maux* » de Jean-Marie GUIRAUD-CALADOU, édition Puf, page 169 & « *Le bilan psychomusical et la personnalité* », J. VERDEAU-PAILLES, édition Fuzeau, page 251-252

## 2.4 Les séances de musicothérapie

Pour qu'il y ait soin, le thérapeute doit offrir toutes les conditions nécessaires rendant possible le jeu. Il y va du cadre de la séance, des consignes et de sa ritualisation dans le temps.

### a) Le cadre : le contenant.

Un cadre, soit un lieu repérable, sécurisant, avec bien sur, le même thérapeute ainsi que la même équipe soignante (pour mon cas, éducative), le même matériel utilisé, le même espace réservé au jeu, laissant à chacun le soin de se faire une place, d'avoir ses propres repères, et cela dans un respect de soi et des autres.

Des consignes afin de souligner le champ de liberté qui existe en musicothérapie, tout cela ritualisé, un même jour, une même heure, un même endroit.

Nous pouvons imaginer cela comme des piliers : plus les piliers sont solides, plus le toit qu'ils supportent résiste.

Les consignes sont simples : les enfants ont le droit et le choix de jouer avec les instruments à condition qu'ils ne les jettent et qu'ils ne les détériorent pas (en six mois de stage, seuls un tambourin a été percé et une maracas cassée). Ils ont le droit de s'asseoir où ils le souhaitent, tant qu'ils ne mettent pas en danger autrui ou eux-mêmes. Ils peuvent jouer des instruments de la façon désirée et lorsqu'ils en ont envie, à condition de ne pas les détériorer et sans agression.

b) La musique : le contenu

L'improvisation est la clé de voûte des séances. Le concept est simple : une vingtaine d'instruments de musique est étalée sur une table, chaque personne peut prendre l'instrument qu'elle souhaite et en jouer de la façon dont elle veut. Cette consigne durera du début jusqu'à la fin de la séance. Les deux premiers mois, les instruments étaient posés sur une table et nous étions en cercle, assis sur des chaises à côté. Ensuite, j'ai pris la décision de placer la table au milieu du cercle afin que les instruments soient accessibles plus facilement, laissant ainsi le choix à l'enfant de changer d'instrument.

J'ai commencé, au début des séances à jouer en premier, en essayant de ne pas trop influencer le groupe. Dans mon idée, c'était plus pour montrer tout ce que nous pouvions faire avec l'instrument (lorsque je parle d'instruments de musique la voix et le corps en font partie). Il y avait bien sûr beaucoup d'imitation de la part des enfants, et cela leur permettait de savoir comment jouer avec l'instrument. Si je me permettais de faire tomber volontairement les cymbalettes par terre, indirectement et sans rien dire, les enfants comprenaient qu'ils pouvaient faire la même chose sans pour autant enfreindre les consignes. Au fil des séances, j'ai laissé le groupe choisir d'abord ses instruments de musique, pour choisir en dernier un instrument en fonction de ce qui avait été pris.

Les éducateurs ont le même « rôle » que les enfants, c'est-à-dire qu'ils jouent avec les instruments s'ils le désirent, sans intervenir d'une manière éducative pendant la séance.

Le jeu est mis en avant. Le geste, la voix, la respiration, les sons corporels et bien sûr les instruments de musique sont privilégiés.

Donner du sens aux productions sonores est une notion très importante. Il s'agit pour l'enfant de donner du sens à ce qu'il produit et de le rendre représentable. Avec les enfants, je n'ai pas hésité à leur parler, à leur demander s'ils entendaient les sons qu'ils étaient en train de faire, s'ils entendaient les miens, s'ils sentaient les vibrations qu'ils produisaient. Je n'ai pas hésité non plus à leur expliquer ce qui se passait, la nature des sons qu'ils entendaient, de leur proposer de jouer avec l'instrument en question etc. Je liais les différentes contributions.

Je laissais donc libre la production sonore, l'improvisation.

Chaque séance était ponctuée par un début et une fin. Avant même de commencer à jouer, je demandais à chacun comment il allait et je finissais en leur demandant si la séance leur avait plu<sup>47</sup>, de choisir le ou les instruments qu'ils avaient préféré, les invitant ensuite à se revoir la séance prochaine. Ces notions sont importantes car elles marquent concrètement le moment où la séance va commencer et le moment où elle va se terminer.

Aujourd'hui, ayant introduit une petite guitare dans mon instrumentarium, je propose, peu avant la fin de la séance, pour certains groupes d'en jouer, chacun son tour, et de raconter en chantant quelque chose qui a pu leur arriver. Cette animation fort intéressante marque une fois de plus dans les esprits que la séance arrive à sa fin. Il est même arrivé que certains enfants anticipent la fin de la séance en répondant avant que je ne pose la question.

La technique que je viens de résumer s'opérait pour le groupe de Julien. Pour les autres groupes, où le langage était beaucoup plus présent, les séances étaient rythmées par diverses animations, comme par exemple, l'exploration de l'environnement sonore, les percussions corporelles, le rythme avec les peaux, etc.

---

<sup>47</sup> A la réflexion, il apparaît que le terme choisi « *vous a plu* » était inadéquat car il induit une réponse du registre des sentiments. A l'avenir, je serais vigilant à clore les séances par une question ouverte vers le ressenti du patient. Une telle question sous-entend inconsciemment « *est-ce que je vous ai fait plaisir ?* ». Il est de mon devoir de prendre du recul quant à ma fonction de thérapeute et à mon envie de faire plaisir et de tout ce que cela peut me renvoyer.

Je laissais toujours, pendant une dizaine de minutes ce temps où les enfants pouvaient jouer de tout.

Par cette technique, j'ai pu remarquer certains enfants se regroupaient parfois devant le balafon ou le djembé pour en jouer ensemble. De plus, le fait de placer la table avec les instruments au milieu du cercle, a permis, à quelques moments, de ne plus prendre d'instruments mais de jouer avec les mailloches directement sur la table. Les champs de communication non-verbale pouvaient s'ouvrir d'enfant à enfant, d'enfant à éducateur et d'enfant à thérapeute via le jeu, et cela à la demande ou avec l'accord de l'enfant. Les séances se déroulaient par des conduites de simples acceptations.

*« Dans cette aire, l'enfant rassemble des objets ou des phénomènes appartenant à la réalité extérieure et les utilise en les mettant au service de ce qu'il a pu prélever de la réalité interne ou personnelle. Sans halluciner, l'enfant extériorise un échantillon de rêve potentiel et il vit, avec cet échantillon, dans un assemblage de fragments empruntés à la réalité extérieure<sup>48</sup> ».*

## **2.5 L'instrumentarium**

Les instruments utilisés sont de toutes les sortes et vont du plus simple au plus élaboré pour autant qu'ils produisent du son.

Mon instrumentarium se compose de : deux tambourins (dont un avec des cymbalettes), une octave de lames sonores, un carillon, un balafon 13 lames, une paire de bongos, un gros et un petit djembé (15 et 35 centimètres), des gros et des petits grelots, un bol tibétain, une octave de boomwhackers, un bâton de pluie, un tube raisonnant deux tons, une clochette, un sistre, deux petites cymbales, un toy piano, une couronne à cymbalettes.

---

<sup>48</sup> « Jeu et réalité » de Winnicott, édition Gallimard, 2000, page 73.



J'ai également une maracas africaine, une sanza africaine artisanale, une paire de claves, une paire de castagnettes, deux triangles et un guiraud. J'ai travaillé aussi avec trois autres instruments à peaux, appartenant à l'IME.

## **2.6 Eléments mobilisés lors des séances**

### a) La projection

De manière schématique, la projection intervient dans le fait de prêter ses propres intentions à l'autre, de projeter sur lui ses désirs, ses peurs ou ses fantasmes. La projection agit comme un système de défense, et il est souvent difficile de permettre au patient de s'en débarrasser.

### b) Le transfert

En général, lorsqu'un patient s'adresse à un thérapeute, il lui suppose un certain savoir, savoir sur lui-même que, paradoxalement, il veut à la fois connaître et ne pas connaître. Le transfert est un lien affectif, positif (lorsqu'il est tendre) ou négatif (lorsqu'il est hostile), que le sujet élabore, sans en prendre conscience, avec son thérapeute.

Il est l'événement fondamental de la cure analytique : le patient éprouve des sentiments inconscients pour le thérapeute, sentiments déjà vécus pour une personne de son entourage.

Il adoptera alors une même attitude qu'il a pu avoir précédemment pour ces personnes et les transférera sur le thérapeute.

Le thérapeute doit pouvoir repérer cela pour le signaler au patient afin que celui-ci en prenne conscience.

c) Le contre-transfert

*« Il s'agit des réactions personnelles inconscientes du psychanalyste envers le psychanalysé (ou pour notre cas, du musicothérapeute et du patient). Ce sont des réactions d'opposition au transfert, celui-ci devenant trop difficile à supporter.*

*Un tel contre-transfert provient des problèmes personnels non résolus de l'analyste. Il a la structure d'un symptôme névrotique ou narcissique et constitue un obstacle au progrès de l'analyste. [...] Ce terme désigne les attitudes et les réponses du psychanalyste qui découlent de la situation analytique.*

*Le psychanalyste est soutenu dans son travail par certaines motivations et il doit y trouver des gratifications.*

*Les émotions qu'il ressent envers le sujet sont induites inconsciemment par lui et elles servent à éclairer l'analyste sur ce dernier, à condition qu'il les accepte sans culpabilité et qu'il procède à une réflexion auto-analytique à leur égard. Ce contre-transfert est un moteur de l'analyse<sup>49</sup> ».*

---

<sup>49</sup> « *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent* » de D. ANZIEU, édition Puf 2000, page 149.

## CINQUIEME PARTIE : APPROCHE CLINIQUE

Il est à noter que les enfants dont j'ai choisi de parler étaient dans des groupes et par conséquent, il m'était difficile de ne m'occuper que d'une seule personne. Afin d'esquisser une idée du groupe, je vais parler très brièvement des enfants.

Le groupe de Dominique et Françoise est composé de quatre enfants, trois garçons et une fille. Julien, quatorze ans, et Denis, douze ans, sont deux enfants souffrant d'autisme ; Guillaume et Virginie (dix et treize ans) souffrent de psychose. C'est un groupe qualifié de « difficile » où le travail des éducateurs se fixe essentiellement sur l'anticipation et la gestion de l'angoisse des enfants. Ils n'apprennent ni à lire, ni à écrire, contrairement aux autres groupes, mais participent aux mêmes activités telles que poney, musique, et différents ateliers comme la peinture etc. Lors des repas, le groupe mange dans une salle isolée de la salle de restauration.

Virginie, seule fille du groupe, est une enfant active avec des problèmes de motricité. A quelques reprises nous avons craint des crises d'épilepsie, mais aucune ne s'est manifestée lors des séances. Elle me surnomme « La-la » et rentre facilement en contact avec les adultes.

Denis est un enfant plutôt réservé, et passe son temps à pousser de petits cris. Pourtant, les moments d'angoisse, il se calme rapidement lorsque nous tapotons sur son corps. Il joue rarement pendant la séance mais plutôt avant et après. Il a investi le balafon et interdit à quiconque d'y jouer. Au fur et à mesure des séances, il accepte que nous y jouions et joue quelquefois avec nous.

Guillaume est l'enfant le plus jeune du groupe. Suite à des opérations et des examens multiples, il fut souvent absent aux séances. Il n'a pas accès au langage et se rassure dans son jeu de « la voiture » que j'expliquerai plus loin.

Quant à Julien, j'ai décidé de décrire sa prise en charge. C'est un enfant autiste et trisomique. Il n'a pas accès au langage et s'entoure de nombreuses stéréotypies. Il est très difficile à cerner. Ses comportements restent parfois totalement incompréhensibles. Il souffre de problèmes cardiaques et de problèmes de transit.

## 1. LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

### 1.1 La prise en charge de Julien

#### Le bilan actif (Lundi 28 octobre 2003) :

Avant qu'il entre dans la salle, et avec les conseils de son éducatrice référente, je jouais du gros djembé. Il est vite arrivé et s'installa sur un fauteuil jaune. Il refusa de jouer. L'éducatrice m'informa que « ce n'est pas un bon jour », Julien se porte souvent mal (elle m'a parlé de problèmes d'ordre biologique).

J'ai joué de tous les instruments, pensant ainsi qu'il se lèverait de son fauteuil. Il n'a pas bougé. Je me suis levé, prenant avec moi une paire de maracas. Je les ai agités d'abord n'importe comment, et ensuite en rythme. Il les a regardés en refusant, d'un geste de sa main, de les prendre.

J'ai pris la décision de continuer le bilan et de diffuser les quatre œuvres de musique, respectivement : « *La jeune fille et la mer*<sup>50</sup> », « *palacio da alvorada*<sup>51</sup> », « *Les Indes galantes*<sup>52</sup> » et « *Sud (a)*<sup>53</sup> ».

J'ai passé l'œuvre mélodique, il levait la tête en direction des enceintes (quatre situées de chaque côté de la pièce en hauteur). Au bout d'une minute d'écoute, je me suis levé et j'ai joué de divers instruments (en particulier les lames sonores et le carillon) en réexpliquant qu'il pouvait venir et jouer.

---

<sup>50</sup> « *L'apocalypse des animaux* » de Vangélis, chez « REMARK RECORDS », 005823.

<sup>51</sup> « *Percussions brésiliennes* » chez « le chant du monde », LDX 274 299.

<sup>52</sup> « *Le baroque tardif - CD 5* » œuvre de Rameau, chez « harmonia Mundi », HMX 290 810 4.

<sup>53</sup> « *Sud, dialogues, ...* » de Jean-Claude Risset, chez « INA/GRM », INA C 1003.

Il se leva et bougea dans tous les sens. Il sautait beaucoup. L'éducatrice me dit à ce moment-là : « il s'anime<sup>54</sup> ». Il revint s'asseoir au moment où j'arrêtais doucement la musique. Je passai les deux autres morceaux et il resta assis, en fermant les yeux de trois quarts lorsqu'il me regardait. C'est à la quatrième et dernière œuvre musicale qu'il a, une nouvelle fois, regardé en direction des enceintes. Il semblait écouter les bruits « bizarres » du morceau. Lorsque la musique fut plus forte, il baissait la tête et regardait dans ma direction. Ce fut la fin du bilan.

L'éducatrice me confia son étonnement, car Julien s'était « animé » à l'écoute d'une musique mélodique alors que d'ordinaire, il ne le fait qu'en présence de musiques rythmiques.

#### **1<sup>ère</sup> séance (mardi 29 octobre 2002) :**

Pour cette première séance avec le groupe de Julien (et qui fut aussi ma première séance), j'ai revu méticuleusement la veille et une heure avant la séance, les directions de travail ainsi que mes annotations. Je voulais que cette séance se déroule le mieux possible.

Je ne peux pas vous parler de cette séance sans vous faire part de mes peurs. N'oublions pas, en séance de musicothérapie, les interactions entre le patient, la musique et le thérapeute ; l'état du patient ainsi que celui du thérapeute interfèrent dans la séance. Je voulais tellement que cette première séance se déroule le mieux possible.

---

<sup>54</sup> Cette expression utilisée par les éducateurs et que je reprendrais tout au long de cette approche clinique reste sujette à controverse : elle est interprétative d'un comportement observé. Le terme « animer » au sens étymologique de « donner une âme », de « donner la vie » est certainement abusif dans le contexte. Par contre, on peut aussi entendre cette expression comme décrivant un changement de comportement : se référant à la définition d'un dictionnaire à savoir « prendre de la vivacité ».

Préparant la séance, en disposant les instruments sur la table, je sentais comme une pression en moi à l'écoute des enfants qui se préparaient à me rejoindre.

Je sentais également un poids sur ma poitrine, en pensant aux éducateurs qui seraient présents, et de cette « obligation de preuve » que je m'imposais, comme si un jury d'examen regardait fixement mes gestes, sachant que je devrais me justifier de chacun d'eux.

Le groupe entra finalement dans la pièce, ce qui mit un terme à mes angoisses. Tous les enfants s'asseyèrent sur une chaise sauf Julien qui avait du mal à venir. Nous étions assis en cercle, les instruments de musiques se trouvant en dehors de nous, et j'ai commencé par expliquer aux enfants les règles des séances de musicothérapie et pourquoi ils étaient avec moi. Un éducateur rentra dans la pièce en me disant de commencer la séance ; Julien en nous entendant à son tour rentrera tout seul. Afin de me repérer, de visualiser la séance dans ma tête, j'avais préparé une ligne d'animation. Nous avons commencé par jouer avec les lames sonores.

Une fois distribuées, chacun découvrit l'instrument en tapant dessus avec une mailloche. C'est à ce moment précis que Julien entra dans la salle. Il s'installa sur une chaise et prit une lame sonore avec une mailloche. « Nous allons jouer tous ensemble » dis-je. Tout le monde se mit à jouer, autant les enfants que les éducateurs. Julien, les jambes croisées sur sa chaise, fit, avec sa lame, un rythme régulier, certainement stéréotypé. Il s'arrêtait de temps en temps pour sucer le bout de la mailloche, telle une sucette, et reprenait son rythme.

Il lui arrivait également de placer la lame sur sa bouche tout en tapant dessus, laissant couler des fils de bave. Disant à tout le monde de continuer de jouer, je me levais et pris le carillon afin de faire quelques mélodies. Cela ne sembla affecter personne, je veux dire chacun continuait à jouer comme précédemment. Julien s'arrêta plusieurs fois de jouer, et tourna à chaque fois son regard vers moi. M'écoutait-il ? Je pensais dès lors que le son produit par le carillon devait le gêner.

Demandant à chacun d'arrêter de jouer, je ramassais les lames et distribuais un instrument à peau à chacun. J'ai longtemps joué avec Julien. Nous étions à côté l'un de l'autre, lui avec un gros djembé vert et moi avec un petit djembé. Si Julien jouait d'une même manière, moi j'alternais beaucoup les sons : des fortes, des pianos, etc. Lorsque je jouais de plus en plus fort et de plus en plus vite, Julien semblait me suivre, tout son corps semblait être en ébullition. Il jouait de plus en plus vite, de plus en plus fort, à rendre son visage écarlate, en écarquillant ses yeux et en ouvrant grand sa bouche.

Avec tous ces sons que nous produisions, un autre enfant du groupe ne semblait pas supporter tout cela : il s'est levé à plusieurs reprises en criant et en déposant ses mains sur ses oreilles.

Julien, s'arrêta de jouer, commença à taper dans ses mains. Tapant dans les miennes à mon tour, je proposais à tout le monde d'en faire autant. Chacun tapa dans ses mains, Julien garda un rythme régulier. Je changeai de gestes, j'en fis des plus grands, je tapai avec mes pieds, ou bien sur mes cuisses ou encore sur ma poitrine.

Les éducateurs et les enfants reproduisirent tout cela. Julien se leva, resta devant sa chaise et regarda ses mains en poussant des petits cris. Nous nous arrê tâmes, et il fit un bruit avec sa bouche et son doigt, un genre de « ble ble ble ble ble ». Je fis comme lui, en le regardant. Il ne sembla pas réagir (tout le monde refaisait le même son). Pour finir, je proposais à chacun de souffler dans ces mains, ce qui fut repris par tous, et de les froter, ce qui fut également repris.

Ce fut la fin de la séance. Pour conclure, je demandai à tout le monde si cette séance leur avait plu ? Quels instruments ils avaient préférés ? Mais je n'ai eu aucune réponse.

## **2<sup>ème</sup> séance (lundi 4 Novembre 2002) :**

Julien, comme à la séance précédente, eut du mal à venir. Cette fois-ci, aux dires des éducateurs, un camarade l'avait embêté, le mettant dans tous ses états. Il s'assit sur l'un des fauteuils jaunes disposés le long de la salle.

Un éducateur me confia qu'il tenait absolument à ce que Julien s'asseye avec nous ; je n'étais pas d'accord, et proposai de jouer et de l'inviter à venir jouer avec nous. S'il est facile de prendre un enfant et de l'asseoir contre son gré sur une chaise, il est préférable que ce soit l'enfant lui-même qui fasse cette démarche, témoignant ainsi son envie.

Nous commençâmes à jouer avec les lames sonores et Julien resta assis sur son fauteuil. Il était calme et tapotait sa main contre sa bouche. A plusieurs reprises, les éducateurs et moi-même l'avons discrètement interpellé avec notre lame.

Se sentant ainsi regardé, il collait ses mains sur ses oreilles et criait. Sentant l'éducateur insister auprès de Julien, je proposai à tout le monde de se lever et de jouer avec la lame sonore dans toute la pièce. Chacun le fit, probablement par imitation, et un éducateur (qui jouait sur trois lames sonores), se mit à côté de Julien. Il prit une lame et joua de façon régulière. A ce moment-là, j'ai invité chacun à échanger sa lame avec un autre, ce que chacun fit. Julien accepta de changer de lame sonore et resta assis sur le fauteuil.

J'ai invité tout le monde à souffler sur la lame : nous devions taper dessus et souffler jusqu'à ce que le son s'arrête. Montrant l'exemple à une enfant, elle m'imita, crachant plus sur moi qu'elle ne soufflait. Julien, quant à lui, s'arrêta de jouer et suçà la mailloche. Nous nous arrêtâmes et allâmes nous rasseoir sur les chaises (sauf Julien qui refusa qu'on le touche).

Les instruments ramassés, je distribuai à chacun un instrument à peau. Je déposai également un instrument à la place vide de Julien. Au niveau musical, ce fut très riche en sons différents.



Ce fut des rythmes « calmes » (selon un éducateur), avec des frottés et des grattés. Je me levai à plusieurs reprises prenant avec moi l'instrument mis à la disposition de Julien. M'agenouillant devant lui, il ne prit pas l'instrument et me repoussa de sa main, en criant.

### **3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> séance (mardi 5 novembre et mardi 12 novembre 2002) :**

Je commence petit à petit à sentir des difficultés arriver. Si je m'attendais à avoir des difficultés avec les enfants, je n'imaginai pas en avoir avec les éducateurs. En effet, beaucoup d'attitudes me déplaisaient, et malgré mon insistance, je ne parvenais pas à me faire entendre ou à ordonner quoi que ce soit. L'éducatif et les règles éducatives sont trop présents lors des séances de musicothérapie ; beaucoup de stagiaires et d'autres éducateurs viennent aux séances par « curiosité ».

Sentant ma place de musicothérapeute fragile et me sentant personnellement fragile face à ces événements, j'ai eu beaucoup de mal à trouver une solution. Si les séances me plaisaient, j'éprouvais de la contrariété face aux attitudes éducatives, en ne sachant ni quoi dire, ni comment le dire.

Ce fut les premières séances d'un enfant, alors régulièrement absent pour cause de santé. Julien a peu joué, je le sentais « absent » des séances. Il s'asseyait souvent sur une chaise avec nous et semblait préférer les tapotements de sa main sur sa bouche aux jeux avec les instruments. Il ne disait rien, ne criait pas ... un peu comme moi, en y repensant.

Lors de la séance du 12 novembre, Julien, qui ne semblait pas être « perdu » au contraire de ses camarades (la veille, le 11 novembre était un jour férié), a joué avec des lames sonores. Il n'a pas utilisé de mailloche et tapait les deux lames sonores entre-elles, lame sur lame.

J'ai proposé à tout le monde de faire la même chose, de taper sa lame sur une autre lame ou sur un autre instrument, mais seul Julien le fit. Je sentis les autres enfants absorber les éducateurs (ou absorbés par eux).

**5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> séance (Lundi 18 novembre et mardi 19 novembre 2002) :**

*« Je dois avouer que j'ai beaucoup de mal à faire ce stage, je ne me sens pas reconnu, peut être pas à la hauteur ... ce n'est pas la grande forme ».*

Voici l'une des seules phrases écrites sur mon bloc, sensé relater le déroulement des séances.

Cette date coïncide avec ma prise de parole lors de la réunion de synthèse.

Mes exigences ont été mal perçues, il y avait beaucoup de « oui-mais-moi-je-pense-que.. », les éducateurs semblaient avoir du mal à lever leurs « barrières éducatives » l'espace d'une séance.

Il en résultera une petite tension pendant les séances qui suivront. A la fin des séances, de nombreux éducateurs me feront part de leur agacement face aux enfants qui, je cite, « s'éparpillent ». Je ne partage pas, de mon côté, le même point de vue. Il y a beaucoup de questions au début des séances qui concernent les attitudes que doivent prendre les éducateurs. Ils ne savent plus quel rôle ils doivent avoir et ils me témoignent souvent leurs angoisses à la fin de la séance.

Julien n'a pas joué lors de ces deux séances, il restait assis sur un fauteuil, en tapant sur sa bouche avec son doigt et nous repoussait de sa main lorsque nous nous approchions. C'était une période où Julien était souvent malade, il criait beaucoup et semblait souffrir d'un problème de digestion. Il se frappait violemment et régulièrement, effrayant ainsi quelques enfants des autres groupes.

**7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> séance (lundi 25 novembre et mardi 26 novembre 2002) :**

L'état de Julien s'améliorant peu à peu, il restait tout de même un peu « agressif ». Il rentra en séance et s'assit sur une chaise avec le groupe. J'ai animé la séance en jouant avec les lames sonores et les instruments à peau, comme je l'avais préparé.

Il prenait volontiers les instruments et les jetait par terre aussitôt, sans prendre la peine de faire un quelconque son avec. Il semblait être attentif aux sons que nous faisons : il restait assis sur sa chaise en tapotant sa bouche avec son doigt en s'arrêtant à plusieurs reprises. Nous jouions alors à taper la lame sonore et à la balancer ; Julien s'arrêta de taper sur sa bouche et regarda un éducateur. Ce dernier lui proposa une lame qu'il prit et qu'il jeta à terre aussitôt.

Même chose avec les instruments à peau : un gros djembé se trouvait devant lui, il lui donna un coup de pied, et il le renversa. Il s'arrêtait de taper sur sa bouche quand nous tapions en rythme fort et rapide et il rejetait les instruments lorsque nous les lui présentions.

Je décidai alors de le laisser. Après tout, les règles des séances de musicothérapie que j'avais énumérées en début de séance stipulaient bien que l'on pouvait jouer avec les instruments si on en avait envie.

Avec les éducateurs, nous nous sommes d'avantage intéressés à l'attitude d'un enfant face aux instruments. Attitude remarquable, car nous arrivions à concentrer l'attention de l'enfant pendant de longues minutes, ce qui était rarement le cas avec d'autres activités.

## 9<sup>ème</sup> séance (Lundi 2 décembre 2002) :

Ce fut la première séance où je plaçais la table avec les instruments au milieu du cercle.

Le groupe entra dans la salle et l'un des enfants courait dans toute la pièce, mains sur les oreilles en criant. Il semblerait qu'un autre enfant, en récréation, lui aurait pris « son » vélo. Il se calma rapidement et s'assit, comme les autres sur une chaise. Il prit une lame sonore et joua doucement avec.

Julien entra tout sourire en tapant des mains et s'assit sur un fauteuil jaune. A plusieurs reprises, alors que les enfants enlevaient leur manteau, je lui proposai de venir s'asseoir sur une chaise, je n'eus pas de réponse et respectai son choix.

« Vous pouvez prendre l'instrument que vous voulez et nous allons jouer tous ensemble ». Chaque enfant et chaque éducateur prit l'instrument de son choix et nous nous sommes tous mis à jouer. Je suis allé voir Julien en lui disant que s'il le souhaitait, il pouvait venir jouer avec nous. Il resta à sa place.

Au bout d'une demi-heure de jeu continu, Julien se leva de son fauteuil et alla s'asseoir sur une chaise avec nous, à côté d'une éducatrice. Nous étions alors en train de jouer avec des instruments à percussion. Il prit des bongos qu'il posa sur ses genoux et tapa dessus.

Lorsque je grattai sur la peau, il fit la même chose mais très brièvement. L'éducatrice placée à côté de lui se leva pour jouer avec un autre enfant et Julien prit sa place. Il y resta jusqu'à la fin de la séance. Les bongos tenaient mal sur ses genoux et il devait sans cesse les remonter. Il alternait souvent main droite et main gauche, gardant un rythme régulier (à la noire).

Il tapait les mains à plat, au milieu de la peau. Son regard se posait sur les personnes qui l'entouraient, parfois sur son instrument.

Il souriait beaucoup, parfois il laissait entendre un petit cri. Ses yeux, à ces moments-là, semblaient s'illuminer et il levait les bras, tapait dans ses mains et jouait des bongos.

Les éducateurs et moi-même interprétions cela comme du plaisir à jouer, comme une joie. Il semblait effectivement prendre plaisir à jouer des bongos.

Il y eut un temps musical que j'ai qualifié dans mes notes « d'apaisant ». Avant la fin de la séance, nous avions tous des lames sonores et nous jouions en rythme. Je trouvais cette musique belle et j'y ai pris un réel plaisir.

Je jouais avec une lame sonore qui se mêlait avec les autres et tapais de temps en autre sur un gros djembé, ce qui rendait à cette musique une dominante mélodique mais aussi rythmique sans aucune lourdeur.

Elle était « légère et douce » pour reprendre les mots d'un éducateur. Une enfant se leva, s'allongea sur les fauteuils jaunes et s'endormit. Julien, quant à lui, jouait avec un carillon de porte. Il le tenait devant lui et l'agitait doucement. Il souriait et poussait quelques petits cris.

La séance se termina sur cette musique et chaque enfant déposa son instrument sur la table. Comme d'habitude, je pris le temps avec les éducateurs de parler de la séance, et chaque enfant resta silencieux, ce qui fut, non seulement remarquable mais aussi appréciable.

### **10<sup>ème</sup> séance (Mardi 3 décembre 2002) :**

Le groupe entra dans la salle, s'installa sur les chaises y compris Julien. Après avoir fait un tour de table pour savoir si tout le monde allait bien, je répétais toujours la même phrase : « Vous pouvez prendre l'instrument que vous voulez et nous allons jouer tous ensemble ». Chacun prit un instrument différent.

Julien joua avec une lame sonore. J'en pris une aussi. Placé à côté de moi, je lui demandai si je pouvais taper sur sa lame. Il ne me répondit pas (verbalement) et tendit sa lame. Je tapai alors dessus, il fit la même chose en souriant et en ouvrant grand la bouche qui laissait couler quelques fils de bave.

Il mettait la mailloche dans sa bouche, la ressortait, tapait sur la lame sonore et la remettait dans sa bouche. Je lui tendis à mon tour ma lame sonore. Il tapa dessus, alternant la mienne et la sienne.

M'occupant d'un autre enfant, Julien se leva avec sa lame. Tout en tapant dessus, il se mit à sauter, à bouger, à sauter plus haut, gardant un sourire et en s'exclamant. Il bougea ainsi dans quasiment tout l'espace de la pièce. Assis, je continuai à jouer avec ma lame en le regardant. Une enfant se leva et se mit à côté de Julien ; je n'ai pas su dire si elle voulait faire la même chose. Néanmoins, après quelques sauts, Julien jeta sa lame sonore et s'installa dans un des fauteuils jaunes.

Il resta assis à cette place jusqu'à ce que nous prenions les instruments à peau. Nous jouions à un rythme, fort, rapide et riche en sons différents. Julien se leva et « s'anima » (c'est le mot que nous avons toujours employé avec les éducateurs). Cette fois-ci sans instrument, il sauta, tapant de temps en temps ses mains sur ses cuisses.

Il se mettait souvent dans cette position : le dos légèrement penché, la tête baissée, une jambe bien en avant et l'autre reculée, tel s'il se mettait en place pour courir. Il riait et tapait dans ses mains. Il devenait souvent rouge, son visage exprimait, par ses mimiques, tout l'effort qu'il donnait à cette « danse ».

Il se rassit sur une chaise, essoufflé et se mit en tailleur. Ce fut la fin de la séance.

### **11<sup>ème</sup> séance (Lundi 9 décembre 2002) :**

Il y a eut une grève cette après-midi, le centre a été fermé.

### **12<sup>ème</sup> séance (Mardi 10 décembre 2002) :**

Les enfants rentrèrent dans la salle et s'installèrent sur une chaise. Un enfant commença à jouer du balafon avant que la séance ne commence. Julien s'installa immédiatement sur une chaise. Après avoir expliqué les règles de musicothérapie nous avons tous choisi un instrument de musique et nous avons joué tous ensemble.

La musique était riche en sons et peu rythmée. Elle était riche en sons car chacun avait pris un instrument différent et peu rythmée car les instruments à peau sont restés sur la table. Julien prit une paire de maracas qu'il agita devant sa bouche. Parfois, il les avalait presque. Bien que la musique soit peu rythmée, Julien se leva et comme pour les séances précédentes, « s'anima ».

Cette fois, il courait et sautait avec les maracas. Il s'arrêta d'un coup, agita la maracas près de sa bouche et repartit. Il revint s'asseoir peu de temps après, dans la même position que d'habitude (assis en tailleur sur la chaise), essoufflé, riant. Il poussait des cris, non pas en expulsant de l'air mais au contraire, en avalant de l'air.

La musique que nous produisions devint plus rythmée.

Lorsqu'un éducateur prit un instrument à percussion, chaque enfant fit de même. Julien se leva pour prendre un gros djembé qu'il plaça devant lui.

L'éducateur, placé à côté de lui jouait fort et vite. Julien, tapant doucement sur la peau de son instrument, semblait être attentif soit aux gestes, soit aux sons que produisait l'éducateur.

Après quelques minutes, Julien se mit à jouer aussi vite et aussi fort que lui, semblant sortir des rythmes réguliers. Il tapait sur le milieu de la peau et de temps en temps sur le bord de la peau. Voyant l'intérêt de Julien à son égard, l'éducateur se mit à jouer plus fort et plus vite.

Julien sourit en fermant fort les yeux et fit la même chose. D'ailleurs, nous fîmes tous la même chose. Nos regards étaient tournés vers Julien.

Le niveau sonore était tel, que j'ai eu peur de gêner les autres classes. Je sentais les vibrations des tambours à mes pieds et j'observais les vitres de la salle qui vibraient. D'un coup, l'éducateur s'arrêta de jouer, Julien se tortilla sur sa chaise, comme s'il était pris soudain de frissons, tout en souriant et en riant.

Il prit la main de l'éducateur en criant et il la tapa fortement sur le djembé. Voulait-il dire « continue à jouer ? ». L'éducateur recommença à jouer et s'arrêta. La réaction de Julien ne se fit pas attendre. Il prit la main de l'éducateur et d'un grand geste rapide la posa sur la peau du djembé.

La séance touchant à sa fin, chacun reposa l'instrument sur la table. Nous avons été d'accord sur un point : il semblait que nous puissions parler de « communication » avec l'attitude de Julien. Communication qui reste, bien sûr, sous réserve.

### **13<sup>ème</sup> séance et 14<sup>ème</sup> séance (Lundi 16 et Mardi 17 décembre 2002) :**

Les enfants sont entrés dans la salle, ils se sont tous installés sur une chaise. « Vous pouvez prendre l'instrument que vous voulez et nous allons jouer tous ensemble ».

La musique fut, comme à son habitude, très riche en sons. Suite à sa réparation, je rajoutais à mon instrumentarium un « toy piano ». Julien, installé sur sa chaise ne joua pas.



Nous commençâmes par jouer avec des sonnailles : lorsque un éducateur ou moi-même tendions une sonnaille à Julien, il nous enlevait la main, nous faisait poser l'instrument sur la table en criant.

Une enfant, assise à la droite de Julien le touchait. Il ne semblait pas apprécier : il criait en fronçant les sourcils et se tapait la tête avec la main.

Un éducateur prit un instrument à peau et en joua, espérant ainsi une réaction de Julien. Il ne fit rien de particulier, et cela jusqu'à la moitié de la séance. C'est alors que Julien eut une réaction étonnante : il sembla choisir les instruments qu'il voulait entendre. Etant occupé avec un autre enfant, je n'ai vu que de loin ce qui se passait.

Lorsque l'éducateur, placé à côté de lui, prit les castagnettes, Julien cria, grimaça, lui prit les castagnettes des mains et les posa sur la table. Il prit ensuite sa main et la déposa sur un instrument à peau. L'éducateur frappa quelques minutes sur le tambour, saisit des mailloches et joua sur le balafon. Julien réagit immédiatement en posant les mailloches sur la table et en déposant la main de l'éducateur sur la peau du tambour.

*« Ce qu'il y a d'étrange, c'est que Julien ne semblait pas réagir aux sons du tambour lorsque l'éducateur en jouait »* (phrase écrite sur mes comptes-rendus de séances). Avec du recul, en relisant ces notes, je pense que Julien semblait moins réagir que les autres fois. Certes il ne s'animait pas comme les fois précédentes, mais il réagissait.

Lors de la séance suivante, Julien réagit de la même manière.

## 15<sup>ème</sup> séance (Lundi 6 janvier 2003) :

Après quelques semaines de vacances pour chacun, c'est avec plaisir que je retrouvai le groupe de Julien. Je me posais beaucoup de questions : est-ce le rythme ?, le geste ?, la vibration ou la multiplication des sons en rythme ? qui font que nous puissions rentrer en communication avec lui ... si communication il y a ?

Les enfants sont entrés dans la salle. Depuis mon arrivée au centre, une enfant du groupe me surnommait « la la ». Elle s'efforça de crier dans toute la salle ce surnom qu'elle m'avait donné.

Tous s'assirent sur une chaise autour de la table. Nous discutons des vacances terminées et certains semblaient me répondre d'un « oui » de la tête à la question « as-tu passé de bonnes vacances ? ».

« Vous pouvez prendre l'instrument que vous voulez et nous allons jouer tous ensemble ». Chacun prit un instrument et en joua. Ce fut principalement des instruments métalliques, comme des triangles, des cymbalettes, etc. Je pris le toy piano et en jouai de façon très rythmique.

Julien posa son instrument (une cymbalette) sur ses genoux et frappa dans ses mains. Sans que les éducateurs ou moi-même ne fassions quelque chose, une enfant du groupe frappa dans ses mains en riant.

Une éducatrice posa à son tour son instrument, tapa dans ses mains puis sur ses cuisses. L'enfant fit la même chose, au contraire de Julien qui, souriant, tapait toujours dans ses mains.

Un éducateur prit un djembé et se mit à jouer au même tempo que moi. Prenant sa cymbalette, Julien se leva, prit l'autre cymbalette restée sur la table et se mit à sauter. Il bougeait ainsi dans toute la pièce en faisant de grands sourires.

Il avait dans chaque main une cymbalette qu'il agitait et qu'il tapait souvent l'une contre l'autre. A plusieurs reprises elles tombèrent par terre, mais furent ramassées presque immédiatement. Prenant à mon tour un djembé, l'éducateur joua sur le balafon, tandis que les autres tapèrent dans leurs mains d'une façon éclatante et rythmée.

Julien sourit et rit probablement à l'écoute du balafon. Cela semblait lui donner un nouveau souffle. Il resta dressé devant le balafon, en bougeant de haut en bas de tout son dos. Après quelques minutes, il s'installa sur sa chaise, essoufflé. Nous continuions à jouer et je proposai souvent à Julien de jouer du balafon ou du tambour. Il rejeta de sa main les instruments.

Ce fut la fin de la séance.

#### **16<sup>ème</sup> séance (Mardi 7 janvier 2003) :**

J'ai été malade ce jour-là.

#### **17<sup>ème</sup> séance (Lundi 13 janvier 2003) :**

Les enfants, rentrés dans la salle s'installèrent sur une chaise sauf Julien qui s'assit sur un fauteuil jaune. Cela déplut fortement à un éducateur qui souhaitait que Julien se mette sur une chaise « avec » nous (je mets « avec » entre guillemets car je suppose Julien avec nous lorsqu'il est dans la salle).

Nous commençâmes à jouer tous ensemble, et ce fut une musique très rythmée. Julien se leva au bout de quelques minutes de musique, s'approcha de la table et prit une paire de maracas. Il les agita devant lui tout en sautant et en riant. Il lança ensuite les maracas sur la table. Je jouais alors du balafon.

Je lui tendis une paire de mailloche et l'invitai à jouer avec moi, le balafon étant suffisamment long pour en jouer à deux. Il prit les mailloches et joua sur le balafon. Il riait beaucoup, surtout lorsque je faisais des glissandos : il fermait ses yeux fortement, levait les bras et bougeait le tronc comme si des frissons l'envahissaient.

Il ouvrit les yeux, ses mâchoires semblaient se décoller et laissaient jaillir sa langue.

J'alternai souvent quatre ou cinq sons forts et une dizaine de petits sons. Il joua à son tour, ne semblant pas reproduire ce que je faisais. Il arrivait que nous jouions tous les deux en même temps, il riait alors beaucoup et son corps semblait s'investir tout entier dans cette tâche ; c'était impressionnant.

Il jeta les mailloches et courut s'asseoir sur un fauteuil jaune. M'occupant d'un autre enfant qui vint aussi jouer du balafon avec moi, je ne peux dire ce que fit Julien.

Néanmoins, je m'installai sur l'un des fauteuils jaunes, tout près de Julien avec dans mes mains un petit djembé. J'en ai joué ; il se leva et « s'anima ». Il se mit en face de moi, lui debout et moi assis sur le fauteuil.

Il tapa sur l'instrument, d'une manière si forte que, coincé entre mes jambes, le djembé s'enfonçait petit à petit sous ses frappes et semblait voué à tomber par terre.

Il s'arrêta, courut s'asseoir sur les genoux d'une éducatrice (il riait beaucoup). Il s'empara du carillon, prit les mailloches adéquates et en joua. L'éducatrice joua aussi avec lui.

Ce fut la fin de la séance.

## 18<sup>ème</sup> séance (Mardi 14 janvier 2003) :

Suite à des problèmes d'ordre personnel, j'écrivis peu de chose de la séance. Il n'y a eu que deux faits marquant : une question sur Julien et une question sur un éducateur. « Est-ce le rythme qui « l'anime » ? et est-ce la cacophonie qui ne l'anime pas ? [...] Il me semble que l'éducateur a très envie de voir participer Julien à la séance, c'est-à-dire qu'il vienne s'asseoir et qu'il joue ».

Malgré mon insistance, l'éducateur voulait que Julien « participe ». Selon lui, le mot « participer » signifiait s'asseoir sur une chaise avec tout le monde et jouer. Nous avons donc un avis divergent sur le mot « participer » ; moi, considérant comme participant autant celui qui joue que celui qui ne joue pas.

Julien a maintes fois prouvé qu'assis sur un fauteuil jaune il pouvait se lever et, soit s'asseoir avec nous, soit prendre un instrument et jouer. Je finissais par douter de ce que je pensais, tant les propos de l'éducateur semblaient cohérents et que surtout, il n'y avait au sein du centre aucune personne travaillant dans une démarche thérapeutique.

Je me rappelais de la consigne : « vous pouvez prendre l'instrument que vous voulez... » je donne le choix de prendre ou de ne pas prendre un instrument de musique ; je décidais de laisser Julien là où il voulait s'installer. Je ne comptais intervenir qu'à la condition que Julien quitte la salle.

### **19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> séance (Lundi 20 et Mardi 21 janvier 2003) :**

Les enfants sont entrés dans la salle et ils se sont installés sur les chaises (y compris Julien). Nous avons commencé à jouer et les enfants ont pris des instruments à peau. La musique fut rythmée et Julien, abandonnant ses bongos, se leva et « s'anima ».

Il sautait, riait en tapant des mains. Cela dura une dizaine de minutes avant qu'il ne s'allonge sur un fauteuil jaune. Il y resta allongé et s'endormit jusqu'à la fin de la séance (malgré la musique forte que nous faisons).

La séance suivante, je me suis peu occupé de Julien car un enfant captait toute mon attention. Tout ce que j'ai pu retenir, c'est que Julien s'est à plusieurs reprises « animé » avec un sistre dans les mains.

### **21<sup>ème</sup> et 22<sup>ème</sup> séance (Lundi 27 et Mardi 28 janvier 2003) :**

Pendant cette semaine Julien était malade (on vint le chercher d'ailleurs à la fin de la séance du mardi, suite à la venue d'un médecin généraliste). Julien était mal, il ne joua pas. S'il s'installa sur une chaise à la séance du lundi, il rejeta tous les instruments, et se bouchait souvent les oreilles en criant. Un éducateur semblait le calmer en lui tapant délicatement et directement sur les cuisses.

### **23<sup>ème</sup> séance (Lundi 3 février 2003) :**

Je pris conscience, dans d'autres groupes, des difficultés pour certains enfants à faire des percussions corporelles. Feuilletant un jour un catalogue de vente d'instruments de musique, j'eus l'idée d'acheter des « boomwhackers » (que j'appellerai par la suite des « booms »).

Ce sont simplement des tuyaux en plastique souple, de différentes couleurs (proportionnellement les couleurs de l'arc-en-ciel), accordés, servant le plus couramment à la psychomotricité.

Je commandais alors un jeu de huit booms, soit une octave complète (do, ré, mi, fa, sol, la, si, do). On peut y rajouter un « bouchon » sur l'une des extrémités du tuyau, ce qui permet d'atteindre l'octave inférieure. Son utilisation est simple : on le tape sur le corps et ça fait une note de musique.

Je rajoutai alors, dans mon instrumentarium, les booms ainsi qu'un tambourin à cymbalettes.

Les enfants rentrèrent dans la salle et s'installèrent sur une chaise. Seul Julien ne rentra pas. Il resta dans les toilettes car il refusait que quelqu'un le touche. Un éducateur me demanda de commencer la séance, il irait le chercher plus tard.

Nous commençâmes donc à jouer, et dix minutes plus tard, l'éducateur revint avec Julien, souriant, le dos courbé et la tête levée sur nous, en tapant des mains. Il s'installa et prit un djembé. Nous étions côte à côte, et tout en souriant et en riant de temps en temps, il tapait sur le djembé (j'avais moi aussi un instrument à peau).

Après quelques minutes de jeux, je déposai mon instrument et pris un boom (les enfants par ailleurs, en même temps que les éducateurs en prirent un aussi). Julien posa aussi son instrument, et prit un boom.

Alors que je tapais le boom sur mes bras et sur ma tête, Julien se leva, s'éloigna de la table. Il ouvrit grand sa bouche et y enfonça le boom, les yeux grands ouverts et louchant. C'est alors qu'il se mit à faire des « oh » et des « ah » avec sa voix.

Me levant à mon tour, je rejoignis Julien, un peu abasourdi par l'utilisation qu'il faisait de l'instrument. Je n'avais alors jamais imaginé que nous puissions utiliser les booms de cette manière-là. Les éducateurs restèrent très attentifs à cela, puisque d'ordinaire Julien n'utilise sa voix que pour crier, et rarement pour faire des vocalises.

Je me suis mis en face de lui et nous avons fait des « vocalises » ou des « jeux avec la voix ». Il m'imitait beaucoup, nous faisons des « oh » très longs et plusieurs « ha » très courts. Les autres enfants faisaient aussi ces mêmes vocalises avec leur boom. Je l'imitai et il semblait aussi m'imiter.

Le boom près de la bouche, je mis ma main sur l'autre extrémité et fis des sons « comme les indiens ». Julien fit la même chose, ainsi que les autres enfants.

Ce fut la fin de la séance.

#### **24<sup>ème</sup> et 25<sup>ème</sup> séance (Mardi 4 et Lundi 10 février 2003) :**

Les enfants rentrèrent dans la salle et s'installèrent sur une chaise. L'un des enfants du groupe était très agité. Il mettait ses mains sur ses oreilles et courait partout (il souffre également d'autisme). Il se calma et s'installa sur une chaise à côté de moi. Nous commençâmes à jouer ; l'enfant refusa de jouer et posa les instruments que je prenais sur la table. Je décidai par conséquent de faire des percussions corporelles.

Cela semblait l'intriguer (alors que nous l'avions déjà fait). J'alternai mon corps et son corps, en prenant soin de lui demander son accord. Il ne me dit rien et prit directement ma main pour la poser sur son corps. Cela a duré toute la séance,. Pendant cette séance, j'ai peu regardé Julien.

J'ai juste noté qu'au milieu de la séance, Julien « s'anima » en prenant un boom. Il fit des vocalises avec tout, en bougeant en dehors de la table. Tous les autres enfants firent comme Julien, mais en restant à leur place. De mon côté, je pris également un boom et proposai à l'enfant de chanter dedans. Il fit un son avec sa bouche et reposa le boom sur la table.

La séance suivante, Julien semblait être fatigué, il baillait beaucoup et refusa de jouer. Ce n'est qu'au moment où la séance fut finie qu'il se leva et « s'anima ».



## 26<sup>ème</sup> séance (Mardi 11 février 2003) :

Les enfants sont entrés dans la salle, sauf Julien qui, aux dires des éducateurs, « couvait » une maladie. Chacun s'installa sur une chaise et nous commençâmes à jouer tous ensemble. La musique était douce et légère, les lames sonores ont été utilisées en grande majorité.

Au bout de dix minutes Julien rentra dans la salle et s'installa dans un fauteuil jaune. Je lui ai proposé plusieurs fois de venir choisir un instrument, il ne vint jamais. Toutefois, il semblait écouter ce que nous faisons : il nous regardait, les paupières légèrement entrouvertes. Il pinçait les lèvres comme pour embrasser, et claquer ses mâchoires. Il me donnait l'impression d'écouter, d'être attentif aux sons que nous produisions.

Nous jouions tous des lames sonores avec les mailloches et de temps en temps, nous alternions en frappant sur des instruments à peaux. La musique, tout doucement devint très rythmée, les sons continus des lames laissaient place peu à peu aux sons percussifs et vibrants des instruments à peaux.

C'est alors que je me levai, prenant avec moi un petit djembé et un tambour à cymbalettes, et me mis à côté de Julien dans un fauteuil. Il refusa de taper sur les peaux. Je jouai donc à côté de lui, il me regardait, souriait et riait. Il me regardait avec insistance, il me semblait que le mouvement de mes mains sur la peau lui plaisait.

Une enfant se leva de sa chaise, se mit à côté de moi, saisit le tambour à cymbalettes et tapa dessus. Julien semblait être attentif à mes mouvements : je jouais à la fois sur la peau de mon djembé et à la fois sur le tambour à cymbalettes de l'enfant qui riait.

J'ai du rester une dizaine de minutes ainsi et je suis allé me rasseoir à ma place, Julien resta sur le fauteuil jusqu'à la fin de la séance.

**27<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> séance (Lundi 17 et Mardi 18 février 2003) :**

J'ai été fortement agacé ce jour-là. Je ne pourrais pas dire si j'étais énervé avant, néanmoins, deux enfants du groupe m'ont profondément irrité. C'est par exemple le cas d'un enfant qui, assis par terre jouait avec les instruments.

Il était assis juste en dessous de la table. Il prenait les instruments, et c'est cela qui m'a irrité, les faisait tomber par terre et n'y jouait pas. Il ne restait presque plus aucun instrument sur la table, et l'une des maracas en tombant, se brisa, laissant rouler la centaine de petites billes de plomb sur le sol.

Ce jour là, Julien était malade, et il ne prit aucun instrument. Il s'est installé en début de séance sur une chaise, et vingt minutes plus tard, il s'installa dans un fauteuil jaune. Je l'ai rejoint en prenant avec moi des bongos. Tandis que je jouais avec, il souriait beaucoup en fermant les yeux et tapait des mains.

Je posais les bongos au sol et me mis à taper sur ma poitrine. Il riait et tapait des mains. Je frappais ensuite sur le fauteuil, de chaque côté de mes jambes. Il fit la même chose et nous nous retrouvâmes à battre le même rythme ensemble. Tapant ensuite sur mon corps, Julien se leva et partit s'asseoir un peu plus loin, toujours sur un fauteuil jaune.

Je ne me suis pas occupé de lui pendant le reste de la séance.

La séance suivante, le groupe arriva lourdement et en retard, pour une raison évidente : il avait neigé, mettant en retard les bus et les taxis. Nous avons joué de la même façon avec Julien, mais un enfant souhaitait jouer avec moi et je n'ai donc pu regarder en détail Julien.

## 29<sup>ème</sup> séance (Lundi 3 mars 2003) :

Alors que j'installai les instruments sur la table, Julien rentra avec un éducateur. Il s'assit sur un fauteuil jaune et ne semblait pas me regarder. L'un des éducateurs référents étant en congé paternité, c'est une autre éducatrice qui le remplaçait.

Les enfants rentrèrent dans la salle et s'installèrent sur une chaise. Julien resta sur le fauteuil jaune. Nous avons commencé à jouer ; la musique fut rythmique d'emblée. Julien se leva, sourit et se rassit sur le fauteuil.

Nous avons continué à jouer en changeant plusieurs fois d'instrument. Vers le milieu de la séance, Julien se mit debout, et prit dans l'ordre les différents instruments : sanza, les gros grelots, les petits grelots et le bol tibétain. Ce qui fut d'ailleurs très étonnant car je crois que ce fut la première fois que Julien joua de ces instruments.

Il y joua brièvement, certains même sans les explorer d'avantage (comme le cas de la sanza, il ne pinçait pas les lames de fer, mais l'agitait). Il souriait beaucoup et laissait parfois entendre un « ha » venu des profondeurs de sa gorge. Il se rassit sur le fauteuil.

Une dizaine de minutes avant la fin de la séance, Julien se leva et « s'anima » à côté de la table. La musique était rythmée. Une éducatrice prit un boom, et comme d'autres enfants, tapa dans les différents coins de la pièce (c'était une animation que j'avais proposée).

Elle s'approcha de Julien et tapa d'abord sur le fauteuil avant de taper sur les jambes de Julien. C'est alors qu'il se leva, prit un boom et « s'anima ».

Il ne fit pas de vocalises et tapait le boom sur ses lèvres en se mettant dans une position particulière (une jambe en avant, le dos légèrement courbé et la tête légèrement relevée). L'éducatrice se mit devant lui, et en quelques minutes ce fut presque une scène de « mousquetaire » où les booms de chacun se tapaient l'un contre l'autre.

Ce fut la fin de la séance.

### **30<sup>ème</sup> séance (Mardi 4 mars 2003) :**

L'un des enfants souffrant d'autisme courait beaucoup pendant la séance, et refusait que nous jouions (depuis certaines séances, il se mettait toujours devant, jouait au début avec le balafon, mais rarement pendant la séance). Il me sollicitait beaucoup, et souhaitait, tout en tournant autour de la table que je tape sur ma poitrine. Je me suis donc peu occupé de Julien.

Julien était assis à côté de moi (la scène se passe vers le milieu de la séance), et nous fîmes tous les deux des percussions corporelles. Il m'imitait : je tapais sur mes bras, il tapait sur ses bras, ensuite sur mes cuisses, il tapait sur ses cuisses, etc. Il gardait un sourire et riait chaque fois que je changeais de partie du corps.

### **31<sup>ème</sup> et 32<sup>ème</sup> séance (Lundi 10 et mardi 11 mars 2003) :**

Julien était absent ce lundi et mardi il n'y eut pas de séance car c'était mardi gras.

### **33<sup>ème</sup> et 34<sup>ème</sup> séance (Lundi 17 et Mardi 18 mars 2003) :**

J'ai été fortement contrarié (le Lundi) car je n'ai pas mangé : on a oublié de me compter au repas, j'avais pourtant appelé le matin. Pour je ne sais quelle raison, j'eus beaucoup de mal à atténuer ma nervosité. Ce jour-là, certains enfants avaient « l'art » de m'agacer.

Avec du recul, je regrette d'avoir fait preuve d'aussi peu de maîtrise. Je ne me suis pas énervé pour autant contre les enfants, mais beaucoup de choses devenaient pénibles et agaçantes, alors qu'elles ne l'étaient pas d'ordinaire.

J'ai écrit mon compte-rendu dans cet état de nervosité. J'ai noté peu de chose sur le comportement de Julien, et à l'inverse beaucoup de choses sur un autre enfant qui me posait question.

*« [...] Nous avons joué tous ensemble, Julien était assis dans un fauteuil. La musique fut d'abord très mélodique due aux lames sonores et au carillon qui ont été utilisés. [...] (au bout de vingt minutes) la musique devint très rythmée. Julien se leva de son fauteuil, prit le sistre posé sur la table et « s'anima ». Le sistre tapé sur sa bouche, il marmonnât, tout en sautant. Il agitait parfois le sistre et le retapait délicatement sur sa bouche, en fermant les yeux ».*

La séance suivante je fut malade.

### **35<sup>ème</sup> séance (Lundi 24 mars 2003) :**

La guerre en Irak déclarée la semaine précédente, m'a plongée dans un climat de confusion. J'avais peur et j'étais un peu déboussolé. Ces angoisses prirent fin lors de l'opposition de la France face à la guerre et quelques semaines plus tard lors de la « victoire » des Etats-Unis. Malgré cela, les images de la guerre me déstabilisaient beaucoup, et je restais dans l'inquiétude et l'incompréhension des évènements.

Comme la semaine dernière, je n'ai pu manger, on m'avait encore oublié. Mais je ne fus pas nerveux ou en tout cas beaucoup moins.

Les enfants sont rentrés dans la salle et se sont installés sur les chaises. Julien s'installa dans un fauteuil jaune. Avant de dicter ma consigne, un enfant faisait des bruits avec sa bouche, comme pour appeler un cheval. Je proposais de faire nous même la même chose, de chercher des sons avec notre bouche.

Me levant et m'approchant de Julien, qui lui, tapait doucement sur ses lèvres, je fis des sons devant lui. Il me regarda d'une façon assez difficile à décrire.

A la façon étrange qu'il avait de me regarder, je me suis senti un petit peu stupide (je me souviens en avoir ri), me rendant compte des sons que je produisais.

Il ne riait pas, et après m'avoir observé attentivement, il tapa ses doigts sur ses lèvres. Je fit la même chose que lui, il ne me regarda pas. Après quelques minutes je suis retourné à ma chaise et les enfants ont commencé à prendre des instruments de musique. La musique fut calme et douce, une éducatrice frottait son instrument à peau et les autres tapaient sur une peau, certains utilisaient des lames sonores, quelques fois les cymbales et le bol tibétain.

La musique devenait de plus en plus lente, de plus en plus douce, elle offrait de plus en plus de silence. La séance approchait de sa fin. C'est alors que nos regards se sont tournés vers Julien, qui, ne se levant pas de son fauteuil, faisait des bruits avec sa bouche. Il l'ouvrait en aspirant les lèvres. Nous fîmes la même chose, d'une manière plus forte, et Julien nous regardait. Nous avons changé de son, nous faisons des bruits avec notre langue (par exemple) et il continuait ses bruits, sans, apparemment, prêter attention à ce que nous faisons.

Ce fut la fin de la séance.

### **36<sup>ème</sup> séance (Mardi 25 mars 2003) :**

Suite à un problème de véhicule, je suis arrivé très en retard et nous avons annulé la séance.

**37<sup>ème</sup> et 38<sup>ème</sup> séance (Lundi 31 mars et Mardi 1<sup>er</sup> avril 2003) :**

Julien était présent lors de la séance mais il était malade. Il était agressif, d'autant que peu de temps avant la séance, un enfant l'a agressé. Il ne jouait pas et criait lorsque nous jouions des instruments à peau.

Il criait d'ailleurs tellement que nous avons préféré ne pas jouer avec les instruments. Il criait très fort, se tapait la tête avec une violence inouïe. Même lorsque nous arrêtons de jouer, il continuait à crier.

La séance suivante, il était présent sur l'IMP, mais absent de la séance car il dormait dans une autre pièce.

**39<sup>ème</sup> séance (Lundi 14 avril 2003) :**

Les enfants sont entrés dans la salle et se sont installés sur les chaises, y compris Julien. Nous avons joué tous ensemble, Julien prit une paire de maracas. Il se mit debout, agitant les maracas, en riant et en sautant. Il les jeta après cinq secondes d'utilisation et s'installa dans un fauteuil jaune. La musique, pendant ce temps était très rythmique, quasiment chaque personne avait prit un instrument à peau.

Je m'installais sur les fauteuils, près de Julien avec un djembé. Il me regardait jouer, riant, parfois même s'exclamant, en tapant dans ses mains. Il se leva et « s'anima ». Il courait sur de petites distances, s'arrêtait, sautait. Une enfant du groupe venait vers lui, le touchait en riant. Proposant à un enfant de venir s'installer à côté de moi, Julien courut s'asseoir sur une chaise en bois, au fond de la salle.

Plusieurs minutes après, je vins vers Julien avec deux chaises. M'asseyant sur l'une, je mis l'autre en face de nous. Tapant sur la chaise, je proposais à Julien d'en faire autant. Il ne fit rien, regarda la chaise (ou mes mains). Sur le dossier de la chaise se trouvaient des rayures. J'y frottai mes ongles, ce qui fit un son analogue à un guiraud.

Assis en tailleur, il tendit tout son corps pour venir frotter ses doigts au même endroit. Il tapa des mains, j'en fis autant. Je tapai sur mes joues, il fit de même et nous avons commencé à faire des percussions corporelles.

Je souhaitais que Julien tape sur sa poitrine et fasse « ah » d'une manière longue et continue. Il ne le fit pas et tapa seulement sur sa poitrine. Je mis ma main devant ma bouche et chantai comme « les indiens ». Il riait et fit la même chose.

A la fin de la séance, je demandai à chacun de me dire s'il cela lui avait plu ?. Julien et un autre enfant m'ont « répondu », ils ont dit quelque chose qui fut difficile à cerner, et très interprétable.

#### **40<sup>ème</sup> et 41<sup>ème</sup> séance (Mardi 15 et Lundi 28 avril 2003) :**

Puisque mon stage se finissait dans quelques semaines, je décidai de refaire passer un bilan actif à tous les groupes. Ce fut le tour le mardi 15 pour ce groupe mais Julien était absent. Le lundi suivant j'ai été malade.

#### **42<sup>ème</sup> séance (Mardi 29 avril 2003) :**

Julien était absent de cette dernière séance.

Aujourd'hui, Julien est passé à l'IMPro. Je poursuis mon travail avec lui en musicothérapie. Avec l'accord de la direction et celui des parents de Julien, j'ai décidé de le filmer, rendant plus facile la vision de ses attitudes. Cette cassette est mise à la disposition des étudiants de l'école de Musicothérapie de Montpellier et ne doit en aucun cas être copiée sans l'accord des parents de Julien.

Je tiens à dire que j'étais très mal à l'aise durant cette séance, l'éducateur qui filmait me gênait beaucoup. J'ai rajouté des instruments, entre autre un gong plat et un tambour d'eau. Julien a eu peur du gong au début, et il a mit du temps à accepter de



taper dessus. Dans d'autres séances avec d'autres groupes (six au total à l'IME), ces instruments ont été très appréciés. J'ai même rajouté un violon dans un groupe et les résultats sont étonnants.

## **1.2 La prise en charge de Ludovic**

### **a) La demande des équipes :**

Fin novembre 2002, plusieurs éducateurs m'ont parlé de Ludovic, un adolescent de 16 ans, porteur d'autisme. Ces derniers s'inquiétaient de son état, il semblait que Ludovic s'isolait de plus en plus, et participait de moins en moins aux activités. La première à m'en parler fût la psychomotricienne de l'IME. Elle m'expliqua qu'auparavant, il venait avec elle, se prêtant volontiers aux exercices. Seulement, depuis peu de temps, les érections qu'il avait à chaque rendez-vous gênaient la réalisation des exercices.

On m'expliqua aussi qu'il aimait beaucoup écouter de la musique, et qu'il reconnaissait facilement les instruments de musique à travers une écoute musicale. M'y intéressant ainsi, je décidai de le rencontrer.

Ludovic est un enfant étrange : il porte régulièrement un casque anti-bruit sur les oreilles et semble pourtant diriger ses yeux vers quiconque l'appelle.

Il marche la tête baissée. Le poids de cette tête semble toute entière peser sur son dos, dessinant ainsi une courbe sur la longueur de son corps. Sa démarche est balancée tel un métronome sur la cadence de ses pas. Il a une peur panique du vent, et dans notre région, où souffle le mistral, cela lui est parfois très éprouvant.

La fonction d'un casque anti-bruit n'est pas d'empêcher le son d'être entendu mais de l'atténuer, de le rendre supportable. D'ailleurs ce n'est pas le son en lui-même qu'il atténue mais bien le bruit, soit la gêne, le côté « agressif » du son.

Lors d'une pause à l'IMPro, je me suis avancé vers lui et je me suis présenté. Il était assis sur un fauteuil, la tête baissée, les doigts entre ses sourcils et les verres de ses lunettes, coiffé d'un casque anti-bruit orange. Je lui ai expliqué ce que je faisais ici avec les autres adolescents, et je lui ai demandé s'il souhaitait venir un jour avec moi. Il murmura, un semblant de « oui », un semblant de « non ».

Le jour suivant, lors d'une réunion de synthèse à l'IMPro, j'en touchai brièvement un mot au pédopsychiatre qui me donna son accord, ravi que la demande vienne de moi. Je décidai alors de prendre Ludovic en séance individuelle de musicothérapie. Restait à savoir s'il était judicieux de lui proposer la musicothérapie réceptive ou active.

#### **Le bilan réceptif (Mercredi 27 novembre 2002) :**

Il ne dit pas un mot lors de ce bilan et semblait écouter la musique. Il n'eut pas de geste et garda sa même position : assis, son casque anti-bruit reposant sur sa tête baissée, les deux mains sur chaque verre de lunettes.

J'ai pensé à plusieurs reprises écourter le bilan, pensant qu'il ne souhaitait pas être là, malgré son accord quelques jours auparavant.

#### **Le bilan actif (Mercredi 4 décembre 2002) :**

Il ne portait pas son casque anti-bruit ce jour-là. Il est resté les mains sur la tête en se bouchant les oreilles.

Nous étions assis, chacun au bout d'une table, dans une salle de réunion, la seule salle que j'aie pu négocier pour cet horaire là. Devant lui s'ouvrait tout mon instrumentarium.

« Difficile, il semble avoir peur (à noter que le mistral s'est levé). Je lui ai dit qu'il pouvait jouer et que s'il ne le souhaitait pas, j'allais lui faire entendre de la musique. Il a sourit. J'attends. Il a eut du mal à venir, sans doute à cause du vent (car pour venir dans cette salle, il devait sortir à l'extérieur), ce sont deux éducateurs qui l'ont accompagné en lui promettant de venir le rechercher à la fin du bilan.

*Œuvre mélodique<sup>55</sup> : toujours à la même place, il n'a pas joué.*

*Œuvre rythmique<sup>56</sup> : toujours à la même place, il ne joue pas.*

*Œuvre harmonique<sup>57</sup> : toujours à la même place. Il a ôté un doigt de son oreille et y a mit son pouce à la place.*

*Œuvre électro-acoustique<sup>58</sup> : toujours la même position, il n'a pas joué ».*

### **1<sup>ère</sup> séance individuelle (Mercredi 11 décembre 2002) :**

Les éducateurs me conseillèrent ne pas baisser les bras et d'essayer de faire d'autres séances.

Il n'a rien dit, il n'a pas joué. Il y a eu un moment où, lui montrant grossièrement comment on pouvait jouer avec les instruments, il a levé la tête : je lui ai montré les lames sonores, je tapais dessus. Il leva donc sa tête et je lui tendis une lame. J'ai pu entrevoir un sourire se dessiner sur ses lèvres avant qu'il ne rebaisse sa tête.

J'ai eu beaucoup d'hésitations, de doutes et je ne sentais plus l'intérêt de continuer avec lui. Je me suis dit que la musicothérapie n'était pas un moyen, pour l'instant, de rentrer en communication avec lui.

---

<sup>55</sup> « *L'apocalypse des animaux* » de Vangélis, chez « REMARK RECORDS », 005823.

<sup>56</sup> « *Percussions brésiliennes* » chez « le chant du monde », LDX 274 299.

<sup>57</sup> « *Le baroque tardif - CD 5* » œuvre de Rameau, chez « harmonia Mundi », HMX 290 810 4.

## **2<sup>ème</sup> séance individuelle (Mercredi 18 décembre 2002) :**

Ludovic fut malade ce jour là. Le lendemain, à ma demande, j'ai rencontré le pédopsychiatre, pour lui parler entre autre de Ludovic. Il me convaincu de continuer.

Des changements dans les groupes se sont opérés pour ce début d'année. Ludovic changea donc de groupe et vint rejoindre un autre groupe, participant aux séances de musicothérapie depuis le début de mon stage.

## **1<sup>ère</sup> séance de groupe (Mardi 14 janvier 2003) :**

Je lui fis passer un nouveau bilan actif mais, comme le premier, il resta muet et ne joua pas, ses doigts collés à ses oreilles. L'éducatrice référente étant absente, ce fut un éducateur qui la remplaça.

Ludovic garda son casque anti-bruit, pendant la séance, jusqu'à ce que l'éducateur le lui enlève. Je n'étais pas d'accord et souhaitais qu'il le garde. Ludovic ne dit rien, il se boucha les oreilles avec ses doigts.

Le geste de l'éducateur fut dommageable, car non seulement Ludovic entendait moins de sons qu'avec son casque, mais de plus, il ne pouvait jouer, vu que ses mains étaient occupées à boucher ses oreilles. Je fis la remarque à l'éducateur et proposai de lui rendre son casque et de ne plus s'occuper de lui.

Je fis l'expérience, de mon côté, de mettre un casque anti-bruit. Il ne rompt en rien les sons, mais les atténue. De plus, on peut entendre les battements de son cœur ainsi que les sons de son corps (un peu comme lorsque l'on prend un bain et que l'on immerge la tête dans l'eau), comme les borborygmes. On entend, au contraire beaucoup moins les sons extérieurs lorsque l'on se bouche les oreilles.

---

<sup>58</sup> « *Sud, dialogues, ...* » de Jean-Claude Risset, chez « INA/GRM », INA C 1003.

Un quart d'heure avant la fin de la séance, je jouais avec une enfant du groupe avec les lames sonores : je tapais la lame et approchais ma bouche de l'instrument en faisant des voyelles avec le son. Mon regard s'est tourné vers Ludovic, (il avait remis de lui-même son casque), il avait pris une lame sonore (je ne l'avais pas vu faire).

Il était assis, la lame dans sa main, grattant son casque avec son autre main. L'enfant qui était à côté de moi tapa dans ses mains en vocalisant. Tout le monde fit de même, il y eut beaucoup de rires. Jérémie tapa dans ses mains et ne vocalisa pas (en tout cas, je n'ai rien entendu).

## **2<sup>ème</sup> séance (Mardi 21 janvier 2003) :**

L'éducatrice référante du groupe était en formation, c'est une autre éducatrice qui la remplaça. Les adolescents étaient très excités : l'un des adolescents avait fait un trou dans une porte, un autre avait brutalisé un bon nombre de personnes.

Lors d'une pause, avant la séance, Ludovic s'est levé et s'est approché de moi, sans son casque. Il a levé légèrement la tête et m'a dit correctement : « musicothérapie ». Je répondis que oui, j'étais là pour les séances de musicothérapie et que nous nous verrions dans quelques minutes. Il a souri et est allé se rasseoir sur son fauteuil en bougeant fort les bras.

Je me suis rendu compte, dans cette séance, de l'extraordinaire oreille de Ludovic : oreille qu'il couvrait régulièrement avec son casque ... régulièrement mais pas ce jour là.

La séance commença, j'ai demandé à chacun de choisir un instrument. J'ai pris une paire de maracas et Ludovic une lame sonore (peut être pour faire comme son voisin, qui en avait pris une).

J'avoue que son comportement m'a surpris et que je n'ai pu cacher mon contentement. Néanmoins, je décidai de ne pas me focaliser sur lui, d'essayer de faire « comme si de rien n'était ». Il jouait avec sa lame et semblait imiter son voisin.

Ce dernier la balançait, l'approchait de son oreille et collant sa bouche sur l'instrument, faisait diverses vocalises. Ludovic le copia, la tête baissée légèrement tournée vers son voisin, sa lame entre ses genoux, une main dans ses cheveux et l'autre qui tenait la mailloche. La musique était riche en sons, non pulsée.

A ma demande, chacun prit un instrument à peau. Ludovic, lorsque se fut son tour, se leva et prit une paire de bongos. Immédiatement chacun frappa la peau. Il joua peu ces quelques minutes car les bongos posées sur ses genoux glissaient (il gardait sa main dans ses cheveux). Je proposai à tout le monde de jouer de la même façon que moi, dans cette ordre : frotter, gratter et taper.

Ludovic était assis (comme les autres enfants), la tête baissée quasiment parallèle à ses genoux. Il a joué avec ses deux mains. Ce fut très étonnant car il ne semblait pas regarder ce que je faisais (il était en face de moi, la table avec les instruments nous séparait) et il reproduisait à l'identique les gestes sur la peau. Que se soit les frotter, les gratter ou les taper, il reproduisait exactement la même chose. Exemple : nous étions tous en train de gratter, et sans rien dire j'ai gratté la peau en faisant des cercles, il fit la même chose.

J'ai fait l'expérience, lors d'un repas, de baisser ma tête et d'essayer de deviner ce qui se passait. C'est étonnant, si mon champs de vision était considérablement réduit, je pouvais entendre des sons dont je ne prêtais pas attention tête levée : le bruit des coudes posés sur la table, le bruit des pieds, des chaises, des couverts, etc. Chaque son traduisaient une posture et une attitude particulière.

J'en ai conclu que si Ludovic ne nous voyait pas faire, il pouvait certainement interpréter les sons et les reproduire.

Nous avons ensuite fait des « taper » sur la peau. Il a beaucoup tapé. Plus nous tapions fort, plus il redressait sa tête. Il souriait beaucoup.

Un enfant se leva, prit la boîte avec les lames sonores et en distribua une à chaque enfant (étant le dernier servi, puisqu'il n'y avait plus de lame, je pris le carillon). Nous avons tous joué, nous nous sommes levés afin de faire de grands gestes avec la lame. A ma demande, nous tendions le bras très haut et le faisons redescendre doucement sur la lame en criant « ah ». Ludovic souriait, reproduisait avec la tête légèrement levée, et s'il vocalisait, se fut alors timidement.

A la fin de cette animation, il était assis, la tête levée et les yeux fermés. Il semblait s'endormir. Ce fut la fin de la séance et pour conclure, je demandai à chacun si la séance leur avait plu ?, tous m'ont répondu, sauf Ludovic.

### **3<sup>ème</sup> séance (Mardi 28 janvier 2003) :**

Je constatai, avec ma nièce, âgée de cinq ans, les sensations étonnantes que produisait un tambourin lorsque je tapais celui-ci dans son dos. Le jeu était simple : je prenais un tambourin, le plaçais à une dizaine de centimètre de son dos et je tapais dessus. Je décidai de faire découvrir cela lors de mes séances.

Avant que nous commencions à choisir des instruments, je me déplaçais derrière chacun, tambour à la main, et avec leur accord je tapais sur le tambourin. Les enfants acceptèrent de se livrer à l'expérience et restèrent très attentifs non seulement à la vibration qu'ils allaient ressentir, mais aussi à la réaction des autres lorsque je tapais.

Chacun choisit un instrument, et ce ne fut que des instruments à peaux. Ludovic, ne choisit pas d'instrument.

Je lui répétai que s'il le souhaitait, il pouvait en prendre un. L'éducatrice référante me dit qu'il devait être mal à l'aise à cause d'une fenêtre mal fermée. Je me levai, fermai la fenêtre et il prit une paire de bongos.

Il restait tête baissée devant son instrument, et jouait peu. Je fis la même animation que la semaine auparavant (frotter, gratter et taper), et, jouant d'une main il semblait y mettre moins d'entrain.

Après cette animation, chacun prit une lame sonore, sauf Ludovic qui restait assis, la tête baissée à tortiller ses cheveux avec son doigt (il avait une lame sonore mais n'en a pas joué).

Une dizaine de minutes plus tard, je demandais à tout le monde de poser leur instrument de musique sur la table et de se lever. Nous fîmes des percussions corporelles. Il ne se leva pas, mais lorsque nous avons commencé à taper des mains, il fit la même chose. A l'instar de la séance précédente, il restait la tête baissée et reproduisait à l'identique les endroits où je tapais (à la seule différence que je disais le nom des parties). Il souriait beaucoup, surtout lorsque nous tapions les pieds par terre.

Ce fut la fin de la séance et pour conclure, je demandais à chacun si la séance leur avait plu ?, tous répondirent, Ludovic également (la séance lui a plu et son instrument préféré est le bongos).

Lorsque tous les enfants furent partis, il resta dans la salle et tournait autour des instruments. Rangeant les instruments dans un sac, je lui ai proposé de jouer avec quelques-uns. Il ne fit rien. L'éducatrice arriva, l'appela pour que le groupe puisse repartir et je lui dis « *au revoir Ludovic, on se verra la semaine prochaine* ». Il fit le tour de la salle, la tête mi-levée, en bougeant ses bras et en souriant.

Lorsque nous discutons, à la fin de la séance, l'éducatrice, avec son accord, me confia l'attitude qu'avait eue Ludovic la veille : avant de rentrer chez lui vers 17h00, il avait dérobé une console de jeu vidéo appartenant à l'IMPro, et l'avait cachée dans un sac en plastique. Il se fit prendre par un éducateur qui lui expliqua qu'il ne pouvait pas emmener cette console chez lui, que c'était interdit. Il se mit dans une colère noire et cria, je cite : « *putain, je la veux !* » d'une manière très claire et très distincte.

Les éducateurs furent étonnés d'une telle réaction, car cela faisait plusieurs mois que Ludovic n'avait pas réagi de la sorte.



#### **4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> séance (Mardi 4 et 11 février 2003) :**

Il ne joua pas lors de ces deux séances. Il réutilisa son casque et resta tête baissée, les deux mains sur la tête en grattant son casque. Il ne s'intéressa pas aux nouveaux instruments que j'avais amenés (le tambourin à cymbalettes et les booms).

#### **6<sup>ème</sup> séance (Mercredi 19 février 2003) :**

Il y eut un changement de jour exceptionnel, car la veille, le groupe était de sortie. Ludovic vint à la séance avec son casque à la main, il le posa sur la table avec les instruments. La séance commença et je demandai à chacun de choisir l'instrument qu'il voulait. Tout le monde prit un boom, et nous avons fait une animation avec cet unique instrument.

Au début, nous avons tapé sur différentes parties de notre corps, Ludovic ne fit rien. Nous avons ensuite tapé les booms sur les instruments à peau, en ayant la liberté de se lever et de taper sur d'autres peaux. Il tapa volontiers mais ne se leva point, il souriait beaucoup.

Un enfant se mit à chanter dans un boom, je fis la même chose et les autres enfants aussi, sauf lui qui mettait le boom dans sa bouche et ne semblait pas sortir un son. Tout cela dura une quinzaine de minutes. Je me levai et je me mis à côté de lui. Je chantai dans le boom et je l'invitai à chanter aussi, ce qu'il fit. L'éducatrice commença à appeler les enfants dans le boom. Il y eut beaucoup de rire. Je fis la même chose et chacun commença à s'appeler entre eux. Ludovic, qui ne me regardait pas, appelait ses camarades tout doucement.

Ensuite, je criai dans le boom le nom de la directrice ce qui créa un tollé de rires. Dès lors avec l'éducatrice, nous leur avons demandé de nous citer tous les noms des éducateurs. Ludovic participait énormément à cela et riait beaucoup (plus fort que d'habitude). Il a pu nous dire un nombre conséquent de prénoms, en parlant clairement et très distinctement, et, à chacun des noms qu'il citait, le groupe entier répétait. A chaque écho, il riait et devenait tout rouge.

C'est par cela que la séance s'est terminée. Je demandai à chacun si la séance lui avait plu ?, tous m'ont répondu (Ludovic a dit « oui »), et tous m'ont montré les booms comme instruments préférés.

Ludovic resta dans la salle, pendant que je rangeai les instruments, et tapa sur le gros djembé. Il s'en alla aussitôt après.

#### **7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> séance (Mardi 4 et 11 mars 2003) :**

Ludovic fut absent le mardi 4 mars et il n'y a pas eu de séance le mardi suivant car c'était mardi gras.

#### **9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> séance (Mardi 18 et 25 mars et 1<sup>er</sup> avril 2003) :**

J'ai été malade le mardi 18 et Ludovic était absent les mardis suivants.

## 12<sup>ème</sup> séance (Mardi 8 avril 2003) :

Ce fut le jour où les enfants devaient repasser le bilan actif.

Ludovic entra dans la salle et l'éducatrice s'absenta quelques instants.

Il restait devant moi, la tête baissée, je lui ai proposé d'enlever son blouson, ce qu'il fit et alla se placer devant la table avec les instruments. Je lui ai expliqué les règles, il ne dit rien. L'éducatrice arriva, je proposai de commencer.

Je retranscris textuellement le déroulement du bilan :

*« Touche les mailloche du carillon. Touche ensuite le carillon de porte, il le manipule et le repose. Il prend le sistre et le secoue avec les deux mains. Il touche les cymbalettes de la couronne à cymbalettes et n'y joue pas. Il saisit les gros grelots qu'il secoue avec sa main, et touche d'autres grelots (plus petits) posés sur la table.*

*Il prend le tube raisonnant deux tons et tape d'une façon courte et pulsée sur chaque partie raisonnante. Il le repose. Il garde la mailloche du tube dans ses mains et s'en sert pour jouer avec le guiraut. Il saisit ensuite les maracas qu'il secoue d'abord doucement puis de plus en plus vite. Il couvre les maracas avec la paume de ses mains et secoue. Il prend ensuite la sanza africaine et l'utilise correctement (c'est d'ailleurs la première fois qu'un enfant l'utilise correctement). Il s'arrête et recommence, s'intéressant particulièrement aux petits bouts de fer de la sanza.*

*1<sup>ère</sup> Œuvre<sup>59</sup> : Il ne joue pas et semble regarder la table. Il prend une cymbale et tape dessus tout doucement avec une mailloche. Il rentre la mailloche dans la lanière de cuir de la cymbale, l'enlève et la rentre à nouveau, cela plusieurs fois de suite. Il se tourne vers le balafon et se saisit des mailloches.*

---

<sup>59</sup> « Les sept fantaisie de Telemann », fantaisie n°1-Vivace en la majeur. Chez Calliope CAL 6630.

*Il y fait deux sons puis se retourne vers la table et joue avec le carillon, gardant les mêmes mailloches (ces mailloches étant entourées de cuir, le son sur le carillon est très doux). Il saisit ensuite le bol tibétain, retire la mailloche du bol et la pose sur la table. Tout en gardant la mailloche du balafon, il tape sur le bol, le laisse sonner, le retourne, le repose et le reprend.*

*2<sup>ème</sup> Œuvre<sup>60</sup> : Il est debout, tête baissée devant la table et il sourit. Il repose le bol sur la table. Il prend la paire de maracas, se dirige vers le gros djembé et tape dessus, très doucement. Il les secoue. Ensuite, il les colle l'une à l'autre et les fait tourner (de la même manière que lorsqu'on se tourne les pouces). Il en pose une sur sa bouche, secoue l'autre et enfin les deux.*

*3<sup>ème</sup> Œuvre<sup>61</sup> : Il a gardé les maracas. Il secoue une maracas, les roule ensuite les unes sur les autres (comme précédemment). Il s'arrête, en secoue une et puis les deux.*

*4<sup>ème</sup> Œuvre<sup>62</sup> : Il a gardé les maracas et les roule entre-elles plus doucement. Une minute après le début du morceau de musique, il s'est arrêté et n'a plus rejoué (les maracas sont reposées).*

*Ses instruments préférés sont le sistre et les castagnettes. Il ne m'a pas répondu pour la musique ».*

Ludovic est resté debout, tête baissée du début jusqu'à la fin de la séance.

---

<sup>60</sup> « Percussions brésiliennes » chez « le chant du monde », LDX 274 299.

<sup>61</sup> « Le baroque tardif - CD 5 » œuvre de Rameau, chez « harmonia Mundi », HMX 290 810 4.

<sup>62</sup> « Sud, dialogues, ... » de Jean-Claude Risset, chez « INA/GRM », INA C 1003.

### 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> séance (Mardi 15 et 29 avril 2003) :

Le mardi 15 avril Ludovic fut absent. Le mardi suivant, je rappelai à chacun que c'était la dernière séance (j'avais averti déjà au début du mois).

Il n'a pas joué, il a refusé de se lever et est resté assis, la tête légèrement levée et les yeux fermés (ses doigts tripotaient ses cheveux). A la fin de la séance, l'éducatrice lui demanda si le fait que je ne revienne pas l'ennuyait. Il répondit « oui ». Lorsque les enfants se sont levés et mis leur manteau, Ludovic est resté dans la salle (pendant ce temps, je rangeais les instruments dans un sac à dos).

Je l'ai senti s'approcher de moi doucement, il n'a rien dit. Voulait-il peut être toucher un instrument ou me dire quelque chose ?

J'ai commencé à discuter avec lui, il n'a rien dit et s'en est allé.

Travaillant actuellement à l'IMPro, je rencontre régulièrement Ludovic. Il a énormément changé, suite à un traitement à base de neuroleptique. Sa tête est droite, il garde son dos légèrement courbé. A présent, il tient une conversation, il s'exprime oralement d'une manière très claire. Il vient souvent me voir pour me demander ce que je fais ici. Il dit se rappeler des séances de l'année passée, et me demande pourquoi il ne vient plus. Il me dit « *bonjour Nicolas* » lorsque nous nous rencontrons, et s'arrête parfois pour discuter avec moi. Il ne porte plus son casque anti-bruit, du moins, plus à l'IMPro.

## 2. REFLEXIONS SUR LA MUSICOTHERAPIE

### 2.1 Une protection par les stéréotypies

Les enfants autistes ne savent pas où est leur corps, ne peuvent pas situer la limite entre eux-mêmes et ce qui l'entoure ; ils ignorent qu'ils ont une peau et ils vont être réduits à vérifier inlassablement leur propre existence par l'intermédiaire d'exercices, d'activités stéréotypées.

Je pense que Julien fait partie de ces autistes que l'on nomme « Moi-carapace ». Il ne semble pas arriver à se créer une « peau psychique ». Il entoure son corps de gestes et de bruits, comme s'il créait une zone intermédiaire filtrant tout contact vécu comme une agression. Les battements de ses mains sur son crâne, les manipulations d'objets dans tous les sens, la maracas tapotée sur ses lèvres etc. démontrent ses activités stéréotypées. Il crée donc une enveloppe empêchant ou limitant ainsi les entrées et les sorties. Finalement, Julien n'est pas si loin de nous, je veux dire en ce sens que l'enveloppe qu'il se crée lui donne une contenance, contenance que nous aussi, adulte, nous utilisons.

Je suis fumeur depuis dix ans, la cigarette me procure beaucoup de plaisir mais elle crée aussi, par mes gestes codifiés et répétitifs, une enveloppe qui me protège. Elle me protège car elle me dispense non seulement de faire d'autres gestes, mais aussi d'avoir des attitudes qui pourraient révéler mes pensées, mes émotions et l'expression de mes sentiments. Cette enveloppe « contient », « me contient » et donc me rassure.

Cette image me permet de schématiser, d'avoir une fine idée de l'angoisse que peut éprouver Julien lorsque par exemple, on le force à cesser ses stéréotypies.

Angoisse certes incomparable mais qui pourrait se rapprocher dans son idée à l'angoisse que je peux moi-même éprouver lorsque je ne peux satisfaire une demande en cigarette.

C'est pour cela que Julien « s'isole » au début des séances. Il semble ignorer ce qui l'entoure, tant les sons, que les occupants eux-mêmes. Nous pouvons voir, par exemple sur la vidéo, le rejet de la personne venant lui proposer un instrument. Ce fut le cas quasiment à tous les débuts de séance. C'est un moment important pour Julien qu'il ne faudrait pas contrarier, un moment où, se sentant peut-être agressé, il éprouve le besoin de se rassurer.

Cette stéréotypie permet aussi à Julien de rejeter l'instrument de musique. La fonction sonore est déniée ou inconnue, le son a perdu toute appartenance à la communication. Le fait pour Julien de prendre une mailloche dans la bouche ou de taper une maracas sur ses lèvres est effectivement une tentative d'intégrer l'instrument. Mais intégrer un instrument de musique dans sa stéréotypie semble destiner à nier l'existence propre de l'instrument.

Je compris vite qu'il ne suffisait pas pour un enfant autiste de jouer avec les instruments pour qu'il rentre en communication.

Ne pas « entendre » le monde extérieur ne serait-ce pas rester dans un fonctionnement mental profondément archaïque ? Dans son vécu autistique, le son heurte-t-il Julien comme un objet dur ou au contraire comme un élément fluide dont l'impalpabilité serait vécu comme très angoissant... Perçoit-il les vibrations des instruments comme source d'intrusion ou encore de perforation ?

En toute honnêteté, les stéréotypies des enfants et des adolescents ne m'ont jamais contrarié en séance de musicothérapie. Je n'ai jamais senti le besoin de les défaire. Il y a l'exemple d'un enfant psychotique qui en séance de musicothérapie ainsi que dans les autres activités de l'IME fait ce que les éducateurs appellent : « la voiture ».

Très souvent, il prend sa main et la passe inlassablement devant ses yeux en faisant « vrouuuuu ». Il utilise sa main mais aussi n'importe quel objet tel le woodblock ou encore une lame sonore. Cette activité ne me dérange sur aucun plan, il est vrai que l'enfant ne joue pas et qu'il passe son temps dans une activité non musicale.

Mais est-ce réellement un problème en séance de musicothérapie ? D'autant plus qu'il est faux de dire que cet enfant ne joue pas mais qu'il est juste de dire que cet enfant joue peu. Car il a joué !!! Cela a duré quelques secondes, voir quelques minutes (nous avons eu une fois près de dix minutes de jeu avec lui, ce qui est énorme) et ces moments, courts pour nous, mais longs pour lui, étaient des moments où il rentrait en relation avec nous.

Je me suis souvent opposé à la demande des éducateurs qui ne voulaient pas que cet enfant passe son temps à son jeu de « la voiture ». Acceptant ma demande, il fut étonnant de remarquer à la fin des séances l'angoisse des éducateurs qui se disaient « pas bien » et trouvaient que la séance n'était pas « profitable » à l'enfant en question.

Je m'occupe actuellement de cet enfant, qui éprouve toujours le besoin de se protéger par « sa voiture ». Pendant ces moments-là il ne reste pas seul dans son coin, il est interpellé, de loin ou de près, et lorsqu'il joue, les temps de jeu sont beaucoup plus longs que l'année précédente. A noter aussi que depuis que les éducateurs ont accepté de lui laisser des moments avec sa voiture, ils ne me disent plus en fin de séance que ça ne lui a pas été profitable ... bien au contraire.



Notons aussi cette enveloppe concrète qu'est le casque anti-bruit de Ludovic. Il n'est pas une stéréotypie mais nous pouvons lui attribuer une même fonction : il lui permet de filtrer le monde sonore, de mettre une distance entre son corps et les sons qui régissent le monde extérieur.

Contrairement à Julien, il ne semble pas fuir ce monde, mais semble l'anticiper à chaque seconde. Il est intéressant de remarquer qu'il est venu à la deuxième séance sans son casque. Ludovic, comme de nombreux autistes, se défend par des clivages.

## **2.2 Une défense par le clivage**

Le clivage est un mécanisme de défense précoce. Le nouveau-né, n'ayant pas accès à l'ambivalence, ne peut comprendre que ce soit la même mère qui le gratifie et qui le frustre. Il clive donc sa mère en deux, séparant ainsi la « bonne » mère qui gratifie de la « mauvaise » mère qui frustre. Les autistes, confrontés à un trop plein d'informations sensorielles, se défendent par le clivage. Ils ont ainsi une « maman du toucher », une « maman du regard », une « maman du son », etc. Un nouveau-né ordinaire fini par admettre l'ambivalence, c'est-à-dire qu'un objet ou qu'un être peut être à la fois bon et mauvais.

Ludovic semble se défendre toujours par clivage. Par exemple, il est incapable de regarder et de comprendre un film. Il regardera un film en faisant d'abord abstraction de son ouïe, c'est-à-dire qu'il n'enregistrera que les images. Il rembobinera la cassette, re-visionnera le film, fera abstraction cette fois-ci des images et se concentrera sur les dialogues et les sons qui les organisent. Voir et entendre en même temps sont deux choses certainement angoissantes pour lui.

La musicothérapie à son avantage car elle ne fait pas appel à une multisensorialité. Ludovic, à plusieurs reprises, ne semblait pas regarder les gestes que nous faisons pour jouer, et il était tout à fait capable de reproduire à l'identique les sons que nous émettions. Sans regarder (*a priori*) il rentrait en relation avec les adultes et les autres membres du groupe. Son œil en coin, « en tangente » explique aussi ce phénomène.

## **2.3 Une musicothérapie : une possibilité de communication ?**

### **a) Le cas de Julien**

C'est difficile à expliquer concrètement, je ne peux émettre que des hypothèses. Reprenons ce qui se passe pour Julien : il est dans la salle, la musique a commencé, il ne joue pas. Il ne semble pas ignorer les personnes qui se trouvent avec lui et souhaite, disons, de la tranquillité. Les séances sept et huit montrent que certains sons (en l'occurrence les lames sonores et un djembé) sont entendus lors des stéréotypies. Je pense que Julien n'ignore rien du monde extérieur et qu'il filtre tout.

A plusieurs reprises, lorsque je m'approche de lui, il s'efforce de m'écarter en brandissant son bras. Je dois certainement menacer sa tranquillité en m'introduisant trop précipitamment dans sa sphère.

Je repars jouer avec les autres, l'interpellant de temps à autre. Comme à plusieurs reprises, il se lèvera, « s'animera », sautant à pieds joints en jubilant. Lors de ces moments là, il peut s'approcher des personnes, (d'ailleurs on se sent exister, on a l'impression d'une demande, d'une communication) tout en se balançant et en faisant d'autres mouvements rythmiques. Ces activités pourraient indiquer la présence "*d'une gratification orgasmique masturbatoire*" d'après l'article de KANNER.

De plus, lorsqu'il prend la main de l'autre pour taper sur un tambour, par exemple, nous pourrions l'expliquer par un rejet, une mise à distance de l'instrument, tendant à supposer son incapacité à faire de lui même ce geste, se servant alors de la main de l'autre comme le prolongement de son propre corps.

J'ai émis beaucoup d'hypothèses quant à sa façon de « s'animer ». Je pensais au début que le rythme était le déclencheur.

Tous les moments de la journée sont rythmés à l'IME : les moments pour manger, les moments pour aller aux toilettes, pour les activités, etc. Je me suis rendu compte aussi qu'une richesse du son le faisait jubiler d'avantage : plus les sons étaient différents et rythmés, et plus il semblait éprouver du plaisir à écouter. Ensuite, j'ai pensé que c'était le geste, celui de taper sur le tambour qui lui plaisait ou alors les vibrations. Des hypothèses ... mais rien de convainquant.

Cette question revient souvent dans ma tête et j'ai même rencontré plusieurs groupes de rap locaux, pour leur poser des questions. Il s'avérerait (je n'ai absolument pas approfondi les recherches) que lors de l'écriture d'une chanson en rap, le rythme passe en premier. Les membres du groupe choisissent un rythme et c'est par ce rythme que l'écriture, que « l'inspiration » arrive. Ils me l'ont dit eux-mêmes : « on peut le faire sans rythme mais ce n'est plus une chanson, c'est une histoire que l'on raconte ».

J'ai fait un lien grossier sur ces jeunes et Julien. Ils ont besoin d'un rythme, d'une structure, certes aliénante, leur permettant ainsi de s'exprimer, de se purger (c'est par ce biais qu'ils couchent sur papier leur maux, souvent morbides, haineux et défaitistes). Serait-ce la même chose pour Julien, dans ce sens, où lui suffit-il d'un rythme pour qu'il puisse s'exprimer. Car il s'exprime !! il exprime une sorte d'excitation, une jubilation qui reste, c'est avouable, très interprétable.

Il nous est impossible de le rencontrer lors de ses stéréotypies. Par contre, dès qu'il se lève et « s'anime », il s'approche de l'adulte, nous permettant aussi de nous en approcher. Lui qui reste souvent dans un même endroit, le voilà qui occupe tout l'espace offert. Une rencontre est possible.

Certes le fait de prendre la main de l'autre pour taper sur l'instrument est une sorte de rejet, mais à plusieurs reprises, il a tapé de lui-même sur l'instrument ou sur son corps. Analysons d'ailleurs la dixième séance :

*« [...] l'éducateur se mit à jouer plus fort et plus vite. Julien sourit en fermant fort les yeux et fit la même chose. D'ailleurs, nous fîmes tous la même chose. Nos regards étaient tournés vers Julien. Le niveau sonore était tel, que j'eus peur de gêner les autres classes. Je sentais les vibrations des tambours à mes pieds et j'observais les vitres de la salle qui vibraient. D'un coup, l'éducateur s'arrêta de jouer, Julien se tortilla sur sa chaise, comme s'il était pris de frissons soudain, tout en souriant et en riant. Il prit la main de l'éducateur en criant et la tapa fortement sur le djembé. Voulait-il dire « continue à jouer ? ». L'éducateur recommença à jouer et s'arrêta. La réaction de Julien ne se fit pas attendre. Il prit à nouveau la main de l'éducateur et d'un grand geste rapide la posa sur la peau du djembé. »*

Nous pouvons parler de communication en ce sens qu'il semble exister une demande. Julien, certainement par imitation a joué aussi fort et aussi vite que l'éducateur. Lorsque ce dernier s'arrête net, Julien exprime un refus, prenant la main de l'éducateur pour la frapper sur la peau du djembé, reproduisant ainsi le geste et le son qui semble lui plaire.

Je pense que ce bain sonore que nous créons permet et offre une ouverture de communication qui n'est pas négligeable pour Julien. Les sons entendus par Julien sont certainement déformés par sa maladie mais il y a un moment où ils « s'accordent », où ils permettent une action.

Notons aussi qu'à partir de la vingt-troisième séance, Julien se mit à vocaliser avec les booms. Il faut savoir que Julien utilise rarement sa voix pour vocaliser. Il faut prendre de la distance aussi avec cela, dans le sens où avalant presque l'instrument, ne l'intégrerait-il pas dans ses stéréotypies ?

Quant aux percussions corporelles, c'est à la trentième séance que Julien et moi avons eu un jeu intéressant. Il imitait beaucoup ce que je faisais.

Tout au long du stage, il a souvent tapé dans ses mains, et ce n'est que pure interprétation abusive que d'affirmer qu'il applaudit.

L'applaudissement dans notre société permet à chacun d'exprimer une reconnaissance, une satisfaction ; il est beaucoup trop codifié pour être utilisé dans ce sens par Julien.

Les percussions corporelles sont très importantes dans une séance de musicothérapie. C'est un exercice qui touche à même la peau, le squelette, bref toute la structure de la personne.

Il n'est pas négligeable non plus de critiquer mes séances. Je peux supposer mes séances avec le groupe de Julien comme étant moins structurées que les autres. Cet autisme à « carapace » est envahi de stéréotypies.

Il est fort probable que ces séances, du fait qu'elles soient moins structurées, car elles ne comportent pas ou peu d'animation (soit des temps d'arrêts), laissent à supposer qu'elles n'apportent pas à Julien un rythme nécessaire pour qu'il entre en relation. A ce moment-là, à chaque fois que Julien « s'animait », il s'agit peut être toujours de stéréotypies.

## **b) Le cas de Ludovic :**

Ludovic, puisqu'il est arrivé en cours d'année dans le groupe, n'a eu que huit séances de musicothérapie (bilan actif inclus).

Contrairement à Julien, il a accès au langage verbal. Lorsque nous analysons ses comportements lors des séances de musicothérapie, le bilan actif du 8 Avril 2003 (la douzième séance) est flagrant. Jusqu'ici, il prenait les instruments le plus souvent par imitation.

Lors de ce bilan, il a manipulé de nombreux instruments et en a exploré certains longuement.

A la suite de cela, il me paraissait envisageable de continuer les séances de musicothérapie avec lui, mais en individuel. A cause des horaires, ce ne put être envisageable.

Il n'est pas anodin non plus de remarquer qu'à plusieurs reprises, hors des séances, Ludovic venait me voir, me parler, ou restait à la fin de la séance à tourner autour des instruments.

Je pense que la musique l'intéresse, mais le bruit le gêne. En séance de groupe, la cacophonie qui existait parfois aurait pu le freiner, ce qui pourrait expliquer qu'il attende la fin de la séance pour s'approcher de lui-même des instruments.

D'ailleurs, au bilan actif, où il était seul à jouer, il a pris aisément les instruments. En séance de groupe, il y a beaucoup de sons qui surviennent et je suppose qu'il n'a pas pu faire à chaque fois le tri de cet amas sonore. Certes il participait, mais souvent par imitation, et non de lui-même.

Si nous prenons l'exemple de la sixième séance, qui reste encore dans mon souvenir aujourd'hui, il était très différent. Dans cette séance, nous avons joué exclusivement avec les booms :

*« Un enfant se mit à chanter dans un boom, je fis la même chose et les autres enfants aussi, sauf lui qui mettait le boom dans sa bouche et ne semblait pas sortir un son. Tout cela dura une quinzaine de minutes.*

*Je me levai et me mis à côté de lui. Je chantai dans le boom et je l'invitai à chanter aussi, ce qu'il fit. L'éducatrice commença à appeler les enfants dans le boom. Il y eut beaucoup de rires. Je fis la même chose et chacun commença à s'interpeller. Ludovic, qui ne me regardait pas, appelait ses camarades tout doucement.*

*Ensuite, je criai dans le boom le nom de la directrice ce qui créa un tollé de rires. Dès lors avec l'éducatrice, nous leur avons demandé de nous citer tous les noms des éducateurs.*

*Ludovic participait énormément à ce jeu et riait beaucoup (plus fort que d'habitude). Il a pu nous dire un nombre conséquent de prénoms, en parlant clairement et très distinctement, et, à chacun des noms qu'il citait, le groupe entier répétait. A chaque écho, il riait et devenait tout rouge ».*

Dans ce jeu de répétition, il était le meneur. Il disait des prénoms et le groupe entier les répétait. Une relation particulière s'était créée : non seulement il utilisait sa voix clairement alors que d'habitude il ne parlait peu ou pas, et qu'ensuite il ne participait pas à la séance en imitant les autres, mais au contraire, ce sont les autres qui l'imitaient.

En conséquence, je pense que les bruits que créait le groupe le gênaient trop et qu'ils freinaient les mises en relation possible.

## **MA PRATIQUE AUJOURD'HUI**

Je travaille actuellement à l'IME où j'ai six séances hebdomadaires depuis le mois de novembre. Le fait désormais de faire partie de l'équipe me donne une place en son sein et me permet de rendre compte des attitudes des enfants durant les séances de musicothérapie.

Il est de plus en plus question de m'inclure dans les réunions de synthèse. Par ailleurs, certains éducateurs parlent de créer une salle spécifique aux intervenants extérieurs.



## CONCLUSION

A travers les différentes situations que j'ai décrites, il semble que la musicothérapie ouvre un champ de relation, de communication. Pour des autistes dits à « carapace » comme Julien, tout reste interprétable et rien ne peut être affirmé. Il est facile, trop facile même de dire que parce qu'il « s'anime », il rentre en communication. Cependant, ces autistes qui restent « dans leur coin », qui ne communiquent rien à autrui, se rapprochent de l'autre, acceptent une relation et ce, dans le cadre d'un jeu sonore. Une demande semble être présente et le rythme a son importance. Nous arrivons par ce biais à contenir les moments d'angoisse.

Je vais ici relater une séance tout à fait représentative : Julien, pour je ne sais quelles raisons, s'attaqua à moi. La musique s'est alors arrêtée, je me suis écarté de lui. Il a commencé à se frapper, à se cogner, et l'éducatrice et moi étions dans l'incapacité de le contenir. C'est alors que j'ai tapé sur le tambour d'eau un rythme lent, ainsi que sur un autre tambour. Petit à petit, Julien se calma et commença à sourire. Mais il était « sur la tangente », c'est-à-dire qu'il se refrappait et hurlait par moment. Il a fini, après quelques minutes, par s'asseoir et il ne s'est plus levé. Le rythme que j'imprimais aux tambours a eu un effet de contenant, il a pu l'apaiser.

Le rythme et l'autisme sont très liés et sont peut être même indissociables. Etant une communication non-verbale, la musicothérapie est un moyen pour rentrer en contact avec ces enfants et favorise l'expression de soi.

Le fait de ne donner qu'une seule consigne lors des séances a favorisé cela : il était hors de question de forcer un quelconque enfant ; je voulais un espace de liberté où seul l'enfant était en droit de jouer ou non.

Qu'il s'assoit avec nous ou au fond de la salle m'importait peu ; il a été prouvé à plusieurs reprises que l'enfant sait venir de lui-même. S'il désirait venir, prendre un instrument et jouer, il rentrait presque immédiatement en relation avec un adulte (car les éducateurs et moi-même devions jouer) ou avec un enfant. Je pense que j'ai eu raison de m'entêter puisque cet espace de liberté n'a pas empêché les enfants de jouer. Ces séances de musicothérapie ont amené des expressions et des extériorisations.

J'ai toujours gardé cette même attitude. Cet espace offre une possibilité de communication ; pour Julien, je préférerais parler de relation.

J'ai conscience des erreurs de ce mémoire et des erreurs accomplies lors de mon stage ; il y subsiste certainement des zones d'ombre. J'ai retenu telle situation et j'en ai oublié d'autres. S'il est confus, malgré mes recherches pour essayer de comprendre, il reste néanmoins le témoignage d'un inconnu : l'autisme, qui suscite autant d'admiration que de fascination.

Ce mémoire est un témoignage de mes doutes, de mes incertitudes et de mes peurs. Il est loin d'être parfait, loin d'être complet, mais permet, je pense pour un étudiant d'avoir une analyse de ce qui a été fait, et d'en ressortir, comme je l'ai fait, des conclusions quant à la pratique de la musicothérapie et des difficultés rencontrées.

Etre le premier musicothérapeute dans une institution et n'avoir des relations qu'avec une équipe éducative n'est pas chose facile. Malgré les difficultés de quelques situations, je retiens beaucoup de leçons, ce stage à été très formateur. En aucun cas ce mémoire ne se veut critique. Il explique, il raconte simplement une expérience.

## ANNEXE

Cette annexe sera essentiellement un historique de l'autisme. Elle sera une première aide aux lecteurs désireux de s'informer plus amplement sur cette pathologie.

### **I. 1911 : Eugène BLEULER**

Le terme « *autisme* » a été introduit pour la première fois en 1911 par le psychiatre Eugène BLEULER dans son ouvrage sur « *le groupe de schizophrénie* ». Il désigne, chez les malades schizophrènes adultes (« *Schizein* » signifie couper et « *phrein* » signifie cerveau), la perte du contact de la réalité, entraînant comme conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui. Il les décrit comme hors de la réalité et vivant dans une prédominance relative ou absolue de leur vie intérieure.

### **II. 1943 : Léo KANNER**

C'est en 1943 que le médecin Américain Léo KANNER, décrit, s'appuyant sur onze cas d'enfant (« *autistic disturbance of affective contact* »), un syndrome auquel il donne le nom d'« *autisme infantile précoce* » (AIP), se différenciant de la schizophrénie infantile décrite par Eugène BLEULER en 1911<sup>63</sup>.

Si BLEULER et KANNER ont isolés et décrits cette maladie, les chercheurs qui leurs succéderont chercheront eux, d'en trouver les causes.

### **III. 1944 : Bruno BETTELHEIM**

---

<sup>63</sup> Voir chapitre n°2 page 16 pour l'historique des recherches de Leo KANNER.

En 1944, à la suite de son internement dans les camps de concentration de Dachau puis de Buchenwald, Bruno BETTELHEIM a pu observer des phénomènes de retrait dans lesquels la souffrance plongeait certains prisonniers. Son expérience des camps constituera le fondement de concept de « *situation extrême* ».

Face à elle, l'Homme peut soit abdiquer, en s'abandonnant, en s'identifiant à la force destructrice (bourreau pour son cas, mais aussi l'entourage, etc.), soit résister, en pratiquant la stratégie de la survie, qui consiste à se construire un monde intérieur dont les fortifications le protégera des agressions externes. De cela, de ces mots « *agression* » et « *protection* », il suppose une origine de l'autisme.

Nommé directeur de l'école orthogénique Sonia SHANKMAN de l'université de Chicago et cela pendant trente années, il va mettre en œuvre ses conceptions et ses méthodes où il va tenter de restituer aux enfants psychotiques un cadre de vie, un univers sécurisant à même de constituer l'antidote de la « *situation extrême* » qui les aurait conduits à se couper du monde.

Bien que psychanalyste, Bruno BETTELHEIM va à l'encontre des principes psychanalytiques d'ouverture vers l'extérieur et d'autonomie du sujet. Ce cadre de vie qu'il met en œuvre est un univers clos, un véritable camp auquel les parents n'ont que très rarement accès. Se marginalisant ainsi, l'école de BETTELHEIM apporta la preuve, les résultats en attestent et continuent de surprendre, que la psychose peut être entendue, à condition de n'être pas considérée comme le produit d'une atteinte biologique, mais comme une atteinte structurale de la personnalité dans la relation aux autres.

Mais de ces moyens psychothérapeutiques et éducatifs, Bruno BETTELHEIM a ouvert la porte à des théories très culpabilisantes pour les parents, qui se sont vu être la cause première de l'handicap de leur enfant. Beaucoup de courants psychanalytiques ont perpétué cette hypothèse, faisant de nombreux ravages.

L'autisme est assimilé à l'état de replis psychique qu'induirait sa relation à une mauvaise mère ; on suppose que l'enfant ressent l'environnement comme hostile, il

semblerait vivre sous une menace permanente. L'éloignement de la famille, considérée comme pathogène, est préconisé.

Ces théories fondées sur l'origine exclusive de l'autisme n'ont pas été acceptées par tous les psychanalystes, et cela pour deux raisons : d'une part, ils se sont rendus compte de la valeur des parents dans un travail psychothérapeutique (qui ne peut se faire sans la participation de parents et dans une véritable « *alliance thérapeutique* ») et d'autre part, parce que les parents ont su démontrer que c'est à la suite des comportements relationnels anarchiques ou absents de leur enfant qu'ils ont été amenés à ne plus savoir comment réagir.

Dans la nuit du 13 au 14 mars 1990 Bruno Bettelheim mit un terme à sa vie en s'étouffant à l'aide d'un sac en plastique, ce qui laisse aisément évoquer l'enfermement des enfants autistes dans leur « *forteresse vide* » et l'asphyxie des victimes de l'extermination nazis.

#### **IV. 1957 : Margaret MALHER**

En 1957, à la suite du travail de KANNER, plusieurs affections sont regroupées sous le terme générique de "psychoses infantiles précoces", qui présentent les mêmes symptômes que ceux décrits par lui : ainsi, Margaret MALHER a décrit la "psychose symbiotique" dont elle note les particularités : elle débute dans la seconde année de la vie de l'enfant. Elle est précédée d'une phase dite "normale" de développement, son apparition se fait principalement à des moments clés de l'évolution psychologique de l'enfant, marqués par l'abandon de la fusion symbiotique d'avec la mère. Elle est caractérisée au niveau clinique par une angoisse de mort massive, en réaction à ces expériences traumatisantes de séparation. Elle commence par l'apparition brutale d'une désorganisation de la personnalité, avec perte du langage et apparition des symptômes psychotiques.

#### **V. 1977 : Frances TUSTIN**

En 1977, la psychanalyste Frances TUSTIN a proposé, dans son ouvrage « *Autisme et psychose de l'enfant* » de classer l'autisme en trois groupes :

1. « *L'autisme primaire anormal* » : ce serait une sorte de prolongation anormale d'un autisme primaire normal. Cette forme serait caractérisée par le fait qu'il n'existe pas chez le bébé de véritable différenciation entre son corps et celui de sa mère, ni de véritable délimitation de sa surface corporelle.
2. « *L'autisme secondaire à carapace* » : cette forme correspond à l'autisme tel que l'a décrit Léo KANNER. Il y aurait, dans cette forme, la création d'une véritable barrière autistique formant carapace, destinée à interdire l'accès au « non-moi » terrifiant. Le corps de l'enfant apparaîtra ici raide, insensible, fuyant le contact physique. L'activité fantasmatique serait essentiellement centrée autour de processus corporels. Frances TUSTIN qualifie cette forme de « *crustacé* » et y fait jouer un rôle important à l'hypersensibilité de l'enfant aux stimulus sensoriels et à la dépression de la mère.
3. « *L'autisme secondaire régressif* » : cette forme recouvre la schizophrénie infantile. Après une évolution apparemment normale, apparaissent des manifestations régressives, avec retrait de l'enfant dans une vie fantasmatique assez riche centrée sur les sensations corporelles. Il y aurait ici pour l'enfant entremêlement et confusion entre lui et sa mère.

## **VI. 1980 : L'AUTISME INFANTILE**

C'est à partir de 1980 que l'autisme s'appelle « autisme infantile » et se trouve regroupé dans une nouvelle rubrique d'une nouvelle version du DSM (classification de l'Association Psychiatrique Américaine, Diagnostique and Statistical Manuel) : « les Troubles Envahissants du Développement » (T.E.D.) :

*« Le terme de Troubles Envahissants du Développement regroupe l'ensemble des déviations et retards du développement des grandes fonctions psychologiques, notamment de celles impliquées dans l'acquisition des aptitudes aux relations sociales et à l'utilisation du langage. »*

*Dans ce cadre, l'autisme infantile est considéré comme la forme principale et la mieux caractérisée de ces troubles du développement (un tiers des cas), à côté de formes d'autismes atypiques de symptomatologie moins complète, d'apparition plus tardive et comportant souvent un important retard mental, à côté également d'un ensemble de troubles plus vaguement définis et qualifiés de troubles envahissants du comportement non spécifiques<sup>64</sup> ».*

Les personnes atteintes de troubles envahissants du développement présentent un ensemble de symptômes spécifiques affectant la communication, le rapport aux autres et le comportement. *« Les T.E.D regroupent un ensemble de cinq diagnostics acceptés officiellement : l'autisme, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifiques, le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance.<sup>65</sup> »*, cela d'après la classification Américaine « DSM-IV ».

La Classification Internationale des Maladies (C.I.M) propose dans sa dixième édition huit sous-catégories pour les T.E.D. :

*« L'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance, les troubles d'hyperkinésies »*

---

<sup>64</sup> « L'autisme infantile » du Professeur Pierre Ferrari, édition Que sais-je ? 1999, pages 13 et 14.

<sup>65</sup> Source : [www.exploringautism.org](http://www.exploringautism.org).

*associés à la déficience intellectuelle et des mouvements stéréotypiques, les autres troubles envahissants du développement, les troubles envahissants du développement non spécifiques<sup>66</sup> ».*

Malgré la différence sur la classification et l'organisation des sous-catégories, les deux systèmes tombent d'accord sur la notion de «Troubles Envahissants du Développement». L'évaluation de l'ensemble des symptômes réunit les personnes présentant une symptomatologie de l'autisme et les personnes présentant une symptomatologie semblable.

Le syndrome de Rett, d'Asperger mais aussi de l'X fragile et de «Landau-Kleffner» sont des maladies associées ou parentes de l'autisme. Je développerai le syndrome d'Asperger car il me paraît intéressant.

## **VII. LE SYNDROME D'ASPERGER**

Le psychiatre Autrichien Hans ASPERGER décrit pour la première fois en 1943 des troubles du comportement chez plusieurs enfants qui avaient un développement normal de leur intelligence et du langage, mais qui présentaient des troubles proches de l'autisme et une déficience marquée sur la communication et le rapport aux autres. Il appela ce troubles «*autistischen psychopathen*<sup>67</sup>» (personnalité anormale à tendance autistique). Il a donc utilisé, sans le savoir et de manière totalement indépendante, la même notion de l'autisme décrite par Léo KANNER la même année. Les cas d'enfants présentés par KANNER s'apparentent aux cas de Hans ASPERGER sur de nombreux éléments de fonctionnement, mais ils diffèrent sur la question du langage.

Alors que KANNER parle d'un jargon sans significations apparentes ou de langage ayant peu ou pas de valeur communicative, Hans ASPERGER décrit des enfants

---

<sup>66</sup> Source : [www.autisme.net](http://www.autisme.net).

<sup>67</sup> «*les psychopathes autistiques pendant l'enfance*» de Hans Asperger, édition Broché, Collection «*empêcheur de penser en rond*», 1998.



s'exprimant bien. Publié en Allemagne pendant la seconde guerre mondiale, son article demeura pratiquement inconnu dans la littérature scientifique anglo-saxonne jusqu'à une période récente.

Le monde de la cinématographie a pris souvent des autistes de « haut niveau » (ou Asperger) comme personnages fondamentaux, décisifs au déroulement du scénario. Nous pouvons citer les plus connus : « Rain man » mais aussi « Shine ».

### **VIII. 1981 : Lorna WING**

En 1981, une psychiatre Anglaise, Lorna WING réactualisera les travaux d'Asperger en publiant un compte-rendu et une proposition pour définir un syndrome d'Asperger avec 34 cas l'illustrant. Selon Hans ASPERGER, il semblerait que ce syndrome toucherait plus de garçons que de filles (une fille pour trois à sept garçons selon les études), et qu'il ne pourrait pas être identifié avant la deuxième année de l'enfant.

Selon Lorna WING et Elaine TAVEAU, le syndrome peut se décrire de la façon suivante :

1. La communication verbale et non-verbale : souvent, avec un certain retard, les enfants et adultes atteints du syndrome d'Asperger apprennent à parler. Si le corps, le cerveau, les cinq sens reçoivent les informations, il y a un défaut entre la réception et le traitement de ces informations (anomalie du fonctionnement des centres cérébraux qui ont pour fonction de rassembler les informations de l'environnement). Ils ont du mal à comprendre la signification de ce qu'on leur dit, surtout dans le domaine de l'abstrait (les jeux de mots, les expressions par exemple) ou des sentiments et de l'humour où l'ironie peuvent les mettre mal à l'aise. L'expression « donner sa langue au chat » peut être prise au sens littéral du terme.

Ils peuvent comprendre parfois le sens d'un mot long et obscur et pas celui de la vie courante. Ils peuvent soutenir une conversation avec une personne, non sans difficulté, et leur discours s'exprime sans inflexion, monocorde et monotone, telle la récitation d'un texte appris par cœur et sans ponctuation.

La communication non-verbale reste limitée : peu d'expressions gestuelles ou faciales sauf pour des émotions fortes comme la colère ou la souffrance. Leurs gestes sont maladroits et peu coordonnés ; certains ont une difficulté à écrire ou à dessiner, et les jeux exigeant une habileté motrice sont difficiles.

2. L'interaction sociale : rencontrant une grande difficulté à adresser ses propres messages à ceux qui l'entourent, ils se renferment, ils s'isolent et se faire des amis devient d'une grande complexité, malgré le profond désir de nouer des contacts. Dispersés dans l'espace, déphasés dans le temps, perdus dans tous ces échanges de la vie sociale, leurs tentatives de communication restent maladroites et hésitantes et tendent à se perdre. Se sentant incapables d'entrer dans des critères de « normalité », leur isolement peut être accompagné de sentiments d'intolérance, d'opposition et d'hostilité. Tout changement et toute modification de leurs habitudes ou de leur environnement peuvent gravement les perturber. Ils privilégient par conséquent une vie routinière et structurée et leurs échecs de communication avec les autres les amènent à une concentration exclusive sur eux-mêmes sans pour autant les satisfaire.
  
3. Talents et intérêts : certains peuvent susciter un vif intérêt dans des domaines comme les mathématiques, l'informatique, la musique<sup>68</sup>, l'astronomie, etc. excluant tout autre sujet. Ils approfondissent leurs connaissances sur leur sujet, en parlent abondamment et en saisissent peu leur réelle signification.

---

<sup>68</sup> « <http://www.autismeactus.org/glenn Gould.php> » page sur l'excentricité ou l'autisme de « haut

4. L'imagination : les notions abstraites sont difficiles, voire impossibles à comprendre. Ils éprouvent beaucoup de difficultés à imaginer ce que les autres pensent ou ressentent, et ne peuvent pas « se mettre à leur place ». Prendre une décision est un processus difficile lorsqu'il met en cause des concepts abstraits, ce qui peut expliquer pourquoi ils ont du mal à dire oui ou non.

Le syndrome d'Asperger peut être associé à d'autres pathologies, comme l'épilepsie, le syndrome de la Tourette, des troubles compulsifs-obsessionnels, des troubles schizoïdes, etc.

## **IX. LES CAUSES DU SYNDROME D'ASPERGER**

Les traumatismes émotionnels ne semblent pas être mis en cause. L'hérédité semble être l'une des causes les plus probables mais le syndrome peut être lié à une lésion au cerveau causée par une naissance difficile, lorsque le bébé naissant manque d'oxygène par exemple. Il semble exister une certaine prédisposition familiale, qui confirme l'origine essentiellement génétique des troubles (il y aurait l'existence de deux gènes impliqués dans cette pathologie, sur le bras court du chromosome X, mais qui n'expliquerait pas l'autisme chez les filles).

## **X. LES CAUSES DE L'AUTISME : DEUX CONCEPTIONS DIFFERENTES : L'EUROPEENNE ET L'AMERICAINE**

L'étiologie (le recherche des causes d'une maladie) de l'autisme a donné lieu à de nombreuses controverses entre ceux qui prônent l'organogenèse (la formation et le développement des organes au sein d'un être vivant au cours de son développement) et les partisans de la psychogenèse (l'étude des causes psychiques susceptibles d'expliquer une névrose ou une psychose). En fait, la genèse de ces affections est très vraisemblablement multifactorielle et il n'est pas possible de séparer de façon simpliste facteurs organiques et facteurs psychologiques. Les uns et les autres entrent en interaction permanente dans le processus de structuration psychologique de l'enfant.

## **XI. LES CAUSES SELON LA CONCEPTION EUROPEENNE : LE DOMAINE PSYCHANALITIQUE**

L'Europe (la France en particulier) privilégie l'hypothèse d'une cause psychogénétique dirigeant ainsi les enfants vers le secteur psychiatrique avec une prise en charge d'inspiration psychanalytique. Selon cette hypothèse, l'autisme s'expliquerait par « *une " dysharmonie" dans les interactions précoces entre la mère et l'enfant. Le syndrome autistique serait une modalité particulière d'organisation psychique en réponse à ce dysfonctionnement*<sup>69</sup> ».

Margaret MALHER insiste sur le rôle, dans les états autistiques, du maintien d'une relation symbiotique avec la mère. Pour BETTELHEIM, comme dit précédemment, l'autisme s'expliquerait par la perception d'une menace mortelle, le sujet étant la proie d'une véritable angoisse de mort en raison d'une confrontation à une situation vécue comme menaçante.

---

<sup>69</sup> « <http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm> » (voir « IV origine de l'autisme »).

D'autres, s'inspirant de la pensée de Mélanie KLEIN, ont développés de nouveaux concepts. Ainsi, TUSTIN a introduit la notion de « dépression psychotique » (terme repris aussi par WINNICOTT). Il s'agit d'un vécu de rupture dans la continuité corporelle, sorte de trou noir persécuteur venant rompre brutalement l'illusion de la continuité corporelle.

## **XII. LES CAUSES SELON LA CONCEPTION AMERICAINE : LE DOMAINE GENETIQUE**

Les recherches dans ce domaine montrent que le risque d'autisme est accru dans la parenté d'un sujet autistique par rapport à la population générale.

La méthode des jumeaux, par exemple, montre que la concordance du diagnostic est plus élevée chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes, ce qui est en faveur de l'intervention possible de facteurs génétiques dans certains cas d'autisme. Cependant, cette influence de certains facteurs génétiques n'est jamais exclusive.

De nombreuses recherches dans le domaine de la neurobiochimie ont été effectuées. Ces études ont permis de mettre en évidence certaines modifications biochimiques, mais dont aucune n'apparaît spécifique de l'autisme.

Les études sur le sommeil de l'enfant autiste ont montré qu'il existait des modifications qualitatives de celui-ci avec une importante diminution des mouvements oculaires rapides qui accompagnent les activités de rêves.

D'autres insistent sur la fréquence de l'association au syndrome autistique d'une affection organique cliniquement repérable : anomalie génétique, déficit sensoriel, épilepsie, souffrance néonatale par exemple. Il est impossible actuellement de préciser la nature du lien qui unit les deux affections.

Enfin, une anomalie de développement des lobules VI et VII du vermis cérébelleux a été mise en évidence chez certains enfants autistes :

*« De nombreuses études neurologiques démontrent que les syndromes pathologiques regroupés sous le nom d'autisme infantile ne peuvent plus être considérés comme des affections purement psychologiques, mais qu'ils correspondent à de véritables pathologies neuro-développementales, dont l'une des causes, probablement majeure, est liée à des anomalies du développement du système nerveux central au cours de l'ontogenèse (développement de l'individu depuis l'œuf fécondé jusqu'à l'état adulte).*

*Un grand nombre de sujets dits autistes présentent une atrophie (diminution de volume et mauvais fonctionnement) de certaines zones du cerveau, les lobules VI et VII de la partie médiane du cervelet.*

*Les chercheurs ont ainsi pu mettre en évidence, chez ces rongeurs, l'existence de stéréotypies motrices, de comportements néophobiques (peur de la nouveauté), d'une absence quasi totale de comportement exploratoire de leur environnement, de réactions sélectives aux sons et d'évitements dans des situations d'interactions sociales.*

*Tous ces comportements, caractéristiques des sujets autistes, montrent la réalité d'un modèle neurobiologique animal de l'autisme<sup>70</sup> ».*

---

<sup>70</sup>« <http://www.hypsos.ch/articles/cnrs.htm> » article du CNRS publié en 1998.

### **XIII. LA DIVERSITE DES METHODES THERAPEUTIQUES ET D'EDUCATIONS SPECIALES**

*« De nos jours, dans la plupart des pays, les principaux programmes destinés aux enfants autistes sont des programmes éducatifs. Qu'ils se déroulent dans une classe ordinaire, une classe spécialisée en école ordinaire, une école spécialisée ou en institution, la plupart de ces programmes d'éducation précoce sont centrés sur l'amélioration de la socialisation et des aptitudes à la communication. Outre le simple fait de s'entraîner à développer les aptitudes motrices et langagières, les jeunes enfants apprennent à adopter un comportement socialement adapté et à s'intégrer dans des groupes<sup>71</sup> ».*

#### **PRISE EN CHARGE EN FRANCE**

En France, la prise en charge d'enfant souffrant d'autisme de moins de trois ans se fait dans des Centres d'Action Sociale Médico-Précoce (C.A.S.M.P), dans des Centres Médico-Psychologiques (C.M.P) ou dans des services de pédopsychiatrie.

Agé de trois à douze ans, l'enfant autiste est pris en charge dans le cadre des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou dans le secteur médico-éducatif. Divers traitements sont proposés dans le domaine rééducatif (langage et psychomotricité), éducatif, pédagogique et psychothérapeutique (les psychothérapies ne sont généralement pas indiquées seules, il s'agit d'une « *action thérapeutique complémentaire de la thérapie institutionnelle*<sup>72</sup> »).

Agé de plus de douze ans, la prise en charge de l'enfant autiste est beaucoup plus limitée. La plupart des adolescents sont admis en Institut médico-éducatif (I.M.E) parfois associé à un suivi psychologique. Il existe quelques hôpitaux de jour et Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P) pour adolescents.

---

<sup>71</sup> « *L'enfant autiste et son développement* » de Marian Sigman et Lisa capps, édition Retz 2001, page 153.

<sup>72</sup> « *L'autisme infantile* » de Pierre Ferrari, édition « Que sais-je ? » 1999, page 120.

Pour l'adulte autiste, diverses structures lui sont proposées : foyers, lieux de vie, des Centres d'Aide par le Travail (C.A.T), ateliers protégés et foyers d'accueil géré par les associations de parents.

Il existe également des classes thérapeutiques intégrées dans les écoles maternelles ou primaires et une vingtaine de classes fonctionnant selon la méthode T.E.A.C.C.H.

### **LA METHODE T.E.A.C.C.H :**

Méthode exclusivement éducative, le programme « T.E.A.C.C.H » (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Children Handicapped soit traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant d'handicaps de communication apparentés) est très répandue aux Etats-Unis.

Depuis quelques années, des classes intégrées TEACCH dans des écoles ou dans des I.M.E existent en France. Ce programme, mis en place en 1965 en Caroline du Nord par SCHOPLER et REICHLER, assure un diagnostic, une orientation et un suivi des enfants autistes dans une perspective d'éducation et d'intégration communautaires :

*« Le Programme TEACCH prend acte du fait qu'il existe des différences entre les personnes autistes et la population générale. Sans pour cela réduire les droits des personnes autistes ou sacrifier leur dignité, l'objectif du programme est de comprendre les conséquences des lacunes cognitives et d'utiliser cette compréhension pour combler le fossé entre leur mode de pensée et les nécessités de la vie dans la société des adultes.*

*Les concepts-clé de la méthode TEACCH sont : tolérance, compromis, acceptation et développement personnel, plutôt que « normalisation »<sup>73</sup> ».*

---

<sup>73</sup> « [www.proaidautisme.org](http://www.proaidautisme.org) ». texte de Gary B. Mesibov. Premier chapitre du livre « *autisme : les défis du programme Teacch* ».



Les principes durables qui sous-tendent le Programme TEACCH sont : l'origine organique de l'autisme, la collaboration entre professionnels et parents, l'optique « généraliste » de la prise en charge, des services complets, coordonnés et communautaires assurés pendant toute la vie de la personne autiste et le caractère individuel de la prise en charge.

Cette méthode possède un double avantage : celui, d'une part, de proposer un cadre éducatif structuré, constituant un pôle de référence pour les éducateurs et les parents et, d'autre part, de faire participer activement les parents à la tâche éducative.

## **LA COMMUNICATION FACILITEE**

Méthode peu connue en France, élaborée par Rosemary CROSSELEY en 1987, la Communication Facilitée est couramment utilisée dans les pays anglo-saxons, en Israël et dans certains pays d'Europe.

Elle fut introduite en France en 1993 par Anne-Marie VEXIAU.

Cette méthode fait l'hypothèse que *« chez beaucoup de sujet atteints de troubles graves de la communication, les troubles de l'expression pouvaient être supérieurs à ceux de la communication, que le manque de motivation pouvait être attribué à une incapacité à réaliser et que l'absence de langage verbalisé n'excluait pas le langage intérieur <sup>74</sup> »*.

La Communication facilitée est une technique qui propose à des personnes souffrant de T.E.D de s'exprimer par la parole, ou en tapant à la machine avec un doigt.

Un adulte « facilitateur » soutient la main du patient et retient son bras en arrière pour freiner les mouvements parasites.

Ayant fait par hasard une expérience personnelle de la Communication Facilitée lors d'une entrevue avec une psychothérapeute, j'émetts toutefois des réserves.

---

<sup>74</sup> « Faire face à l'autisme » de Marie Dominique Amy, édition Retz 1995, page 39.

En effet, malgré les récits et les témoignages étonnants d'Anne-Marie VEXIAU<sup>75</sup> et de Birger SELLIN<sup>76</sup>, il me semble que le « facilitateur » influe énormément la direction du doigt sur le clavier. Ensuite, vient l'interprétation de ce qui est écrit : exemple, dans le livre de VEXIAU<sup>77</sup>, « *creillon* » est interprété comme « crayon » et pourquoi pas comme « créions » imparfait ou subjonctif présent du verbe « créer » ?

---

<sup>75</sup> « *Je choisis ta main pour parler* » D'Anne-Marie Vexiau, édition Robert Laffont 2001.

<sup>76</sup> « *Une âme prisonnière* » de Birger Sellin, édition Robert Laffont 1994.

<sup>77</sup> « *Je choisis ta main pour parler* » D'A.M. Vexiau, édition Robert Laffont 2001, page 182.

## BIBLIOGRAPHIE

### LIVRES

**AMY Marie Dominique.**

*Faire face à l'autisme*, édition Retz, 1995.

**ANZIEU Didier.**

*Le Moi-peau*, édition Dunod, Juin 2003.

*Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*, édition Puf, Juin 2000.

**ASPERGER Hans.**

*Les psychopathes autistiques pendant l'enfance*, édition Les Empêcheur de Penser en Rond, Juin 1998.

**ASSABGUI Jacqueline.**

*La Musicothérapie*, édition Trancher, Octobre 1990.

**ATTALI Jacques.**

*Bruits*, édition Puf, Paris 1978.

**BENENZON Rolando.**

*Manuel de musicothérapie*, édition Privat, 1981.

**BUTEN Howard.**

*Ces enfants qui ne viennent pas d'une autre planète : les autistes*, édition Gallimard, 1995.

*Il y a quelqu'un là-dedans ?*, édition Odile Jacob, Janvier 2003.

**CALVEZ Florence.**

*Ouvertures musicales pour l'enfant psychotique*, édition de Non-Verbal/A.M.Bx, Juin 1997.

**CARALP Evelyne.**

*Ces maladies mentales nommées folie*, Les essentiels Milan, Mars 1999.

**CLANCIER Anne & Kalmanovitch Jeannine.**

*Le paradoxe de Winnicott*, édition in press, Août 1999.

**DELALANDE François.**

*La musique est un jeu d'enfant*, édition Buchet/Chastel, Mai 2001.

**DOLTO Françoise.**

*La cause des enfants*, édition R. Laffont, Paris 1985.

*Tout est langage*, édition Vertige du nord/Carrere, 1987.

**DUCOURNEAU Gérard.**

*Musicothérapie*, édition Privat, Novembre 1989.

**EDMOND Marc.**

*Guide pratique des psychothérapies*, édition Retz, Novembre 2000.

**FERRARI Pierre.**

*L'autisme infantile*, édition Que sais-je, Octobre 1999.

**FREUD Sigmund.**

*Cinq leçon sur la psychanalyse*, édition Payot, Juin 2001.

**GUIRAUD-CALADOU Jean-marie.**

*Musicothérapie : paroles des maux*, édition Van de Velde, Juillet 1983.

**LATERASSE Colette & BEAUMATIN Ania.**

*La psychose de l'enfant*, Les essentiels Milan, Septembre 1999.

**LECOURT Edith.**

*La musicothérapie*, édition Puf, Décembre 1988.

**LIAUDET Jean-Claude.**

*Dolto expliquée aux parents*, édition J'ai Lu, Octobre 2002.

**MELTZER D ; BREMMER J ; OXTEN S ; WEDDELL D.& WITTERBERG I.**

*Le monde de l'autisme*, édition Payot, 2002.

**MILCENT Catherine.**

*L'autisme au quotidien*, édition Odile Jacob, Janvier 1991.

**PORTO N.**

*La musicothérapie*, édition De Vecchi, Janvier 1995.

**SELLIN Birger.**

*Une âme prisonnière*, édition R. Laffont, 1994.

**SIGMAN Marian & CAPPS Lisa.**

*L'enfant autiste et son développement*, édition Retz, 2001.

**VERDEAU-PAILLES Jacqueline.**

*Le bilan psycho-musical et la personnalité*, édition J.M. Fuzeau, 1993.

**VEXIAU Anne-Marguerite.**

*Je choisis ta main pour parler*, édition R. Laffont, décembre 2001.

**WINNICOTT D.W.**

*Jeu et réalité, l'espace potentiel*, édition Gallimard, Novembre 2000.

*L'enfant et le monde extérieur*, édition Payot, 1972.

**WINTER Jean-Pierre & DOLTO Françoise.**

*Les images, les mots, le corps*, édition Gallimard, Novembre 2002.

## DICCTIONNAIRES ET AUTRES SUPPORTS PAPIERS

### **Dictionnaires et lexiques.**

*Dictionnaire de psychanalyse*, édition Albin Michel, Septembre 2001.

*Encyclopaedia Universalis n°9, CD-ROM, 2003.*

*Grand dictionnaire de psychologie*, édition Larousse, 1991.

### **Laplanche, J. & Pontalis, J.B.**

*Vocabulaire de la psychanalyse*, 1976.

### **Libération.**

*Dans la tête de l'autiste*, article du Jeudi 18 Décembre 2003.

## ENSEMBLE DES PAGES WEB

### **Autisme.**

<http://www.autismeactus.org/>  
<http://autisme.france.free.fr/liens.htm>  
<http://www.autisme.net/>  
<http://www.autisme.qc.ca>  
<http://www.aspergeraide.com/AS.htm>  
<http://www.doctissimo.com/html/dossiers/autisme.htm>  
<http://www.exploringautism.org/french/autism/index.htm>  
<http://www.hypsos.ch/articles/cnrs.htm>  
<http://ouaich.net/maintenance/?url=www.autismeactus.org>  
<http://www.orpha.net/nestasso/AFSR/index.html>  
<http://perso.wanadoo.fr/asperweb>  
<http://perso.wanadoo.fr/elaine.taveau/Asper1.htm>  
<http://www.proaidautisme.org/articles.html>  
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/pathologie/autisme.htm>

### **Musicothérapie.**

<http://www.funzionegamma.edu/Documenti/lecourtfra.htm>  
<http://www.la-forge-formation.com.fr/haag.htm>

### **Divers.**

<http://aide.ressy.org/lexiques/lexmed.htm>  
<http://www.barral-office.com/frameindex.html>  
<http://www.ccne-ethique.fr/francais/start.htm>  
[http://www.esi-paca.asso.fr/formation/psy/a\\_p\\_i\\_du\\_corps.htm](http://www.esi-paca.asso.fr/formation/psy/a_p_i_du_corps.htm)  
<http://perso.club-internet.fr/antithesis/>

## DISCOGRAPHIE

### **Chant du monde (le).**

*Percussions brésiliennes*, chez Le chant du monde, LDX 274 299.

### **Harmonia Mundi.**

*Le baroque tardif – CD n°5*, chez Harmonia Mundi, HMX 290 810 4.

### **Risset, Jean-Claude.**

*Sud, dialogues, ...*, chez INA/GRM, INA C 1003.

### **Telemann.**

*Les sept fantaisies de Telemann*, chez Calliope, CAL 6630.

### **Vangélis.**

*L'apocalypse des animaux*, chez Remark records, 005823.



<b>TABLE DES MATIERES</b>
---------------------------

	Page
<b>REMERCIEMENT</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>

<b>1<sup>ère</sup> PARTIE : CONTEXTE</b>
--

<b>1. LE TERRAIN DE STAGE</b>	<b>8</b>
<b>1.1. L'institution</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Ma place dans l'Institution</b>	<b>9</b>
<b>2 LES GROUPES D'ENFANT</b>	<b>12</b>

<b>2<sup>ème</sup> PARTIE : L'AUTISME</b>
---

<b>1. L'ENFANT AUTISTE</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Les critères diagnostiques de l'autisme</b>	<b>13</b>
• <b>L'altération de la communication</b>	<b>14</b>
• <b>Des caractères restreints et stéréotypés des comportements</b>	<b>14</b>
• <b>L'altération des interactions sociales</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Epidémiologie</b>	<b>16</b>

<b>2. ETIOLOGIE</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Une description de l'autisme selon LEO KANNER</b>	<b>18</b>
1. Le début précoce des troubles	19
2. L'isolement extrême	19
3. Le besoin d'immuabilité	19
4. Les stéréotypies gestuelles	19
5. Les troubles du langage	20
<b>2.2. Une analyse selon FRANCES TUSTIN (1977)</b>	<b>21</b>
1. L'autisme primaire normal	22
2. L'autisme secondaire à carapace	22
3. L'autisme secondaire régressif	22
<b>3. L'AUTISME AUJOURD'HUI</b>	<b>23</b>
• Le domaine génétique	23
• Le domaine biochimique	23
• Le domaine neurophysiologique	23
• Les sciences cognitives	24
• Le domaine psychologique et psychanalytique	24

<b>1. LES DIFFERENTES ETAPES DU DEVELOPPEMENT DE LA SEXUALITE</b>	<b>26</b>
1.1. Le stade oral	26
1.2. Le stade du miroir	27
1.3. Le narcissisme	29
1.4. Le stade anal	29
1.5. Le stade phallique	30
1.6. La période de latence	32
1.7. Le stade génital	33
<b>2. LE MOI-PEAU</b>	<b>34</b>
2.1. La deuxième topique de Freudienne	35
2.2. Le concept de « Moi-peau »	36
2.3. Les fonctions de la peau	37
2.4. Les huit fonctions de la peau	38
<b>3. L'AUTISME ET LES TROUBLES SPECIFIQUES DES ENVELOPPES PSYCHIQUES</b>	<b>40</b>

## **4<sup>ème</sup> PARTIE : LA MUSICOTHERAPIE**

<b>1. LA MUSIQUE</b>	<b>42</b>
<b>1.1. Qu'est-ce que la musique ?</b>	<b>42</b>
<b>1.2. La musique et la notion de jeu</b>	<b>43</b>
<b>1.3. Le jeu selon WINNICOTT</b>	<b>44</b>
<b>2. LA MUSICOTHERAPIE</b>	<b>45</b>
<b>2.1. Le musicothérapeute</b>	<b>46</b>
<b>2.2. La musicothérapie réceptive</b>	<b>47</b>
a) <b>Les différents types de séances</b>	<b>47</b>
• <b>La séance de trois œuvres</b>	<b>47</b>
• <b>La séance de deux œuvres</b>	<b>47</b>
• <b>La détente psychomusicale sans induction verbale</b>	<b>47</b>
b) <b>Le bilan de réceptivité</b>	<b>49</b>
• <b>Les réponses simples</b>	<b>49</b>
• <b>Les réponses complexes</b>	<b>49</b>
<b>2.3. La musicothérapie active</b>	<b>50</b>
a) <b>Le bilan actif</b>	<b>51</b>
<b>2.4. Les séances de musicothérapie</b>	<b>52</b>
a) <b>Le cadre : le contenant</b>	<b>52</b>
b) <b>La musique : le contenu</b>	<b>53</b>
<b>2.5. L'instrumentarium</b>	<b>55</b>
<b>2.6. Eléments mobilisés lors des séances</b>	<b>56</b>
a) <b>La projection</b>	<b>56</b>
b) <b>Le transfert</b>	<b>56</b>
c) <b>Le contre-transfert</b>	<b>57</b>

<b>1. LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS</b>	<b>59</b>
<b>1.2. La prise en charge de Julien</b>	<b>59</b>
<b>1.3. La prise en charge de Ludovic</b>	<b>88</b>
a) La demande des équipes	88
<b>2. REFLEXION SUR LA MUSICOTHERAPIE</b>	<b>101</b>
2.1. Une protection par les stéréotypies	101
2.2. Une défense par le clivage	104
2.3. Une musicothérapie : une possibilité de communication ?	105
a) Le cas de Julien	105
b) Le cas de Ludovic	109
<b>MA PRATIQUE AUJOURD’HUI</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>114</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>130</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>136</b>