



HAL
open science

Regards croisés sur la musicothérapie et l'orthophonie dans la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles du spectre autistique

Solène Douillard

► **To cite this version:**

Solène Douillard. Regards croisés sur la musicothérapie et l'orthophonie dans la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles du spectre autistique. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01503706

HAL Id: dumas-01503706

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01503706>

Submitted on 7 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Par

DOUILLARD Solène
Née le 24 avril 1990 à Brest

**REGARDS CROISÉS SUR LA
MUSICOTHÉRAPIE ET L'ORTHOPHONIE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE
0 À 6 ANS PRÉSENTANT DES TROUBLES DU
SPECTRE AUTISTIQUE**

Directrice de Mémoire : Mme OSTA Arlette (Orthophoniste)

Co-directrice de mémoire : Mme RAFFRAY-TOJA Charlotte (Orthophoniste)

Co-directrice de mémoire : Mme BEDU Sandrine (Musicothérapeute)

Membres du Jury :

Melle OSSART Véronique (Orthophoniste)

Mme JAUBERT Sandrine (Orthophoniste)

REMERCIEMENTS

Merci à mon petit Lucas de m'avoir fait découvrir ce « monde » dont j'ignorais tout et qui depuis plusieurs années me passionne...

Tu es à l'origine de tout ce travail !

Merci à Madame Osta de m'avoir proposé de diriger ce projet et de m'avoir guidée et accompagnée dans mes démarches tout au long de ce travail;

Merci à Mesdames Bedu et Raffray-Toja, mes co-directrices, de m'avoir permis de mener à bout ce projet que je portais dans mon cœur depuis des années. Merci pour tous vos conseils, vos idées, vos relectures et vos corrections. Votre patience avec moi... Merci pour votre accompagnement et votre aide mais surtout pour tout ce que vous m'avez appris ;

Merci à Madame Jaubert et Mademoiselle Ossart d'avoir intégré le jury de mon mémoire, merci d'avoir pris le temps de le lire et d'y apporter vos corrections, riches en réflexions. Merci Mademoiselle Ossart pour vos encouragements si importants lors de mon stage ;

Merci à toute l'équipe du CAMSP de m'avoir accueillie tout au long de cette année, pour votre accueil chaleureux, encourageant et particulièrement formateur. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, je n'oublierai pas les synthèses autour de bons gâteaux !

Merci Charlotte, Sandrine, Fleur, Chantal, Aurélie et Marie-Chantal sans oublier Monsieur Perelman, chef de service du CAMSP de Lenval de Nice;

Merci particulièrement aux six enfants qui m'ont permis de mettre en place mon mémoire, sans eux, ce travail n'aurait pas été possible... Merci pour tout, j'ai tellement appris !

Merci à ma famille et mes ami(e)s, si chers pour moi, qui ont su respecter mes silences inhabituels durant cette dernière année, en grande partie consacrée à ce mémoire. Merci surtout de m'avoir soutenue et de m'avoir accompagnée dans mon avancée. Merci de m'avoir réassurée dans mes moments de doutes et de faiblesses...

Merci d'avoir partagé mes moments de détente et de bonheur ;

Merci à Julie pour tes nombreux conseils. Tu as su me guider dans ce long chemin qu'est le mémoire à travers le tien. Tous ces échanges m'ont beaucoup aidée, sache-le ;

Merci à Yann pour sa patience et son soutien à chacun de mes moments durs. Tu as supporté mon ascenseur émotionnel et as su me faire rire chaque fois que ça n'allait pas ! Merci pour ces graphiques que je n'aurais pas su faire seule ! Merci à mon « aide à domicile ».

Et enfin, merci à mes frères et mes parents pour avoir été présents tout au long de ce travail, quelles que soient mes humeurs. Merci de m'avoir suivie depuis toujours, de m'avoir encouragée et soutenue dans mes projets. Même si je suis loin de vous, je pense à vous toujours et tous les jours et c'est grâce à vous que je continue d'avancer. Merci Maman, Merci Papa, Merci Fab, Merci Mamatth !

Merci à toutes ces personnes que je viens de citer. Il est bon, pour une fois, de laisser parler son cœur...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	6
PARTIE THEORIQUE	9
I. L'ENFANT PORTEUR DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE	10
1. Histoire, découverte et classification.....	10
2. Actualité et étiologie des Troubles du Spectre Autistique	13
2.1. Altération des interactions sociales.....	16
2.2. Altération des modalités de communication	19
2.3. Altération des intérêts et activités	22
3. La prise en charge et ses particularités	23
3.1. Les thérapies	25
3.2. Les rééducations orthophoniques	27
3.3. La question de la scolarité.....	29
3.4. Le parcours de soin	30
II. LA MUSICOTHÉRAPIE.....	32
1. Histoire	32
2. Les différents types de musicothérapie	35
2.1. La musicothérapie active	36
2.2. La musicothérapie passive ou réceptive.....	37
3. La musicothérapie chez les enfants porteurs de troubles du spectre autistique....	38
3.1. Particularités	38
3.2. Le monde sonore de l'enfant porteur de troubles du spectre autistique	40
3.3. Spécificités pratiques de l'environnement	42
PARTIE PRATIQUE.....	43
I. SPECIFICITES DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ETUDIES	44
1. Le service	44
2. Les interventions thérapeutiques	46
2.1. Interventions en orthophonie	46
2.2. Interventions en musicothérapie	48
II. PROTOCOLE.....	50
1. Actes locutionnaires	50
2. Comportements face à la communication	51
3. Comportements sémiotiques verbaux et non-verbaux.....	53
4. Grille de passation.....	55
III. LA POPULATION ETUDIEE	57
1. Les enfants sans langage oral	57
1.1. Aurélien	57

1.2.	Alexis	60
1.3.	Vincent	62
2.	Les enfants avec langage oral	65
2.1.	Léa	65
2.2.	Maxime	67
2.3.	Jérémy	69
3.	Tableau informatif	71
IV.	PASSATION	72
1.	Description	72
2.	Recueil des données	72
V.	RESULTATS.....	97
1.	Présentation des résultats.....	97
1.1.	Par enfant	97
1.2.	Résultats globaux	101
2.	Analyse des résultats	101
2.1.	Résultats de la première passation	102
2.2.	Résultats de la deuxième passation	103
2.3.	Résultats de la troisième passation.....	104
2.4.	Analyse globale et synthèse	105
VI.	DISCUSSION.....	107
CONCLUSION	109	
BIBLIOGRAPHIE	111	
ANNEXES	115	

INTRODUCTION

« La musique est peut-être l'exemple unique de ce qu'aurait pu être la communication des âmes, s'il n'y avait pas eu l'invention du langage ».

Marcel PROUST

Très tôt, j'ai attribué à la musique une part importante dans ma vie. Issue d'une famille de musiciens, je me suis logiquement prise au jeu et j'ai passé de longues heures à écouter toutes sortes de styles musicaux avant d'élire le piano comme instrument de prédilection, puis plus tard, de découvrir le violon. Pour moi, la musique devenait doucement un moyen d'évasion quand je l'écoutais et d'expression quand je la jouais. Ainsi, toutes les émotions pouvaient être présentes. Souvent, lors de moments de joie ou au contraire de colère, je me dirigeais par réflexe vers le piano, qui me servait d'outil d'expression. C'est ce qui m'a permis de comprendre qu'il est possible de parler sans la parole, sans les mots, il y a toujours une alternative à cela... Pour certains ce sont les gestes, pour d'autre la danse ; pour moi, c'est la musique ! J'ai vécu cet apprentissage comme une passion, me rendant compte de la richesse que la musique pouvait m'apporter. Et aujourd'hui, je sais qu'elle m'accompagnera tout au long de ma vie.

Plus tard, j'ai eu la chance de rencontrer un jeune garçon, Lucas, porteur d'autisme infantile et âgé, à ce moment-là, de quatre ans. Je l'ai suivi toutes les semaines durant plus d'une année, dans le cadre d'une adaptation de la méthode développementale des 3i. Cette dernière est une méthode par le jeu qui se veut Intensive, Individuelle et Interactive, et qui repose, en plus des prises en charge purement thérapeutiques, sur l'intervention de bénévoles présents pour stimuler l'enfant de différentes façons. Cette démarche a été pour moi l'occasion de découvrir l'autisme. Lors d'une de nos rencontres, un jour où Lucas était particulièrement énervé, j'ai proposé que nous écoutions de la musique. Sa réaction a été instantanée, il a souri, a stoppé son activité pour écouter et s'est doucement calmé, se rapprochant de moi (ce qui était extrêmement rare chez ce jeune garçon).

Cette anecdote personnelle, forte et très révélatrice est probablement à l'origine du choix du sujet de ce mémoire. En effet, depuis ce jour, j'ai toujours voulu en savoir davantage sur la pratique de la musicothérapie chez de tels sujets.

L'autisme ayant été reconnu grande cause nationale 2012, cela m'a confortée dans l'idée de m'intéresser davantage à ce sujet si vaste et encore méconnu pour beaucoup de gens. En

effet, bien que cette pathologie soit actuellement considérée comme un enjeu de santé publique majeur, la France montre encore un retard important en matière de dépistage et de diagnostic précoces puis d'accompagnement et de prise en charge des personnes porteuses de troubles du spectre autistique. Cette année 2012 a été l'occasion de faire connaître au grand public certaines particularités de l'autisme. Toutefois, il est regrettable de constater que les médias sont parfois très restrictifs et obstruent une partie de la réalité, en mettant notamment en avant le syndrome d'Asperger. De fait, les personnes ont l'image de « l'autiste savant », généralisent et ne connaissent pas réellement l'autisme dans sa diversité.

Etant ainsi intéressée à la fois par la musique et par ce que je résumais à l'époque comme « l'autisme », j'ai décidé d'allier dans ce mémoire l'orthophonie et la musicothérapie dans la prise en charge des enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique. Avec mes directrice et co-directrices, nous avons décidé de travailler en étudiant séparément les enfants ayant développé le langage oral et les enfants sans langage oral. Nous avons voulu comparer l'appétence de ces enfants à la communication, à travers des épreuves relatives à l'orthophonie et/ou à la musicothérapie.

Notre questionnement est alors apparu comme le suivant ; les enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique avec langage oral n'auraient pas la même réceptivité à l'orthophonie et à la musicothérapie que les enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique n'ayant pas acquis le langage oral : les enfants avec langage seraient plus réceptifs à l'orthophonie et les enfants sans langage seraient plus réceptifs à la musicothérapie. Notre travail pratique en institution nous aidera à répondre à ce questionnement.

Afin de présenter notre travail théorique, la première partie de ce mémoire sera consacrée à la présentation et au développement des éléments indispensables et indissociables de notre pratique future. Dans un premier temps, nous nous intéresserons spécifiquement aux enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique en revenant sur l'histoire de ces troubles, les particularités de l'étiologie ainsi que les principes fondamentaux de la prise en charge de ces enfants. Ensuite, nous développerons l'histoire de la musicothérapie, nous décrirons ses différents types d'exercice pour aboutir à ses spécificités chez l'enfant porteur de Troubles du Spectre Autistique.

Dans la seconde partie de ce travail dédiée à la pratique, nous aborderons tout d'abord le lieu de notre intervention et les spécificités des prises en charge orthophonique et musicothérapeutique au sein de notre lieu d'étude. En effet, nous avons eu la chance de pouvoir réaliser notre stage auprès de l'équipe du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) de Lenval à Nice.

Suite à ce premier point, nous développerons le protocole établi au cours de notre mémoire et nous présenterons la population choisie. Celle-ci se compose d'enfants âgés de zéro à six ans, ces critères étant les critères d'admission du CAMSP. Enfin, pour terminer, nous présenterons les résultats obtenus à nos épreuves, nous les analyserons et nous proposerons une discussion autour de notre sujet et de la problématique établie.

Partie I
PARTIE THEORIQUE

I. L'ENFANT PORTEUR DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

1. Histoire, découverte et classification

En 1800, on confie à ITARD, docteur de l'éducation, un jeune garçon d'une dizaine d'années, recueilli dans une forêt de l'Aveyron, sale, les cheveux longs, et sans langage. Il l'appelle « l'enfant sauvage ». Cet enfant semble avoir grandi dans la forêt, coupé du monde humain. Itard l'accueille dans le but de lui apprendre à parler et de développer chez lui les règles sociales. Victor parvient alors à apprendre quelques-unes de ces dernières mais n'accédera jamais au langage oral, communiquant uniquement avec quelques gestes. Itard tente donc de lui apprendre à écrire pour organiser son langage oral.

De par cette histoire, nous pourrions remarquer que la description d'Itard est assez semblable à celle des troubles du spectre autistique aujourd'hui, comme nous le montrent les extraits suivants : « se balançait sans relâche [...] ne témoignait aucune affection pour les autres [...] indifférent à tout, n'acceptait aucun changement même dans ses routines propres et se souvenait avec précision de la place qu'occupaient les objets [...] une grande capacité de perception visuelle et un désir d'immuabilité ».¹ Pourtant, à l'époque, de tels troubles sont vus comme une arriération mentale et les sujets traités comme atteints de folie, c'est-à-dire enfermés et non « soignés ».

En 1911, Eugen BLEULER² crée le terme d'autisme et l'intègre dans le vocabulaire psychiatrique. Il désigne l'autisme comme un symptôme de la maladie schizophrénique avec perte, retrait et isolement affectif. De ce fait, il demeure difficile par la suite de dissocier l'autisme de la pathologie mentale pour le déterminer comme un trouble du développement. Etymologiquement, le terme autisme vient du grec *autos* signifiant « soi-même », d'où la dénomination fréquente de repli autistique.

En 1943, Léo KANNER³ est le premier à publier ses recherches sur l'autisme. C'est ce psychiatre américain qui a séparé l'autisme de la psychose infantile et qui a fait de l'autisme un trouble à part. Il est aussi à l'origine de la description des familles de ces enfants ; il insiste notamment sur les mères qu'il décrit comme particulières et intellectuelles qui ne sont pas focalisées sur leur vie de foyer car elles ont un travail extérieur. Il fait un parallèle entre

¹ J. ITARD *Victor de l'Aveyron*. Editions Allia, 2009

² E. BLEULER *La découverte de l'autisme*. 1912

³ L. KANNER *Autistic disturbances of affective contact, Nervous Child*. 1943

le caractère froid de ces mères et les troubles des enfants et parle ainsi d'affection héréditaire due au spectre autistique : un isolement de la mère provoquerait un isolement de l'enfant.

C'est donc à cette époque que Kanner, suite à une étude sur une population de onze enfants, fait de l'autisme un trouble à part avec :

- isolement autistique c'est-à-dire incapacité à établir des relations normales,
- désir d'immuabilité avec des bruits et des gestes inlassablement répétitifs,
- îlot de diverses aptitudes comme un vocabulaire ahurissant, une aptitude phénoménale à apprendre des poèmes et des noms, des structures complexes utilisées, etc, donc une intelligence préservée.

On parle aujourd'hui, et depuis peu, de Troubles du Spectre Autistique après avoir parlé de Troubles Envahissants du Développement. Ces troubles ont des conséquences directes dans beaucoup de domaines et les sujets ont du mal à s'inscrire normalement dans la vie quotidienne. Il y a un spectre :

- à l'entrée : ce sont les troubles les plus graves, les plus envahissants c'est-à-dire l'autisme de Kanner ;
- à l'extrémité : ce sont les troubles qui permettent une insertion sociale c'est-à-dire le syndrome d'Asperger qui se traduit par des compétences verbales importantes ;
- entre ces deux extrémités : ce sont les autres troubles du développement ainsi que l'autisme de haut niveau.

Pour définir ces T.E.D, on a eu besoin d'outils descriptifs de diagnostic notamment la CIM-10⁴ (Classification Internationale des Maladies), la CFTMEA 2000⁵ (Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et Adolescents), le DSM IV⁶ (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) et plus récemment le DSM V⁷, ces deux derniers étant des instruments américains issus de la psychiatrie.

La CFTMEA, la CIM-10 et le DSM IV ont toutes leurs classifications propres dont nous joignons les correspondances en Annexe 1.

La CIM-10 définit les T.E.D. comme un « groupe de troubles caractérisé par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi

⁴ World Health Organization *CIM-10*, 1992

⁵ R. MISÈS *CFTMEA*, 2000

⁶ American Psychiatric Association *DSM IV*, 1994

⁷ American Psychiatric Association *DSM V*, parution prévue en mai 2013

que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations ».

Sous l'appellation de T.E.D., le DSM IV (dont nous exposons les critères diagnostics du trouble autistique en Annexe 2) rassemble cinq principaux tableaux cliniques selon la sévérité des symptômes, leur âge d'apparition et leur mode d'évolution, les troubles associés, l'existence ou non d'un retard mental associé.

Les cinq tableaux cliniques sont les suivants :

Le **trouble autistique, autisme infantile ou autisme atypique** aussi appelé **autisme de Kanner**. C'est actuellement la forme principale et la plus complète des TSA ; elle regroupe ainsi toutes les spécificités qui seront abordées dans notre travail et peut présenter tous les symptômes décrits. Cette forme peut donc être totalement différente d'un enfant à l'autre selon les altérations qu'il présente.

Le **syndrome de Rett**. C'est un trouble génétique atteignant uniquement les filles, après six à dix-huit mois de développement normal. Il est principalement caractérisé par une régression des acquisitions psychomotrices avec une perte de l'utilisation volontaire des mains au profit de mouvements stéréotypés, un retrait social, une altération et un retard psychomoteur avec arrêt de la marche. Ce retard de développement touche également le domaine langagier. L'évolution est bien souvent délicate avec un diagnostic vital engagé dès vingt ans.

Les **troubles désintégratifs de l'enfance**. Cette atteinte est la moins fréquente des cinq. Les troubles sont caractérisés par une diminution des relations sociales et une régression de la communication – verbale et non verbale – après deux ans au moins de développement normal. Les enfants porteurs de troubles désintégratifs présentent aussi une hyperactivité non spécifique, des stéréotypies et d'importants troubles affectifs accompagnés d'une importante détérioration des capacités d'autonomie.

Le **syndrome d'Asperger** et l'**autisme de haut niveau**. Ils sont principalement caractérisés par des troubles dans les rapports sociaux sans déficience intellectuelle d'où le fait que le diagnostic soit plus tardif, vers six ans en moyenne. En effet l'intelligence est normale voire au-dessus de la moyenne mais avec une importante disparité entre les performances et le niveau verbal. Le sujet a un langage formel très satisfaisant contenant tout de même des anomalies langagières comme des déviations lexicales et syntaxiques ; le sujet parle de

manière encyclopédique et donne une impression de maniérisme. Le visage est très peu expressif. En soit, il regroupe les symptômes communs de l'autisme mais sans retard dans l'acquisition du langage ni difficultés de développement cognitif. Les intérêts sont très restreints et socialement peu pertinents sauf pour la musique qui est souvent une sorte de fascination pour ces sujets. N'ayant pas rencontré d'enfant présentant un syndrome d'Asperger au cours de notre stage pratique, nous évoquerons peu cette pathologie au cours de nos recherches.

Les **Troubles Envahissants du Développement non spécifiés**. Cette catégorie, plutôt floue et non reconnue par tous les pédopsychiatres, regroupe les enfants dont les symptômes sont divers et qui présentent un tableau clinique « vague ». Il doit impérativement y avoir une altération de la communication, des interactions sociales et/ou des activités et intérêts stéréotypés. Cette distinction se justifie pour les enfants ayant une symptomatologie moins atypique que les autres et/ou lorsque les troubles apparaissent tardivement.

Bien que différents, ces tableaux sont regroupés sous le terme de Troubles du Spectre Autistique car on constate une manifestation commune de certains troubles. Ici nous parlons donc du TSA ou même de l'autisme en regroupant toutes ces formes cliniques, en se référant à la notion de « continuum symptomatique »⁸.

2. Actualité et étiologie des Troubles du Spectre Autistique

Actuellement en France, 440 000 personnes sont atteintes de Troubles du Spectre Autistique dont 108 000 enfants. Dans le monde, ce handicap touche 67 millions de personnes. Sa prévalence est passée d'1 naissance sur 2000 en 1960 à 1 sur 165 de nos jours⁹. On compte une fille pour 4,2 garçons. En outre, la pathologie est beaucoup plus grave lorsqu'elle atteint les filles.

La population de patients atteints de troubles du spectre autistique ne cesse d'augmenter sur l'ensemble de la planète et chez tous types de populations car on a vécu pendant longtemps une sous-évaluation du diagnostic sur les jeunes enfants. On ajoute à cela une connaissance plus précise de cette pathologie ainsi qu'un élargissement des critères et des catégories du

⁸ I. RAPIN *Trouble de la communication dans l'autisme infantile* dans C. CHEVRIER MULLER et J. NARBONA *Le langage de l'enfant, Aspects normaux et pathologiques*. Editions Masson, 2007

⁹ F. GEORGE *Actualités sur la prise en charge des Troubles Envahissants du Développement*. Collection *Actualités en Rééducation Orthophonique*. Editions Solal 2011

diagnostic. Les perturbations étant à la fois quantitatives et qualitatives, nous pouvons aussi préciser qu'il y a autant d'autismes que d'autistes.

En ce qui concerne l'étiologie de ces TSA, on ne connaît précisément aucun marqueur. Il y a une multiplicité étiologique avec une implication génétique mais aussi biologique et neurologique. Ces troubles n'ont pas de cause commune et existent dans toutes les classes sociales. De nos jours, la mère n'est plus directement mise en cause, comme cela avait été dit par Bion, Winnicott, Mahler et Meltzer qui considéraient qu'elle ne jouait pas son rôle d'interface psychique.

La fréquence augmente avec l'âge du père et de la mère mais les caractéristiques physiologiques des parents ne sont pas une cause. De même, un dysfonctionnement mère/enfant n'explique pas la survenue des troubles, bien que cela ait été une piste exploitée durant de longues années.

On connaît par ailleurs un risque de récurrence dans la fratrie : le risque d'avoir un second enfant atteint si le premier est autiste est quarante-cinq fois plus élevé que dans la population générale. De plus, on retrouve une concordance de l'atteinte chez les jumeaux de 70 à 90% quand il s'agit de jumeaux homozygotes.

La prématurité est également un terrain de vulnérabilité dans ce type d'atteinte. En effet, les atteintes pré ou péri-natales sont fréquentes, tout comme les anomalies obstétricales.

Évoquons maintenant le sujet de la comorbidité. En effet, tout enfant porteur de TSA présente des troubles associés qui peuvent être d'un degré de gravité variable. Ce peuvent être des anomalies morphologiques (comme une anomalie du périmètre crânien), des troubles épileptiques (dans 25% des cas) ou encore des troubles psychiatriques (comme un trouble de l'humeur, une anxiété, une hyperactivité, un déficit de l'attention ou des troubles psychotiques à l'âge adulte ainsi qu'une évolution possible vers des formes schizophréniques). On peut également remarquer chez 75 % de ces sujets une déficience mentale, c'est-à-dire un quotient intellectuel inférieur à soixante-dix. Nous pouvons aussi relever des troubles du sommeil ainsi que des troubles somatiques corrélés aux troubles du comportement. Ces derniers réduisent l'espérance de vie. Les sujets autistes peuvent aussi être porteurs de déficiences sensorielles visuelles et/ou auditives. Toutefois, celles-ci sont difficiles à objectiver car les tests de dépistage sont souvent dépendants de la participation du sujet, ce qui n'est pas toujours réalisable dans le cas d'un TSA. Chez 20 à 40% des enfants

présentant un TSA, BURSZTEJN¹⁰ évoque la présence associée d'affections génétiques comme la sclérose tubéreuse de Bourneville (dite maladie de Bourneville), le syndrome de l'X fragile ou encore le syndrome d'Angelman.

Quand on parle de troubles du spectre autistique, on parle d'un « très large éventail de manifestations cliniques ». Il ne s'agit pas d'une affection psychologique mais d'une pathologie neuro-développementale liée à des anomalies du développement du système nerveux central. C'est un trouble global, sévère et précoce du développement apparaissant généralement vers l'âge de trois ans, et caractérisé par plusieurs altérations. On parle de la triade autistique, qui se définit par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, des altérations qualitatives des modalités de communication et des altérations qualitatives des intérêts et des activités qui sont restreints, répétitifs et stéréotypés faisant apparaître des troubles du comportement. Il est important de préciser qu'un trouble envahissant du développement dure toute la vie : un diagnostic dans l'enfance est fiable à l'âge adulte, même si les symptômes sont variables et évolutifs. En effet, la symptomatologie progresse et se modifie de l'enfance à l'âge adulte, que ce soit une amélioration ou une détérioration.

Jusqu'à présent, le diagnostic se posait vers l'âge de trois ans mais aujourd'hui, se pose la question d'un diagnostic plus précoce, à dix-huit mois. C'est en tout cas ce que préconise la Haute Autorité de Santé. Actuellement, le diagnostic peut être établi dès l'âge deux ans – cela reste une supposition – et confirmé vers trois ans, en fonction de l'évolution entre ces deux moments : régressions, signes positifs, signes négatifs... Le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) a récemment reconnu que "le diagnostic peut être établi avant trente mois" mais que "dans les faits, il n'intervient que rarement avant l'âge de cinq ans faute de place dans les centres de dépistage". Il est important que ce diagnostic intègre à la fois la motricité, la cognition, la sensorialité, les émotions et la communication. Par ailleurs, une autre question se pose. Jusqu'à aujourd'hui, nous avons une approche catégorielle en terme de diagnostic (autisme de Kanner, autisme atypique, autiste Asperger...), maintenant, une approche dimensionnelle se met en place – à savoir les TSA – avec une notion de sévérité : léger, moyen ou sévère. La discussion actuelle est notamment de savoir si le syndrome Asperger doit rester dans les TSA ou s'il s'agit d'une pathologie à part entière ?

¹⁰ C. BURSZTEJN *Les troubles autistiques : données actuelles dans Rééducation Orthophonique* n°207. Septembre 2001

2.1. Altération des interactions sociales

Généralement les interactions sociales, comme les regards, les mimiques, les postures ou encore les gestes, renvoient à une compétence que l'enfant acquiert en observant son entourage, et non par éducation. Cette forme de communication est principalement préverbale et s'appuie fortement sur les cinq sens humains qui régissent notre environnement. Or chez l'enfant porteur d'un trouble du spectre autistique, on note des particularités sensorielles plus ou moins fortes et personnelles à chaque sujet, qui peuvent aller jusqu'à provoquer de la douleur dans les cas les plus extrêmes.

Nous pouvons commencer par aborder la **vue** et plus précisément le regard ; ce dernier est perturbé chez les enfants porteurs de TSA et jugé fuyant. Ils présentent une absence du balayage du visage de l'autre et une impression de non-reconnaissance des visages connus. Dans un échange normal, les interlocuteurs sont focalisés sur les yeux de l'autre de façon à repérer les mimiques, les émotions et autre. Or un enfant porteur de TSA, lui, promènera principalement son regard entre la poitrine et le menton de son interlocuteur. Du fait de cette perte d'informativité, l'enfant ne développe pas l'analyse de son entourage et ne repère donc pas les règles sociales qui régissent notre vie. Ces comportements ne seront alors pas adaptés et il s'en suit une difficulté à établir des relations avec ses pairs puisque le sujet n'agit pas « selon les normes ». Les relations ne se faisant pas, BURSTEJN parle de « troubles de la communication intersubjective », c'est-à-dire que le sujet autiste ne prend pas en compte le point de vue de l'autre et donc n'essaye pas d'identifier ses émotions, ses intentions... De ce fait, il ne régulera pas son comportement et ne l'adaptera pas à chaque situation comme le fait tout sujet sensible aux interactions sociales.

Le **toucher** est souvent surdéveloppé, entraînant chez l'enfant une hypersensibilité qui l'amène à trouver désagréable tout contact avec autrui et/ou avec certaines matières. Ainsi il peut avoir des réactions violentes et de rejet si nous lui effleurons la main par exemple. A l'inverse, certains enfants autistes vont rechercher le contact de manière excessive et donnent parfois l'impression de vouloir « rentrer en l'autre », comme pour se protéger du monde extérieur. La texture des aliments est aussi quelque chose qui influence beaucoup l'alimentation chez ces sujets, très sensibles par exemple à « ce qui craque » sous la dent.

De même l'**odorat** et le **goût** peuvent être à l'origine de dégoûts plus ou moins marqués. Ceci est commun à tout être humain, certes, mais cette particularité est exacerbée chez les enfants porteurs de TSA. L'enfant peut ainsi être très réducteur et surtout très exigeant dans ce qu'il accepte de manger – même pour une texture qu'il apprécie. Il a également une

relation particulière avec son odorat. Nous pouvons évoquer ici le phénomène de « flairage » très présent dans ce type de pathologie. En effet, lorsqu'il découvre un objet, l'enfant peut se mettre à le sentir et, du fait de cette hypersensibilité olfactive, il pourra le repousser ou au contraire continuer de sentir cet objet et ne plus vouloir s'en défaire.

Enfin, l'**ouïe** est également perturbée chez l'enfant autiste. Ce sens nous touche particulièrement puisqu'il est indispensable pour une pratique de la musicothérapie. Il n'est pas rare de voir un enfant se boucher les oreilles notamment lors des bruits forts ou des bruits qu'il ne connaît pas. Les témoignages autobiographiques de personnes avec autisme font justement état de phénomènes d'hyperacousie avec absence de filtrage des bruits de fond. A l'inverse, certains enfants porteurs de TSA présentent une insensibilité au bruit. Même si ce dernier est très fort et non supportable pour toute personne dite normale, il n'y aura pas de réaction de la part de l'enfant. De plus, il semble ne pas entendre la voix humaine, en particulier l'appel de son nom. En revanche, il peut montrer de fines capacités d'identification de bruits ténus. Enfin, BRUNOD¹¹ montre que certains enfants présentent des « comportements addictifs à certaines sources sonores, en particulier celles émettant des fréquences basses ». C'est pourquoi la musique, bien que faisant appel à l'audition, est un domaine que les enfants porteurs de TSA peuvent apprécier. Cet effet de basses, généralement régulier, peut apporter un effet rassurant, tout comme un autre effet musical peut rassurer un autre enfant. L'harmonie renvoie aux simultanés sonores et plus précisément aux accords. Cette dernière dans la musique peut apporter à l'enfant douceur et réconfort, ce qui s'oppose alors à la cacophonie de notre environnement quotidien : voix plus ou moins fortes, voitures, travaux, avions... tous mélangés les uns aux autres. Cette harmonie devient pour certains patients porteurs de TSA un véritable contenant capable de les maintenir et de limiter les comportements autistiques.

En dehors de cette sensibilité particulière propre à chaque autiste, MONFORT et coll évoquent une très forte réduction, voire une incapacité chez un tel sujet à porter un intérêt pour l'autre ; l'enfant est en difficulté dès qu'il s'agit d'établir des relations d'échange car il ne sait pas comment s'y prendre. Il y a un manque de recherche spontanée du partage des activités ou des intérêts d'autrui, tout comme un manque de réciprocité sociale et émotionnelle. De fait, les interactions sont rendues quasi inexistantes ou très faibles et fragiles ; l'isolement social est fort. De cette façon, les enfants avec TSA semblent ailleurs et

¹¹ R. BRUNOD *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*

« dans leur monde ». Henri REY-FLAUD dit même qu'ils « viennent d'une autre planète et vivent dans un monde qui est en même temps leur prison et leur royaume »¹².

Nous allons maintenant traiter des points importants dans les TSA qui seront également abordés dans notre partie pratique. Commençons par l'imitation, cet aspect est extrêmement controversé dans le sujet de l'autisme puisque les spécialistes ne sont pas d'accord sur sa définition. Dans le dictionnaire¹³, l'imitation est définie comme l'« action de reproduire volontairement ou de chercher à reproduire (une apparence, un geste, un acte d'autrui) ; le résultat de cette action ». Mais dans la pratique, NADEL¹⁴ dit que l'imitation ne peut se définir et qu'il faut préciser « imiter quoi, quand et comment ». Elle insiste également sur la différence entre imitation spontanée et imitation sur requête, distinction dont nous tiendrons compte dans nos expériences pratiques.

Cette capacité, normalement opérationnelle dès la naissance, permet au bébé d'entrer en contact avec autrui, de mettre en place une certaine forme d'interaction sociale élémentaire. Plus tard, elle permet à l'enfant de différencier l'humain de l'objet, d'envisager que l'autre est comme soi et qu'il peut reproduire ce que l'on fait. Cette capacité d'imiter et d'être sensible au fait d'être imité serait le préalable à l'intentionnalité. C'est ce qui est nommé le phénomène des neurones-miroirs.

Chez l'enfant porteur de TSA, la fonction d'imitation peut exister mais son développement est plus laborieux que chez l'enfant normal et, même acquise, le répertoire d'activités restera limité.

FISCHER conclut que « les capacités d'imitation sont très déficitaires mais ne sont pas absentes. La mobilisation par l'imitation des comportements expressifs du sujet par le thérapeute peut les améliorer et permettre un début de différenciation entre ses propres actes et ceux d'autrui. » Dans la continuité, ETCHEGOYHEN met en évidence qu'au cours de la répétition de séances d'imitation, les enfants autistes reconnaissent le fait d'être imités, y prennent plaisir et mettent alors en place des stratégies de demandes relationnelles nombreuses et élaborées. Ainsi, l'imitation peut se développer si elle est stimulée mais cela demande un travail approfondi. Ce travail demeure indispensable car il permettra à l'enfant de développer des compétences pragmatiques et pourrait préparer à l'acquisition d'autres compétences. En effet, l'intérêt suscité pour un objet identique et la mise en place du tour de

¹² H. REY-FLAUD *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage. Comprendre l'autisme*. Ed Aubier, 2008

¹³ Sous la direction de J. REY-DEBOVE et A. REY *Le Nouveau Petit Robert de la langue française*. Ed Le Robert, 2009

¹⁴ J. NADEL *Imiter pour grandir*. Ed Dunod, 2011

rôle qu'impose l'imitation auront pour but de favoriser l'émergence de l'attention conjointe et permettront d'aller vers des niveaux de jeu symbolique plus élaborés.

L'attention conjointe que nous venons de mentionner est également perturbée chez l'enfant porteur de TSA. Pour la définir, nous pouvons dire que c'est une forme de flexibilité attentionnelle. Elle réfère à la capacité de l'individu à partager un évènement avec l'autre, en attirant son attention vers une personne ou un objet dans le but d'obtenir un regard conjoint, avec une conscience du partage de l'information. Ce phénomène permet d'établir un contact avec autrui ; en soi, c'est une forme de communication et d'échange. En effet, l'attention conjointe nécessite implicitement le contact visuel et l'alternance des tours de parole.

L'enfant porteur de TSA n'est donc pas dans une recherche de contacts et il ne semble pas toujours remarquer la présence d'autrui autour de lui. Il se dégage une sorte d'indifférence au monde qui l'entoure, accentuée par une absence de réaction aux sollicitations de l'autre, que celles-ci soient verbales ou gestuelles. Toutefois, MONFORT parle de la possibilité « d'attachements sociaux sélectifs » c'est-à-dire que le sujet va s'attacher à une ou plusieurs personnes, indépendamment du degré de familiarité.

2.2. Altération des modalités de communication

« Pour Sean, le langage était un embrouillamini qu'il lui fallait démêler, afin d'en tirer un schéma de pensée. Il donnait l'impression d'inventer lui-même le langage plutôt que d'apprendre à reproduire ce qu'il entendait depuis des années. »¹⁵

Comme nous avons pu le mettre en avant, l'enfant porteur de TSA a des particularités communicationnelles : le langage – qu'il soit oral ou non-verbal – est absent ou d'acquisition retardée, sans compensation avec d'autres moyens de communication. Le contact étant également très difficile, même s'il a les capacités à parler, le sujet aura des difficultés à engager puis à soutenir un échange communicationnel. Nous évoquerons ici plus en détails les difficultés rencontrées aux niveaux verbal et non verbal.

2.2.1. Communication verbale

Le langage est une fonction cognitive à part entière. Dans le cadre de cette pathologie neuro-développementale, le langage oral est altéré, tant sur le versant réceptif que sur le versant expressif. Près de 50% des personnes porteuses de TSA utilisent le langage : elles présentent

¹⁵ J. & S. BARON *Moi, l'enfant autiste* Ed J'ai lu, 2000

alors une dissociation entre la phonologie et la syntaxe relativement épargnées, et la sémantique et la pragmatique particulièrement affectées. Quelles que soient leurs compétences langagières, ces personnes présentent un trouble majeur de la pragmatique.

En termes linguistique, nous pouvons constater diverses altérations. Il est important de préciser que ces dernières s'inscrivent dans le cadre d'un continuum (à l'image du trouble du spectre autistique) c'est-à-dire qu'elles sont plus ou moins importantes chez chaque sujet et peuvent être présentes chez les uns comme inexistantes chez les autres. Il n'y a pas de règles fixes et précises concernant les difficultés de chaque sujet porteur de TSA. Précisons toutefois que seuls les sujets atteints du syndrome d'Asperger sont exempts de ces difficultés langagières. Dans ce dernier cas, l'acquisition langagière peut être tardive mais le lexique, la phonologie et la syntaxe sont préservés et permettent ainsi aux sujets une communication efficace bien qu'elle ne paraisse pas totalement naturelle : une prosodie souvent pauvre ou encore un langage anecdotique et « figé »...

Nous évoquons également une altération des compétences lexicales portant sur le vocabulaire du patient. Ces déficits peuvent aller d'une absence de mots à un lexique préservé (avec investissement lexical) en passant par un retard dans les acquisitions lexicales (avec déficit phonologique).

En second lieu, nous pouvons évoquer des altérations des compétences morphosyntaxiques qui, dans le cadre du continuum, apparaissent de moins en moins gênantes dans l'ordre suivant : absence de phrases, élaboration de phrases agrammatiques, phrases en écholalie immédiate ou différée donnant un langage idiosyncrasique, inversion pronominale je/tu pour arriver, chez certains, à des phrases élaborées.

Ces altérations linguistiques peuvent également s'accompagner d'une affection du débit, du rythme, de la prosodie et de l'intonation. Le rythme est souvent saccadé, la prosodie atypique et le patient a également des difficultés à décoder l'intonation d'autrui.

Ensuite nous pouvons évoquer chez les enfants porteurs de TSA une difficulté à gérer les tours de parole ainsi qu'une non prise en compte de la situation d'énonciation : nous pouvons remarquer des difficultés à analyser les indices essentiels et à résumer un événement tout comme une mauvaise utilisation et un mauvais décodage des déictiques.

Les habiletés conversationnelles peuvent être également très perturbées avec des demandes d'objet, d'action et/ou d'informations faites à minima voire une absence de conversation. Le sujet porteur d'un TSA peut parfois s'inscrire dans un échange verbal mais il le fera avec

plus ou moins de facilité et plus ou moins d'efficacité. L'initiation et le maintien d'une conversation sont difficiles pour lui et dans le cas où une conversation est possible, il y a souvent une tendance à dévier le cours de cette conversation vers son thème de prédilection. Les remarques et les commentaires peuvent être très décalés car l'analyse des indices est laborieuse pour le patient.

Le traitement de l'information implicite est également une grande difficulté pour ces sujets qui ne parviennent pas ou peu à attribuer et à appréhender les intentions et les croyances d'autrui. La difficulté pour suivre une conversation est accentuée par un défaut de Théorie de l'esprit. Cette dernière est la capacité à attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres et à interpréter le comportement d'autrui en termes d'états mentaux. Elle permet de donner un sens à la communication et aux comportements sociaux, grâce à des capacités d'empathie (que les sujets porteurs de TSA n'ont pas). Comprendre les intentions communicatives de son interlocuteur permet de s'adapter et d'ajuster son propre comportement. Acquérir la Théorie de l'esprit est une étape fondamentale pour le développement des habiletés sociales. Jean-Louis ADRIEN disait « Un mode de communication adapté entre deux individus ne peut s'établir que si chacun est capable de concevoir que l'autre a des états mentaux différents des siens propres. ». Cette Théorie de l'esprit se divise en deux niveaux : le premier représente l'habileté à attribuer à autrui des états mentaux en fonction d'un événement objectif ; il est normalement acquis vers l'âge de quatre ans et permet la compréhension des métaphores, des synonymes et des comparaisons. Le deuxième niveau représente l'habileté à juger les états mentaux d'une autre personne selon ceux d'une tierce personne en fonction d'un événement objectif ; il apparaît normalement vers 7 ans et permet de comprendre l'ironie. Or ces capacités sont rarement acquises chez les enfants porteurs de TSA, ce qui nous confirme qu'ils ne peuvent développer entièrement cette particularité d'attribution d'états mentaux.

Terminons sur la communication verbale ; sur le plan expressif, elle reste très concrète et généralement basé sur des besoins de la vie quotidienne (nourriture, famille, toilette...). Le « je » n'est pas utilisé. L'intonation est étrange, la voix peu modulée et haut perchée. Sur le plan réceptif, on constate un manque de réactions émotionnelles aux sollicitations verbales ainsi que des difficultés d'accès à la compréhension du second degré.

2.2.2. Communication non-verbale

Tous les canaux de communication sont touchés. Ainsi, les habiletés non verbales le sont également, principalement car ces patients n'ont pas les codes sociaux nécessaires à la compréhension et l'utilisation d'une pragmatique adaptée.

Commençons par évoquer la posture de l'enfant avec TSA : celle-ci est peu adaptée ; l'enfant peut adopter une proxémique beaucoup trop proche et fusionner avec son interlocuteur jusqu'à ne vouloir « faire qu'un » avec l'autre. A l'inverse, il peut refuser tout contact, aussi minime soit-il comme le serrage de main par exemple, ou un simple effleurement. Nous ajoutons à ceci l'instrumentalisation de la main d'autrui ; en effet l'enfant porteur de TSA peut prendre la main de l'autre et l'utiliser comme un outil. Il fait cela principalement pour parvenir à ses fins, pour que l'on exécute ce qu'il ne parvient pas à faire. C'est aussi le moyen pour lui de faire comprendre à l'autre ce qu'il veut. Pour sortir d'une pièce par exemple, il prendra la main de l'autre et la posera sur la poignée de la porte. Il pallie ainsi l'absence ou l'approximation de son pointage.

Ces enfants utilisent peu les gestes conventionnels (hocher la tête, hausser les épaules, faire au revoir de la main...). La gestuelle est limitée et ce phénomène peut s'expliquer par une altération dans la capacité à mimer. Les mimiques du visage sont aussi très altérées notamment celles exprimant des états affectifs. Les expressions faciales sont ainsi difficiles à exprimer et à décoder chez autrui ou sur une image. Ainsi le sourire social est très peu fréquent et si le sourire est possible, il est bien souvent inadapté au contexte et ne reflète pas l'humeur « réelle » de l'enfant.

A cela s'ajoute un contact oculaire absent ou peu fréquent chez eux, ce qui les rend encore plus distants face à l'autre : une personne porteuse de TSA porte généralement son regard entre la poitrine et le menton, ce qui provoque une perte d'informativité et donc une perte de l'expertise sociale. L'interlocuteur ne se sent pas investi et ceci se renforce par une altération de l'attention conjointe.

2.3. Altération des intérêts et activités

A défaut de ne pas développer d'expertise sociale, l'enfant présentant un TSA va développer des expertises non sociales et se passionner pour des domaines inhabituels pour la plupart d'entre nous comme les dinosaures, le système solaire, etc. Ils aiment particulièrement regarder les choses tourner et peuvent aller jusqu'à faire tourner tout ce qu'ils ont dans les

mains. De même, ils peuvent rester des heures durant devant la machine à laver ou le ventilateur. Ces enfants adoptent des rituels non fonctionnels qui demandent une attention constante pour l'entourage. Ainsi, l'enfant voudra par exemple toujours boire dans le même verre, ou toujours faire les choses dans un ordre précis, au risque de ne plus pouvoir se contrôler si ce n'est pas le cas. Ces phénomènes sont souvent décrits chez les spécialistes comme des mécanismes de défense. Dans son livre, Wendy LAWSON¹⁶, elle-même atteinte du syndrome d'Asperger, évoque ceci : « Les comportements obsessionnels ou compulsifs (idées fixes ou irrationnelles, actions incontrôlables ou répétitives) sont produits soit par plaisir soit par anxiété. Parfois, simplement parce que la personne avec TSA ne sait pas mettre fin à l'activité répétitive dans laquelle elle s'était lancée, ils peuvent conduire à de l'anxiété bien qu'ayant été initiés par plaisir. ». L'anxiété est très forte chez ces enfants, apeurés par de petites choses comme le bruit de l'aspirateur... On note également une résistance aux changements, aussi minimes soient-ils, ce qui montre encore ici la peur de l'inconnu et de la découverte du monde qui l'entoure.

On connaît aussi d'autres comportements répétitifs et stéréotypés comme les balancements, les automutilations ainsi que les stéréotypies. Ces dernières peuvent être gestuelles ou vocales. Au départ, les stéréotypies motrices sont des déchargements d'énergie. On parle fréquemment du hand flapping (littéralement, agitation manuelle) qui est très fréquent chez l'enfant autiste pouvant aller d'un simple applaudissement à la personnification de ses mains, comme si l'enfant leur parlait, les considérait...

LAWSON évoque la réduction des centres d'intérêt : « Tout se passe comme si, au lieu d'être capables de nous intéresser à des sujets divers et variés, nous ne pouvions avoir qu'un seul vrai sujet d'intérêt à la fois. Manière d'être qui peut être interprétée comme obsessionnelle mais lorsqu'une personne est structurellement monotropique, elle n'est pas organisée pour un fonctionnement polytrope, et elle peut difficilement faire autrement qu'avoir un seul intérêt à la fois ». Il n'en reste pas moins que ces attirances se font toujours pour des domaines inhabituels, encore plus ressentis inhabituels pour des enfants.

3. La prise en charge et ses particularités

En France actuellement, il n'y a pas de consensus déterminé sur ce qu'il faut faire. Mais l'un des principaux objectifs est d'établir des règles de bonne pratique. Comme l'a dit Daniel

¹⁶ W. LAWSON *Comprendre et accompagner la personne autiste*. Ed Dunod, 2011

TAMMET, lui-même atteint du syndrome d'Asperger, « l'important n'est pas de vivre comme les autres mais parmi les autres »¹⁷.

La priorité dans de telles prises en charge est de bien définir la nature des difficultés de l'enfant afin d'utiliser ses points forts pour développer ses capacités d'apprentissage. On cherche à utiliser ce que sait faire l'enfant, ce qui l'intéresse, ce qui le motive. On peut même être amené à se servir de ses « bizarreries » pour attirer son attention et le faire progresser dans ses acquisitions. Il est également essentiel de débiter les démarches le plus précocement possible avec un caractère individualisé de l'intervention dans un environnement structuré : repères visuels simples, emploi du temps respecté... L'intervention est basée sur des objectifs hiérarchisés et spécifiques, établis grâce à une évaluation préalable. L'action est étendue aux différents milieux de vie de l'enfant afin de favoriser la généralisation des acquisitions, d'où une implication très forte de la famille qui représente le partenaire le plus effectif dans la prise en charge. En effet, les thérapeutes agissant pour l'enfant établissent un partenariat étroit avec les familles qui doivent avoir une participation active à l'éducation spécialisée de leur enfant.

Leurs besoins sont identiques aux nôtres mais nécessitent des aménagements. C'est pour cela que chaque patient aura une prise en charge personnalisée et adaptée à ses facultés. Il pourra bénéficier d'un suivi en orthophonie, en psychomotricité, en musicothérapie, en art-thérapie, etc. La prise en charge pour un enfant présentant des TSA est généralement pluridisciplinaire afin de s'inscrire dans une approche globale médicale, sociale et éducative. Ceci lui permet de découvrir des univers différents et surtout des moyens d'expression différents parmi lesquels il pourra développer une aisance plus ou moins importante. L'objectif est de lui apporter des outils adaptés à ses capacités et qui lui serviront de « béquille » dans ce monde dans lequel il a du mal à trouver sa place. Cette prise en charge peut se mettre en place après des bilans complets dans différents domaines comme la pédopsychiatrie, la neuropsychologie... Des Centres Ressources Autisme (C.R.A.) ont ainsi été créés afin de diagnostiquer les troubles du spectre autistique. Les premiers C.R.A. pilotes ont ouvert en 1999, à titre expérimental et depuis, chaque région est dotée de ce service.¹⁸

La prise en charge peut avoir ensuite lieu dans le cadre du service public c'est-à-dire dans des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.), dans des hôpitaux de jour de pédopsychiatrie, dans des Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.), des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel en psychiatrie (C.A.T.T.P.) ou encore à la Protection

¹⁷ D. TAMMET *Je suis né un jour bleu*. Ed Les Arènes, 2007

¹⁸ L. OUSS-RYNGAERT *Les centres ressources autisme : bilan et perspectives* dans *Enfance & Psy, l'autisme aujourd'hui*. Ed Eres, 2010

Maternelle Infantile (P.M.I.). Les parents peuvent aussi faire le choix d'une association indépendante.

3.1. Les thérapies

3.1.1. La médication

A l'heure actuelle, aucun traitement de chimiothérapie n'est spécifique au suivi des enfants avec des troubles du spectre autistique puisqu'aucune preuve d'efficacité dans ce domaine n'a encore été montrée. Les médicaments sont très peu utilisés en France. En effet, il semble que ceux-ci agissent sur certains symptômes mais que leur action, sur les TSA en eux-mêmes, est infime ou inexistante. De plus, il est nécessaire d'envisager et de tenir compte des effets secondaires importants, et donc de déterminer si la prise d'un médicament est réellement bénéfique pour l'enfant.

La prescription de médicaments est en général établie sur des neuroleptiques ayant pour but de diminuer les symptômes d'instabilité, d'agitation et d'agressivité. Ces produits peuvent également réduire les comportements répétitifs ou automutilatoires, l'irritabilité et la dépression. Certains neuroleptiques atypiques auraient également été étudiés et participeraient à un bénéfice sur l'hyperactivité, les colères, les rituels stéréotypés et les apprentissages.

Le lithium, utilisé au départ pour traiter la schizophrénie, est également utilisé chez certains autistes. Bien qu'il soit souvent sans effet, il pourrait adoucir et stabiliser l'humeur. Plusieurs spécialistes ne le recommandent qu'à l'occasion d'épisodes aigus d'agitation, et d'autres le préconisent surtout pour atténuer les troubles de comportements à l'adolescence.

Des études sont aujourd'hui en cours pour une éventuelle évolution dans la chimiothérapie chez les autistes.

3.1.2. Les psychothérapies

Différentes psychothérapies peuvent être proposées à un enfant présentant des troubles du spectre autistique mais également à sa famille. Elles ont toutes un mode d'action différent et des objectifs variés.

- La psychothérapie individuelle

Elle est dirigée par un psychothérapeute. Les séances durent en moyenne quarante-cinq minutes et se font au minimum une fois par semaine. Les parents reçoivent un accompagnement parallèle qui les aide à suivre l'évolution de leur enfant. Cette méthode est réservée aux enfants qui peuvent communiquer, peu importe le canal utilisé, pour qu'un échange puisse s'opérer entre le thérapeute et le patient. Le support de prédilection est le langage oral ou écrit mais s'il n'est pas possible, le thérapeute pourra utiliser la pâte à modeler, le dessin, les jouets... Le but est que l'enfant parvienne à gérer ses angoisses, son stress, sa souffrance, etc, en les exprimant. Ainsi, les interactions sociales seraient probablement facilitées.

- La thérapie familiale systémique

Les psychothérapies collectives sont variées et peuvent inclure une partie ou tous les membres de la famille. Elles peuvent se pratiquer à domicile et permettent de gérer globalement toute la problématique d'un enfant handicapé au sein de la cellule familiale. C'est aussi un moyen pour la famille de ne pas culpabiliser sur l'origine des troubles et également de limiter les tensions grâce à un échange fort et des analyses du comportement de chacun dans la vie quotidienne et par rapport à l'enfant autiste. Ainsi la thérapie familiale systémique a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille.

- La thérapie cognitivo-comportementale (T.C.C.)

Elle vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. Elle aide à progressivement dépasser les symptômes invalidants, tels les rites, le stress, les évitements, les inhibitions, les réactions agressives, ou la détresse. En cela, elle n'agit pas sur l'autisme à proprement parler mais elle interfère dans les domaines altérés et à l'origine de souffrances chez la personne autiste. Lorsque le trouble s'avère particulièrement sévère, la thérapie peut être combinée à un traitement médicamenteux, transitoire et limité dans le temps.

- La thérapie institutionnelle

Elle regroupe les différentes thérapies précédentes mais sa particularité est la coordination au sein d'une institution, en internat, en externat, en hôpital de jour ou en C.A.T.T.P. Elle peut être individuelle ou collective.

3.2. Les rééducations orthophoniques

« L'orthophonie ne fait partie que depuis peu de temps de l'arsenal thérapeutique indispensable pour un soutien efficace et précoce au développement et pour la mise en place d'un moyen de communication, qu'il s'agisse du langage ou d'un système alternatif... Or la communication représente l'un des axes de travail prioritaire et même chez un enfant qui n'accède pas au langage, l'orthophoniste joue un rôle essentiel pour lui donner des outils de communication. »¹⁹. Ainsi, la prise en charge en orthophonie des enfants atteints de TED est désormais reconnue comme devant faire partie intégrante du projet individualisé proposé à l'enfant et à sa famille. Les principaux objectifs deviennent alors les suivants : évaluer les troubles de la communication et du langage et élaborer une prise en charge personnalisée et déterminée selon les capacités actuelles de l'enfant, en s'appuyant sur ces capacités-là pour le faire progresser. Chaque prise en charge est individualisée mais s'appuie toujours sur des principes essentiels que sont une évaluation rigoureuse et fréquente et une souplesse dans le choix des activités qui s'appuient sur les intérêts de l'enfant, à l'intérieur d'un cadre de travail défini. De par la complexité de ces pathologies, l'orthophoniste n'a pas les mêmes attentes que lors d'une rééducation d'un trouble fonctionnel; il cherche à rendre le monde compréhensible pour l'enfant de façon à ce qu'il puisse s'y adapter à sa façon.

Dans les consensus actuels, on distingue les programmes des interventions. Les **programmes** représentent une approche globale et comportementale comme A.B.A. (Applied Behavioral Analysis ou analyse appliquée du comportement) ou T.E.A.C.C.H. (Treatment and Education of Autistic and Communication handicaped CHildren). Nous pouvons également procéder au système de communication alternative et/ou augmentée pour étayer et renforcer la compréhension de l'enfant car le support utilisé permet en outre une matérialisation du concept. Ce langage alternatif, basé sur une aide visuelle, est un moyen de communication privilégié car les enfants autistes sont fréquemment très réceptifs au domaine visuel. Nous pouvons alors évoquer ici la méthode P.E.C.S. (Picture Exchange Communication System) qui permet la mise en place d'un cahier de communication comprenant des images, des photos ou des pictogrammes. Cette méthode consiste en un échange de ces images pour que l'enfant exprime ses besoins et ses demandes. Dans le même esprit nous pouvons également citer le programme MAKATON. Pour ce qui est des **interventions**, on s'attache plus spécifiquement au développement du langage et de la communication, au développement social, au développement sensori-moteur... L'approche est plus focalisée.

¹⁹ B. ROGE *L'autisme, comprendre et agir*. Edition Dunod, 2005

Les résultats de prise en charge varient considérablement d'un enfant à l'autre selon leur âge, leur niveau cognitif, leur langage et leurs besoins. Pour nous, ce qui compte n'est pas la méthode utilisée mais bien notre comportement avec eux, notre façon de faire et notre manière de les aborder, ne serait-ce que par la curiosité de savoir comment se déroule la scolarité, s'il y en a une, par des contacts réguliers avec l'école ou l'institution.

Lors des séances à proprement parler, il est très important que l'enfant se sente à l'aise, et ce sentiment passe par le comportement de l'orthophoniste bien sûr mais aussi, par exemple, par l'aménagement de l'espace : il leur faut, dans la limite du possible, un lieu calme excluant tout bruit de fond inconfortable pour eux. La décoration doit être relativement épurée afin d'éviter une surcharge de stimuli visuels. Associé à l'espace, nous abordons forcément maintenant le temps. L'enfant porteur de TSA a souvent besoin de rituels, c'est pourquoi l'orthophoniste peut installer des routines rassurantes – sans pour autant insister sur le côté répétitif. Ainsi, il est important de matérialiser le temps selon les capacités de l'enfant : calendrier, emploi du temps... mais ceci concerne les plus grands. Il est toutefois toujours important de respecter notre emploi du temps pour limiter les imprévus qui dérangeraient notre patient. Progressivement, nous pensons à introduire de petits changements pour combattre la rigidité de leur esprit. Les activités sont proposées à partir des intérêts de l'enfant et ne doivent solliciter qu'une modalité à la fois. En effet, l'objet privilégié de l'enfant est alterné avec d'autres activités que l'orthophoniste lui propose dans le but de supprimer ce centre d'intérêt majeur. Si cela nous est possible, il est intéressant de généraliser les acquisitions de chaque activité. Nous l'avons vu, l'enfant porteur de TSA présente des difficultés de communication. Malgré cela, nous devons parvenir à lui faire comprendre en répétant, simplifiant et décomposant. Nous devons aller à l'essentiel et traiter une information à la fois, avec des mots simples et bien choisis, éventuellement en accompagnant de gestes ou d'un autre support visuel comme un objet, une photographie, un pictogramme. L'important est que la trace soit adaptée au niveau de symbolisation de l'enfant.

Nous pouvons également aborder l'importance du travail de l'imitation avec les enfants autistes. Actuellement aux Etats-Unis d'Amérique sont expérimentées des séances spécifiques d'imitation. Leurs premiers retours sont très encourageants et montrent les bienfaits qu'apporte l'imitation aux enfants porteurs de TSA. En effet, l'imitation nécessite une prise en compte de l'autre et une interaction avec lui. Ainsi, lorsque l'enfant y arrive, c'est qu'il a développé des capacités qu'il n'avait pas puisque les interactions sociales sont altérées au commencement. Mais l'imitation n'est pas seulement un travail unidirectionnel, bien au contraire. L'important dans une telle approche n'est pas d'attendre que l'enfant nous

imite mais nous devons nous-mêmes l'imiter. Lorsque nous reproduisons ce qu'il fait, il n'en tiendra peut-être pas compte dans les premiers instants mais si cela perdure il va s'apercevoir que nous faisons comme lui et cela va commencer à l'intriguer. L'imitation est ainsi un travail de longue haleine mais indispensable pour que l'enfant autiste réalise qu'il est entouré de pairs.

En tenant compte de tous ces éléments, les propositions peuvent être variées : discrimination d'images, appariement ou tri de divers éléments, utilisation de marionnettes, de jeux de reproduction... Les propositions étant infinies, nous ne pouvons dresser ici une liste exhaustive de ce que nous pouvons proposer aux enfants porteurs de TSA. Dans cette relation, nous devons nous assurer que l'enfant se sent récompensé lors de ses réussites, soutenu et encouragé lorsque son travail lui demande des efforts. S'il sent que ses efforts sont appréciés, cela donne du sens à l'acte et l'incitera à reproduire cela par la suite. Nous nous devons d'être cohérents avec nous-mêmes mais également avec les professionnels qui travaillent autour de l'enfant et avec la famille qui vit au quotidien avec lui. Nous nous devons également de lui offrir la capacité de généraliser ses acquisitions dans des conditions différentes de notre espace de rééducation, c'est-à-dire avec d'autres gens, à un autre moment, à un autre endroit... Des capacités utiles uniquement dans notre pièce ne lui seraient d'aucune utilité si elles n'étaient pas transposables à l'extérieur.

En conclusion, la prise en charge de l'enfant porteur de troubles du spectre autistique se situe dans un cadre éco-systémique c'est-à-dire qui s'inclut dans une démarche globale, donc transdisciplinaire, en partenariat avec les parents et l'entourage.

3.3. La question de la scolarité

La scolarisation des enfants autistes s'inscrit dans le cadre des dispositions de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces dispositions visent à garantir la continuité d'un parcours scolaire adapté aux compétences et aux besoins de chaque élève et privilégient la scolarité en classe ordinaire proche du domicile familial. Ainsi, dès que le projet personnalisé de l'enfant le permet, il est bénéfique pour lui qu'il suive une scolarisation adaptée à son rythme et aménagée en fonction de son parcours de soins parallèle. Chaque enfant a droit à un projet personnalisé de scolarisation qui sera établi suite à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures à mettre en œuvre pour monter ce projet. Ce projet de scolarisation est réalisé par une équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes handicapées (MDPH) à la demande de l'élève ou de sa famille. Ainsi le patient porteur de

TSA peut bénéficier d'aménagements spécifiques qui l'aideront à mieux s'adapter à la vie scolaire. Ce projet nécessite une collaboration étroite entre la famille, l'enseignant et les autres professionnels. La scolarité fait partie des préoccupations principales des familles d'enfants porteurs de TSA, malheureusement il est regrettable de noter qu'aujourd'hui, seul un tiers des enfants de moins de vingt ans seraient scolarisés, généralement pas à plein temps.

Nous précisons ici que pour certains patients autistes, notamment pour beaucoup de ceux présentant un syndrome d'Asperger, la scolarité peut se dérouler de la maternelle au lycée et même parfois jusqu'à l'université. Leurs compétences dans le domaine visuel montrent l'importance de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Toutefois, bien que la scolarité soit possible en classe ordinaire, elle est le plus souvent aménagée. En effet, l'enfant porteur de TSA peut bénéficier d'un accompagnement par un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) à temps plein ou à temps partiel, d'un suivi par un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ou encore d'une scolarisation faite par un enseignant spécialisé itinérant. Des classes spécialisées – bien que non spécifiques aux TSA – existent également : les Classes pour L'Inclusion Scolaire (CLIS) à l'école élémentaire et les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS, anciennement appelées UPI) en collège et lycée. De cette manière, l'enfant peut bénéficier d'une adaptation des enseignements.

3.4. Le parcours de soin

Tout parcours de soin débute par la pose d'un diagnostic de Trouble Envahissant du Développement par un médecin pédopsychiatre. Ce diagnostic sera posé dans des conditions différentes pour chaque cas. En effet, les parents ne consultent pas tous au même moment et, hormis la notion de précocité, chaque enfant possède des altérations différentes donc qui ne sont pas repérables au même moment et qui sont plus ou moins marquées. Le déni chez les parents est également une entrave très présente dans de tels diagnostics.

Le diagnostic doit être établi par une équipe pluridisciplinaire au sein d'un CRA, d'un CAMSP, d'un CMPP ou d'une EREA (Equipe de Référence de l'Evaluation de l'Autisme). L'important est qu'il y ait une équipe à proximité du domicile des parents qui puisse orienter l'enfant vers une prise en charge pluridisciplinaire. Il est nécessaire de toujours avoir un appui neuropédiatrique et génétique. Le Centre Ressource Autisme, est souvent le premier lieu de consultation pour les parents. Suite à cela, l'enfant est orienté dans un autre type de centre, comme un CAMSP, qui pourra suivre la prise en charge de l'enfant jusqu'à ses six ans. Suite à ces prises en charge précoces et jugées les plus importantes et les plus

bénéfiques pour l'enfant, celui-ci sera orienté dans un établissement adapté à ses capacités, qui peuvent être par exemples un hôpital de jour en service de psychiatrie ou un SESSAD.

Malheureusement, bien souvent la famille se retrouve confrontée à des services en manque de places et donc à des listes d'attente qui transforment ce suivi en un véritable « parcours du combattant ». Il est donc important de les soutenir dans cette démarche complexe et de les motiver par le biais d'autres solutions qui seront toujours bénéfiques pour leur enfant.

II. LA MUSICOTHÉRAPIE

« Prends un bain de musique une à deux fois par semaine pendant quelques années et tu verras que la musique est à l'âme ce que l'eau du bain est au corps ». Oliver Wendell Holmes

"La musique est le miroir du monde et de l'humanité. Pendant le jeu, il se produit une sorte d'union avec ce qui est de plus grand en nous et autour de nous." Yehudi Menuhim

1. Histoire

Dès le IV^{ème} siècle avant J-C, ARISTOTE déclare que « la musique adoucit les mœurs »²⁰, en cela elle fait partie de ces loisirs nobles qui n'ont d'autre finalité que le plaisir qu'on y goûte, indépendamment du délassement qu'elle procure. La musique adoucit les mœurs en donnant le goût des actions désintéressées et libres. Nous pouvons également citer PLATON qui considérait que la musique était capable de rétablir l'harmonie entre l'âme et le corps. Il affirmait même que les actions médicales étaient inefficaces si l'on n'utilisait pas le chant en tant que procédé curatif. Toutes les sociétés qui ont suivi ont reconnu la force guérisseuse de la musique et son influence sur les malades. Au Moyen Age, la musique représentait déjà une part importante du traitement médical et faisait partie des disciplines canoniques des études de médecine jusqu'au XVI^{ème} siècle.

Redfield donne, lui, la définition suivante : « la musique utilise mélodie, harmonie, rythme, forme, tempo dynamique, timbre et nuance mais elle les utilise de façon particulière. Le produit fini, formé de ces éléments doit satisfaire une condition précise, il doit être beau. »

Depuis toujours, l'Homme dans tous les pays du monde et à tout degré de civilisation, a toujours aimé la musique. Mais pourquoi ? La réponse réside dans le fait que la musique est constituée d'ondes sonores qui entrent en résonance avec les vibrations biologiques de notre corps. Ainsi les émissions de sons produites par les instruments vont déclencher une vibration des organes suivant les lois de la physique ondulatoire. L'important reste alors que les vibrations restent harmonieuses afin de provoquer un bien-être chez le récepteur. En effet, si l'émission musicale comporte trop de dissonances systématiques et continues, un malaise va s'installer, provoquant une tension, une crispation voire une véritable angoisse. C'est ainsi que la musique est propre à tout un chacun et que nous avons tous des goûts différents en la matière. C'est aussi la raison pour laquelle le monde actuel connaît un

²⁰ Aristote, traduit par J. Tricot *La politique*. Ed Vrin, 1995

domaine musical extraordinairement riche et vaste, quasiment infini. Cet art devient alors outil et ici outil thérapeutique.

La musique, utilisée à des fins thérapeutiques, se révèle donc une méthode à la fois ancestrale et à la fois extrêmement moderne. Dès la Préhistoire les guérisseurs associaient un rythme musical accompagné d'une danse à des plantes médicinales. Entre 1500 et 1600 avant J-C, des hiéroglyphes d'Egypte témoignent d'incantations destinées à guérir la stérilité, les douleurs rhumatismales et les piqûres d'insectes. On sait aussi qu'à la fin du XIXème siècle, certains dentistes avaient constaté que diffuser de la musique pendant les soins diminuait l'intensité des douleurs, de l'anxiété, des plaintes et de la fréquence des nausées. En 1960, GARDNER²¹ publie une étude affirmant que l'écoute musicale au cours d'une chirurgie dentaire aurait permis de réduire la douleur chez 90% de 5000 patients. Choisie en fonction de son caractère agréable pour le patient la musique permettrait de réduire la sensation douloureuse globale.

La musicothérapie est développée officiellement par le psychiatre ESQUIROL, entre autres, à la Salpêtrière au XIXème siècle, avant de s'étendre au reste de la France puis aux pays limitrophes (Belgique, Italie...). En 1972, se crée un mouvement associatif puis un second en 1980, soutenant la recherche. La musicothérapie est alors crédibilisée puisqu'elle s'inscrit dans les branches médicales que sont la psychopathologie et la psychiatrie. Son domaine d'application se voit précisé et différentes techniques se développent dont les résultats se distinguent de ceux obtenus par l'utilisation de la musique dans un but d'animation ou de pédagogie musicale. En effet, tout en laissant une grande place à l'empirisme, la musicothérapie impose d'avoir une méthode particulière mais aussi un système de références qui lui est propre alors que les animations et/ou pédagogies musicales – toutefois très riches et utiles – s'orientent vers la musique elle-même. À cette période, la musicothérapie consiste en des thérapies de groupes où les personnes, souffrant d'un mal-être, se rendent à des concerts où sont jouées des musiques éclectiques, afin de déterminer leur efficacité éventuelle : apaisement ou excitation de la personne.

Etymologiquement, le terme musicothérapie signifie l'utilisation de la musique dans un but thérapeutique. Le dictionnaire²² en donne la définition suivante : « traitement médical d'affections nerveuses, psychiques, par la musique ». BILEY la définit comme « une technique contrôlée d'écoute musicale utilisant son influence physiologique, psychologique et émotionnelle sur la personne durant le traitement d'une maladie ou d'un traumatisme » et

²¹ GARDNER, LICKLIDER et WEISZ *Suppression of pain by sound*. Science 1960

²² Sous la direction de J. REY-DEBOVE et A. REY *Le Nouveau Petit Robert de la langue française*. Ed Le Robert, 2009

MUNRO, lui, la définit comme « l'utilisation intentionnelle des propriétés et du potentiel de la musique et de son impact sur l'être humain ». Ce n'est que récemment – fin du XIX^{ème}, début du XX^{ème} siècle – que la redécouverte des bienfaits thérapeutiques de la musique est apparue et a pris le nom de musicothérapie. C'est notamment avec la mise en place du traitement de la folie, entre 1820 et 1880, que la pratique de la musicothérapie sera officiellement développée. Cette dernière ayant montré améliorer l'état psychophysologique grâce à l'effet de relaxation et la sensation de bien-être qu'elle procure.

Ainsi la musicothérapie est intégrée dans de nombreux actes médicaux dans un but de traitement de la douleur. Depuis une vingtaine d'années, l'évolution des techniques d'imagerie cérébrale et de nombreux travaux scientifiques amènent à une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans la relation qui unit la douleur et la musique. L'impact serait dû à des effets neurophysiologiques pouvant agir sur des composantes à la fois sensorielle, cognitive (en détournant l'attention souvent en créant des images et en éloignant les pensées de la douleur), affective (en diminuant les tensions et les sentiments d'angoisse), comportementale (en agissant sur l'hypertonie musculaire et la psychomotricité) et psychosociale (la musique est choisie en fonction des goûts personnels et permet donc de répondre à une demande individuelle).

Les formes actuelles de la musicothérapie s'insèrent dans le champ des professions de la santé et des modèles thérapeutiques actuels. Depuis 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu à la musicothérapie le statut d'une profession de santé dans le domaine psychologique. Le 25 janvier 2010, la Fédération Française de Musicothérapie définit la musicothérapie comme « une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation ». Il existe différents types de musicothérapie, adaptés aux populations concernées : troubles psycho-affectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques. La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou de restaurer la communication et l'expression au sein de la relation, dans le registre verbal et/ou non verbal, et cela à tout âge !

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la musicothérapie, de par son efficacité, s'inclut aujourd'hui dans les meilleurs traitements de certains symptômes psychologiques et comportementaux. Pour se faire, le musicothérapeute doit accomplir des « missions » dont voici les principales :

-
- Créer, restaurer et/ou maintenir les moyens de communication et de relation chez des personnes en souffrance en ayant recours à une médiation sonore ou musicale.
 - Répondre aux besoins du patient en s'adaptant aux propos du médecin ou d'un professionnel paramédical (avec qui il faudra travailler en partenariat tout au long du suivi).
 - Créer les conditions d'une bonne évolution par la mise en œuvre des techniques spécifiques à sa spécialité, en s'appuyant sur l'histoire musicale du sujet, l'improvisation, la communication sonore non verbale, et l'analyse du vécu sonore.
 - Repérer la nature de la souffrance psychique et/ou physique au moyen d'une évaluation personnalisée des difficultés. Appréhender l'expression symptomatique, les besoins, et les capacités de la ou des personnes concernées.
 - Mobiliser la pensée et développer le potentiel créatif.
 - Évaluer et adapter la prise en charge à court, moyen et long terme.

2. Les différents types de musicothérapie

BENENZON²³, docteur et musicien argentin, à l'origine de multiples travaux sur la musicothérapie, définit cette dernière comme « cette partie de la médecine qui étudie le complexe son/être humain/son ayant pour but, utilisant le mouvement, le son et la musique, d'ouvrir des canaux de communication chez l'être humain avec l'objectif d'obtenir des effets thérapeutiques, psychoprophylactiques, ainsi qu'une amélioration pour lui et pour l'entourage ». Ainsi, elle est un continuum de mesures réceptives et actives ayant en commun l'utilisation de phénomènes sonores et musicaux au sein d'une relation thérapeutique.

Une démarche en musicothérapie commence par une première évaluation qui permettra de déterminer si l'individu est réceptif à la musique et si cette dernière peut répondre à ses besoins. Le thérapeute invite le participant à choisir un instrument, à improviser avec lui, à chanter, à taper du pied et des mains ou à émettre des sons insolites... Le but recherché n'est absolument pas d'accomplir des prouesses musicales, mais plutôt d'exprimer librement ce que l'on ressent et de profiter de l'instant présent en suivant ses envies. Par la suite, le thérapeute fixe des objectifs à court terme, des activités musicales, adaptées à l'individu.

Dans les cas de pathologies très lourdes ou dans le cadre de soins palliatifs, le musicothérapeute pourra jouer des airs variés ou chanter pour stimuler la participation. La

²³ R. BENENZON *Manuel de musicothérapie*. Ed Privat, 1981

musique est alors constamment adaptée à l'état de santé, aux réactions et aux objectifs à atteindre, que ce soit à but de détente ou au contraire à visée de dynamisme.

Toutefois, « Ce n'est pas parce que l'on met de la musique ou qu'on en joue qu'il y a musicothérapie ». ²⁴ En effet, la musicothérapie compte diverses techniques d'exécution et le thérapeute, en plus d'être musicien, se doit de connaître le développement psychosocial et neurobiologique, ainsi que les caractéristiques et les besoins liés aux divers maux que peuvent présenter les patients qui désirent bénéficier de musicothérapie.

Il existe deux principales techniques qui sont la musicothérapie active et la musicothérapie passive aussi appelée musicothérapie réceptive. Ces deux techniques sont utilisables en groupes et/ou en séances individuelles. Nous allons maintenant présenter les particularités de ces méthodes.

2.1. La musicothérapie active

Concrètement, le patient fait de la musique. Cette technique consiste tout simplement en une pratique instrumentale grâce à divers instruments, mis à la disposition du patient et qu'il choisira en fonction de ses goûts personnels et de ses envies. Grâce à ces instruments, le thérapeute aura pour le patient un objectif de communication mais aussi de créativité. Au-delà des instruments, le patient peut également utiliser sa voix et son corps, ce qui lui permettra de composer de façon encore plus personnelle car il n'utilisera rien d'autre que ce dont il dispose en permanence. Pour résumer cela, le psychanalyste D. ANZIEU parlait de « miroir sonore ».

La pratique active est particulièrement indiquée dans les cas d'absence ou de déficience du langage et de problèmes de communication notamment rencontrés dans les services médicaux tels que la psychiatrie, la neurologie ou la pédiatrie. L'expression musicale aide la personne à reconstruire son indépendance et l'estime de soi puisque le patient a pour but de se laisser aller, de libérer son esprit, de se défouler et de créer selon ses propres envies. Ainsi, la musicothérapie active facilite l'expression de soi et peut s'associer à de l'exécution de mouvements rythmiques au son de la chanson. WINNICOTT disait « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi » ²⁵.

²⁴ G. DUCOURNEAU *Eléments de musicothérapie*. Ed Dunod, 2002

²⁵ D.-W. WINNICOTT *Jeu et réalité*. Ed Gallimard, 1975

Basée sur le jeu d'instruments, d'objets sonores, du corps et de la voix, elle offre une possibilité très large d'expression et de communication. Les séances de musicothérapie active entraînent l'activité du corps, la créativité, la revalorisation de l'image de soi et la socialisation. Cette technique se base sur l'écoute, la communication, l'échange, le jeu et le plaisir. Par les composantes spatio-temporelles de la musique, ces séances permettent aussi un travail de la latéralisation et de la coordination des mouvements.

2.2. La musicothérapie passive ou réceptive

Concrètement, le patient écoute de la musique. Cette écoute peut stimuler l'énergie créative et aider à accroître la concentration ainsi que la mémoire. La musique peut aussi faire surgir des émotions, parfois oubliées ou profondément enfouies. Le thérapeute pourra alors utiliser ces émotions pour enrichir la démarche thérapeutique, et mettre de nouveau la musique à contribution, en lui donnant le rôle de support émotionnel. Cette technique s'appuie sur l'organisation de différents moments d'écoute musicale selon un protocole défini. La musicothérapie passive peut se décliner en trois types qui sont les suivants : l'analytique, la détente psychomusicale et le type réminiscence.

2.2.1. Le type analytique

La musique est un média qui peut amener au patient des émotions qu'il pourra verbaliser ou non. Le musicothérapeute choisira ici les contenus musicaux en fonction d'un entretien préalable avec le patient et d'un bilan psychomusical qu'on lui aura fait passer.

Lors d'une séance, le thérapeute invite le patient à écouter son choix musical et il reçoit ensuite ce qui émerge du patient. Il favorisera l'expression et le développement de la pensée afin de permettre la prise de conscience des processus par le patient. Ceci implique donc la nécessité pour le patient, de pouvoir verbaliser ou traduire des émotions. En cela, la musicothérapie peut être considérée comme un outil s'inscrivant dans le courant des psychothérapies actuelles.

2.2.2. La détente psychomusicale

Cette pratique s'apparente à la fois à la sophrologie et à la relaxation. Elle est particulièrement utilisée dans le traitement de la douleur et de troubles psycho-comportementaux – apathie, anxiété, dépression. Elle est très intéressante chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

Des séquences musicales de vingt à quarante minutes – avec ou sans induction verbale – sont décomposées en plusieurs phases et amènent progressivement la personne à la détente. Ce résultat s’explique par les variations du rythme musical, la formation orchestrale, les fréquences et/ou le volume.

Le montage musical doit être personnalisé pour chaque patient en fonction de sa demande et de ses goûts musicaux afin que l’objectif de détente soit atteint de la manière la plus efficace possible. En effet, une musique mal choisie, non appréciée du patient, pourrait provoquer les effets inverses et amener le patient à une angoisse ou un mal-être plutôt qu’à la détente.

2.2.3. Le type réminiscence

Dans ce cas-là, le thérapeute fait appel aux connaissances musicales du patient qu’il a développées de part son histoire et sa culture. Ainsi, cette technique sollicite l’identité entière de la personne et de cette manière, elle révèle la mémoire musicale et favorise le retour de souvenirs autobiographiques, c’est pourquoi elle est également particulièrement utilisée dans les cas de dégénérescences. Les souvenirs qui émergent de l’écoute chez la personne âgée constituent alors les éléments d’une identité en train de se perdre.

3. La musicothérapie chez les enfants porteurs de troubles du spectre autistique

3.1. Particularités

« La musique commence là où s’arrête le pouvoir des mots. » Richard WAGNER.

Cette citation forte nous permet d’introduire ici la relation entre les sujets autistes et l’intérêt qu’ils peuvent porter à la musique, la préférant parfois à toute sorte de communication verbale. Roland VALLEE²⁶ dit que « Si la musique n’a pas réellement de « signification intentionnelle », elle n’en demeure pas moins, précisément, une source inépuisable de liberté. Elle laisse le sujet libre de son ressenti, elle fait fonction d’appel aux affects, et en ce sens, elle est libératrice ». Et l’enfant autiste a besoin de cette liberté, il a besoin d’évacuer tout ce qui l’opresse en permanence. C’est pourquoi l’autisme infantile a toujours été l’une des grandes indications de la musicothérapie.

²⁶ R. VALLEE *La relation émotionnelle*. Ortho Edition, 2000

En parallèle aux autres recherches sur certaines thérapeutiques pour de telles pathologies du développement et grâce aux évolutions technologiques que connaissent les années 1950, la musicothérapie va connaître, sous l'égide de JOST, une nouvelle vague de développement. Cet essor est notamment dû à une étude de l'impact de l'audition musicale sur l'individu. Bien que la musicothérapie ait été réservée, à ses débuts, à la psychothérapie, ses visées thérapeutiques se sont depuis beaucoup élargies. Parce qu'elle atteint les gens « au cœur d'eux-mêmes », la musique est particulièrement efficace pour aider à sortir de leur isolement les personnes ayant des difficultés à communiquer. Chez l'enfant porteur de TSA, par exemple, on a constaté que les stimuli sonores diminuent l'anxiété face à la réalité extérieure, qu'ils améliorent le comportement socio-affectif et qu'ils procurent une meilleure confiance en soi. De plus, en raison de son effet physiologique, une musique relaxante peut atténuer la douleur et l'anxiété en faisant baisser le taux de cortisol – hormone associée au stress. En outre, en libérant des endorphines qui ont des propriétés à la fois calmantes, analgésiques et euphorisantes, l'effet relaxant est amplifié. Tout ceci est alors bénéfique chez les enfants porteurs de TSA qui présentent régulièrement ces dysfonctionnements.

La musicothérapie consiste en une utilisation judicieuse et structurée de la musique comme outil thérapeutique de base pour rétablir, maintenir ou améliorer le bien-être physique, émotionnel, social, cognitif et psychologique d'un individu, tant de choses qui sont perturbées chez le sujet autiste. Dans la relation entre le patient et le thérapeute, la musique est un média qui permet une relation de triangulation où la médiation musicale constitue le lieu du transfert. Les projections et les identifications se font sur la médiation, et non sur la personne : il n'y a donc pas de confusion identitaire. Les instruments, toujours très variés dans un espace de musicothérapie sont en outre souvent très attractifs pour un enfant, qu'il soit porteur de TSA ou non. Ainsi, le patient ira plus facilement à la découverte de la pièce dans le but d'explorer, de toucher et de produire un son. Et de fait, sans le savoir, il va faciliter l'interaction avec l'autre ainsi que l'expression de soi.

De plus, parler de musicothérapie, c'est parler de communication puisque l'effet de la musique agit à travers la communication établie au sein de la relation thérapeutique. Le chanteur Mika, autiste lui-même, précise un jour « La musique m'a aidé à me réintégrer au monde ». En effet, la musique étant une forme de communication non verbale, elle demeure un moyen privilégié pour entrer en contact avec les enfants éprouvant des difficultés à communiquer. D'autre part, la musique a été reconnue comme un renforçateur naturel, c'est-à-dire ici que grâce à cette thérapie, l'enfant va pouvoir consolider des compétences non spécifiquement travaillées en musicothérapie. Cela se révèle donc être un outil polyvalent capable de refléter les habiletés individuelles de chacun.

Mis à part le fait que la musique captive et retient l'attention, elle stimule plusieurs régions cérébrales, notamment celles qui dirigent la mémoire et les émotions, ce qui n'est pas négligeable pour des pathologies relevant du spectre autistique. Elle permet également au patient d'entrer en contact avec le noyau de son être et de faciliter l'accès à ses ressources personnelles. BENENZON²⁷, grand personnage de la musicothérapie, parle même d'une « psychothérapie non verbale qui utilise les expressions corporo-sonoro-non verbales pour développer une relation », le but de tout travail avec un enfant porteur de TSA. Son approche de la musicothérapie donne ainsi une grande part au non verbal et au silence mais pour autant il ne cherche pas à opposer le non verbal au verbal mais plutôt à mettre en avant tous ces phénomènes contigus au langage verbal.

3.2. Le monde sonore de l'enfant porteur de troubles du spectre autistique

L'intérêt que portent les parents aux conduites sonores de leur enfant est toujours très élevé et est souvent à l'origine des premières productions verbales. Pour l'enfant dès la naissance, le cri est le seul outil qui lui permette d'être à égalité avec l'adulte, c'est pourquoi il le développe et l'utilise différemment selon ses envies et besoins. Chez l'enfant autiste qui utilise sa voix, le cri est souvent perçu par les parents comme très aigu, assourdissant et éprouvant ou à l'inverse, il produit des formes de chantonement qui semblent l'apaiser et qui rythment souvent son quotidien. Ces dernières sont en général justes et précises : reproduction de mélodies connues, mélodies personnelles... Mais il est surtout à noter que le cri a une extrême importance et n'est pas sans signification, bien au contraire. En effet, il est le fondement d'un espace sonore car il est mentalisé, il est une réponse à quelque chose, un moyen d'expression. Le musicothérapeute pourra donc s'en servir et partir par exemple sur des jeux de modulations du cri, en partant du « cri initial » de l'enfant. On est là encore dans un domaine qui utilisera l'imitation puisque le thérapeute va imiter le cri de l'enfant puis le faire évoluer dans le but que l'enfant devienne alors imitateur et à son tour reproduise ces sons.

LECOURT²⁸ a mené des études visant à « caractériser des profils de comportements sonores et musicaux observables chez ces jeunes ». Dans cette étude, elle se concentre principalement sur le rapport intérieur/extérieur, la captation sonore, la perte sonore et la relation à l'objet sonore. Il en ressort que les troubles du spectre autistique regroupent des

²⁷ R-O. BENENZON *La musicothérapie : la part oubliée de la personnalité*. Ed De Boeck, 2004

²⁸ E. LECOURT *Cris, chantonements et autres manifestations vocales chez des enfants à conduites autistiques* dans M-F. CASTAREDE et G.KONOPCZYNSKI – *Au commencement était la voix*. Ed Eres, 2005

pathologies qui ne permettent pas d'accéder aux protections nécessaires qui font du sonore un matériel d'expression et de communication (rapport intérieur/extérieur). De plus, l'intérêt qu'ils peuvent porter à un son n'est pas celle attendue et provoque chez eux de la sidération avec un son qui peut être senti comme « passeur » c'est-à-dire qui produit une ouverture, ou ressenti comme sidérant (captation sonore). Les enfants autistes explorent l'acoustique des pièces dans lesquelles ils se trouvent et sont ainsi très sensibles à l'écho. Nous avons pu remarquer ceci pendant nos observations auprès de cette population grâce à deux cymbales frappées l'une contre l'autre puis placées – lorsqu'elles produisent encore des vibrations – de part et d'autre des oreilles de l'enfant. Ce dernier a réagi fortement, s'est bouché les oreilles, a cherché la source du son, etc. En règle générale, il ne réagissait pas forcément aux sons des autres instruments, mais cet effet d'écho a provoqué un changement d'attitude chez lui. Dans cette situation, le retour du son est particulier et vécu comme enfermé et très proche de lui-même. Le musicothérapeute a donc un but précis avec ces enfants-là, celui de créer une relation avec l'objet sonore, peu importe l'instrument et ses caractéristiques sonores, à savoir la hauteur (grave/aigu), le timbre, l'intensité (fort/faible) et la durée.

Les enfants porteurs de TSA sont très souvent sensibles au chantonnement ; cela peut aller de la simple reproduction de la mélodie entendue à des variations et/ou des improvisations. Toutefois, nous pouvons noter que les enfants ayant bénéficié de musicothérapie utilisent plus fréquemment le chantonnement. Il est aussi intéressant de préciser que chaque type de musique proposée déclenche une réaction différente chez l'enfant. Par exemple, une berceuse provoque des comportements d'intérêt, de calme, de rapprochements physiques alors qu'un chœur d'hommes provoque plutôt une grande attention, accompagnée d'une réaction de surprise, des réactions sonores et la tentative de reproduire ces sons dans leur propre corps. Le timbre n'est pas là l'élément que les enfants perçoivent mais ils semblent plutôt se fier à la « dureté et à la résonance » de l'extrait musical.

Arrêtons nous maintenant sur la distinction, dans le cadre de la musicothérapie, entre les enfants ayant l'usage de la parole et ceux qui ne l'ont pas ou sont au stade de mots-sons ou mots isolés. Dans son étude, LECOURT arrive aux conclusions suivantes : « la présence de la parole ne différencie pas le niveau de structuration musicale mais [...] les distinctions sont plus nettes sur la captation sonore et la perte sonore ». Cela signifie alors que les enfants avec chantonnement ont des résultats supérieurs à ceux qui ont la parole.

3.3. Spécificités pratiques de l'environnement

Dans sa théorie du concept de l'Iso (identité sonore), BENENZON²⁹ porte une attention particulière à l'espace où exerce le musicothérapeute. Il définit trois espaces possibles au développement de cette technique à savoir un cabinet, la nature, ainsi que le milieu aquatique. Ces deux derniers, en extérieur, sont riches au niveau de l'analyse et de l'interprétation que pourra faire le patient de ce qu'il entend naturellement dans ces milieux. Une prise en charge dans de telles conditions, bien que probablement très bénéfique, est toutefois difficile à mettre en place pour des enfants autistes.

Nous aborderons ici les particularités que doit posséder le cabinet du thérapeute pour être dans les meilleures conditions qui soient pour un enfant porteur de Troubles du Spectre Autistique. La première précaution à prendre est l'isolation acoustique de la salle afin que les sons qui en proviennent soient agréables à entendre et à écouter pour l'enfant. De plus, une telle isolation permettra d'éviter les interférences sonores avec l'extérieur et donc créera une unité où l'enfant pourra se sentir à l'aise et donc pourra laisser aller ses émotions et s'écouter lui-même.

La surface du cabinet est également un élément important : il ne doit pas être trop vaste car cela provoquerait chez le patient la dispersion et la perte de notion d'espace ; l'enfant s'y sentirait perdu et ne parviendrait pas à établir les repères essentiels à son bien-être. A l'inverse, la pièce ne doit pas être trop petite car les déplacements doivent être possibles et faits de manière aisée afin de favoriser l'expression de soi. Par ailleurs, il est préférable de ne pas décorer les murs pour supprimer les stimuli et concentrer toute l'attention sur l'aspect sonore et le mouvement, d'autant plus que les capacités de concentration sont souvent perturbées chez ces patients.

S'agissant des rituels lors d'une séance de musicothérapie avec un enfant autiste, nous retrouverons souvent une chanson qui servira de repère à l'enfant, c'est-à-dire qu'à chaque début de séance, nous l'écoutons ou la chantons ensemble. De même, une autre chanson déterminera la fin de la séance. Ces comptines ou chansons peuvent également être accompagnées de gestes ou d'une petite chorégraphie car la musique encourage souvent le mouvement.

²⁹ R-O. BENENZON *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'Iso*. Ed du Non Verbal, 1992

Partie II
PARTIE PRATIQUE

I. Spécificités de prise en charge des enfants étudiés

1. Le service

Nous avons effectué notre stage d'observation et de mise en place de notre protocole au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de l'hôpital Lenval à Nice. Ce dernier a été ouvert le 1^{er} août 1980 et accueille tous types de déficiences et de handicaps, sans autre indication. Afin de rendre compte du travail d'un tel service, nous faisons part ici de la file active de 2012 qui comptait 360 enfants suivis. La capacité d'accueil dépend évidemment des différents intervenants mais surtout des besoins de chaque patient (spécificité de la prise en charge, fréquence des rendez-vous par semaine...).

Les CAMSP ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans et sont souvent installés dans les locaux des centres hospitaliers ou dans d'autres centres accueillant de jeunes enfants. Les CAMSP peuvent être polyvalents ou spécialisés dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap. D'un point de vue législatif, c'est la loi n°75-534 d'orientation du 30 juin 1975 qui a prévu la création des services spécifiques adaptés que sont les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce.

La totalité des interventions réalisées par les CAMSP est prise en charge par l'Assurance Maladie. Pour son fonctionnement, le CAMSP est financé à 80% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et à 20% par le Conseil Général par l'intermédiaire d'une dotation globale. Les parents ont directement accès aux CAMSP, sans notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Les parents qui envisagent l'admission de leur enfant au CAMSP, peuvent prendre contact directement avec la structure. En plus du dépistage et de la prise en charge des enfants, les CAMSP proposent les services suivants que sont la mise en place d'actions préventives spécialisées ainsi que la guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requise par l'état de l'enfant au cours des consultations ou à domicile. L'ensemble de ces services ont pour objectif de favoriser l'adaptation sociale et éducative de l'enfant, en lien avec les parents. L'enfant suivi par l'équipe d'un CAMSP peut fréquenter l'école maternelle à temps plein ou à temps partiel. C'est par la rédaction d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) que vont être envisagées les modalités adaptées de la scolarisation. Le CAMSP travaille donc en réseau avec l'équipe pédagogique et éducative de l'établissement scolaire.

Revenons-en spécifiquement au CAMSP de Lenval de Nice. Au sein de ce service, nous retrouvons une équipe pluridisciplinaire se composant de :

- un médecin neuropédiatre, chef de service,
- quatre orthophonistes,
- deux neuropsychologues/psychologues,
- trois psychomotriciennes,
- une musicothérapeute,
- deux kinésithérapeutes,
- un pédopsychiatre,
- une art-thérapeute,
- une éducatrice technique.

La prise en charge est adaptée à la pathologie de chaque enfant mais se décline généralement sous forme de prise en charge individuelle ou en groupe – avec un ou plusieurs thérapeutes. Ainsi le CAMSP propose des suivis purement thérapeutiques dans les domaines cités précédemment. Il existe également d'autres activités comme le groupe hebdomadaire de piscine ou encore le groupe appelé GPS qui consiste à former un groupe-classe avec une dizaine d'enfants afin de les sensibiliser à l'environnement scolaire et/ou de renforcer le comportement à adopter lorsqu'ils se trouvent en classe.

Pour être au plus proche du suivi et afin de pouvoir adopter des mesures cohérentes en fonction de l'évolution des patients, le médecin chef de service rencontre régulièrement les parents et l'enfant afin de faire le point : consultation médicale, compte-rendu des différentes prises en charge... Ces rencontres se font généralement deux fois dans l'année. Elles représentent un soutien indispensable pour les familles, qui sont très souvent en détresse face au handicap de leur enfant.

Suite aux interventions proposées au CAMSP qui allie les prises en charge en orthophonie et en musicothérapie, nous avons décidé d'effectuer notre stage au sein de ce centre et d'y développer notre protocole. En effet, sa richesse thérapeutique nous a convaincues et nous a donné envie d'intégrer cette équipe pluridisciplinaire le temps de la réalisation de ce mémoire.

2. Les interventions thérapeutiques

Nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, chaque enfant porteur de TSA est différent, ce qui implique alors que la prise en charge soit différente pour chacun. Celle-ci est basée principalement sur l'adaptation du thérapeute en fonction des capacités de l'enfant et de ses aptitudes générales. Nous allons ici nous intéresser aux spécificités thérapeutiques en fonction de l'acquisition ou non du langage oral chez l'enfant.

2.1. Interventions en orthophonie

« L'enfant avec autisme, qu'il soit verbal ou non-verbal, présente un fonctionnement si différent qu'il doit conduire l'orthophoniste à penser autrement son travail. Ainsi, ce dernier devra adopter une attitude de communication positive pour décoder le mode de communication de l'enfant autiste et le reconnaître comme un *être communicant* »³⁰. Alors, le thérapeute doit toujours se rappeler que le comportement des enfants porteurs de TSA correspond à leur logique propre, elle-même issue de leur façon particulière d'appréhender le monde.

2.1.1. Chez les enfants sans langage oral

Même si l'enfant n'a pas acquis le langage verbal, la prise en charge aura pour objectif, à long terme, l'acquisition des aptitudes et compétences essentielles aux communications expressive et réceptive. Le travail vise donc à développer les compétences communicatives de l'enfant et à asseoir les bases sur lesquelles pourra se construire le langage... Avant toute chose, l'objectif du thérapeute sera d'établir un lien, de quelque manière qu'il soit, avec l'enfant. Pour ce faire, l'orthophoniste va devoir trouver ce qui motive l'enfant et ainsi faire en sorte de lui donner envie de venir aux séances. Ceci aidera le développement de l'interaction entre l'enfant et l'adulte. Il n'y a pas d'ordre à respecter avec les enfants porteurs de TSA car tous les domaines sont à travailler : la perception, les pré-requis, les versants expressif et réceptif de la communication...

Même si l'enfant ne parle pas, nous avons une multitude d'activités variées à lui proposer : nous serons là pour verbaliser ce qu'il ne peut pas faire et traduire ses faits et gestes par notre parole. Toutefois nous ne devons pas « noyer » l'enfant de mots. Nous ne cherchons pas à ce qu'il répète ce que nous disons mais plutôt à ce qu'il prenne goût à la communication. En

³⁰S. COMPOINT-DUFLO et M. ROBIN-MATHIEU - *L'enfant psychotique : de la relation dyadique au groupe de quatre* (Glossa n°91, p 24-30), 2005.

effet, lorsqu'il y aura pris plaisir, au bout d'un moment la parole lui manquera car la communication non verbale a des limites et ne permet pas de tout exprimer. Avec un enfant sans langage oral en orthophonie, nous pourrions ainsi par exemple proposer des encastrements, des puzzles et autres jeux divers qui ne nécessitent pas forcément l'utilisation de la parole par l'enfant. Nous pouvons aussi jouer aux marionnettes pour travailler indirectement les relations à autrui. Les enfants sans langage oral sont également souvent réceptifs à la lecture d'histoires. Nous pouvons alors nous servir de ce qu'il désigne pour y mettre des mots. Il est très important de travailler le relationnel, en cherchant à se faire accepter par l'enfant et en cherchant à l'intéresser par ce que nous lui proposons. Tous ces travaux seront effectués en parallèle des éléments indispensables à travailler dans les cas de troubles du spectre autistique (comme l'attention conjointe, l'imitation...). Ainsi nous pouvons par exemple travailler les émotions avec des reproductions de mimiques et grimaces associées à des photos ou autres.

2.1.2. Chez les enfants avec langage oral

Nous allons, par exemple, chercher à enrichir le stock lexical. En effet, l'enfant développe l'envie de parler, nous devons donc lui fournir des outils pour l'aider. Ainsi avec ces enfants, nous allons faire des lotos, des mémorys, de l'évocation sur images, des jeux d'appariement, de la désignation et de la dénomination... Dans toutes les activités que nous proposerons, nous favoriserons la verbalisation un maximum pour que l'enfant s'enrichisse d'un bain de langage sans pour autant le noyer de parole comme dit précédemment.

Nous allons également nous atteler à travailler la compréhension du langage oral qui est capitale. En effet, la compréhension et l'expression s'étayent et vont de paire : si l'une se renforce, l'autre fait de même. Ce travail est donc indispensable. Il commence tout simplement par la vérification de la compréhension et de l'exécution d'ordres simples. Ceci se travaillera sur de simples échanges au cours desquels l'orthophoniste, pour s'assurer que l'enfant comprend bien ce qui est demandé, devra veiller à ne pas accompagner toutes ses paroles de gestes complémentaires. En effet, ceux-ci pourraient guider l'enfant dans la compréhension du message, or le thérapeute cherche justement à ce que l'enfant comprenne de lui-même le message verbal. Le travail de la compréhension du langage oral pourra également se faire par le biais de jeux de placement, de jeux de reconnaissance d'images à partir de phrases plus ou moins complexes...

Attention toutefois, ce travail langagier ne doit pas aller à l'encontre des autres difficultés que présente l'enfant porteur de TSA. En effet, le thérapeute veillera à travailler également

sur les autres altérations que présente l'enfant, comme par exemple un défaut du regard... De même, l'accompagnement dans les autres domaines doit se dérouler en parallèle pour permettre une meilleure cohésion.

2.2. Interventions en musicothérapie

2.2.1. Chez les enfants sans langage oral

La musicothérapie est un biais bénéfique chez l'enfant qui n'a pas encore acquis la parole. En effet, bien que ce dernier puisse s'exprimer, la musique peut lui apporter un soutien très important. La musicothérapie représente un support qui peut développer ses habiletés à s'exprimer. Tout son traité par le système auditif est ensuite traité par différentes parties du cerveau : certaines de ces parties sont communes à la musique et au langage et d'autres sont spécifiques à la musique. Ainsi, par ces diverses stimulations, la musicothérapie est connue pour faciliter l'expression quand le langage n'est pas présent. En effet, prendre un instrument et taper de telle ou telle façon sera le moyen de faire passer un message pour l'enfant. Il peut exprimer ce qu'il ressent par des sons plus ou moins forts, plus ou moins rapides... Le thérapeute lui propose alors différents instruments qui lui offriront plusieurs axes d'expression. Le simple choix de ce dernier est une forme significative pour l'enfant. Le thérapeute doit donc s'adapter aux choix de l'enfant et être à l'écoute de ce dernier pour mettre en place un échange et construire quelque chose ensemble.

Le musicothérapeute pourra également proposer l'écoute de chansons et comptines ; ceci constituera les prémisses du langage rythmique. L'enfant, n'ayant pas le support langagier pourra toutefois murmurer la mélodie. Ce murmure, bien que sans parole, permettra de travailler le rythme des mots et leur enchaînement, et constituera donc également une approche langagière. Ceci constitue déjà un mode de communication interactive avec l'autre puisque l'enfant prend part au monde extérieur, l'analyse et le reprend. Pour travailler les autres domaines relatifs aux TSA, nous pourrons jouer ensemble sur le même instrument (travail de la relation) ou reprendre tour à tour des rythmes semblables (travail de l'imitation)... tout en maintenant un contact oculaire. En effet, le contact est essentiel pour mettre en place une relation de confiance entre l'enfant et le thérapeute.

2.2.2. Chez les enfants avec langage oral

Ici, le langage oral sera le moyen de profiter pleinement de l'aspect musical et pourquoi pas d'accompagner la production de l'enfant à sa parole. Nous pouvons lui proposer des

chansons, des comptines musicales. L'enfant pourra également décrire ce qu'il fait simultanément à l'utilisation des instruments mais aussi décrire ce qu'il entend. Ce sera alors ici l'occasion de dire s'il aime ou non les bruits ; ou ce que lui évoquent ces bruits. Tout ce travail s'ajoute à celui qui est fait également lorsque l'enfant n'a pas encore acquis le langage oral.

II. Protocole

A partir de nos lectures et de ce que nous avons pu remarquer au cours de nos stages, nous avons décidé d'établir notre propre protocole, basé sur des observations précises et des mises en situation d'épreuves, évaluant des domaines souvent déficitaires chez les enfants porteurs de TSA. Dans un premier temps, cela nous a permis de déterminer si l'enfant était verbal ou non verbal. Ensuite, cela nous a permis des renseignements sur son comportement face à la communication, que celle-ci soit verbale ou non. La relation à l'autre nous paraissait ici très importante et a été l'objet d'observations précises chez ces six enfants. Enfin, nous nous sommes intéressées à quatre comportements sémiotiques spécifiques, choisis suite à nos observations et souvent considérés comme altérés chez les enfants porteurs de troubles du spectre autistique. Nous avons pris soin ici de ne pas intégrer d'épreuve purement verbale afin de ne pas pénaliser les trois enfants non-verbaux de notre étude.

Nous avons choisi de proposer le même protocole aux enfants avec et sans langage. Nous avons ainsi pu analyser si les premiers étaient plus réceptifs à l'orthophonie et les seconds plus réceptifs à la musicothérapie. Il était important pour nous de les tester sur les mêmes épreuves pour que la comparaison soit réelle et non adaptée aux différentes capacités de chacun.

Pour plus de précision, nous avons décidé d'orienter notre protocole sous forme de grilles d'observation. Cette dernière est scindée en trois parties que nous allons maintenant développer.

1. Actes locutionnaires

Cette grille a pour but principal de déterminer si l'enfant a acquis le langage verbal et si tel est le cas, à quel niveau de compétences se situe-t-il. Il s'agit ici d'une observation clinique de différents éléments. Nous nous intéressons donc aux points suivants :

- Intelligibilité verbale globale

Nous cherchons ici à savoir si l'enfant est dans la possibilité de communiquer et de faire passer un message par le biais verbal. Si oui, présente-t-il un jargon ou est-il compréhensible dans sa parole ?

-
- Possibilité d'utiliser du lexique

Nous nous intéressons là au stock lexical de l'enfant. Est-ce que ce dernier utilise des mots adaptés au contexte ou répète-t-il des mots qu'il connaît sans rapport avec la situation présente ? Nous nous demandons ici si le patient dispose de manière suffisante d'un vocabulaire adapté pour exprimer ce qu'il désire.

- Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané

Dans ce domaine, nous cherchons à savoir si l'enfant peut utiliser son langage verbal dans le but d'un échange avec l'autre et non uniquement pour exprimer une demande ou un besoin. Est-il sensible aux questions que nous lui posons et peut-il y répondre ?

- Possibilité de structurer des phrases, même simples

Ici, nous observons plus spécifiquement la qualité du langage verbal. Est-ce que l'enfant est capable d'utiliser une structure syntaxique correcte ?

Si l'enfant est sans langage verbal, alors tous ces items seront cochés « non ». En revanche, un enfant qui utilise le langage verbal n'aura pas uniquement des réponses positives dans cette grille. Ceci nous donnera alors une idée de l'avancement de son langage et surtout de l'utilisation qu'il peut en faire. Dans la suite de notre analyse, les éléments de cette grille ne seront pas comptés dans nos résultats ; ils sont uniquement présents pour nous renseigner sur les capacités de langage oral de l'enfant.

2. Comportements face à la communication

Dans cette grille, nous testons les différents points en orthophonie et en musicothérapie. Les observations sont les mêmes et ne sont pas spécifiques à un des deux domaines, mais nous voulons mettre en évidence le comportement de l'enfant en fonction de son environnement et des modalités de la prise en charge.

- Intentionnalité manifestée vers autrui

Nous nous intéressons ici à la communication de l'enfant. Est-il capable de venir vers l'autre et d'échanger ? Il peut s'agir ici d'un intérêt quelconque ou d'une demande spécifique. L'essentiel est de déterminer si l'enfant est capable de venir vers autrui.

- Plaisir à communiquer de manières verbale et/ou non-verbale

Suite au point précédent, nous déterminons alors si l'enfant prend du plaisir ou s'il communique uniquement dans les moments durant lesquels il a besoin d'une aide extérieure. S'il a acquis le langage oral, va-t-il parler uniquement pour demander quelque chose ou va-t-il utiliser la parole sans but précis de communication ? Le plaisir de communication peut également être montré sans utilisation verbale de la part de l'enfant : regard expressif, geste, recherche d'un échange...

- Efficacité de l'interaction

Nous déterminons ici si l'enfant parvient à faire passer son message, peu importe son mode d'expression. Arrive-t-il à se faire comprendre ?

- Réagit aux changements de comportement de l'autre

Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, l'enfant autiste est « dans son monde » et souvent, ne s'intéresse pas ou peu à l'autre. C'est ce que nous cherchons à voir ici. L'enfant est-il capable de réagir à un changement qui s'opère autour de lui ? Nous ne cherchons pas forcément à ce qu'il vienne nous rejoindre mais par exemple va-t-il lever la tête ? Nous regarde-t-il ? Stoppe-t-il son activité ? Montre-t-il, par quelque moyen que ce soit, un changement dans son comportement qui insinuerait qu'il a remarqué une modification autour de lui.

- Proxémique adaptée

Selon le dictionnaire, la proxémique est « l'étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leurs relations, et des significations qui s'en dégagent ». Nous nous intéressons alors à la distance entre les interlocuteurs et à l'attitude corporelle qu'adopte l'enfant dans les différentes situations. Respecte-t-il les normes habituelles ?

- Regard adapté

Nous l'avons déjà évoqué, la vue est un sens particulièrement altéré chez l'enfant porteur de TSA. Le regard vers l'autre s'en trouve modifié et nous cherchons ici à savoir si c'est le cas et de quelle manière cela se traduit : le regard est-il présent ? Si oui, est-il trop proche ? Est-il mal dirigé ?

3. Comportements sémiotiques verbaux et non-verbaux

Dans cette grille, nous avons voulu évaluer spécifiquement quatre domaines importants dans le cadre des Troubles du Spectre Autistique. En effet, ces éléments sont souvent altérés et représentent donc une part importante dans le travail de prise en charge chez ces enfants, en orthophonie comme en musicothérapie. Nous avons donc choisi des épreuves différentes – une en orthophonie et une en musicothérapie – qui testent les mêmes capacités afin de montrer les aspects spécifiques de chaque domaine. Cela montre aussi que ces deux thérapies effectuent un travail croisé en abordant les mêmes particularités, mais ce par des moyens différents.

- Capacité d'imitation

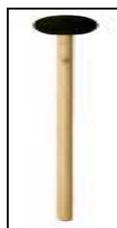
En orthophonie, nous avons choisi d'évaluer l'imitation par une épreuve de graphisme. Après avoir donné un feutre à l'enfant, nous en prenons un aussi et nous faisons des points sur une feuille, sans représentation précise. Il s'agit alors de voir si l'enfant prend l'initiative de nous imiter et de faire lui aussi des points sur la feuille.

En musicothérapie, l'imitation est basée sur de la reproduction de rythmes. Lorsque l'enfant utilise un instrument, quel qu'il soit, nous le rejoignons et jouons une structure rythmique simple inspirée du test de Mira Stambak (ce test étant étalonné uniquement à partir de cinq ans) et nous observons sa réaction et notamment s'il va reproduire ce qu'il a entendu ou n'en tiendra pas compte.

- Utilisation d'objets usuels

En orthophonie, nous proposons à l'enfant une réplique de téléphone portable sous forme de jouet et nous observons sa réaction. Tape-t-il sur les touches ? Le porte-t-il à l'oreille ? Si oui, s'exprime-t-il ensuite ?

En musicothérapie, nous essayons de déterminer s'il est capable de jouer correctement du tambour lorsque nous lui proposons des baguettes. Ces dernières se présentent sous la forme de bâtons de bois contenant, à l'une des extrémités, une boule en caoutchouc servant à taper sur le tambour. La baguette doit donc être tenue par le bon côté, c'est-à-dire celui sans la boule. L'enfant tape-t-il de cette manière sur le tambour ?



Type de baguette utilisée lors de l'expérience

- Intérêt pour une activité de distraction

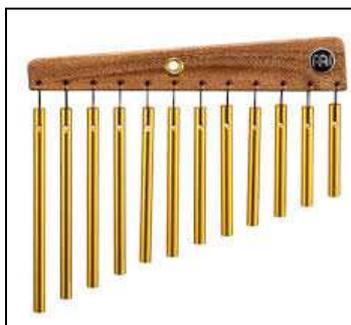
En orthophonie, nous attendons que l'enfant pratique une activité seul (puzzle, jeu d'encastrement, marionnettes, dînette...). Nous choisissons, lorsque l'enfant est occupé, une autre activité et nous la réalisons sans appeler l'enfant. Nous cherchons alors à observer sa réaction et notamment à savoir si l'enfant va nous rejoindre de lui-même et abandonner son activité. Cela sera possible uniquement si l'enfant se rend compte de la distraction que nous avons mise en place.

En musicothérapie, nous attendons que l'enfant soit occupé à une quelconque activité, sans nous. Lorsque c'est le cas, nous choisissons un instrument et nous jouons, sans appeler l'enfant spécifiquement. Nous voulons en effet savoir si ce changement va provoquer chez lui une réaction ? Va-t-il se rendre compte de l'aspect changeant de la situation et va-t-il nous rejoindre ? S'il ne le fait pas, stoppe-t-il quelques instants son activité pour nous regarder ou continue-t-il sans réagir à la distraction ?

- Réaction à l'interruption d'une activité

En orthophonie, cette expérience – inspirée du phénomène de permanence de l'objet, décrit par Piaget – se base sur l'utilisation d'une balle en plastique. Nous jouons ensemble avec cette dernière et brusquement, nous cachons la balle. L'intérêt est alors d'observer comment réagit l'enfant suite à cette soudaine disparition et donc l'interruption de l'activité en cours. Va-t-il chercher l'objet ? Manifeste-t-il une émotion particulière ? Si oui, de quelle manière le fait-il ?

En musicothérapie, nous jouons du chimes – également appelé rivière – seule ou avec lui. Il s'agit d'un instrument à percussions composé de tubes en métal de longueurs différentes, tenus par une barre. La matière métallique produit un son chromatique et cristallin souvent très apprécié des enfants porteurs de TSA. L'expérience consiste donc à jouer de cet instrument et à brusquement stopper son utilisation. Nous observons alors la réaction de l'enfant. Montre-t-il son désaccord ? Si oui de quelle façon ? Cherche-t-il à jouer pour continuer le son ? Nous demande-t-il de continuer ?



Chimes : instrument utilisé lors de l'expérience

4. Grille de passation

Nous avons rassemblé ces différentes observations et épreuves sur une grille que nous présentons à la page suivante. Dans un souci pratique nous utilisons les lettres O et M pour parler respectivement de l'orthophonie et de la musicothérapie.

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O			
	M			
Possibilité d'utiliser du lexique	O			
	M			
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O			
	M			
Possibilité de structurer des phrases même simples	O			
	M			

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O			
	M			
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O			
	M			
Efficacité de l'interaction	O			
	M			
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O			
	M			
Proxémique adaptée	O			
	M			
Regard adapté	O			
	M			

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques			
	M : rythme			
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone			
	M : baguettes			
Intérêt pour une activité de distraction	O			
	M			
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée			
	M : arrêt du son de l'instrument			

III. La population étudiée

Lors de notre travail, nous avons pu suivre plus spécifiquement six enfants pris en charge au sein du CAMSP de Lenval et ainsi les faire participer à notre expérimentation. Il s'agit de Léa, Aurélien, Maxime, Alexis, Jérémy et Vincent. Dans un souci de respect médical et de confidentialité, les prénoms des enfants ont été modifiés tout au long de ce travail. Pour chacun des six, l'histoire médicale, les bilans au début de la prise en charge ainsi que la situation actuelle seront présentés.

1. Les enfants sans langage oral

1.1. Aurélien

1.1.1. Histoire de la maladie et antécédents médicaux

Aurélien, né le 14 décembre 2008, était âgé de quatre ans lors de la passation de nos épreuves. Il est traité depuis sa première année pour une épilepsie. A la naissance, du fait de crises convulsives et de particularités morphologiques – petite taille, doigts et orteils longs, implantation capillaire basse sur le front – des tests génétiques et endocrinologiques ont été effectués mais aucun diagnostic n'a pu être posé pour le moment. Ainsi, sa pathologie n'a pu être déterminée de manière précise. Ajoutons que, petit, Aurélien pleurait dès qu'on le touchait. Par ailleurs, l'enfant est suivi pour des troubles visuels, qui vont probablement évoluer vers une myopie.

Aurélien a consulté au CAMSP pour la première fois en janvier 2011 donc à l'âge de deux ans et un mois car ses parents s'inquiétaient de son comportement.

1.1.2. Entourage de l'enfant et situation scolaire

Aurélien vit avec ses deux parents, il est fils unique. Sa mère travaille dans le tourisme et son père est intermittent du spectacle.

Actuellement, il est scolarisé en Petite Section de Maternelle où il est accompagné d'une Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle. La scolarisation se déroulerait relativement bien.

1.1.3. Symptomatologie de l'enfant lors des différents bilans d'entrée

Au moment des bilans, Aurélien allait à la crèche trois jours par semaine et les parents précisait qu'il restait à l'écart des autres enfants (groupe d'enfants plus jeunes que lui) et ne suivait pas les consignes. Les parents évoquaient un comportement particulier et une absence de recherche de contact de l'autre. Il faisait uniquement ce qu'il voulait et supportait mal les demandes, probablement par le fait d'un manque de compréhension. Par ailleurs, il touchait tout ce qui pouvait être à sa portée et portait beaucoup les objets à la bouche. Les parents refusaient depuis peu de le mettre devant la télé car cela le captivait trop et il refusait de l'arrêter par la suite. La séparation ne posait aucun problème pour Aurélien.

Lors du bilan orthophonique, la mère précisait que vers l'âge de six mois, Aurélien babillait beaucoup, puis ils ont constaté un arrêt de l'évolution langagière ; ils attribuaient cette régression au début du traitement antiépileptique. Au moment du bilan, le babillage était peu fréquent ; la mère décrivait des praxies labiales ainsi que quelques sons comme [pa] et [ta] qui seraient les mêmes depuis ses six mois. En outre, Aurélien disait « papa » pour s'adresser à ses deux parents. Durant l'entretien, il babillait en effet légèrement mais il le faisait surtout en dehors des moments d'interaction. Il ne répétait pas les onomatopées. La compréhension du langage oral semblait très difficile. En effet, Aurélien ne répondait pas à son prénom et ne réagissait pas au « non » ni aux ordres simples comme « donne ». Il pouvait se diriger vers un objet uniquement si la consigne verbale était accompagnée d'un pointage insistant. Tout au long du bilan, Aurélien s'était intéressé à des détails inhabituels pour un enfant. Il reculait si on s'approchait de lui, rendant difficile tout échange avec lui. Il laissait tomber les jeux qu'il avait en mains et ne les ramassait pas toujours. Il n'utilisait pas les gestes sociaux à bon escient (brosse et feutre portés à la bouche, téléphone tenu à l'envers...). Il ne jouait pas avec ce qui lui était proposé et ne montrait pas non plus d'intérêt pour les livres. Face à une clochette que l'on agitait, il était attentif et souriant. Si on enlevait cette dernière du champ visuel (objet caché), il pleurait mais ne la cherchait pas et ne regardait pas non plus dans sa direction : la notion de permanence de l'objet ne semblait donc pas encore installée. Aurélien interagissait peu avec ses interlocuteurs ; les regards et les sourires étaient rares et il ne cherchait à aucun moment l'attention de l'adulte. L'attention conjointe était possible, bien que non systématique et limitée dans le temps. Aucun pointage et aucune imitation n'étaient possibles. Il supportait difficilement la frustration et pleurait en réaction à une situation qui ne lui convenait pas. Nous notons également des moments de courtes et intenses crispations corporelles, sortes de « décharges toniques ». En conclusion de ce bilan, nous avons donc évoqué un trouble de la communication et des échanges.

Lors du bilan de musicothérapie, le jeune garçon n'explorait pas les instruments ; il en faisait une utilisation atypique et les portait à la bouche. Il exprimait peu de réactions au timbre, à la hauteur et à l'intensité. Aurélien ne portait que peu ou pas de regard direct à l'autre, en revanche, il avait besoin et recherchait le contact physique – par des mouvements souvent maladroits. En termes d'interactions sociales, quelques mimiques étaient relevées et il émettait quelques sons vocaliques, bien que ceux-ci soient toujours identiques. Aurélien ne jouait pas. Il présentait des difficultés relationnelles et ne semblait pas comprendre les consignes. L'imitation n'était pas possible. La réceptivité à la musique n'a pu être réellement évaluée mais une prise en charge en musicothérapie était jugée bénéfique compte tenu des particularités relationnelles d'Aurélien.

Le bilan de psychomotricité révélait un retard important associé à des particularités comportementales. Les difficultés se portaient à la fois sur le développement locomoteur et posturo-moteur ainsi que sur la préhension et la coordination visuo-manuelle. En effet, il avait du mal à s'asseoir seul sur une chaise, il ne courrait pas... De plus, il ne construisait rien avec les objets qu'il avait en mains et l'encastrement n'était pas possible.

Le bilan neuropsychologique s'est déroulé plus tard, Aurélien était alors âgé de trois ans et un mois et bénéficiait depuis quelques mois de prises en charge en orthophonie, en musicothérapie, en psychomotricité et en pédopsychiatrie. Lors de l'entretien avec le père, celui-ci soulignait une légère évolution chez son fils. Il mentionnait l'apparition de quelques intonations dans la voix et le début de la reproduction de certains sons. De plus, les règles pouvaient être mieux intégrées, même s'il était toujours nécessaire de les répéter à plusieurs reprises. Le « non » n'était pas forcément pris en compte. Il n'existait pas de crise de colère, mais Aurélien était toutefois en mesure de manifester son désaccord. Le bilan montrait que la communication était très limitée ; il ne répondait pas aux sollicitations de l'autre et l'attention conjointe était impossible. Les interactions sociales étaient inexistantes : il souriait lorsqu'il entendait de la musique, mais hormis cela, aucune réaction à ce qui se passait autour de lui n'était visible. De ce fait, les émotions exprimées étaient pauvres et se limitaient à quelques sourires. Les intérêts étaient plutôt restreints, Aurélien n'explorait pas et s'arrêtait aux seules stimulations visuelles, souvent très intéressé par des détails qu'il avait du mal à occulter. L'imitation n'était pas possible. L'échelle du C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale = Echelle d'évaluation de l'Autisme Infantile) lui a été proposée et a révélé un score global de 48, correspondant à un autisme sévère. Les troubles autistiques étaient alors particulièrement marqués dans les domaines touchant la communication, les interactions et le comportement. Les réactions sensorielles étaient inadaptées en modalité visuelle essentiellement. Par ailleurs, il existait un retard global important. Celui-ci touchait le

développement cognitif et le développement socio-émotionnel de façon majeure : le jeu symbolique n'était pas possible, l'enfant ne réagissait pas aux interventions de l'adulte, le contact visuel ne s'établissait que de façon fortuite... En conclusion, les résultats de ce bilan ont mis en évidence une altération profonde de la personnalité, avec l'ensemble des symptômes présents dans le cadre d'un trouble envahissant du développement. Il en découlait un retard cognitif important. Le langage semblait apparaître mais il n'avait pas valeur de communication. La compréhension était pauvre, tout comme les activités de l'enfant qui se résumaient à observer les détails d'un objet. Quelques capacités d'imitation pouvaient être visibles si le geste était effectué en tenant la main de l'enfant.

1.2. Alexis

1.2.1. Histoire de la maladie et antécédents médicaux

Alexis, né le 30 septembre 2009, était âgé de trois ans lors de la passation de nos épreuves. Il a consulté au CAMSP pour la première fois en février 2011, donc à l'âge de deux ans et trois mois, pour un retard de langage et des troubles du comportement.

Né à terme, aucun antécédent particulier n'était à signaler au cours de la grossesse et de l'accouchement. Alexis a acquis la marche à l'âge de douze mois et la propreté est désormais acquise.

1.2.2. Entourage de l'enfant et situation scolaire

Alexis vit avec ses parents et il voit également son demi-frère de 10 ans – côté paternel – un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires.

Avant son intégration scolaire, il était gardé trois journées par semaine par une assistante maternelle. Désormais il est en Moyenne Section de maternelle. La collectivité à l'école se passerait plutôt bien, mais Alexis ne se mélangerait pas au groupe. En outre, il ne respecterait pas les règles de vie en communauté, comme le fait d'attendre son tour ou de rester assis à la demande de l'adulte.

1.2.3. Symptomatologie de l'enfant lors des différents bilans d'entrée

Au moment des bilans, la mère précisait que le quotidien familial était organisé en fonction de son fils, de façon à limiter certains débordements. Elle mentionnait des intérêts restreints (miroir, ficelle...) et des stéréotypies gestuelles. Alexis portait un intérêt particulier aux objets qui tournent. La mère signalait également de nombreuses peurs dont la peur de l'inconnu. Il était difficile pour Alexis de se poser sur une activité et de s'adapter aux changements du fait de son anxiété. En ce qui concerne l'alimentation, certains aliments étaient totalement refusés. La séparation avec les parents n'a pu être possible pour aucun des bilans, provoquant une angoisse importante pour Alexis et des hurlements.

Lors de l'entretien du bilan orthophonique, la mère précisait que son fils ne disait aucun mot. Il « gazouillait » un peu, répétant quelques syllabes sans signification. Il comprenait les ordres simples mais pas les consignes élaborées. Alexis était décrit comme un enfant bougeant beaucoup. Au jardin, il allait peu vers les autres enfants. A la maison, il jouait un peu tout seul, mais jamais en interaction avec ses parents. Il aimait beaucoup regarder les clips de musique à la télévision de même que les publicités, les autres programmes l'intéressant peu. Lors de ce bilan, Alexis semblait apeuré et nous n'avons pu noter aucune production verbale ni n'avons pu tester sa compréhension du fait de son importante angoisse de séparation. Le comportement n'était pas adapté à la situation ou en tout cas, la situation ne convenait guère à Alexis qui n'a pas pu s'y adapter. En effet, ses parents étaient présents mais Alexis n'était pas parvenu à se calmer. La situation n'avait pas permis une évaluation précise des capacités langagières d'Alexis mais nous pouvions toutefois relever certains éléments : il faisait semblant de manger lorsque nous lui proposons la dinette, mais il n'utilisait pas les autres éléments proposés. L'imitation n'était pas possible, il touchait beaucoup de jouets mais ne portait d'intérêt spécifique pour aucun. Les stéréotypies gestuelles étaient importantes, notamment des déambulations et des battements de mains (aussi appelés flapping).

Lors du bilan de musicothérapie, la mère d'Alexis précisait que son fils faisait beaucoup de sons avec sa bouche. Nous remarquons rapidement que l'écoute d'une comptine stoppait les pleurs chez ce garçon. En ce qui concerne les instruments, il ne jouait pas avec, il les prenait mais n'en faisait rien. Il s'intéressait particulièrement à deux baguettes et plus précisément aux boules placées aux extrémités des baguettes. Alexis n'imitait pas ; il se montrait tonique et maladroit dans ses mouvements. Peu de regards étaient présents, toutefois dans sa relation à l'autre, il alternait entre l'indifférence et le besoin de « se coller » à l'autre. En conclusion,

lors de cette rencontre, Alexis présentait des troubles dans la communication, avec d'importantes particularités gestuelles. Il semblait réceptif à l'écoute musicale et aimait faire des sons avec sa bouche.

Le bilan pédopsychiatrique mettait en évidence une altération de la communication et des interactions sociales, avec des stéréotypies.

Le bilan psychomoteur objectivait quant à lui un retard notamment dans le domaine du développement locomoteur et posturo-moteur : Alexis marchait sur la pointe des pieds et était maladroit dans ses différents mouvements. Ceci se confirmait par une préhension et une coordination non efficaces.

Enfin, le bilan de neuropsychologie montrait que les interactions étaient rares et intermittentes. L'attention conjointe était particulièrement limitée, Alexis ayant tendance à fuir l'autre. Il manifestait peu d'intérêt à l'autre, malgré une bonne fixation du regard (même si celui-ci était inadapté et souvent très proche). L'imitation était rare mais la permanence de l'objet était acquise. De nombreuses activités stéréotypées étaient observées, notamment un battement des mains très fréquent (flapping). En situation de frustration, il pouvait manifester une hétéro-agressivité. Une batterie d'évaluation cognitive révélait un retard global important, touchant les développements cognitif et socio-émotionnel. En conclusion, les résultats de l'ensemble des épreuves ont permis le diagnostic d'un trouble envahissant du développement d'intensité sévère, avec absence de langage et de communication verbale, altération massive des interactions et stéréotypies gestuelles. Le domaine socio-émotionnel s'est montré nettement plus altéré que le développement cognitif, malgré un retard présent dans ce domaine également. Cependant, une possibilité d'évolution était notable.

1.3. Vincent

1.3.1. Histoire de la maladie et antécédents médicaux

Vincent, né le 9 juillet 2008, était âgé de quatre ans lors de la passation de nos épreuves. Il a consulté au CAMSP pour la première fois à l'âge de trois ans et trois mois car sa mère avait des difficultés à entrer en contact avec son fils et qu'il présentait d'importants troubles du comportement (colères, auto-agressivité...).

Aucun antécédent personnel n'était à noter, la grossesse et l'accouchement s'étaient bien déroulés. La marche a été acquise à l'âge de onze mois. La propreté est désormais acquise, de jour comme de nuit.

1.3.2. Entourage de l'enfant et situation scolaire

Vincent vit avec ses parents et sa grande sœur âgée d'un an de plus que lui. La famille, d'origine tchéchène, ne parle pas le français à la maison.

Actuellement, Vincent est scolarisé en Petite Section de Maternelle.

1.3.3. Symptomatologie de l'enfant lors des différents bilans d'entrée

Vincent bénéficie aujourd'hui de prises en charge en orthophonie, en musicothérapie, en psychomotricité, en neuropsychologie et il rencontre ponctuellement le pédopsychiatre. Lorsqu'il est arrivé au CAMSP, il n'était pas scolarisé car son comportement était à l'origine de trop de difficultés. Sa mère précisait qu'il pouvait rester toute la journée devant la télévision et qu'il aimait beaucoup les Lego. Cependant, il n'aimait pas jouer avec sa sœur et refusait de jouer avec d'autres enfants au parc. Du fait de ses réveils très matinaux et de son refus de faire la sieste pendant la journée, la mère de Vincent précisait qu'il dormait très peu.

Lors du bilan orthophonique, la mère précisait que Vincent comprenait bien sa langue maternelle parlée à la maison – le tchéchène – mais malgré cela, il ne faisait jamais ce qu'on lui demandait. Lorsqu'on ne faisait pas ce qu'il désirait, cela provoquait chez lui de très fortes colères et de l'agressivité. Parallèlement, il était aussi très câlin avec ses parents. La séparation avec la mère provoqua beaucoup de pleurs lors de la passation du bilan, mais il fut capable par la suite de se calmer. Durant le bilan, Vincent erra dans le bureau. Il s'enfuit à plusieurs reprises mais revint avec accompagnement et sans pleurs. Il bougea beaucoup, monta sur la table... montrant ainsi qu'il ne semblait pas avoir la notion du danger. Dès qu'il se sentit frustré, il hurla ou tapa contre les murs. Il ne répondit pas à l'appel de son prénom. L'attention conjointe fut possible : il regarda les objets qu'on lui présentait et les prenait quand ils l'intéressaient ; il prit mais ne donna pas les objets. Vincent fit parfois de petits sourires. A l'inverse, lorsqu'il était contrarié, il plissait les yeux et/ou se les cachait avec ses mains comme pour couper le contact. Dès qu'on le sollicitait, il s'y opposait par les cris, il repoussait les choses qu'il ne voulait pas et tapait sur les objets. Il cria également sans raison apparente et émit des vocalises qui accompagnaient ou non ses gestes. L'imitation ne fut pas possible. L'utilisation des objets familiers ne se fit pas à bon escient (téléphone, dinette...). Il accepta le rapprochement corporel et sembla même en recherche de celui-ci, de façon intensive. Au moment de la rencontre, Vincent ne semblait pas comprendre les ordres simples et nous pouvions constater l'absence d'émergence du langage oral. Seules des

vocalises sans signification furent présentes, sous forme de jargon, sans but de communication apparent. Il a surtout été noté de nombreuses « particularités » dans le comportement de Vincent, associées à un trouble de la communication.

Nous n'avons malheureusement pas pu recueillir d'informations concernant le bilan initial de musicothérapie.

Le bilan psychomoteur révélait un retard au niveau de la préhension et de la coordination visuo-manuelle : Vincent manipulait peu. Les difficultés relationnelles et comportementales étaient tellement importantes lors de la rencontre que les compétences psychomotrices furent difficilement « mesurables ». En effet, il évita tout contact et se montra très opposant voire agressif.

Le bilan neuropsychologique indiquait que les communications verbale et non verbale étaient altérées. Vincent instrumentalisait la main de sa mère pour obtenir quelque chose mais le pointage n'était pas acquis. En outre, un trouble des interactions sociales était manifeste, avec un regard fuyant. Ce jeune garçon ne prenait que très rarement conscience de la présence d'un adulte à ses côtés. De ce fait, les capacités d'imitation étaient très perturbées, ce qui limitait l'accès à l'apprentissage. Son comportement, parfois agressif, altérait les interactions. De plus, Vincent supportait difficilement l'intrusion d'autrui dans ses jeux. Son comportement était inadapté, avec d'importantes difficultés pour se poser sur une activité, ou pour s'adapter à un changement. L'agitation était relativement marquée. Des gestes répétitifs (allumer ou éteindre la lumière...) pouvaient apparaître et ses intérêts étaient manifestement restreints. Les objets pouvaient être détournés de leur utilisation première. Sur le plan émotionnel, il apparaissait une certaine labilité des émotions avec une forme d'inadaptation au contexte. Les réponses sensorielles pouvaient aussi être perturbées. Enfin, il existait chez Vincent une sensibilité particulière à certains stimuli visuels, auditifs ou tactiles. Cette rencontre a permis de poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité d'intensité sévère, se manifestant par un trouble significatif des interactions sociales, des échanges et de la communication.

2. Les enfants avec langage oral

2.1. Léa

2.1.1. Histoire de la maladie et antécédents médicaux

Léa, née le 1^{er} juillet 2008, était âgée de quatre ans lors de la passation de nos épreuves. Elle a consulté au CAMSP pour la première fois à l'âge de trois ans et sept mois, adressée par un médecin Oto-Rhino-Laryngologiste qui avait noté des difficultés de compréhension du langage oral. Aucun autre problème n'avait été relevé à l'école.

Aucun antécédent personnel n'était à noter, la grossesse et l'accouchement s'étaient bien déroulés. Léa a acquis la marche à l'âge de douze mois, toutefois on notait d'importantes difficultés dans l'acquisition de la propreté diurne et nocturne avec une très forte appréhension lors de l'évacuation des selles. L'acceptation de la mise aux toilettes est aujourd'hui très récente.

Par ailleurs, la mère de Léa évoquait un retard dans l'acquisition du langage oral avec l'apparition des premiers mots à l'âge de deux ans. Elle notait également des troubles de la compréhension du langage oral. De plus, la mère précisait « Léa répète beaucoup ce qu'elle entend et elle ne construit pas ses phrases ». Elle avait également quelques problèmes de comportement et criait beaucoup.

2.1.2. Entourage de l'enfant et situation scolaire

Léa est la troisième d'une fratrie de quatre enfants. Elle vit avec ses parents, sa sœur âgée de 15 ans et ses frères âgés de 7 ans et de 2 ans. Sa mère est en congé parental et son père est commercial.

Actuellement, Léa est scolarisée en Moyenne Section de maternelle.

2.1.3. Symptomatologie de l'enfant lors des différents bilans d'entrée

Léa suit une prise en charge au CAMSP en orthophonie, en musicothérapie, en psychomotricité, en art-thérapie ainsi qu'en neuropsychologie depuis février 2012, soit depuis l'âge de 3 ans et demi.

Sur le plan orthophonique, le bilan révélait un jargon permanent accompagnant les gestes de Léa, ce jargon n'ayant apparemment pas de but de communication. Elle présentait une écholalie très importante : elle répétait certains mots sans transformation phonologique. Cependant, elle sortait ceux-ci de leur contexte et ils ne semblaient rien signifier pour elle. De plus, Léa semblait présenter d'importantes difficultés dans la compréhension du langage oral.

Le bilan de musicothérapie montrait une participation de la part de Léa mais cette dernière ne montrait pas d'intérêt particulier pour le monde sonore et musical. Pourtant à la maison, elle écoutait beaucoup la musique et notamment son père qui joue de la guitare. Elle ne créait pas de rythme spontanément lorsqu'on lui présentait un instrument mais elle pouvait imiter une structure rythmique de trois temps. Elle n'explorait pas d'elle-même les instruments et n'a montré aucune créativité lors de la rencontre. Elle pouvait adhérer à une ambiance sonore mais cela sur un temps très court. Au cours de cet entretien, il était noté une difficulté dans la relation et la communication avec une pauvreté importante des mimiques expressives.

Le bilan de psychomotricité révélait un retard psychomoteur d'environ un an ; ses difficultés reposaient notamment sur le développement posturo-moteur et locomoteur ainsi que sur la préhension et la coordination visuo-manuelle.

Le bilan neuropsychologique montrait que les interactions sociales étaient possibles mais uniquement de façon intermittente, la communication étant parfois impossible. Léa avait tendance à s'isoler ; elle acceptait que l'autre vienne vers elle mais ne parvenait pas à mettre en place des interactions sociales complexes. Le regard était présent et globalement adapté. Au niveau comportemental, des bizarreries étaient notées ainsi qu'une tendance à aligner les objets. Évalués par le WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), le Quotient Intellectuel Verbal était de 61 et le Quotient Intellectuel de Performance de 92. Le QIV était ainsi nettement en dessous de la norme alors que le QIP la plaçait dans la norme. La différence significative entre ces résultats mettait alors en évidence une dysharmonie cognitive. En conclusion de ce bilan neuropsychologique, un diagnostic de trouble de la personnalité de type trouble envahissant du développement à un stade léger à modéré a été posé.

2.2. Maxime

2.2.1. Histoire de la maladie et antécédents médicaux

Maxime, né le 7 août 2009, était âgé de trois ans lors de la passation de nos épreuves. Il a consulté au CAMSP au mois d'octobre 2012 suite aux conseils d'une psychologue vue dans l'enceinte de l'hôpital pour enfants Lenval de Nice, la mère ayant repéré des « conduites particulières » et précisant que Maxime avait un cousin autiste.

Aucun antécédent particulier n'était noté au cours de la grossesse et de l'accouchement. La propreté n'est aujourd'hui pas encore acquise.

2.2.2. Entourage de l'enfant et situation scolaire

Maxime vit avec ses parents ainsi que son frère aîné de sept ans et sa jeune sœur de deux ans. Il s'entendrait bien avec eux mais ne jouerait avec que lorsqu'il en aurait envie. Sa mère est femme au foyer et son père est grutier.

Il est actuellement scolarisé en Petite Section de maternelle uniquement les matins ; une demande d'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS-i) a récemment été faite, compte tenu des difficultés de Maxime en classe.

2.2.3. Symptomatologie de l'enfant lors des différents bilans d'entrée

Au cours des différents bilans, nous n'avons remarqué aucun problème à la séparation. La mère précisait que l'intégration à l'école était difficile : Maxime ne s'intégrait pas dans le groupe et ne participait pas aux activités. Il alignait beaucoup ses jouets et fuyait le regard. De plus, elle ajoutait « il ne sait pas jouer ».

Lors de l'entretien du bilan orthophonique, la mère précisait que Maxime ne comprenait pas lorsqu'on lui parlait, hormis les phrases de 2-3 mots. Il jargonnait tout le temps et répétait souvent les slogans publicitaires entendus à la télévision. Il disait quelques mots, notamment « tiens », « maman », « merci », « bonbon » et « au revoir », utilisés dans un contexte adapté d'après sa mère. Nous remarquions en effet un important jargon chantonnant qui ne semblait pas avoir de but de communication. La séparation ne posait aucun problème et Maxime acceptait le rapproché corporel. Le sourire réponse était présent. Il ne répondait pas toujours à

son prénom ni aux ordres simples mais en était capable à plusieurs reprises ; toutefois, cela nous a amené à dire que la compréhension semblait limitée. Nous ne remarquons aucune intolérance à la frustration : il ne réagissait pas si on lui enlevait quelque chose des mains. Il réagissait toutefois au « non » et s'arrêtait tout de suite. L'imitation était possible sur quelques épreuves mais pas sur toutes. L'attention conjointe était également possible. Maxime était capable d'utiliser les objets dans une fonction sociale : il se coiffa avec la brosse et dit [ayo] en portant le téléphone à l'oreille. Toutefois, ces deux actions furent à l'origine de nombreuses stéréotypies gestuelles par la suite. Le rire était adapté : il réagissait aux bulles. L'accès au symbolisme était possible, il jouait à la dinette. Pour conclure, lors de ce bilan, nous n'avons pas observé de productions verbales hormis des stéréotypies verbales de type « chantonement » sous forme de jargon. La compréhension du langage oral semblait limitée mais Maxime a toutefois montré des capacités d'attention conjointe et d'imitation. La désignation et la dénomination n'ont pas été possibles.

Lors de l'entretien du bilan de musicothérapie, la mère précisait que son fils avait peur de certains bruits comme le sèche-cheveux ou l'aspirateur. Lorsque nous l'avons laissé explorer les instruments, Maxime les a manipulés correctement et a montré un intérêt pour différents sons. L'exploration était peu approfondie mais toutefois il pouvait regarder, toucher et bouger dans un but de curiosité et de découverte. Ni l'imitation rythmique ni l'imitation mélodique n'étaient possibles mais Maxime était dans l'échange avec l'autre à travers les instruments, malgré une difficulté relationnelle importante. Quand il jouait, il semblait attendre une réponse de la part de son interlocuteur. Toutefois, il n'acceptait pas les changements et ces derniers provoquaient de fortes crispations corporelles. En conclusion, il a semblé très réceptif au monde sonore et musical et cet environnement a semblé « supprimer » certaines de ces caractéristiques autistiques.

Le bilan psychomoteur montrait que Maxime marchait sur la pointe des pieds. Les épreuves proposées révélaient un retard psychomoteur d'environ un an, très marqué dans le développement posturo-moteur et locomoteur (tenir sur un pied avec appui, shooter dans un ballon...). La coordination visuo-manuelle était en cours d'acquisition mais encore faible.

En conclusion de tous ces bilans, nous avons remarqué d'importants troubles relationnels ainsi que des traits caractéristiques des troubles du spectre autistique.

2.3. Jérémie

2.3.1. Histoire de la maladie et antécédents médicaux

Jérémie, né le 19 février 2008, était âgé de cinq ans lors de la passation de nos épreuves. Il est né à terme par césarienne en raison d'une souffrance fœtale ; aucun autre élément particulier n'était à signaler au cours de la grossesse et de l'accouchement. Il a consulté au CAMSP en février 2010, soit à l'âge de deux ans. En effet, les parents s'inquiétaient du comportement obsessionnel et stéréotypé de leur fils (il faisait tourner les roues des voitures, grattait sans cesse certaines matières...) et du fait qu'il prenait souvent leurs mains pour obtenir ce qu'il désirait. Ils évoquaient également des difficultés de communication avec leur enfant qui ne regardait pas ce qu'on lui montrait et qui n'écoutait pas toujours ce qui lui était dit. Sur le plan psychomoteur, la marche a été acquise à l'âge de dix-neuf mois mais la propreté n'est toujours pas acquise actuellement.

2.3.2. Entourage de l'enfant et situation scolaire

Jérémie est fils unique. Il vit avec ses deux parents. Avant d'entrer à l'école, il était en crèche où le personnel avait relevé une possible agressivité envers les autres enfants. Désormais, Jérémie est scolarisé en Grande Section de maternelle. Hors temps scolaires, il est souvent gardé par une baby-sitter.

2.3.3. Symptomatologie de l'enfant lors des différents bilans d'entrée

Au moment des différents bilans, les parents précisait que Jérémie ne se conformait à aucune règle fixée à la maison, il était décrit comme un garçon « dans son monde » qui n'allait pas vers les autres en collectivité. Il parlait beaucoup, mais sous forme de jargon ; il était toutefois capable de faire quelques petites phrases mais le contexte était plus ou moins bien adapté. Il refusait encore toute alimentation en morceaux et son sommeil était souvent agité. Pour ce qui était de son comportement, il pouvait se montrer agressif envers sa propre personne et se taper la tête. Il faisait des gestes répétitifs et portait un grand intérêt pour ce qui tourne ; il faisait rouler les voitures sans jouer avec, faisait tourner les roues de son tricycle... Par ailleurs, Jérémie se montrait assez peu tolérant à la frustration et cela déclenchait, dans le cadre familial, d'importantes colères de sa part.

Lors du bilan orthophonique, nous remarquons que la compréhension du langage oral semblait limitée. Aucun pointage à fin d'attention conjointe ni aucune imitation n'étaient possibles. On notait quelques répétitions d'onomatopées comme « badaboum » et également des cris inadaptés. En conclusion de cette rencontre, nous avons pu dire que Jérémy présentait un trouble de la communication et des échanges. Il ne tenait pas compte des consignes qui lui étaient adressées et aucun mot distinct n'a pu être observé ; seul un jargon ainsi que de nombreux cris ont été prononcés.

Lors du bilan de musicothérapie, le père de Jérémy précisait que son fils aimait la musique et qu'il chantait souvent des chansons et des comptines. Lors de la rencontre, il s'était montré agréable et volontaire, quelques pleurs étaient toutefois notés au moment de la séparation. Il explorait les instruments mais se montrait brusque et maladroit avec des réactions corporelles de tension. L'imitation était sommaire et aucune relation n'a pu se créer. Jérémy s'intéressait aux instruments – il en faisait tourner certains – mais pas à la personne qui était avec lui. Pour conclure, ce jeune garçon s'était montré réceptif aux sons et aux comptines, il présentait un retard cognitif. Il ne montra aucun intérêt pour un éventuel échange avec l'autre.

Le bilan psychomoteur révélait un important retard, particulièrement noté pour la préhension et les coordinations. Le développement posturo-moteur et locomoteur présentait également un retard de un an.

Le bilan neuropsychologique indiquait un retard global important, touchant le développement socio-émotionnel et le développement cognitif. En effet, le jeu symbolique était limité et les objets n'étaient pas toujours utilisés en fonction de leur rôle prédéterminé. Jérémy se focalisait énormément sur les détails et notamment sur ce qu'il pouvait faire tourner. Les interactions sociales étaient tout à fait possibles, mais elles étaient limitées et en général à l'initiative de l'adulte. Il s'était montré comme un enfant présentant des particularités du comportement avec des particularités de la communication (légère écholalie, attention conjointe limitée), un trouble des interactions sociales avec des interactions intermittentes et le plus souvent dirigées en fonction des intérêts de l'enfant. Ces intérêts apparaissaient d'ailleurs restreints (stéréotypie gestuelle, attention focalisée sur un détail). De plus, il a été noté un retard global important, touchant le développement socio-émotionnel et le développement cognitif, mais ce dernier dans une moindre mesure. Les capacités d'imitation étaient profondément limitées, tout comme l'attention conjointe. Des ressources avaient tout de même été notées, avec un accès au raisonnement. Nous avons remarqué que les capacités d'apprentissage étaient mobilisables (routines, comptines). L'enfant était en relation, mais de façon intermittente, notamment lorsque l'activité en cours

l'intéressait ; dans ces moments-là, il pouvait davantage exploiter ses compétences. En conclusion, un diagnostic de trouble envahissant du développement a été posé pour Jérémy.

3. Tableau informatif

	Langage oral	Age (en avril 2013)	Diagnostic	Nombre de PEC d'orthophonie et de musicothérapie par semaine
1. Aurélien	Sans langage	4 ans 4 mois	Autisme sévère	1 séance d'O (ind) + 1 séance de M (ind)
2. Alexis	Sans langage	4 ans 7 mois	TSA d'intensité sévère	1 séance d'O (ind) + 1 séance de M (grp)
3. Vincent	Sans langage	4 ans 9 mois	TSA d'intensité sévère	1 séance d'O-M (grp)
4. Léa	Avec langage	4 ans 9 mois	TSA d'intensité légère à modérée	1 séance d'O (grp) + 1 séance de M (grp)
5. Maxime	Avec langage	3 ans 8 mois	Encore non établi. Présence de traits autistiques	1 séance d'O-M (grp)
6. Jérémy	Avec langage	5 ans 2 mois	TSA	1 séance d'O (ind) + 1 séance de M (grp)
O = orthophonie / M = musicothérapie / ind= en individuel / grp = en groupe				

IV. Passation

1. Description

Nous avons rempli la grille de protocole à trois reprises pour chaque enfant, à deux mois d'intervalle. Les différentes observations et épreuves ainsi établies ont alors été administrées en octobre 2012, décembre 2012 puis février 2013.

Nous avons choisi de faire passer nos épreuves lors des séances habituelles des enfants, en respectant les horaires, le lieu et les intervenants. Ceci nous tenait à cœur afin que les résultats soient révélateurs des capacités habituelles de l'enfant. C'était surtout la solution la plus bénéfique pour ne pas déstabiliser les patients, qui comme nous l'avons vu, ont souvent de fortes réactions face aux changements. Nous avons également tenu à rencontrer les enfants plusieurs fois avant de leur faire passer nos tests. Ainsi nous nous sommes rendues au CAMSP dès le mois de juin 2012 pour que les enfants s'habituent à notre présence lors des séances.

2. Recueil des données

Chaque passation est ici retranscrite dans les grilles établies. Nous les présentons dans l'ordre chronologique, pour chaque enfant. Après la présentation des trois grilles, nous proposons un résumé succinct des compétences globales de l'enfant suite à ces passations, afin d'établir une comparaison avec les bilans initiaux.

Aurélien – 1^{ère} passation (octobre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Absence de toute vocalisation.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O		X	Aucun geste ou regard envers nous. Pas de demande
	M		X	
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O		X	Ne cherche pas à se faire comprendre.
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		Pleure lorsque qu'un tiers sort de la pièce.
	M	X		
Proxémique adaptée	O		X	Besoin de contacts physiques : attrape nos mains...
	M	X		
Regard adapté	O		X	Souvent tête en arrière avec regard vers le plafond.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Encore très pauvre avec juste quelques points. Beaucoup de sollicitations et guidance du stylo.
	M : rythme		X	Tape sur le tambour mais ne refait pas le même rythme.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Prend le téléphone mais ne le porte pas à l'oreille.
	M : baguettes	X		Joue de façon adaptée au xylophone.
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Vient nous rejoindre pour faire des bulles.
	M	X		Arrête son activité quand il entend un instrument et vient nous rejoindre.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Joue avec mais ne la cherche pas quand on la cache.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	Pas de réaction.

Aurélien – 2^{ème} passation (décembre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Absence de toute vocalisation.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Pleure face à la frustration. Va vers la porte pour sortir.
	M	X		Instrumentalisation de la main pour qu'on joue d'un instrument.
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O	X		Sait faire comprendre ce qu'il veut.
	M	X		Passé beaucoup par l'instrumentalisation de la main d'autrui.
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Pas de réaction.
	M		X	
Proxémique adaptée	O		X	
	M		X	Cherche un contact trop « fusionnel ».
Regard adapté	O		X	
	M	X		Peut échanger quelques regards ou suivre des yeux ce que l'on fait.

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Refait quelques points mais a besoin d'une guidance.
	M : rythme		X	
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Ne prend même pas le téléphone en mains.
	M : baguettes		X	Ne joue correctement ni avec le tambour ni avec le xylophone.
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	
	M		X	Pas de réaction.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	
	M : arrêt du son de l'instrument		X	Aucune réaction, continue son activité.

Aurélien – 3^{ème} passation (février 2013)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Absence totale de vocalisation.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O		X	Vient vers nous dans le but d'observer nos bijoux.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	Ne cherche pas l'interaction avec l'autre.
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O		X	
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Absence de réaction.
	M		X	
Proxémique adaptée	O		X	Pose la tête sur nos genoux.
	M		X	Se « colle » à nous.
Regard adapté	O	X		Nous suit du regard dans ce que nous faisons.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	
	M : rythme		X	
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Regarde l'objet mais ne sait pas l'utiliser à bon escient.
	M : baguettes		X	
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Me rejoint pour jouer avec les bulles.
	M		X	Pas de réaction, ne tourne pas la tête ni ne nous rejoint.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Réaction à l'arrêt, il tape plus fort sur son instrument comme pour nous redemander de jouer.
	M : arrêt du son de l'instrument	X		

Aurélien est donc un jeune garçon sans langage oral. Lors des trois passations de notre protocole, il était âgé respectivement de trois ans dix mois, quatre ans, puis quatre ans deux mois et suivait une prise en charge au sein du CAMSP depuis l'âge de deux ans.

Nous remarquons lors des épreuves qu'Aurélien était peu en relation avec l'autre. En règle générale, il ne cherchait pas l'échange. Le regard était présent mais plus ou moins adapté et pouvait rester figé de longs moments, notamment sur des détails visuels. Aurélien adoptait une proxémique particulière. Bien que nous ayons vu que les enfants porteurs de TSA étaient souvent réticents lorsque nous les touchions, Aurélien, lui, semblait avoir besoin de contacts physiques (touchait ses interlocuteurs, collait les instruments contre sa joue...). Ceci était probablement un moyen pour lui d'explorer le monde. De même, il portait beaucoup les objets à la bouche.

Les capacités d'Aurélien furent très fluctuantes et durant notre stage, aucune séance – d'orthophonie ou de musicothérapie – n'a été réellement comparable en termes d'évaluation de ses capacités. Les mêmes épreuves pouvaient être réussies ou non selon les passations ; il n'y a malheureusement pas de maintien des acquis chez cet enfant.

L'imitation était, à la fin de notre stage, encore très fragile et peu utilisée par l'enfant. Les objets usuels et leur utilisation semblaient encore méconnus malgré leur usage répété au cours des séances. Aurélien s'enfermait souvent « dans son monde » et il était alors difficile d'interrompre ces moments. L'interaction avec lui devenait, dans ces moments-là, quasi impossibles.

Toutefois, au cours de notre stage et du suivi des prises en charge – hors moments de passation des épreuves – nous avons pu observer l'apparition de quelques productions vocaliques chez Aurélien. Nous pouvons également noter des progrès comme des rires et sourires adaptés ou encore la découverte de la trace graphique.

Alexis – 1^{ère} passation (octobre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Seuls quelques cris sont entendus mais qui ne semblent pas avoir but de communication.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O		X	Reste dans son monde et déambule beaucoup.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	Absence de communication
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O		X	
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Absence de réaction.
	M		X	
Proxémie adaptée	O		X	Cherche un contact trop fort, colle sa tête contre la nôtre.
	M	X		
Regard adapté	O		X	Regard très profond et non adapté.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Prend le feutre mais ne l'utilise pas à bon escient.
	M : rythme		X	
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Pas intéressé, ne regarde pas le téléphone.
	M : baguettes		X	
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	Absence de réaction.
	M		X	
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Joue avec la balle mais change de jeu dès que je l'enlève sans la chercher.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Alexis – 2^{ème} passation (décembre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Cris vocaliques qui ne semblent pas avoir de but de communication.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O		X	Aucune demande ni échange avec l'autre.
	M		X	Ne recherche pas l'interaction.
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O		X	
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Pas de réaction, continue ses activités.
	M		X	
Proxémique adaptée	O		X	En alternance, trop proche ou violent.
	M		X	
Regard adapté	O		X	
	M	X		Le regard est adapté mais rare.

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Pas intéressé, il bouge beaucoup et joue avec le crayon.
	M : rythme	X		Reproduit une structure très simple avec les mains.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	
	M : baguettes		X	
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	Ne réagit pas.
	M		X	
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	
	M : arrêt du son de l'instrument		X	Continue à déambuler dans la pièce.

Alexis – 3^{ème} passation (février 2013)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Pas de langage verbal.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O		X	Ne s'intéresse pas à l'autre ni ne s'adresse à lui.
	M		X	
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	Ne cherche pas le contact.
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O		X	Pas d'interaction donc inefficace.
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Absence de réaction.
	M		X	
Proxémie adaptée	O		X	Trop proche.
	M	X		
Regard adapté	O	X		Regard rare mais adapté.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Prend le crayon, fait un trait puis passe à autre chose.
	M : rythme	X		Reproduit quelques petites tapes sur le tambour.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Refuse de jouer avec le téléphone.
	M : baguettes		X	N'approche pas les instruments, pas d'intérêt.
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Me rejoint pour jouer avec moi aux bulles de savon.
	M		X	Aucun intérêt pour nous et ce que l'on fait.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Ne réagit pas et continue « dans son monde ».
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Alexis est donc un jeune garçon qui n'a pas acquis le langage oral au moment de la passation de nos épreuves. A ces trois dates, il était âgé de quatre ans un mois, de quatre ans trois mois puis de quatre ans cinq mois. Il suivait une prise en charge au sein du CAMSP depuis l'âge de deux ans trois mois.

Alexis est un enfant très actif qui a eu constamment besoin de « décharger » son énergie et qui le faisait en déambulant ainsi que par le biais d'un flapping très fréquent. Des cris étaient également très présents et pouvaient alterner avec des rires en général adaptés à la situation. Le canaliser lors des séances fut très difficile et la passation des épreuves l'a été également... Alexis était très peu dans l'échange avec l'autre ; le regard pouvait être présent et adapté mais ce n'était pas toujours le cas. Il s'intéressait peu à son interlocuteur et adoptait souvent un comportement que nous avons jugé trop proche, comme s'il voulait « entrer en nous ». Du fait de son agitation, les épreuves furent difficilement évaluables et nous pouvons noter une fluctuation des résultats lors des différentes passations.

L'interruption à une activité ne provoquait chez lui aucune réaction. Il en était de même pour l'activité de distraction. Les objets usuels n'étaient pas utilisés à bon escient et/ou n'intéressaient pas l'enfant. L'imitation était possible uniquement sur de courts instants.

Lors des séances d'orthophonie, nous avons pu nous rendre compte que mobiliser l'attention d'Alexis était possible lorsque nous provoquions une impression de confinement autour de lui. L'aménagement de la pièce mais surtout le placement de l'interlocuteur par rapport à lui se sont révélés des éléments très importants : Alexis était capable de se concentrer davantage sur une activité lorsque nous nous placions à côté de lui et non face à lui.

Nous avons pu remarquer chez Alexis un comportement légèrement moins agité lors des séances de musicothérapie : il déambulait moins qu'en orthophonie et semblait s'exprimer davantage par le biais des instruments.

Vincent – 1^{ère} passation (octobre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Présence importante d'un jargon incompréhensible.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Nous montre qu'il a chaud, comme pour avoir de l'aide.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	Il communique uniquement s'il a besoin de quelque chose.
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O		X	Sous forme de « cache-cache » avec les instruments.
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		Ceci n'est pas toujours valable et dépend de la situation.
	M	X		
Proxémique adaptée	O		X	Alternativement distant et trop proche.
	M		X	
Regard adapté	O		X	Le regard est présent mais particulier, comme pour « entrer dans l'autre ». Regarde ses mains lors de toutes ses stéréotypies gestuelles.
	M		X	

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Refus du test, ne veut pas prendre le crayon.
	M : rythme		X	
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Prend le téléphone mais ne le porte pas à l'oreille.
	M : baguettes		X	Il prend les baguettes mais les tient à l'envers.
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	Ne nous regarde pas du tout.
	M	X		Réagit mais au bout d'un long moment.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Repart vers un autre jeu instantanément sans chercher la balle.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Vincent – 2^{ème} passation (décembre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Important jargon toujours sans but de communication (non adressé).
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Demande par le geste de faire des bulles.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	Le fait car est obligé de le faire. Pas d'échange plaisir.
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O	X		Sait faire comprendre ce qu'il veut.
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	
	M		X	
Proxémie adaptée	O		X	Très câlin et proche puis agressif.
	M		X	
Regard adapté	O	X		Le regard est présent mais anormal, souvent dans un but de provocation
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Prend le crayon mais dessine des traits.
	M : rythme	X		Peut reprendre la structure si elle est très simple (deux éléments).
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Prend le téléphone mais ne le porte pas à l'oreille.
	M : baguettes	X		Prend une baguette et tape sur le tambour.
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	
	M		X	
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée	X		Cherche pendant un court instant mais abandonne vite.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Vincent – 3^{ème} passation (février 2013)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Jargon n'ayant aucun but de communication. Sons non langagiers.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	
	M		X	
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O		X	
	M		X	
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Par les gestes, les cris ou la violence.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	
	M		X	
Efficacité de l'interaction	O	X		Sait faire comprendre ce qu'il veut.
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		Refuse tout changement et devient violent.
	M	X		
Proxémique adaptée	O		X	Très éloigné ou au contraire trop proche.
	M		X	
Regard adapté	O		X	Se regarde de façon particulière dans le miroir mais aucun échange de regard avec nous.
	M		X	

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Ne prend pas le feutre.
	M : rythme		X	Tape sans faire attention à ce que nous faisons.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	
	M : baguettes	X		Tape quelques coups sur le tambour de manière adaptée.
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	
	M	X		Vient nous rejoindre pour jouer de la crécelle.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Vincent est donc un jeune garçon qui n'a pas encore acquis le langage oral. Lors des trois épreuves de passation du protocole, il était âgé de quatre ans trois mois, quatre ans cinq mois et quatre ans sept mois. Il bénéficie de prises en charge au CAMSP depuis l'âge de trois ans trois mois.

Nous avons suivi Vincent dans le cadre de séances alliant l'orthophonie et la musicothérapie. Lors du début de notre stage, il était seul avec nous puis Maxime est venu rejoindre le groupe. Nous avons alors pu remarquer que Vincent s'intéressait peu à l'autre et avait besoin de « son » espace. Il pouvait rapidement devenir violent avec son interlocuteur s'il n'obtenait pas satisfaction de ses demandes. La colère pouvait également se déclencher sans but apparent. Par le biais du non-verbal – gestes, regard, etc – il savait se faire comprendre ; en outre, il utilisait beaucoup l'instrumentalisation de la main d'autrui. « Dans son monde », il ne réagissait pas toujours aux changements qui s'opéraient autour de lui. Le regard pouvait être présent mais demeurait souvent provocateur. Très souvent, Vincent, se regardait dans le miroir de la pièce et collait son visage au reflet. A ce comportement s'ajoutait un jargon ne s'apparentant ni à notre langue ni à sa langue maternelle d'après les dires de sa mère. Vincent ne tenait pas compte de nos remarques et tentait souvent de s'échapper de la pièce. Nous avons également remarqué que le fait de diviser la pièce en un espace plus petit semblait « calmer » Vincent en le canalisant dans un cadre présentant moins de distracteurs.

Les épreuves du protocole nous ont montré que l'imitation pouvait être possible mais demeurait encore rare. Les objets usuels n'étaient pas toujours utilisés correctement. Vincent était peu réactif à la distraction ou à l'arrêt d'une activité continue.

Léa – 1^{ère} passation (octobre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Jargon avec sévères persévérations mais but de communication présent.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Assortit souvent son activité à de la parole. Répond aux questions même si elle reste souvent intelligible.
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Très avenante et demandeuse.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		Commente ce qu'elle fait ou ce que nous faisons. Souriante et intéressée.
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O	X		Sait très bien faire comprendre ce qu'elle veut.
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		Très attentive à nos activités et réactions. Régit surtout à nos déplacements, moins à ce que nous faisons au niveau musical.
	M	X		
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		Parfois absent et nécessite qu'on insiste.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Suit immédiatement notre modèle.
	M : rythmes		X	Joue mais sans reproduire notre rythme.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Prend le téléphone mais ne le porte pas à l'oreille. Observe les touches.
	M : baguettes	X		Prend les baguettes et joue du tambour.
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Nous regarde longuement puis vient nous rejoindre.
	M	X		
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée	X		Cherche la balle mais abandonne assez rapidement.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Léa – 2^{ème} passation (décembre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O	X		Moins de jargon et de persévérations.
	M	X		
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		Utilise les couleurs, sait nommer certains animaux...
	M		X	Plus difficile car spécifique à la musique.
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Bon dialogue avec l'autre. A l'écoute et réponses adaptées. Commente ce qu'elle fait.
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O	X		« Il n'écrit pas mon stylo » « Elle est où la balle ? »
	M	X		

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		Souriante, volontaire dans les échanges. Aime parler.
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O	X		
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		Comprend bien que nous changeons d'activités, un peu déstabilisée.
	M	X		
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		Présent mais pas lors de toutes nos sollicitations.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Fait des points tout de suite.
	M : rythme		X	Ne reproduit pas le même rythme.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	Ne le fait pas spontanément mais peut le refaire sur imitation.
	M : baguettes	X		Besoin des encouragements de l'adulte.
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Vient nous rejoindre pour jouer à la dinette.
	M	X		Perçoit de suite le changement.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée	X		Cherche assez longtemps la balle.
	M : arrêt du son de l'instrument	X		Tourne la tête vers nous dès l'arrêt du son.

Léa – 3^{ème} passation (février 2013)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O	X		
	M	X		
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		Lexique plus diversifié et adapté.
	M	X		Peut nommer quelques instruments.
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Volontaire dans l'échange conversationnel.
	M	X		Le spontané reste encore fragile
Possibilité de structurer des phrases même simples	O	X		« Il est très beau ».
	M	X		« Je joue du tambour ».

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Pose des questions et s'intéresse à nous.
	M	X		S'intéresse à ce que fait l'autre.
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		Vient vers nous, souriante et pose des questions.
	M	X		Prend des initiatives et corrige ses camarades quand elle repère des erreurs.
Efficacité de l'interaction	O	X		
	M	X		Sait très bien se faire comprendre.
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Certains changements ne sont pas repérés.
	M	X		
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		Encore absent lors de quelques sollicitations.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		
	M : rythme		X	
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone	X		Prend spontanément le téléphone et invente un dialogue adapté.
	M : baguettes	X		Prend spontanément la baguette adaptée à l'instrument.
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Remarque tout de suite le changement et nous rejoint.
	M	X		
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée	X		Cherche et nous dit en même temps « il est dans ta main ».
	M : arrêt du son de l'instrument	X		Nous demande de continuer.

Léa est donc une petite fille ayant acquis le langage oral. Lors de nos trois passations, elle est respectivement âgée de quatre ans trois mois, quatre ans cinq mois et quatre ans sept mois. Elle est suivie au CAMSP depuis l'âge de trois ans sept mois.

Au cours de notre stage, nous avons pu suivre une importante évolution langagière chez Léa. Lors des premières séances, elle présentait un important jargon comprenant de sévères persévérations rendant son discours incohérent. Elle ne tenait pas toujours compte de son entourage et ne portait pas d'attention pour autrui. A la fin de notre stage, elle adoptait un langage fluide et parfaitement compréhensible. Les phrases demeuraient simples mais Léa utilisait un lexique de plus en plus varié.

Léa était très en demande de communication. En témoigne l'obtention d'uniques « oui » lors des items évaluant les comportements face à la communication.

Concernant les comportements sémiotiques verbaux et non verbaux, l'imitation restait à renforcer mais était possible. L'utilisation d'objets usuels semblait acquise. Quant à la distraction et l'interruption d'une activité, Léa y était très réceptive du fait de son appétence à la communication.

Léa a donc beaucoup évolué au cours de notre étude, elle est désormais dans la communication et en relation avec l'autre ; les traits caractéristiques des troubles du spectre autistique tendent fortement à s'atténuer.

Maxime – 1^{ère} passation (octobre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Encore très fragile. Seuls quelques mots isolés sont compréhensibles.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Le fait par le non verbal.
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		S'intéresse à l'autre par plaisir et sans demande précise.
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O	X		
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	Les réactions ne sont pas toujours présentes.
	M		X	
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Prend spontanément le feutre et reproduit.
	M : rythme	X		Peut refaire une structure rythmique simple.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	
	M : baguettes	X		
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Vient nous rejoindre pour faire des bulles.
	M		X	Reste sur son activité et ne réagit pas.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	
	M : arrêt du son de l'instrument	X		

Maxime – 2^{ème} passation (décembre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Jargon important mais à but de communication et adapté à la situation (simultanément aux regards).
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	Seuls des mots isolés sont possibles.
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		Parle spontanément, de lui-même.
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O		X	
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	
	M		X	
Proxémie adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		Regard adapté et très présent durant la séance.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		
	M : rythme	X		
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone	X		Porte le téléphone à l'oreille et dit « Allô ».
	M : baguettes	X		
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Vient nous rejoindre avec un jeu d'encastrement. S'arrête et vient jouer du piano avec nous.
	M	X		
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	N'essaye même pas de chercher, semble ne pas avoir remarqué qu'on l'avait cachée.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Maxime – 3^{ème} passation (février 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Si plusieurs mots, discours incompréhensible.
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Attentif à autrui et à nos questions.
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O		X	
	M		X	

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O		X	
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	
	M		X	
Proxémique adaptée	O	X		Adopte une distance correcte, posture corporelle adaptée...
	M	X		
Regard adapté	O	X		
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Le refait spontanément.
	M : rythme	X		Peur refaire la structure au bout de plusieurs essais.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone	X		
	M : baguettes	X		
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Ne nous rejoint pas et reste sur son activité.
	M		X	
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Nous demande « encore ».
	M : arrêt du son de l'instrument	X		

Maxime est donc un jeune garçon en cours d'acquisition du langage oral. Lors des passations de notre protocole, il était âgé de trois ans deux mois, trois ans quatre mois puis quatre ans six mois. La prise en charge au sein du CAMSP a débuté sensiblement au même moment que lors de la première passation, c'est-à-dire en octobre 2012.

Maxime a intégré le groupe orthophonie-musicothérapie avec Vincent. Lors des premières séances il présentait des stéréotypies verbales sous forme de chantonnement. Ce jargon était toujours présent à la fin de notre stage mais isolément, Maxime était capable d'utiliser du lexique et de dénommer des images par exemple. Il utilisait beaucoup le non-verbal pour compenser ses difficultés d'expression verbale. De ce fait, il se montrait très performant sur les activités non verbales comme les encastrements, etc.

Son comportement était adapté aux différentes situations ; le regard et la proxémie étaient également présents et ne présentaient pas de particularités. Toutefois, Maxime n'était pas toujours dans la relation avec l'autre et l'on constatait la présence de moments durant lesquels l'interaction était « coupée ». Nous n'avons observé que peu, voire pas d'échanges avec Vincent lors des séances de groupe, mais l'échange demeurait possible avec l'adulte.

Pour les comportements sémiotiques, l'imitation était possible et Maxime utilisait les objets usuels de manière adéquate. Toutefois, il ne réagissait pas toujours à une activité de distraction par autrui ou à l'interruption d'une activité en cours. Ceci correspondait, en règle générale, aux moments où il s'enfermait dans son jargon.

Suite au désir de ses parents, Maxime a stoppé très tôt la prise en charge au CAMSP. Il n'aura bénéficié de celle-ci que durant cinq mois.

Jérémy – 1^{ère} passation (octobre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O	X		
	M	X		
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		Ce lexique reste souvent le même, mais possibilité de dénommer des animaux...
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Discours toutefois pauvre, principalement pour obtenir quelque chose.
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O	X		« Je veux ça ».
	M	X		« On va par là ».

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Demande des jeux en arrivant dans la pièce, crie...
	M	X		Prend la main pour obtenir ce qu'il veut.
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O		X	S'énervé parfois car nous ne comprenons pas ce qu'il veut.
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		
	M		X	Très « excité » et regarde peu l'autre.
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O		X	
	M		X	

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques		X	Pas intéressé. Déambulations.
	M : rythme	X		
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone	X		Dit « Allô » spontanément.
	M : baguettes	X		
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	
	M	X		Vient nous rejoindre lorsque nous jouons du piano.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée	X		Cherche assez longtemps l'objet.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	

Jérémy – 2^{ème} passation (décembre 2012)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	Important jargon.
	M	X		
Possibilité d'utiliser du lexique	O		X	Manque souvent de mots pendant la séance. Passe par le geste pour suppléer.
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		Dénomme les couleurs que je lui montre.
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O	X		
	M	X		Les phrases sont toujours les mêmes « On va vers là ».

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		Parle mais jargon parfois très important.
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O	X		Utilise la parole, les gestes et aussi les tapes sur autrui.
	M	X		
Efficacité de l'interaction	O		X	Ne tient pas compte de nos interventions et fait à son envie.
	M		X	
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O	X		
	M		X	
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		Présent mais souvent dans un but de provocation.
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Seulement en seconde intention.
	M : rythme		X	Joue sur le même instrument mais ne refait pas les rythmes.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone	X		Dit « Allô » puis jargon très important.
	M : baguettes	X		Sait utiliser correctement tous les instruments.
Intérêt pour une activité de distraction	O		X	Ne nous rejoint pas et reste sur ses activités.
	M		X	Tourne la tête vers nous mais ne nous rejoint pas.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée	X		Cherche pendant un très court instant.
	M : arrêt du son de l'instrument	X		Continue à chanter comme pour demander la suite.

Jérémy – 3^{ème} passation (février 2013)

Actes locutionnaires : observation clinique

		OUI	NON	Commentaires
Intelligibilité verbale globale	O		X	
	M		X	
Possibilité d'utiliser du lexique	O	X		
	M	X		
Répond aux sollicitations verbales du thérapeute, possibilité de discours spontané et/ou simultané	O	X		
	M	X		
Possibilité de structurer des phrases même simples	O	X		« On fait à manger ».
	M	X		Difficile de comprendre ses phrases du fait de son jargon.

Comportements face à la communication : observation clinique/description

		OUI	NON	Commentaires
Intentionnalité manifestée vers autrui	O	X		
	M	X		
Plaisir à communiquer de manières verbale et non-verbale	O		X	Le fait pour les besoins : ouvrir l'armoire...
	M	X		Chante pendant le rituel de début de séance.
Efficacité de l'interaction	O	X		Sait faire comprendre ce qu'il veut.
	M	X		
Réagit aux changements de comportement de l'autre	O		X	
	M		X	
Proxémique adaptée	O	X		
	M	X		
Regard adapté	O	X		
	M	X		

Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux : à évaluer spécifiquement

		OUI	NON	Commentaires
Capacité d'imitation	O : points graphiques	X		Le fait mais au bout d'un long moment d'attente.
	M : rythme	X		Refait le rythme avec les cymbales.
Utilisation d'objets usuels	O : téléphone		X	
	M : baguettes	X		
Intérêt pour une activité de distraction	O	X		Vient nous rejoindre pour faire des bulles.
	M		X	Reste avec ce qu'il a choisi.
Réaction à l'interruption d'une activité	O : balle cachée		X	Aucune réaction, part sur une autre activité.
	M : arrêt du son de l'instrument		X	Ne semble pas remarquer l'arrêt sonore.

Jérémy est donc un jeune garçon qui a acquis et perfectionne actuellement son langage oral. Lors des trois passations de notre protocole, il était âgé de quatre ans huit mois, quatre ans dix mois et cinq ans. Il bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire au CAMSP depuis ses deux ans.

Le langage oral était utilisé, cependant, l'expression spontanée restait figée avec toujours les mêmes phrases. Isolément, Jérémy était capable de dénommer correctement. Si le mot lui manquait, il pouvait éventuellement s'aider de gestes. La relation était difficile à établir avec lui du fait d'un comportement indiscipliné (se roulait pas terre...) et très agité. De plus, il pouvait se montrer violent et très provocateur.

La proxémique et le regard étaient généralement adaptés. La communication semblait être utilisée par moments pour le plaisir et non pas uniquement s'il avait une demande à faire.

Concernant les comportements sémiotiques, l'imitation était possible mais pas toujours réussie. Les objets usuels étaient généralement utilisés à bon escient de façon automatique. La distraction et l'interruption d'une activité en cours n'étaient pas très significatives pour Jérémy qui en tenait peu compte. Ceci était probablement lié à son agitation et à sa difficulté à se concentrer.

Les séances avec Jérémy furent particulièrement difficiles compte tenu de son comportement. Les progrès furent faibles tout au long de notre stage et il présentait encore, à la fin de celui-ci, de nombreuses stéréotypies.

V. Résultats

1. Présentation des résultats

1.1. Par enfant

Dans les tableaux ci-dessous sont résumés uniquement les nombres de « oui » étant donné que les « non » représentent le reste des épreuves. Ainsi, rapidement, nous voyons si l'enfant réussit davantage les épreuves en orthophonie ou en musicothérapie, mais également s'il progresse au cours du temps.

1.1.1. Aurélien, sans langage oral

	ORTHOPHONIE			MUSICOTHÉRAPIE		
	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Comportements face à la communication (/6)	1	2	1	3	3	2
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/4)	2	1	1	2	0	1
TOTAUX	3	3	2	5	3	3
	8/30			11/30		

Nous remarquons des résultats particulièrement faibles pour Aurélien, qui ne dépassent jamais la moyenne. Ceci rend compte de l'importance de ses difficultés liées aux Troubles du Spectre Autistique. Il est à noter une légère différence entre les résultats d'orthophonie et de musicothérapie. En effet, sur un total de dix-neuf « oui » obtenus sur les deux grilles au cours des trois passations, nous en comptons huit pour l'orthophonie et onze pour la musicothérapie. Ces différences sont surtout visibles dans la grille évaluant les comportements face à la communication.

1.1.2. Alexis, sans langage oral

	ORTHOPHONIE			MUSICOTHÉRAPIE		
	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Comportements face à la communication (/6)	0	1	1	3	1	2
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/4)	0	0	1	0	1	1
TOTAUX	0	1	2	3	2	3
	3/30			8/30		

Pour Alexis, les résultats obtenus sont également faibles. A plusieurs reprises, il obtient la note de zéro. Ceci confirme alors son enfermement par rapport au monde extérieur et son impossibilité à se concentrer sur une activité imposée. Nous observons ici un écart plus significatif entre les domaines orthophonique et musicothérapeutique. Sur un total de onze « oui » obtenus sur les deux grilles au cours des trois passations, nous en comptons trois pour l'orthophonie et huit pour la musicothérapie. Alexis semble donc réagir davantage au monde sonore et ce cadre lui est bénéfique pour exprimer ses capacités.

1.1.3. Vincent, sans langage oral

	ORTHOPHONIE			MUSICOTHÉRAPIE		
	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Comportements face à la communication (/6)	2	3	3	3	3	3
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/4)	0	1	0	1	2	2
TOTAUX	2	4	3	4	5	5
	9/30			13/30		

Nous obtenons chez Vincent des résultats plus élevés mais qui restent encore inférieurs ou égaux à la moyenne. Nous remarquons tout de suite un écart significatif entre les

comportements face à la communication et les comportements sémiotiques, ces derniers étant moins développés chez Vincent. Sur un total de vingt-quatre « oui » obtenus sur les deux grilles au cours des trois passations, nous en comptons neuf pour l’orthophonie et treize pour la musicothérapie. Ce jeune garçon est donc légèrement plus réceptif à la musicothérapie qu’à l’orthophonie.

1.1.4. Léa, avec langage oral

	ORTHOPHONIE			MUSICOTHÉRAPIE		
	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Comportements face à la communication (/6)	6	6	5	6	6	6
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/4)	3	3	4	2	3	3
TOTAUX	9	9	9	8	9	9
	27/30			26/30		

Nous remarquons des résultats nettement plus élevés dans les deux domaines dès lors que l’enfant a acquis le langage oral. En effet, tous les items révèlent des résultats supérieurs à la moyenne et Léa obtient la note maximale à plusieurs reprises. Sur un total de cinquante-trois « oui » obtenus sur les deux grilles au cours des trois passations, nous en comptons vingt-sept pour l’orthophonie et vingt-six pour la musicothérapie. Nous pouvons donc dire ici que Léa semble autant réceptive à la musicothérapie qu’à l’orthophonie. Elle montre des capacités sensiblement identiques dans les deux domaines.

1.1.5. Maxime, avec langage oral

	ORTHOPHONIE			MUSICOTHÉRAPIE		
	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Comportements face à la communication (/6)	5	4	4	5	4	4
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/4)	2	3	3	3	3	3
TOTAUX	7	7	7	8	7	7
	21/30			22/30		

Les résultats globaux sont également supérieurs à la moyenne pour Maxime. Sur un total de quarante-trois « oui » obtenus sur les deux grilles au cours des trois passations, nous en comptons vingt-et-un pour l'orthophonie et vingt-deux pour la musicothérapie. Ces résultats significativement égaux nous amènent donc à dire que Maxime est d'autant plus réceptif en orthophonie qu'en musicothérapie. Ses capacités demeurent identiques lorsqu'il est testé dans ses deux domaines, donc par des moyens différents.

1.1.6. Jérémy, avec langage oral

	ORTHOPHONIE			MUSICOTHÉRAPIE		
	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Comportements face à la communication (/6)	4	5	4	4	4	5
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/4)	2	3	2	3	2	2
TOTAUX	6	8	6	7	6	7
	20/30			20/30		

Là encore, nous pouvons nous apercevoir que les enfants ayant acquis le langage oral ont des résultats nettement meilleurs que ceux qui ne l'ont pas acquis. En effet, pour Jérémy, sur un total de quarante « oui » obtenus sur les deux grilles au cours des trois passations, nous en

comptons vingt pour l'orthophonie et vingt pour la musicothérapie. Nous notons ici la parfaite égalité des résultats obtenus : l'appétence est donc la même dans les deux domaines pour cet enfant.

1.2. Résultats globaux

	ORTHOPHONIE		MUSICOTHÉRAPIE	
	Sans langage	Avec langage	Sans langage	Avec langage
Comportements face à la communication (/54)	14	43	23	44
Comportements sémiotiques verbaux et non verbaux (/36)	6	25	10	24
TOTAUX	20/90	68/90	33/90	68/90
	88		101	

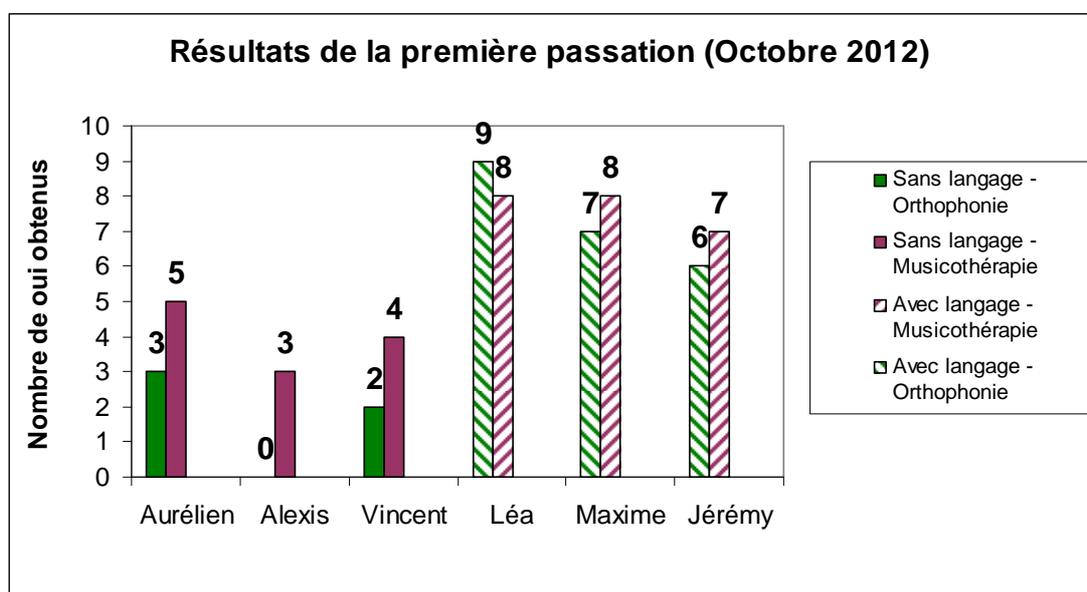
Nous comparons ici les nombres de « oui » obtenus au total, chez les six enfants, en orthophonie et en musicothérapie. Nous avons un total de cent quatre-vingt neuf « oui » répartis comme suit : quatre-vingt-huit « oui » en orthophonie et cent un « oui » en musicothérapie. Si nous détaillons davantage, nous remarquons que les enfants avec langage oral totalisent soixante-huit « oui » pour chacun des deux domaines. Les résultats sont donc identiques. En revanche, les enfants sans langage oral comptent vingt « oui » en orthophonie contre trente-trois « oui » en musicothérapie. Les résultats obtenus sont donc meilleurs en musicothérapie.

2. Analyse des résultats

Afin d'avoir un aperçu plus global de nos résultats, nous présentons maintenant des graphiques résumant chacune des trois passations puis nous faisons une analyse globale des résultats obtenus. Nous avons choisi de regrouper les résultats de nos deux grilles intitulées « comportements face à la communication » et « comportements sémiotiques verbaux et non verbaux » pour que les résultats totaux de chaque enfant soient représentatifs de leurs capacités générales. Ainsi, le total pour chaque passation, est de dix items.

2.1. Résultats de la première passation

Nous commençons par les résultats obtenus chez les six enfants en octobre 2012.

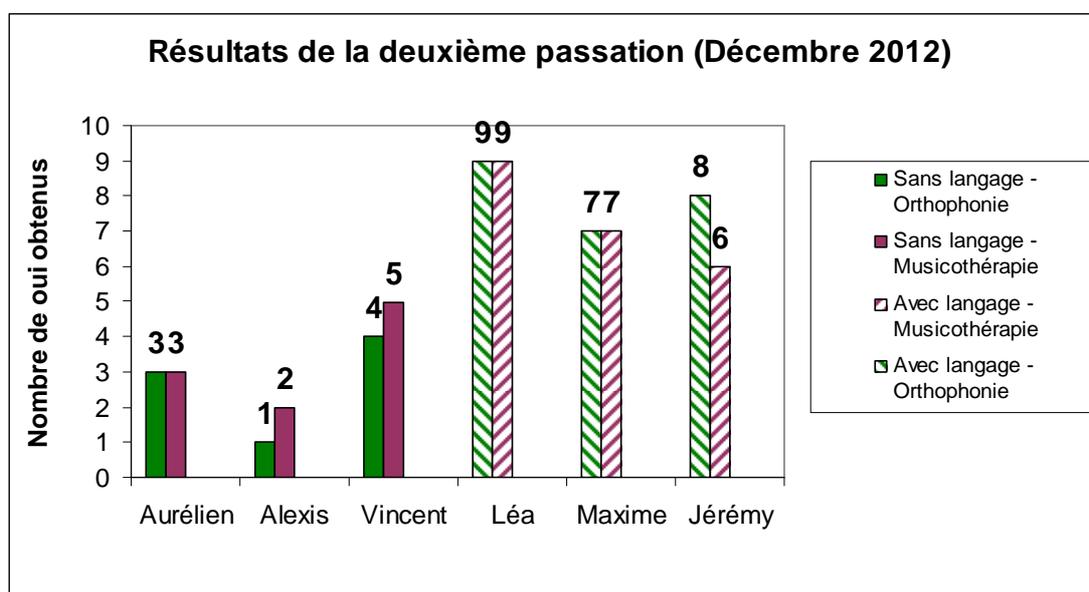


Aurélien présente ici un écart de deux réponses positives supplémentaires en faveur de la musicothérapie, montrant ainsi une réceptivité plus importante dans ce domaine. Pour Alexis, l'écart de trois réponses est encore plus significatif, d'autant plus qu'il obtient la note de zéro en orthophonie alors qu'il réussit trois items, lors de la même période, en musicothérapie. Les résultats de Vincent vont également dans ce sens. Lors de cette première passation, les enfants n'ayant pas acquis le langage oral se sont donc montrés plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie, sur des épreuves testant les mêmes capacités.

Léa, elle, présente un score révélant un écart supérieur d'une réponse supplémentaire en orthophonie. L'écart est peu noté mais demeure intéressant. Seuls Léa, lors de la première passation, et Jérémy, lors de la deuxième passation, ont obtenus des résultats plus élevés en orthophonie qu'en musicothérapie. Lors de cette première passation, Maxime et Jérémy ont présenté un écart d'une seule réponse positive supplémentaire en faveur de la musicothérapie. Les résultats des enfants ayant acquis le langage oral sont donc moins marqués que chez les enfants sans langage. En effet, les résultats obtenus dans les deux domaines sont généralement plus proches et montrent donc des capacités plus proches en orthophonie et en musicothérapie.

2.2. Résultats de la deuxième passation

Les résultats obtenus en décembre 2012 sont les suivants.

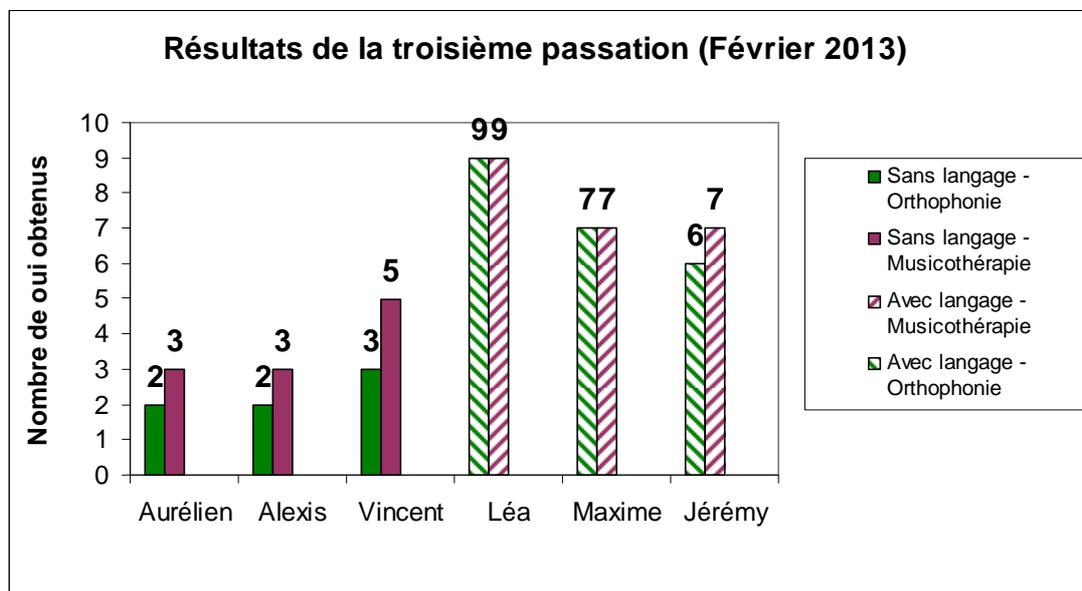


Lors de cette deuxième passation, Aurélien obtient des notes identiques en orthophonie et en musicothérapie. En revanche, Alexis et Vincent révèlent un faible écart d'une seule réponse positive supplémentaire en faveur de la musicothérapie. Les résultats sont ainsi plus tempérés que lors de la première passation ; de fait, ils demeurent moins significatifs de l'appétence plus importante des enfants sans langage pour la musicothérapie.

En ce qui concerne les trois enfants ayant acquis le langage oral, Léa et Maxime présentent des résultats identiques dans les deux domaines et comme nous l'avons vu précédemment, Jérémie montre un écart de deux réponses positives supplémentaires en faveur de l'orthophonie. Pour ces trois enfants, les résultats sont donc plus élevés en orthophonie qu'en musicothérapie.

2.3. Résultats de la troisième passation

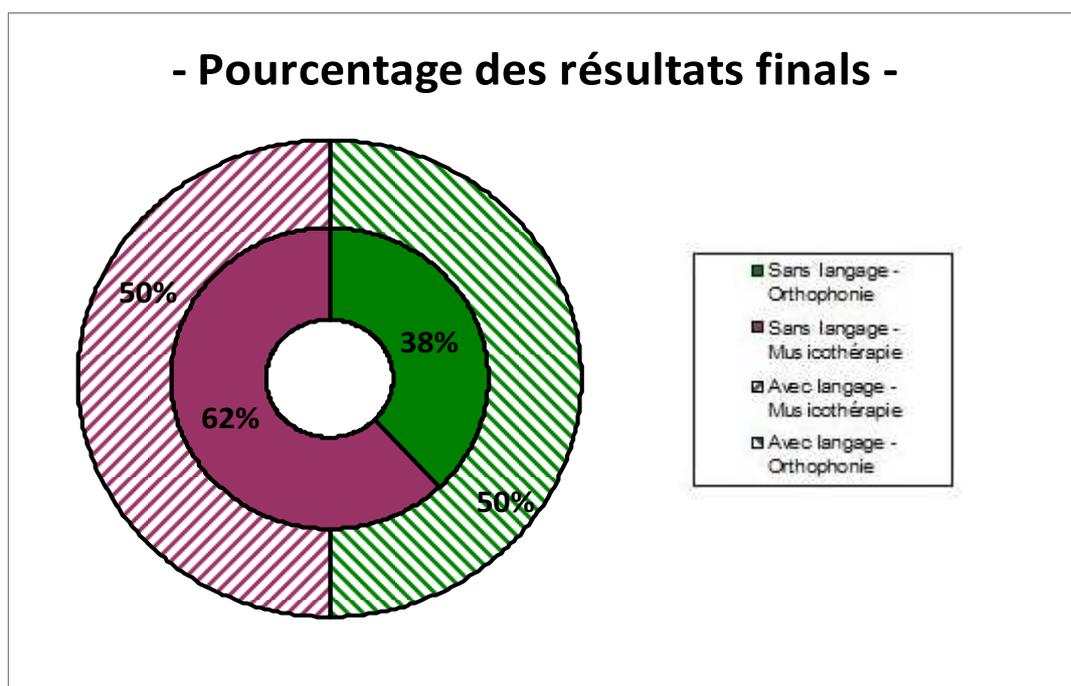
Enfin, les résultats obtenus en février 2013 sont les suivants.



Lors de cette troisième et dernière passation, Aurélien et Alexis obtiennent des résultats similaires et montrent un écart d'une réponse positive supplémentaire en faveur de la musicothérapie. Vincent confirme cette tendance avec un écart plus important de deux réponses supplémentaires. Ces trois enfants sans langage oral se sont donc montrés plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie.

Pour les enfants avec langage oral, les résultats révèlent moins d'écart entre les deux domaines étudiés. En effet, Léa et Maxime obtiennent des résultats égaux en orthophonie et en musicothérapie. Quant à Jérémie, il obtient un écart d'une réponse positive supplémentaire en faveur de la musicothérapie. Là encore, tout comme lors de la première passation, nous observons une appétence quasi similaire aux deux domaines en ce qui concerne les trois enfants ayant acquis le langage oral.

2.4. Analyse globale et synthèse



Nous proposons ici un graphique en anneaux présentant les résultats totaux des différentes passations pour l'ensemble des enfants. Celui-ci a été obtenu suite à des calculs permettant de transformer le nombre de oui obtenus en pourcentages afin d'avoir une vision plus claire des résultats. La différence apparaît alors nettement, ce qui n'est pas toujours le cas dans les passations détaillées une à une où les résultats sont moins significatifs. En effet, les enfants ayant acquis le langage oral ont obtenu un parfait équilibre de 50 % en orthophonie et 50% en musicothérapie. En revanche, les enfants n'ayant pas accès au langage oral montrent une réceptivité bien plus importante à la musicothérapie avec des pourcentages de 62 % de réceptivité en musicothérapie contre 38% de réceptivité en orthophonie.

Revenons-en à notre questionnement de départ qui était, rappelons-le, le suivant : les enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique avec langage oral n'ont pas la même réceptivité à l'orthophonie et à la musicothérapie que les enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique n'ayant pas acquis le langage oral : les enfants avec langage seraient plus réceptifs à l'orthophonie et les enfants sans langage seraient plus réceptifs à la musicothérapie.

Suite aux résultats et à l'analyse que nous venons de mener, nous pouvons donc confirmer que pour les six enfants porteurs de TSA que nous avons suivis, ceux qui n'ont pas acquis le langage oral sont plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie. En revanche, pour les

enfants ayant acquis le langage oral, les conclusions sont différentes. Il apparaît d'après nos épreuves que les enfants verbaux ont des résultats comparables en orthophonie et en musicothérapie. Le moyen utilisé pour tester des capacités identiques importe peu pour les enfants avec langage oral, au contraire des enfants sans langage verbal qui parviennent à développer davantage de capacités lorsqu'ils sont dans un environnement musical. Nous en revenons donc aux notions théoriques selon lesquelles la musique permettait un soutien essentiel dans l'expression des enfants porteurs de TSA.

Nous remarquons également une importante différence en termes de compétences chez ces deux groupes d'enfants : les enfants verbaux ont des capacités bien plus élevées que les enfants non verbaux. Ceci nous amène à dire que le langage est un outil indispensable pour développer des aptitudes autres, n'étant pas toujours liées à la verbalisation, ce qui était le cas de nos épreuves.

Il est intéressant de montrer que lors de chaque passation, les écarts de résultats entre l'orthophonie et la musicothérapie paraissaient faibles. Pourtant lors de l'analyse globale, nous relevons une différence de 24 % entre les deux domaines chez les enfants qui n'ont pas acquis le langage oral. Ainsi les enfants qui ont acquis le langage oral ont des compétences qui se complètent et s'équilibrent dans les deux domaines alors que les enfants sans langage oral tirent davantage profit de la musicothérapie pour s'exprimer.

VI. Discussion

Le but de cette étude était de déterminer si les enfants porteurs de TSA étaient plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie lorsqu'ils étaient sans langage oral et inversement lorsqu'ils avaient acquis le langage oral. En effet, nous avons jugé intéressant de déterminer cela, dans le but de fournir des outils supplémentaires lors des plans de prises en charge des jeunes enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique.

Les résultats de notre pratique nous confirment les faits supposés pour les enfants qui n'ont pas acquis le langage oral. Ces derniers montrent bien une appétence plus importante lors des séances de musicothérapie et présentent un pourcentage de 68 % de réceptivité contre 32 % de réceptivité en orthophonie. En revanche, notre questionnement de départ n'est pas confirmé pour les enfants verbaux qui ne présentent pas de meilleure réceptivité à l'un ou l'autre des deux domaines. En effet, nous remarquons des résultats strictement égaux de 50 % de réceptivité pour les deux. Ceci nous amène à dire qu'une fois que le langage est établi chez l'enfant, le moyen d'expression utilisé importe peu, l'enfant est capable de mettre à profit ses capacités dans les deux domaines, par des biais différents. Nous avons également noté au cours de ces épreuves, une explosion des possibilités de communication chez les enfants avec langage oral. Leurs résultats sont nettement meilleurs que ceux des enfants sans langage oral, bien que notre protocole ne teste pas spécifiquement les capacités langagières.

Une des âpretés de ce protocole de recherche a résidé dans la population. Nous avons en réalité rencontré des difficultés à trouver des patients correspondant à l'échantillon et nous sommes consciente de la faiblesse de celui-ci. Il s'agissait de réunir plusieurs critères à savoir principalement que l'enfant porteur de TSA bénéficie à la fois de prises en charge en orthophonie et en musicothérapie. Par souci de temps et de disponibilités au sein du CAMSP, nous avons dû nous limiter à une population comptant six enfants. Pour plus de rigueur dans nos résultats, il aurait fallu un échantillon plus élevé, qui aurait permis des statistiques plus précises. Ce nombre restreint minimise la possibilité de généralisation de nos observations à l'ensemble des jeunes patients porteurs de Troubles du Spectre Autistique. Ici, nous avons pu seulement émettre des conclusions pour les six patients ayant participé à notre étude. Une étude plus approfondie avec une population plus importante (et éventuellement des tableaux cliniques de TSA encore plus variés) pourrait s'avérer utile afin d'établir une norme.

Nous regrettons également les absences répétées de certains patients au cours de la prise en charge. Ceci a parfois provoqué des écarts dans les dates de passations établies. La rigueur

que nous aurions voulu suivre n'a donc pas toujours été possible compte tenu de ces éléments. De plus, il aurait été bénéfique de pouvoir proposer de nouveau nos épreuves à ces six enfants, dans un temps différé. Une étude longitudinale sur un temps plus long apporterait ainsi davantage d'affirmations sur les enfants porteurs de TSA face à l'orthophonie et à la musicothérapie.

D'autre part, il aurait été intéressant de pouvoir observer tous les enfants dans des conditions identiques de passation des épreuves. Effectivement, certains patients étaient suivis séparément en orthophonie et en musicothérapie tandis que d'autres participaient – en groupe – à une association orthophonie-musicothérapie. Les conditions de passation étaient donc différentes : lieu différent, horaires différents, nombre de thérapeutes différent... et nous avons vu que l'enfant porteur de TSA était particulièrement sensible au changement. Toutefois, nous précisons qu'au cours des trois passations, les repères n'ont pas changé pour les enfants ; même si les deux domaines n'étaient pas testés aux mêmes endroits, les enfants connaissaient les deux lieux.

Nous tenons enfin à aborder un dernier point essentiel. Nous avons montré par notre étude que les enfants porteurs de TSA étaient plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie. Ceci ne prétend en aucun cas qu'il serait bénéfique pour eux de renforcer leur prise en charge en musicothérapie et de diminuer l'orthophonie. Manifestement, les prises en charge sont bénéfiques pour chaque enfant et notre étude se restreint ici à l'analyse de quelques critères, loin d'être exhaustifs. Les suivis orthophonique et musicothérapeutique ne se résument pas à cela et nous souhaitons préciser que ce travail confirme justement la richesse des moyens utilisés en rééducation. Chaque thérapeute apporte sa pierre à l'édifice et contribue de quelque façon que ce soit à l'évolution de l'enfant.

CONCLUSION

Notre questionnaire de départ concernait la réceptivité des enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique face à l'orthophonie et à la musicothérapie, en fonction de leurs compétences langagières. Nous supposions effectivement qu'un enfant sans langage oral était davantage réceptif à la musicothérapie et qu'un enfant avec langage oral était davantage réceptif à l'orthophonie. C'est pourquoi nous avons observé et testé une population de six jeunes enfants porteurs de TSA. Nous avons réalisé cette étude parallèlement à des points théoriques relatifs aux troubles du spectre autistique et à la musicothérapie, en tentant de corréler théorie et pratique.

Pour mettre en évidence notre questionnaire, nous avons élaboré un protocole d'observation et d'évaluation de capacités relevant principalement de la communication. Nous avons tenu à ne pas faire intervenir spécifiquement le langage oral dans ces épreuves pour que les enfants ne l'ayant pas encore acquis ne soient pas pénalisés. Ainsi nous avons choisi de nous intéresser à des comportements non verbaux (bien que nous notions les éléments langagiers lorsque ceux-ci étaient présents).

A l'issue de ce travail de terrain et de nos trois passations chez les six enfants suivis, la réponse à notre questionnaire initial a été confirmée pour une partie de notre population mais infirmée pour la seconde partie. Effectivement, nous avons montré par nos résultats que les enfants n'ayant pas accès au langage oral étaient plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie. En revanche, les résultats n'étaient pas ceux attendus pour les enfants ayant acquis le langage oral. Ces derniers ont montré une réceptivité tout à fait identique dans les deux domaines et n'ont donc pas privilégié le côté orthophonique comme nous le pensions.

En raison de notre échantillon non conséquent, nous n'avons pu élargir la conclusion de notre étude à l'ensemble des enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique.

Ces résultats nous paraissent toutefois intéressants dans la mesure où ils nous montrent qu'une fois que le langage est établi chez ces enfants, ceux-ci le généralisent à l'ensemble des situations. Cela nous montre également que la musique est un moyen d'expression particulièrement riche pour les enfants porteurs de TSA qui n'ont pas développé le langage oral. Nous espérons que cette étude aura apporté des pistes de réflexion concernant la prise en charge – orthophonique et autre – de l'enfant porteur de Troubles du Spectre Autistique. Cette étude pourrait s'ouvrir sur d'autres travaux de recherche, compte tenu de nos

questionnements qui en ont découlés. Il nous semble particulièrement intéressant d'aborder l'émergence du langage oral chez les enfants porteurs de troubles du spectre autistique. A quels facteurs est-elle liée ? A quels niveaux l'orthophonie et la musicothérapie interviennent-elles dans cet apprentissage ?

Nous espérons surtout avoir retransmis à travers notre travail les bienfaits d'un suivi pluridisciplinaire qui permet d'apporter un maximum de possibilités d'expression à l'enfant. En fonction de ses capacités et de ses préférences, l'enfant peut ainsi se reposer sur différents moyens d'expression.

A titre professionnel, ce mémoire a été l'occasion d'approfondir mes connaissances dans le domaine des Troubles du Spectre Autistique et de travailler avec différents thérapeutes emplis de conseils et d'enseignement.

A titre personnel, il m'a permis de lier mon métier, ma passion pour la musique et une population qui, je le sais, fera partie intégrante de ma pratique future.

Cette expérience au sein du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce s'est révélée très riche tant sur le plan humain que sur le plan professionnel. Elle m'a permis d'aborder la rééducation orthophonique sous un autre angle et de me familiariser avec une population encore trop peu connue à mon goût. De plus, l'accueil qui m'a été réservé m'a permis de découvrir pleinement le fonctionnement d'un tel centre d'action. Par ailleurs, l'idée que je me faisais des bienfaits de la pluridisciplinarité n'a été qu'amplifiée et j'admire ce partage, cette écoute et ce suivi que j'ai pu observer au sein de cette équipe.

Cette riche expérience n'a fait que conforter mon choix d'exercer prochainement le beau métier d'orthophoniste... Enfin, je terminerai ici par une citation extraite de l'œuvre *La lumière du monde* de l'écrivain français C. BOBIN :

« L'autisme est un soleil inversé : ses rayons sont dirigés vers l'intérieur. »

BIBLIOGRAPHIE

❖ Ouvrages :

ADRIEN J-L. et GATTEGNO M-P. – *L'autisme de l'enfant : évaluations, interventions et suivi*. Ed Mardaga, 2011. 359 pages

ALVAREZ A. et REID S. – *Autisme et personnalité*. Ed Du Hublot, 2004. 314 pages

BARON J. et BARON S. – *Moi, l'enfant autiste*. Ed J'ai lu, 2000. 315 pages

BENENZON R-O. – *La musicothérapie : la part oubliée de la personnalité*. Ed De Boeck, 2004. 238 pages

BENENZON R-O. – *Théorie de la musicothérapie à partir du concept de l'ISO*. Ed du Non Verbal, 1992. 178 pages

BIGAND E., HABIB M. et BRUN V. – *Musique et cerveau : Nouveaux concepts, nouvelles applications*. Sauramps Médical, 2012. 135 pages

BOBIN C. – *La lumière du monde*. Ed Folio, 2003. 164 pages

CAUCAL D. et BRUNOD R. – *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. Ed Autisme France AFD, 2010.

CAUSSE J-D. et REY-FLAUD H. – *Les paradoxes de l'autisme*. Ed Eres 2011. 100 pages

DUCOURNEAU G. – *Eléments de musicothérapie*. Ed Dunod, 2002. 169 pages

GEORGE F. – *Actualités sur la prise en charge des Troubles Envahissants du Développement*. Ed SOLAL, 2011. 164 pages

GUIRAUD-CALADOU J.-M. – *La musique du fou intelligent*. Ed Fuzeau, 1998. 227 pages

H.A.S. (Haute Autorité de Santé) et A.N.E.S.M. (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux) – *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Mars 2012. 61 pages

ITARD J. – *Victor de l'Aveyron*. Ed Allia, 2009. 151 pages

-
- JOST J. – *Equilibre et santé par la musicothérapie*. Ed Albin Michel, 2000. 248 pages
- LAWSON W. – *Comprendre et accompagner la personne autiste*. Ed Dunod, 2011. 286 pages
- LECOURT E. – *Découvrir la musicothérapie*. Ed Eyrolles. 219 pages
- LECOURT E. – *La musicothérapie*. Ed Puf, 1988. 127 pages
- LECOURT E. – *Cris, chantonnements et autres manifestations vocales chez des enfants à conduites autistiques* dans CASTAREDE M-F. et KONOPCZYNSKI G. – *Au commencement était la voix*. Ed Eres, 2005. Pages 211-219
- LELORD G. et SAUVAGE D. – *L'autisme de l'enfant*. Ed Masson, 1991. 289 pages
- LENFANT A-Y. et LEROY-DEPIERE C. – *Autisme : l'accès aux apprentissages*. Ed Dunod, 2011. 180 pages
- MESSERSCHMITT P. – *Clinique des syndromes autistiques*. Ed Maloine, 1990. 165 pages
- MOTTRON L. – *L'autisme : une autre intelligence*. Ed Mardaga, 2006. 235 pages
- NADEL J. – *Imiter pour grandir, développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Ed Dunod, 2011. 204 pages
- REY-FLAUD H. - *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage : Comprendre l'autisme*. Ed Aubier, 2008. 425 pages
- ROGÉ B. – *Autisme, comprendre et agir*. Ed Dunod, 2005. 227 pages
- TARDIF C. – *Autisme et pratiques d'intervention*. Ed Solal, 2010. 331 pages
- VALLEE R. – *La relation émotionnelle : une approche thérapeutique du bégaiement par la musicothérapie*. Ortho Edition, 2000. 191 pages
- VIRET J. – *Musicothérapie*. Ed Pardes. 127 pages
- WINNICOTT D.W. – *Jeu et réalité*. Ed Gallimard, 1975. 276 pages
-

❖ Mémoires :

BELMON J. – *Quand la musique vient au secours des « maux »*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste ; école de Nice, 2009. 181 pages

COCCHIO C. – *Les capacités musicales dans la maladie d'Alzheimer*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste ; école de Nice, 2012. 196 pages

LAFORGE L. – *La marionnette dans la prise en charge orthophonique*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste ; école de Nice, 2009. 254 pages

TIBERGHIE J. – *L'approche sensori-motrice auprès d'enfants autistes : les troubles du traitement des flux sensoriels*. Mémoire de psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, 2011.

❖ Sources Internet :

www.musicotherapie.org

www.autisme-france.fr

www.autisme.qc.ca

www.autismeinfantile.com

www.sb-musicotherapie.fr

www.craif.org

www.oranov.jimdo.com

❖ Vidéographie :

DENNI-KRICHEL N. – *Accompagnement orthophonique des personnes présentant un trouble envahissant du développement, dont l'autisme : dépistage et évaluation*. Ortho Edition.

ANNEXES

Annexe 1

ÉQUIVALENCE ENTRE DSM IV, CIM-10 ET CFTMEA 2000

DSM IV	CIM-10	CFTMEA 2000
Troubles envahissants du développement	Troubles envahissants du développement	Chapitre I. Autisme et troubles psychotiques 1.0 Psychose précoce (T.E.D.)
Trouble autistique	Autisme infantile	Autisme infantile précoce, type Kanner
Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique)	Autisme atypique	1.01 Autres formes de l'autisme 1.02 Psychose précoce déficitaire, retard mental avec troubles autistiques et psychotiques
Syndrome de Rett	Syndrome de Rett	1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance
Trouble désintégratif de l'enfance	Autre trouble désintégratif de l'enfance	1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance
	Troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et à des mouvements stéréotypés	
Syndrome d'Asperger	Syndrome d'Asperger	Syndrome d'Asperger
	Autres troubles envahissants du développement	1.02 Psychose précoce déficitaire, retard mental avec troubles autistiques et psychotiques 1.04 Dysharmonies psychotiques 1.08 Autres psychoses précoces ou autres T.E.D.
Troubles envahissants du développement non spécifié (y compris autisme atypique)	Troubles envahissants du développement, sans précisions	1.09 Psychoses précoces ou troubles envahissants du développement non spécifiés

D'après LENOIR P., MALVY J. et BODIER RETHORE C. *L'autisme et les troubles du développement psychologique* Edition Elsevier Masson, 2007, pp.9-10

Annexe 2

<p style="text-align: center;">DSM IV (American Psychiatric Association, 1994-1996) CRITERES DIAGNOSTICS DU TROUBLE AUTISTIQUE</p>
--

A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3) :

- (1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent deux des éléments suivants :
 - (a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportement non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes ;
 - (b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement ;
 - (c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par exemple, il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent) ;
 - (d) manque de réciprocité verbale ou émotionnelle.
- (2) Altération qualitative de la communication, comme en témoignent au moins un des éléments suivants :
 - (a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique) ;
 - (b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage oral, incapacité à engager ou à soutenir une conversation avec autrui ;
 - (c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique ;
 - (d) absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau du développement.
- (3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoignent au moins un des points suivants :
 - (a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation ;
 - (b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels ;
 - (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsion des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps) ;
 - (d) préoccupations persistantes pour certaines parties de ces objets.

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants :

- (1) Interactions sociales ;
- (2) Langage nécessaire à la communication sociale ;
- (3) Jeu symbolique ou d'imagination

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic du syndrome de Rett ou de troubles désintégratifs de l'enfance.

Annexe 3

L'AUTISME en images



A du mal à comprendre et à se faire comprendre



Utilise le langage de façon écholalique



Manifeste de l'indifférence



Rit de façon inappropriée

Manque de contact oculaire



Parle de façon incessante sur un sujet particulier



Indique ses besoins en utilisant la main d'un adulte



Comprend mal les conventions et les règles sociales



Manque de jeux imaginatifs



Ne joue pas avec les autres enfants



N'apprécie pas les changements



Présente des comportements bizarres



Utilise les objets de façon atypique



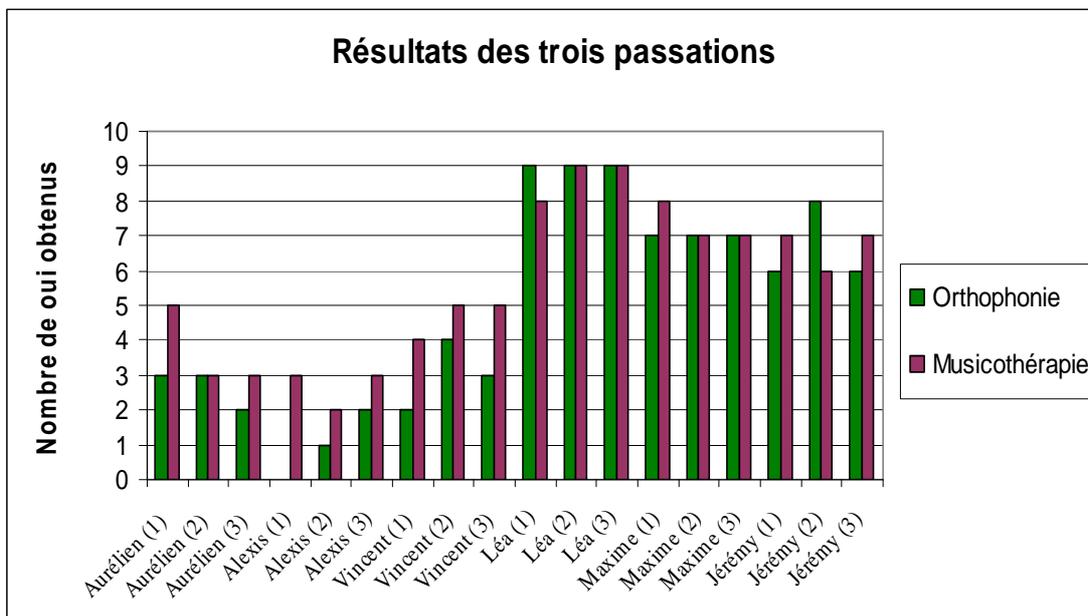
Peut être hypersensible aux sons, aux odeurs ...

Annexe 4

PASSATIONS		ORTHOPHONIE				MUSICOTHERAPIE			
		1ère	2ème	3ème	TOTAUX	1ère	2ème	3ème	TOTAUX
Sans langage	Aurélien Grille 1	1	2	1	4	3	3	2	8
	Aurélien Grille 2	2	1	1	4	2	0	1	3
	Aurélien total	3	3	2	8	5	3	3	11
	Alexis Grille 1	0	1	1	2	3	1	2	6
	Alexis Grille 2	0	0	1	1	0	1	1	2
	Alexis total	0	1	2	3	3	2	3	8
	Vincent Grille 1	2	3	3	9	3	3	3	9
	Vincent Grille 2	0	1	0	1	1	2	2	5
	Vincent total	2	4	3	9	4	5	5	14
	TOTAUX	5	8	7	20	12	10	11	33
Avec langage	Léa Grille 1	6	6	5	17	6	6	6	18
	Léa Grille 2	3	3	4	10	2	3	3	8
	Léa total	9	9	9	27	8	9	9	26
	Maxime Grille 1	5	4	4	13	5	4	4	13
	Maxime Grille 2	2	3	3	8	3	3	3	9
	Maxime total	7	7	7	21	8	7	7	22
	Jérémy Grille 1	4	5	4	13	4	4	5	13
	Jérémy Grille 2	2	3	2	7	3	2	2	7
	Jérémy total	6	8	6	20	7	6	7	20
	TOTAUX	22	24	22	68	23	22	23	68

Tableau récapitulatif de tous nos résultats obtenus.

Annexe 5



DOUILLARD Solène

**REGARDS CROISÉS SUR LA MUSICOTHÉRAPIE ET L'ORTHOPHONIE DANS
LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE 0 À 6 ANS PRÉSENTANT DES
TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE**

120 pages.

Mémoire d'orthophonie – UNS / **Faculté de Médecine** – Nice, 2013.

RÉSUMÉ

La musique est présente au quotidien pour tout un chacun et a démontré, depuis des siècles déjà, ses vertus thérapeutiques. Nous avons voulu ici proposer une étude mêlant la musicothérapie et l'orthophonie chez de jeunes enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique.

Suite à nos recherches théoriques, notre questionnement initial s'est basé sur la réceptivité de ces patients en fonction de leurs compétences langagières. Nous avons supposé que les enfants sans langage oral étaient plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie et de la même manière, que les enfants ayant acquis le langage oral étaient plus réceptifs à l'orthophonie qu'à la musicothérapie.

Nous avons élaboré un protocole évaluant des compétences dans des domaines préalablement définis comme l'imitation, le regard, la proxémique, l'interaction avec l'autre... Ensuite, nous avons proposé ce protocole à trois reprises à six enfants pris en charge au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Lenval de Nice.

Au terme de notre expérimentation, les résultats obtenus confirment et infirment à la fois notre questionnement de départ. Il s'est avéré que les enfants n'ayant pas encore acquis le langage oral soient plus réceptifs à la musicothérapie qu'à l'orthophonie. En revanche, les enfants ayant acquis le langage oral, ont montré un intérêt identique dans ces deux domaines : leurs compétences se sont montrées égales en orthophonie et en musicothérapie.

MOTS-CLÉS

Autisme – Communication – Test – Étude de cas – Enfant – Orthophonie – Musicothérapie

DIRECTRICE DE MÉMOIRE

Mme OSTA Arlette, orthophoniste

CO-DIRECTRICES DE MÉMOIRE

Sandrine BEDU, musicothérapeute & Charlotte RAFFRAY-TOJA, orthophoniste
