

DE LA MÉDIATION MUSICOTHÉRAPIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE
DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE CHEZ L'ENFANT :
ÉVALUATION, PROCESSUS ET MODÉLISATION

[Thomas Rabeyron](#), [Océane Saumon](#), [Noémie Dozsa](#), [Emmanuelle Carasco](#), [Olivier Bonnot](#)

Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant »

2019/1 Vol. 62 | pages 147 à 171

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130821588

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2019-1-page-147.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

DE LA MÉDIATION MUSICOTHÉRAPIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE CHEZ L'ENFANT : ÉVALUATION, PROCESSUS ET MODÉLISATION

THOMAS RABEYRON¹, OCEANE SAUMON², NOÉMIE DOZSA³
EMMANUELLE CARASCO⁴, OLIVIER BONNOT⁵

DE LA MÉDIATION MUSICOTHÉRAPIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES
DU SPECTRE AUTISTIQUE CHEZ L'ENFANT : ÉVALUATION, PROCESSUS ET MODÉLISATION

Le sonore apparaît comme un élément sensoriel aux propriétés particulièrement adaptées à la prise en charge des enfants souffrant de troubles du spectre autistique. Pour autant, les évaluations portant sur la médiation musicothérapique auprès de cette population se font relativement rares, en particulier quand elles sont référées à un cadre théorique psychanalytique. Ce travail présente les résultats d'une étude menée dans cette perspective sur l'évaluation de cette médiation et des processus qui la caractérisent. À partir d'une population composée de trente-six enfants, nous avons comparé l'efficacité de la musicothérapie en rapport d'une simple écoute musicale à partir de trois échelles – Clinical Global Impression (CGI) ; Childhood Autism Rating Scale (CARS) ; Autism Behavior Checklist (ABC) – après vingt-cinq séances et huit mois de prise en charge. Nos résultats mettent en évidence une plus grande efficacité de la musicothérapie en rapport de l'écoute musicale à partir du score de la CGI. Les deux autres échelles (CARS, ABC) soulignent des progrès chez les enfants dans les deux types de groupe mais sans différence significative. Une analyse qualitative et psychanalytique est également proposée afin de décrire de manière plus précise les processus qui caractérisent la rencontre de l'enfant autiste avec le sonore. Nos observations révèlent un trajet thérapeutique commun avec une première phase de collage caractérisée par une confusion entre mondes interne et externe ; une seconde phase de décollage avec la relance des processus de symbolisation primaire ; une troisième phase de recollement à la fonction symbolisante de l'objet favorisant le développement de la réflexivité. Une modélisation plus globale est enfin proposée sous forme d'une grille d'évaluation de la médiation sonore.

Mots-clés : Médiations thérapeutiques, musicothérapie, troubles du spectre autistique.

USING MUSIC THERAPY TO TREAT AUTISM SPECTRUM DISORDER IN CHILDREN:
EVALUATION, PROCESS, AND MODELING

As a sensory element, sound appears particularly well suited to treating children with autism spectrum disorder. But evaluations of the use of music therapy in this population are relative rare, particularly within a psychoanalytic theoretical framework. This study presents the results of a study, carried out from this point of view, that evaluated this treatment and the processes that characterize it. Using a population of thirty-six children, we compared the

1. Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Psychologue clinicien. Université de Lorraine, Laboratoire Interpsy (Psyclip).

2. Psychologue clinicienne, Université de Nantes.

3. Psychologue clinicienne, Unité AEMO Judiciaire, Cholet.

4. Psychologue clinicienne, musicothérapeute. Institut de Musicothérapie, Université de Nantes.

5. Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Pédiopsychiatre, Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes, Laboratoire de psychologie des pays de la Loire (LPPL).

efficacy of music therapy in relation to simply listening to music on three different scales (CGI, CARS, ABC), after twenty-five sessions and eight months of care. Our results demonstrate that music therapy is more effective than listening to music on the basis of CGI scores. The two other scales (CARS, ABC) point out that children in both types of group made progress, but show no significant difference between them. Through a qualitative and psychoanalytic analysis, we describe more precisely the processes that characterize the autistic child's encounter with sound. Our observations reveal a common therapeutic trajectory. Its first phase is one of bonding, and is characterized by a confusion of internal and external worlds. The second is one of detachment, as primary symbolization processes are launched. The third is one of re-bonding with the symbolizing function of the object, encouraging the development of reflexivity. Finally, we propose a broader model in the form of an evaluation grid for sound-based treatment.

Keywords: *therapeutic treatment, music therapy, autistic spectrum disorder.*

LES MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES, LE SONORE ET L'ENFANT AUTISTE

Le développement actuel de méthodes d'évaluations qualitatives et psychanalytiques des médiations thérapeutiques aide à mieux saisir les processus psychiques spécifiques de chacune d'entre elles (Brun, 2013a ; Brun, Roussillon et Attigui, 2016). De nouveaux paradigmes de recherche émergent ainsi, dont la particularité est d'étudier les pratiques quotidiennes des cliniciens dans le but d'explicitier et de mieux saisir les processus qui les caractérisent. Il s'agit de la sorte de saisir et d'évaluer ce qui se passe dans le cadre thérapeutique en termes d'attitudes, d'interventions et d'interactions aussi bien du côté du patient que du clinicien, en portant une attention particulière à l'associativité et le transfert (Brun, 2013b), dans le but d'affiner l'orientation thérapeutique au fil du soin (Thurin et Thurin, 2007). Les grilles de repérage conçues pour l'évaluation clinique des médiations thérapeutiques s'inscrivent dans le même mouvement (Brun, 2013a ; Brun, Roussillon et Attigui, 2016 ; Rey et Chouvier, 2011), participant d'une meilleure modélisation de l'activité psychothérapique à partir d'un repérage rigoureux des processus associés à chaque médiation. Nous souhaiterions, dans la même perspective, analyser dans ce travail la médiation sonore à partir d'une recherche ayant porté sur l'évaluation à la fois quantitative et qualitative de la médiation musicothérapique auprès d'enfants souffrant de troubles du spectre autistique.

Le sonore est en effet considéré comme un élément particulièrement archaïque de la construction psychique. Didier Anzieu (1976) soutient, par exemple, que « l'espace sonore est le premier espace psychique », du fait d'une préexistence ontogénétique des sensations sonores sur les perceptions visuelles. In utero, le fœtus est exposé à un premier rythme constitué de « vides » (les silences) et de « pleins » (les bruits) donnant naissance à une première « enveloppe sonore » (Anzieu, 1976), dont Edith Lecourt a souligné la dimension transmodale (Lecourt, 1987)¹. Le sonore, par la voix maternelle, assure par

1. Cet aspect est d'ailleurs confirmé aussi bien par les études d'imagerie médicale mettant en évidence l'activation de larges zones cérébrales par le sonore (Tillmann, 2013) que par les observations cliniques de musicothérapeutes (Lefevre, 2008).

ailleurs une continuité psychique pour le bébé entre la vie intra- et extra-utérine. Elle est entendue par le fœtus et reconnue dès la naissance, comme le confirment plusieurs études révélant les compétences auditives du nourrisson (DeCasper et Fifer, 1980). Le sonore est également articulé de manière étroite à l'émergence d'un premier « rythme » kinesthésique et respiratoire constitué d'inspirations et d'expirations. Les sensations auditives sont ainsi liées à des aspects corporels qui structurent d'emblée le soi-émergeant. Le sonore apparaît aussi comme un élément essentiel lors des soins corporels prodigués à l'enfant, constituant une forme de « holding sonore » (Winnicott, 1971 ; Anzieu, 1976). En ce sens, la dimension contenant du sonore et la grande sensibilité du nourrisson à cette fonction perceptive s'associent au fait que le médium aérien possède l'ensemble des propriétés qui caractérisent le « médium malléable » (Roussillon, 1991). Ces différents éléments théoriques, esquissés brièvement, soulignent ainsi dans quelle mesure la médiation sonore apparaît appropriée dans la relance des processus de symbolisation.

Elle se prête par ailleurs particulièrement bien aux problématiques des enfants autistes du fait de leur grande sensibilité à l'environnement sonore. Un certain nombre d'études rapportent ainsi que les sujets souffrant de troubles du spectre autistique ont une activité cérébrale supérieure aux individus témoins lors d'une stimulation par le chant (Grandin & Panek, 2014). Ils développent également fréquemment une fascination pour les bruits de tuyaux, opèrent un clivage entre musicalité de la voix et prononciation consonantique, et sont davantage sensibles aux commentaires « musicaux » (Haag, 2005 ; Lecourt, 2006). Ces particularités mettent en exergue une difficulté dans le champ de l'articulation des signifiants dans la rencontre avec l'Autre du fait d'une carence de la fonction symbolique : les mots sont alors vécus de manière « sérieuse », car la chose « réelle » est confondue avec la chose désignée (Lacan, 1976).

PRÉSENTATION DU DISPOSITIF DE RECHERCHE

Dans le but de poursuivre les recherches initiées dans le champ des médiations thérapeutiques, et afin de les étendre à la médiation sonore à partir de ces quelques éclairages théoriques, nous avons développé une méthodologie croisant approche quantitative et qualitative. Notre but fut ainsi d'étudier certains marqueurs quantitatifs de l'efficacité de la médiation musicothérapique en couplant cette approche à une analyse détaillée des processus de la médiation sonore selon une évaluation qualitative. Après avoir précisé quelques éléments contextuels concernant la médiation musicothérapique, nous allons dans un premier temps décrire les paramètres quantitatifs de cette étude avant de détailler les particularités de notre approche sur le plan qualitatif.

MÉTHODOLOGIE QUANTITATIVE DE L'ÉTUDE

Connue depuis l'antiquité et introduite en psychiatrie par Philippe Pinel au début du XIX^e siècle, celui-ci soulignant alors déjà ses potentialités thérapeutiques, la musicothérapie a été définie plus récemment par Edith Lecourt

(2005) comme « une forme de psychothérapie ou de rééducation, d'aide psychomusicale selon les cadres considérés, qui utilise le son et la musique – sous toutes leurs formes – comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle est pratiquée en groupe comme individuellement, avec des enfants comme avec des adultes ». Il s'agit ainsi d'utiliser le médium sonore à des fins thérapeutiques selon des référentiels psychothérapeutiques variés, même si la psychanalyse a développé une affinité particulière avec cette approche. Il existe différentes méthodes en musicothérapie et l'on distingue en particulier la musicothérapie réceptive, plus passive, de la musicothérapie active dans laquelle, comme son nom l'indique, le sujet est amené à s'exprimer par le biais de sa voix, son corps et les instruments (Lecourt, 2011), visant ainsi à produire des effets thérapeutiques chez le sujet à la rencontre de ces différents éléments.

La musicothérapie a été l'objet d'un certain nombre d'évaluations quant à son efficacité et deux méta-analyses ont concerné plus spécifiquement la prise en charge des enfants autistes par ce biais (Geretsegger, Elefant, Mössler et Gold, 2014 ; Simpson et Keen, 2011). Ces travaux mettent en évidence l'amélioration en contexte musical des habiletés sociales concernant les interactions initiées par l'enfant (Kern et Aldridge, 2006 ; Kim, Gold et Wigram, 2008 ; 2009) ainsi que leur communication non verbale (Farmer, 2003 ; Kim *et al.* 2008). L'effet de la musicothérapie s'étend également à la vie quotidienne de l'enfant avec des tailles d'effets allant de moyennes à larges (Gattino, Riesgo, Longo, Leite et Faccini, 2011).

Cette étude a eu pour objectif de confirmer ou d'infirmer ces résultats quantitatifs et d'affiner notre compréhension de l'efficacité de la médiation musicothérapique. Elle a concerné au total trente-six enfants, de 4 à 7 ans (31 garçons et 5 filles), présentant un trouble du spectre autistique validé par la *Childhood Autism Rating Scale* (CARS). Les enfants souffrant de troubles auditifs ou neurologiques ont été écartés de l'étude ainsi que ceux dont le traitement médicamenteux fut modifié moins de six mois auparavant. La moitié des enfants fut répartie aléatoirement dans des groupes de musicothérapie ($n = 18$), tandis que l'autre moitié fut placée dans des groupes d'écoute musicale ($n = 18$). Le but fut ainsi d'étudier la spécificité du dispositif musicothérapique en comparaison d'une simple écoute musicale. Chaque groupe a bénéficié de vingt-cinq séances à raison d'une demi-heure par semaine et accueillait entre trois et cinq enfants en fonction des possibilités ou des impératifs de chaque structure (IME, Hôpital de jour, etc.). Les groupes ont débuté à la rentrée scolaire, en septembre, et se sont poursuivis jusqu'en fin d'année scolaire, en juin, respectant le cadre institutionnel habituel. Les séances se sont déroulées dans une pièce calme et sécurisante, au sein de laquelle étaient disposés coussins et couvertures. Chaque séance de musicothérapie a duré environ 30 minutes et était ainsi composée : (1) rituel de début (écoute musicale instrumentale de 5 minutes) ; (2) improvisation instrumentale et vocale à partir d'instruments standardisés¹ (20 minutes) ; (3) rituel de fin (écoute musicale vocale de 5 minutes) ; (4) séance de reprise de 30 minutes lors de laquelle

1. 1 grosse percussion (djembé, tambour, derbouka, etc.), 2 tambourins, 1 sanza, 1 flûte à coulis, 1 balafon, 2 œufs sonores, 2 maracasses, 1 guiro, des boomwhakers. Deux instruments à vent (le kazoo et l'harmonica) ont été ajoutés en janvier à la demande des musicothérapeutes.

l'équipe rapportait ses observations et ses ressentis. La séance se faisait en présence d'un ou une musicothérapeute (interne ou externe à l'institution), d'une co-thérapeute (interne à l'institution) et d'une stagiaire psychologue. La musique « rituelle » de début de séance fut librement choisie par le binôme musicothérapeute/co-thérapeute tandis que les instruments ont été les mêmes pour les différentes institutions. Les groupes d'écoute musicale consistaient pour leur part en un temps d'écoute musicale de trente minutes, en présence de deux soignants de l'institution, qui avaient pour consigne d'interagir au minimum avec les enfants en veillant également à ce qu'ils ne se mettent pas en danger.

Les enfants ont été évalués avant le début de la prise en charge et à la fin de celle-ci par deux psychologues cliniciennes formées aux différentes échelles utilisées. Elles n'avaient pas connaissance du groupe dans lequel se trouvait l'enfant évalué avant et après la prise en charge. Le critère principal d'évaluation fut la *Clinical Global Impression* (CGI) à 7 items. Celle-ci n'est pas spécifique de l'autisme, mais elle est fréquemment utilisée dans les études cliniques pour évaluer l'efficacité d'une thérapie. Les critères secondaires étaient basés sur les scores à des échelles psychométriques spécifiques des troubles autistiques : (1) La version française de la *Children Autism Rating Scale* (CARS) (Schopler *et al.*, 1980), constituée de 15 items donnant un score global de gravité en fonction des symptômes ; (2) L'*Autism Behavior Checklist* (ABC) (Wadden *et al.*, 1991) qui évalue le comportement de l'enfant selon 57 items portant sur le comportement non-adaptatif, les relations sensorielles, le corps, l'utilisation des objets et le langage. La première évaluation s'est déroulée en septembre, durant les deux semaines précédant le début de la prise en charge. La deuxième évaluation a été menée en fin de prise en charge, en juin, huit mois après le début des groupes. Notre objectif a ainsi été, contrairement à un certain nombre d'études développées au niveau international, de respecter « l'écologie » de la prise en charge habituelle tenant compte de la temporalité des enfants et des institutions.

MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE DE L'ÉTUDE

En ce qui concerne l'approche plus qualitative de ce travail, nous avons suivi la méthodologie de « l'observatrice-écrivante ». Celle-ci implique que l'observatrice ne peut intervenir durant les séances, hormis en cas de sollicitation directe d'un enfant (Brun, 2013a). L'observatrice adopte une position d'« attention flottante » à l'égard du déroulement des événements et de son propre ressenti. Il s'agit ainsi de suivre « la chaîne associative formelle » (Rousillon, 2013) en tant que « défilé » du processus de symbolisation dans la rencontre entre l'enfant, la médiation, les soignants et le groupe, en observant au plus près l'ensemble des associations verbales et non-verbales. Cette méthodologie nécessite un souci du détail aussi bien du point de vue de « l'observation externe » (mimiques, postures, réactions des thérapeutes, etc.) que de « l'observation interne » (émotions, sensations, images, etc.). Une fois la séance terminée, l'observatrice retranscrit le déroulement de la séance à partir de ses « notes repères » prise en cours de la séance. Elle rassemble ensuite ses observations

retranscrites pour chaque enfant et en extrait les éléments cliniques les plus saillants.

Ces éléments sont par la suite discutés lors de séances de supervision de groupe à l'université. Il s'agit alors de « décondenser » les processus de la médiation par un phénomène de « décantation » des processus psychiques, en étayage sur les temps de supervision favorisant la réflexivité après-coup. Un travail de reconstruction de la subjectivité de l'enfant est ainsi effectué en tentant de mettre en sens les logiques intrapsychiques à partir de son expression sur le médium et l'intersubjectivité des séances.

SYNTHÈSE CLINIQUE : ÉVOLUTION DE QUATRE GROUPES À MÉDIATION MUSICOTHÉRAPIQUE

Les analyses théorico-cliniques qui vont suivre découlent des observations obtenues au sein de quatre groupes¹ constitués chacun de trois enfants, âgés de 4 à 7 ans, dont le diagnostic de « Trouble du spectre autistique » fut posé par un pédopsychiatre. Nous allons reprendre succinctement les éléments cliniques relatifs à ces différents groupes puis nous évoquerons, dans le cours des développements théorico-cliniques, les séquences cliniques qui nous sont apparues les plus représentatives des trajets thérapeutiques des enfants.

PREMIER GROUPE : LÉON, LAURENT ET KEVIN

Le premier groupe paraît d'emblée dynamique et « vivant » pour l'observatrice, d'autant que Léon et Laurent viennent spontanément vers elle. Kevin, lors des premières séances, évite quant à lui la relation à l'autre, mais semble toutefois stimulé par la musique au niveau corporel : il sautille en rythme autour du groupe. Lors des premières séances, l'attention des thérapeutes est focalisée en particulier sur Léon qui révèle des angoisses intenses. Son agitation et sa dispersion « contaminent » le groupe qui semble agir dans la précipitation. Les thérapeutes choisissent en retour de proposer de petites « mises en scène » lors des musiques rituelles comme, par exemple, le fait de cacher un doudou dans une boîte. Les enfants adoptent progressivement ces mises en scène et manifestent moins d'angoisses. Le positionnement des thérapeutes se dessine progressivement : le co-thérapeute contient les angoisses lorsque celles-ci deviennent trop prégnantes tandis que la musicothérapeute maintient le cadre sonore. Les séances apparaissent ainsi comme un moment de plaisir partagé pour les enfants. Léon restera l'enfant le plus moteur – le groupe partira souvent de ses productions –, mais chaque enfant trouvera également sa place au fil des séances.

1. Nous avons sélectionné les groupes qui nous ont semblé les plus riches du point des processus de symbolisations dans la rencontre avec le sonore.

DEUXIÈME GROUPE : ALEX, SAM ET TOM

Les enfants du second groupe connaissent déjà la musicothérapeute et les co-thérapeutes. Dès la première séance, la différence d'attitude des enfants est saisissante. Sam semble sidéré par le dispositif, il ne veut pas toucher les instruments, refuse de s'asseoir et regarde en silence les autres évoluer dans le groupe. Alex tourbillonne pour sa part dans la pièce et passe en revue tous les instruments. Il occupe l'espace sonore en chantant, en lançant des bribes de phrases et en jargonnant. Tom se place en retrait des autres et explore méticuleusement un instrument après l'autre. Le fait de devoir délaisser l'instrument en fin de séance apparaît alors pour lui comme un arrachement, et la co-thérapeute doit contenir physiquement l'enfant pour que celui-ci accepte de sortir de la pièce. Malgré une difficulté à réellement faire « groupe », ces enfants parviendront néanmoins à faire de timides progrès dans la rencontre avec la médiation sonore au fil des séances.

TROISIÈME GROUPE : MATTHIAS, MAXENCE ET ENORA

Dans les deux groupes précédents, la musicothérapeute faisait déjà partie de l'équipe soignante tandis que les enfants découvrent pour la première fois la musicothérapeute dans celui-ci. Pour Enora et Matthias, le fait même de se rendre aux séances est difficile, ce qui se traduit par des pleurs soutenus lors des séances en début de prise en charge. Les enfants déambulent dans la pièce et peuvent rester accrochés à un seul instrument pendant toute la séance. Maxence, quant à lui, semble apeuré par le dispositif, il reste assis sans oser se déplacer. Lors des séances, l'observatrice est frappée par l'isolement des enfants : ils semblent enfermés dans une bulle coupée du monde. L'atmosphère qui se dégage alors du groupe est « flottante » et donne le sentiment que le temps est comme « suspendu ». La musicothérapeute développe alors un cadre plus contenant en utilisant quelques pictogrammes pour inscrire la place de chaque enfant dans le groupe. Progressivement, avec l'internalisation du cadre, l'intérêt pour le sonore se fera grandissant chez les enfants de ce groupe qui réaliseront alors des progrès au fil des séances.

QUATRIÈME GROUPE : JULES, HARPOCRATE ET JOHN

Les enfants du quatrième groupe découvrent également la musicothérapeute. Ils sont globalement inhibés dans leur conduite (leur gestuelle est comme ralentie, leurs mouvements sont pauvres) et dans leur expressivité (ils ne parlent pas et attendent passivement le déroulé de la séance). La musicothérapeute a choisi des musiques rituelles très cadencées, se prêtant à la danse et aux mimes, permettant néanmoins de créer, dès la seconde séance, du mouvement et de la vie. Chacun tissera un lien étroit avec les thérapeutes et le déroulé des séances sera rapidement intégré de sorte que des rituels se mettront en place. Ainsi, les enfants prendront-ils l'habitude de danser sur la musique de début, prendront l'initiative de se diriger vers l'instrumentarium une fois cette musique achevée, ou de se regrouper sur une couverture lors de la musique de fin. Au cours des dernières séances, les enfants initieront même des jeux entre

eux. Les progrès de Jules et Harpocrate seront particulièrement saillants tout au long de la prise en charge.

ANALYSES QUANTITATIVES : DE L'EFFICACITÉ DU DISPOSITIF MUSICOTHÉRAPIQUE

L'objet de ce travail n'est pas de décrire dans le détail les résultats quantitatifs de l'étude, ceux-ci étant disponibles de manière plus exhaustive dans une autre publication à laquelle nous renvoyons le lecteur intéressé par cet aspect (Rabeyron, Bonnot *et al.*, 2016). Il nous paraît néanmoins pertinent d'indiquer dans les grandes lignes les résultats obtenus. Ainsi, notre principal résultat montre qu'une analyse statistique, obtenue avec le test de Mann Whitney, met en évidence une amélioration sensible des scores à la CGI après 25 sessions – soit après huit mois de prise en charge –, amélioration qui est significativement plus élevée ($p = 0,028$) dans le groupe musicothérapie ($2,8 \pm 0,9$) en rapport du groupe d'écoute musicale ($3,4 \pm 0,6$). Ce résultat suggère donc une plus grande efficacité de la musicothérapie comparée à l'écoute musicale chez les enfants souffrant de troubles du spectre autistique, validant ainsi notre hypothèse de départ.

Les scores ont également été améliorés pour les groupes de musicothérapie à la CARS (de 39.3 ± 7.7 à 35.9 ± 8.2 ; $t = -3.6$; $p = 0.03$) ainsi qu'à l'ABC ($t = -0.19$; $p = 0.029$). Il en est de même pour les groupes d'écoute musicale aussi bien pour la CARS (de 36.4 ± 8.6 à 33.8 ± 10.8 , $t = -2.8$; $p = 0.12$) que pour l'ABC ($t = -2.4$; $p = 0.028$). Néanmoins, nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes dans leur ensemble pour ces critères pour ces deux échelles. On notera cependant une différence significative entre les deux groupes (en faveur du groupe de musicothérapie) pour la sous-échelle de la CARS portant sur les compétences verbales ($p = 0.036$) ainsi que pour l'échelle de léthargie de l'ABC ($p = 0.048$).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce résultat, à commencer par le fait qu'il fut difficile d'obtenir une totale neutralité des soignants durant les séances d'écoute musicale, pour des raisons autant humaines qu'éthiques¹. Cela peut notamment expliquer l'absence de différences significatives aux échelles qui évaluent le cœur des symptômes autistiques. D'autre part, l'effectif de notre population conduit à une puissance statistique limitée qui n'a pu mettre en évidence des effets qui nécessiteraient probablement des échantillons plus importants.

1. Plusieurs thérapeutes dans les groupes d'écoute musicale ont rapporté des jeux spontanés de la part des enfants, en présence de l'adulte, le dispositif « contrôle » produisant, paradoxalement, un espace de jeu spontané et d'improvisation dont certains enfants se sont saisi. Ce point illustre la difficulté des études auprès de populations de ce type dans le champ de la thérapie lorsque l'on tente ainsi de comparer différents types de dispositifs. Il serait possible, dans de futures études, de palier en partie cette difficulté en comparant différents types de prises en charge en parallèle.

ANALYSES QUALITATIVES : PROCESSUS ET SYMBOLISATION DANS LA RENCONTRE DE L'ENFANT AUTISTE AVEC LA MÉDIATION SONORE

COLLAGE AU MÉDIUM ET EXPRESSIVITÉ DE L'ANGOISSE PAR LE SONORE

Au-delà de ces quelques éléments quantitatifs qui donnent un aperçu global de l'efficacité du dispositif, nous allons à présent reprendre les temps qui nous ont semblé les plus marquants de l'évolution de ces enfants et des processus sous-jacents liés à cette évolution. Si les formes d'utilisation du médium et le rythme d'évolution diffèrent d'un enfant à un autre, une chronologie de l'évolution des processus est en effet repérable¹, révélant ainsi les expériences subjectives communes aux différents enfants. Nous pouvons alors découper l'analyse de leurs « trajets » thérapeutiques selon trois phases ou positions récurrentes dans la rencontre avec la médiation : le collage, le décollement et le recollement. Chaque phase n'est cependant pas exclusive l'une de l'autre et des « allers-retours » se produisent régulièrement entre elles, comme nous le verrons au cours de nos développements.

Au-delà de ces phases récurrentes que nous allons détailler dans le cours de l'article, nous souhaiterions tout d'abord souligner, durant les premières séances, le retrait marqué de la plupart des enfants ainsi que leurs déambulations dans la pièce et leur manière stéréotypée d'utiliser les instruments :

Séances 1 à 7 : Matthias ne « décroche » pas d'un tambourin qu'il fait tourner au sol durant l'intégralité des séances : il y colle sa tête et tourne avec lui inlassablement. Toutes les tentatives d'entrée en contact de la part de la musicothérapeute sont rejetées par Matthias.

Séances 1 à 6 : Tom se précipite sur le xylophone, s'isole dans un coin de la pièce et opère des glissandi stéréotypés sans qu'il soit possible d'entrer en contact avec lui. Il regarde par ailleurs l'instrument de très près avec une grande attention.

Les enfants semblent ainsi opérer une « fusion extatique » avec l'objet selon une position d'adhésivité (Brun, 2013a). Matthias paraît en effet exprimer un vécu corporel « tourbillonnant », à moins qu'il ne s'agisse d'un moyen de se faire « tourner » la tête pour éviter certaines angoisses. L'attitude de Tom interroge quant à elle la nécessité que l'instrument remplisse son champ visuel. On remarquera de manière plus générale que les enfants semblent ainsi chercher à se protéger d'angoisses intenses – probablement catalysées par la nouveauté du cadre – par le biais de la dimension sensorielle de l'objet. D'autres enfants utilisent également l'espace d'une manière très particulière durant les premières séances :

Séances 1 à 6 : Kévin se déplace dans la pièce de manière circulaire autour du groupe. Il monte sur les fauteuils et frôle les murs avec son dos.

Séances 1 à 3 : John reste collé aux murs qu'il caresse d'une main. Il ne quitte pas des yeux les autres membres du groupe avec lesquels il prend bien soin d'éviter tout contact physique.

1. Nous avons tenté de synthétiser cette évolution par une grille disponible en fin d'article.

La circulation dans l'espace physique nous donne ainsi de précieux indices sur l'« espace psychique » des enfants. Le cadre apparaît en effet à la fois comme révélateur des processus psychiques et élément du dispositif favorisant la symbolisation des enveloppes psychiques (Haag, 1998). Un premier contenant corporel peut ainsi émerger permettant à ces enfants « d'habiter » suffisamment leur corps pour en faire usage dans la rencontre avec la médiation (Bick, 1986). Kévin et John semblent ainsi, dans un premier temps, explorer le cadre et s'assurer de sa solidité. Au bout de quelques séances, les enfants cessent alors leurs déambulations et portent en particulier leur attention sur un objet donné. Leur attitude et leur regard sont alors figés, comme enkystés dans l'objet, ne laissant guère de place à la présence d'autrui du fait d'un rapport quasiment hypnotique à l'instrument. Ainsi, Kévin et John restent-ils de longues minutes dans la rencontre extatique avec celui-ci. L'atmosphère sonore qui en découle, marquée d'un profond silence, semble alors garder la trace de l'arrêt des processus de symbolisation (Rebollard et Rabeyron, 2016). À l'inverse, certains enfants semblent « prendre corps » dans l'espace sonore de manière plus rapide, mais non moins défensive, comme l'illustrent ces quelques exemples :

Séance 5 : Maxence s'approche du djembé. Intrigué, il touche l'instrument puis s'en éloigne immédiatement comme s'il venait de se brûler.

Séances 9 à 12 : Jules manipule l'instrument et le jette soudainement en l'air. Il reste indifférent au devenir de ce dernier.

Séances 11 à 15 : Au cours des dix premières séances, Sam refuse de toucher les instruments. Sur sollicitation soignante, il accepte finalement de prendre un boomwhaker qu'il agite quelques secondes puis le jette comme s'il était trop chaud. Il observe ensuite l'instrument au sol d'un air interrogatif et apeuré.

Séances 14 à 16 : Harpocrate expérimente un instrument, le jette en l'air en souriant puis se saisit d'un autre instrument qu'il jette à nouveau.

Le rapport à l'objet semble garder la trace d'une forme d'ambivalence du fait d'une jouissance tout à la fois recherchée (par la fascination et le collage à l'objet) que redoutée (par sa soudaine mise à distance). Ces comportements peuvent également être considérés comme la conséquence de mouvements de projection des mauvaises parts de soi, caractéristiques de la position schizo-paranoïde (Klein 1946), celles-ci faisant alors retour de manière persécutrice par le biais de l'instrument. Plusieurs enfants semblent en effet éprouver de la peur, voire de l'effroi, à l'égard de certains instruments, comme Léon qui devient très anxieux dès lors qu'il aperçoit le microphone et l'amplificateur. Ce mécanisme de projection dans l'objet semble la conséquence d'un processus de « clivage » dans le but de se protéger d'angoisses de persécution selon un mouvement de retournement passif-actif (Freud, 1915). L'enfant rencontre alors son « reflet » dans l'objet et les parts inélaborées de soi font retour sur le mode des « objets bizarres » décrits par Bion (1962). Léon ne supporte d'ailleurs pas davantage le jeu des autres enfants et semble confronté à des vécus d'intrusion – sous la forme de signifiants formels (« ça pénètre » ; « ça perce ») (Anzieu, 1987) – dès lors qu'autrui en vient à manifester sa présence de manière trop intime.

L'attitude d'autres enfants se caractérise davantage par un transfert sur le dispositif marqué par la maîtrise et la toute-puissance, comme l'illustre Tom :

Séances 1 à 7 : Tom présente un repli sur soi qui ne l'empêche pas d'avoir développé une grande sensibilité musicale. Il est par exemple en mesure de reproduire des mélodies complexes comme *La Lettre à Elise* de Beethoven. Tom refuse en revanche que le musicothérapeute « s'invite » dans ses créations sonores, lui arrachant tout instrument dont il pourrait faire usage et lui mettant la main sur la bouche s'il se met à chanter. Tom se bouche également les oreilles et colle son oreille à l'instrument de manière à n'entendre que sa propre production musicale qui devient alors plus stéréotypée.

Ces comportements semblent correspondre à une expression défensive face aux angoisses d'intrusions suscitées par le sonore. La maîtrise qui en découle conduit ainsi Léon et Laurent à « instrumentaliser » le dispositif en donnant des ordres aux thérapeutes tout en contrôlant l'arrêt et la reprise de la musique. Les enfants semblent alors à la recherche d'une satisfaction immédiate de leurs besoins par la maîtrise des éléments du dispositif dans le but d'apaiser leurs angoisses. Les couples de thérapeutes rapportent alors fréquemment un profond sentiment d'intrusion et d'envahissement, d'autant que l'ambiance sonore du groupe est marquée par un « fond sonore » bruyant, rempli de relations à l'objet du registre de la « relation impitoyable » (Winnicott, 1958a). La capacité des soignants à tolérer, voire à « survivre » à ce premier temps paraît alors essentielle à l'élaboration plus approfondie des logiques subjectives qui animent ces enfants ¹.

La rencontre avec l'objet semble ainsi « réactualiser » chez ces enfants des expériences sensorielles archaïques, d'intrusion et de morcellement, qui deviennent visibles par le transfert sur le médium sonore. Les enfants se comportent alors de différentes manières face à ces angoisses, à l'image de Matthias, Kévin ou Tom qui sont dans le « collage adhésif » avec les instruments, révélant une forme d'indifférenciation entre monde interne et monde externe. D'autres enfants, comme Léon, Laurent et Maxence, ont semble-t-il d'emblée une capacité à se « décoller » de l'objet, témoignant de capacités d'intégration psychique plus élaborées. Ces observations soulignent ainsi l'hétérogénéité des processus psychiques et les différents « stades » d'évolution des enfants souffrant de troubles autistiques lors de leur arrivée au sein du dispositif musicothérapique. Par la suite, les logiques d'exploration des instruments mettent également en exergue une hétérogénéité des enfants en termes de maturité. John portera ainsi les instruments à la bouche, Jules tapera ses instruments sur des surfaces dures tandis qu'Alex en cherchera d'emblée leurs propriétés spécifiques. La médiation devra de ce point de vue être suffisamment souple pour permettre à chacun de se saisir du médium en fonction de là où il se situe, permettant ainsi une rencontre « sur mesure » avec le cadre thérapeutique.

FONCTIONS CONTENANTES ET LOGIQUES D'ACCORDAGES PAR LE SONORE

Suite à ce premier temps marqué par un objet sonore « chaotique », un deuxième temps émerge habituellement qui permet la diminution de processus

1. Ce qui est d'ailleurs un point technique qui diffère profondément des approches comportementales qui viseront, à l'inverse, à diminuer au plus vite ce type de réactions. Nos observations cliniques nous laissent à penser que c'est au contraire le déploiement au sein du dispositif-symbolisant de ces logiques impitoyables dans le rapport à l'objet qui permettront à l'enfant une intégration psychique durable, favorable au changement de manière plus globale de sa vie psychique et, en dernier lieu, de son comportement.

« auto-calmants » (Boubli & Konicheckis, 2002) – stéréotypies et collage à l'objet de médiation – qui font office de « seconde peau psychique » (Bick, 1986). Le cadre et la temporalité du dispositif sont ainsi progressivement internalisés. Les enfants viennent s'asseoir avant l'écoute ritualisée scandant le début de chaque séance. Ils anticipent la sortie des instruments et se préparent pour la musique de fin. Les éléments du cadre permettent ainsi l'émergence d'un « premier contenant rythmique » (Haag, 1986), favorisé par le bain musical et la fonction de scansion de la musique qui rend le cadre plus facilement appréhendable.

Le rythme semble de ce point de vue un élément essentiel à la constitution de cette fonction contenant et cela à différents niveaux. Les musicothérapeutes pourront utiliser un rythme constant et binaire comme « arrière-plan sécurisant » (Sandler, 1960) ainsi qu'un rythme aux modulations plus subtiles lors des interactions avec un enfant en particulier. On distingue ainsi les « macrorhythmes » associés à la rythmicité du cadre externe – un rythme musical de fond – des « microrhythmes » en tant que modulations plus subtiles advenant ultérieurement (Marcelli, 1992). Le premier fait écho à la régularité des soins maternels primaires apportés au nourrisson, lui permettant de développer des processus d'anticipation et un sentiment primaire de sécurité (Tustin, 1986). Le protocole rituel lors duquel se succèdent temps d'écoute musicale, d'improvisation et de clôture de la séance relève ainsi du macrorhythme qui garantit une sécurité suffisante pour les enfants. C'est la régularité et la stabilité de ce cadre externe qui rendront supportable la survenue d'événements perturbants et d'objets sonores imprévus, comme l'illustrent les séquences cliniques suivantes :

Séances 2 à 13 : Sam semble « perdu » lorsqu'il arrive dans la salle. En retrait du groupe, il regarde les éléments de la pièce avec appréhension, comme s'il ne les avait jamais vus auparavant. Lorsque la musique de début retentit, il s'apaise et accepte de s'asseoir, esquissant quelques sourires adressés aux thérapeutes.

Séance 9 : Jules s'amuse à souffler dans la flûte à coulisse, ce qui n'est pas sans gêner John, d'autant que Jules poursuit en lui assénant un coup sur la tête. La co-thérapeute cherche alors à contenir John et ses pleurs d'une étreinte dont il se dégage aussitôt. Le temps est effectivement venu d'écouter la musique de clôture et John, qui se calme alors de lui-même, se dirige vers le poste de musique comme il en a l'habitude en fin de séance. Le cadre apparaît ainsi de lui-même comme participant de la contenance des angoisses de l'enfant.

Les microrhythmes concernent pour leur part davantage les interactions ludiques entre la mère et le bébé, suscitant la surprise, l'attrait pour l'aléatoire et la nouveauté. Les macrorhythmes participent ainsi de l'introjection d'une première peau contenant afin que les microrhythmes puissent advenir dans la relation : un rythme émerge alors dans le rythme. Ces différentes formes de rythme seront alors un outil essentiel pour aider les thérapeutes à s'accorder à l'enfant en tant que « miroir sonore » afin de l'aider à se saisir de ses états internes (Anzieu, 1976). Les musicothérapeutes utilisent de ce point de vue les processus de « transmodalité » (Stern, 1985) qui permettent l'imitation et la transformation d'une modalité sensorielle en une autre modalité d'intégration¹. Celle-ci permet de donner une nouvelle issue à un processus « en

1. Nous avons proposé dans un autre travail d'associer ce processus aux logiques de la symbolisation par le terme de « transmodalité symbolisante » qui rend compte du processus de transformation qui opère de la sorte (Rabeyron, 2015).

panne ». Pour Stern (1985), « l'accordage affectif » nécessaire à cette transmodalité se réalise selon trois dimensions complémentaires que sont le rythme, l'intensité et la forme. La musique apparaît alors comme un médium de choix pour ce travail d'accordage, comme l'illustre cette nouvelle vignette clinique :

Séance 8 : Matthias soulève un drap et découvre à cette occasion des jeux « cachés » qui n'appartiennent pas au dispositif. Il se saisit d'un tube et la co-thérapeute lui dit « non ». En réaction, Matthias commence à pleurer tandis que la co-thérapeute se met à chanter : « Il y a plein de jeux cachés derrière, mais ça ne disparaît pas. » Matthias continue de pleurer tandis que la musicothérapeute joue du djembé en répétant : « Je suis triste ». Matthias arrête de pleurer et retourne vers les jouets cachés. Cette fois-ci, la co-thérapeute initie une chanson du non : « Non non non. » La musicothérapeute vient à son secours et joue du djembé en s'accordant au rythme de l'interaction entre la co-thérapeute et Matthias. Celui-ci se remet néanmoins à pleurer. Les deux autres enfants du groupe, Maxence et Elisa, suivent avec intérêt l'évolution de la situation. La musicothérapeute explique alors aux autres enfants que Matthias est en colère et la co-thérapeute tente une diversion : elle déclenche un jeu de « cache-cache » en plaçant une couverture sur Matthias tout en lui disant « coucou » lorsqu'il réapparaît. Matthias recommence néanmoins à pleurer. La co-thérapeute se saisit alors du tambourin sur lequel elle tape lentement, mais fortement, en poussant de petits cris : « hiiiiin hiiiiin ! » et « Noon ! Noon ! Je suis en colère. » La musicothérapeute renchérit par un : « On va sortir la colère ! » Matthias, intrigué, finit alors par se calmer.

Nous observons ici la manière dont les thérapeutes imitent le comportement de l'enfant de façon identique ou transformée. Cette imitation conserve un élément du comportement initial – par exemple l'intensité de la frustration – qui se trouve transféré sur le médium (en l'occurrence, le tambourin). Les cris de l'enfant sont alors « chantés », « mélodisés », tandis que l'affect de colère demeure présent (mimé sur le visage par le froncement de sourcils et par le mot « non »). L'imitation joue également son rôle selon un effet de « dramatisation » qui conduit à une exagération des comportements et des affects de l'enfant. Il s'agit de mettre en scène les agirs en les réintroduisant dans la dynamique du groupe (« Matthias il est en colère ! »). Ces différentes formes de « métaphorisation » de l'expérience subjective de l'enfant, d'une grande complexité, lui permettent progressivement de se « sentir senti » et de se réapproprier ses propres affects. L'enveloppe sonore se crée donc non seulement à travers les qualités du sonore, mais aussi grâce aux expériences visuelles et tactiles expérimentées au sein du groupe. Cette fonction contenante et cet accordage s'étaient ainsi de manière primordiale sur la dynamique groupale, comme le montrent ces autres séquences :

Séance 5 : Laurent tend l'harmonica à la musicothérapeute avant de le lui réclamer aussitôt. Elle le lui rend. Laurent s'assoit ensuite face à elle durant quelques minutes et scrute ses expressions que la musicothérapeute exagère. Au même moment, Léon initie des « wa da da » d'une voix grave selon un rythme répétitif avant d'appeler Laurent avec le microphone. Le co-thérapeute soutient l'activité de l'enfant en reprenant le rythme et le contour mélodique de son expression. Pendant ce temps, Kevin secoue les maracas et émet avec beaucoup d'excitation et de plaisir les mêmes sons que Léon (« wa da da ») tout en se raclant la gorge. Quant à Laurent, il joue sur la derbouka en essayant de suivre le rythme du groupe. La musicothérapeute imite à son tour les sons de Kevin, qui lui-même imite donc Léon, tandis que le groupe se réunit spontanément en cercle.

Séance 17 : Jules effectue des glissandi sur un xylophone tandis qu'Harpocrate, à ses côtés, gratte un guiro. La musicothérapeute se positionne alors entre les deux enfants et, munie d'une mailloche dans chaque main, participe à leur création musicale. La musicothérapeute accompagne alors les deux enfants vers un seul et même rythme à

partir de sa propre cadence. Ainsi, les enfants s'accordent à elle et, par là même, s'accordent entre eux. La musicothérapeute entonne ensuite une mélodie, ajoutant ainsi un canal sonore supplémentaire à la production groupale.

Ces deux séquences illustrent l'émergence d'une « enveloppe psychique groupale » en tant que « moi-peau » (Anzieu, 1985). Dans la première séquence, le groupe « enveloppe » ses membres qui se répondent en écho sur le plan sonore. Cette logique participe de la réduction d'un écart entre les enfants, qui tranche d'avec les mouvements défensifs des premières séances. Durant le temps de reprise, la musicothérapeute explique ainsi avoir eu le sentiment, pour la première fois, que le groupe faisait de la musique « ensemble ». Dans la seconde séquence, c'est l'intervention de la musicothérapeute qui permet l'émergence d'un « être ensemble ». L'illusion groupale émerge dans les deux cas et le groupe se transforme en un « groupe-musique » (Lecourt, 2007) partageant une « peau sonore commune », étape essentielle dans le parcours de symbolisation de ces enfants. Les enfants alternent ainsi des moments de collage et de dé-collage au groupe. Un jeu entre « figure et fond » (Brun, 2013a) devient donc possible à partir de l'intégration d'un premier fond sonore groupal. Par exemple, Matthias et Maxence alternent entre des jeux de percussions synchronisés avec le groupe et des mises en mouvements solitaires de leur corps qui se détachent du fond rythmique produit par le groupe. Les enfants semblent intégrer de la sorte un premier décalage entre soi et l'environnement, le sonore favorisant le développement de la « fonction d'attention du moi » (Freud, 1895). Dans la même perspective, l'enfant peut interagir aussi bien du point de vue de « l'émission » que de la « perception » sonore dans ce travail de décalage progressif (Lecourt, 2006).

Néanmoins, on s'aperçoit rapidement que l'illusion groupale ne saurait être un état définitif (Anzieu, 1975) et les enfants « attaquent » à nouveau régulièrement l'enveloppe groupale au fil des séances. Il s'agira d'attaques directes (griffures sur le visage, arrachage de cheveux, jets d'instruments) ou d'attaques indirectes (productions de sons stridents, vols d'instruments) qui témoignent d'une prise en compte de la présence de l'autre et de l'ancrage des enfants dans le dispositif, en ce qu'ils utilisent les instruments et le sonore pour communiquer. Ces comportements renvoient une nouvelle fois aux logiques d'intrusion précédemment décrites et s'inscrivent dans le registre de la violence fondamentale, bien décrite par Jean Bergeret (1984), relevant du « c'est toi ou c'est moi ». Le rôle des thérapeutes est alors essentiel pour maintenir un cadre sécurisant tout en laissant ouverte la possibilité d'accueillir la « virtualité symbolisante » de ces comportements (Brun, 2015). Le risque serait ici, bien entendu, de réduire l'intervention à sa dimension éducative, ce qui détruirait la valeur symboligène d'éléments appartenant au registre de la destructivité et du « détruit/trouvé » (Roussillon, 1999), comme l'illustre cette autre vignette clinique :

Séances 13 et 14 : Les thérapeutes sont en difficulté, car John, Jules et Harpocrate passent une grande partie des séances à jeter les instruments en l'air, au risque de se blesser. Les thérapeutes tentent d'empêcher les enfants en leur expliquant la dangerosité de leur attitude, mais ces derniers persévèrent et un rapport de force s'installe au sein du dispositif. Au cours du travail de reprise, il est décidé que les enfants seront accompagnés dans ce comportement qui semble leur tenir à cœur et qu'ils pourront donc projeter les objets dans un coin de la pièce (devant la porte d'entrée). À la séance n° 15,

ce sont les thérapeutes qui jettent en premier les instruments au sein de l'espace ainsi déterminé. Elles accompagnent leur geste de phrases telles que « c'est rigolo de jeter les instruments ! » ou encore « allez ! tout le monde jette les instruments vers la porte ! ». Les enfants les imitent alors et abandonneront progressivement ce comportement.

La dimension transférentielle apparaît également au cœur de cet accordage et de « l'humanisation » de ces comportements. Par exemple, la musicothérapeute partage durant le temps de reprise sa difficulté à parler de Laurent : « Je ne sais pas quoi dire concernant Laurent, les mots ne sortent pas à chaque fois que je dois parler de lui ! » Elle associe alors ses propres attitudes envers cet enfant sur le plan transférentiel en écho de l'expérience de l'enfant (apparition du langage tardif et difficulté à se faire entendre dans le groupe). Lors des séances suivantes, son attention se déplace en conséquence afin de favoriser l'expression de Laurent dans le groupe. C'est dans le négatif que s'exprime ainsi fréquemment ce qui demande à être entendu et les transformations opèrent dans la relation thérapeutique par ses dimensions transférentielle et réflexive. Le sonore joue alors le rôle de « facilitateur » d'associativité pour l'ensemble de ces processus : il régule, contient et transforme les expériences subjectives hétérogènes inscrites au sein de l'espace sonore.

TRANSFORMATION DES ANGOISSES PSYCHIQUES PAR LE SONORE

Les fonctions d'accordage et de contenance permettent ainsi l'introjection d'une enveloppe sonore en tant qu'étape essentielle du travail de figuration des angoisses qui traversent ces enfants. Le sonore opère comme un « sein-toilette » dans lequel sont évacués les contenus psychiques intolérables (Houzel, 1987), qui débouche progressivement sur des mises en scènes plus élaborées du registre du jeu. On observe ainsi, dans les quatre groupes, l'expression spontanée et récurrente de jeux de « coucou-caché », de chute ainsi que des jeux vocaux. Les enfants aiment en particulier, durant cette phase, alterner entre le fait de cacher les instruments et se cacher eux-mêmes. Les thérapeutes participent par exemple à ces jeux de « coucou-caché » en recouvrant l'enfant sous une couverture et en chantant « coucou » lorsqu'il réapparaît. Ainsi, les angoisses de disparition et de séparation sont transformées par des processus de renversement passif-actif en faisant l'expérience récurrente de retrouvailles rassurantes étayées sur le sonore. Les fonctions psychiques de contenance sont en particulier mises en scène, comme l'illustre cette séquence clinique avec Kevin :

Séance n° 2 : Kevin se saisit d'un œuf et le place dans le trou de la derbouka qu'il secoue alors énergiquement. La musicothérapeute, située à côté de Kevin, le regarde attentivement. Elle prend un autre œuf et le met dans le boomwhaker. Elle ferme avec ses mains les trous des deux côtés tout en secouant le boomwhaker. Kevin est à son tour très attentif à ce que la musicothérapeute est en train de faire. Kevin tend alors la main vers l'œuf quand celui-ci réapparaît du boomwhaker. Quelques secondes plus tard, Kevin dit « coucou » dans le boomwhaker. L'observatrice est très surprise, car c'est la première fois que Kevin prononce un mot. La musicothérapeute lui répond par un « coucou » prononcé dans le trou de la derbouka. Lors des séances suivantes, Kevin expulse de l'air dans les instruments et utilise à nouveau sa voix.

La musicothérapeute transforme de la sorte une stéréotypie en une expérience intégrative, elle se saisit de la « virtualité symbolisante » de l'acte répétitif

en le réinsérant dans la boucle intersubjective (Brun, 2015). Son geste aide l'enfant à symboliser l'expérience même d'être un contenu à l'intérieur d'un contenant, tout en ayant la possibilité de retrouver ce contenu. Le jeu débouche alors sur une expression vocale inattendue que l'on peut interpréter comme la production d'un contenu (le mot) à partir d'un contenant (le corps), et qui se double également du passage du processus de symbolisation primaire (le geste) à la symbolisation secondaire (la verbalisation).

Ce type d'expérience se joue à travers le souffle et les vibrations dans les instruments qui semblent figurer des angoisses d'intégrité corporelle par le développement d'une image du corps dans laquelle les volumes se vident et se remplissent. Les enfants commencent alors à pouvoir « poser » leur voix dans le micro après cette expérience du souffle. Les propriétés spécifiques de chaque instrument sont donc essentielles pour accompagner au plus près la subjectivité de l'enfant et les multiples facettes du processus de symbolisation. La bouche apparaît de ce point de vue comme un lieu central du processus d'inscription d'expériences non subjectivées (Lecourt, 2006). Elle représente un lieu contenant dans lequel les sons vocaux peuvent être accueillis comme de petits objets transitionnels. Le sonore, de par sa nature même, appartient au champ de l'illusion qui caractérise les phénomènes transitionnels (Winnicott, 1951). En effet, il n'appartient ni entièrement à la réalité interne (le son est produit à l'intérieur de soi), ni entièrement à la réalité externe (le son s'échappe dans l'environnement). Par exemple, Maxence paraît raconter une « histoire » par des vocalises ininterrompues tandis que Kévin réalise, avec beaucoup de plaisir, des vocalisations solitaires de type « bi bi ya be ». Ces jeux de vocalisations seraient à entendre comme des premières « boucles retours » entre soi et l'environnement, essentielles aux premières représentations d'objets (Haag, 1995). Les enfants paraissent établir ainsi de véritables « dialogues » avec eux-mêmes comme étape préalable au dialogue avec autrui (Leader, 2006). Celui-ci ne pourra émerger qu'à condition qu'un autre soit là en tant que récepteur pour reconnaître ces premières formes de dialogue sonore (Lefèvre, 2008).

Les enfants se situent ainsi dans une position de « décollement » lors de laquelle monde interne et monde externe se « dédoublent » grâce à la fonction contenante du rythme et à l'accordage sonore favorisé par le groupe. Ces processus émergent sur le fond sonore musical qui opère comme une substance vivante animant la psyché et la remettant en mouvement : dès lors, la musique symbolise en elle-même le processus de symbolisation, elle « rythme » le processus de symbolisation, elle lui donne une pré-forme contenante. Les conditions nécessaires à l'émergence d'un « théâtre sonore » sont alors possibles, théâtre au sein duquel viennent se jouer certaines angoisses dans le plaisir partagé nécessaire à leur intégration psychique. Le groupe associé au sonore assure ainsi la fonction de « sac contenant » du moi-peau (Anzieu, 1985) en produisant plusieurs enveloppes qui sont autant de possibilités d'inscription d'expériences non intégrées. La séquence suivante en donne un exemple frappant :

Séance n° 6 : Jules supporte mal la fin des cinq premières séances. Il s'agite sur la musique de fin, mime des effondrements au sol, refuse de sortir de la salle et tente de donner des coups aux autres enfants. La musicothérapeute propose alors de disposer une couverture au sol lors de la musique de fin. Le fait que le groupe soit rassemblé, circonscrit au sein d'un périmètre précis, permet à la musicothérapeute et à la co-

thérapeute de réduire l'agitation et d'orienter l'attention du groupe sur la musique. Les paroles de la chanson scandent pendant ce temps des « au revoir ! au revoir ! ce sera bien de se revoir ! au revoir ! au revoir ! à bientôt j'en ai l'espoir ! ». La musicothérapeute et la co-thérapeute miment des « au revoir » avec leurs mains. Jules, ainsi que John et Harpocrate, suivent avec attention ces mimes. Jules semble même y prendre du plaisir et applaudit à la fin de la chanson. Il peut alors sortir de la séance et se séparer du groupe sans débordement. Cet apaisement de fin de séance durera l'ensemble de la prise en charge, de même que la mise en scène du « au revoir » se jouant sur la couverture.

ALTÉRITÉ, TRIANGULARITÉ ET LOGIQUES DE LA RÉFLEXIVITÉ

Tandis que la majorité des enfants semble en rester à la phase de « décollement » précédemment décrite, des processus d'introjection plus complexes commencent à émerger pour quelques enfants concernant en particulier la présence et l'absence de l'objet :

Séance n° 10 : Léon se saisit du microphone qui lui permet d'interpeller le co-thérapeute : « T'es pas là ? » Celui-ci lui répond : « Si je suis là ! » Léon lui tend le microphone : « Parle dans le micro ! » Le co-thérapeute chantonne alors dans le microphone quelques « La la la ». Léon s'allonge dans le fauteuil tout en le regardant avant de dire soudainement : « Arrête ! ». Il lui reprend le micro en rechantant : « Lila est pas là ? » La musicothérapeute lui répond alors en chantant : « Elle est partie ! Elle est partie ! » et Léon de répondre : « Arrivée du travail demain matin ? Au revoir... à bientôt ! On fait du travail demain matin, hein ? »

Léon éprouve généralement de vives angoisses quand il ne peut percevoir un objet ou une personne qu'il connaît. De ce point de vue, le deuil originaire de la perception, permettant de se représenter l'objet en son absence – et donc paradoxalement d'en faire le deuil – lui semble difficile (Roussillon, 1991). C'est par le biais du microphone qu'il nomme l'absence d'une stagiaire, Lila, et qu'il vérifie la présence du co-thérapeute « à l'extérieur » de lui, indépendamment de sa propre activité psychique, ce qui s'associe, dans les séances qui suivent, à de fréquents mouvements de destructivité destinés aux instruments. Les logiques destructrices nécessitent probablement de se déployer dans la rencontre avec un autre suffisamment semblable, un « double transitionnel » (Roussillon, 2008), dans le but de faire l'expérience de la « survivance » de l'objet sans qu'advienne une forme de rétorsion. Le « répondant » de l'objet est alors, une nouvelle fois, primordial, comme le montre cette autre séquence avec Léon :

Séance n° 17 : Lorsque la musique de fin se termine, Léon crie « Je veux sortir ! » Il se dirige vers l'observatrice et lui tire les cheveux. Son propre visage est rouge et crispé de colère. L'observatrice lui répond alors : « Je ne perds pas mes cheveux, ils sont bien tenus sur ma tête ! » tout en le tenant fermement par les épaules. Il lâche aussitôt ses cheveux, regarde sa main l'air surpris et demande : « Tu perds pas tes cheveux ? » L'observatrice répond que non. Léon se calme alors et sort tranquillement. Au fil des séances, ces « attaques » se feront plus rares jusqu'à finalement disparaître.

Il semble ainsi nécessaire d'expérimenter de manière « totale » la rencontre avec l'objet pour pouvoir faire l'expérience de son existence (Winnicott, 1971). Grâce à la différenciation qui émerge alors, des processus de réflexivité se précisent, comme l'illustre cette séquence :

Séance n° 8 : Léon et Laurent dansent ensemble sur la musique, tournent sur eux-mêmes et se cognent la tête. La musicothérapeute reprend alors dans le langage ce qui vient d'être joué. Léon rejoue ce tourbillon et précise : « J'ai fait ça ! » ce à quoi la musicothérapeute répond qu'il faut faire attention à ne pas se faire mal. Léon ajoute, tout en se faisant tomber au sol : « Regarde ! On est tombé comme ça ! » Le co-thérapeute intervient à son tour : « Ouais, t'es tombé, puis après boom, Laurent il arrive. » Léon lui répond alors : « Laurent il est tombé, il a fait mal ! »

Léon semble commenter la scène pour mieux se la réapproprier en écho de la « fonction miroir » de la musicothérapeute. Il montre ainsi sa capacité à se représenter les choses et accède au deuxième temps du processus de symbolisation relevant de la reprise « auto » de l'expérience (Roussillon, 1999). On observe également la grande complexité des interactions favorisant cette fonction miroir : l'enfant se découvre en double chez un autre enfant ; il est reflété par un premier adulte ; il rejoue alors la situation sous le regard attentif de l'adulte ; un deuxième adulte vient à son tour faire écho à la situation. La multiplication de ces séquences au sein du « bain sonore » permet ainsi à l'enfant de « tisser » les capacités représentatives qui lui font défaut.

L'enfant parvient parfois par la suite à internaliser des interdits qui ne prennent leur sens qu'après ces distinctions primaires entre soi et l'objet, les interdits et leur intégration surmoïque nécessitant un degré de réflexivité suffisant. Les enfants sont ainsi progressivement en mesure de jouer « seul en présence de l'autre » (Winnicott, 1958b), celui-ci ayant été suffisamment internalisé. Cela se traduit aussi par le « décollement » d'une figure particulière d'attachement dans le groupe, sous forme de relations duelles, à des relations à trois qui semblent marquer l'intégration de la triangularité. Laurent ou Léon se tournent en effet à présent aussi bien vers le musicothérapeute que le co-thérapeute et proposent d'eux-mêmes certains jeux. Le degré de réflexivité qui en découle s'étend à mesure que les enfants se « sentent » mieux.

L'ambiance sonore du groupe évolue également et les enfants paraissent plus authentiques et spontanés dans leurs productions. Ils développent une capacité à écouter aussi bien le silence que les productions d'autrui. Une différenciation entre soi et l'autre est alors perceptible par la création d'un « intervalle sonore » (Benenzon, 2004), les échanges évoluant de l'imitation à un « dialogue sonore » fait de jeux de questions-réponses, comme illustré par cette séquence :

Séance n° 18 : Laurent crie plusieurs fois : « Il pleut ! Hé, il pleut ! » Pendant ce temps, la musicothérapeute joue sur le balafon et répète : « Il pleut, il pleut, il pleut, flap flop flap flop flop. » Laurent ajoute : « Hé il y a plus de pluie ! » La musicothérapeute renchérit : « Il n'y a plus de pluie, il n'y a plus de pluie, il ne pleut plus, il ne pleut plus. Le soleil arrive, le soleil arrive. » Laurent précise : « Le ciel gris arrive » et répète plus fort : « Le ciel gris arrive ! », ce que la musicothérapeute répète à son tour : « Le ciel gris arrive. La pluie va revenir, la pluie va revenir. Il pleut, il pleut, il pleut. » Laurent ajoute : « Et de l'orage. » La musicothérapeute : « Flic flic floc flic flic floc. » Laurent se rapproche du co-thérapeute et répète à nouveau : « De l'orage ! »

Laurent, qui souhaitait en début de suivi que la musicothérapeute reproduise ses propos au mot près, est maintenant en mesure d'entendre une réponse injectant de l'altérité dans la relation. La séquence suivante, qui met en scène John et Jules, deux enfants n'ayant pas accès au langage verbal, témoigne de cet accès à la psyché d'autrui :

Séance n° 20 : John s'est caché dans la malle à roulettes initialement prévue pour contenir les instruments. Jules se dirige vers la malle et essaye de rentrer à l'intérieur de celle-ci. John s'y oppose vivement (il grimace, gémit et repousse Jules de ses mains). La musicothérapeute intervient : « Laisse John, chacun son tour, tu l'auras peut-être après ! » Jules écoute la musicothérapeute puis se met à pousser la malle. La musicothérapeute enveloppe alors ce jeu naissant de « Tchou ! Tchou ! » Les deux enfants sourient et entament un périple entre les instruments dispersés aux quatre coins de la pièce. Quelques minutes plus tard, John accepte que Jules le rejoigne dans la malle.

À travers ces différentes illustrations cliniques, on relève ainsi un mouvement dialectique entre la rencontre avec la médiation sonore et l'évolution des processus de symbolisation. Les enfants parviennent de la sorte à une forme de recollement à la fonction symbolisante de l'objet (Roussillon, 1999), utilisant aussi bien les instruments pour symboliser leur expérience que les thérapeutes et l'altérité qu'ils représentent, laissant émerger un espace pour autrui s'inscrivant dans une narrativité co-construite. Cette évolution permet habituellement à l'enfant d'étendre son répertoire de comportements et d'interactions au-delà de l'espace sonore initial, participants de progrès thérapeutiques qui s'étendent progressivement au-delà des séances de musicothérapie.

GRILLE D'ÉVALUATION QUALITATIVE DES PROCESSUS DE SYMBOLISATION DANS LA RENCONTRE AVEC LA MÉDIATION SONORE

Dans le but de synthétiser et de préciser les réflexions qui viennent d'être présentées au fil de ces différentes séquences cliniques, nous avons tenté de réaliser une « modélisation » des processus évoqués au cours de cet article par le biais d'une grille d'évaluation des processus de symbolisation dans la rencontre avec la médiation sonore (figure 1)¹. Cette grille s'inscrit dans le courant actuel d'évaluation qualitative des processus qui consiste à repérer au plus près les processus qui émergent au sein d'un type de dispositif-symbolisant donné (Brun, Roussillon et Attigui, 2016). Une telle représentation permet ainsi de donner un aperçu global de l'évolution des enfants et du groupe dans la rencontre avec le sonore. Elle est un outil d'élaboration après-coup qui permet de reprendre de manière « ramassée » les processus de la médiation sonore. Elle pourra ainsi orienter le travail de reprise des séances pour suivre l'évolution groupale d'autres équipes. Il est également possible de l'utiliser pour suivre le cheminement individuel d'un enfant.

1. Nous avons fait le choix d'une grille qui soit synthétique afin de faciliter son usage, en nous inspirant en particulier de la grille développée par Bion (1962), dont le caractère « ramassé » participe de son utilisation ludique.

Figure 1
Grille d'évaluation des processus de symbolisation dans la rencontre avec la médiation sonore

	Bain sonore indifférencié 1	Miroir sonore 2	Groupe musicale 3	Mélodisation de l'expérience 4
Relation à l'instrument	Collage et agrippement aux instruments et aux thérapeutes Relation impitoyable aux instruments	Souffle dans les instruments : constitution d'un contenant sonore Echoïsation et distanciation (ex. microphone)	Choix d'objet : accordage avec un instrument	Métaphorisation de l'expérience émotionnelle par l'instrument Réflexivité sonore et verbalisation sur ses instruments Accordage entre pairs et dialogues sonores
Logiques d'accordage	Retrait et silence autistique	Accord duel initié par les musicothérapeutes	Accordage par le groupe et accordage par l'affect Synchronisation rythmique en étayage sur le groupe	Intégration de l'altérité (écoute, silence, triangularité)
Rythme et fond sonore	Remplissage sonore de l'enveloppe groupe	Constitution d'un fond sonore Apparition de microrhythmes	Rythme dans le rythme apparition de microrhythmes	Allers-retours entre fonds et figures sonores
Jeu et symbolique	Bercement et rêverie en lien avec la musique	Destructivité et attaque de l'autre (ex: vol d'instrument)	Aparition de jeux (ex: chute, coucou-caché)	Renversement spéculaire : les enfants deviennent spectateurs Paroles et scénarios imaginaires en étayage sur le sonore

Un « ordre » des étapes du processus de symbolisation est proposé de manière indicative sur le plan vertical, sachant qu'il convient de garder à l'esprit qu'un même enfant régresse parfois à certaines étapes antérieures et alterne entre différentes positions ¹. Ces différentes étapes s'élaborent selon

1. Cette « régression » est symbolisée par les tirets en pointillés qui séparent les différentes colonnes et soulignent le caractère poreux des processus. La temporalité psychique ne saurait par

quatre registres – placés sur l’axe horizontal – qui nous ont semblé les plus manifestes quant à la manière dont les étapes précédentes évoluent dans la rencontre avec la médiation sonore¹. La première de ces étapes est relative au bain sonore indifférencié qui caractérise habituellement les premières séances. Les logiques de collage, de destructivité, de remplissage, ainsi que de grands mouvements de régression en lien avec la musique, sont les éléments essentiels de cette première phase qui se caractérise par les mouvements défensifs mis en place par les enfants face aux profondes angoisses qui les traversent. Une deuxième étape émerge alors durant laquelle le dispositif est essentiellement utilisé pour ses fonctions miroir, qu’il s’agisse des instruments ou des thérapeutes. Par le biais de premières formes d’accordages, en particulier avec les thérapeutes, et de premiers rythmes comme fond sonore, un contenant sonore émerge alors au cours de séances lors desquelles l’expression de la destructivité paraît plus structurée.

Dans un troisième temps, l’accordage s’étend à l’ensemble du « groupe musique » et s’associe à un affinage des différents rythmes auxquels les enfants ont accès. Ils sont alors en mesure de se centrer plus spécifiquement sur l’accordage avec un instrument donné. On voit également émerger lors de cette phase des jeux plus complexes du registre de la chute ou du coucou-caché. Enfin, dans une quatrième et dernière phase, l’expérience sonore se « mélo-dise » davantage, elle se métaphorise dans la rencontre avec l’instrument et les autres. Des figures sonores plus subtiles émergent sur le fond sonore et de véritables dialogues sonores apparaissent, témoignant d’une réelle intégration de l’altérité. Les jeux deviennent également plus construits et mettent en scène un accès plus subtil à l’imaginaire permettant aux enfants de se placer en position de spectateur.

CONCLUSION

Comme nous l’avons souligné en introduction de ce travail, le sonore apparaît d’un point de vue clinique et théorique comme un élément sensoriel pertinent pour la prise en charge des enfants souffrants de troubles du spectre autistique. Cette étude – l’une des plus importantes menées au niveau international dans le champ de la prise en charge des enfants autistes par le biais de la médiation thérapeutique, aussi bien du point de vue du nombre d’enfants que de sa durée (Rabeyron, Bonnot *et al.*, 2016) – confirme l’efficacité de la musicothérapie dans la prise en charge de ces enfants. Elle met également en évidence un efficacité plus importante de la musicothérapie en rapport d’une simple écoute musicale, comme le montre la différence significative obtenue à la CGI entre groupes musicothérapiques et groupes d’écoute musicale.

ailleurs se réduire à une dimension linéaire. Néanmoins, des récurrences dans les temps d’émergence des principaux processus nous ont permis d’en dégager une logique d’évolution temporelle globale.

1. Les mouvements les plus défensifs et régressifs se situent donc en haut à gauche de la grille, tandis que l’étape la plus aboutie du processus de symbolisation correspond à la partie située en bas à droite de la grille.

Afin de préciser les résultats quantitatifs obtenus dans le cadre de cette étude, nous avons repris de manière approfondie le suivi de quatre groupes musicothérapiques afin de dégager plusieurs caractéristiques du processus de symbolisation dans la rencontre avec la médiation sonore selon une perspective psychanalytique. Les enfants semblent ainsi parcourir un trajet thérapeutique relativement similaire dans ses grandes orientations, composé d'une succession de processus qu'il est possible de mettre en évidence par le biais d'une observation attentive (Ciccone, 2014). Celle-ci nécessite de tenir compte des logiques de « l'associativité formelle » telles qu'elles peuvent se donner à voir dans le champ du sonore, mais également dans son expression diffractée sur le groupe, le cadre et les autres modalités sensorielles (Brun, 2013b).

Comme le montre la clinique présentée dans ce travail, ce trajet thérapeutique se caractérise tout d'abord par une phase de collage qui donne lieu à l'expression massive de différentes formes d'angoisses dans la rencontre avec l'instrument et le groupe. Lui succède une deuxième phase conduisant à la production d'un « double feuillet » (Anzieu, 1985) par le biais de l'accordage et de la transmodalité symbolisante qui émerge alors (Rabeyron, 2015). Une différenciation de soi et du monde devient dès lors possible pour ces enfants qui élaborent progressivement, et de manière plus subtile, les angoisses qui les traversent. Une troisième phase met en scène le recollement à la fonction symbolisante de l'objet dans laquelle la figuration sonore permet un affinage des processus de symbolisation qui accroît la réflexivité¹.

Il est alors possible de proposer une forme d'évaluation de la processualité psychique qui spécifie la rencontre de l'enfant avec la médiation sonore. Il convient ici de préciser que neuf des douze enfants ayant participé à ces groupes ont réalisé des progrès importants², progrès qui ont également été validés par une amélioration significative mesurée par la CGI, comme nous l'avons déjà évoqué. Le croisement d'une approche quantitative avec une analyse qualitative et psychanalytique a ainsi permis de mettre en évidence des progrès repérables à ces deux niveaux. Le développement d'outils d'analyse tenant compte de ces différentes logiques aide à mieux saisir ce qui met l'enfant en difficulté et l'évolution de ses progrès. De futures recherches menées selon la même perspective pourraient aider à affiner la modélisation de ces processus dans le but de préciser leur compréhension et l'orientation thérapeutique de manière plus générale. De telles analyses s'inscrivent également au sein du développement actuel des recherches dans le champ de l'autisme et de l'évaluation des psychothérapies, certains processus se donnant ainsi à voir de manière

1. Ces différentes phases ne s'excluent pas pour autant et partagent les particularités des « positions » mises en évidence par Mélanie Klein (1946).

2. Il convient de dire quelques mots des enfants qui n'ont fait que peu de progrès repérables dans le cadre de ces groupes. Maxence comme John ont observé une première phase d'évolution positive marquée par le rapprochement avec une thérapeute prenant l'allure d'une figure d'attachement spécifique. Toutefois, au fil de la prise en charge, ils semblent davantage s'être servis de l'adulte comme d'un « objet » sur lequel s'appuyer. Cette posture les a, semble-t-il, menés à une forme d'inertie, marquée par peu d'expressivité et une dimension hypotonique, les empêchant d'explorer ou d'interagir davantage avec le reste du groupe. Sam est resté pour sa part très « sidéré » tout le long de la prise en charge et sa peur de toucher les instruments ou d'aller au contact des autres a peu évolué au cours de l'année. Enfin, si le dispositif a permis à Enora d'utiliser dans un premier temps des éléments du cadre pour s'envelopper (fauteuil en forme de coque, couverture), elle en restera à ce stade d'exploration sensorielle tout au long de la prise en charge.

priviligée lors de la rencontre de différentes formes de psychopathologie avec le cadre psychothérapique.

RÉFÉRENCES

- Anzieu D. (1975). *Le Groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod, 1999.
- Anzieu D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 13, 161-180.
- Anzieu D. & al. (1987). *Les Enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 2013.
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1995.
- Baron-Cohen S., Leslie, A-M & Frith U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind ? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Benenzon R. & al. (2004). *La musicothérapie : La part oubliée de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck.
- Bick E. (1986). Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (pp. 141-152). Larmor-Plage : Hublot, 1998.
- Bion W.R. (1962). *Réflexion faite*. Paris : Puf, 2001.
- Bergeret J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod, 1994.
- Boubli M. & Konicheckis A. (2002). *Clinique psychanalytique de la sensorialité*. Paris : Dunod.
- Brun A. (2013a). Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. Dans A. Brun, B. Chouvier & R. Roussillon, *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp. 122-158). Paris : Dunod.
- Brun A. (2013b). Spécificité du transfert dans les médiations thérapeutiques. Dans A. Brun, B. Chouvier & R. Roussillon, *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp. 159-187). Paris : Dunod.
- Brun A. (2015). Processus créateur et figuration des traumatismes corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, n° 91, 9-26.
- Brun A., Roussillon R. & Attigui P. (2016). *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques : dispositifs institutionnels et groupaux de médiations*, Paris : Dunod.
- Ciccone A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 65-78.
- DeCasper A.J., & Fifer W.P. (1980). Of human bonding : newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208(4448), 1174-1176.
- Farmer K.J. (2003). *The effect of music vs. Nonmusic paired with gestures on spontaneous verbal and nonverbal communication skills of children with autism ages 1-5*, Thèse non publiée, Floride, Université de Floride.
- Freud S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. Dans *Naissance de la psychanalyse* (pp. 312-396), Paris : Puf, 1950.
- Freud S. (1915). *Pulsion et destins des pulsions*. Paris : Payot, 2001.
- Gattino G.S., Riesgo R., Longo D., Leite J.C.L. & Faccini L.S. (2011). Effects of relational music therapy on communication of children with autism : a randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 142-154.
- Geretsegger M., Elefant C., Mössler K.A. & Gold C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Grandin, T. & Panek, R. (2014). *Dans le cerveau des autistes*. Paris : Odile Jacob.
- Haag G. (1986). Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant. *Gruppo*, 2, 45-53.
- Haag G., Tordjman S., Duprat A., Clément M.C., Cukierman A., Druon C. & Urwand S. (1995). Clinical guide scale for the developmental stages of treated autism. *La Psychiatrie de l'enfant*, 38(2), 495-527.

- Haag G. (1998). Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 30, 47-62.
- Haag G. (2005). Réflexions de psychothérapeutes de formation psychanalytique s'occupant de sujets avec autisme. *Cahiers de PréAut*, n° 2, 57-72.
- Houzel D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. Dans D. Anzieu & al. *Les enveloppes psychiques* (pp. 43-73) : Paris : Dunod, 2013.
- Kern P., & Aldridge D. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 270-294.
- Kim J., Wigram T., & Gold C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children : a randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1758-1766.
- Kim J., Wigram T., & Gold C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389-409.
- Klein M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans M. Klein & al. *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300), Paris : Puf, 1966.
- Lacan J. (1976). Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines. *Scilicet*, 6/7, 5-64.
- Leader D. (2006). La voix en tant qu'objet psychanalytique. *Savoirs et clinique*, n° 7, 151-161.
- Lecourt É. (1987). L'enveloppe musicale. Dans D. Anzieu & al. *Les enveloppes psychiques* (pp. 199-222). Paris : Dunod, 2013.
- Lecourt É. (2005). *Découvrir la musicothérapie*. Paris : Editions d'organisation.
- Lecourt É. (2006). *Le Sonore et la figurabilité* : Paris : L'Harmattan.
- Lecourt É. (2007). *La musicothérapie analytique de groupe : Improvisation, écoute et communication*. Bressuire : Fuzeau.
- Lecourt É. (2011). Les thérapies médiatisées, médiations artistiques. *Musicothérapie. Annales Médico-psychologiques*, 169(10), 685-689.
- Lefèvre, E. (2008). Corps, sonore et mouvements psychiques à l'adolescence. *Revue française de musicothérapie*, 28(3), 4-54.
- Marcelli D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*, 35(1), 57-82.
- Rabeyron T. (2015). Associativité, symbolisation et entropie : propositions théoriques et cliniques. *Annales Médico-psychologiques*, 173(8), 649-658.
- Rabeyron T., Bonnot O., Carasco E., Bisson V., Bodeau N. & Vrait F.X. (2016). A randomized controlled trial of 30 sessions of Music Therapy in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and developmental Disorder* (sous presse).
- Rabeyron T., Dozsa N., Carasco E. & Bonnot O. (2018). Le cas Harpocrate : trajectoire d'un enfant autiste au sein d'un dispositif de médiation thérapeutique de type musicothérapique. *Psychothérapies*, 38(2), 95-103.
- Rebollar G., & Rabeyron T. (2016). Clinique et processus de symbolisation de l'atmosphère dans les problématiques psychotiques. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(2), 476-492.
- Rey B. & Chouvier B. (2011). Modelage et psychose : une clinique de la groupalité dans ses fondements archaïques et sensoriels. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 57(2), 65-77.
- Roussillon R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : Puf, 2005.
- Roussillon R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf, 2008.
- Roussillon R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.
- Sandler J. (1960). The Background of Safety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 352-356.
- Schopler, E., Reichler, E.J., DeVellis, R.F., & Daly, K (1980). Toward Objective classification of childhood autism : Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 91-103.

- Simpson K. & Keen D. (2011). Music interventions for children with autism : narrative review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(11), 1507-1514.
- Stern D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Puf, 2003.
- Thurin J. M. & Thurin M. (2007). *Évaluer les psychothérapies méthodes et pratiques*. Paris : Dunod.
- Tillmann B. (2013). La musique : un langage universel ? Dans *Le cerveau mélomane* (pp. 19-34). Paris : Belin.
- Tustin F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil, 2003.
- Wadden NP, Bryson SE, Rodger RS. (1991). A closer look at the Autism Behavior Checklist : Discriminant validity and factor structure. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 21, 529-541.
- Winnicott D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 169-186). Paris : Payot, 1969.
- Winnicott D.W. (1958a). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott D.W. (1958b). La capacité à être seul. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 325-333). Paris : Payot, 1969.
- Winnicott, D.W (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975.

Automne 2017

Thomas Rabeyron
Université de Lorraine
Laboratoire Interpsy (Psyclip)
23, Boulevard Albert 1^{er}
54000 Nancy
thomas.rabeyron@univ-lorraine.fr