http://revel.unice.fr

Pour citer cet article :

Fanny Baheux,
" Musicothérapie auprès d'un enfant sourd implanté : la co-construction d'un cadre thérapeutique favorable à l'émergence de la parole ",
Revue Française de Musicothérapie, Volume XXXVIII, , ,
mis en ligne le 19 décembre 2019.
URL : http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=4149

Voir l'article en ligne

AVERTISSEMENT

Les publications du site REVEL sont protégées par les dispositions générales du Code de la propriété intellectuelle.

Conditions d'utilisation - respect du droit d'auteur et de la propriété intellectuelle

L'accès aux références bibliographiques et au texte intégral, aux outils de recherche ou au feuilletage de l'ensemble des revues est libre, cependant article, recension et autre contribution sont couvertes par le droit d'auteur et sont la propriété de leurs auteurs.

Les utilisateurs doivent toujours associer à toute unité documentaire les éléments bibliographiques permettant de l'identifier correctement et notamment toujours faire mention du nom de l'auteur, du titre de l'article, de la revue et du site Revel. Ces mentions apparaissent sur la page de garde des documents sauvegardés sur les postes des utilisateurs ou imprimés par leur soin.

L'université de Nice-Sophia Antipolis est l'éditeur du portail REVEL@Nice et à ce titre détient la propriété intellectuelle et les droits d'exploitation du site.
L'exploitation du site à des fins commerciales ou publicitaires est interdite ainsi que toute diffusion massive du contenu ou modification des données sans l'accord des auteurs et de l'équipe Revel.

REVEL revues électronique de l'UNS - plate-forme pepiniere

La Revue Française de Musicothérapie

La Revue Française de Musicothérapie

ISSN : 2107-7150 Volume XXXVIII - numéro 02 - décembre 2019

Musicothérapie auprès d'un enfant sourd implanté : la co-construction d'un cadre thérapeutique favorable à l'émergence de la parole

Fanny Baheux

Musicothérapeute, CAMSP, Dieppe (76). baheuxfanny@yahoo.fr

Résumé

La surdité constitue un déficit sensoriel se manifestant principalement par un déficit langagier.

Contrairement à ce qui a été longtemps admis, les personnes sourdes peuvent bénéficier de la musique pour améliorer leurs capacités langagières.

Cette relation entre la musique et la surdité est étudiée depuis un certain nombre d'années. Pour rappel, le thème « musique et surdité » avait été choisi lors de la journée régionale d'étude organisée par l'Institut de Musicothérapie de Nantes en 1994. J'ai retrouvé ce même thème lors d'un colloque organisé par ACFOS (Action Connaissance FOrmation pour la Surdité) en novembre 2017.

Différentes aides auditives se sont mises en place depuis les années 90. Parmi elles l'Implant Cochléaire (IC). Comment l'Implant Cochléaire (IC) fonctionne-t-il ? Comment la personne perçoit-elle les sons ? C'est sur cette base que les séances de Musicothérapie au CAMSP ont pu s'appuyer pour créer des propositions adaptées.

Lorsqu'un enfant est implanté, il peut suivre une rééducation dans un CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce). Dès lors, quelle différence peut-on faire entre rééducation et musicothérapie auprès d'un enfant implanté ?

La construction des séances de musicothérapie auprès de Michel, nous montre en quoi les propositions thérapeutiques et de rééducation sont complémentaires.

Pour aller plus loin, l'exemple du suivi de Michel nous montre en quoi la co-construction de ce cadre thérapeutique a favorisé l'émergence de la parole.

Mots clefs

Surdité – Implant cochléaire – Musicothérapie

Abstract

Deafness is a sensory deficit marked primarily by a language deficit.

Unlike what has long been accepted, deaf people can benefit from music to improve their language skills.

This relationship between music and deafness has been studied for a number of years. As a reminder, the theme "music and deafness" has been choose during the regional study day organized by the Institute of Music Therapy of Nantes in 1994. I found the same theme at a symposium organized by ACFOS (Action Connaissance FOrmation pour la Surdité) in November 2017.

Different hearing aids have been put in place since the 90s. Among them is the Cochlear Implant (CI). How does the Cochlear Implant (CI) work? How does the person perceive the sounds? It is on this basis that the sessions of Musicotherapy at the CAMSP have been build to create adapted proposals.

When a child is implanted, he can follow a reeducation in a CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce). So what difference can be made between rehabilitation and music therapy with an implanted child?

The construction of music therapy sessions with Michel shows us how the therapeutic and reeducation proposals are complementary.

To go further, the example of Michel's follow-up shows us how the co-construction of this therapeutic framework has favored the emergence of speech..

Keywords

Deafness – Cochlear implant – Music therapy

Introduction

J’ai exercé en tant que Musicothérapeute dans un CAMSP spécialisé auprès d’enfants sourds ou malentendants pendant un an. Les CAMSP ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation. Le CAMSP dans lequel j’ai exercé s’adresse à des enfants âgés de 0 à 6 ans. Il est composé d’une équipe pluridisciplinaire complète : Educatrices Spécialisées, une Aide Médico-Psychologique, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, une éducatrice en langue des signes, une secrétaire, une Assistante Sociale, un médecin ORL et un médecin coordinateur, une directrice pédagogique et administrative.

Le CAMSP a bénéficié d’un financement exceptionnel durant un an pour la Musicothérapie. J’ai ainsi pu créer le projet avec l’ensemble de l’équipe. Cette expérience professionnelle a été innovante, passionnante. Il m’a cependant été difficile d’accepter l’arrêt du projet au terme du financement. Aujourd’hui, le fait d’écrire autour de la mise en place de ce projet thérapeutique spécifique me permet de faire revivre ce plaisir et ce savoir acquis autour de la surdité et de l’Implant Cochléaire.

Dans un premier temps, je vous propose de découvrir la surdité et plus particulièrement l’Implant Cochléaire (IC). A partir des liens que nous ferons entre l’Implant Cochléaire, les sons et la musique, nous comprendrons comment les séances de Musicothérapie ont pu se construire. Nous suivrons ensuite Michel, un jeune enfant implanté, au fil des séances de Musicothérapie pendant un an. Nous conclurons par les bilans orthophoniques et médicaux, comme point d’évaluation du langage de Michel.

La surdité, l’Implant Cochléaire et la musique

La surdité

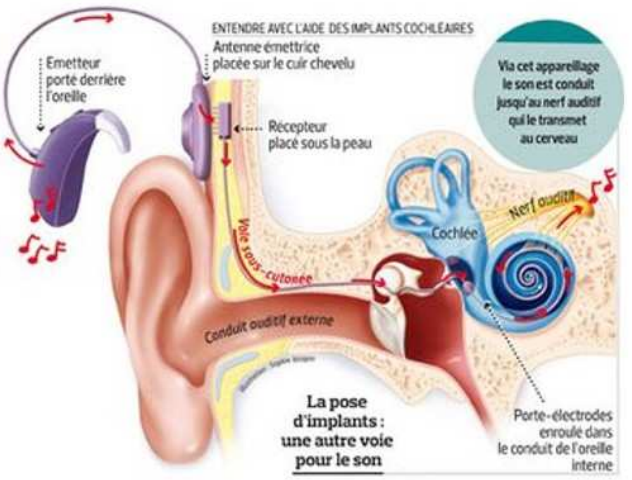
Nous pouvons commencer par revenir sur les différents niveaux de surdité et la perception de la parole selon les niveaux de surdité. *La surdité légère* apparaît entre 21dB et 40dB. La parole est alors perçue à voix normale et est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. Pour *la surdité moyenne* (comprise entre 41dB et 70dB), la parole est perçue si on élève la voix. La personne comprend mieux en regardant son interlocuteur parler. Quant à *la surdité sévère* (entre 71dB et 90dB), il est nécessaire de parler à voix forte près de l’oreille. Enfin, concernant l*a surdité profonde* (à partir de 91dB), la parole n’est plus du tout perçue. Dans le CAMSP, j’ai très vite appris à toujours me situer en face de l’enfant lorsque je m’adressais à lui.

Le CISIC (Centre d’Information sur la Surdité et l’Implant Cochléaire) explique que lorsque l’on arrive au stade de la surdité totale, seuls peuvent être ressentis les bruits graves, assez forts pour faire vibrer la peau et les os. Cet élément est à retenir pour les enfants sourds qui ne sont pas encore implantés ou lorsque les appareils ne fonctionnent pas.

On considère que l’implant peut apporter un gain considérable en matière de compréhension de la parole.

L’Implant Cochléaire

Qu’est-ce qu’un Implant Cochléaire ? Comment se présente-t-il ?



« Le système d’Implant Cochléaire est composé d’un processeur de son placé derrière l’oreille et d’un implant fixé chirurgicalement sous la peau. Il permet l’insertion d’un réseau d’électrodes dans la cochlée. Les sons sont captés par le microphone du processeur. Ils sont ensuite numérisés et traités par le processeur. Les informations codées par le processeur sont envoyées à l’implant via l’antenne. L’Implant transforme les informations codées en signaux électriques et les envoie aux électrodes. Chaque électrode correspond à une bande de fréquence du signal sonore (son aigu ou grave). Elle va délivrer des impulsions électriques au nerf auditif comme le feraient les cellules cillées. Le nerf auditif transmet ces informations jusqu’au cerveau. Le cerveau interprète ces signaux en sons. Et l’on perçoit le son. »

(Oticon médical France : https://www.youtube.com/watch?v=ZtKD-EnAFOU)

Cette explication complète permet de comprendre que l’Implant Cochléaire est avant tout un acte chirurgical et intrusif pour le jeune enfant.

Le système de l’émetteur et du récepteur est aussi très important à comprendre car ces éléments techniques peuvent s’enlever, tomber, voire dysfonctionner durant les séances de musicothérapie.

J’ai aussi retenu que chaque électrode correspond à une fréquence du signal sonore, tel un clavier. Ainsi, les personnes implantées ne perçoivent pas les demi-tons.

Enfin, ce schéma complet met en avant un processus qui n’est pas naturel et qui demande beaucoup d’énergie et de concentration à l’enfant, surtout au début de l’implantation quand vient le moment des réglages.

L’Implant Cochléaire s’adresse aussi bien aux enfants qu’aux adultes. Plus la durée de surdité est importante, plus le cerveau perd l’habitude d’entendre : les circuits nerveux se modifient et la rééducation devient plus difficile. Une implantation cochléaire peut donc être précoce pour donner de bons résultats sur la compréhension et la production du langage. L’intervention peut être pratiquée avant l’âge d’un an.

L’implantation compte 4 étapes : une évaluation médicale, l’intervention chirurgicale, des séances de réglage, une rééducation auditive. Ces étapes et cette temporalité sont très importantes à prendre en compte lors des séances de Musicothérapie. Par exemple, l’enfant peut présenter des gênes entre les séances de réglage. De même, nos observations peuvent aider à affiner certains réglages.

L’Implant Cochléaire et la musique

Lors de ma participation au colloque ACFOS sur le thème « musique et surdité » en novembre

2017, plusieurs articles de cliniciens et de chercheurs ont été présentés. J'ai choisi d'en faire un résumé qui a constitué la base de mon intervention en musicothérapie :

La perception du son chez un Implanté Cochléaire est dégradée

Limb et Rubinstein ont montré en 2012 que la perception de la musique chez un implanté cochléaire est extrêmement dégradée et qu'elle est également jugée non-satisfaisante.

« Bien que l'Implant Cochléaire soit capable de restaurer presque parfaitement la compréhension de la parole dans le calme, celui-ci souffre de limitations techniques lorsque le signal ou l'environnement sonore devient plus complexe » (Zeng, 20014).

Certaines personnes implantées témoignent par exemple de leur difficulté à discriminer les sons lorsqu'elles sont dans une salle de réception avec beaucoup de monde (parler en tête à tête au milieu d'une salle pleine de monde).

La personne implantée peut présenter des difficultés à identifier les émotions

En effet, bien que les implantés soient capables de percevoir un rythme monophonique (Hong, Cruz, Jones, et Zeng, 2004), ils présentent toujours des difficultés à identifier les émotions correctement. Quelle pourra être la place de l'émotion musicale dans les séances de Musicothérapie ?

La discrimination du rythme est bonne

Les sujets implantés ont une bonne discrimination du rythme d'un morceau monophonique simple. Cependant leur perception du tempo d'un morceau polyphonique est moins connue.

D'après Bregman (1990) le rythme pourrait influencer la manière de percevoir différentes informations auditives. Par exemple, un tempo lent pourrait influencer défavorablement la perception des sons d'un implanté.

Je me suis servie de l'ensemble de ces informations pour proposer une structure de séance de Musicothérapie adaptée.

Michel, une parole qui « s'implante » progressivement …

Présentation de Michel et de la mise en place des séances de Musicothérapie

Michel présente une surdité profonde bilatérale qui a été dépistée dès la naissance.

Reprenons ensemble le parcours de Michel pour comprendre son évolution en lien avec les séances de musicothérapie.

A l'âge de 6 mois, un bilan d'observation a été effectué par l'orthophoniste et la psychologue du CAMSP. Puis, à l'âge de 10 mois, Michel a passé une audiométrie : il entendait autour de 105 dB. Michel s'est fait implanter de l'oreille gauche à l'âge de 15 mois. L'implant sera activé, puis réglé à trois reprises jusqu'à ses 18 mois. Les séances d'orthophonie au CAMSP ont commencé à l'âge de 22 mois, deux fois par semaine. *A ce moment-là, la Musicothérapie est préconisée par l'ensemble de l'équipe.*

Au début de mes interventions Michel a donc un peu plus de 2 ans. Il est implanté d'une oreille et il bénéficie de séances d'orthophonie.

Michel se fait implanter de l'oreille droite durant l'année de prise en charge de Musicothérapie, à l'âge de 28 mois.

Il rentre à l'école Maternelle en petite section juste avant ses 3 ans. Michel va à l'école tous les jours. Il s'absente deux demi-journées pour les prises en charge hebdomadaires au CAMSP. *Les séances de Musicothérapie prennent fin à ses 3 ans, un an après le début de la prise en charge.*

Au total Michel a bénéficié de 29 séances de Musicothérapie.

Les séances avaient lieu toutes les semaines, à la même heure, dans la même salle. Nous allons

revenir un peu plus loin sur le cadre précis des séances.

Comment et pourquoi Michel a-t-il été orienté vers la Musicothérapie par l'équipe pluridisciplinaire ? Je me suis présentée à l'équipe pour le projet de Musicothérapie au moment où Michel allait avoir 2 ans. L'équipe a pensé à la musicothérapie pour plusieurs raisons :

Tout d'abord les parents de Michel sont des musiciens amateurs. Le père de Michel est percussionniste et sa mère fait du violon. Pour ces raisons, la musique leur a paru être une bonne approche auprès de lui. (J'apprendrai par la suite que les grands-parents sont aussi musiciens : harmonica, guitare).

La deuxième raison avancée est que Michel se montre très dispersé dans l'interaction à l'autre. Selon l'équipe, la musique pourrait l'aider à se recentrer.

A partir de ces échanges avec l'équipe, de mes connaissances sur l'Implant Cochléaire et de ma première rencontre avec Michel, j'ai fixé des objectifs de départ pour les premières séances de Musicothérapie. Ces objectifs ont ensuite évolué au fil du temps :

-Amener Michel à un plaisir de communiquer avec l'autre

-Utiliser la médiation sonore pour maintenir Michel dans une certaine continuité et diminuer les moments de dispersion

-Partir de ses capacités d'imitation de Michel

-Partir de ce qui l'anime (sons aigus et rythmés) pour glisser « en contenance » et progressivement vers ce qui est plus compliqué pour lui (sons graves et moins rythmés)

-Accompagner au niveau sonore le graphisme phonétique proposé par l'orthophoniste. Il s'agit ici de sonifier les mouvements liés au graphisme (piqués, vagues, etc…).

-Faire un lien avec le quotidien à la maison : permettre à Michel de faire des demandes de musique à ses parents, amener les parents à faire des propositions à Michel.

Ces objectifs se sont modifiés progressivement, les instruments utilisés ont changé, et des objectifs d'orthophonie se sont greffés de manière complémentaire.

Tout d'abord le cadre des séances :

J'ai tout d'abord proposé des séances en présence des parents de Michel et de Clarisse, l'orthophoniste. Les séances avaient lieu dans un premier temps dans la salle d'orthophonie, pendant un des deux temps d'orthophonie déjà proposé. Je rentrais dans la salle d'orthophonie au bout de 15-20 minutes de séance afin que Michel puisse travailler en premier lieu les objectifs d'orthophonie. L'orthophoniste me faisait signe par une petite fenêtre lorsqu'elle avait fini un travail en cours. Mon entrée dans la salle était ritualisée « toc toc », puis je rentrais avec deux petits pianos rouges pour enfant. Je prenais aussi le temps d'installer les instruments avec Michel : je laissais les instruments au pied de la porte et Michel prenait plaisir à aller les chercher et à les installer pendant que je branchais mon clavier. Après quelques mois c'est d'ailleurs lui qui amenait les deux petits pianos rouges et qui les disposaient.

Après la période d'été, lors de la rentrée scolaire, j'ai souhaité changer de salle pour différencier le travail rééducatif d'orthophonie et le travail de Musicothérapie. Les espaces étaient désormais distincts. Nous avons investi la salle de psychomotricité au fond du couloir (plus grande et qui présente des modules de psychomotricité). Après ses 20 minutes d'orthophonie, Michel devait traverser le couloir avec son parent et Clarisse pour venir me retrouver dans la salle de psychomotricité.

En ce qui concerne la structure des séances :

Les séances débutaient par un rituel de début : je jouais une berceuse d'Henri Dès dont j'avais réécrit les paroles pour les personnaliser. Cette berceuse présente en effet des intervalles d'un ton (plus différenciables pour la personne implantée), une répétition de la mélodie et surtout une mélodie simple.

La séance présentait aussi un temps d'improvisation au clavier. J'ai proposé ce temps afin de favoriser la communication sonore non-verbale. Michel pouvait venir jouer avec moi sur le clavier (cela a pris quelques mois) ou bien sur les petits pianos mis à disposition avec son parent. Souvent, je faisais des descentes ou des montées sur le clavier de manière très simple afin qu'il distingue au moins quelques intervalles, mais aussi pour observer la différence entre les sons aigus et les sons graves.

J'avais également mis à disposition un tambour des océans. Cet instrument me permettait souvent de contenir Michel lorsqu'il se dispersait, ou bien de l'interpeller en créant une rupture sonore. En effet ce tambour peut émettre des sons très doux comme des sons très forts selon la manipulation que l'on en fait.

Selon la demande de Michel, la séance pouvait présenter un temps d'écriture sur le tableau disposé au mur. Michel pouvait attraper un feutre et dessiner sur le tableau avec l'orthophoniste. Dans ce cas, j'essayais de refléter au niveau sonore son écriture (piqués, vagues, descentes au clavier, etc….). A noter qu'après quelques séances Michel se tournait vers moi après avoir fait un dessin pour attendre le son. Un jeu relationnel s'est mis en place à travers cette « écriture phonétique ».

Pour signifier la fin de la séance, je chantais le début de la Ballade Irlandaise (E.Stern et E. Marnay), dont j'avais réécris les paroles :

> Et maintenant on se dit au revoir,
>
> On va éteindre la lumière
>
> Et maintenant on se dit au revoir
>
> On va éteindre la lumière

Au début de la prise en charge, la fin des séances était difficile pour Michel. Je l'accompagnais alors jusqu'à la porte avec cette même mélodie *en bouche fermée*. Cela permettait une certaine continuité sans rupture brutale du son au moment de se quitter. L'orthophoniste accompagnait cette chanson en langue des signes. Le parent accompagnant le faisait également et nous verrons ultérieurement que Michel aussi. Les chansons « rituels » avaient cet avantage d'utiliser le langage verbal, le langage musical et le langage des signes. Les personnes présentes dans la séance pouvaient choisir le langage qu'ils souhaitaient. Au bout d'un an, les trois formes de « langages » étaient utilisées par toutes les personnes présentes. Si Michel a appris à chanter cette chanson, moi je l'ai apprise en langue des signes.

Cette structure de séance n'était pas figée. Nous avions en tête avec l'orthophoniste des « moments musicaux » bien définis (le moment du tambour, le moment de l'écriture au tableau, le moment de l'improvisation au clavier…), que nous souhaitions mettre en place en fonction des demandes et de l'état émotionnel de Michel.

S'il revient au musicothérapeute d'être le garant du cadre proposé, je dois reconnaître qu'il m'a été difficile, et il me l'est toujours, de trouver le bon équilibre entre un cadre suffisamment contenant – pour que l'enfant se sente en sécurité – et suffisamment souple – pour le laisser aller à

une certaine créativité. Je vais maintenant montrer comment cet équilibre a été trouvé avec Michel.

Le cadre des séances de Musicothérapie comme appui à l'émergence de la parole

Un cadre thérapeutique favorable à la structuration psychique

Tout d'abord, nous allons voir comment le cadre thérapeutique que j'ai posé a permis à Michel de se structurer psychiquement, ce qui a été favorable à une structuration du langage.

[Citation] « Les liens de succession, de cause à effet, de structuration ou d'organisation qui se réalisent de façon implicite chez l'enfant entendant, se mettent en place tardivement chez l'enfant sourd » (D. Schon, C. Hidalgo, B. Tillman, *Cerveau et psycho n°63*, p.41).

Au début de la prise en charge, j'avais en tête des objectifs et « des moments musicaux » précis. Je souhaitais laisser Michel explorer et proposer par lui-même ces moments. En structurant davantage ma séance dans le temps, l'idée était de permettre à Michel d'intégrer la structure de la séance, plus précisément d'intégrer un ordre temporel. Je souhaitais amener un cadre et une structure dans le temps, sécurisants, tout en restant « suffisamment souple ».

Le père de Michel m'a mis sur la voie. Je pouvais en effet le sentir mal à l'aise quelquefois, ne sachant pas s'il devait ou pas « rappeler à l'ordre » Michel, ou bien quel instrument prendre pour le solliciter.

La construction du cadre thérapeutique est donc d'abord passée par le fait de redéfinir les limites de la séance auprès des parents de Michel. Nous avons *verbalisé* avec le parent présent les limites de la séance, au début de chaque séance (ne pas monter sur les modules de psychomotricité par exemple). A contrario, cette « délimitation » du cadre de la séance est aussi passée par *la verbalisation* de la nécessité d'une certaine souplesse. J'ai pu dire au parent présent la nécessité de laisser Michel explorer par lui-même et dans le silence à certains moments (ce qui pouvait être difficile pour eux).

Venons-en à la nouvelle structure de la séance :

A la rentrée de septembre, j'ai pu intégrer une nouvelle salle. Dans cette salle, j'ai défini une structure spatiale et temporelle. J'ai intégré un tapis comme espace contenant et contenu. J'ai également défini une structure temporelle de séance régulière.

Les séances débutaient par une chanson d'accueil (toujours la même). Progressivement nous avons chanté cette mélodie sur des consonnes (conseillées par l'orthophoniste présente). Ainsi, nous chantions sur des « mmmmm », des « ppppppp » et des « bbbbbb ». Au-delà du rituel d'accueil et de cet objectif en orthophonie, cette chanson d'accueil a aussi été pour moi un « curseur » temporel concernant l'attention de Michel. En effet, au fil des séances je pouvais reprendre la mélodie jusqu'à 4 fois avec l'entière attention et participation de Michel. La durée de ce rituel de début, définit par Michel, pouvait refléter l'état attentionnel de Michel au moment de la séance : plus je reprenais les refrains et les couplets, plus Michel me montrait une attention soutenue.

Puis, j'ai installé un grand tambour que j'ai situé au milieu de la salle avec différentes sortes de mailloches : l'idée étant de venir travailler l'accordage rythmique à partir de l'identité sonore du père de Michel (percussionniste). Ce grand tambour appartenait au CAMSP et était un très bel instrument favorable à une belle médiation pour « être ensemble » avec papa ou maman, être autour d'un objet commun. Il s'agissait durant ce temps de jouer ensemble, de s'imiter, d'associer le son au mouvement…

Ensuite, venait le temps du jeu avec les boomwhakers (ces grands tuyaux en plastique). Nous pouvions chanter dedans : chanter des

consonnes, ou bien des « pim-pom » sur proposition de Michel. La présence de l'orthophoniste a permis de faire des propositions adaptées au travail de rééducation en cours (travail autour de certaines syllabes par exemple). Des tours de rôle se sont aussi mis en place. Michel a également détourné cet objet pour, par exemple, en faire une guitare. Michel nous a montré ici une capacité de jeu symbolique.

Après, je proposais un temps autour du carillon. Cet instrument était intéressant car il me permettait de le régler à la hauteur de Michel. De plus, au moment de la pose du deuxième implant, la palette sonore du carillon permettait à Michel d'entendre au moins quelques sons sur l'ensemble des sons émis. Michel a fait plusieurs propositions intéressantes sur ce carillon : des jeux de cache-cache (nous avons utilisé le « rideau de tube » comme un rideau permettant de se cacher et de se retrouver), souffler dans les tubes (nous avons alors émis des « chhhuuuut » dans les tubes sur proposition de l'orthophoniste), passer dessous en effleurant la tête, ou encore arrêter les tubes avec les mains et les relancer par exemple.

Puis venait le temps des instruments que j'appelle « à souffle »[1]. L'orthophoniste m'avait précisé l'importance de travailler le souffle pour Michel. J'ai d'abord ramené un harmonica, mais Michel n'a pas fait de propositions (à savoir que cet instrument est déjà utilisé dans la famille). J'ai donc ramené par la suite des flûtes à coulisse. Ces flûtes présentaient une nouveauté pour lui. De plus, la question du lien (avec la coulisse à tirer) était intéressante à observer. Michel, qui au début n'osait pas venir à côté de moi sur le clavier, pouvait venir en face de moi pour que je tire la languette de sa flûte. A noter que Michel imitait parfaitement le son de la flûte à coulisse avant de parvenir à souffler dedans. Michel a aussi fait évoluer cet instrument en même temps que lui.

[1]Dans ma pratique je regroupe ensemble les instruments qui favorisent l'action de souffler (avant l'action de vocaliser). On y retrouve les boomwhakers (faire le bruit du vent), l'harmonica, les flûtes à coulisse par exemple.

Voyant que je pouvais maintenir son attention par les jeux sonores « nouveaux », la séance se terminait par un jeu sur le tapis sonore que nous installions ensemble au milieu de la salle (un grand tapis-clavier). Ce tapis a permis d'associer le son et le mouvement (un pied sur chaque touche du piano, balancement corporel, sur des « pim – pom »). Des tours de rôle se sont aussi mis en place avec le parent présent : chacun passant à pied sur l'ensemble du clavier.

Pour finaliser la séance, nous reprenions la chanson « de la fin » (toujours la même depuis le début de la prise en charge). Michel est d'ailleurs passé, au fil de l'année, du signe (éteindre la lumière), au chant (son de la mélodie) et à la parole. Cette chanson rituelle était très intéressante en ce sens.

Chaque instrument était disposé dans la salle de manière à suivre un « trajet sonore » (structuration spatiale).

Je rappelle également que je tenais à laisser de la souplesse à l'intérieur de chacun de ces « moments ». C'est ainsi que Michel a pu faire des propositions (« pim-pom »), a pu créer des jeux d'échange (rideau avec le carillon et jeux de caché-trouvé), et a pu transformer le matériel mis à disposition (imiter la guitare avec le boomwhakers).

Les instruments, en tant qu'objets transitionnels dans un espace structuré et structurant, ont permis de créer des « aires intermédiaires d'expérience » au sens de Winnicott. A travers ces aires de jeu, Michel a pu créer. Or, Winnicott disait dans son livre jeu et réalité : « c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi ». A mon sens, c'est exactement à travers cette créativité que Michel a pu structurer psychiquement et construire progressivement son langage oral et verbal.

Je pense enfin que cette structuration a permis à chacun de trouver sa place : la place d'enfant qui joue, la place du parent qui échange avec son enfant, la place d'orthophoniste qui peut faire des

propositions adaptées et complémentaires, la place de musicothérapeute garante du cadre.

Nous allons maintenant voir que le fait d'inclure les parents de Michel dans la séance et dans le cheminement a aussi été un élément très important.

La triangulation avec les parents de Michel

Nous allons évoquer ici la co-construction des séances de musicothérapie avec les parents de Michel, mais aussi la place de la verbalisation des ressentis du musicothérapeute dans cette triangulation.

Je tiens ici à partir d'une citation de Bernard Golse :

> « On sait que l'annonce du diagnostic vient plonger les parents dans une sidération psychique et affective qui, quelles que soient la qualité de l'accompagnement et la compétence des professionnels, demandera beaucoup de temps pour être élaborée… Dans ce contexte, le futur accès du bébé sourd au langage ne va-t-il pas grandement dépendre de la restauration narcissique de ses parents et de leur capacité à lui adresser des messages langagiers qui le touchent et l'affectent ? A cet égard, le développement psycho-affectif, qui est au cœur des capacités langagières, motrices, cognitives de l'enfant ne devrait-il pas être placé au centre des préoccupations des professionnels, dès le diagnostic de la surdité ? » (Bernard Golse, journée d'études RAMSES mars 2018).

Bernard Golse souligne l'importance d'associer les parents au travail autour de l'enfant et de son langage. Il fait part aussi de l'importance de travailler sur le lien psycho-affectif parent-enfant, avant d'entamer un travail purement langagier.

La co-construction des séances de musicothérapie avec les parents de Michel était donc une étape primordiale.

Cette co-construction est passée par l'analyse de mon contre-transfert en séance. J'ai en effet prêté attention aux sentiments que je pouvais éprouver (en l'occurrence je me sentais mal-à-l'aise lors des séances au début de la prise en charge). J'ai verbalisé mon ressenti auprès de la psychologue de l'équipe. Puis, après de longues réflexions, j'ai verbalisé ce ressenti auprès du père de Michel. J'ai décidé de verbaliser ce ressenti afin qu'il ne fasse pas obstacle aux séances.

La réponse de Monsieur a été la suivante : « Les séances sont difficiles pour moi car je vois les difficultés d'attention de mon fils ». Nous avions ici une réponse à ce malaise que j'avais repéré et ressenti.

J'ai fait un lien entre la réponse de Monsieur et le bilan d'observation qui avait été écrit au tout début de la prise en charge de Michel au CAMSP : il y était indiqué que les parents de Michel se demandaient « comment Michel allait entendre, notamment la musique car ils sont tous musiciens dans la famille ». N'y avait-il pas une attente importante des parents de Michel autour de l'écoute, des progrès de Michel ? Une attente importante autour du langage ?

Nous pouvons analyser ici que le fait de mettre en mot le contre-transfert qui s'est joué, a permis d'une part de libérer les sentiments négatifs de chacun, d'autre part de libérer la créativité de chacun. A partir de ce moment, le vécu de la séance s'est fait différemment, davantage dans le plaisir (sourire du parent présent, des propositions musicales ont émergé de part et d'autre, etc…).

L’émergence de la parole chez Michel

Pour constater l’évolution de l’émergence de la parole chez Michel, j’ai choisi de reprendre chronologiquement les bilans orthophoniques et médicaux, ainsi que les synthèses d’équipe.

Nous allons reprendre 4 thématiques communes aux bilans, qui reflètent l’évolution de l’émergence de la parole : l’attention conjointe, la recherche des sons, la voix, la verbalisation.

Tout d’abord, concernant l’*attention conjointe* :

Le premier bilan d’orthophonie indique que Michel n’est pas toujours facile à canaliser mais qu’il peut avoir de petits échanges s’il est bien installé et que le matériel l’intéresse ou le surprend. Le bilan d’orthophonie suivant indique que Michel n’est pas facile à canaliser dans une activité (sauf pour le graphisme). La musique y est abordée, puisque le bilan note que *les séances l’aide à se contenir et à se focaliser*. Le bilan d’orthophonie écrit durant la prise en charge en musicothérapie explique « qu’il se montre très attentif lors de ce bilan même s’il lui arrive de manifester quelques signes de distraction … tout en retrouvant rapidement sa concentration pour achever la tâche en cours ». Lors d’une synthèse d’équipe (qui a eu lieu à la fin des séances de musicothérapie), l’attention soutenue de Michel est notée : il peut rester mobilisable pendant 1h.

Ensuite, concernant *la recherche des sons* :

Le premier bilan d’orthophonie indique que Michel est plus attentif à chercher la localisation des sons en séance. Le bilan d’orthophonie suivant indique qu’il fait attention aux bruits et cherche la source sonore. Lors de la synthèse d’équipe à la fin des séances de musicothérapie, la bonne perception et l’identification des sons au niveau de la localisation avec le 2eme Implant Cochléaire est notée.

Au sujet de *la voix* : _

Le compte-rendu du médecin spécialiste Oto-Rhino-Laryngologie Pédiatrie indique, au début de la prise en charge de Michel au CAMSP, qu’il gazouille lorsqu’il met ses appareils et que depuis quelques jours il crie un peu plus. Il ne babille pas. Il est noté dans le premier bilan d’orthophonie que Michel apprécie la voix chantée. L’orthophoniste indique que sa voix est assez forte et que ses parents se sont souvent plaints des cris. Dans le bilan d’orthophonie suivant il est noté que les vocalises sont peu variées mais présentes. Dans le bilan d’orthophonie écrit durant les séances de musicothérapie, il est indiqué que *Michel apprécie la voix chantée et se situe dans l’écoute*. *Sa voix est jolie, assez forte pour contester et bien modulée pour vocaliser*. Toutes les voyelles sont présentes, les consonnes sont à enrichir.

A propos de *la verbalisation* :

Le bilan premier d’orthophonie indique que Michel peut jargonner en séance mais de manière instable. Le langage verbal n’apparait pas encore (ni papa, ni maman). Dans le bilan d’orthophonie suivant (les séances de musicothérapie ont commencé), le langage verbal émerge avec des mots du quotidien (papa, maman, merci). Dans le compte-rendu de bilan orthophonique (à la fin des séances de musicothérapie), il est indiqué qu’un large éventail de phonèmes et de syllabes sont possiblement réalisables par Michel et que les voyelles sont acquises.

Pour finir, l’équipe note aussi des « compétences d’organisation » et « un développement verbal amélioré ».

La lecture de ces différents bilans dans le temps montre l’évolution de Michel dans l’ensemble de ces domaines. Bien que nous retrouvions des points communs entre les objectifs posés en musicothérapie et leur évolution, cette progression de Michel est liée aussi à de nombreux facteurs, notamment un contexte familial soutenant, différentes prises en charges au CAMSP (groupe), et sa scolarisation.

Conclusion

En conclusion, les bilans et les synthèses montrent l'évolution de Michel entre le début de sa prise en charge au CAMSP et la fin des séances de Musicothérapie. Le travail en musicothérapie y est abordé, et surtout l'évolution de ses capacités langagières.

Dans le cadre de cette prise en charge, la parole a émergé à tous les niveaux : il a été question non seulement de la parole de Michel, mais aussi de la parole de son père et de celle du musicothérapeute.

A mon sens, les séances de Michel ont pu évoluer grâce à plusieurs facteurs :

-un binôme orthophoniste/musicothérapeute complémentaire et solide (reflet d'un couple parental soutenant et contenant).

-une co-construction avec les parents de Michel qui se sont montrés très présents et investis.

-la structuration progressive des séances

-l'analyse du contre transfert

-les effets positifs de l'Implant Cochléaire

-Michel, qui s'est montré très présent durant cette année malgré sa rentrée scolaire et la fatigue associée.

De mon côté cette expérience a été très riche. Les enfants sourds m'ont beaucoup appris, ainsi que leurs parents. La musique est une belle médiation universelle lorsque les autres langues deviennent nombreuses et complexes (langue des signes, lecture labiale, etc…).

Dans un CAMSP… La musicothérapie fait partie d'une équipe, la musicothérapie fait partie d'un ensemble de prises en charge, la musicothérapie fait partie d'un tout… C'est cet ensemble qui se coordonne autour du patient dans son intérêt pour le faire évoluer à son rythme. A ce titre, la conclusion de cet accompagnement en musicothérapie reste toujours subjective et les liens qu'on y fait aussi. Merci encore à toute l'équipe pour son accueil et à Michel et ses parents pour leur bienveillance à tous les égards.

Bibliographie

Benenzon, R-O. (2004). La Musicothérapie la part oubliée de la personnalité. Bruxelles : De Boeck.

Chainet-Terisse, S. et al. (2011). La théorie de l'esprit chez les enfants sourds profonds implantés cochléaires. *Développements*, n°7, p.37-45.

CISIC (2014). L'ambition d'entendre. *Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochléaire* https://www.cisic.fr/CISIC/media/doccisic/Guide_CISIC_2014.pdf

Poizat, M. (1996). La voix sourde. Paris : Editions Métailié.

Sacks, O. (2009). *Musicophilia*. Paris : Seuil.

Schon, D., Hidalgo, C., Tillman, B. (2014). Stimuler le langage par la musique. *Cerveau et psycho*, n°63, p. 36-41.

Thoua, Y. (2003). La surdité au chant du signe. *Cahiers de psychologie clinique*, n°20, p. 203-2015.

Vannson, N., Innes-Brown, H., Marozeau, J. (2018). L'écoute dichotique chez un sujet implanté cochléaire peut améliorer la perception de la clarté de la musique. *Connaissances Surdités*, n°60, p.20-27.

Winnicott, D.W., (1984). Jeu et réalité l'espace potentiel. Mayenne : Gallimard.