

L'approche comportementale et l'imitation en art-thérapie.
Vers le développement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste.

Raphaële Bilodeau

Un travail de recherche
présenté
au
Département des thérapies par les arts

comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès Arts
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

Septembre 2008

© Raphaële Bilodeau, 2008



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-67254-9
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-67254-9

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■◆■
Canada

RÉSUMÉ

L'approche comportementale et l'imitation en art-thérapie.

Vers le développement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste

Raphaële Bilodeau

L'autisme, trouble envahissant du développement (TED), se caractérise par un détachement pathologique de la réalité accompagné d'un repli sur soi et d'une altération de la communication. Il importe d'utiliser des approches appropriées aux besoins de l'enfant autiste et qui favorisent la communication et l'établissement de la relation, éléments inhérents à la thérapie et préalables à sa réussite. De type historique documentaire, la présente recherche entend démontrer, par une analyse et une synthèse de plusieurs théories dans ce domaine, que l'art-thérapie, grâce à ses qualités de créativité et d'expression non-verbale, est une thérapie adéquate pour communiquer avec l'enfant autiste. Cette étude vise également à démontrer que l'établissement de la relation thérapeutique est facilité lorsque l'art-thérapie est jumelée aux modèles d'intervention de l'analyse appliquée du comportement (*Applied Behavioral Analysis*, ABA) et, en particulier, à la technique d'imitation. Après une description du syndrome autistique, cette recherche se propose d'étudier différentes méthodes d'interventions cliniques, notamment l'approche comportementale (ABA) et l'art-thérapie. Elle s'intéresse ensuite à la relation thérapeutique et au processus d'imitation chez l'enfant autiste. Enfin, la discussion confirme l'efficacité de l'art-thérapie associée à l'approche comportementale et à la technique d'imitation pour le développement d'une relation thérapeutique et le traitement de l'enfant autiste.

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier Josée Leclerc, qui a agit à titre de directrice de recherche, pour ses conseils, ses recommandations et son soutien lors de la rédaction de ce mémoire. Je voudrais également remercier Suzanne Lister, pour ses conseils judicieux en tant que professeur et ses encouragements tout au long de ces deux dernières années de recherche.

Mon amour et mon affection vont à Thomas, sans qui je ne serais pas qui je suis aujourd'hui et qui m'a toujours encouragé à persévérer dans mes choix. Merci pour ton aide et ton avis dans l'écriture de ce mémoire. J'exprime ma gratitude et ma reconnaissance à ma famille et particulièrement à mes parents pour leur manière de croire en moi et leur appui dans la réalisation de mes rêves.

Je tiens également à remercier les enfants et les professeurs de l'école où j'ai réalisé mon stage. Ils m'ont permis de vivre une expérience inoubliable et ont grandement inspiré cette recherche.

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	1
CHAPITRE 1 : UNE DESCRIPTION DU SYNDROME AUTISTIQUE	7
Historique et définition.....	7
Caractéristiques et comportements.....	9
Prévalences.....	10
Causes probables	10
CHAPITRE 2 : APPROCHES ET INTERVENTIONS CLINIQUES	12
L'Approche comportementale : ABA (Applied Behavioral Analysis) ou l'Analyse Appliquée du Comportement	12
Autres approches comportementales.....	14
L'art- thérapie et l'enfant autiste.....	15
L'art-thérapie behavioriste	19
CHAPITRE 3 : LA RELATION THÉRAPEUTIQUE AVEC L'ENFANT AUTISTE ET LE PROCESSUS D'IMITATION	21
La relation thérapeutique.....	21
La relation thérapeutique et l'enfant autiste.....	22
Définition du processus d'imitation	24
L'importance de l'imitation pour le développement de l'enfant.....	24
L'imitation chez l'enfant autiste.....	25
L'imitation et les neurones miroirs chez l'enfant autiste	26
Le processus d'imitation, d'identification et d'individuation chez l'enfant autiste	28
CHAPITRE 4: DISCUSSION	29
L'imitation comme outil thérapeutique avec l'enfant autiste.....	29
Utiliser l'imitation et l'ABA en art-thérapie avec l'enfant autiste.....	32

La relation thérapeutique avec l'enfant autiste en art-thérapie : la technique d'imitation et l'ABA.....	36
<i>CONCLUSION</i>	41
<i>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	44

INTRODUCTION

Malgré une constante évolution de la recherche sur l'autisme, ce sujet reste relativement mal connu. On sait qu'on ne peut pas le guérir mais plusieurs traitements existent afin d'améliorer certaines caractéristiques présentes dans ce trouble (Johnson, Datta, Hornung & Casanova, 2007; Powers, 2006; Volkmar, 1987). L'approche comportementale, en particulier l'analyse appliquée du comportement (*Applied Behavioral Analysis* ou ABA) créée par Ivar Lovaas en 1960, s'avère être l'un des traitements les plus efficace (CICA, clinique d'intervention et consultation en autisme, 2008). Elle a pour principal objectif d'enseigner à l'enfant comment apprendre et, plus précisément, comment imiter. Jacqueline Nadel (2006) confirme que l'enfant autiste reconnaît lorsque son comportement est imité et que cette technique permettrait à l'enfant de mieux socialiser. Les enfants autistes présentent des déficits sur le plan des interactions sociales, du langage, de l'imagination et du jeu symbolique. Ainsi, au regard de la littérature, l'approche comportementale et en particulier la méthode ABA s'avère bénéfique au traitement de certaines caractéristiques présentes chez les autistes. Plus précisément, la technique d'imitation utilisée dans un cadre thérapeutique semble efficace auprès de cette clientèle. Enfin, en tant qu'approche thérapeutique non verbale, l'art-thérapie est une solution adaptée pour les personnes ayant de la difficulté à communiquer comme les autistes, tel qu'il le sera démontré aux chapitres deux et cinq.

Ce projet de recherche veut démontrer comment l'approche comportementale (ABA), par le biais de la technique d'imitation, utilisée en art-thérapie, pourrait favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste. On verra comment, grâce à ces approches, le thérapeute peut communiquer avec l'enfant autiste et

développer une relation, premier pas vers la socialisation. Cette recherche explore donc la possibilité de l'alliance et de la combinaison de ces méthodes thérapeutiques afin de démontrer comment elles peuvent aider au développement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste. C'est par une étude approfondie de la littérature existante dans ces différents champs que nous étudierons ces questions.

Méthodologie de la recherche

La méthodologie choisie pour ce projet est de type historique documentaire. Une recherche historique critique et analyse les théories existantes dans le but de générer de nouvelles connaissances ou théories (Gilroy, 2006; Junge & Linesch, 1993). La méthode historique documentaire consiste en une analyse critique, une évaluation et une synthèse de plusieurs références et théories, dans un contexte historique s'étalant sur une période de temps significative. Cette méthodologie établit des liens entre la littérature, la pratique et la recherche. Elle se présente comme une revue de littérature, un dialogue ou une narration entre différentes théories sur un sujet. Selon Marshall & Rossman (2006), l'analyse historique documentaire est utilisée afin d'obtenir des connaissances dans des domaines peu ou non explorés, comme c'est le cas ici.

Une recherche historique cherche à comprendre le passé et informer le présent, comprendre pourquoi les choses sont telles qu'elles sont et pourquoi elles évoluent ou changent (Gilroy, 2006). L'objectif de cette étude n'est pas de retracer l'histoire des différentes théories énoncées, mais plutôt d'explorer la littérature pour étudier une idée. Cette recherche ne se concentre pas sur l'évolution des approches au cours du temps, la théorie et la littérature étant plutôt utilisées afin d'explorer des idées encore peu explorées dans le domaine de l'art-thérapie. Cette recherche ne représente pas une finalité en soi

mais entend contribuer à l'ajout de données en vue de futures recherches, ceci afin de permettre une meilleure compréhension de cette thématique.

Enfin, ce travail de recherche fait le point sur les connaissances concernant l'art-thérapie et sa pratique avec les enfants autistes et présente les principales recherches et théories sur ce sujet.

Collecte des données

Les données de cette étude proviennent des différentes théories analysées, de l'exploration et de l'analyse approfondie de la littérature. Les théories à l'étude proviennent de plusieurs auteurs, pays, années de publication (de 1911 à aujourd'hui) et de sources différentes (ouvrages, mémoires, articles, etc.), ceci dans le but d'obtenir une large variété de points de vues. Une triangulation des données et des méthodes est effectuée par la variété des théories analysées. Les ouvrages ou articles proviennent des bibliothèques universitaires, municipales, de différentes bases de données (Sage ou PsycInfo par exemple). La littérature recherchée porte sur l'approche comportementale (ABA), la technique d'imitation et certaines approches dérivées ainsi que le syndrome autistique chez les enfants. La littérature disponible en art-thérapie sur le sujet du trouble autistique est analysée ainsi que la littérature portant sur la relation thérapeutique.

Analyse des données

La littérature et la théorie ont été groupées par thèmes puis analysées selon la méthode historique documentaire. Une rédaction de notes (journal) a été effectuée tout au long de la recherche pour une réflexion personnelle en rapport à la question. Dialoguer sur une base régulière avec mon entourage, mes pairs et partenaires de recherche m'a

permis d'avoir un regard extérieur et objectif, de questionner mes méthodes d'analyse et mes conclusions. Mon expérience de stage auprès d'enfants autistes m'a également influencée tout au long de cette recherche.

Questions de recherche et objectifs

La question explorée dans ce projet de recherche est la suivante : comment l'approche comportementale, en particulier la technique d'imitation, utilisée en art-thérapie peut-elle aider au développement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste?

Ce projet veut aussi démontrer comment l'art-thérapie, jumelée aux modèles d'intervention de l'analyse appliquée du comportement (ABA) et, notamment, à la technique d'imitation, aiderait au développement des capacités de communication, d'interaction et d'expression de soi ainsi qu'au processus d'identification et d'individuation chez ces enfants.

Limites et présomptions de la recherche

Une des limites importantes de cette recherche est sa subjectivité. Selon Junge & Linesch (1993), l'époque et le contexte socioculturel influencent comment le chercheur comprend, analyse et perçoit la théorie d'une autre époque. Ainsi, l'interprétation de la théorie varie selon l'expérience sociale subjective du chercheur. Ceci représente l'une des principales présomptions de mon processus de recherche : l'influence de ma perception sur la théorie analysée. Mon expérience personnelle de stage a quelque peu affecté et biaisé mes recherches, mon analyse et mes résultats. Je suppose en effet que la méthode ABA est l'une des méthodes les plus appropriée et efficace dans le travail auprès

d'enfants autistes. J'estime également que l'art-thérapie, en tant qu'approche non verbale, est une thérapie adéquate afin de communiquer avec l'enfant autiste. Enfin, les résultats et les conclusions de cette recherche ne pourront probablement pas être généralisés, entre autres, parce que l'autisme varie considérablement d'un enfant à l'autre. Ainsi la littérature et la théorie analysées ne peuvent sans doute pas s'appliquer à tous les enfants autistes.

Délimitation de la recherche

Ce projet explore la méthode de l'analyse appliquée du comportement (*Applied Behavior Analysis*, ABA) et en particulier la technique de l'imitation, utilisées en art-thérapie, auprès d'une population spécifique, les enfants autistes, et ce, dans le but de développer une relation thérapeutique. Ce travail survole d'autres méthodes d'intervention comportementales utilisées auprès des enfants autistes telles que le système de communication par échange de pictogrammes (*Picture Exchange Communication System*, PECS) et le programme de traitement et d'éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication similaires (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*, TEACCH). Ce projet de recherche s'intéresse également au processus d'imitation chez cette population et l'importance de l'imitation dans le développement de l'enfant. Puis, la possibilité d'utiliser l'imitation comme outil d'intervention est explorée. Enfin, ce projet étudie les principales recherches en art-thérapie concernant l'autisme et la relation thérapeutique avec l'enfant autiste. Cette recherche examine certains concepts et aspects de l'approche psychanalytique (identification, individuation) au sujet de l'autisme mais se concentre plutôt sur les théories de l'approche comportementale considérant celle-ci comme étant

l'approche appropriée au travail auprès d'enfants autistes. Elle n'aborde pas, ou très peu, l'aspect neurologique, génétique et pharmacologique de l'autisme.

CHAPITRE 1 : UNE DESCRIPTION DU SYNDROME AUTISTIQUE

Il importe de bien définir ce qu'est le trouble autistique, autant son historique, les théories expliquant les causes probables du trouble que la description des comportements autistiques. Cette présentation sommaire permettra de mieux comprendre les avenues empruntées dans cette recherche et les conclusions qui y sont présentées.

Historique et définition

L'autisme infantile a été décrit pour la première fois, en 1943, par le pédopsychiatre américain d'origine autrichienne, Léo Kanner (Neumärker, 2003). Sa première étude sur l'autisme décrit onze enfants (huit garçons et trois filles) présentant tous les mêmes problèmes de communication et de repli sur soi (Kanner, 1943). Suite à cette observation, Kanner décrit l'autisme comme étant une incapacité innée à établir un contact affectif avec d'autres personnes tout comme d'autres enfants naissent avec des handicaps physiques ou intellectuels. Il emploie le terme « d'autisme infantile précoce » pour caractériser le trouble présent chez ces jeunes patients. Précisons que le terme « autisme », qui vient du grec « auto » et qui signifie « soi-même », est utilisé pour la première fois par Bleuler (1911), un psychiatre Suisse. Il l'emploie pour désigner la perte de contact avec la réalité extérieure présente dans la schizophrénie et empêchant la personne de communiquer avec les autres. Ainsi, pour Bleuler, « autisme » signifie « fuite de la réalité », et c'est la raison pour laquelle Kanner lui emprunte cette expression, car elle s'appliquait précisément au comportement qu'il avait observé chez ces enfants.

Par la suite, Hans Asperger (1944), psychiatre Autrichien, publie un article qui décrit chez quatre jeunes garçons un modèle de comportement et d'aptitudes qu'il nommera « psychopathie autistique ». Ces enfants présentaient tous les mêmes symptômes soient, un manque d'empathie, un déficit sur le plan des interactions sociales, des anomalies de la communication, une forte préoccupation vers des intérêts spéciaux et des mouvements maladroits. Puis, Lorna Wing (1981) utilise pour la première fois le terme « syndrome d'Asperger » pour décrire des comportements qu'elle a observé chez un groupe d'enfants, similaires à ceux décrits par Asperger. L'intérêt pour le syndrome d'Asperger s'affirme lorsqu'Uta Frith (1991) traduit le texte d'Asperger de l'allemand à l'anglais, le rendant ainsi accessible à un plus large lectorat.

Asperger constate que, malgré certains déficits, ces enfants sont capables d'atteindre un niveau de réussite, qu'ils ont de bonnes capacités intellectuelles et, de ce fait, ont une expression moins sévère de l'autisme que celle décrite par Kanner. De même, Wing (1981) remarque que certains enfants présentant les caractéristiques autistiques peuvent développer plus tard un langage usuel et un désir d'interagir avec les autres. Le syndrome d'Asperger est par la suite accepté comme étant une variante de l'autisme, il appartient au spectre des troubles autistiques. Le syndrome est aujourd'hui considéré comme un sous-groupe spécifique ayant ses propres critères de diagnostic dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Le DSM-IV (APA, 1994), situe le syndrome autistique, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance parmi les troubles envahissants du développement (TED). On parle aussi de « spectre » des troubles autistiques car les symptômes varient en intensité et diffèrent selon les personnes, l'âge,

la gravité et les manifestations (CICA, 2008; Wing, 1996). Le syndrome autistique est souvent accompagné d'un retard mental mais dans le cas contraire, il est question d'autisme de haut niveau (*High-functioning autism*) et donc d'autisme sans déficience intellectuelle (à distinguer du syndrome d'Asperger) (Amy, 2004).

Le point commun à tous les troubles envahissant du développement est la présence d'un facteur perturbant le développement du système nerveux central à un stade précoce (Rogé, 2003). Les TED sont définis comme un groupe de troubles sévères et précoces, caractérisés par des retards et des déformations du développement des habiletés sociales, cognitives et du développement de la communication. Selon le DSM-IV, l'autisme est un trouble envahissant du développement qui entraîne un détachement pathologique de la réalité accompagné d'un repli sur soi. Il est un trouble neurocomportemental caractérisé par des altérations du développement dans les domaines suivants : communication verbale et non-verbale, interactions sociales, comportements, activités et intérêts restreints et stéréotypés. L'autisme est généralement diagnostiqué avant l'âge de trois ans et l'enfant présente des délais sur le plan du langage, des interactions sociales, du jeu, ainsi que dans son fonctionnement cognitif et adaptatif. Bien que la cause exacte de ce trouble soit inconnue, plusieurs recherches démontrent que certaines parties du cerveau seraient affectées par des anomalies neurologiques (Layne, 2007).

Caractéristiques et comportements

Les personnes autistes présentent des troubles du développement de l'interaction sociale réciproque, une altération de la communication verbale et non-verbale, un répertoire limité d'intérêts, des comportements stéréotypés et ont une capacité d'imagination limitée (Rogé, 2003). Ils éprouvent de la difficulté à comprendre les autres

et établissent peu de contact car ils ont du mal à être en présence de l'autre, échouant à se constituer comme sujet face à l'autre (Houzel, 2002). Selon Baron-Cohen (1988), les enfants autistes n'auraient pas de « théorie de l'esprit », c'est-à-dire qu'ils n'auraient pas la capacité de comprendre et de percevoir l'état mental d'une personne, les empêchant ainsi d'interpréter et de prévoir les comportements d'autrui. Ils ont également de la difficulté à s'exprimer intelligiblement. Certains utilisent un langage atypique et s'expriment par écholalies, c'est-à-dire qu'ils répètent automatiquement la fin des phrases de l'interlocuteur afin de leur répondre, ou parlent d'un seul et même sujet. Enfin, ils n'arrivent pas à penser et à agir de manière flexible, et ils ont un jeu limité et sans fantaisie (Rogé, 2003).

Prévalences

Des études épidémiologiques récentes montrent que la prévalence de l'autisme est passée de 40 à 60 pour 10 000 de 2003 à 2006 au Canada (Société canadienne de l'autisme, 2008). La prévalence chez les enfants est présentement d'environ 6%, c'est-à-dire qu'un enfant sur 165 au Canada développe un TED. L'autisme affecte plus souvent les garçons que les filles, il est en effet quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles (Fombonne, Zakarian, Bennett, Meng & McLean-Heywood, 2006; CICA, 2008).

Causes probables

Il existe plusieurs théories ou hypothèses sur les causes de l'autisme, c'est un sujet controversé. On a cru pendant un certain temps que l'autisme était causé par ce que l'on nommait les « mères réfrigérateurs », qui ne donnaient soit disant pas assez d'affection et

d'attention à leur enfant (Bettelheim, 1967). Mais cette théorie n'est plus acceptée aujourd'hui. On ne connaît pas encore la cause exacte de l'autisme, mais les recherches se concentrent principalement sur les causes génétiques et environnementales. On ne parle plus de lien direct entre l'autisme et la génétique, mais on aurait toutefois identifiés certaines régions chromosomiques qui pourraient rendre certains enfants plus susceptibles de devenir autistes. On parle aussi de causes environnementales de l'autisme, c'est-à-dire que l'enfant ne présenterait pas d'anomalie à la naissance mais certains éléments déclencheraient l'autisme chez lui par la suite (infections virales, déséquilibre métabolique ou vaccin par exemple) (Autisme Montréal, 2008; CICA, 2008). Beaucoup accusent entre autres le thimérosal, un agent de conservation présent dans les vaccins et constitué principalement de mercure. Le thimérosal serait réputé pour sa neurotoxicité. Certains enfants ayant été exposés à des doses de mercure trop élevées pour leur âge et l'incapacité de leur corps à le rejeter pourrait provoquer des troubles du développement (Autisme Montréal). Mais selon un article récent du *Time* intitulé *How safe are vaccines?*, plusieurs recherches scientifiques confirmeraient que les vaccins ne sont pas la cause de l'autisme. Toutefois, le thimérosal a été retiré des vaccins car la dose de mercure présente dans cet agent de conservation était trop élevée et risquée pour l'enfant (Park, 2008).

CHAPITRE 2 : APPROCHES ET INTERVENTIONS CLINIQUES

Le trouble autistique suscite l'utilisation de nombreuses approches d'intervention, qui ont toutes une méthode et un esprit propre. La plupart sont de type comportementale telles que l'analyse appliquée du comportement (ABA), le programme de traitement et d'éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication similaires (TEACCH) et le système de communication par échange de pictogrammes (PECS), mais on peut également utiliser l'art-thérapie comme méthode. La connaissance individuelle de ces approches, et la maîtrise de leurs forces, permet d'envisager leur combinaison, tel que l'utilisation de l'art thérapie selon les principes de l'approche comportementale et, en ce sens, d'ouvrir la voie à de nouvelles méthodes d'intervention.

L'Approche comportementale : ABA (Applied Behavioral Analysis) ou l'Analyse Appliquée du Comportement

Le behaviorisme, ou l'approche comportementale, est l'étude du comportement reposant sur l'observation d'un stimulus et de la réponse d'un sujet. L'analyse appliquée du comportement, ABA (*Applied Behavior Analysis*), résulte de la recherche sur l'analyse expérimentale du comportement (recherche intitulée « Le comportement opérant ») par Burrhus Frederic Skinner (1953)(CICA, clinique d'intervention et consultation en autisme, 2008).

Ainsi, l'ABA repose sur le modèle du comportement opérant de Skinner. Elle est considérée comme l'une des méthodes d'intervention les plus efficaces pour traiter les troubles du comportement, qui sont très souvent présents dans l'autisme. L'ABA, approche éducative et comportementale, a été créée par Ivar Lovaas au États-Unis dans

les années 1960. Elle consiste en une analyse du comportement et en une intervention intensive visant l'obtention d'une meilleure intégration sociale par l'augmentation et le renforcement des comportements jugés adaptés, et la diminution des comportements estimés inadéquats. L'ABA utilise donc des stratégies éducatives permettant la réduction des comportements problématiques interférant dans l'apprentissage de l'enfant (Doehring, 2001; CICA, 2008). C'est en 1987 que Lovaas décrit sa première étude fondée sur son programme ABA. Plusieurs reconnaissent l'importance d'une intervention précoce chez les enfants autistes (Chamak & Cohen, 2003; Elfert & Miranda; Lovaas, 1987; Maurice, 1993; Smith, 2001). L'étude de Lovaas suggère que les enfants autistes âgés de moins de trois ans qui suivent une thérapie comportementale intensive de quarante heures par semaine et ce durant deux ans ou plus, font des progrès remarquables.

Cette méthode, qui utilise les principes du conditionnement opérant, consiste à enseigner aux enfants autistes des moyens de développer leurs apprentissages. Elle vise, durant la première année, à accroître la capacité d'attention et d'imitation puis, durant la seconde année, à améliorer le langage, la capacité de jeu socialisé et d'autres habiletés, comme le développement des habiletés sociales. (Doehring, 2001; Lovaas, 1987). Rogé (2003) souligne que les enfants atteints d'autisme n'apprennent pas ou très peu de manière spontanée mais qu'ils peuvent cependant apprendre dans un environnement préparé spécifiquement pour un apprentissage systématique. L'ABA consiste en l'apprentissage de petits groupes de comportements dans un cadre d'essais répétés. La technique DTT (*Discreet Trial Teaching*) ou enseignement par essais distincts, est une méthodologie structurée souvent utilisée dans l'ABA. Elle consiste à apprendre aux

enfants d'une manière séquentielle, les tâches proposées étant simplifiées et décomposées en différentes étapes (Lovaas). L'enfant doit répondre à une consigne et les réponses correctes sont renforcées par une récompense, c'est-à-dire un renforcement positif. Le thérapeute vient en aide à l'enfant s'il ne donne pas la bonne réponse mais celle-ci est rapidement atténuée afin d'éviter qu'il ne devienne dépendant (CICA, 2008). Puis, lorsque l'enfant progresse suffisamment, les comportements appris sont exercés dans un environnement moins structuré afin de faciliter leur généralisation (Lovaas; Rogé).

L'analyse appliquée du comportement est donc une forme de thérapie stratégique et très structurée qui a pour objectif d'enseigner aux enfants autistes comment apprendre efficacement. Cette technique a aussi pour but d'attirer l'attention et de susciter l'intérêt des enfants autistes afin qu'ils puissent acquérir des outils leur permettant de mieux comprendre et interagir avec leur environnement (Powers, 2006). La méthode ABA est souvent critiquée certains la trouvant trop rigide, mais il s'agit pour l'instant d'une des plus efficaces pour traiter ce type de trouble (CICA, 2008; Doehring, 2001; Lovaas, 1987; Rogé, 2003)

Autres approches comportementales

La plupart des modèles d'intervention pour traiter l'autisme sont basés sur les principes de l'approche comportementale (Elfert & Mirenda, 2006) et les plus connus sont les méthodes TEACCH et PECS. La méthode TEACCH, programme de traitement et d'éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication similaires (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*), consiste en un enseignement structuré où l'organisation de l'environnement s'effectue au moyen d'information visuelles claires et concrètes, ceci afin d'encourager

les apprentissages et l'autonomie de l'enfant. Par des évaluations précises, cette approche permet de déterminer le potentiel individuel de chaque enfant autiste permettant ainsi d'offrir un programme approprié et adapté à leur niveau de développement respectif (Amy, 2004). Le système de communication par échange de pictogrammes (*Picture Exchange Communication System*, PECS) est un outil de communication développée par Andrew Bondy et Lori Frost (1994) utilisant des pictogrammes comme moyen d'échange et de communication. L'enfant donne à son partenaire l'image de l'objet qu'il veut en échange de cette image. Cette méthode permet à l'enfant autiste d'apprendre à initier une communication avec l'autre et également de réduire l'anxiété et les comportements problématiques, car cela aide les enfants à s'organiser et prévoir ce qui est attendu d'eux. La méthode PECS intègre les principes de base de l'analyse comportementale appliquée (ABA) (CICA, 2008).

L'art- thérapie et l'enfant autiste

Les enfants autistes vivent dans une réalité qui leur est propre (Osborne, 2003). Osborne appuie ces propos en faisant référence à l'écrivain autiste Donna Williams qui écrit: « *For the first three years I had moved freely within "my world" observed incomprehensibly by "the world" which moved around me* » (Williams, 1999, p.16). Ces enfants ont du mal à interagir et à comprendre l'environnement dans lequel ils vivent. Rose Gaetner (2000) constate le rôle primordial que peuvent jouer les activités artistiques et corporelles dans l'éducation des enfants autistes. L'art et la créativité peuvent, selon elle, procurer plusieurs bienfaits à ces enfants et particulièrement, servir de porte d'entrée à leur monde et communiquer avec eux d'une manière principalement non verbale. La thérapie par l'art offre des moyens d'expression importants aux enfants autistes qui ne

parlent pas. L'aspect sensoriel et tactile du matériel artistique permet également un lien entre le thérapeute et l'enfant (Société canadienne de l'autisme, 2008).

L'art-thérapie peut être perçue selon deux perspectives. Il y a l'approche psychothérapeutique de l'art-thérapie qui est principalement associée aux concepts analytiques freudiens et à la thérapie verbale où l'art permet l'expression de soi, le dévoilement de certaines préoccupations et la résolution de conflits. Et il y a également le principe qui dit que faire de l'art, créer et « jouer » avec le matériel, est en soi thérapeutique. Avec la personne autiste, le thérapeute applique souvent le second principe dans son travail art-thérapeutique. Avec l'enfant autiste il s'agit plutôt d'une approche psycho-éducative de l'art-thérapie.

Afin de travailler adéquatement avec l'enfant en art-thérapie, Scanlon (1993), mentionne qu'il est essentiel de connaître les différents stades de développement dans les dessins d'enfants afin de saisir à quel stade de développement il se situe. Il précise que cette notion des différents stades du développement du dessin est importante en particulier avec les enfants présentant des retards et des troubles de développement. De cette manière, le thérapeute peut présenter du matériel et des activités artistiques appropriés au stade de développement dans le lequel se trouve l'enfant et cela afin d'obtenir plus de progrès et de réussite. D'après Lowenfeld (1947), il y a six stades de développement du dessin de l'enfant : le stade du gribouillage (2-4 ans), le stade pré-schématique (4-7 ans), le stade schématique (7-9 ans), le stade du dessin réaliste (9-11 ans), le stade du dessin pseudo réaliste (11-13 ans) et la période de décision (adolescence).

Ces stades de développement de l'expression artistique chez l'enfant peuvent servir de base, précise Malchiodi (1998), afin de mieux comprendre les dessins d'enfants en général. Par ces stades, le thérapeute peut reconnaître ce qui est attendu de la part de l'enfant d'un âge en particulier, ce qui procure une base afin de comparer ce qui n'est pas usuel dans un dessin d'enfant. Elle explique que comprendre un dessin d'enfant selon les différents stades de développement peut aider à l'évaluation de l'enfant et servir d'outil de base pour des interventions efficaces. Malchiodi atteste que la connaissance de ces stades de développement du dessin peut particulièrement être utile lorsqu'il s'agit d'enfants ayant des retards de développement, des difficultés d'apprentissage ou une forme particulière de retard mental. Elle ajoute que l'expression artistique chez les enfants qui ont des retards de développement peut procurer de l'information pertinente au sujet du développement de leurs habiletés cognitives et perceptuelles. Ainsi, l'expression artistique en tant qu'outil thérapeutique s'avère bénéfique lorsque utilisé avec des enfants présentant des troubles du développement.

Hermelin & O'Connor (1970) ont été les premiers à constater que les opérations visuo-spatiales sont supérieures aux opérations auditives chez les personnes souffrant d'autisme. Preis (2006) se base sur ces recherches pour affirmer qu'une présentation visuelle de l'information améliore le niveau de compréhension des enfants autistes. Selon lui, les autistes sont en quelque sorte des penseurs visuels. À cet effet, le système de communication par échange de pictogrammes (*Picture Exchange Communication System*, PECS) est un outil d'aide à la communication utilisé avant tout avec des individus qui ne peuvent pas s'exprimer verbalement ou qui ont un langage très limité, tels les autistes. Ce système, tel que décrit précédemment, permet d'assister ces

personnes afin qu'elles puissent acquérir certains outils de communication fonctionnel. Comme le mentionne Powers (2006), cette technique leur permet de communiquer de manière non-verbale grâce à l'utilisation de différentes images. Powers explique que ce système lui a permis de faire un lien avec l'art-thérapie puisque cette méthode, couramment utilisée avec les enfants autistes, favorise l'image pour communiquer, tout comme en art-thérapie.

Les recherches de Evans et Dubowski (2001) traitent de l'efficacité de l'art-thérapie pour les enfants autistes. Les auteurs mentionnent que l'art peut être une alternative efficace pour aider l'enfant autiste à s'exprimer et qu'une intervention dès l'âge de douze à dix-huit mois peut être bénéfique. Pour ces deux auteurs, dans ce contexte d'art-thérapie, la communication est plutôt définie en terme d'interactions réciproques des mouvements et des gestes plutôt qu'en langage verbal. Dans leur ouvrage *Art Therapy with Children on the Autistic Spectrum. Beyond words*, ces auteurs présentent un modèle d'intervention se concentrant notamment sur les difficultés de communication et d'imagination que peuvent éprouver les enfants autistes. Ils décrivent comment des comportements négatifs (stéréotypie) et l'anxiété peuvent être diminués lorsque l'enfant autiste est impliqué dans un processus créatif et artistique avec le thérapeute. Evans et Dubowski ont développé un modèle qu'ils nomment « art-thérapie interactive », modèle qui se concentre surtout sur les déficits de développement des habilités de communication et d'imagination chez ces enfants. Ce modèle est basé sur l'observation méticuleuse d'enregistrements vidéo de la relation entre l'enfant et le thérapeute.

L'art-thérapie behavioriste

L'approche comportementale, tel que démontré ci-dessus, est une méthode d'intervention efficace pour traiter les troubles du comportement présents chez l'autiste. Ainsi, l'utilisation de la méthode ABA (*Applied Behavioral Analysis*) associée avec les techniques de l'art-thérapie pourrait être une solution bénéfique pour les personnes autistes. À ce propos, Ellen Roth (2001), utilise une approche behavioriste en art-thérapie, entre autres avec des enfants qui ont des déficiences intellectuelles. Elle explique que cette approche consiste à utiliser des techniques telles que le conditionnement opérant (Skinner, 1953), l'imitation (*modeling*) et le renforcement positif en art-thérapie. Elle associe des techniques d'art-thérapie avec des principes de modification du comportement impliquant des apprentissages durant le processus thérapeutique. Elle a développé la technique qu'elle nomme « formes de la réalité » (*reality shaping*) qui consiste d'abord à identifier un concept peu représenté dans les images produites par l'enfant. Ensuite, ce concept est développé et amélioré par le thérapeute puis par l'enfant. Roth explique qu'elle aide le patient, étape par étape, à concrétiser des formes de la réalité environnante à travers sa production artistique. Si le thérapeute ou l'éducateur insiste et encourage l'enfant autiste à tracer un rond par exemple, l'enfant finira par réaliser ce même dessin plusieurs fois. Puis, avec l'aide du thérapeute, ce rond peut devenir un visage.

L'étude de cas réalisée par Jade Powers (2006), démontre aussi que l'approche comportementale, en particulier la méthode ABA, jumelée avec les techniques de l'art-thérapie, s'avère bénéfique pour l'enfant autiste. Dans sa thèse, Powers mentionne que lorsqu'elle a débuté ses recherches sur l'application de l'approche comportementale en

art-thérapie, elle a réalisé que très peu d'art thérapeute s'imagine utiliser cette approche et que celle-ci avait plutôt mauvaise figure auprès d'eux. D'ailleurs, peu de recherche existe à ce sujet. Mais le travail de Powers a voulu montrer qu'il n'était pas possible d'utiliser une approche art-thérapeutique verbale à orientation psychanalytique avec des enfants qui ne sont pas capable de s'exprimer et de communiquer verbalement. Amy (2004), questionne également l'utilisation de la thérapie d'orientation psychanalytique auprès d'enfants autistes. Elle suppose que lorsqu'un psychothérapeute reçoit une personne autiste, il ne peut pas vraiment utiliser une approche psychanalytique. Lemay (2004) explique qu'après avoir eu des patients autistes en psychothérapie analytique, il a réalisé qu'une telle approche était bien peu utile pour eux. Il précise que le rôle du thérapeute avec l'enfant autiste est éloigné des concepts psychanalytiques habituels. Enfin, Powers confirme, par son étude de cas, que l'application de l'approche comportementale dans sa pratique en art-thérapie s'est avérée efficace afin d'aider son patient.

CHAPITRE 3 : LA RELATION THÉRAPEUTIQUE AVEC L'ENFANT AUTISTE ET LE PROCESSUS D'IMITATION

Si le rôle du thérapeute peut sembler différent avec un enfant autiste qu'avec un autre type de population, il reste que la relation thérapeutique est un élément clef de la thérapie. Cette relation, qui est la base de la thérapie, est particulière dans le cas d'un enfant autiste.

La relation thérapeutique

Une relation est un lien ou un rapport entre des choses ou des personnes. Dans un cadre thérapeutique, la relation se situe entre le patient et le thérapeute. La création d'un lien avec le patient constitue l'un des objectifs principaux du processus thérapeutique. C'est surtout par cette relation que le changement ou le progrès du patient peut survenir. La relation thérapeutique peut se définir comme étant la relation de collaboration se développant entre le patient et le thérapeute, visant un changement positif pour le patient. Elle est basée, entre autres, sur une compréhension empathique mutuelle et un respect réciproque entre le patient et thérapeute (Horvath & Luborsky, 1993; Florsheim, Shotorbani & Guest-Warnick, 2000).

Selon Malchiodi (1998), la relation thérapeutique entre un enfant et son thérapeute diffère d'une relation entre deux adultes. Cette relation est une dynamique importante qui peut avoir un réel impact sur le processus créatif de l'enfant. La relation qu'a l'enfant avec son thérapeute et le stade de la relation peut avoir un effet significatif sur ce que l'enfant dessine ou exprime par l'art. Ce qui fonctionne avec un adulte ne fonctionnera pas toujours avec l'enfant. L'habileté de l'enfant à comprendre certains concepts est

moins développée que chez l'adulte et le thérapeute doit donc s'assurer d'effectuer des interventions et de proposer des activités qui sont appropriées au niveau de développement de l'enfant. Un thérapeute qui présente une activité qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant peut provoquer un niveau d'anxiété élevé chez lui. Les enfants peuvent percevoir le thérapeute comme étant une figure autoritaire plutôt qu'une personne qui les aide à se confier et à exprimer leurs émotions. Malchiodi précise également que le développement d'une alliance thérapeutique avec l'enfant peut prendre beaucoup de temps.

La relation thérapeutique et l'enfant autiste

Avec l'enfant autiste, la relation thérapeutique paraît d'autant plus importante car elle prend une tout autre dimension, d'une part parce qu'il s'agit d'une relation avec un enfant, d'autre part, parce que le thérapeute doit trouver des moyens de communication différents que ceux qu'il utilise généralement, pour interagir avec l'enfant autiste et le comprendre.

Lemay (2004) souligne que dans le travail thérapeutique avec l'enfant autiste, le thérapeute doit comprendre que l'enfant a des limites et que vouloir les dépasser n'est pas l'accepter en tant que sujet. L'enfant doit se sentir accueilli et perçu comme un être humain pouvant évoluer et progresser. De plus, avec la personne autiste, le thérapeute doit savoir intervenir de manière dynamique afin d'obtenir des progrès. Amy (2004) mentionne qu'elle a souvent l'impression d'agresser l'enfant autiste par la parole et le langage, aussi, afin de mieux communiquer avec eux, utilise-t-elle des gestes facilitateurs et une souplesse dans ses mouvements, elle module et adapte sa voix.

Selon Howard Buten (2003), le travail thérapeutique et éducatif auprès des personnes autistes demande des efforts exigeants de la part du thérapeute et les progrès sont très lents. Il précise que pour obtenir un résultat auprès de cette clientèle, le thérapeute doit établir un lien affectif et de cette façon il créera une alliance thérapeutique. Buten explique que ce lien est difficile à créer, la personne autiste étant souvent enfermée dans son propre monde, et que si le thérapeute veut y parvenir il doit d'abord réussir à susciter l'attention de l'enfant. Il souligne que le thérapeute peut imiter les comportements de l'enfant pour entrer en contact avec lui. Selon Chamak & Cohen (2003), il faut laisser l'enfant autiste nous apprendre son langage, nous guider dans son monde. La tâche du thérapeute, puis peu à peu celle de l'enfant autiste, sera de « lire » le langage de l'autre (Osborne, 2003). Robbins (1987) souligne également que pour travailler efficacement avec la personne autiste, l'art-thérapeute doit entrer dans le monde de son patient et y respecter les règles relatives, il doit travailler en synchronie avec le patient.

Les difficultés éprouvées lors de chaque période de développement demandent un différent type d'encadrement de la part du thérapeute pour son patient. Pour la personne autiste, l'environnement et la relation thérapeutique doivent être structurés. Il doit y avoir un contact sensoriel. Le thérapeute doit pouvoir saisir le rythme et le langage de son patient (Robbins, 1987). Il doit être capable de décoder des messages s'appuyant sur des réactions sensori-motrices (Lemay, 2004). Pour le patient autiste, où le soi n'est pas intégré, il faut donc un environnement thérapeutique organisé, sécurisant et un cadre bien déterminé, des limites définies. Le thérapeute doit offrir des interventions claires et précises, le monde de l'enfant autiste étant souvent chaotique et perturbé (Robbins).

Afin d'établir cette relation thérapeutique, le thérapeute peut appliquer un outil d'intervention behavioriste efficace auprès de cette population, à savoir l'imitation, qui est autant un processus éducatif que d'identification, et qui joue un rôle primordiale dans le développement de l'enfant.

Définition du processus d'imitation

Différentes acceptations du terme « imitation » existent, et dans ce travail de recherche, il est utilisé dans le sens de répétitions quasi identiques d'une expression faciale, d'un mouvement ou d'une action d'une personne par rapport à une autre qui agit comme un modèle (Warreyn & Roeyers, 2007). Celui qui imite reproduit la même action ou le même comportement que le modèle afin d'obtenir le même objectif que celui-ci. Heyes (2001), définit l'imitation comme étant l'habileté à reproduire de nouvelles stratégies et actions.

L'importance de l'imitation pour le développement de l'enfant

La psychologie du développement accorde beaucoup d'importance aux conduites d'imitation chez l'enfant et s'y intéresse particulièrement en tant que support possible des apprentissages (Hochmann & Ferrari, 1992). Un enfant se développant normalement apprend beaucoup en imitant les adultes et ses pairs (Azar, 2005; Lovaas, 1987; Maurice, 1993; Powers, 2006). Dès sa naissance, le bébé est capable d'imiter des expressions faciales simples comme par exemple, tirer la langue. L'imitation permet aux nouveau-nés d'établir un code social avec l'adulte. Elle permet ensuite au jeune enfant de saisir et comprendre les états mentaux (perceptibles) de l'autre. L'imitation est un des moyens accessible à l'enfant prélangagé pour communiquer, et c'est par l'imitation que se font les

apprentissages spontanés de la petite enfance (parole, gestes, mimiques, etc.) (Hochmann & Ferrari, 1992; Nadel, 1992; Piaget, 1994). L'enfant peut imiter pour apprendre mais il peut également imiter afin d'interagir socialement. L'imitation n'a donc pas seulement une fonction d'apprentissage, elle est aussi un comportement social (Nadel).

Jusqu'à environ deux ans, l'enfant ne parle pas et il a recours à l'imitation et particulièrement l'imitation simultanée pour communiquer avec ses pairs (Winnykamen, 1990). Le jeune bébé a la capacité d'imiter une action immédiate dans le temps (imitation simultanée), mais plus tard, il arrive à effectuer des imitations différées, c'est-à-dire qu'il est capable de répéter quelque chose qu'il a vu faire et cela sans que le modèle ne soit présent (Warreyn & Roeyers, 2007). Lorsque l'imitation est immédiate, elle est utilisée comme moyen de communication et d'interaction sociale et lorsqu'elle est différée, il s'agit plutôt de l'émergence de la fonction symbolique (Hochmann & Ferrari, 1992). Ainsi, en imitant et en reconnaissant le fait d'être imité, l'enfant apprend à connaître les autres, le monde et l'environnement qui l'entoure (Warreyn & Roeyers).

L'imitation chez l'enfant autiste

Selon Lemay (2004), les enfants autistes présentent un retard dans leur capacité d'imitation; plusieurs causes peuvent en être à l'origine. L'auteur explique que ces enfants sont souvent en retrait, dans leur propre monde et qu'ils vivent donc moins d'expérimentations, qu'ils répètent régulièrement les mêmes schèmes sensori-moteurs, évitent le contact visuel et ont des intérêts stéréotypés. D'après lui, les imitations restent sélectives et disparaissent dès que le schème change. Lemay illustre cela en donnant l'exemple d'un exercice effectué avec un enfant autiste. Dans cet exercice, il fait sauter une grenouille de plastique et l'enfant fait la même chose. Puis il prend un avion qu'il fait

voler et, encore une fois, l'enfant réussit à imiter l'action. Mais lorsqu'il prend un morceau de bois et l'utilise en guise de grenouille ou d'avion; l'enfant n'arrive pas à faire le lien et tourne l'objet entre ses doigts. Selon Lemay, il semblerait que l'enfant s'inscrit dans le premier schème imitatif mais sans pouvoir le relier au suivant. Lemay présente, pour appuyer ses propos, un autre exemple où un jeune adolescent a devant lui les meubles d'une maison de poupée et trois personnages. Un des personnages est placé dans la baignoire, l'autre sur une chaise et le dernier sur un lit. Il demande à l'adolescent de replacer les personnages dans ces mêmes positions et celui-ci y arrive correctement. Puis, dans un deuxième exercice, les positions des personnages sont changées, et le thérapeute demande à l'adolescent de les placer dans ces nouvelles positions mais celui-ci les replace selon les positions initiales du premier exercice. Ainsi, selon Lemay, les processus imitatifs intégrés restent stables, mais chaque nouvelle action ou modifications dans une tâche doivent être retravaillés jusqu'à ce qu'elles soient bien assimilées.

D'après Jacqueline Nadel (2006), les enfants autistes sont capables d'imitation. Elle affirme que lorsque l'enfant autiste interagit avec d'autres enfants, des comportements d'imitation sont présents. Lemay (2004) stipule également que les enfants autistes démontrent certaines aptitudes imitatives s'ils s'appuient sur des modèles comportementaux donnés par d'autres. Selon leur niveau de développement, les enfants autistes sont capables d'imitation à différents niveaux et, ils peuvent progresser dans leurs capacités à imiter (Lemay, 2004; Nadel & Decety, 2002).

L'imitation et les neurones miroirs chez l'enfant autiste

Les déficits sur le plan des capacités d'imitation chez l'enfant autiste pourraient également s'expliquer grâce à des recherches récentes sur le dysfonctionnement des

neurones miroirs. En effet, la découverte des neurones miroirs a permis une meilleure compréhension de certaines pathologies mentale et de l'autisme en particulier (Rizzolatti, 2006). Ces neurones miroirs, découverts par un groupe de chercheurs italiens, notamment G.Rizzolatti, L. Fogassi et V.Gallese (Hadjikhani, 2007), sont une classe de neurones qui a d'abord été identifiée dans le cortex précentral du macaque. Ce type de neurone agit comme un miroir et permet la reproduction par une personne de l'action d'une autre personne. Leur propriété est de constituer un mécanisme qui projette une description de l'action ainsi que la compréhension de l'action produite par l'autre. Ces neurones sont également activés durant le processus d'imitation. Ainsi, l'activation du circuit miroir est nécessaire afin de permettre à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il perçoit (Rizzolatti). Certaines hypothèses supposent que ces neurones sont impliqués dans la compréhension de l'état mental de l'autre, dans l'apprentissage du processus imitatif, dans le processus empathique et les cognitions sociales (Hadjikani).

Plusieurs études démontrent un dysfonctionnement des neurones miroirs chez la personne autiste (Rizzolatti, 2006). Cependant, le cerveau est un organe plastique, malléable et l'entraînement peut modifier sa structure et son fonctionnement. Également, les demandes répétitives de l'environnement peuvent conduire à un changement structural du cerveau. De ce point de vue, il est donc possible de développer et d'améliorer les capacités d'imitation chez l'enfant autiste. Selon Hadjikhani (2007), une approche consistant entre autres, en un apprentissage des habiletés d'imitation, pourrait être une manière efficace de développer chez la personne autiste non seulement ses habiletés d'imitation mais aussi ses compétences sur le plan socio-cognitif.

Le processus d'imitation, d'identification et d'individuation chez l'enfant autiste

L'identification est le fait de se reconnaître dans certaines caractéristiques et particularités d'une personne qui est extérieure à soi. Ce processus est mis en place inconsciemment par un individu afin de reproduire les attitudes d'un autre.

L'identification est essentielle à la socialisation et à la formation de la personnalité et elle est nécessaire à la construction de l'identité de l'enfant (Caralp & Gallo, 1999). Ce processus entraîne une transformation chez l'individu, car c'est dans l'autre que le sujet se retrouve et se repère (Hochmann & Ferrari, 1992).

Dans un ouvrage intitulé *Imitation et Identification chez l'enfant autiste*, Hochmann & Ferrari (1992) soulignent l'importance du processus d'imitation et d'identification dans le processus d'individuation (constitution d'une identité personnelle), un objectif qui demeure des plus difficiles à atteindre pour l'enfant autiste. Ces travaux démontrent l'importance et l'efficacité de l'imitation immédiate comme outil thérapeutique utilisé avec l'enfant autiste, l'intention étant que l'enfant se reconnaisse et s'identifie en tant que sujet.

CHAPITRE 4: DISCUSSION

Rappelons ici la question de recherche : comment l'approche comportementale (ABA), en particulier la technique d'imitation, utilisée en art-thérapie, peut-elle aider au développement d'une relation thérapeutique avec l'enfant autiste ? Nous discuterons donc, dans ce dernier chapitre, de l'imitation en tant qu'outil thérapeutique dans l'intervention auprès de l'enfant autiste, puis nous verrons comment cette technique pourrait être utilisée en art-thérapie en combinaison avec les principes de l'ABA afin de développer une relation thérapeutique avec l'enfant.

L'imitation comme outil thérapeutique avec l'enfant autiste

Peu d'ouvrages sont consacrés au sujet de l'imitation comme technique ou outil thérapeutique. Caldwell (2006), mentionne que la plupart des recherches se concentrent plutôt sur le développement des habiletés d'imitation chez l'enfant. Mais, chez les behavioristes, le processus d'imitation est utilisé à des fins thérapeutiques et éducatives : « Regarde moi et fais comme moi » est pour eux une technique d'apprentissage (Nadel, Revel, Andry & Gaussier, 2004). Ainsi, la méthode de l'Analyse Appliquée du Comportement (ABA), tel que mentionné ci-dessus, a entre autres pour objectif d'apprendre aux enfants autistes comment imiter. Plusieurs auteurs, il en a été précédemment question, décrivent un déficit de l'imitation chez les enfants autistes (Lemay, 2004; Rogers & Pennington, 1991; Rogers 1999). Jacqueline Nadel (2006) explique, quant à elle, que ce déficit porte sur l'imitation différée qui fait intervenir le développement des capacités de représentation. Elle souligne qu'en situation d'interaction avec d'autres enfants, des comportements d'imitation sont présents chez

certains enfants autistes et qu'ils constituent un support d'interactions avec le partenaire. Elle formule l'hypothèse selon laquelle la stimulation de ces imitations pourrait être utilisée pour encourager des actions autonomes chez ces enfants. De plus, selon Rogers (1999) et Warreyn & Roeyers (2007), les enfants autistes présentent, entre autres, des déficits sur le plan de leurs habiletés d'imitation mais ils expliquent qu'il s'agit d'un retard de développement plutôt qu'un déficit permanent. Ils mentionnent qu'étant donné l'importance de l'imitation chez l'enfant pour son développement et le fait que les enfants autistes peuvent, jusqu'à un certain point, apprendre à imiter, l'imitation peut être un outil d'intervention efficace.

Selon Nadel et al. (2000), ce n'est pas seulement l'habileté d'imiter apprise à l'enfant autiste qui s'avère bénéfique mais également le fait que le thérapeute imite l'enfant lui-même dans ses gestes et comportements. Une étude, intitulée *The Still Face Paradigm* (2000), relate comment des enfants autistes interagissent avec des adultes qu'ils ne connaissent pas et ce durant quatre différentes phases de trois minutes. À la première phase, l'enfant entre dans une pièce où se trouvent un fauteuil, une table, deux chaises ainsi que deux jouets identiques. L'adulte entre et s'assoie, et reste sans bouger durant trois minutes. À la seconde étape, l'adulte imite tout ce que l'enfant fait : ses comportements, ses gestes, il joue avec le même jouet que l'enfant utilise. La troisième étape est similaire à la première. Enfin, la dernière étape consiste en une interaction spontanée entre l'adulte et l'enfant. Les résultats de cette étude montrent que des six comportements enregistrés (regarder la personne, expression faciale positive, expression faciale négative, gestes sociaux positifs, proximité et touché), cinq d'entre eux se sont

produits plus souvent lors de la troisième étape, après la session d'imitation. L'enfant s'est montré beaucoup plus curieux et intéressé (Nadel et al.).

Field, Field, Sanders & Nadel (2001) ont également exploré les effets de sessions répétées d'imitation sur des enfants autistes. Ils ont recruté vingt enfants d'une école pour enfants autistes afin qu'ils participent à trois sessions durant lesquelles un adulte imite tous les comportements des enfants ou joue tout simplement avec eux. L'objectif de cette étude est de déterminer si le fait qu'un adulte imite l'enfant autiste, et ce durant plusieurs sessions, augmente ses initiatives et ses réponses sociales. Les résultats de cette étude démontrent que les comportements sociaux de l'enfant autiste se sont améliorés suite aux interventions répétées de l'adulte imitant ses comportements. Après une session d'imitation, les comportements solitaires tels que l'inactivité et jouer seul ont diminué tandis que des comportements comme accepter l'autre (regarder l'adulte, lui sourire et émettre des sons) et jouer avec des objets se sont produits plus souvent. D'après Nadel et al. (2000), l'enfant autiste développe donc des « attentes sociales » lorsqu'il est imité.

De plus, Nadel & Decety (2002), soulignent que l'imitation pourrait aider les enfants autistes à distinguer leurs propres actions de celles des autres et par conséquent améliorer leurs interactions sociales. Ils expliquent que si les enfants autistes ont des difficultés à planifier et à organiser leurs actions et à se représenter un but à atteindre, ces difficultés ne concernent pas l'imitation mais plutôt leurs performances en général. Selon eux, l'imitation n'est pas un phénomène unitaire, qu'au contraire, elle implique une hiérarchie de mécanismes. Comme plusieurs choses, l'imitation se développe si l'on s'en sert.

Nadel & Poitier (2002) précisent que l'imitation peut être une stratégie d'apprentissage dirigée par l'intérêt pour la nouveauté ou elle peut être un moyen de modifier l'état mental de l'autre en synchronisant son activité sur celle du partenaire. Aussi, imiter et être imité peut aider à identifier qui est l'auteur de l'action. L'imitation est un accès à la compréhension de soi et des autres, elle aide au développement du processus d'identification et d'individuation. L'imitation agit, en quelque sorte, comme un miroir. La plupart du temps, les enfants atteints d'autisme reconnaissent s'ils sont imités et l'apprécient même s'ils ne le démontrent pas explicitement (Chamak et Cohen, 2003; Field et al., 2001; Nadel et al., 2000; Nadel & Potier, 2002).

Utiliser l'imitation et l'ABA en art-thérapie avec l'enfant autiste

L'art-thérapie behavioriste (Powers, 2006; Roth, 2001), tel qu'expliqué dans un précédent chapitre, s'avère une approche bénéfique dans le travail auprès d'enfants autistes. De même, l'imitation semblerait être un outil utile à utiliser avec cette approche. Dans un ouvrage intitulé *De l'imitation à la création*, Rose Gaetner (2000), psychomotricienne et danse-thérapeute de formation, décrit justement la technique de l'imitation en miroir qu'elle considère comme étant un procédé primordial pour aider le patient autiste à parvenir à la création. Elle perçoit le processus imitatif comme la base de « l'acte créateur institutionnel » (Gaetner, p.25). Selon elle, il est essentiel que le thérapeute (ou animateur) imite le patient dans ces productions artistiques en les enrichissant graduellement, puis que le patient, à son tour ou simultanément, imite le thérapeute pour aboutir à sa propre création. Graduellement, le patient parvient à se « séparer » du thérapeute afin de produire par lui-même. Le patient prend ensuite conscience de sa création initiale et de la transformation de celle-ci. Gaetner mentionne

que cette méthode doit s'appliquer sur une période de temps significative, le travail avec la personne autiste étant généralement très long, mais que les résultats sont souvent positifs. Elle explique aussi qu'il faut, dans un premier temps, apprendre aux enfants autistes comment utiliser le matériel artistique. Les personnes autistes peuvent s'exprimer par l'art et la création mais pour obtenir des résultats positifs, le thérapeute doit favoriser un processus d'apprentissage chez le patient, principe de base, tel que décrit précédemment, de la méthode de l'analyse appliquée du comportement (ABA). Scanlon (1993) mentionne également que le l'art-thérapeute doit jouer un rôle actif en thérapie afin d'aider l'enfant dans son processus art-thérapeutique.

Gaetner (2000) précise que grâce à cette technique d'imitation en miroir, le patient autiste, qui l'imité et qui danse à côté d'elle face au miroir, parvient à se différencier d'elle. Il acquiert graduellement la certitude de son intégrité corporelle, il comprend qu'il n'est pas « morcelé », qu'il ne fait qu'un et parvient à se reconnaître en tant que sujet. L'art-thérapeute peut aussi reproduire les mouvements du patient. Gaetner mentionne que cette imitation et les transformations obtenues, contrairement à ce qu'on peut croire, sont très bien acceptées par le patient. Il ne s'agit pas, loin de là, d'un jeu d'imitation consistant à se moquer de l'autre. L'imitation est utilisée comme un outil de communication par le biais du processus créateur. Elle est également un instrument aidant au processus d'identification, à la construction de l'identité de l'enfant autiste. Par conséquent, le processus d'imitation permet à l'enfant de s'identifier au thérapeute, et donc à l'autre qu'il n'est pas.

L'analyse appliquée du comportement (ABA), utilisée en art-thérapie, permet à l'art-thérapeute d'apprendre à l'enfant autiste comment créer de nouvelles images, de

nouveaux schèmes ou motifs. L'objectif est d'aider l'enfant à développer ou à améliorer des schèmes peu ou pas développés. Grâce à cette méthode, l'art-thérapeute aide également l'enfant, au cours des sessions, à s'exprimer en images, à créer avec différents matériaux; il lui permet de découvrir différents moyens d'expression artistiques (Powers, 2006; Roth, 2001). Plusieurs techniques de l'ABA peuvent être utilisées en art-thérapie. Par exemple, l'art-thérapeute peut présenter à l'enfant autiste des modèles visuels et des exemples de la tâche ou de l'activité à réaliser. Il peut aussi, tel que nous l'avons expliqué ci-dessus, utiliser la technique de l'imitation, qui consiste à encourager l'enfant à faire comme lui. L'art-thérapeute peut dessiner aux côtés de l'enfant afin que celui-ci puisse imiter ce que le thérapeute dessine ou crée. Pendant que l'art-thérapeute dessine, il peut expliquer à haute voix à l'enfant ce qu'il fait afin que celui-ci comprenne bien la tâche. Le thérapeute enrichit peu à peu l'image en y intégrant de nouveaux éléments. Le patient imite alors l'image et apprend à dessiner les différents éléments présents, à intégrer les différents concepts, puis éventuellement, à intégrer lui-même de nouveaux schèmes (Gaetner, 2000; Powers, 2006; Roth, 2001).

L'ABA consiste également, si l'enfant le nécessite, en une aide directe de la part de l'art-thérapeute, par exemple lui apprendre à bien tenir son pinceau. De plus, en lui proposant différents matériaux et des activités variées, le thérapeute encourage l'enfant à la créativité. Le renforcement positif et le principe des récompenses, c'est-à-dire encourager et féliciter l'enfant lorsque la tâche est bien effectuée et l'activité terminée, est pratique courante dans l'ABA. L'art-thérapeute pourrait, par exemple, lui demander d'exécuter une nouvelle tâche avec un matériau différent et qu'il n'a jamais utilisé. Ceci

fait, il lui donnerait, en guise de récompense, le choix d'un matériau, même celui d'une activité (Powers, 2006).

Il est important que l'art-thérapeute donne des explications claires et précises lorsqu'il présente l'activité à l'enfant autiste au début de chaque session. Pour cela, l'art-thérapeute peut utiliser la technique d'enseignement par essais distincts (*Discreet Trial Teaching*, DTT). Cette technique repose sur une méthodologie structurée souvent utilisée dans l'ABA. Elle consiste à apprendre aux enfants d'une manière séquentielle, les tâches proposées étant simplifiées et décomposées en différentes étapes (Lovaas, 1987). Le thérapeute doit alors guider l'enfant à travers chaque étape, en les décortiquant et en les simplifiant pour qu'il comprenne bien ce qu'il doit faire. Il est essentiel de préserver une certaine routine dans le travail auprès d'enfants autistes, car un simple changement peut provoquer chez eux une certaine angoisse. Le thérapeute peut alors conserver un rituel dans le déroulement de chacune des sessions afin de sécuriser l'enfant. Dans l'ABA, on utilise également la technique de la généralisation qui consiste à vérifier si l'enfant est capable d'appliquer ce qu'il vient d'apprendre dans un autre contexte, un nouvel environnement ou avec une autre personne. Le thérapeute évalue s'il est capable de reproduire et de répéter ce qu'il a appris dans une situation différente. Il vérifie que le concept est bien acquis et assimilé par l'enfant avant d'en intégrer un autre. De plus, lorsque l'enfant progresse suffisamment, les comportements appris et acquis sont exercés dans un environnement moins structuré afin de faciliter la généralisation (Lovaas 1987; Powers, 2006; Rogé, 2003).

L'objectif principal de l'art-thérapeute est d'aider le patient afin qu'il puisse avancer, progresser et développer son potentiel créateur, son expression par l'art. Souvent

l'enfant autiste n'arrive pas exprimer ce qu'il veut dire, ce qu'il ressent, ou ses besoins, et ces sources de frustrations peuvent le rendre agité ou agressif. L'art peut réduire ce niveau d'anxiété, calmer et soulager l'enfant car il est un moyen de communication non-verbale par lequel l'enfant peut se défouler et canaliser son énergie tant positive que négative. Il peut offrir à l'enfant une nouvelle forme d'expression, une certaine liberté et plusieurs possibilités (différents matériaux, textures, odeurs, couleurs, etc.). Par l'art, l'enfant autiste peut dévoiler certains de ces intérêts et un peu de qui il est.

Les travaux de Powers (2006) et de Roth (2001) confirment les bienfaits de la combinaison de l'art-thérapie et de la méthode ABA dans le travail thérapeutique auprès d'enfants autistes. Les recherches de Nadel et al. (1992, 2000, 2001, 2002, 2004, 2006) démontrent l'efficacité de la technique d'imitation avec l'enfant autiste alors que les travaux d'Evans et Dubowski (2001) et de Rose Gaetner (2000) démontrent l'efficacité de l'utilisation de l'art-thérapie interactive et de la technique d'imitation en art-thérapie. Ainsi, la combinaison de ces approches semble être une solution adaptée pour une intervention efficace auprès des enfants autistes.

La relation thérapeutique avec l'enfant autiste en art-thérapie : la technique d'imitation et l'ABA

L'art-thérapie behavioriste et la technique d'imitation s'avèrent donc efficaces lorsqu'on travaille avec des enfants autistes afin de communiquer avec eux. Et s'il y a communication, il y a développement d'une relation thérapeutique. Nadel (2006) explique, tel que mentionné préalablement, que la technique d'imitation peut aider à l'établissement de relations interpersonnelles chez les enfants autistes. Selon elle, lorsque ces enfants sont imités, ils comprennent qu'ils peuvent être à l'origine des intentions de l'autre et cela donne alors un sens à leur comportement. La technique d'imitation utilisée

en thérapie avec l'enfant autiste suggère l'implication directe du thérapeute et du patient : il y a un échange individuel, un échange de rôle (imiter et être imiter), un partage entre l'enfant et le thérapeute, etc. Pour imiter il faut nécessairement être deux. Et si les interactions imitatives augmentent l'intérêt social chez l'enfant autiste (Nadel), s'imiter l'un et l'autre par le biais du processus artistique et créateur peut donc développer la relation thérapeutique.

Caldwell (2006) abonde dans ce sens et décrit les bienfaits de la technique d'imitation utilisée avec un jeune homme autiste. Selon elle, cette technique d'intervention est la voie vers la socialisation. Elle utilise une technique nommée « interaction intensive » (*Intensive Interaction*), qui consiste à travailler avec le langage corporel du patient en utilisant l'imitation pour établir un contact avec lui. Cette technique permet à l'enfant de tourner son attention vers le monde extérieur et de sortir de son monde intérieur. Par cette méthode, il parvient peu à peu à se reconnaître et à s'identifier en tant que sujet (Caldwell, 2006; Hochmann & Ferrari, 1992). Caldwell soutient que la technique d'imitation utilisée en tant qu'outil thérapeutique peut ouvrir la voie à l'établissement d'une relation interpersonnelle, et donc d'une alliance thérapeutique, un des objectifs fondamentaux d'une thérapie.

Le thérapeute joue plusieurs rôles pour l'enfant autiste: il est à la fois thérapeute, professeur et modèle; il peut même jouer le rôle d'un pair. L'apprentissage par imitation suppose de la part de l'enfant la valorisation d'un modèle. Le rôle du thérapeute est donc de montrer l'exemple ou de proposer des modèles à l'enfant. Selon Evans et Dubowski (2001), le thérapeute est en relation avec l'enfant autiste par un processus interactif et l'enfant peut s'attacher et utiliser le thérapeute comme véhicule pour sa

propre expérience. Le thérapeute et l'enfant trouvent leur rythme, leur diapason. Et les interactions réciproques des mouvements et des gestes dans le processus affectent le développement de la relation thérapeutique. Selon cette approche, le thérapeute agit aussi à l'image de la relation mère/enfant et, en ce sens, la relation thérapeutique développée peut devenir importante.

Malgré un déficit de la communication, l'enfant autiste est à la recherche de moyens de communiquer et le thérapeute doit pouvoir percevoir cela. Compte tenu de la difficulté de reconnaissance de ces signes, Evans et Dubowski mentionnent que l'enregistrement vidéo des sessions d'art-thérapie et leurs observations minutieuses par la suite, peuvent aider le thérapeute à reconnaître ces signes et à réagir adéquatement lors des séances suivantes. Selon Tustin (1992) l'enfant autiste « à carapace » (*autistic protective shell*), presque identique à l'autisme décrit par Kanner en 1943, n'a pas suffisamment développé sa relation avec ses parents et c'est ce qui caractérise essentiellement sa pathologie. Elle précise que les enfants autistes n'auraient jamais développé d'attachement primaire à leur mère ou alors qu'il aurait été interrompu très tôt. Elle explique que le thérapeute doit alors permettre à l'enfant de « vivre des liens qui formeront la base de ses relations avec les autres » (Tustin, 1981, p.295).

Susan Ward (1999) décrit le développement de la relation entre un enfant autiste et elle-même, en tant que drama-thérapeute. Elle explique combien cette relation devient importante et intense. Selon Powers (2006), la relation thérapeutique qu'elle a développée a aidé aux progrès de son patient. Elle précise dans sa recherche que cette relation a pu se développer grâce aux encouragements (renforcements positifs) qu'elle donnait à l'enfant pour ces efforts. Les moments de création artistique étaient des

moments privilégiés pour l'enfant mais ceux-ci étaient supprimés si l'enfant n'agissait pas selon les consignes. Powers affirme également que l'utilisation, lors des sessions d'art-thérapie, du renforcement positif, principal outil de l'ABA, a aidé l'enfant à persévérer et a fortement contribué au développement de la relation thérapeutique.

L'art-thérapie offre donc un moyen de communication et d'expression non-verbale aidant à la réduction du niveau d'anxiété de l'enfant et permettant au thérapeute d'accéder au monde de l'enfant autiste. Puis l'imitation comme outil thérapeutique permet de développer l'identification, les habiletés sociales, et permet également au thérapeute d'entrer dans l'univers de l'enfant et de mieux le comprendre.

Puisque l'imitation est essentielle pour le développement de l'enfant et que l'enfant autiste est capable d'imiter jusqu'à un certain point, la présente recherche a permis de démontrer que l'imitation s'avère une méthode d'intervention efficace afin de développer ce processus chez les enfants autistes. Comme toutes habiletés, l'imitation se développe si l'on s'en sert. Nous soutenons donc que l'imitation utilisée en tant qu'outil d'intervention en art-thérapie aide au processus d'individuation de l'enfant autiste. Le fait d'imiter et d'être imité par le thérapeute permet à l'enfant de se reconnaître en tant que sujet. L'imitation est une technique d'apprentissage, au sens fort du terme, ce que nous avons eu l'occasion de vérifier au cours d'un stage d'art-thérapie auprès d'enfants autistes. En effet, nous pouvons constater que l'enfant peut apprendre à créer de nouveaux schèmes ou motifs lorsqu'il imite l'image créée par l'art-thérapeute. Aussi, tel que nous l'avons démontré dans ce travail, que les méthodes de l'analyse appliquée du

comportement (ABA) s'avèrent particulièrement utiles en art-thérapie auprès de cette population.

Nous avons également démontré comment la technique d'imitation peut être utilisée comme outil d'intervention afin de communiquer avec l'enfant autiste par le biais du processus créateur. Grâce à l'utilisation de l'imitation et de l'ABA en art-thérapie, le thérapeute va à la rencontre de l'enfant, il établit un contact et communique avec lui et, par conséquent, une relation se développe. Une thérapie réussie est une thérapie où la relation et l'alliance thérapeutiques sont solides. Aussi, nous croyons fortement qu'avec la technique d'imitation et les encouragements donnés à l'enfant autiste, l'approche comportementale (ABA) utilisée en art-thérapie est une des méthodes au moyen de laquelle le thérapeute peut parvenir à développer cette relation avec l'enfant autiste, premier pas de l'enfant vers la socialisation, la communication et l'expression de soi.

CONCLUSION

L'autisme se caractérise par un détachement pathologique de la réalité accompagné d'un repli sur soi. Les personnes autistes présentent des troubles du développement de l'interaction sociale réciproque, une altération de la communication verbale et non-verbale, un répertoire limité d'intérêts, des comportements stéréotypés et une capacité d'imagination limitée (Rogé, 2003). Il paraît important d'utiliser des approches spécifiques avec l'enfant autiste pour communiquer efficacement et développer une relation thérapeutique, élément clef de la thérapie et préalable à une réussite de celle-ci. Cette relation thérapeutique est importante pour l'enfant autiste car il a de la difficulté à développer des relations interpersonnelles et la relation enfant/thérapeute peut être un premier pas vers la socialisation. Malgré le déficit sur le plan de la communication et de la socialisation, l'enfant autiste est à la recherche de moyens de communiquer et le thérapeute doit pouvoir percevoir cela.

Grâce à ses qualités de créativité et d'expression non-verbale, l'art-thérapie semble être une solution efficace, non menaçante pour l'enfant autiste qui a de la difficulté à s'exprimer verbalement. L'art-thérapie peut servir de porte d'entrée au monde de l'enfant autiste afin de communiquer avec lui mais celle-ci doit alors s'accompagner de techniques et d'approches appropriées telles celles décrites dans ce travail, ceci afin de développer la relation thérapeutique. Cette recherche permet de démontrer, grâce à l'analyse des différentes théories dans ce domaine, que l'art-thérapie jumelée aux modèles d'intervention de l'analyse appliquée du comportement (ABA) et, en particulier, à la technique d'imitation aiderait au développement des capacités de communication, d'interaction et d'expression de soi ainsi qu'au processus d'identification et

d'individuation chez ces enfants. L'utilisation de ces techniques ou approches spécifiques en art-thérapie semble donc favoriser le progrès de l'enfant et le développement de la relation thérapeutique. Si l'on analyse les recherches portant sur les techniques d'interventions utilisées dans le traitement de l'autisme, c'est l'approche comportementale (ABA) qui semble la plus efficace. Les concepts de la psychanalyse ne sont pas toujours applicables lors du travail auprès d'une population autistique, tel qu'il a été démontré au chapitre deux. Il s'agit donc de modifier certaines de nos approches art-thérapeutiques afin de travailler adéquatement avec cette clientèle.

Puis, dépendant du niveau d'autisme de l'enfant, de sa manière d'être, l'art-thérapeute doit adapter la méthode qu'il utilise pour communiquer et travailler avec lui. Le thérapeute doit s'adapter à l'enfant selon ces besoins et utiliser la méthode qui lui convient le mieux. S'adapter à l'enfant et à sa manière de fonctionner semble être la solution pour obtenir une amélioration de son état. Selon Evans et Dubowski (2001), par exemple, certains enfants autistes peuvent avoir besoin de structure, de directives et, avec eux, il est possible de travailler de manière plus conventionnelle avec le matériel artistique. Il s'agira selon cette approche directive d'encourager ces enfants à la diversité, de leur offrir plusieurs possibilités quant à la production artistique et au matériel utilisé. Mais pour d'autres, l'interaction et la communication par le langage corporel entre l'enfant et le thérapeute constituent en soi l'art-thérapie, et il s'agira alors d'utiliser une approche non directive. Le thérapeute doit impérativement se rendre compte des subtilités dans ces interactions avec l'enfant autiste pour travailler adéquatement avec lui et l'aider dans son cheminement.

Le trouble autistique représente un enjeu de taille et il reste beaucoup à faire afin de mieux orienter la prise en charge thérapeutique de ces enfants (Amy, 2004; Autisme Montréal, 2008). Selon Amy (2004) et Powers (2006), une approche multidisciplinaire globale et une approche systémique sont souvent ce qu'il y a de plus efficace afin de travailler avec les enfants autistes. Sachant qu'il n'existe encore aucun programme pouvant répondre à tous les besoins des enfants autistes, Lemay (2004) propose que les praticiens amassent divers outils et techniques d'intervention constituant ainsi leur «boîte à outils». C'est ce qui est proposé dans le présent travail de recherche.

Une des limites importantes de cette recherche est son caractère subjectif. En effet, l'interprétation de la théorie varie selon l'expérience sociale subjective du chercheur. La perception du chercheur influence la manière dont la théorie est analysée. Enfin, les résultats et les conclusions de cette recherche ne peuvent pas être généralisés, entre autres, parce que l'autisme varie considérablement d'un enfant à l'autre. Ainsi la littérature et la théorie analysées ne peuvent pas s'appliquer à tous les enfants autistes. Afin de poursuivre l'exploration, les recherches futures devraient se concentrer sur des études de cas en appliquant ces différentes méthodes et approches en art-thérapie. Puisque les symptômes et les caractéristiques varient considérablement d'un enfant autiste à un autre, les prochaines recherches devraient également se pencher sur l'effet de ces différences sur l'efficacité des interventions et des approches thérapeutiques utilisées avec l'enfant autiste en art-thérapie. Enfin, il serait intéressant d'explorer d'autres techniques d'interventions en art-thérapie auprès de cette population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amy, M-D. (2004). Comment aider l'enfant autiste. Approche psychothérapique et éducative. Paris : Dunod.
- Autisme et Troubles Envahissants du Développement Montréal et Fondation Autisme Montréal (2008). Les causes de l'autisme? Récupéré le 4 juin 2008 du site www.autisme-montreal.com/freepage.php?page=48.21.24
- Asperger, H. (1944). Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie*, 117, 76–136.
- Azar, B. (2005). How mimicry begat culture. Récupéré le 20 octobre 2006 de *Monitor on Psychology, American psychological Association*, 36(9), 54
<http://www.apa.org/monitor/oct05/mimicry.html>
- Baron-Cohen, S., Ring, H. A., Bullmore, E. T., Wheelwright, S., Ashwin, C., & Williams, S. C. R. (2000). The amygdala theory of autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24, 355-364.
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or affective? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 379-402.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of self*. England: Free Press of Glencoe.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, translated by J.Zinkin. New York: International Universities Press
- Bushwick, N.L. (2001). Social learning and the etiology of autism. *New Ideas Psychol*, 19, 49–75.
- Buten, H. (2003). *Il y a quelqu'un là-dedans*. Paris: Odile Jacob.
- Caldwell, P. (2006). Speaking the other's language: Imitation as a gateway to relationship. *Infant and Child Development*, 15, 275-282.
- Caralp, E. & Gallo, A. (1999). *Le dico de la psychanalyse et de la psychologie*. Toulouse : Milan.
- Chamack, B., Cohen, D. (2003). L'autisme: vers une nécessaire révolution culturelle. *Médecine/Sciences*, (19), 1152-9.

- Clinique d'Intervention et Consultation en Autisme, CICA (2008). Quelques mots sur le behaviorisme et l'origine de l'analyse appliquée du comportement. Récupéré le 10 juin 2008 du site http://www.cicamontreal.com/francais/analyse_behaviorale_appliquee.htm
- Doehring, P. (2001). Programme d'intervention comportementale auprès des enfants autistes: Quels sont les meilleurs? *Prisme*, (34), 80-91.
- Elfert, M., Miranda, P. (2006). The experiences of behaviour interventionists who work with children with autism in families' homes. *Autism*, 10(6), 577-591.
- Evans, K. & Dubowski, J. (2001). *Art therapy with children on the autistic spectrum. Beyond words*. London: Jessica Kingsley Press.
- Field, T., Field, T., Sanders, C., & Nadel, J. (2001). Children with autism display more social behaviors after repeated imitation sessions. *Autism*, 5(3), 317-323.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G. (2000). *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), pp. 94-107.
- Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, Meng L, McLean-Heywood D. (2006). Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics*, 118(1), 39-50.
- Frith, U. (1991). Asperger and his syndrome. In U. Frith (Ed.), *Autism and asperger syndrome*. (pp. 1-36). Cambridge: University Press.
- Frost, L. & Bondy, A. (1994). *The Picture Exchange Communication System: Training manual*. Cherry Hill, NJ: PECS, Inc.
- Gaetner, R. (2000). De l'imitation à la création. Les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gilroy, A. (2006). *Art therapy, research and evidence-based practice*. London: Sage.
- Hadjikhani, N. (2007). Mirror neuron system and autism. In Carlisle, P.C. (Eds.). *Progress in autism research*. (pp. 151-166). NY: Nova Science Publishers.
- Hermelin, B. & O'Connor, N. (1970). *Psychological experiments with autistic children*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Heyes, C. (2001). Causes and consequences of imitation. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 253-261.
- Hochmann, J. & Ferrari, P. (1992). *Imitation, identification chez l'enfant autiste*. Paris : Bayard Inserm Païdos.

- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Houzel, D. (2002). *Psychodynamique et traitement précoce de l'autisme infantile*. L'aube de la Vie. Paris : ESF.
- Johnson, S.B., Datta, S., Hornung, C.A. & Casanova, M.F. (2007). Mathematical models of epigenetic influences in autism: A new perspective based on neuropathological findings. In Carlisle, P.C. (Eds.). *Progress in autism research*. (pp. 101-114). NY: Nova Science Publishers.
- Junge, M.B. & Linesch, D. (1993). Our own voices: New paradigms for art therapy research. *The Arts in Psychotherapy*, (20), 61-67.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-50.
- Layne, C. M. (2007). Early identification of autism: Implications for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 85, 110-114.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Lowenfeld, V. (1947). *Creative and mental growth* (1st ed.). NY: Macmillan.
- Lemay, M. (2004). *L'autisme aujourd'hui*. Paris: Odile Jacob.
- Malchiodi, C.A (1998). *Understanding children's drawings*. NY: The Guilford Press.
- Marshall, C. & Rossman, G. (2006). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maurice, C. (1993) *Let me hear your voice: A family's triumph over autism*. New York: Ballantine.
- Nadel, J. (1992). Imitation et communication. Un abord comparatif de l'enfant prélangagier et de l'enfant autiste. Dans Hochmann, J. & Ferrari, P. *Imitation, identification chez l'enfant autiste*. (pp. 79-104). Paris : Bayard Inserm Païdos.
- Nadel, J. (2002). Imitation and imitation recognition: Their functional role in preverbal infants and nonverbal children with autism. In A. Meltzoff & W. Prinz (Eds.), *The imitative mind: Development, evolution and brain bases* (pp.42-62). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Nadel, J. (2006). Does imitation matter to children with autism? In S. J. Rogers, & J. H. G. Willams (Eds.), *Imitation and the social mind: Autism and typical development* (pp. 118-137). Guilford Press.

- Nadel, J., Croué, S., Mattlinger, M., Canet, P., Hudelot, C., & Lécuyer, C., et al. (2000). Do children with autism have expectancies about the social behaviour of unfamiliar people? A pilot study using the still face paradigm. *Autism*, 4, 133-146.
- Nadel, J., Decety, J. (2002). Imiter pour découvrir l'humain: psychologie, neurobiologie, robotique et philosophie de l'esprit. Puf. Collection Sciences de la Pensée.
- Nadel, J., & Potier, C. (2002). Imitez, imitez, il en restera toujours quelque chose; le statut développemental de l'imitation dans le cas d'autisme. *Enfance*, 54(1), 76-85.
- Nadel, J., Revel, A., Andry, P., & Gaussier, P. (2004). Toward communication: First imitations in infants, low-functioning children with autism and robots. *Interaction Studies: Social Behaviour and Communication in Biological and Artificial Systems*, 5(1), 45-74.
- Neumärker, K. (2003). Leo Kanner: His years in Berlin, 1906-24. The roots of autistic disorder. *History of Psychiatry*, 14(5), 205-218.
- Osborne, J. (2003). Art and the child with autism: Therapy or education? *Early Child Development and Care*, 173(4), 411-423.
- Park A. (2008). *The truth about vaccines*. In *Time* (Canadian ed.). June 2, 2008.
- Piaget, J. (1994). La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu et rêve, image et représentation (8^eed.). Paris: Delachaux et Niestlé.
- Powers, J. (2006). A behavioural approach to developmental art therapy: A case study of utilizing this approach with a young boy with autism spectrum disorder.
- Preis, J. (2006). The effect of picture communication symbols on the verbal comprehension of commands by young children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21, 194-210.
- Rizzolatti, G. (2006). Les systèmes des neurones miroirs. Récupéré le 15 juin 2008 du site http://www.academie-sciences.fr/conferences/seances_solennelles/pdf/discours_Rizzolatti_12_12_06.pdf
- Robbins, A. (1987). Object relation and art therapy. In Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (2nd ed.) (pp. 54-65). NY: Brunner-Routledge.
- Robert, P. (dir). (1983). *Petit Robert 1 : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Rogé, B. (2003) *Autisme, comprendre et agir*. Liège: Dunod.

- Rogers, S. J. (1999). An examination of the imitation deficit in autism. In J. Nadel, & G. Butterworth (Eds.), *Imitation in infancy*. (pp. 254-283) Cambridge University Press.
- Rogers, S. J., & DiLalla, D. L. (1990). Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 863-872.
- Rogers, S. & Pennington, B. (1991). A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Development and Psychopathology*, 3, 137-162.
- Roth, E. (2001). Behavioral art therapy. In Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (2nd ed.) (pp.195-209). NY: Brunner-Routledge.
- Rubin, J.A. (2001). *Approaches to art therapy: Theory and technique* (2nd ed.). NY: Brunner-Routledge.
- Scanlon, K. (1993). Art therapy with autistic children. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 14, 34-43.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behaviour*. NY: Macmillan.
- Smith, T. (2001). Discrete trial training in the treatment of autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16, 86-92.
- Société Canadienne de l'Autisme, SCA (2008). Traitements. Récupéré le 10 juin 2008 du site http://www.autismsocietycanada.ca/approaches_to_treatment/overview/index_f.html
- Tustin, F. (1992). *Autistic states in children*. London: Routledge.
- Volkmar, F. R. (1987). Social development. In D.J., Cohen, A. M., Donnellan, & R., Paul (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (pp.41-61). New York: Wiley.
- Ward, S. (1999). Building a Bridge. An exploration of the development of a relationship between a child diagnoses with autism and a drama therapist.
- Warreyn, P., Roeyers, H., Oelbrandt, T., & De Groote, I. (2005). What are you looking at? Joint attention and visual perspective taking in young children with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17, 55-73.
- Whiten, A. (1994). Evolving a theory of mind: The nature of non-verbal mentalism in other primates. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp.367-396). Oxford University Press.

- Warreyn, P. & Roeyers, H. (2007). Early social-communicative abilities in preschoolers with autism spectrum disorder: a state of affairs. In Carlisle, P.C. (Eds.). *Progress in autism research*. (pp. 61-100). NY: Nova Science Publishers.
- Williams, D. (1999). *Somebody somewhere: breaking free from the world of autism*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological medicine*, 11, 115-129.
- Wing, L. (1980). *Early Childhood Autism*. Oxford: Pergamon.
- Wing, L. (1996). *The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals*. London: Constable.
- Winnykamen, F. (1990). *Apprendre en imitant?* Paris : Presses Universitaires de France.