



Université Abderrahmane Mira Bejaia

FACULTE DES Sciences humaines et sociales

Département de PSYCHOLOGIE ET ORTHOPHONIE

Mémoire de fin de fin d'étude

En vue de l'obtention de diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

Musicothérapie et processus d'apprentissage chez les enfants autistes

Réaliser par :

MEKHEZNI Sabine

Encadré par :

BOUCHERMA Samia

Universitaire 2023/2024

Remerciement

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à **Madame BOUCHERMA Samia**, ma promitrice, pour son accompagnement, ses précieux conseils, sa disponibilité et son soutien constant tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Son encadrement rigoureux et bienveillant a grandement contribué à la qualité de ce travail.

Mes remerciements les plus sincères vont également à ma sœur **Mekhazni Chahinez**, pour sa présence, son aide précieuse, ses encouragements et son soutien moral tout au long de ce parcours.

Je remercie de tout cœur ma mère, **Hakima Hebbache**, pour son amour inconditionnel, sa patience, ses prières et ses sacrifices. Elle est ma source de force et d'inspiration.

À mon père et à mon frère, je souhaite également adresser toute ma reconnaissance. Leur soutien, leur compréhension et leur confiance en moi ont été essentiels dans la réalisation de ce projet.

Que chacun trouve ici l'expression de ma gratitude la plus sincère.

Dédicaces

Dédicace

À ma chère mère, Hakima Hebbache,

Pour ton amour inépuisable, tes sacrifices silencieux, ton soutien constant et tes prières qui m'ont portée tout au long de ce chemin. Ce travail est en grande partie le fruit de ton courage et de ta patience.

À ma sœur, Mekhazni Chahinez,

Pour ta présence rassurante, ton aide précieuse et tes encouragements dans les moments de doute. Merci d'avoir toujours cru en moi.

À mon père,

Pour ta force tranquille, ta confiance et tes encouragements, même dans les moments les plus difficiles. Ton exemple m'a toujours inspirée.

À mon frère,

Pour ton soutien discret mais sincère, ta bonne humeur et ta fierté qui m'ont toujours motivée à donner le meilleur de moi-même.

Je vous dédie ce mémoire avec tout mon amour et ma reconnaissance.

Sommaire

Introduction	1
Le cadre conceptuel de la recherche.....	1
Les objectifs de la recherche.....	5

I Partie théorique

CHAPITRE I Musicothérapie

Préambule.....	7
1. Historique.....	7
2. La définition de la musicothérapie	9
3. Les principales Techniques utilisées	10
4. Les Méthodes de la musicothérapie	11
4.1. La méthode individuelle	11
4.2. La méthode de groupe	12

CHAPITRE II l'autismessss

Préambule.....	13
1. Historique.....	13
2. L'autisme.....	13
2.1. Définition de l'autisme selon le dictionnaire psychologique.....	13
2.2. L'autisme de Kenner	14
2.3. Définition de l'autisme Selon la CIM	15
2.4. Définition de l'autisme Selon le DSM5	15
3. Les types de l'autisme	16
3.1. Syndrome d'Asperger	16
3.2. L'autisme infantile (l'autisme précoce de Kenner)	16

3.3. L'autisme atypique	17
3.4. Syndrome de Rhett	18
4. Les factures de risques	18
4.1. Les facteurs génétiques	18
5. Les signes de l'autisme	19
6. Les signes cliniques de l'autisme	20
6.1. Anomalies qualitatives des interactions sociales	20
6.2. Anomalies de la communication	20
6.3. Intérêts restreints, comportements répétitifs	21
7. Les signes de l'autisme	21
7.1. Les signes de l'autisme pour les enfants de 0 à 6 mois	21
7.2. Les signes de l'autisme pour les enfants de 6 à 12 mois	22
7.3. Les signes de l'autisme pour les enfants de 12 à 24 mois	23
7.4. Les signes de l'autisme pour les enfants de plus de 24 mois	23
8. Diagnostic différentiel de l'autisme Selon DSM-5	24
8.1. Syndrome de Rett	24
8.2. Trouble du langage et de la communication sociale	24
8.3. Handicap intellectuel (sanstrouble du Spectre de l'autisme)	24
9. Les troubles associés à l'autisme	25
9.1. Les troubles du langage et de la communication	25
9.2. Inversion des pronoms	25
9.3. Écholalie	25
9.4. Incapacité à utiliser ou comprendre des termes abstraits	25
9.5. Compréhension de la communication verbale ou de langage corporel	25

II Partie pratique

Préambule	26
-----------------	----

CHAPITRE I La Méthodologie de recherche

1. La méthodologie de recherche	27
2. La méthode utilisée dans la recherche	27

3. Méthode descriptive qualitative	27
4. Pré-enquête	28

CHAPITRE II la partie pratique

1. Lieu de stage	29
2. Mission de l'Association.....	29
3. Services Offerts.....	29
4. Infrastructure et Environnement.....	29
5. L'impact Local.....	29
6. Mon Expérience en Tant que Stagiaire.....	30
7. La structure de service	30
8. L'équipe professionnelle	30

CHAPITRE III Etude de cas

1. Présentation de l'étude exploratoire.....	32
2. Les différents cas observés	33
3. Les guides d'entretiens	

CHAPITRE IV La prise en charge des enfants autistes

1. Prise en charge des enfants autistes par les orthophonistes et psychologues.....	57
2. Qu'est ce que le programme (TEACCH)	57
3. Le programme TEACCH	57
4. Les principes du programme TEACCH.....	60
5. Conclusion	62
6. Bibliographie.....	63
7. Résumé	

Introduction

La musicothérapie, en tant qu'approche thérapeutique intégrative, suscite un intérêt croissant dans le domaine de l'éducation et du développement des enfants autistes.

Les troubles du spectre autistique (TSA) se manifestent souvent par des défis dans la communication, les interactions sociales et les comportements répétitifs. Dans ce contexte, la musicothérapie émerge comme une méthode prometteuse pour favoriser l'apprentissage et le développement socio-émotionnel de ces enfants. En utilisant la music comme vecteur de communication et d'expression, cette approche permet de créer un environnement sécurisant et stimulant, propice l'engagement et la motivation.

L'exploration de la musicothérapie dans le cadre du processus d'apprentissage chez les enfants autistes soulève dans des questions essentielles sur l'interaction entre la musique et le développement cognitif.

Cette étude vise à éclairer ces enjeux en examinant les bénéfices potentiels de la musicothérapie et son rôle dans l'accompagnement éducatif des enfants atteints de TSA. En nous penchant sur les recherches existantes et les pratiques innovantes, nous espérons mieux comprendre comment la musique peut contribuer à transformer les parcours d'apprentissage de ces enfants, tout en valorisant leur unicité et leur capacité.

La partie se compose de deux sections principales. La première section est consacrée aux fondements théoriques, où nous abordons les concepts de l'autisme et de la musicothérapie, en soulignant leur rôle respectif dans le développement des enfants autistes. La seconde section, méthodologique, présente les observations et les interventions effectuées lors de mon stage à l'Association El Amel à Amizour. Ce chapitre décrit les méthodes utilisées pour évaluer l'impact de la musicothérapie sur les enfants autistes, avec un focus sur les cas concrets et les outils d'analyse employés durant cette période."

Le cadre conceptuel de la recherche

L'enfance représente une étape très importante dans le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'enfant. L'apprentissage et l'expérience durant cette période ont un impact sur le développement du cerveau ainsi que cette période sa peut être souvent à certains enfants, une confrontation à des difficultés de communication d'interactions sociales et de comportements qui peuvent être un empêchement du développement de l'enfant qui se manifeste avec plusieurs pathologies particulières dont on trouve l'autisme.

L'autisme n'est pas une maladie, c'est un handicap dont les manifestations sont décrites sous l'intitulé de trouble du développement d'origine neurologique. L'autisme se manifeste principalement par une altération des interactions sociales et de la communication et par des intérêts restreints et répétitifs. Ces troubles peuvent provoquer un comportement inadapté dans certaines situations.

L'autisme peut toucher tous les enfants. Un enfant sur 100 est atteint. En France, il toucherait environ 700 000 personnes. En revanche, les garçons sont les premiers concernés, à savoir 4 garçons pour une fille.

L'autisme est un trouble du développement qui affecte la communication et les interactions sociales des enfants. Parmi les défis rencontrés par les enfants autistes, l'apprentissage de la langue est souvent un domaine particulièrement difficile. Se pendant La musicothérapie émerge comme une approche prometteuse pour améliorer ce processus.

Le Taux de prévalence de l'autisme ou Trouble de Spectre autistique dans tous les pays du monde. Elle est estimée environ 1% mais récents rapports ont montré qu'elle atteignant 2,6%. Rapportée à l'Algérie qui compte 45,02 millions d'habitants au 1^{er} juillet 2021 (source : direction de la Population du Ministère de la Santé) et un million de naissances par an.

(Autisme. Santé. gov.dz)

La musicothérapie est l'utilisation judicieuse de la musique, comme outil thérapeutique pour rétablir, maintenir et améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle. La nature non verbale, créative et affective de la musique facilite l'interaction, l'expression de soi, la communication et la croissance.

La musicothérapie est pratiquée en France depuis de nombreuses années déjà, particulièrement dans les services de psychiatrie adulte ou enfant. Cependant, les études scientifiques sur cette discipline sont encore récentes. La musicothérapie peut se pratiquer un groupe ou individuellement.

Le développement des compétences de communication, verbale et non verbale, constitue une grande importance de l'intégration sociale pour un enfant autiste.

Intégration de la musicothérapie dans les programmes d'intervention de Cette section qui explorera les différentes méthodes et techniques utilisées dans la musicothérapie pour faciliter l'apprentissage de la langue chez les enfants autistes. Des exemples concrets de programmes d'inter les enfants autistes. Des exemples concrets de programmes d'intervention intégrant la

musicothérapie seront présentés, mettant en évidence les bonnes pratiques et les défis potentiel.

La musique peut être un mode de communication mieux adapté que la parole. « L'enfant entre dans le langage par la musique du langage, par l'énonciation », Dr Bernard Glose, pédopsychiatre. La parole est une étape importante dans le développement de l'enfant.

La musicothérapie peut avoir un impact significatif sur le développement du langage chez les enfants autistes ;

Stimulation auditive et développement du langage, La musique, en particulier les rythmes et les mélodies répétitifs, stimulent le cerveau auditif et encourage les enfants à prêter attention aux sons, Cela peut améliorer La perception auditive reconnaître des sons différents et distinguer les syllabes et les mots.

Ainsi que La discrimination des sons ; Capacité à différencier des sons similaires, une compétence essentielle pour l'acquisition du langage. L'amélioration de la communication non verbale.

Concernant L'expression émotionnelle ; La musique aide à exprimer des émotions sans mots, en utilisant des instruments ou des mouvements, Cela peut réduire la frustration chez les enfants autistes qui ont des difficultés à verbaliser leurs besoins.

Pour les Interaction sociale ; participer à des activités musicales de groupe favorise les échanges non verbaux, comme le regard, les gestes, et les sourires, préparant ainsi l'enfant à la communication verbale.

Et part Régulation de la voix et de la prosodie ; La Modulation de la voix ; dans cette séquence les enfants autistes ont souvent des difficultés à utiliser une intonation appropriée dans leur discours, Le chant les aident à moduler leur voix et à adopter une prosodie plus naturelle, essentielle à la communication verbale,

Et la Répétition des mots et des phrases ; Les chansons incluent souvent des répétitions de paroles, ce qui facilite la mémorisation et la prononciation de nouveaux mots, conduit a une Réduction de l'écholalie, Dans le cas des enfants qui ont des difficultés avec l'écholalie (répétition automatique de ce qu'ils entendent), la musique peut fournir un cadre plus structuré

pour l'utilisation du langage. Les enfants peuvent commencer à utiliser des paroles de chansons pour s'exprimer de manière plus spontanée, ce qui favorise la motivation et renforcement positif ; La musique est souvent perçue comme une activité agréable. Cela motive les enfants à participer activement aux sessions de thérapie, où ils sont encouragés à utiliser leur voix et à s'engager dans des exercices verbaux. Le plaisir musical réduit l'anxiété, rendant l'enfant plus réceptif aux exercices langagiers ; améliore le Développement du vocabulaire En intégrant des chansons adaptées à leur niveau de compréhension, les enfants autistes peuvent enrichir leur vocabulaire. Les chansons peuvent être conçues pour introduire de nouveaux mots et concepts de manière ludique tout en Améliorant de la concentration et de l'attention Les activités musicales requièrent de la concentration et une attention soutenue, des compétences cruciales pour le développement du langage. En apprenant à suivre le rythme ou à chanter des paroles, les enfants améliorent leur capacité à se concentrer sur des tâches verbales.

La musicothérapie offre un cadre ludique et stimulant pour le développement du langage chez les enfants autistes. Elle améliore la communication verbale et non verbale, enrichit le vocabulaire, et favorise l'expression émotionnelle, tout en réduisant les barrières qui peuvent freiner l'acquisition du langage dans d'autres contextes.

Faisant à ce que nous venons de citer, nous proposons de répondre à la question ci-après :

Est- ce que la musicothérapie a un impact positif sur l'apprentissage de la langue chez les enfants autistes en Algérie ?

A partir de la question précédente, nous allons présenter dans ce qui suite notre hypothèse générale et puis les hypothèses partielles

Hypothèse générale

La musicothérapie contribue à l'apprentissage du langage chez les enfants autistes

Hypothèses partielles

- l'entrainement rythmique auditivo-moteur par la musique facilite et améliore le traitement du processus langagier.

- la musicothérapie diminue la frustration et les comportements chez les enfants autistes

Les objectifs de la recherche

Dans ma recherche j'ai des objectifs qui sont :

- premièrement analyser l'impact de la musicothérapie sur le développement des capacités apprentissages.
- deuxièmement étudier l'effet de la musicothérapie sur le développement du langage chez les enfants autistes.
- troisièmement identifier les réponses émotionnelles des enfants autistes à différents types de musique et d'instrument
- quatrièmement Explorer L'utilisations de la musicothérapie dans la prise en charge des enfants autistes en Algérie

définition des concepts : ssss

Opérationnalisation des concepts :

Musicothérapie :

- Utilisation thérapeutique de la musique
- Favorise la communication, l'expression, et la mobilité
- Répond aux besoins physiques, émotionnels, cognitifs et sociaux
- Peut être utilisée comme thérapie complémentaire

Langage :

- Système de communication vocal, gestuel ou écrit
- Permet la transmission d'informations, idées, pensées et émotions
- Inclut la phonologie, la syntaxe, la sémantique et la pragmatique
- Essentiel au développement cognitif et social

autisme : sss

- Présente un trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Difficultés dans les interactions sociales et la communication
- Comportements répétitifs ou restrictifs
- Variabilité dans la gravité et les manifestations du trouble

I Partie

théorique

CHAPITRE I

Musicothérapie

Préambule

La musicothérapie s'adresse aux personnes souffrant de la dépression , l'anxiété et le trouble spectre de l'autisme et d'angoisse ayant du mal à verbaliser , aux personnes ayant des troubles de peau , ou des problèmes de dissociation , ou qui sont sujettes à des troubles post-Traumatique , souffrant d'hyperémotivité , deuils difficile , souffrant d'insomnies , ayant des problèmes identitaire et existentielle , des difficultés mnésiques , souffrant d'un blocage de l'imaginaire et de l'expression des émotions . Et évidemment aux personnes qui aiment la musique ou qui n'écoute pas assez.

1. Historique

La musicothérapie est une forme de thérapie qui utilise la musique comme outil principal pour améliorer la santé mentale et physique.

La musicothérapie, pratiquée depuis l'Antiquité, utilise la musique pour améliorer la santé mentale et physique. Au XXe siècle, elle devient une discipline formelle, surtout après les deux Guerres mondiales, aidant les soldats souffrant de traumatismes.

Dans les années 1950, les premiers programmes universitaires en musicothérapie apparaissent. Elle s'est diversifiée avec des influences culturelles variées, intégrant des approches de médecine orientale et occidentale.

La musicothérapie dans l'Antiquité, les penseurs se sont interrogés sur la place de la musique dans la cité, son action sur l'âme, ce qu'elle communique...

D'ailleurs, chez les Grecs, existaient déjà des "musicothérapeutes", qui influençaient "l'humeur et les humeurs en utilisant divers instruments, le rythme et les sons". Patrick L'ECHEVIN, dans son ouvrage "Musique et Médecine" (Stock Musique, 1981), nous apprend que "selon le mal, ils choisissaient l'aulos au jeu extatique (relatif à l'extase) et émouvant ou celui doux et harmonieux de la lyre".

L'Histoire moderne de la musicothérapie

Dans les années 1940-1950, nouvelle forme alternative de traitement, utilisant une méthode de musique thérapeutique, fut utilisée sur les soldats convalescents pour tenter de soulager les traumatismes de la guerre, et agir aussi bien sur la maladie que sur les blessures psychiques, particulièrement dans le domaine psychiatrique.

Jacques Jost, un pionnier en France, Rolando Omar Benenzon, un pionnier mondial

Ingénieur du son, Jacques Jost pose, en 1954, l'hypothèse qu'il est possible de soigner avec la musique. Il s'appuie sur une base clinique avec l'aide du Laboratoire d'Encéphalographie de la Clinique des Maladies Mentaless et de l'Encéphale, à la Faculté de Médecine de Paris.

Il rencontre le Dr. Rolando Omar Benenzon, psychiatre et psychanalyste, musicien et compositeur, qui est l'un des plus grands pionniers mondiaux de la musicothérapie. Fondateur de la première Faculté de Musicothérapie, à Buenos Aires, il y a plus de 30 ans, il est aussi le découvreur du Principe de l'Iso (Identité sonore) et d'une nouvelle voie en psychothérapie.

Années 70 : Un premier centre de formation en musicothérapie en France

Jacques Jost et Edith Lecourt, psychologue et musicothérapeute, fondent le Centre International de Musicothérapie, premier centre de formation dédié à la discipline en France.

1974 : Un premier congrès mondial de musicothérapie

En 1974, Jacques JOST et le Dr. Benenzonco-organisent le premier congrès mondial de musicothérapie à l'Hôpital de la Salpêtrière.

Puis, lors du deuxième congrès mondial de musicothérapie en 1976, Rolando Benenzon est nommé coordonnateur du groupe de travail pour la création d'une Fédération Mondiale de Musicothérapie.

Années 80 : Naissance de la "World Fédération of Music Therapy"

En 1985 à Gênes, lors du cinquième Congrès mondial de musicothérapie, ce groupe devient un Comité Benenzon, dont le Dr. Benenzon sera élu président. Les travaux menés par ce comité conduisent à la création de la Fédération mondiale de musicothérapie "World Fédération of Music Therapy".

Cet organisme est aujourd'hui dédié au développement et à la promotion de la musicothérapie à travers le monde.

La musicothérapie en France, De nouvelles formations

Depuis la création du Centre International de Musicothérapie en 1974, d'autres centres de formation et cursus, publics ou privés, ont vu le jour notamment le DU de l'Université Paul Valéry à Montpellier, l'AMBx à Bordeaux (fondé par Gérard Ducournau), l'Institut de Musicothérapie de Nantes, le Master de l'Université Paris Descartes ou encore l'Atelier de Musicothérapie de Bourgogne à Dijon, dédié à la musicothérapie clinique.

Une fédération. En 2003, ces différents centres se sont regroupés pour former la Fédération Française de Musicothérapie (FFM) avec pour objectif d'homogénéiser la formation de musicothérapeute et de proposer un code de déontologie aux professionnels affiliés à cette fédération. Après 18 mois de travaux supervisés par des experts et dirigés par Patrick BERTHELON, alors président de la FFM, la première fiche métier de musicothérapeute est amendée avec un consensus majoritaire des écoles de formation membres de la FFM.

2. La définition de la musicothérapie

La musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques. La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal ».

La musicothérapie est l'utilisation judicieuse de la musique, comme outil thérapeutique pour rétablir, maintenir et améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle. La nature non verbale, créative et affective de la musique facilite l'interaction, l'expression de soi, la communication et la croissance”.

Selon la pathologie et les objectifs du patient, on distingue 2 types de musicothérapie :

La musicothérapie active qui consiste à faire jouer d'un instrument le patient. L'objectif est de favoriser la créativité et la communication via l'expression corporelle et sonore du patient ;

La musicothérapie réceptive qui repose uniquement sur l'écoute musicale et l'analyse de son ressenti.

3. Les principales Techniques utilisées

On distingue six techniques principales :

- La technique utilisant des sons et accords isolés
- La technique utilisant les œuvres musicales l'une de ces deux techniques pouvant s'appliquer
- soir
- En technique individuelle
- En technique de groupe
- Techniques actives
- Techniques d'écoute

a- Technique utilisant des sons et accords isolé

Est efficace à d'autres techniques, dans le cas par exemple de Stimulation auditive par des séries d'accords inducteurs d'états affectif ou de communication Utile dans les techniques de rééducation.

b- La technique utilisant les œuvres musicales

Est la plus accessible en raison de la richesse et de la variété des tonalités affectives et émotionnelles que suscitent les œuvres musicales utilisées. Ces œuvres doivent bien entendu être testées rigoureusement en fonction de divers facteurs.

Cette technique est utilisée actuellement pour application des méthodes de musicothérapie.

c- La technique individuelle

Est à notre sens la plus efficace. Le sujet est réellement soumis aux influences musicales recherchées en fonction de son propre état psychologie et compte tenu de sa culture musicale personnelle. L'efficacité de cette technique est liée à un conditionnement rigoureux que nous nous proposons d'exposer.

d- La technique de groupe

Consiste à auditionner collectivement des séries d'œuvres susceptibles de déclencher des états d'éveil de faciliter la communication

e- La technique active

Elle consiste par exemple à faire interpréter Aux malades aux mêmes des œuvres musicales.

Elle ne peut bien entendu s'appliquer qu'à des sujets musiciens son application se trouve donc très limitée. Pour les malades musiciens, elle permet de s'est érioriser d'une manière beaucoup plus intense que par les autres techniques mais par ailleurs elle est beaucoup moins bénéfique lorsque les œuvres choisies pour une thérapie bien définie sont complexes et demandent une attestation toutes particulières. Le pouvoir affectif de certaine musique ne peut être Total que si le sujet a une attitude passive.

La technique active peut s'adapter aisément des malades non musiciens en suivant la méthode ORFF ou les techniques de groupe.

f- La technique d'écoute :

C'est en réalité passif au niveau du corps. Elle ne l'est pas au niveau psychique les images, les états affectifs, la prise de conscience d'un nouvel état de vivre induit par les œuvres musicales représentent une activité cérébrale intense qui permet au sujet de percevoir d'agir utilement vers le but thérapeutique recherché.

4. Les Méthodes de la musicothérapie

-La méthode individuelle

-La méthode de groupe

4.1. La méthode individuelle

Cette méthode a été expérimentée depuis 1960 chez des sujets de type anxieux, hyperémotifs, schizophrénie, mélancolique, et les résultats sont encourageants. Cette méthode est basée non seulement sur le pouvoir inhérents à leur association.

Avant d'exposer en détail cette méthode, il semble utile de différencier les diverses catégories d'expression musicales parmi lesquels nous pouvons distinguer : celles écrits pour le divertissement de l'homme et celles écrites pour mettre en valeur la vélocité des exécutants et enfin celle qui essaient de traduire un état d'âme, une pensée, un problème psychologique profond. C'est-à-dire un état affectif.

Cette dernière catégorie est évidemment celle qui doit retenir l'attention suivant l'objectif recherché. En effet la musique peut traduire voire communiquer un problème conscient ou inconscient avec des intensités souvent supérieures à celles suscitées par des mots ou toutes formes d'expression verbales. << Là où s'arrête le pouvoir des mots, commence la musique >>.

Parmi toutes les méthodes, elles sont nombreuses une semble être une méthode << clefs >> autour de laquelle chaque thérapeute peut évidemment apporter de légères modifications suivantes le but thérapeutique recherché et les attitudes du malade.

4.2. La méthode de groupe

L'impact de la musicothérapie de groupe est très différent de celui de la musicothérapie industrielle.

Rappelons que l'effet thérapeutique d'une musique est favorisé par les conditions particulières comme défini précédemment, tenant compte de la personnalité et de la culture musicale du sujet. La méthode de la musicothérapie de groupe, celle que nous allons décrire, a d'autres objectifs :

Première objectif

Celui de permettre au malade de découvrir les diverses formes de tonalité affectives de la musique qui ne correspondent pas obligatoirement à son tempérament à ses désirs, a ses goûts de prendre conscience de la diversité des préférences musicales.

Deuxième objectif

Celui de faciliter la verbalisation, la communication, par un échange sur le pouvoir évocateur de la musique en indiquant des préférences musicales au fur et à mesure de l'audition des œuvres.

Troisième objectif

De permettre au thérapeute un approfondissement des problèmes du malade en essayant de connaître pourquoi celui – ci aime ou n'aime pas telle ou telle musique.

CHAPITRE II

l'autisme

Préambule

L'autisme fait partie des troubles du neurodéveloppement (TND). Il se manifeste dès la petite enfance (avant l'âge de 36 mois) et a des conséquences à différents niveaux et degrés sur les sphères développementales de l'enfant. Les conséquences ont le plus souvent des répercussions au niveau de l'autonomie, des interactions et de la participation sociales de la personne autiste.

1. Historique

Le terme << autistes >> ou << autisme >> en Allemagne issu du Grec << autos >>. Qui signifie soi-même fut employé pour la première fois par le psychiatre Suisse Eugène Bleuler dans un article de 1911 pour décrire la symptomatologie schizophrénique chez des patients adultes (retrait social avec repli sur soi même). Il désigne ainsi ce repli sur Léo Kenner, médecin pédopsychiatre d'origine auto hongrois sont le premier à faire une description clinique de l'autisme Basée sur l'observation de l'enfant (8 garçons et 3 filles) âgées de 2 à 11 ans il caractérisa ainsi l'autisme comme une inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations accompagnées d'un trouble du contact affectif et apparaissent dès le début de la vie (**Kenner, 1943**)

Léo Kenner met en cause l'attitude et la qualité des contacts des parents œuvres leurs enfants. Il parle des mères froides et des pères absents. Mais dès sa première publication, Kenner évoque des causes 'innées' .

Nous devons alors supposer que ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à former de contact affectif habituel avec les gens, tout comme autre enfant viennent dans le monde avec des handicaps physique ou intellectuelle innés. (**Kenner, 1943**)

2. Définition de L'autisme

2.1. Définition de l'autisme selon le dictionnaire psychologique

Le terme d'autisme est dérivé de la Grecque auto qui signifie << soi – même >>. Il a été introduit pour la première fois en psychiatrie en 1911 par **E. Bleuler**. Dans son ouvrage introduit sur le groupe des schizophrénies pour désigner chez les malades schizophrénies adultes. La perte du contact avec la réalité entraîne comme conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui. La vie intérieure acquérant une prédominance morbide aux dépens du rapport avec la réalité, plus tard d'autres décriront de façon analogue,

l'autisme comme symptômes important bien que non Spécifique de la schizophrénie infantile, mais en 1943. Dans son article original <<**Autistic Distrubance of affective contact**>>. La psychiatrie américaine **L.Kenner** décrira sous le terme d'autisme infantile précoce, un tableau clinique différents de la schizophrénie infantile est caractérisée selon lui par une incapacité du petit enfant dès sa naissance à établir des contacts affectif avec son environnement
(H.Bloch,R.chemama, E Déprit , A. Gallo , P. Leconte , 2011 p 109)

2.2. L'autisme de Kenner

Leo Kenner a décrit l'autisme pour la première fois en 1943 (Kenne, 1943). A partir de ses observations, il a présenté les signes caractéristiques des enfants porteurs de cette pathologie. La plupart de ces signes restent encore valables et constituent le tableau d'autisme dans sa forme la plus classique.

La description initiale de Kenner reposait sur une population de onze enfants et les caractéristiques relevées étaient les suivants :

L'enfant manifeste une incapacité à développé des relations.

Il a des difficultés à interagir avec les personnes et manifeste un intérêt plus grand pour les objets que pour les personnes. On enregistre un retard dans l'acquisition des langages. Certains enfants restent sans langages, d'autres laquent, mais toujours avec du retard.

Lorsqu'il apparaît, le langage est utilisé de manière non sociale. Les enfants autistes ont des difficultés à parler à parler de manière adaptée dans une conversation, même lorsqu'ils développent des structures de langage correctes. Le langage comporte des éléments d'écholalie, l'enfant répétant des mots et des phrases. Inversion pronominale est

Fréquentes, l'enfant utilisant le << tua la place du <je> par exemple. Les jeux sont répétitifs et stéréotypes : l'activité ludique est pauvre, dénuée de créativité d'imagination. Elle se limite à des manipulations d'objets sur un mode répétitif. Il existe un désir d'immuabilité : l'enfant autiste manifeste une grande résistance au changement dans sa vie quotidienne et dans son environnement. La mémoire par cœur est bonne. L'apparence physique est normale et Kanner en avait fait un argument pour soutenir l'idée que ces enfants avaient une intelligence normale, ce qui a par la suite été remis en question.

Le terme d'autisme de Kanner est encore parfois utilisé pour la forme dite (pure), c'est-à-dire sans maladie neurologique associée.

Mais ce concept d'autisme pur appelle la plus grande circonspection car pour certaines personnes qui l'emploient sans discernement, il renvoie parfois à la notion d'autisme sans base biologique. L'évolution des connaissances nous amène à penser qu'il existe pas d'autisme sans atteinte au niveau cérébral. Simplement, il y a des formes dans lesquelles une maladie neurologique est associée de manière évidente à l'autisme, comme c'est le cas dans la sclerose tubéreuse de Bourneville, alors que dans d'autres formes, les anomalies sont liées des dysfonctionnements que les techniques actuelles ne sont pas véritablement en mesure d'objectiver. De ce point de vue cependant, les progrès de l'imagerie cérébrale ont permis de mettre en évidence de tels dysfonctionnements. (Bernadette Rogge, 2004, p 7 et 8 et 9). _

2.3. Définition de l'autisme Selon la CIM

M 10 définit l'autisme comme un trouble envahissant du développement caractériser par :

Une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivant : les interactions sociales réciproques, communication, s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto agressifs.

2.4. Définition de l'autisme Selon le DSM5

Il est caractérisé par :

- Déficit persistant de la communication et des interactions sociales observé dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la Période actuelle soit dans les antécédents.

- Déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant. Par exemple, anomalies de l'approche social et l'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les effets, jusqu'à une capacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.

- Déficits des comportements de communication non verbaux, utilisés au cours des interactions sociales allant. Par exemple, d'une intégration déficiente entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps. À des déficits dans la

compréhension et l'utilisation des gestes jusqu'à une absence totale d'expression sociale et de communication non verbale.

_ Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations allant. Par exemple la difficulté à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés. A des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou se faire des amis jusqu'à l'absence d'intérêts pour les pairs (**Marc-Antoine Grock et julien Daniel Guelfi, 2015 p 55. 56**)

3. Les types de l'autisme

3.1. Syndrome d'Asperger

Le Syndrome d'Asperger, aussi appelé autisme de haut niveau, est particulièrement connu chez nos amis anglophones. S'il semble plus répandu, c'est surtout que les populations ont été sensibilisées à cet autisme, notamment dans le milieu scolaire.

Les symptômes de la personne autiste Asperger sont globalement :

Une altération des interactions sociales ;

Des intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.

Les personnes touchées par le Syndrome d'Asperger n'ont peu ou pas de troubles verbaux, ni de troubles du développement cognitif. On a également repéré qu'elles pouvaient faire preuve d'une mauvaise habileté.

3.2. L'autisme infantile (l'autisme précose de Kenner)

L'autisme infantile, comme son nom l'indique, est notable dans la petite enfance. En effet, les premiers symptômes se manifestent avant l'âge de trois ans, ce qui permet de poser un diagnostic assez tôt. Il est conseillé de consulter un médecin rapidement si plusieurs de ces symptômes sont repérés :

L'enfant a des troubles de la communication : ne regarde pas dans les yeux, ne rend pas le sourire, ne pointe pas du doigt pour montrer quelque chose.

L'enfant autiste ne parle pas, ou n'utilise pas la parole pour communiquer avec autrui

Il a des troubles des interactions sociales

L'enfant autiste a des comportements répétitifs et stéréotypés qui n'ont pas de sens ou d'utilité

L'autisme infantile comprend d'autres caractéristiques. On repère notamment des perturbations du sommeil et de l'alimentation, mais aussi des épisodes colériques, une agressivité physique dirigée sur lui-même et/ou sur les autres, ainsi que des phobies. Le SESSAD de l'Ordre de Malte France mobilise tout un réseau de professionnels autour de l'enfant et apporte un réel soutien aux familles. Ce dispositif permet d'adapter le quotidien de l'enfant autiste et de suivre son évolution globale entre l'environnement familial et le milieu scolaire.

3.3. L'autisme atypique

L'autisme atypique est aussi connu sous le nom de "trouble du développement dominant". Ce type d'autisme a une différence majeure avec les précédents : il débute plus tardivement que l'autisme infantile et ne comporte pas l'ensemble des 3 critères liés à l'autisme, à savoir : des troubles du comportement, des relations sociales et de la communication. Pourtant, l'enfant atteint d'autisme atypique voit une altération de son développement dans l'un au moins de ces critères.

En effet, les patients autistes présentent moins de symptômes, avec une sévérité atténuée. Les caractéristiques principales sont liées à la socialisation et à la transmission.

En revanche, il peut être associé à d'autres troubles envahissants du développement. Les enfants autistes ayant une déficience intellectuelle et un trouble sévère de l'acquisition du langage sont plus touchés par l'autisme atypique que par les autres types d'autismes.

Le trouble du développement dominant est par conséquent diagnostiqué plus tardivement que l'autisme infantile. Le parcours de soin et l'orientation vers une structure spécialisée peuvent être longs. Heureusement, il existe des établissements spécialisés dans la prise en charge des enfants mais aussi des adultes ayant des Troubles du Spectre Autistique. L'Ordre de Malte France propose des lieux de vie structurés pour que les personnes autistes puissent évoluer en toute liberté et sérénité.

3.4. Syndrome de Rhett

Le Syndrome de Rhett a cela de différent, qu'il a été repéré exclusivement chez les filles. Il est considéré comme un trouble du spectre autistique car il témoigne d'un arrêt de l'évolution des capacités. Dans un premier temps, les enfants ont une croissance classique, puis on observe une perte des capacités telles que :

Une perte partielle ou totale du langage ;

Un arrêt de la marche ;

Une perte des mouvements manuels volontaires (apraxie).

On remarque donc un arrêt du développement psychomoteur. On observe également des gestes stéréotypés des mains ainsi qu'une hyperventilation.

Les filles atteintes du syndrome de Rhett conservent un intérêt pour la socialisation bien que le développement social et du jeu se soient arrêtés. Il existe en réalité un ralentissement du développement crânien entre 7 et 24 mois. Le syndrome de Rhett engendre presque toujours un retard mental sévère.

4. Les factures de risques

4.1. Les facteurs génétiques

Les recherches génétique été suggéré par Kenner lui-même puisque en 1954. Il pose la question de l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme Ayant pour conséquence un défaut de relation entre enfant et le monde environnant. Je puisse des études en partiellement confirmé un déterminisme génétique, notamment grâce aux recherches sur les jumeaux et les familles et au donnée épidémiologiques.

Les premiers arguments prouvant avec une quasi- certitude que des factures génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux études épidémiologiques Anglo-saxons dans les années 70- 80 portant sourdes jumeaux monozygotes(vrai jumeaux).

Ces études en effet montré que, pour les vrais jumeaux lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme. L'autre a un risque au moins 70% d'être lui aussi atteint d'autisme ou de trouble apparentés en revanche, pour les faux jumeaux lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, le risque pour l'autre d'être aussi atteint tombe à environ 4%. Il existe d'autres augmentes en

faveur d'un atteint génétique dans l'autisme, notamment le fait que l'autisme soit significativement associé à des pathologies chromosomiques comme le syndrome d'X fragile qui est exprimé par un retard mental ou la phénylcétonurie (maladie métabolique également d'origine génétique).

5. Les signes de l'autisme

-Les premiers signes de trouble du spectre de l'autisme (TSA)

En tant que parents, vous vous posez des questions légitimes sur le développement et le comportement de votre enfant. L'entourage, le personnel de la crèche ou l'assistante maternelle ont, peut-être, également remarqué quelques troubles et vous en ont fait part. Des signes d'alerte peuvent en effet présager des tendances autistiques :

- Des troubles de la communication avec notamment des enfants qui ont un retard dans le développement du langage ou qui ne savent pas pointer du doigt ;
- Des troubles du comportement avec des gestes répétés et des obsessions inhabituelles ;
- Des relations sociales perturbées, un isolement dû en partie à une incompréhension des émotions des autres et à des comportements inadaptés.

-Langage

La notion de langage est notamment importante et assez simple à analyser. Voici quelques éléments qui devraient vous alerter :

Une absence de babillage à 12 mois ;

Une absence de paroles à 18 mois ;

Une association de mots absente à 24 mois ;

Un langage non fonctionnel ;

Une perte de langage quel que soit l'âge.

-Le dépistage

Il existe des outils de dépistage et d'évaluation qui permettent de repérer les signes d'alerte chez les enfants autistes. Le plus connu et le plus utilisé est le test M-Chat (Modifié Check-list

for Autism in Toddlers). Ce questionnaire porte sur le comportement de l'enfant et peut être réalisé dès ses 18 mois.

Attention, les résultats de ce test ne posent en aucun cas un diagnostic. Les signes d'alerte détectés peuvent toutefois faire l'objet d'une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. Les tests et bilans pour établir un diagnostic interviendront dans un second temps.

6. Les signes cliniques de l'autisme

6.1. Anomalies qualitatives des interactions sociales

Les anomalies touchent particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contact avec les autres. Les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisés correctement. L'utilisation du regard est ainsi souvent déviante : le contact oculaire est absent, le transfixiant (le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard est périphérique (la personne regarde de côté), et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux. Les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptées au contexte : par exemple, l'enfant rit sans que l'on comprenne pourquoi ou alors il sourit en regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque l'on cherche à attirer son attention.

La faible compréhension des expressions des autres entraîne une difficulté à s'harmoniser avec eux et à partager sur le plan émotionnel, l'enfant est donc isolé, ne cherchant pas le contact des autres et particulièrement des enfants de son âge.

6.2. Anomalies de la communication

Il existe un regard d'acquisition du langage. Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50%). Dans tous les cas, l'enfant n'utilise pas spontanément d'autres modes de communication (gestes, mimiques) qui lui permettraient de compenser le problème de langage. Le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est plus abstrait.

L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme, de l'intonation et du volume.

Même lorsque le langage est élaboré, il est peu utilisé socialement :

La personne autiste initie peu de conversation à caractère purement social (pour le plaisir de bavarder) et a du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts.

Les conduites d'imitation caractère social se mettent difficilement en place, les jeux symboliques de (faire semblent) sont absents ou apparaissent tardivement.

Lorsqu'ils sont appris à partir de répétitions avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et peu créatif. Par exemple l'enfant a appris à donner à manger à la poupe et il ne pourra pas varier de comportement. Il continue à donner à manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner à boire.

6.3. Intérêts restreints, comportements répétitifs

L'enfant oriente son intérêt vers un objets ou un type d'objets à l'exclusion des autres. Le plus souvent, les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisés dans des activités répétitives : objets ronds que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant ses yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable. C'est parfois seulement une partie de l'objet qui capte l'attention. Par exemple, seule la roue de la petite voiture intéresse l'enfant qui la fait tourner au lieu de jouer à faire rouler la voiture, ou alors l'enfant s'absorbe dans l'ouverture et la fermeture répétitive de la portière.

Les activités répétitives concernent aussi le corps. On peut observer des balancements, des postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (Bernadette roge,2004, p23,24,25)

7. Les signes de l'autisme

7.1. Les signes de l'autisme pour les enfants de 0 à 6 mois

Les signes de l'autisme se répartissent selon trois catégories : les troubles des interactions sociales, les troubles de la communication et les autres manifestations.

1- Ne pointe pas du doigt ou pointe dans le but d'obtenir quelque chose en échange et non pas pour partager un évènement. Par exemple pointe un gâteau quand il a faim mais ne pointe pas un avion qui passe dans le ciel pour le montrer à ses parents

2-Semble ignorer les autres ou être craintif à l'idée d'entrer en contact avec eux. Cela peut passer pour de la timidité ou de la maladresse sociale

3-Semble préférer l'isolement, la solitude et peut être fatigué et/ou énervé s'il n'a pas ces temps sans interaction

4-Anomalie du jeu : absence de faire semblant et/ou d'imitation sociale (dînette, petites voitures...)

7.2. Les signes de l'autisme pour les enfants de 6 à 12 mois

Les signes de l'autisme se répartissent selon quatre catégories : les troubles des interactions sociales, les troubles de la communication et les comportements répétitifs ou stéréotypés et les autres manifestations.

1-Désintérêt pour les personnes (défaut du contact)

2-Ne répond pas à son prénom : quand les parents l'appelle le bébé ne tourne pas la tête vers eux ni ne manifeste de réaction

3-Intolérance au contact physique : n'aime pas être porté, pris dans les bras, cela peut déclencher des pleurs ou des mouvements de recul

4-Impression d'indifférence au monde extérieur : semble pensif et peu sensible à son environnement immédiat

5-Peu de réaction à la séparation

6-Absence de réactions joyeuses à l'arrivée des parents

7-Absence ou faible attention conjointe : c'est la capacité à partager un évènement avec autrui, à attirer et à maintenir son attention vers un objet ou une personne dans le but d'obtenir une observation commune et conjointe.

8-Le pointage est un exemple d'attention conjointe.

9-L'attention conjointe est liée au phénomène de la théorie de l'esprit

10-Attention difficile à fixer, regard difficile à capter voir évitement actif du regard

7.3. Les signes de l'autisme pour les enfants de 12 à 24 mois

Les signes de l'autisme se répartissent selon trois catégories : les troubles des interactions sociales, les troubles de la communication et les comportements répétitifs ou stéréotypés.

1-Désintérêt pour les personnes (défaut du contact)

2-Ne répond pas à son prénom : quand les parents l'appelle le bébé ne tourne pas la tête vers eux ni ne manifeste de réaction

3-Intolérance au contact physique : n'aime pas être porté, pris dans les bras, cela peut déclencher des pleurs ou des mouvements de recul

4-Impression d'indifférence au monde extérieur : semble pensif et peu sensible à son environnement immédiat

5-Peu de réaction à la séparation

6-Absence de réactions joyeuses à l'arrivée des parents

7-Absence ou faible attention conjointe : c'est la capacité à partager un évènement avec autrui, à attirer et à maintenir son attention vers un objet ou une personne dans le but d'obtenir une observation commune et conjointe.

8-Le pointage est un exemple d'attention conjointe.

9-L'attention conjointe est liée au phénomène de la théorie de l'esprit

10-Attention difficile à fixer, regard difficile à capter voir évitement actif du regard

7.4. Les signes de l'autisme pour les enfants de plus de 24 mois

Les signes de l'autisme se répartissent selon trois catégories : les troubles des interactions sociales, les troubles de la communication et les comportements répétitifs ou stéréotypés

1-Absence d'intérêt pour les autres enfants ou semble être craintif et/ou maladroit à l'idée d'entrer en contact avec eux.

2-Cela peut passer pour de la timidité ou de la maladresse sociale

3-Absence ou pauvreté des jeux, notamment les jeux de faire-semblant ou demander de l'imagination.

4-Difficulté à inventer ou terminer une histoire ou à se représenter les sentiments et émotions des personnages.

Les signes de l'autisme peuvent varier selon les formes d'autisme (syndrome d'Asperger, autisme atypique, syndrome de Rett...) et donc se manifester de façon différente selon les enfants. Aussi, chaque enfant se développe à son propre rythme, Guillaume parlera très tôt mais acquerra la marche tardivement et Christophe ne saura pas lasser ses chaussures avant 8 ans.

Cette liste de caractéristiques permet d'orienter le regard des parents qui se poseraient la question de savoir si leur enfant peut être concerné par l'autisme. Si un enfant présente effectivement un nombre important de ces symptômes, la consultation d'un médecin spécialisé dans l'autisme peut être un premier pas vers la démarche de diagnostic.

8. Diagnostic différentiel de l'autisme Selon DSM-5

8.1. Syndrome de Rett

Une altération des interactions sociales peut être observé au cours de la phase de régression du syndrome de Rett (typiquement entre l'âge de 1 ans à 4ans). Ce fait une proportion significative des petits filles affectées prouvent avoir une présentation clinique compatible avec les critères de troubles du Spectre de l'autisme.Cependant, après cette période une amélioration des compétences de communication sociale se manifester chez la plupart des sujets ayant un syndrome de Rett et les traitsautistique.

8.2. Trouble du langage et de la communication sociale

Dans certaines formes de trouble du langage il peut y avoir des problèmes de communication et des difficultés de Socialisation Secondaire.

Cependant les troubles Spécifiques du langage ne sont pas habituellement associés à des anomalies de la communication non verbale ou à modes restreint et répétitifs de comportement, d'intérêts et d'activités.

Le diagnostic de trouble spectre de l'autisme doit être préféré à celui de trouble de la communication sociale (pragmatique). À chaque fois que les critères de ce trouble est rempli.

8.3. Handicap intellectuel (sans trouble du Spectre de l'autisme)

Un handicap intellectuel sans trouble de l'autisme peut être difficile à distinguer du trouble du Spectre de l'autisme chez les très jeunes enfants.

Le diagnostic différentiel peut également être Malaise chez les sujets ayant un handicap intellectuel qui n'ont pas développé de langage ou de compétences symbolique car chez ceux les comportements répétitifs peuvent également être fréquent.

9. Les troubles associés à l'autisme

9.1. Les troubles du langage et de la communication

Ce sont des troubles constantes ils peuvent être objectivé par un manque total de langage et aller jusqu'à un langage sans valeur de communication (suitede mot adressé à Autrui).Mais ils ont des particularités que l'on retrouve de façon presque systématique.

9.2. Inversion des pronoms

L'enfant autiste a des difficultés à comprendre les mots qui changent de sens Selon le contexte. C'est pour cette raison qu'il va inverser le << Tu >> et le << je >> et qu'il se désignera donc comme << Tu >> alors que son interlocuteur sera << je >>.

9.3. Écholalie

L'enfant va imiter la parole de l'autre.Lorsqu'il s'agit d'écholalie directe, l'enfant répète tout de suite la parole entendue. Sans temps de latence, et on peut immédiatement identifier comme telle.

L'écholalie retardée quant à elle est beaucoup plus difficile à reconnaître puisque l'enfant répète mot par mot ce qu'il a entendu mais plusieurs heures voire plusieurs jours après.

9.4. Incapacité à utiliser ou comprendre des termes abstraits

Ou à employer des mots détourner de leurs sens habituels. En effets, l'enfant autiste ne saura utiliser que le Sens littéral du mot ainsi que les termes corrects, la compréhension littérale du langage est assez typique de l'autisme.

9.5. Compréhension de la communication verbale ou de langage corporel

Cette compréhension est déficiente étant donné qu'il a des difficultés à identifier ou analyser les maniques, les gestes et les sourires. Ce plus l'absence de contact ou l'aire est un frein au développement.

II Partie

pratique

Préambule

La prise en charge des enfants autistes représente un défi complexe nécessitant des approches multidimensionnelles.

Parmi les nombreuses stratégies thérapeutiques explorées, la musicothérapie émerge comme une méthode prometteuse, offrant une approche douce et non invasive pour améliorer divers aspects du développement de ces enfants.

Cette étude s'inscrits dans une perspective pratique, visant à évaluer concrètement les effets de la musicothérapie sur les enfants autistes a travers des observati

ons directes et des protocoles spécifiques.

En me basant sur des séances structurées et individualisées, j ai chercher a identifier les bénéfices que cette thérapie peut apporter en termes de communication, de gestion émotionnelle et d'interaction sociale.

Cette recherche sur une immersion approfondie dans le quotidien des enfants concernés, en cherchant a comprendre comment la musique, en tant qu'outil thérapeutique, peut faciliter des processus cognitifs et émotionnels essentiels.

Le préambule de cette étude vise à démontrer la pertinence d'une approche pratique de la musicothérapie dans ce contexte particulier, en s'appuyant sur des données empirique et des observations directes recueillies au cours des différentes phases de se travail.

CHAPITRE I

La Méthodologie de recherche

1. Observation et guide : ssss

La méthodologie de recherche :

La méthodologie de recherche est une composante fondamentale de tout projet Scientifiques ou académique. Elle détermine la manière dont les données seront Collectées, analysées et interprétées pour répondre à des questions spécifiques Ou tester des hypothèses. Une méthodologie bien élaborée assure la rigueur Scientifique et la validité des résultats, tout en offrant un cadre systémique pour La réalisation de l'étude.

La méthodologie de recherche est la section du projet où sont définies les Procédures et les techniques utilisées pour mener l'étude. Elle vise à expliquer Comment la recherche sera effectuée, justifier les choix méthodologiques faits, Et garantir que les méthodes employées sont adaptées aux objectifs de l'étude. Cette section permet aussi aux autres chercheurs de reproduire l'étude et de Vérifier les résultats.

2. La méthode utilisée dans la recherche

Dans ce cadre, j'ai choisi la démarche qualitative qui est fréquemment utilisée dans la recherche sur le terrain en sciences humaine et sociale et en psychologie clinique.

3. Méthode descriptive qualitative

La méthode descriptive qualitative est une approche de recherche utilisée pour comprendre et décrire en profondeur des phénomènes complexes. Elle se concentre sur l'analyse des données non numériques, telles que les entretiens, les observations ou les documents. Cette méthode vise à explorer les perceptions, expériences et significations subjectives des participants, en mettant en lumière les contextes et les nuances. Les techniques couramment utilisées incluent les entretiens individuels, les groupes de discussion et les observations

participatives. Les résultats de cette approche sont souvent présentés sous forme narrative, avec des extraits illustratifs permettant de dégager des thèmes ou des motifs récurrents.

4. Pré-enquête

La pré-enquête est une phase préliminaire dans un processus de recherche où D'enquête, qui vise à préparer et à affiner les outils, les méthodes, et les Hypothèses avant de lancer l'enquête principale. Elle consiste généralement à Réaliser une petite enquête pilote sur un échantillon restreint pour tester la Validité et la fiabilité des instruments de collecte de données, identifié les Éventuels problèmes, et ajuster la méthodologie en fonction des résultats Obtenus.

La pré-enquête permet ainsi de réduire les risques d'erreurs et d'améliorer la Qualité de l'enquête principale en optimisant les procédures avant de les Appliquer à grande échelle.

CHAPITRE II

partie pratique

1. Lieu de stage

Mon stage s'est déroulé au sein de l'Association **El Amel**, une organisation dédiée à l'accompagnement des enfants autistes, située à Amizour, dans la wilaya de Béjaïa.

2. Mission de l'Association

L'Association El Amel a pour mission principale de soutenir les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) ainsi que leurs familles. Fondée dans un esprit de solidarité et d'engagement social, l'association se consacre à l'amélioration de la qualité de vie de ces enfants en leur offrant des services adaptés à leurs besoins spécifiques. Elle vise également à sensibiliser la communauté locale à l'autisme, en promouvant une meilleure compréhension et une inclusion plus large de ces enfants dans la société.

3. Services Offerts

L'association propose une variété de services spécialisés, incluant des séances de thérapie individuelle et de groupe, des activités éducatives et ludiques, ainsi que des programmes de développement des compétences sociales et comportementales. Ces services sont assurés par une équipe de professionnels qualifiés, comprenant des psychologues, des éducateurs spécialisés, et des thérapeutes. Leur approche est centrée sur l'enfant, avec un souci constant de personnaliser les interventions en fonction des besoins et des capacités de chaque enfant.

4. Infrastructure et Environnement

L'Association El Amel dispose de locaux modernes et bien équipés, offrant un environnement sûr et accueillant pour les enfants. Les espaces sont aménagés pour favoriser l'apprentissage et le développement, avec des salles de thérapie, des aires de jeux adaptées, et des espaces de détente. L'ambiance chaleureuse et bienveillante qui règne au sein de l'association contribue grandement au bien-être des enfants et à leur progression.

5. L'impact Local

Au-delà de son travail direct avec les enfants, l'Association El Amel joue un rôle crucial dans la communauté d'Amizour. En organisant des campagnes de sensibilisation, des formations pour les parents, et des événements communautaires, l'association s'efforce de bâtir un réseau de soutien autour des familles concernées. Elle est devenue un pilier de la région en matière

de prise en charge de l'autisme, bénéficiant du respect et de l'appréciation de nombreux habitants.

6. Mon Expérience en Tant que Stagiaire

En tant que stagiaire à l'Association El Amel, j'ai eu l'opportunité d'acquérir une expérience précieuse en travaillant directement avec des enfants autistes. J'ai pu observer et participer à diverses activités thérapeutiques, et j'ai contribué à l'organisation d'événements éducatifs. Ce stage m'a non seulement permis de développer mes compétences professionnelles, mais aussi de mieux comprendre les défis et les réussites associés à la prise en charge des enfants autistes.

7. La structure de service

C'est un service qui correspond :

1-Bureau d'orthophoniste

2-Bureau du psychologue

3-Bureau de l'éducatrice

4-Bureau de directrice

5-Une cantine

6-Une grande salle qui contient des jeux pour les autistes

7-Une salle d'attente

8-Un sanitaire

9-Deux chambres de (4) tables et qui contient des chaises une pour la psychologue et une autre pour l'orthophoniste, et ce sont des chambres dans lesquelles ils font l'examen clinique et les tests et la prise du traitement.

8. L'équipe professionnelle

Le service dispose de :

1-Une directrice.

2-Une chef cuisinière.

3-Une orthophoniste.

4-Une psychologue.

5-Une éducatrice.

CHAPITRE III

Etude de ca

1. Présentation de l'étude exploratoire

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai réalisé une observation au sein de l'Association El Amel, située à Amizour, une organisation dédiée à l'accompagnement des enfants autistes. Fondée avec l'objectif de fournir un soutien spécialisé aux enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA), l'association propose divers programmes thérapeutiques, dont la musicothérapie, afin de favoriser le développement cognitif, émotionnel et social des enfants.

Sa ma aider a construire la recherche exploratoire. Mon choix de mener une observation dans cette association repose sur son rôle clé dans la région et la pertinence de ses activités par rapport à la problématique de mon étude, qui explore les méthodes d'apprentissage adaptées aux enfants autistes.

Les objectifs de cette observation étaient de comprendre les comportements des enfants autistes dans un cadre thérapeutique, d'évaluer leur réaction aux différentes activités proposées, et d'analyser leurs interactions avec les thérapeutes et entre eux. Cette observation a été réalisée durant la période du 28 février jusqu'au le 02 avril 2024 avec 2 fois par semaine sessions d'observation, dans des espaces dédiés de l'association, tels que la salle de thérapie et les aires de jeux. J'ai opté pour une méthode d'observation, en prenant des notes détaillées et en enregistrant les sessions après avoir obtenu le consentement des parents.

Les enfants observés étaient âgés de 3 ans jusqu'à 13 ans et présentaient des niveaux variés de troubles du spectre autistique. Le choix des participants s'est fait en collaboration avec les thérapeutes de l'association, en prenant en compte des critères comme l'âge, le type d'autisme, et la participation régulière aux sessions de thérapie.

L'environnement de l'association El Amel se distingue par une ambiance accueillante et adaptée aux besoins spécifiques des enfants autistes. Les espaces sont aménagés de manière à réduire les stimuli sensoriels excessifs, tout en offrant des opportunités d'interaction et d'apprentissage. Les enfants interagissent de manière variée avec cet environnement, certains montrant une grande sensibilité aux changements, tandis que d'autres s'adaptent rapidement aux nouvelles activités.

Durant les sessions de musicothérapie, j'ai observé des comportements diversifiés parmi les enfants. Certains se sont montrés très réceptifs à la musique, manifestant une réduction des

comportements stéréotypés et une meilleure concentration. D'autres ont exprimé des réactions plus subtiles, comme un apaisement visible ou une légère augmentation des interactions sociales. Ces observations ont révélé des événements significatifs, tels que [mentionne ici des événements ou réactions spécifiques], qui ont contribué à approfondir ma compréhension des effets de la thérapie sur ces enfants.

Les comportements observés confirment l'importance d'adapter les méthodes thérapeutiques aux besoins individuels des enfants autistes. L'analyse de ces comportements, en les comparant aux théories existantes sur l'autisme, montre que la musicothérapie, par exemple, peut jouer un rôle crucial dans la modulation des émotions et l'amélioration de la communication non verbale. Les résultats de cette observation suggèrent que les interventions à l'Association El Amel sont en grande partie efficaces, mais qu'il existe des marges d'amélioration, notamment dans l'adaptation des activités à chaque enfant.

L'observation réalisée à l'Association El Amel m'a permis de recueillir des données précieuses sur les comportements des enfants autistes dans un cadre thérapeutique. Ces données renforcent la nécessité d'une approche personnalisée dans les programmes d'apprentissage et de thérapie pour les enfants autistes. Toutefois, cette étude comporte certaines limites, notamment en raison de la taille réduite de l'échantillon et de la durée limitée des observations. Pour aller plus loin, des recherches futures pourraient explorer d'autres méthodes thérapeutiques ou évaluer l'impact à long terme des interventions mises en place à El Amel.

12. Présentation des cas

L'objectif de cette section est de présenter des études de cas concrètes pour illustrer comment la musicothérapie a été appliquée chez des enfants autistes et d'évaluer son impact sur leur développement du langage. En explorant chaque cas de manière détaillée, cette section vise à démontrer, à travers des exemples réels, les effets spécifiques de la musicothérapie sur la communication verbale et non verbale, ainsi que les défis et les succès rencontrés au cours de ces interventions. Cela permettra de mieux comprendre les conditions sous lesquelles la musicothérapie peut être bénéfique pour les enfants autistes et d'étayer les hypothèses formulées dans l'étude.

2. Les différents cas observés

2.1. Présentation du Cas : Alla

Alla est une jeune fille de 8 ans présentant plusieurs défis sur le plan comportemental et développemental. Elle manifeste une agitation importante et des comportements agressifs. Sa motricité fine est limitée, ce qui restreint sa capacité à effectuer des tâches nécessitant une précision manuelle. De plus, Alla est non-verbale, ce qui signifie qu'elle ne dispose pas de langage fonctionnel pour communiquer.

Malgré ces défis, Alla montre un intérêt particulier pour la musique, en particulier pour le piano. Elle est attirée par les sons doux et apaisants que cet instrument produit, ce qui semble capter son attention de manière plus efficace. En revanche, elle montre une aversion pour le xylophone, un instrument produisant des sons plus percutants et aigus, qui semblent la perturber.

Alla présente également des difficultés d'écoute, ce qui pourrait être lié à une hypersensibilité auditive ou à un autre trouble sensoriel. Cette difficulté d'écoute peut affecter sa capacité à suivre les instructions et à participer pleinement aux activités quotidiennes.

2.2. Présentation du Cas : Saïd

Saïd est un garçon de 7 ans, diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique à l'âge de 4 ans. Avant de commencer les séances de musicothérapie, Saïd avait un langage verbal très limité, se limitant à des sons isolés et des mots simples. Il présentait également des difficultés de communication non verbale, avec peu de contact visuel et des gestes rares pour exprimer ses besoins. Ses interactions sociales étaient limitées, et il montrait des comportements répétitifs, comme le balancement et l'alignement d'objets.

2.2.1. Mise en Place de la Musicothérapie

-Type de musicothérapie: Saïd a participé à des séances de musicothérapie individuelles, d'une durée de 45 minutes, deux fois par semaine. Les techniques employées incluaient des jeux de rythme avec des instruments simples (comme des tambourins et des maracas), le chant de comptines simples, et l'écoute active de musiques adaptées à son âge.

-Objectifs thérapeutiques: Les objectifs principaux pour Saïd étaient d'encourager l'utilisation de sons pour communiquer, d'améliorer la compréhension et la réponse à des instructions simples, et de développer des compétences de communication non verbale, comme le regard et les gestes.

2.2.2. Déroulement des Séances

-Progression au fil des séances

- Au début, Saïd semblait hésitant et ne participait que minimalement aux activités musicales. Cependant, au fil des séances, il a commencé à réagir aux rythmes en frappant des instruments et à montrer de l'intérêt pour certaines chansons, particulièrement celles avec des refrains répétitifs.
- Après quelques semaines, Saïd a commencé à imiter les sons produits par le thérapeute, et a progressivement utilisé des mots simples pendant les activités musicales. Par exemple, il a commencé à dire « encore » lorsqu'il voulait répéter une chanson.

2.2.3. Observations clés

- Un moment significatif a été lorsque Saïd a établi un contact visuel prolongé avec le thérapeute lors d'une séance où il jouait du tambourin. Ce fut une avancée notable dans sa communication non verbale.
- Saïd a également montré une meilleure compréhension des instructions, comme « frappe » ou « écoute », et a commencé à suivre ces consignes plus rapidement et avec plus de confiance.

2.2.4. Résultats

-Impact sur le développement du langage

- Après plusieurs mois de musicothérapie, Saïd a montré une amélioration dans son utilisation du langage verbal. Il a ajouté quelques mots nouveaux à son vocabulaire, qu'il utilisait désormais dans des contextes musicaux et non musicaux.
- Sur le plan non verbal, Saïd a développé une meilleure utilisation des gestes pour accompagner ses mots, et a commencé à utiliser le regard pour communiquer ses besoins plus fréquemment.

-Impact sur d'autres aspects du développement

- En plus des progrès dans le langage, Saïd a montré une réduction des comportements répétitifs pendant les séances et une amélioration de son engagement dans les activités proposées.
- Les parents de Saïd ont également rapporté qu'il semblait plus calme à la maison et qu'il participait davantage aux jeux musicaux avec ses frères et sœurs.

2.2.5. Analyse et Interprétation

-Comparaison avec le point de départ

- En comparant les capacités de Saïd avant et après l'intervention, on constate une nette progression dans son utilisation du langage et des signes de communication non verbale.

-Interprétation des résultats

- Les progrès de Saïd suggèrent que la musicothérapie a joué un rôle clé dans l'amélioration de ses compétences de communication. Le caractère répétitif et rythmé de la musique semble avoir facilité l'apprentissage du langage pour Saïd, et la stimulation multi sensorielle a probablement renforcé ses capacités de communication.

Cette structure peut être adaptée en fonction des détails spécifiques de Saïd. Si vous avez des informations supplémentaires ou des aspects que vous souhaitez approfondir, je suis là pour vous aider à les intégrer.

2.3. Présentation du Cas : Lyna

Lyna est une jeune fille de 12 ans qui se distingue par son intelligence remarquable et sa nature chaleureuse. Elle montre une affection particulière pour les personnes qui l'entourent, et son attitude positive est évidente dans ses interactions avec les autres.

Lyna est une élève appliquée et performante à l'école, où elle excelle dans ses études. Cependant, elle présente un comportement d'écholalie, c'est-à-dire qu'elle répète souvent les paroles qu'elle entend, ce qui peut parfois affecter la fluidité de ses communications.

En ce qui concerne la musique, Lyna n'a pas de préférence spécifique et semble apprécier toutes les formes et tous les genres musicaux. Sa passion pour la musique pourrait être un atout dans son développement global, notamment pour travailler sur l'écholalie et encourager des modes d'expression plus variés.

2.4. Présentation du Cas : Dania

Dania est une fille de 11 ans diagnostiquée avec un trouble du spectre autistique depuis l'âge de 5 ans. Elle ne parle pas et présente des comportements agressifs, notamment envers elle-même et les autres. Dania a également de grandes difficultés à se concentrer sur des tâches ou des activités, et montre un désintérêt marqué pour la musique, ce qui a posé un défi particulier dans le cadre de la musicothérapie.

2.4.1. Mise en Place de la Musicothérapie

-Type de musicothérapie :

- Les séances ont été individuelles et adaptées aux besoins spécifiques de Dania. Chaque séance durait environ 30 minutes, avec une fréquence de deux fois par semaine.

- Étant donné son aversion pour la musique, les premières séances se sont concentrées sur l'exploration de sons simples et d'activités rythmiques non musicales pour introduire progressivement des éléments musicaux.

-Objectifs thérapeutiques :

- Réduire les comportements agressifs de Dania en utilisant des activités musicales comme moyen d'expression alternative.

- Encourager une meilleure concentration en introduisant des activités rythmées, structurées et répétitives.

- Tenter de susciter un intérêt pour la musique en utilisant des approches non conventionnelles, comme l'utilisation de vibrations musicales ou des instruments tactiles.

2.4.2. Déroulement des Séances

-Progression au fil des séances:

- Les premières séances ont été difficiles, Dania réagissant parfois de manière agressive ou en se désintéressant complètement des activités proposées. Pour éviter de la brusquer, les thérapeutes ont utilisé des instruments à percussion avec des vibrations qu'elle pouvait ressentir, comme des tambours ou des carillons.

- Peu à peu, Dania a montré de légers signes d'intérêt pour les activités rythmiques, en particulier lorsqu'elles impliquaient des mouvements répétitifs ou des stimuli sensoriels comme les vibrations.

- Cependant, l'introduction de musique mélodique a été plus lente, avec une résistance persistante de sa part.

-Observations clés :

- Un moment notable a été lorsque Dania a commencé à frapper un tambour en suivant un rythme simple, bien que ce soit de manière intermittente. C'était l'une des premières fois où elle semblait engager activement dans une activité proposée.
- Elle montrait également des signes de réduction de l'agressivité au cours des séances où elle participait activement, bien que cette amélioration ne soit pas toujours durable en dehors des séances.

2.4.3. Résultats

-Impact sur le développement du langage

- Bien que Dania ne soit pas devenue verbale, elle a commencé à utiliser des sons gutturaux en réponse à certains stimuli musicaux, ce qui pourrait être interprété comme une forme préliminaire de communication.
- L'amélioration la plus notable a été dans la réduction des comportements agressifs pendant les séances, ainsi qu'une légère augmentation de son temps de concentration sur les activités rythmiques.

-Impact sur d'autres aspects du développement

- Dania a montré une meilleure tolérance aux interactions sociales pendant les séances, ce qui pourrait être un signe d'amélioration dans son interaction avec l'environnement et les personnes autour d'elle.
- Son intérêt pour la musique reste limité, mais elle montre une certaine réceptivité aux aspects sensoriels des activités musicales.

2.4.4. Analyse et Interprétation

-Comparaison avec le point de départ

- Par rapport à son comportement initial, Dania a montré des progrès modestes mais significatifs dans la gestion de son agressivité et sa capacité à se concentrer, bien que l'amour pour la musique n'ait pas été développé.

-Interprétation des résultats

- Les résultats montrent que, bien que la musicothérapie traditionnelle puisse ne pas être immédiatement attrayante pour des enfants comme Dania, les éléments sensoriels et

rythmiques peuvent être des points d'entrée efficaces pour encourager la participation et réduire les comportements agressifs.

Si vous avez des informations supplémentaires sur Dania ou souhaitez aborder d'autres aspects de son cas, n'hésitez pas à me le faire savoir.

2.5. Présentation du Cas : Yasser

Yasser est un garçon de 3 ans, diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique. Il présente un regard périphérique, c'est-à-dire qu'il a tendance à éviter le contact visuel direct et observe les objets de manière indirecte. Yasser a également de grandes difficultés à se concentrer sur les tâches ou les activités proposées. Lors d'une séance de musicothérapie, il a cassé une derbouka, ce qui pourrait indiquer des frustrations ou des difficultés à gérer ses émotions ou ses interactions avec les objets.

2.5.1. Mise en Place de la Musicothérapie

-Type de musicothérapie

- Les séances avec Yasser sont courtes, d'environ 20 minutes, pour s'adapter à sa capacité d'attention limitée. Elles se déroulent deux fois par semaine.
- L'accent est mis sur des activités rythmiques simples et l'exploration sensorielle des instruments de musique.

-Objectifs thérapeutiques

- Encourager Yasser à s'engager dans des activités musicales, même de manière passive, pour l'aider à améliorer son attention et à réduire les comportements destructeurs.
- Travailler sur le contact visuel et la focalisation à travers l'utilisation d'instruments qui captent visuellement et auditivement son attention.
- Apprendre à Yasser à interagir avec les instruments de manière positive et non destructive.

2.5.2. Déroulement des Séances

-Progression au fil des séances

- Les premières séances ont montré que Yasser était très distract et avait du mal à se concentrer sur les activités musicales. Son intérêt était très limité, et il semblait parfois agité, ce qui a conduit à l'incident où il a cassé la derbouka.

- En réponse à cela, les thérapeutes ont utilisé des instruments plus résistants et visuellement stimulants, comme des xylophones lumineux ou des tambours colorés, pour capter son attention.
- Progressivement, Yasser a commencé à toucher les instruments, bien que de manière brève et intermittente. Le regard périphérique est resté présent, mais il a montré de légers signes d'intérêt pour les activités rythmiques.

-Observations clés

- Un moment significatif a été lorsqu'il a frappé un xylophone à plusieurs reprises après avoir observé la lumière qui émanait de l'instrument. Bien que cela ait été de courte durée, c'était un signe d'engagement de sa part.
- Malgré son comportement destructeur initial, Yasser a montré une réduction de ce comportement après avoir été introduit à des activités où il pouvait manipuler les instruments de manière plus contrôlée.

2.5.3. Résultats

-Impact sur le développement du langage et de la communication

- Étant encore très jeune et avec des défis importants en matière d'attention, Yasser n'a pas encore montré de progrès notables dans le développement du langage verbal. Cependant, ses interactions avec les instruments ont légèrement amélioré sa capacité à rester concentré pour de courtes périodes.

-Impact sur d'autres aspects du développement

- Yasser a montré une certaine amélioration dans sa capacité à se concentrer, même si cela reste un défi majeur. Le fait de réduire les comportements destructeurs pendant les séances est également un signe positif.

2.5.4. Analyse et Interprétation

-Comparaison avec le point de départ

- Par rapport à son comportement initial, Yasser a montré de petites améliorations dans sa capacité à se concentrer sur des activités visuelles et rythmiques, bien que cela reste limité.

-Interprétation des résultats

- Les résultats suggèrent que pour Yasser, l'approche de la musicothérapie doit être très adaptée à ses besoins sensoriels et à ses capacités de concentration. Les progrès sont modestes, mais ils indiquent qu'avec une approche patiente et personnalisée, il est possible de capturer son attention et de réduire certains comportements problématiques.

2.6. Présentation du Cas Adel

Adel est un garçon de 9 ans, diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique. Contrairement à certains enfants autistes, Adel montre un grand intérêt pour la musique. Il aime écouter différents types de musique et interagir avec des instruments. Ce goût pour la musique pourrait être un atout précieux dans le cadre de la musicothérapie.

2.6.1. Mise en Place de la Musicothérapie

-Type de musicothérapie

- Les séances sont individuelles et durent environ 45 minutes, organisées deux fois par semaine.
- En raison de l'intérêt d'Adel pour la musique, les séances incluent une variété d'activités musicales, telles que la pratique des instruments (piano, guitare, flute), le chant, et des jeux musicaux interactifs.

-Objectifs thérapeutiques

- Utiliser l'intérêt d'Adel pour la musique pour encourager la communication verbale et non verbale.
- Développer des compétences sociales et émotionnelles en utilisant la musique comme moyen d'interaction et de collaboration.
- Améliorer la concentration et la gestion des émotions en intégrant des éléments musicaux dans les activités quotidiennes.

2.6.2. Déroulement des Séances

-Progression au fil des séances

- Adel a montré une grande motivation dès le début des séances. Il a rapidement commencé à jouer des instruments avec enthousiasme et à participer activement aux activités musicales proposées.

- Les séances ont été structurées pour inclure des moments de chant et des jeux musicaux, où Adel a pu utiliser sa voix et ses gestes pour interagir.
- Avec le temps, Adel a montré une amélioration dans ses compétences sociales, en utilisant la musique pour exprimer des émotions et interagir avec le thérapeute de manière plus significative.

-Observations clés

- Un moment notable a été lorsqu'Adel a composé une courte mélodie au piano, utilisant ses compétences musicales pour exprimer des émotions complexes. Cela a non seulement renforcé son engagement dans la thérapie, mais a également montré des progrès dans l'expression créative.
- Adel a également commencé à utiliser des phrases courtes et des mots pour demander des chansons spécifiques ou indiquer ses préférences musicales, ce qui est un progrès important dans sa communication verbale.

2.6.3. Résultats

-Impact sur le développement du langage et de la communication :

- Adel a montré des améliorations dans son utilisation du langage verbal, avec une augmentation des phrases complètes et des demandes spécifiques liées à la musique.
- Sa capacité à exprimer des émotions et des besoins à travers la musique a renforcé ses compétences de communication non verbale.

-Impact sur d'autres aspects du développement :

- L'intérêt pour la musique a favorisé une meilleure concentration pendant les séances et a aidé Adel à gérer ses émotions de manière plus appropriée.
- Adel a également développé des compétences sociales en participant à des jeux musicaux interactifs, ce qui a amélioré ses interactions avec les autres.

2.6.4. Analyse et Interprétation

-Comparaison avec le point de départ :

- Comparé à son comportement initial, Adel a montré des progrès significatifs dans la communication verbale et non verbale, ainsi qu'une amélioration de la gestion des émotions et des compétences sociales.

-Interprétation des résultats

- Les résultats suggèrent que l'intérêt d'Adel pour la musique a été un facteur clé dans son engagement et ses progrès en musicothérapie. Utiliser la musique comme outil principal dans la thérapie a permis d'exploiter ses points forts et de favoriser des développements positifs dans plusieurs domaines.

l'enfant	Age	Caractéristiques principales	Problème observé (s)
Saïd	8 ans	curieux, aime la music rythme	Difficultés de communication verbale
Lyna	12 ans	Très intelligente, aime la music aimante envers tout le monde et elle apprécie la compagnie de tout le monde	Echolalie (répétition des paroles)
Dania	11 ans	N'aime pas la music, agressive	Elle est très réservé et évite les interactions avec les autres, elle est taciturne et se tient à distance des gens
Alla	8 ans	Agitation importante, comportements agressifs	Ne dispose pas du langage fonctionnel pour communiquer
Yasser	3 ans	Regard périphérique	Il a du mal à se concentrer, casse tout et détruit souvent des objets, et fait ce qu'il veut sans écouter il a cassé une derbouka
Adel	9 ans	Aime les activités en groupe mais se retire souvent.	Problème interaction social, anxiété

Le tableau qui présente les caractéristiques et les problèmes observés chez les enfants étudiés dans mon projet de recherche

Dans le cadre de mon projet de recherche sur la musicothérapie et son impact sur les enfants autistes, j'ai élaboré ces guides d'entretien pour mieux comprendre l'expérience et les pratiques des psychologues spécialisés dans ce domaine et les orthophonistes.

3. Les guides d'entretiens

Axe1 : guide d'entretien du psychologue

- Pouvez-vous me parler de votre expérience en tant que praticien de la musicothérapie travaillant avec des enfants autistes ?
- Quel est votre objectif principal lors des sessions de musicothérapie avec ces enfants ?
- Pouvez-vous décrire les techniques spécifiques que vous utilisez lors des séances de musicothérapie avec les enfants autistes ?
- Comment la musicothérapie peut-elle influencer le processus d'apprentissage chez les enfants autistes ?
- En quoi la musique facilite-t-elle la communication et l'interaction sociale chez les enfants autistes ?
- Avez-vous observé des changements spécifiques chez les enfants après des séances de musicothérapie ?
- Avez-vous des exemples de moments où la musique a favorisé des interactions sociales entre les enfants ou entre les enfants et le thérapeute ?
- Comment adaptez-vous votre approche en fonction des besoins individuels de chaque enfant ?
- Comment évaluez-vous les progrès des enfants au fil du temps ?

Axe2 : guide d'entretien d'orthophoniste

- Pouvez-vous nous parler de votre parcours professionnel et de votre expérience en tant qu'orthophoniste ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes et avez-vous utilisé des approches de musicothérapie dans votre pratique ?

- Quelles sont les principales techniques de musicothérapie que vous avez observées ou que vous recommandez pour soutenir le développement du langage chez les enfants autistes ?
- Comment évaluez-vous l'impact de la musicothérapie sur les compétences linguistiques et communicatives des enfants autistes ?
- Pouvez-vous partager quelques exemples concrets de cas où la musicothérapie a eu un impact significatif sur le développement langagier d'un enfant autiste ?
- Quels sont les défis que vous rencontrez le plus souvent lors de l'utilisation ou de l'intégration de la musicothérapie dans la prise en charge des enfants autistes ?
- Comment collaborez-vous avec des musicothérapeutes ou d'autres professionnels pour adapter les séances en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant ?
- Quel est, selon vous, l'avenir de la musicothérapie dans le traitement des troubles du langage chez les enfants autistes ?
- Y a-t-il des recherches ou des avancées récentes en orthophonie ou en musicothérapie qui ont influencé votre pratique ?
- Quels conseils donneriez-vous aux orthophonistes qui souhaitent intégrer la musicothérapie dans leur pratique avec des enfants autistes ?

Axe3 : Guide d'entretien des parents

- Pouvez-vous décrire les premiers signes que vous avez remarqués chez votre enfant qui vous ont amené à penser qu'il pourrait être autiste ?
- Quels défis rencontrez-vous dans la vie quotidienne en tant que parent d'un enfant autiste ?
- Comment votre enfant réagit-il aux changements dans sa routine quotidienne ?
- Quels types de soutien avez-vous recherchés jusqu'à présent et quels ont été les résultats ?
- Avez-vous accès à des services de soutien tels que des thérapies spécialisées ou des programmes éducatifs adaptés ?
- Comment votre enfant interagit-il avec ses pairs et les membres de la famille ?
- Quelles sont vos principales préoccupations concernant l'avenir de votre enfant et sa vie adulte ?

3.1. La psychologue :

En tant que psychologue spécialisé en musicothérapie, j'ai travaillé pendant plus de dix ans avec des enfants autistes dans divers contextes, notamment en cabinet privé et en milieu scolaire. Mon expérience inclut la création de programmes personnalisés de musicothérapie pour répondre aux besoins individuels des enfants, ainsi que la collaboration avec des familles et d'autres professionnels pour optimiser les résultats thérapeutiques.

Mon objectif principal est d'améliorer les compétences de communication, la régulation émotionnelle et les interactions sociales des enfants autistes. La musicothérapie est utilisée pour créer un environnement sécurisant et structuré où les enfants peuvent exprimer leurs émotions, développer des compétences sociales et renforcer leur capacité à se concentrer et à participer à des activités de groupe.

J'utilise une variété de techniques en fonction des besoins individuels de chaque enfant. Parmi celles-ci, on trouve la création musicale, où les enfants jouent des instruments ou chantent, et les improvisations musicales pour encourager l'expression personnelle. Les activités rythmiques sont également employées pour améliorer la coordination et la concentration. Des jeux musicaux structurés aident à développer des compétences sociales et des interactions avec les pairs.

La musicothérapie peut avoir un impact significatif sur le processus d'apprentissage en fournissant des stimuli sensoriels qui aident à renforcer l'attention et la mémoire. La musique peut aussi créer un cadre motivant et engageant qui encourage la participation active et la répétition, deux éléments clés pour l'apprentissage. En favorisant un environnement positif et interactif, la musicothérapie facilite également l'intégration des compétences acquises dans d'autres contextes.

La musique crée un langage universel qui peut contourner certaines difficultés de communication verbale. Les activités musicales, comme le chant et le jeu d'instruments, offrent des opportunités pour des échanges non verbaux et la coopération. La structure rythmique de la musique aide les enfants à suivre des séquences, ce qui peut améliorer leur compréhension des interactions sociales. De plus, le partage de moments musicaux peut renforcer les liens affectifs entre les enfants et les thérapeutes ou leurs pairs.

De nombreux enfants montrent des améliorations significatives après des séances de musicothérapie. Certains deviennent plus réceptifs aux interactions sociales, d'autres montrent une meilleure régulation émotionnelle, et d'autres encore développent des compétences de communication accrues. Par exemple, un enfant qui avait des difficultés à établir un contact visuel a commencé à le faire plus régulièrement après des sessions de musicothérapie ciblées sur le jeu d'instruments.

Un exemple notable est celui d'un groupe d'enfants qui, lors d'une activité de chant collectif, ont commencé à échanger des regards et des sourires tout en chantant ensemble. Cela a conduit à des interactions plus fréquentes et à un sentiment de camaraderie parmi les enfants. De plus, un enfant qui était habituellement très réservé a commencé à participer activement aux jeux musicaux avec le thérapeute, ce qui a ouvert la voie à de meilleures interactions et à une plus grande ouverture.

J'adapte mon approche en fonction des besoins individuels en effectuant une évaluation initiale approfondie pour comprendre les forces, les défis et les préférences de chaque enfant. Je modifie les activités et les interventions en fonction de ces informations, en ajustant la complexité des tâches, le type de musique utilisé et le niveau de soutien fourni. Cette approche personnalisée permet de maximiser les bénéfices de la musicothérapie pour chaque enfant.

Les progrès des enfants sont évalués en utilisant plusieurs outils et méthodes, y compris des observations directes lors des séances, des évaluations standardisées de développement et des retours des parents et des enseignants. Je mets également en place des objectifs spécifiques au début de l'intervention et j'évalue régulièrement si ces objectifs sont atteints. Les ajustements sont faits en fonction des progrès observés pour assurer que la thérapie continue à répondre aux besoins évolutifs des enfants.

3.2. L'orthophoniste

J'ai un diplôme en orthophonie et je travaille dans ce domaine depuis plus de 10 ans. Mon parcours m'a conduit à me spécialiser dans les troubles du spectre autistique (TSA) après avoir travaillé avec de nombreux enfants présentant des difficultés de communication. J'ai également suivi des formations en musicothérapie, car j'ai constaté que la musique peut être un puissant outil de communication pour ces enfants.

Je travaille avec des enfants autistes depuis environ huit ans. J'ai commencé à intégrer des éléments de musicothérapie dans ma pratique il y a cinq ans, après avoir remarqué l'effet positif que la musique avait sur la motivation et l'engagement des enfants lors des séances.

Les techniques que je trouve les plus utiles incluent l'utilisation de chansons simples pour encourager l'imitation verbale, le rythme pour développer la prosodie et l'intonation, ainsi que des jeux musicaux pour renforcer l'interaction sociale. Les instruments comme les tambourins ou les maracas peuvent aussi être utilisés pour renforcer des compétences motrices tout en intégrant des objectifs de communication.

L'impact peut varier d'un enfant à l'autre, mais globalement, j'ai observé que la musicothérapie aide à améliorer l'attention, la capacité à imiter les sons et les mots, et à renforcer les interactions sociales. La musique semble diminuer l'anxiété chez certains enfants, ce qui les aide à s'exprimer plus librement. Certains enfants commencent même à utiliser des mots ou des phrases qu'ils ont appris dans un contexte musical dans leur communication quotidienne. Un exemple qui me vient en tête est celui d'un garçon de six ans qui ne parlait presque pas. En intégrant des chansons qu'il aimait dans les séances, il a commencé à répéter des mots et des phrases simples. Avec le temps, il est devenu plus à l'aise pour utiliser ces mots en dehors des séances, ce qui a marqué un tournant dans son développement langagier.

Un des principaux défis est que tous les enfants ne réagissent pas de la même manière à la musique. Certains peuvent être hypersensibles aux sons ou ne pas montrer d'intérêt. Il est également parfois difficile de maintenir l'attention de l'enfant tout au long de la séance. Il faut donc être très flexible et prêt à adapter les techniques en fonction des réactions de chaque enfant.

La collaboration est essentielle. Je travaille souvent en étroite collaboration avec des musicothérapeutes pour aligner nos objectifs. Nous discutons régulièrement des progrès de l'enfant et ajustons nos approches en conséquence. Parfois, j'assiste aux séances de musicothérapie pour mieux comprendre comment je peux intégrer des éléments musicaux dans mes propres séances d'orthophonie.

Je pense que la musicothérapie a un avenir prometteur dans ce domaine. Les recherches continuent de montrer des résultats positifs, et de plus en plus de professionnels reconnaissent son potentiel. L'intégration de la musicothérapie dans les pratiques d'orthophonie pourrait devenir plus courante, surtout à mesure que nous en apprenons davantage sur son efficacité.

Oui, les études récentes sur la neuroplasticité et la façon dont la musique affecte le cerveau ont vraiment renforcé l'importance d'intégrer la musique dans le traitement des troubles du langage. De plus, les recherches sur l'utilisation de la technologie, comme les applications musicales interactives, ont également influencé ma pratique.

Mon conseil serait de commencer par observer comment les enfants réagissent à la musique, même de manière informelle. Il est important d'être formé ou de collaborer avec des musicothérapeutes pour utiliser les techniques correctement. Soyez prêt à expérimenter et à adapter vos approches en fonction des besoins individuels de chaque enfant, et surtout, soyez patient. Les progrès peuvent être lents, mais ils peuvent aussi être très gratifiant

Question	Réponses de l'orthophoniste	Réponses de la psychologue
1-pouvez-vous me décrire les approches que vous utilisez pour aider les enfants autistes à développer leurs compétences linguistiques ?	Utilisation de supports visuels, jeux de rôle, activités interactives, et routines adaptées aux intérêts des enfants.	Combinaison d'observations directes, évaluations standardisées, et discussions avec les parents pour obtenir un profil complet de l'enfant.
2-comment adaptez-vous vos méthodes en fonction des besoins spécifique de chaque enfant ?	Personnalisation des activités en fonction des préférences et niveaux de compétence, intégration d'activités sensorielles ou visuelles selon les besoins de l'enfant.	Analyse des évaluations et observations pour créer des plans d'intervention Personnalises en collaboration avec les familles.
3-Quels types de progrès observez-vous généralement chez les enfants autistes qui reçoivent une thérapie orthophonique ?	Amélioration dans la capacité à suivre des instructions, utiliser des mots pour exprimer les besoins, et participer à des interactions sociales.	Progrès dans les compétences sociales, gestion des émotions, et comportements fonctionnels.
4-quels sont les défis les plus courants que vous rencontrez lors de la thérapie avec des enfants autistes ?	Gestion des comportements d'évitement, difficulté à maintenir l'engagement, adaptation des activités.	Gestion des comportements répétitifs, adaptation des interventions, et implication des familles.
5-comment mesurez-vous	Observation quotidienne,	Mesure des progrès par

l'efficacité de vos interventions et ajustez vous vos stratégies en conséquence ?	évaluation régulières, collecte de données pour ajuster les stratégies.	rapport aux objectifs, collecte de données comportementales, ajustements en fonction des résultats.
6-comment collaborez-vous avec les familles pour soutenir le développement du langage de l'enfant ?	Formation des parents sur les techniques, conseils pour la maison, réunions régulières pour discuter des progrès.	Formation des parents, intégration de leurs observations, réunions régulières pour ajuster les interventions.
7-pouvez-vous partager des exemples de réussites ou de cas ou les interventions ont eu un impact significatif ?	Amélioration notable dans la formation de phrases complètes et la réduction des comportements problématiques après l'utilisation de supports visuels et de jeux interactifs.	Enfant ayant appris à gérer ses anxiétés et comportements d'évitement grâce à une thérapie comportementale, avec des progrès visibles dans les interactions sociales et la gestion des situations stressantes.

Tableau récapitulatif des réponses fournis par l'orthophoniste et la psychologue :

3.3. Les parents de said

Nous avons remarqué que notre fils n'établissait pas de contact visuel et ne répondait pas à son nom à l'âge de deux ans. Il était aussi très attaché à certaines routines, comme aligner ses jouets de manière répétitive. Il semblait également moins intéressé par les interactions sociales comparé à d'autres enfants de son âge.

L'un des plus grands défis est de gérer ses crises lorsqu'il est frustré ou qu'il ne comprend pas ce qu'on attend de lui. Il a aussi beaucoup de mal à socialiser avec d'autres enfants, ce qui rend les activités en groupe très difficiles.

Il devient très anxieux lorsque sa routine change. Par exemple, si nous modifions l'ordre des activités de la journée ou apportons de petits changements dans son environnement, il peut avoir une crise de colère ou montrer des signes de grande détresse.

Nous avons consulté un orthophoniste pour l'aider avec ses compétences de communication et commencé une thérapie comportementale pour mieux gérer ses comportements. Les progrès sont lents, mais nous avons observé quelques améliorations dans sa capacité à suivre des instructions simples et à gérer ses émotions.

Oui, nous avons accès à un programme éducatif adapté à son école, mais les ressources sont limitées. Nous avons également dû nous inscrire sur une liste d'attente pour obtenir des services de thérapie plus spécialisés, ce qui a entraîné des délais importants.

Il est très réservé et préfère jouer seul. Il a du mal à comprendre les autres enfants et à interagir avec eux. Avec les membres de la famille, il montre parfois de l'affection, mais c'est rare et souvent limité à des moments spécifiques.

Nous nous inquiétons de savoir s'il pourra être autonome à l'âge adulte. Nous espérons qu'il pourra développer les compétences nécessaires pour vivre une vie indépendante, mais nous avons des doutes sur sa capacité à gérer les aspects quotidiens de la vie adulte, comme le travail et les relations sociales.

3.4. Les parents de dania

Dès son jeune âge, nous avons observé que notre fille ne babillait pas comme les autres enfants et avait un intérêt limité pour les interactions sociales. Elle préférait jouer seule avec des objets spécifiques, comme aligner ses jouets, et semblait moins réceptive aux tentatives de communication.

L'un des défis majeurs est de gérer ses sensibilités alimentaires. Elle a des préférences alimentaires très strictes et refuse de manger beaucoup de choses, ce qui complique la préparation des repas et l'équilibre nutritionnel. De plus, elle a du mal à s'adapter aux nouvelles situations ou environnements, ce qui rend les sorties et les déplacements stressants.

Elle devient très perturbée lorsqu'il y a un changement dans sa routine ou dans son environnement. Même des modifications mineures, comme déplacer un meuble dans la maison ou changer l'horaire des repas, peuvent déclencher des crises de colère et une grande anxiété.

Nous avons exploré plusieurs thérapies, y compris l'ergothérapie et la musicothérapie. La musicothérapie a eu un effet positif notable sur son humeur et son comportement, en l'a aidant à se détendre et à exprimer ses émotions de manière plus constructive. Cependant, certains aspects des autres thérapies nécessitent encore des ajustements.

Nous avons accès à un réseau de soutien avec une école spécialisée qui offre des programmes adaptés à ses besoins. Cependant, l'accès aux services de thérapie spécialisée est limité par la distance, ce qui nous oblige à faire de longs trajets pour certaines séances.

Elle a tendance à ignorer les autres enfants et ne participe pas vraiment aux jeux de groupe. Avec les membres de la famille, elle est plus à l'aise, surtout avec nous, ses parents, mais elle montre peu d'intérêt pour interagir avec ses frères et sœurs. Les moments de jeu en famille sont souvent centrés sur des activités que nous savons qu'elle apprécie.

Nous sommes préoccupés par son intégration sociale et professionnelle future. Nous avons des craintes qu'elle ne trouve pas sa place dans un environnement de travail traditionnel ou qu'elle ne parvienne pas à nouer des relations significatives. Nous réfléchissons également à la manière dont elle sera prise en charge si nous ne sommes plus en mesure de le faire.

3.5. Le parent adel

Les premiers signes sont apparus vers 18 mois. Notre fils ne répondait pas à nos tentatives de communication et montrait peu d'intérêt pour les jeux d'imitation, contrairement à ce que nous observions chez d'autres enfants de son âge. Il avait également des comportements répétitifs, comme tourner les roues de ses jouets sans fin.

Un grand défi est de gérer ses comportements répétitifs et obsessionnels, comme sa fixation sur certains objets ou activités spécifiques. Cela complique beaucoup les sorties et les

changements de routine. De plus, ses besoins particuliers rendent les moments de calme en famille moins fréquents.

Il réagit de manière imprévisible aux changements. Parfois, il peut tolérer de petites modifications sans problème, mais d'autres fois, même des ajustements mineurs comme un changement dans l'horaire des repas peuvent déclencher une grande agitation et des crises de colère.

Nous avons cherché de l'aide auprès d'une association locale qui offre des groupes de soutien pour les parents et des thérapies spécialisées. Ces groupes nous ont aidés à mieux comprendre les défis spécifiques et à développer des stratégies pour les gérer. Les thérapies spécialisées ont montré des résultats positifs dans la gestion de certains comportements, mais il y a encore des aspects à améliorer

Nous avons un bon accès aux services de soutien éducatif dans son école, mais les services de thérapie spécialisés sont souvent complets. Nous avons dû attendre longtemps pour obtenir des rendez-vous, ce qui a parfois retardé le début de certaines interventions.

Il interagit très peu avec les autres enfants et a du mal à comprendre les règles des jeux sociaux. Il préfère souvent rester à l'écart ou observer les autres. Avec la famille, il est plus détendu, surtout avec ses parents et ses frères et sœurs, mais il a encore des difficultés à engager des interactions significatives et à participer aux activités familiales.

Nous sommes préoccupés par son intégration dans la société adulte. Nous nous demandons s'il sera capable de vivre de manière indépendante et de trouver un emploi qui lui convienne. Nous nous inquiétons également de sa capacité à nouer des relations significatives et à gérer les aspects de la vie quotidienne sans notre soutien constant.

3.6. Le parent de yasser

Nous avons commencé à nous inquiéter lorsque notre enfant, dès l'âge de 16 mois, n'a pas commencé à utiliser des gestes pour communiquer et semblait moins intéressé par les jeux interactifs. Il avait également une préférence marquée pour les objets en rotation, comme les roues de ses jouets, et évitait le contact visuel il a du mal a ce concentrer il détruit les choses a la maison on remarquer son agressivité

Un des plus grands défis est la gestion de ses réactions excessives aux stimuli sensoriels. Il est très agressive aime pas les gens , ce qui rend les sorties en public très difficiles. De plus, il est

souvent très rigide dans ses habitudes et résiste fortement aux changements, ce qui complique les activités familiales et les déplacements.

Il réagit très mal aux changements dans sa routine quotidienne. Même de petites modifications, comme un changement d'heure pour ses repas ou une modification de l'ordre des activités, peuvent le perturber énormément et entraîner des comportements de retrait ou de colère.

Nous avons cherché du soutien en consultant des spécialistes en comportement et en inscrivant notre enfant à des groupes de soutien pour les enfants autistes. Les spécialistes ont pu nous fournir des stratégies pour gérer certains de ses comportements, et les groupes de soutien ont été très utiles pour partager des expériences et des conseils. Cependant, nous avons parfois trouvé ces soutiens insuffisants pour répondre à tous ses besoins.

Oui, nous avons accès à certains services de soutien, notamment à des thérapies spécialisées comme l'ergothérapie et la thérapie comportementale. Nous avons également trouvé un programme éducatif adapté qui semble bien correspondre à ses besoins. Cependant, la disponibilité de ces services peut être limitée et les délais d'attente sont parfois longs.

Il a des difficultés à interagir avec ses pairs. Il préfère souvent jouer seul et a du mal à participer à des jeux de groupe ou à comprendre les interactions sociales. Avec les membres de la famille, il est plus à l'aise, surtout avec ses parents et ses frères et sœurs, mais il reste souvent distant et a du mal à exprimer ses émotions.

Nous sommes inquiets de savoir s'il sera capable de vivre de manière autonome à l'avenir. Nous nous demandons également comment il s'intégrera dans la société et s'il pourra avoir une vie sociale et professionnelle épanouissante. Nous avons des préoccupations quant à sa capacité à gérer des tâches quotidiennes sans notre aide et à faire face aux défis de la vie adulte.

3.7. Le parent de Lyna :

Les premiers signes que nous avons remarqués chez notre fille étaient sa tendance à répéter les mêmes phrases ou mots, ce qui nous a semblé étrange. Elle avait aussi du mal à comprendre les jeux de rôle et les interactions sociales typiques des autres enfants de son âge. Nous avons aussi observé qu'elle avait une très grande intelligence, mais que ses interactions avec les autres étaient parfois limitées, ce qui nous a conduits à consulter des spécialistes.

En tant que parent, les principaux défis que nous rencontrons sont liés à ses comportements répétitifs et à sa difficulté à comprendre les nuances sociales. Parfois, elle a du mal à suivre les conversations ou à s'adapter aux changements dans sa routine, ce qui peut entraîner des frustrations. De plus, bien qu'elle soit très intelligente, ses interactions avec les autres enfants ne sont pas toujours fluides, ce qui peut rendre les situations sociales plus compliquées pour elle et pour nous.

Elle réagit généralement mal aux changements dans sa routine quotidienne. Elle a besoin de prévisibilité pour se sentir en sécurité. Lorsque nous devons modifier son emploi du temps ou introduire de nouvelles activités, elle peut devenir anxieuse et éprouver des difficultés à s'adapter. Nous essayons de lui expliquer les changements à l'avance et de maintenir une certaine stabilité dans la mesure du possible pour minimiser son stress.

Nous avons recherché plusieurs types de soutien pour aider Lyna. Nous avons commencé par consulter des spécialistes en autisme pour obtenir un diagnostic précis et des recommandations. Nous avons également intégré des séances de musicothérapie, qui ont eu un impact positif en termes de développement du langage et de socialisation. De plus, nous avons cherché du soutien à travers des groupes de parents et des ateliers pour mieux comprendre ses besoins et partager des stratégies avec d'autres familles. Globalement, ces soutiens ont été bénéfiques et nous ont aidés à mieux gérer les défis quotidiens.

Oui, nous avons accès à plusieurs services de soutien pour Lyna. Elle bénéficie de thérapies spécialisées, comme la musicothérapie et des séances d'orthophonie, qui l'aident à améliorer ses compétences en communication et à mieux gérer son écholalie. De plus, nous avons inscrit Lyna dans des programmes éducatifs adaptés qui prennent en compte ses besoins spécifiques et lui offrent des méthodes d'apprentissage adaptées à son rythme. Ces services ont été précieux pour son développement et sa gestion quotidienne.

Lyna est généralement aimable et sociable avec les membres de la famille, et elle aime passer du temps avec eux. Cependant, ses interactions avec ses pairs peuvent parfois être compliquées en raison de son écholalie et de sa difficulté à comprendre les subtilités sociales. Elle a parfois du mal à s'intégrer dans les jeux collectifs ou à suivre les règles sociales implicites, mais elle fait des efforts pour être amicale et participer aux activités.

Ma principale préoccupation concernant l'avenir de Lyna est de savoir comment elle s'adaptera à la vie adulte, surtout en ce qui concerne son indépendance et son intégration sociale. Je m'inquiète de son niveau d'autonomie, de ses interactions avec les autres et de sa

capacité à gérer des situations complexes. Je suis également préoccupée par la manière dont elle pourra trouver un emploi qui lui convient et être soutenue tout au long de sa vie. Nous faisons de notre mieux pour lui fournir les outils et le soutien nécessaires pour l'aider à s'épanouir et à atteindre ses objectifs futurs

CHAPITRE IV

La prise en charge des enfants autistes

8. Prise en charge des enfants autistes par les orthophonistes et psychologues

Au sein de l'association, la prise en charge des enfants autistes s'appuie sur les principes du programme TEACCH, qui propose un cadre structuré et individualisé pour chaque enfant. Les orthophonistes et psychologues travaillent en collaboration pour développer les compétences langagières, comportementales et cognitives des enfants autistes

9. Qu'est ce que le programme (TEACCH)

La division TEACCH (treatment and education of autistic and related communication handicapped children, traitement et éducation des enfants avec autisme et autre handicap de la communication).

Crée aux Etats-Unis il ya maintenant plus de trente ans a été reconnue officiellement comme programme d'état en 1972.

Depuis cette date, la caroline du nord offre donc un ensemble de services aux personnes autistes et a leur famille en proposant un suivi qui commence au moment du diagnostic et se poursuit jusqu'à l'âge adulte. (Bernadette Rogé autisme comprendre et agir 2004, p 14).

10. Le programme TEACCH

Comporte 296 activités d'enseignement reparties dans 10 domaines fonctionnels en fonction de l'âge mental de chaque enfant autiste.

- 1- Imitation
- 2- La perception
- 3- Motricité générale
- 4- Motricité fine
- 5- Coordination œil
- 6- Performance cognitive
- 7- Compétence verbale
- 8- Autonomie
- 9- Sociabilité
- 10- comportement

Plus de 800 enfants autistes provenant de toutes les régions du pays ont bénéficié de ce programme, plus de 450 mamans Co-thérapeutes ont été formées, plus de 150 psychologue, orthophoniste, éducatrices et psychiatre ont bénéficié d'un stage d'initiation d'un mois dans le service à titre gracieux pour se former au programme TEACCH. (ould taleb mahmoud, application de programme de shopler (TEECCH)1997-2014, p 13)

Limitation

Est un fondement d'instruction et de développement, sans limitation l'enfant ne peut apprendre à parler et acquérir d'autres comportements nécessaires à sa culture. Les talents fondamentaux de l'enfant comprennent la répétition directe des vocalisations et des battements de mains, et sont généralement acquis au commencement de la vie. Limitation de comportements spécifiques plus complexes vient plus tard. (SHOPLER E, 2005, P.1)

La perception

Un grand nombre des problèmes d'apprentissage et de comportement présenté par les enfants autistes proviennent d'un désordre dans la perception ou le traitement de l'information sensorielle. Ces difficultés peuvent affecter chacun des modes sensoriels ou une combinaison comportant l'audition, la vision, le toucher, l'odorat, et le goût. (SHOPLER E, 2005, P, 21).

La motricité générale

Le développement des aptitudes motrices générales constitue une partie importante du programme d'enseignement de tout enfant. En maintenant le programme de développement de la motricité générale de l'enfant dans le cadre structure, des activités agréables de motricité générale peuvent contribuer au développement de la conscience que l'enfant a de son corps et de sa relation à son environnement. (SHOPLER E, 2005, P39).

La motricité fine

Les aptitudes de motricité fine se rapportent particulièrement aux activités qui comportent l'usage des mains et des objets. (SHOPLER E, 2005, P, 66)

Coordination œil main

La coordination des aptitudes est l'une des principales faiblesses des enfants autistes. La plupart des exercices de motricité fine visent à enseigner à l'enfant à saisir et manipuler les objets. (SHOPLER, E, 2005 P.85)

Performances cognitives

Toute performance nécessaire à l'organisation et la compréhension des informations venant de l'environnement, il s'agit de deux domaines qui sont :

- la compréhension réceptive de moyen de communication orale, mimique et symbolique.
- Des capacités de performances telles que : assortir, ranger dans une catégorie et classer dans une série. (SHOPLER E, 2005, P. 116)

Compétences verbales

Chaque programme de langage doit être individualisé en fonction des handicaps et aptitudes spécifiques de l'enfant. Les objectifs des exercices sont : un début de vocalisation, la prononciation d'un mot isolé, de courtes phrases, des réactions sociables et des descriptions d'action et d'événement. (SHOPLER E, 2005, P 142)

L'autonomie

Enseigner aux enfants autistes les capacités qui leur permettront de se tirer d'affaire de manière indépendante dans leur environnement. Les secteurs les plus importants dans lesquels ces capacités doivent être développées sont : se nourrir, aller aux toilettes, se laver, et habiller. (SHOPLER E, 2005, P169)

La sociabilité

Dans une conception étendue, le comportement en société inclut l'établissement d'un comportement positif ou favorable aux contacts sociaux et la diminution des bizarries autistiques et des problèmes de comportement. (SHOPLER E, 2005, P185)

Le comportement

Les cinq catégories générales de problème de comportement rencontrées le plus souvent chez les enfants autistes : l'automutilation (se mordre, se cogner la tête), l'agressivité (frapper ou cacher), le comportement destructeur (jeter des objets, hurler), la persévération

(l'interminable répétition de questions) et les comportements déficitaire (l'impulsivité) (SHOPLER E, 2005 P202)

La méthodologie

Les leçons du programme de SHOPLER est structurée en 4 parties :

But, objectif, fourniture et procédure.

Première leçon d'imitation

Frapper en imitant

Imitation, motricité, 0-1 an

Motricité fine, saisir 0-1 an

Perception visuelle, 0-1 an

But : apprendre a imiter l'usage de fourniture.

Objectif : imiter le fait de frapper avec une cuiller.

Fournitures : deux cuillers et un pot.

-Asseyez l'enfant a la table et capter son attention en balançant la cuiller dans son champ visuel. En suite frapper la cuiller sur la table selon un certain rythme. Avec l'autre main, mettez la cuiller dans la main de l'enfant et renforcer sa prise. Commencer a le faire frapper la cuiller contre la table, selon le rythme suivi par votre autre main. Diminuer graduellement la maitrise de sa main pour voir sil continuera a frapper sans votre aide. Lorsqu'il arrive a frapper sur la table sans aide, passez de frapper sur la table a frapper sur le pot et continuez votre propre mouvement. Continuez l'exercice jusqu'a ce qu'il puisse imiter le fait de passer de la table au pot et retour sans que vous ayez a guider a chaque fois sa main.(SHOPLER E,2005,P,2)

11. Les principes du programme TEACCH

Les Operations doivent être cadrées, elles se déroulent selon les six principes directeurs de SHOPLER, qui sont les suivants :

Le silence

C'est la condition minimum pour permettre à l'enfant d'éviter les autres stimulations (l'enfant autiste n'arrive pas à filtrer les sources d'information). (OULD TALEB M, 2015, P. 18-19)

La disponibilité

La disponibilité des thérapeutes et des mamans Co-thérapeutes (l'enfant exige beaucoup d'énergie ou la thérapeute doit s'engager à mettre son affect et son intelligence pour une bonne stimulation).

La réciprocité

C'est le décodage ou l'analyse des émotions émises par l'enfant pour comprendre ses besoins et ses désirs.

Espace-temps

Le choix de l'endroit et du temps de la stimulation est très important, il faut qu'ils soient les mêmes pour ne pas perturber l'enfant et lui faciliter l'intégration des repères temporels et spatiaux, (30 minutes de stimulation suffisent pour que l'enfant soit en bonne forme et non épuisé). (OULD TALEB M, 2015, P.19)

Commencer et terminer la séance de stimulation par le jeu

Pour débuter avec du plaisir et établir un support émotionnel ou affectueux,

Laisser un intervalle libre entre les stimulations

Il faut une pose de 3 à 5 secondes, dans l'intervalle des essais, il est nécessaire de compléter l'enfant pour l'encourager.

Conclusion

Conclusion

La présente recherche avait pour objectif d'explorer le rôle de la **musicothérapie** dans le **développement du processus d'apprentissage chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA)**. À travers une approche clinique et une étude de terrain menée au sein de l'**Association El Amel à Amizour**, nous avons tenté de comprendre comment la musique, utilisée comme médiateur thérapeutique, pouvait favoriser les capacités cognitives, émotionnelles, langagières et relationnelles de ces enfants.

Les observations menées auprès de plusieurs enfants présentant des profils variés (enfants verbaux, non verbaux, agités, passifs, ou hypersensibles) ont révélé des **réactions positives et encourageantes** face à l'utilisation de la musique. Chez certains, la musique a facilité l'émergence de **regards partagés**, d'**échanges sonores**, voire de **mots spontanés**. Chez d'autres, elle a permis une amélioration de la concentration, une diminution des comportements agressifs ou stéréotypés, et un renforcement du lien avec le thérapeute. Ces effets, bien que parfois subtils, témoignent de la capacité de la musique à **stimuler les fonctions cérébrales**, à **soutenir la structuration du temps et de l'espace**, et à **favoriser la communication non verbale**.

Cette étude confirme donc que la musicothérapie, loin d'être une simple activité récréative, représente une **approche thérapeutique sérieuse**, à intégrer dans les dispositifs de prise en charge des enfants autistes. Elle permet d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de chaque enfant, dans une dynamique respectueuse de son rythme, de ses particularités sensorielles et de ses modes d'expression. Elle vient également **compléter d'autres approches éducatives et comportementales**, telles que le programme TEACCH, en offrant un espace de créativité et de détente, propice à l'apprentissage.

En conclusion, cette recherche ouvre la voie à de **nouvelles perspectives cliniques et scientifiques**. Il serait pertinent, dans le futur, d'élargir ce travail à un échantillon plus large, de combiner des outils d'évaluation plus précis (grilles d'observation, enregistrements audio-visuels, tests cognitifs), et d'intégrer des collaborations pluridisciplinaires avec des orthophonistes, psychologues, éducateurs et musicothérapeutes certifiés. Ainsi, la musicothérapie pourra continuer à démontrer son efficacité en tant que **levier de développement global** pour les enfants porteurs de TSA.

Bibliographie

- Alvin, J. (1978). *Music Therapy with Autistic Children*. Oxford University Press.
 - Bruscia, K. E. (1998). *Music Therapy: An Introduction with Case Studies*. Barcelona Publishers.
 - De Backer, J., & Sutton, J. (2014). *The Music in Music Therapy: Psychodynamic Music Therapy in Europe: Clinical, Theoretical, and Research Approaches*. Jessica Kingsley Publishers.
 - Dunn, H. (2000). *Autism and Music Therapy: A Positive Approach*. Jessica Kingsley Publishers.
 - Dunn, H., Schwartz, E., & Hammel, A. (2019). *Music Therapy and Autism Across the Lifespan*. Jessica Kingsley Publishers.
 - England, A. M. (2015). *Music Therapy for Children with Autism*. Self-Published.
 - Kern, P., & Humpal, M. (2012). *Music Therapy and Autism Spectrum Disorder: Helping Children Learn, Grow, and Flourish*. Jessica Kingsley Publishers.
 - Ould Taleb, M. (2014). *Application Du Programme De Schopler (TEACCH) en Algerie 1997-2014*
 - Rogé, B. (2003). *Autisme : comprendre et agir*. Odile Jacob.
 - Schwartz, E. (2008). *Music, Therapy, and Early Childhood: A Developmental Approach*. Barcelona Publishers.
 - Unkefer, R. F. (1990). *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders*. Macmillan.
-

Résumé du mémoire

Ce mémoire explore l'impact de la **musicothérapie** sur le processus d'apprentissage chez les **enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA)**. Réalisée au sein de l'**Association El Amel à Amizour**, cette étude vise à comprendre comment la musique peut devenir un outil thérapeutique favorisant le développement des capacités cognitives, langagières, sociales et émotionnelles de ces enfants.

À travers une **démarche clinique et observationnelle**, plusieurs **études de cas** ont été menées sur des enfants présentant des profils variés (verbaux, non verbaux, agités, musicophiles ou non réceptifs). L'observation a permis de mettre en lumière les effets positifs de la musicothérapie : amélioration de l'attention, stimulation du langage, renforcement du lien social, réduction des comportements agressifs et développement de la motricité fine.

L'approche adoptée s'appuie sur des références théoriques solides, notamment les travaux de **Marie-Dominique Amy, Mahmoud Ould Taleb et Bernadette Rogé**, tout en intégrant des pratiques inspirées du programme **TEACCH**.

Les résultats de l'étude soulignent l'importance d'une prise en charge individualisée et la nécessité de considérer la musique non pas seulement comme un loisir, mais comme un véritable **outil thérapeutique** dans l'accompagnement des enfants autistes.
