

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master II

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème

***Le rôle de la crèche dans l'acquisition de l'autonomie
chez les enfants autistes âgés entre 2 à 6 ans.***

***Etude de sept (7) cas réalisé au niveau d'une crèche et
préscolaire à Bejaia.***

Réalisé par :

- HAMADI Karima
- KHALDI Zina

Encadré par :

Dr. BAA Saliha

Année universitaire : 2016/2017

Remerciement

On remercie Dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Nous tenons à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'études

Notre remerciement s'adresse à Mme BAA à son aide et son encadrement exceptionnel durant notre préparation de ce mémoire.

Notre remerciement s'adresse également à tous les psychologues pour leur générosité et la grande patience surtout Bedhouche Hakim et Tahir Hassan.

Nos plus vifs remerciements vont également à tous les membres de jury pour avoir accepté d'évaluer notre travail.

Nos profonds remerciements vont également à toutes les personnes qui nous ont aidés et soutenu de près ou de loin et surtout à Mme Bouhafna Chahrazed et l'association de APCEA.

Dédicaces

*Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie, que
je dédie mon travail à mes très chers respectueux et magnifique
parents qui m'ont soutenus toute au long de ma vie.*

A mon très cher frère Zahir

A ma très cher sœur Soltana

A mes tantes et mes oncles.

A mon amie et ma sœur d'enfance Sabrina

A ma collègue Zina

*Enfin je dédie ce mémoire à toute la promotion de psychologie
clinique 2012.2017.*

Kari.

Dédicaces

Ce modeste travail est dédié à : ma mère la prunelle de mes yeux, mon père l'éclat de mes jours.

Ma chère est unique sœur Hakima.

Mes chères frères Hicham et yacine.

Toutes ma familles, mes grands parents que le bon Dieu les gardent, mes oncles et tantes.

Mes cousins et cousines

Mes adorables sœurs que la vie à oublier de me donner Thanina et Nihad.

Mes cher(e)s ami(e)s: Ibtissem, Khierddinne, Ounissa, Kahina, Mira, Syla, Kahina, Lamia, Souad, Bilal, Massinissa, Liza.

Ma binôme Karima et toute la promotion Master 2 psychologie clinique 2016/2017.

Nouna.

Sommaire

Introduction.....	1
-------------------	---

Chapitre 1 : la crèche

Préambule	5
1. Historique	5
2. Définition de la crèche.....	6
3. Les objectifs de la crèche	8
4. Les établissements d'accueil de la petite enfance	8
5. Le personnel de la crèche et son rôle.....	9
6. Activités proposées par la crèche.....	11
Résumé.....	15

Chapitre 2 : l'autonomie

Préambule.....	17
1. Définition de l'autonomie	17
2. La propreté.....	17
3. L'autonomie	20
4. Les théories explicatives de l'autonomie	25
5. Les types de l'autonomie	27
Résumé.....	29

Chapitre 3 : l'autisme

Préambule	31
1. Historique	31
2. Définition	33

3. Les signes cliniques de l'autisme.....	34
4. Les formes de l'autisme	36
5. Diagnostic et évaluation du syndrome de l'autisme	40
6. La prise en charge.....	43
Résumé.....	48

Chapitre 4 : méthodologie de la recherche

Préambule.....	50
1. La problématique et les hypothèses.....	50
2. Définition des concepts clés	54
3. Le lieu de recherche.....	55
4. Présentation de la population de la recherche	56
5. La pré-enquête.....	57
6. La démarche de la recherche	58
7. Les outils d'investigation	59
8. La population d'étude	61
9. Déroulement de la recherche	61
Résumé.....	62

Chapitre 5 : présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule.....	64
1. Présentation et analyse du cas d'Axel.....	64
2. Présentation et analyse du cas de Malak.....	69
3. Présentation et analyse du cas de Dilan.....	73
4. Présentation et analyse du cas de Mahdi.....	78

5. Présentation et analyse du cas d'Anir.....	82
6. Présentation et analyse du cas d'Ales.....	86
7. Présentation et analyse du cas de Mouloud.....	91
8. Discussion des hypothèses.....	95
Conclusion	98
Liste bibliographique.....	100
Annexe.	

Liste des abréviations :

ABA : (Applied Behaviour Analysis) ou Analyse Appliquée Comportement.

TED : Trouble Envahissant du Développement.

TAS : trouble de spectre autistique.

TEACCH : Treatment and éducation of Autistic and related communication handicapped Children ou traitement et éducation des enfants autiste souffrants d'handicap apparentés de la communication.

AVS : Auxiliaire de vie scolaire.

OMS : organisation mondiale de la santé.

DSM-IV : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV.

CIM-10 : classification international des maladies mentales-10.

QI : quotient intellectuel.

PEP : la psycho éducationnel profil.

TCC : thérapies cognitivo-comportementales.

IDE : inventaire du développement de l'enfant.

ORL : Otorhinolaryngé.

EEG : électroencéphalogramme.

IRM : imagerie par résonance manétique.

Liste des tableaux :

Tableau 1 : caractéristiques du groupe de recherche.

Tableau 2 : présentation de la population d'étude.

Introduction

Introduction :

L'autisme est considéré comme un des troubles globaux du développement, apparaissant généralement avant l'âge de trois ans et se traduisant par des troubles de la communication, les interactions sociales et le comportement. Les garçons sont trois fois plus touchés que les filles.

Dans les troubles sévères du développement connus désormais sous le terme générique de trouble envahissants de développement (TED), la forme principale est l'autisme infantile, mais les TED englobent des syndromes voisins de l'autisme qui s'en différencient par des profils de développement ou une sévérité globale différents. Comme l'élargissement du concept d'autisme à la catégorie des TED est relativement récent, les travaux sont plus robustes pour l'autisme infantile proprement dit que pour les TED.

Des milliers d'enfants naissent partout dans le monde, c'est un heureux évènement pour toute la famille, mais malheureusement certains d'eux sont bouleversés et le sourire s'efface de leurs visages dès qu'ils remarquent que le développement de leurs enfants est différent des autres, car ils sont porteurs des troubles, handicaps, ou des maladies plus ou moins graves qui sont à l'origine de la souffrance non seulement de ces enfants mais aussi de leurs parents et environnement familial et social.

Donc il est important d'avoir des connaissances sur l'autisme et sur leurs droits et leurs difficultés de s'adapter à une société inflexible qui ne satisfait pas leurs besoins différents et spécifiques pour les aider à avoir une vie comme les autres personnes.

Il est donc important de favoriser une prise en charge globale qui aura pour objectif le développement des différents domaines d'acquisitions (compétences sociales, langage, communication non verbale, acquisition de l'autonomie). Ceci est indispensable afin de permettre une intégration sociale et scolaire.

La notion d'autonomie est un point essentiel auquel nous apportons beaucoup d'importance, c'est une vraie source d'apprentissage, elle fait partie du quotidien de l'enfant dès son jeune âge, à la maison comme à la crèche des activités spécifiques et des méthodes sont développées autour de cette notion d'autonomie, permettant une place très importante dans sa vie quotidienne.

Les parents savent bien qu'ils doivent guider leur enfant dans ce processus d'autonomie, et ils jouent un rôle très important dans la progression de l'enfant, à travers l'éducation les autistes ont besoin d'un cadre très

structuré pour apprendre. Pour cela certaines crèches peuvent accueillir ces enfants pendant la journée dans le but de les accompagner et donc de les aider à une prise d'autonomie motrice : déplacement, alimentation, habillement et propreté, se débrouiller seul sur le plan psychologique : pouvoir jouer seul, rester un moment tranquille, en appliquant des méthodes thérapeutiques spécifiques pour diminuer leurs difficultés.

Le choix de notre thème de recherche s'est dessiné d'emblée ou on a découvert l'existence de l'autisme, qui nous a inspiré et nous a donné la curiosité d'avoir plus d'information sur le sujet. Aujourd'hui de nombreux travaux publiés portent sur la question de l'autonomie des enfants autistes et les difficultés rencontrées par ces enfants dans la vie quotidienne et le combat permanent des parents pour intégrer leurs enfants dans la société et dans des établissements spécialisés, pour une meilleure prise en charge de cette catégorie de personne et un meilleur lendemain. Cette réalité sur la situation des enfants autistes nous a beaucoup interpellés.

Donc, on s'est intéressé à cet handicap afin :

- Avoir des connaissances plus développées sur l'autonomie des enfants autistes.
- Ce sujet pourra nous aider dans notre carrière professionnelle.
- L'envie de connaître la capacité de ces enfants dans l'acquisition de l'autonomie.
- Découvrir et trouver la meilleure méthode pour arriver à l'acquisition de l'autonomie chez les enfants autistes.

L'objectif de notre recherche se focalise sur « le rôle de la crèche dans l'acquisition de l'autonomie chez les enfants autistes », l'apprentissage de l'autonomie est une priorité dans le projet éducatif d'un enfant autiste, pour cela on a effectué notre recherche dans une crèche et préscolaire « ma première page » qui se situe à EL KOUDS dans la wilaya de Bejaïa qui accueille des enfants autistes.

Pour réaliser notre recherche sur le terrain, nous nous sommes basés sur la méthode descriptive, et l'étude de cas pour avoir des informations sur la capacité des enfants atteints d'autisme et leurs compétences dans l'acquisition de l'autonomie, et les changements observés chez eux. Les techniques de recherche et d'investigation utilisées dans cette recherche sont l'observation clinique et l'entretien.

Pour éclairer notre thème de recherche nous avons élaboré un plan de travail qui est subdivisé en cinq chapitres :

Chapitre 1 : consacré à la crèche.

Chapitre 2 : qui traite de l'autonomie chez les enfants autistes.

Chapitre 3 : qui porte sur l'autisme.

Chapitre 4 : qui présente la méthodologie de recherche : on a présenté le lieu du stage ainsi les étapes de notre recherche.

Chapitre 5 : consacré à la présentation, l'analyse et la discussion des résultats. Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion.

Chapitre 1 :

La crèche

Préambule :

Dans ce chapitre nous présenterons un bref rappel historique sur la crèche et les différents acteurs qui interviennent dans cette structure qu'est un service de garde dans la journée des enfants en bas âge (3 à 5 ans) dont les parents généralement travaillent.

1. Aperçu historique sur les crèches :

Les crèches sont nées d'une nécessité sociale, comme le développement de l'activité professionnelle des femmes. Au départ, ces lieux ont été conçus davantage pour soulager les parents que pour accueillir les enfants.

Des initiatives locales ont pu voir le jour pour aider les familles accaparées par leurs travaux extérieurs. La première est recensée dans Las Vosges en 1770, mais c'est au milieu du XIX^e siècle que des grands collectifs s'organisent à plus grande échelle. Cependant, le personnel n'a aucune qualification, des épidémies se développent. (Shauders.S, 2007, p. 86).

Comme le dit Rollet, « dans l'esprit de son fondateur, la crèche était bien autre chose qu'une garderie modèle, elle était investie d'un projet familial et éducatif conforme à la vision bourgeoise et catholique de la vie familiale et de la place de différentes classes sociales dans la société globale ». Il s'agit donc de transformer la famille ouvrière, à l'époque souvent éclatée et misérable, en famille normale, selon le modèle bourgeois. (Guidetti,M et al, 2000, p. 107).

Au début de XX^e siècle, les progrès de la médecine vont imposer une philosophie hygiéniste rigoureuse qui primera jusque dans les années soixante. Les crèches fonctionnent alors sur un modèle hospitalier, ce n'est qu'en 1965 avec l'arrivée des psychologues dans les crèches et des jardiniers d'enfants (les éducatrices) qu'une réflexion sur l'aménagement des lieux et l'organisation des activités pour les enfants âgés de 2à3 ans débute.

L'arrivée des psychologues dans les crèches fut très controversée. Si au départ, ils étaient surtout présents pour évaluer à l'aide de test le niveau intellectuel de l'enfant, ils s'intéressent dès 1968 à son développement psychoaffectif, de plus en plus, ils vont s'intéresser à l'enfant dans une

perceptive globale, prennent en compte son environnement familial et son quotidien à la crèche. (Guidetti, M et al, 2000, pp. 86-87).

Pour le cas de l'Algérie, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, avec la scolarisation des deux sexes, les exigences des jeunes algériens vont émerger quant au choix du partenaire conjugal et au travail féminin à l'extérieur du foyer. (Benghabrit-Remaounn.N, 2005, p. 101).

La garde de la petite enfance commence à devenir un besoin d'autant plus important, que les couples vivent de moins en moins avec la famille élargie. Ce besoin était tel que des sociétés nationales ont ouvert des structures pour les enfants de leurs personnels en particulier féminin, ainsi comme le montre l'étude réalisée en 2003, 10% de l'ensemble des structures existantes actuellement, ont été créés durant les années soixante-dix.

Comme la demande n'a pas cessé d'augmenter et le problème des femmes travailleuses était la garde des enfants, la circulaire de 1976 va officialiser l'existence des structures d'accueil de la petite enfance pour tout le secteur public, mais ce n'est pas que depuis la parution du décret exécutif de 1992 du ministère de l'action sociale et du travail, que les privés ont pu ouvrir officiellement et qu'on a connu l'explosion du nombre de ce type de structures. (Benghabrit-Remaounn.N, 2005, p. 102).

L'existence de crèche permet aux femmes de se consacrer à leur travail en étant rassurées sur leurs enfants. Dans ce cadre, 1774 crèches à travers le territoire national, institutions, qui accueillent 92,168 enfants, aident les femmes à trouver un équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle. (Rapport national de la république algérienne démocratique et populaire, 2014, p.20).

La wilaya de Bejaïa compte officiellement 20 crèches et garderies de la petite enfance, selon les chiffres diffusés par la Direction de l'action sociale. Au chef-lieu de wilaya. (K.Gaci, 2008).

2. Définition de la crèche :

Les crèches sont des établissements d'accueil des enfants de moins de 3 ans, durant la journée, qui ont pour vocation le bien être psychique de l'enfant et de son éducation, disposant en principe d'un personnel qualifié. (Bloch,H et al, 1999, p. 225).

Ce sont des structures pour les enfants bien portants qui pendant une grande partie de la journée, ne peuvent pas être gardés dans leurs familles, elles assurent le garde des nourrissons, d'enfants d'âge préscolaire et parfois d'enfants d'âge scolaire et fonctionnent plus de cinq heures par jours. (Davidson,F et al, 1965, p. 155)

Les crèches doivent être aménagées de manière à répondre aux exigences des enfants, sur les plans physique et psychique. Elles sont désormais un facteur important dans la manière dont beaucoup d'enfants vivent, apprennent et se développent.

Leur mission est de veiller à la santé, la sécurité, au bien être de l'enfant et à son développement. Comme elle a pour fonction d'organiser des activités, à favoriser l'éducation et la socialisation des enfants. Aider les parents dans l'éducation de leurs enfants et leur permettre de concilier leur vie familiale, leur vie professionnelle et sociale.

La fréquentation de la crèche est réputée avoir un effet bénéfique sur le développement intellectuel, grâce au nombre de sollicitations et à la régularité des stimulations offertes et sur la socialisation grâce à l'extension du milieu, à l'entourage de temps contemporaine, à la sécurité que l'enfant trouve dans les substituts maternels. (Bloch,H et al, 1999, p. 225).

Par ailleurs, les crèches jouent aussi un rôle dans la préparation de l'enfant pour son rentrée à l'école.

Selon le règlement grand-ducal du 20 décembre 2001, la crèche est considérée comme tout service qui a pour objectif l'accueil et la prise en charge éducative sans hébergement d'enfants âgés de moins de 4 ans, respectivement d'enfants non scolarisé dans des infrastructures professionnelles. (Reme,N, 2001, p. 11).

3. Les objectifs de la crèche :

La crèche pourrait être un des moyens d'assurer aux jeunes enfants un milieu complémentaire au milieu familial pour soutenir ses actions éducatives. Parmi ses objectifs :

-Assurer l'accueil de la petite enfance en veillant à sa santé, sa sécurité et son bien être.

-Organiser des activités destinées à favoriser l'éducation, l'éveil et la socialisation des enfants et à l'intégration sociale des enfants en situation d'handicap ou atteints d'une maladie chronique.

-Aider les parents dans l'éducation de leurs enfants et leurs permettre de concilier leurs vie familiale, leurs vie professionnelle et leurs vie sociale.
(Journal officiel de la république algérienne N°53).

4. Les établissements d'accueil de la petite enfance :

Selon le décret exécutif N°08-287, du 17 Ramadhan 1429, correspondant au 17 Septembre 2008 fixant les conditions de création, l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des établissements et centre d'accueil de la petite enfance paru au journal officiel de la république Algérienne N°53 daté du 17 septembre 2008, qui décret en son article 18 : les établissements d'accueils de la petite enfance sont :

4.1. La crèche : qui accueille pendant la journée et de façon régulière des enfants de trois mois à 3 ans et leur assure la surveillance sanitaire et des activités d'éveil.

4.2. Le jardin d'enfants : qui accueille de façon régulière des enfants de 3 ans et plus non scolarisés pour leur donner toute l'attention requise pour leur âge et leur assurer le développement psychomoteur par des exercices et des jeux.

4.3-La halte-garderie : qui accueille de façon discontinue ou de manière occasionnelle des enfants de moins de cinq (5) ans pour leur offrir des temps de rencontre et des activités communes.

4.4. L'établissement « multi-accueil » qui associe différentes formules d'accueil et permet une souplesse d'adaptation à l'évolution des besoins des parents en pratiquant un accueil régulier et un accueil occasionnel. (Maafa, H, 2015, p. 10).

4.5. L'accueil familial de la petite enfance est assuré au domicile de l'assistance maternelle. (Journal officiel de la république algérienne N°53.P12).

5. Le personnel de la crèche et son rôle :

5.1. La directrice et son rôle : sa formation, son savoir-faire et son attitude sont généralement les principaux garants d'une action persévérante en faveur de l'amélioration de la santé des enfants. La formation de la directrice est variée suivant les pays, dans la plus part d'entre eux, c'est une éducatrice préscolaire, dans d'autres c'est une infirmière qualifiée ayant reçu une formation aux soins pédiatriques. (Davidson, F et al, 1965, p.26).

La directrice décide de la composition de son équipe. Elle est responsable de la loi de tout ce qui peut arriver à la crèche même si elle est en congé, elle entretient des relations avec tout le personnel et avec chaque famille. (Shauders, S, 2007, p.95).

5.2. L'éducateur (l'éducatrice) et son rôle : Au sein de la crèche, l'éducateur de jeune enfant est sans doute la profession dont la position est la plus problématique, de part de sa spécificité.

Chaque enfant besoin pour son développement d'un environnement sécurisant et stimulant, c'est l'éducateur qui crée cet univers qui est à la fois proche d'un milieu familial et en même temps riche en découvertes. (Tremblay.S et al, 2003, p. 14).

L'éducateur de jeune enfant est un travailleur social, spécialiste de la petite enfance, ses formations se situent à trois niveaux ; éducation, prévention et coordination ; il a une influence importante sur l'enfant, importante sur l'enfant, c'est lui qui organise et accompagne l'enfant dans les différentes activités ludiques ou éducatives, sa mission est de favoriser le développement et l'épanouissement des enfants en l'absence de leurs parents.

L'éducateur de jeune enfant peut dans certaines structures qui accueillent des enfants en grandes difficultés exercer sous la supervision des psychologues une action thérapeutique visant principalement à assurer dans la vie quotidienne de l'enfant perturbé, un renforcement de sa sécurité affective et d'une éventuelle libération des ses angoisses. (Capitaine.B et al, 2002, p. 198).

Les missions de l'éducateur de jeunes enfants sont définies par un décret datant de 1973 et consistent à organiser des activités éducatives personnalisées ayant pour but de favoriser le développement, l'épanouissement et l'affirmation de la personnalité du jeune enfant de 0 à 6 ans, en tenant compte de ses besoins spécifiques. (Verba, D, 2001).

Son rôle est de valoriser, au sein de l'équipe, la fonction éducative qui favorise l'éveil et le développement global des enfants, en collaboration avec les auxiliaires de puériculture et les animatrices.

L'éducatrice ou l'éducateur est principalement responsable de la mise en application du programme éducatif auprès des enfants. Son intervention a pour objectif d'assurer leur développement global et harmonieux. L'éducatrice ou l'éducateur organise, anime et évalue des activités de groupe, de sous-groupe et individuelles de façon à permettre à chaque enfant de développer tout son potentiel. Ces activités stimulent les dimensions affective, physique et motrice, sociale et morale, cognitive et langagière du développement de l'enfant. (Ministère de la famille, 2004, p.08).

5.3. Le psychologue et son rôle : le psychologue contribue au travail d'élaboration de l'équipe en occupant une position plus distante ou en retrait, il peut réaliser des observations, rencontre les parents à leurs initiatives ou à la démarche de l'équipe et il peut mener un travail de supervision des pratiques de l'équipe, etc. (Capitaine.B et al, 2002, p. 211).

5.4. Le médecin et son rôle : qu'il soit généraliste ou spécialiste en pédiatrie , il est indispensable dans une crèche, celui-ci doit assurer une action d'éducation et des promotions de la santé auprès du personnel et auprès des parents, il veille à l'application des mesures préventives d'hygiène générales et des dispositions à apprendre en cas de maladie contagieuse, il organise les

conditions de recours aux services d'aide médicale d'urgence et il donne son avis lors de l'admission d'un enfant après un examen médical. (Capitaine.B et al, 2002, p. 209).

6. Activités proposées par les crèches :

La crèche est l'un des établissements de la petite enfance qui accueille des enfants de 3 mois à trois ans; c'est une tranche d'âge particulière où les petits ont besoin d'être entouré de toute attention qu'ils méritent et non pas être considérés comme des objets et insensibles.

En effet, malgré leurs jeunes âges, ces enfants sont des êtres actifs et doués de capacités sensorielles et sensori-motrices qui leur permettent de créer très tôt des liens avec leur entourage.

Alors la crèche propose des activités adaptées à l'âge et aux capacités motrices et intellectuelles des petits qu'elle reçoit; ces activités doivent viser en premier lieu le plaisir de l'enfant car un intérêt particulier doit être porté au développement affectif de ce dernier. Le personnel de la crèche doit ainsi approcher des notions éducatives. (Maafa,H, 2015, p. 7).

6.1. Activité proposé:

La crèche propose aussi des activités différentes aux enfants qu'elle accueille, mais avec des consignes simples.

6.1.1. Activités motrices : après l'acquisition de la marche, l'enfant a encore besoin d'introduire de l'équilibre dans ses gestes, de développer son schéma corporel, sa motricité fine et globale. Pour répondre à ces besoins, la crèche doit proposer des jeux de manipulations (modelages...), de constructions, des mouvements de bases (sauter, grimper, courir...). Ces activités doivent prendre une grande importance chez l'équipe pédagogique car elles permettent aussi la découverte de soi et de son entourage.

Vers l'âge de deux ans, on peut proposer aux enfants des feuilles et des crayons pour faire des gribouillages et même de la peinture sur de grandes surfaces.

6.1.2. Activités d'éveil cognitif : c'est l'activité principale pour l'enfant à cet âge, l'éducatrice l'éveille par des jeux musicaux, comptines, et d'autres jeux adaptés à son âge.

6.1.3. Activités liées au langage : proposé des chansons, lire des histoires courtes avec peu de personnages animaux surtout, marionnettes... sont des activités qui aident l'enfant à enrichir son langage.

6.1.4. Sorties et promenades : organiser des sorties au jardin et des promenades avec les enfants. (Maafa,H, 2015, p. 11).

6.2. Activités proposées par les jardins d'enfants :

Dans les jardins d'enfant, on trouve trois sections principales :

Petite section : reçoit des enfants de 3 ans.

Moyenne section : réservée aux enfants de 4 ans.

Grande section (préscolaire) : ouverte aux enfants de cinq ans. Le personnel du jardin d'enfant doit respecter le programme pédagogique proposé par le ministère de l'éducation nationale pour les enfants de cet âge et surtout respecter la langue de travail qui est l'arabe, les livres ainsi que les activités prévues dans les manuels.

Ce programme d'activités concerne les deux sections petites et moyennes uniquement.

6.2.1. Jeu libre :

Souvent considéré comme une simple occupation, le jeu est un facteur essentiel pour le développement de l'enfant, et un réel besoin par lequel il façonne son identité.

Par le jeu est stimulé le développement de l'enfant : psychomoteur (jeu de ballon, tricycle,...etc.), l'éveil cognitif (puzzles,...etc.), la créativité et l'imagination (jeux d'expression artistique) et la socialisation (poupées, marionnettes,...etc.).

Il existe deux types de jeux :

-A caractère individuel : petites voitures, jeux de construction, camions, poupées etc....

-A caractère collectif : balançoires, ballons, toboggans etc....

L'enfant est appelé à choisir le jeu qu'il veut, il est libre et autonome, mais il faut qu'il soit toujours sous la surveillance de l'éducatrice qui intervient seulement pour garder une ambiance de jeu calme et aider l'enfant si cela est nécessaire. C'est aussi l'occasion pour l'observation des enfants surtout par le psychologue de l'établissement. En effet, cela va lui permettre de distinguer les enfants sociables des enfants qui s'isolent, agressifs de ceux qui sont calmes...etc. L'objectif est de comprendre le vécu affectif du petit et de l'aider à ajuster ses émotions, à gérer ses angoisses et à s'adapter avec le groupe. Une bonne observation de l'enfant (le jeu et la manière avec laquelle il joue) va permettre de mesurer le niveau de développement moteur, intellectuel, affectif et social de celui-ci. (Maafa, H, 2015, p. 8).

6.3. Activités dirigées :

Le reste des activités doit être dirigé par l'équipe pédagogique et l'enfant sera accompagné par son éducatrice qui l'oriente et qui lui explique les tâches à accomplir.

6.3.1. Jeux éducatifs :

C'est l'association de l'éducation et de la distraction : l'enfant s'amuse avec son jeu dans lequel l'adulte a introduit des leçons et des contenus éducatifs.

Exemple : jeux de construction pour apprendre les couleurs.

- Camion et voiture pour apprendre à l'enfant de faire attention en traversant la route, qu'il ne doit pas se mettre à l'avant du véhicule avec le conducteur (père, mère) pour sa sécurité.

- Une histoire inventée pour apprendre à l'enfant à dire la vérité. (Maafa, H, 2015, p. 9).

6.3.2. Activités motrices : Une bonne motricité témoigne d'un bon fonctionnement du système nerveux.

A- Activités qui visent l'exploration de l'espace : dans le but de découvrir son environnement l'enfant ne va pas économiser d'énergie.

- Mouvements variés : courir, sauter, grimper,

- Rondes, farandoles, jeux collectifs.

B- Exercices et jeux pour améliorer le schéma corporel : l'enfant va prendre progressivement conscience de son corps, de la possibilité de s'exprimer avec :

- Des mouvements de base : marcher, courir, virer,

- Des activités pour favoriser l'équilibre : jouer au ballon : porter, lancer, rouler,

- Une motricité fine : enfiler des perles, habiller une poupée...

- Une motricité globale : jouer à faire semblant, ramper dans un tunnel, danser, ...etc.

C – Organisation d'ateliers : coloriage, graphisme, peinture...etc. (Maafa, H, 2015, p. 10).

6.3.3. Activités liées au langage :

Le jardin d'enfants va stimuler l'apprentissage d'un vocabulaire varié et la mise en place progressive d'une syntaxe correcte. L'enfant commence à former son dictionnaire personnel.

Selon VYGOTSKI, le langage a une fonction initiale de communication.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le langage est avant tout un moyen d'échange, d'action sur l'entourage et de liaison sociale.

Alors l'enfant est réceptif à chaque nouveau mot qu'il apprend de ses activités ce qui nécessite une meilleure articulation de la part des éducatrices pour qu'il apprenne correctement. (Maafa,H, 2015, p. 12).

• **Lire des histoires :**

La lecture de contes et d'histoires est l'une des activités de loisir de l'enfant qui ouvre grand ses yeux pour découvrir et apprendre, alors l'éducatrice doit lire à haute voix et prononcer clairement les mots.

Il faut choisir des histoires courtes avec des mots accessibles pour les enfants où les thèmes se répètent et suscitent le suspens.

Pour les petits (petite section), il faut proposer des histoires proches de la réalité, et souvent avec des personnages d'animaux.

Pour les grands (moyenne section) il est possible de proposer des histoires plus longues avec un langage plus riche et qui fait appelle à plus de personnages, d'aventures et de rencontres. (Maafa,H, 2015, p. 13).

6.3.4. Activités artistiques :

L'enfant trouve un plaisir immense dans les activités artistiques à travers lesquelles il va découvrir un nouveau moyen d'expression (chants, danses, peinture, dessins...), les différents instruments de musique, sont des activités qui stimulent la créativité et l'imagination des petits.

C'est l'occasion de découvrir des prédispositions chez les enfants dans l'un des domaines artistiques qu'ils découvrent.

Il est souhaitable de proposer à l'enfant des chansons courtes avec des mots simples...qu'il peut comprendre et assimiler facilement.

Afin d'aider l'enfant à avoir une culture musicale, il est intéressant de lui faire connaître les différents instruments de musique (guitare, piano, violon,...etc.) et les sons qu'ils produisent à l'aide de vidéos.

Il est souhaitable de faire appel à des spécialistes dans le domaine (dessin, musique, peinture...) pour animer ces activités avec l'éducatrice. (Maafa,H, 2015, p. 13).

6.3.5. Travaux manuels :

L'ensemble des activités permettant de coller, de modeler, d'assembler, d'emboîter, de déchiqeter et de découper stimulent l'imagination créative de l'enfant. Les bricolages permettent d'explorer des matériaux très divers qui offrent un moyen de développer la coordination sensori-motrice. C'est également une manière très efficace qui permet à l'enfant de découvrir ses capacités et surtout à former son estime de soi.

Il est impératif de prendre les capacités de l'enfant en considération.

C'est-à-dire qu'il faut proposer des activités manuelles que peut réaliser l'enfant et surtout comprendre. (Maafa, H, 2015, p. 12).

6.3.6. Activités rythmiques : Ce sont des activités très amusantes pour l'enfant, le but est de l'aider à :

- Ressentir plus de confiance à exécuter des activités en groupe,
- Développer son imagination,
- Prendre conscience de l'autre,
- Améliorer sa concentration et à favoriser le phénomène de l'imitation, base de tout apprentissage. (Maafa, H, 2015, p. 11).

6.3.7. Les ateliers :

Peinture : dans un premier temps l'enfant à tendance à faire de grandes lignes, taches avec ses doigts ou avec de gros pinceaux sur des grandes surfaces : murs et tables préparés avec du papier par l'éducatrice.

Après il va s'exprimer avec cette activité et il va utiliser ses acquisitions (les couleurs, les formes,..).

Dessin : laisser l'enfant faire des gribouillis avec des crayons de couleurs, des feutres.

Donner à l'enfant des dessins simples (pommes, orange,...) à colorier avec l'aide de l'éducatrice.

Graphisme : à l'aide de pointillés l'enfant va apprendre à dessiner et à écrire.

Déchetage-collage :

- Déchiqueter des papiers unicolores ou multicolores.
- Coller sur une surface (papier, carton,...)
- Dessiner un objet simple et assez grand, et le lui faire remplir.

Remarque : Suivre les activités du livre pour les deux sections.

Après il va s'exprimer avec cette activité et il va utiliser ses acquisitions (les couleurs, les formes,..). (Maafa, H, 2015, p. 14).

E- Modelage : C'est l'une des premières activités que découvre l'enfant à la maison.

- Dans un premier temps, il faut laisser l'enfant pétrir la pâte à modeler sans lui demander de faire des formes précises.

L'objectif est d'améliorer la motricité fine.

- Progressivement, l'enfant sera en mesure de faire des formes simples : galette, boule, premier bonhomme, et utiliser ses acquisitions (cercle, carré, triangle...). (Maafa, H, 2015, p. 14).

Résumé :

Dans ce chapitre on a présenté la crèche et son personnel qui fait répondre ou besoins spécifiques des enfants ; qu'elle accompagne dans son autonomie et l'apprentissage des premières relations sociales et les activités qui organisent.

Chapitre2 :

L'autonomie

Préambule :

La notion de l'autonomie est une notion vaste et complexe, utilisée dans plusieurs domaines et disciplines. La question qui nous a interpellé est : est-ce être autonome est l'absence de dépendance, vers la fin on s'est rendu compte des points de divergence des auteurs. Alors on est amenée à recadrer et limiter son champ dans ce chapitre.

1. Définition de l'autonomie :

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.

Lorsque les capacités intellectuelles d'une personne âgée sont altérées, les soins qui lui sont prodigués doivent lui être expliqués. La volonté de la personne ou ses choix doivent primer sur ceux de ses proches. Certaines situations sont complexes : les désirs ou projets d'une personne âgée ne sont pas toujours en adéquation avec les possibilités d'y répondre. Dans tous les cas, le respect de l'autonomie impose une négociation centrée sur les souhaits de la personne âgée.

L'autonomie est parfois définie comme l'absence de dépendance. Cette vision nous semble réductrice et déracinée de ses sources philosophiques et morales qui en font une valeur fondatrice de la démarche gérontologique.

(Support du cours, l'autonomie et dépendance, 2008, p 4.)

L'autonomie est la liberté de choisir son mode de vie (en respectant les lois). Ce terme est souvent utilisé abusivement dans le sens "d'autonomie fonctionnelle" ou "physique" considérée comme l'absence de dépendance pour les activités de la vie courante. L'autonomie résulte pour chacun d'entre nous d'interdépendances d'ordre affectif, économique et social tout au long du parcours de vie. (Henrard, J.C, 2012, p. 16).

2. La propreté

2.1. Définition

L'acquisition de la propreté consiste en la possibilité pour l'enfant, à la fin de la petite enfance, de contrôler de manière régulière ses fonctions d'excrétion et de réaliser mictions et défécations dans des conditions

socialement définies. Cela implique de la part de l'enfant une autonomie personnelle dans ce domaine. La propreté est réellement acquise quand l'enfant se gère seul, sans aide de son environnement. Les fonctions excrémentielles sont alors contrôlées par l'enfant et sont intégrées dans son fonctionnement psychique.

L'acquisition de la propreté constitue donc un repère significatif et important pour l'évaluation du développement de l'enfant dans ses aspects psychomoteurs, affectifs, relationnels et sociaux. (Koscielniak, M, 2010, p. 41).

2.2. Acquisition de la propreté

Pour acquérir le contrôle volontaire, plusieurs étapes organiques sont indispensables:

2.3. La perception du besoin d'uriner : la sensibilité de la vessie sous tension, projetée sur le cortex sensitif, doit être reconnue, intégrée à d'autres informations pour devenir une sensation élaborée, comparable à la faim ou la soif. Ce processus mental qui fait intervenir l'ensemble de la corticalité se perfectionne avec le temps et ne serait réellement acquis qu'à l'âge de 5 ans d'après Bradley et Andersen.

2.4. Le contrôle du sphincter strié : la contraction volontaire du sphincter strié entraîne l'abolition de la contraction vésicale et du besoin d'uriner qui l'accompagne. De plus, la capacité vésicale s'accroît : il y a une distension du muscle lisse. La vessie acquiert donc une plus grande élasticité qui se traduit par une diminution de la pression de remplissage et donc de la contraction vésicale.

2.5. Le contrôle de la musculature lisse : elle met en jeu des connexions directes entre les centres frontaux et les centres bulbaires. Deux centres mictionnels ont été identifiés dans le cortex moteur : le système limbique qui gère les émotions et qui est donc directement lié à la miction (des émotions trop fortes peuvent entraîner des pertes urinaires) et le néocortex qui permet le contrôle du déclenchement de la miction même si la vessie n'est pas pleine. Bien sûr, l'acquisition de la propreté est également un apprentissage, elle est donc influencée par l'environnement, et l'individu lui-même. Les parents ou éducateurs apprennent à l'enfant à aller sur le pot, l'y envoient à heures régulières et fixes, le félicitent de sa réussite. Petit à petit, et avec quels accidents ponctuels, l'enfant va pouvoir acquérir la propreté.

Les âges relatifs à la propreté varient en fonction du sexe, de l'environnement social, mais surtout en fonction de chaque enfant. En moyenne, on retrouve une propreté diurne acquise vers 24 mois et aux alentours de 36 mois pour la propreté nocturne. (Koscielniak, M, 2010, p. 42).

2.6. Incontinence

Elle correspond à des fuites d'urines ou fécales, involontaires et indépendantes du besoin d'uriner. Elle peut être permanente ou irrégulière. Il faut tout d'abord vérifier si elle ne provient pas d'une cause organique ou d'une pathologie particulière.

En effet, elle peut être due à :

Des prédispositions génétiques : maturation lente du système nerveux, hyper ou hypo-sensibilité vésicale, anomalies organiques...

- des anomalies organiques : sténose urétrale, kyste utriculaire, membrane méatale...

- des troubles du système nerveux central : Spina bifide occulta, infirmité motricité cérébrale, diastématomyélie...

- des troubles fonctionnels acquis : troubles du schéma d'hydratation et d'alimentation, mécanisme de défense secondaire...

Dans ces cas là, et si cela est possible, l'incontinence disparaît avec le traitement spécifique de la cause.

On distingue chez l'enfant, deux types d'incontinences fréquentes pouvant être qualifiées d'incontinences épisodiques : l'énurésie et l'encoprésie. L'énurésie est caractérisée par un épisode de perte urinaire nocturne ou diurne persistant au-delà de 5 ans, au moins deux fois par mois, ou réapparaissant après une période de propreté acquise (énurésie secondaire). L'encoprésie est définie comme l'apparition d'émission de selles après 4 ans en dehors de tout lieu de propreté. Plus rare que l'énurésie, elle est le reflet d'un désordre général important et complexe. Il existe différents traitements à ces troubles : règles hygiéno-diététiques, systèmes comportementaux, psychothérapies et pharmacologies. (Koscielniak, M, 2010, pp. 42-43).

2.7. Problèmes d'acquisition de la propreté dans l'autisme

L'acquisition de la propreté est généralement problématique pour ces enfants. Il y a des enfants qui vont, du jour au lendemain, devenir propre, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans lesquels leur développement est retardé. Mais dans une majorité des cas, la propreté est difficile à établir. Il existe différentes raisons à cette incapacité d'acquisition de la propreté. Il y a fréquemment des troubles du transit, souvent renforcés par des habitudes alimentaires peu adaptées qui entraînent constipation ou diarrhée. Les enfants autistes peuvent être indifférents aux signaux corporels (difficulté de perception ou d'intégration). On peut également envisager les problèmes liés à la douleur, en association avec l'hypersensibilité. On retrouve aussi des peurs spécifiques liées aux toilettes, des rituels ou des intérêts stéréotypés (chasse d'eau par exemple). Et enfin, les enfants autistes ont rarement le désir de faire plaisir aux adultes et d'accéder au statut de « grand »

qu'ont les autres enfants à cet âge est qui est déterminant pour l'acquisition de la propreté.

2.8. Apprentissage de la propreté

Avant de commencer cet apprentissage, il faut élaborer une grille d'observations qui rendrait compte des moments où l'enfant a besoin d'uriner ou de faire ses selles. Il faut aussi s'assurer qu'il peut rester assis pendant 5 minutes et suivre des instructions telles que « viens ici » ou « assieds-toi ». Il est nécessaire de cibler l'apprentissage c'est à dire de commencer par la miction ou la défécation. Le plus judicieux, est de commencer par la défécation (plus rare et les signes du besoin sont plus identifiables). En fonction des heures propices (déterminées par les observations), on accompagne alors l'enfant à la selle et on lui demande peu à peu de rester assis jusqu'à 5 minutes.

L'important est de rester régulier au niveau des heures.

Il est aussi primordial de féliciter l'enfant en cas de réussite. Cet apprentissage peu être long et fastidieux mais il est souvent concluant. Une fois la défécation acquise, la miction suit plus ou moins naturellement. (Koscielniak,M, 2010, p. 44).

3. L'autonomie

S'habiller, manger, se laver : se sont des gestes tellement habituels, simples qu'on n'y prête même plus attention. Pourtant cet automatisme n'est pas si simple pour les enfants autistes. Il faut souvent les aider plus que d'autres enfants pour qu'ils acquièrent ces apprentissages. Mais comment peut-on faciliter leur réalisation ? (Koscielniak,M, 2010, p. 44).

3.1. Habillage

La première difficulté rencontrée face à l'apprentissage de l'habillage est l'intérêt qu'il apporte, ou plutôt qu'il n'apporte pas pour ces enfants. En effet, pourquoi changer de vêtements alors qu'on est bien en pyjama ? Il faut donc s'armer de patience pour arriver à motiver l'enfant à s'habiller.

L'apprentissage de l'habillage comporte différentes étapes que l'on pourrait regrouper en deux parties : l'habillage d'un point de vue plutôt moteur (mettre les vêtements, dans le bon sens, au bon endroit, etc.) et le choix de l'habillement (choisir les différents vêtements en fonction du temps, de l'envie, ne pas oublier un vêtement, etc.).

Les spécialistes s'intéresseront ici à la partie motrice de l'habillage.

- Quand et où ?

Le moment qui se prête le mieux à l'apprentissage est le matin, après le petit déjeuner, l'enfant est plus à même d'être à l'écoute et c'est aussi le moment où l'on s'habille.

Le lieu idéal pour commencer est bien sur à la maison, de préférence dans un lieu unique au début (chambre ou salle de bain).

- Comment ?

Avant de travailler réellement l'habillage, on peut commencer par le déshabillage. Ce dernier est plus facile, il est aussi important et peut permettre de valoriser l'enfant, de ne pas le mettre tout de suite en situation difficile. Il est également important au début, de lister ce que l'enfant sait faire seul, avec accompagnement, ou ne sait pas faire du tout.

Ensuite, il faut sectionner l'habillage en différentes étapes en fonction des vêtements : mettre le sous-vêtement, mettre ses chaussettes, mettre son pantalon, etc. Chacune de ses étapes peut être décomposée en sous étapes. Prenons l'exemple des chaussettes : la première étape consiste à prendre la chaussette, la deuxième à la positionner, la troisième à l'enfiler sur le bout du pied, et ainsi de suite (jusqu'au talon, à la cheville et la remonter entièrement). A partir de ces étapes, la façon la plus adaptée et la plus efficace est l'apprentissage rétrograde. C'est à dire que l'on commence par la dernière étape, et une fois celle-ci acquise on entame l'avant dernière et ainsi de suite jusqu'à la première étape. Reprenons l'exemple des chaussettes. Après avoir mit entièrement la chaussette à l'enfant une première fois, on effectue toutes les étapes sauf la dernière (remonter la chaussette jusqu'en haut). On laisse l'enfant effectuer cette étape seul, et on le félicite de sa réussite. On procède ensuite de la même manière pour les autres étapes.

On constate que c'est une bonne méthode a fin d'avoir une meilleure acquisition d'habillement.

- Généralisation

Pour permettre une généralisation, une fois l'apprentissage acquis, on peut changer de lieu, pour voir si l'acquisition peut s'effectuer dans d'autres endroits.

Il peut aussi être très intéressant d'utiliser des aides visuelles pour rappeler les étapes successives à l'enfant (à l'aide de photos ou d'images). Ces aides visuelles peuvent être utilisées pour les différentes étapes d'un vêtement mais aussi pour celles de l'habillage global.

Il est également important que l'enfant soit sollicité par différentes personnes (ces parents, éducateurs, etc.) pour qu'il n'associe pas un acte, un apprentissage à une seule personne. (Koscielniak,M, 2010, pp. 44-46).

3.2. Repas

Le repas peut aussi nécessiter un apprentissage particulier. De plus, ce temps souvent considéré comme convivial (échanges, discussions) peut être difficile à gérer par l'enfant car il comporte de nombreux stimuli.

- Les apprentissages pour le repas**- Quand et où ?**

Pour commencer, il faut offrir à l'enfant un environnement favorable. En effet, il vaut mieux proposer, pour commencer, un lieu calme, tranquille et habituel, sans trop de stimulations. L'enfant se sentira en sécurité dans ce lieu connu, et sera plus concentré pour apprendre. Il faut que cet endroit reste le même au début de l'apprentissage et qu'il soit identifiable par l'enfant comme « le lieu où l'on mange ».

Il faut aussi prendre en compte le temps du repas. Les enfants autistes ont souvent du mal à rester longtemps à table, il faut leur donner des repères. On peut donc laisser les différents aliments visibles le temps du repas (entrée, plat, dessert) ou alors se servir aussi d'images matérialisant les différentes étapes que l'on enlève quand elles sont terminées. On peut aussi, au début, si le repas entier est trop long, ne commencer que par une partie et augmenter au fur et à mesure le temps où l'enfant reste à table. Le fait de tenir des horaires réguliers est aussi important pour ces enfants, il est préférable que les repas se déroulent à heures fixes.

- Comment ?

Savoir manger seul suppose de maîtriser un ensemble de « savoir-faire ». Chacune de ces compétences nécessite une série d'étapes qu'il est important de respecter. Comme pour l'habillage, il est utile d'observer l'enfant pour savoir où il en est.

Les quatre compétences pour manger seul sont : boire au verre, manger avec une cuillère, manger avec une fourchette et couper avec un couteau. Il est bien sur plus facile de les apprendre une seule à la fois. L'apprentissage s'effectue aussi de façon rétrograde et avec une aide gestuelle, un guidage important.

Tout d'abord pour apprendre à boire au verre, il y a différentes étapes : prendre le verre dans les mains, soulever le verre, le porter à sa bouche et boire. On débute en effectuant tout l'enchaînement ensemble. Ces étapes sont ensuite à réaliser en commençant par la dernière. On lui apprend à prendre le verre et à boire seul et ensuite à reposer le verre.

On procède de la même façon pour apprendre à manger avec une cuillère. On commence à lui apprendre le geste en ayant rempli la cuillère avant. Il apprend à porter cette dernière à la bouche, à la manger et à la reposer dans l'assiette. Puis, une fois cela acquis, il faut apprendre à l'enfant à remplir sa cuillère avec des aliments solides puis liquides.

Pour manger à la fourchette, on procède de la même manière. D'abord, il pique les aliments avec de l'aide constante, puis il les pique quand on lui dit et enfin il

mange les aliments mous avec la fourchette en complète autonomie, puis n'importe quel type d'aliments.

Avant d'apprendre à couper, il est nécessaire que l'enfant sache utiliser sa fourchette.

Il commence par finir de couper les aliments avec aide, puis il les coupe entièrement avec aide. Ensuite, il peut finir de les couper seul, puis les couper tout seul avec une aide seulement pour piquer les aliments avec la fourchette. Pour finir, on lui apprend à piquer les aliments avec la fourchette et à couper ensuite.

Si l'enfant a du mal à se servir des outils comme le verre, le couteau, etc., que ses difficultés motrices le gênent pour manger, on peut également se servir d'instruments adaptés. Dans ces cas là, on utilise l'aide par modification du milieu. On apporte alors une aide adaptée aux difficultés de l'enfant qui va faciliter le geste (verre à anse ou à bec, assiettes à rebords pour servir de rebord aux aliments, couverts à manche épais pour une meilleure préhension, etc.).

- Généralisation

Une fois les différentes étapes bien acquises, il est important de généraliser les apprentissages. Tout d'abord diversifier les outils (verre, cuillère, fourchette, couteau, etc.) puis ensuite changer de lieu.

Le travail sur les acquisitions du repas nécessite encore plus une collaboration avec les parents, pour que durant les repas, ils encouragent l'enfant à manger seul ou du moins qu'ils l'aident de moins en moins en fonction de son évolution.

- Troubles du comportement alimentaire

Les enfants autistes ont souvent des comportements inhabituels vis à vis de la nourriture, comme :

- des manifestations physiques se traduisant par des vomissements
- une incapacité à manger de la nourriture solide
- des conduites très sélectives (seulement des pâtes ou yaourts)
- le refus d'aliments inconnus
- l'ingestion de substances non comestibles (fleurs, colle, etc.)

Il ne faut pas négliger ces aspects et il est important d'essayer de trouver un compromis entre les exigences de l'enfant et les règles éducatives élémentaires. (Koscielniak,M, 2010, pp. 46-48).

3.3. Toilette

La toilette peut être un apprentissage ludique car une grande majorité des enfants présentant un trouble envahissant du développement apprécie l'eau.

Comme pour les autres apprentissages développés plus haut, il est important d'évaluer dans un premier temps les capacités de l'enfant.

- Quand et où ?

Les apprentissages concernant la toilette doivent être faits dans un même endroit (la salle de bain est le lieu de plus approprié) et doivent être réalisés un par un.

Le moment idéal est à déterminer, il faut être disponible pour l'enfant et qu'il le soit également.

- Comment ?

Après avoir fait l'état des lieux des compétences déjà acquises par l'enfant, on peut procéder à l'apprentissage des différentes tâches de la toilette : se laver les mains, se brosser les dents, se laver le visage et se laver le corps.

L'apprentissage se réalise toujours avec les mêmes bases : on montre à l'enfant l'enchaînement entier des différentes étapes en le guidant, puis on lui laisse faire seul la dernière étape, puis l'avant dernière ainsi de suite jusqu'à ce que tout soit acquis. On peut aussi le laisser faire la première étape puis l'aider pour les autres et ensuite la deuxième en suivant l'ordre chronologique. Les deux formes d'apprentissages sont possibles mais il faut juste garder la même modalité une fois qu'elle est déterminée.

Pour le lavage de mains, on commence par lui apprendre à se sécher les mains. Les autres étapes sont les suivantes : ouvrir le robinet, placer les deux mains sous l'eau, prendre le savon, frotter le savon entre les paumes des mains, reposer le savon, frotter le dessus de la main avec la paume savonnée et répéter le même geste pour l'autre main, placer les mains sous l'eau pour les rincer et enfin fermer le robinet.

En ce qui concerne le lavage des dents, il faut déjà s'assurer que le brossage est maîtrisé. On peut alors décrire différentes étapes : ouvrir le tube de dentifrice et en mettre sur la brosse à dent, ouvrir le robinet et mouiller la brosse, frotter les dents, mettre la brosse sous l'eau pour la rincer, ranger la brosse et enfin fermer le robinet.

Pour l'apprentissage du lavage du visage et du corps, certains pré-requis sont nécessaires comme la connaissance des parties du corps. On commence par accompagner l'enfant physiquement dans ses gestes pour le laisser autonome par la suite. Les différentes étapes sont ensuite les suivantes : ouvrir le robinet d'eau, se mouiller, enfiler le gant sur la main, mettre du savon sur le gant, frotter les différentes parties du corps ou du visage en les nommant et toujours dans le même ordre, rincer le gant et les diverses parties du corps

ou du visage, fermer le robinet d'eau, se sécher. On peut commencer par faire ces différentes étapes sans le savon, pour que les gestes soient maîtrisés.

Généralisation

Il est intéressant d'utiliser des aides visuelles comme pour l'habillage pour que l'enfant puisse suivre les différentes étapes seul en s'aidant d'images ou de pictogrammes.

Tout comme les autres apprentissages, il est nécessaire, pour qu'ils se généralisent, de faire les tâches apprises dans des lieux différents quand cela est possible. (Koscielniak, M, 2010, pp. 48-50).

4. Les théories explicatives de l'autonomie :

Dans cet élément, nous allons présenter quelques théories qui vont nous permettre d'éclaircir le processus d'acquisition de l'autonomie.

4.1. La théorie psychanalytique :

Selon la théorie psychanalytique, l'accès à l'autonomie prend du temps et nécessite l'aide de l'autre. Freud utilise le terme de « Verzweiflung » état de détresse, « désaide » selon la nouvelle traduction, pour désigner le besoin d'aide du petit de l'homme. Il faut souligner que cette dépendance concerne aussi bien la survie organique que psychique. En effet, le psychisme surgit également dans une relation de dépendance à l'autre. Selon Winnicott, le bébé est un être de relation. Un bébé, ça n'existe pas car là où il y a un bébé il y a des adultes. (Simone, C-S, 2005, pp. 49-54).

La psychanalyse pense que l'autonomie c'est le processus qui accompagne le développement de l'enfant depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, en mettant l'accent sur le rôle de l'environnement sur lequel dépend l'enfant et dans lequel l'enfant constitue son enveloppe psychique en tant qu'être autonome.

Pour Freud, la dépendance tient ses origines dans la dépendance matérielle du petit être humain à l'égard de son entourage aux premiers temps de la vie, là où s'enracinent les expériences primaires de détresse, comme les expériences primaires de satisfaction. (Bertrand, M, 2004, pp. 1087,1095).

Le développement psychique nécessite alors trois conditions :

- Premièrement une prédisposition neurophysiologique qui permette la vie mentale.
- Deuxièmement un environnement qui possède lui aussi une vie mentale.

- Les recherches psychanalytiques récentes nous parlent d'une troisième condition, c'est que cet environnement investisse le sujet. C'est-à-dire qu'il accorde à l'enfant des pensées, et le considère comme un être apte et/ou capable de penser. Le bébé a besoin que ses parents reconnaissent qu'il a une vie psychique et qu'il est capable d'émettre des messages. (Bertrand, M, 2004, p. 56).

On peut résumer cela par la nécessité d'une interaction entre plusieurs facteurs pour assurer un développement psychique sain. Ceux-ci sont : une prédisposition biologique, un investissement réciproque entre l'environnement et le bébé.

4.2. Théorie de locus de contrôle :

La théorie de locus de contrôle est proposée par Rotter en 1966 qui s'inscrit dans une approche néo-behavioriste. Celle-ci nous parle de représentation que se construit chaque individu des instances (locus) qui exercent un contrôle sur son comportement. En effet, ces instances accordent des réponses positives comme un renforcement ou négatives sous forme de réprimandes ou punitions. Ces sources de sanction occupent alors deux locus distincts : interne ou externe au sujet qui dépend des conditions objectives de chaque situation et des circonstances. Ainsi que d'une prédisposition de la personnalité sous une dimension d'internalité ou d'externalité. (Phillipe, G, 2003, p. 202).

En effet, on peut expliquer l'autonomie de la personne en situation de handicap, dans la mesure où avec un locus de contrôle interne, le sujet qui effectue une action de façon autonome, en s'attribuant le mérite, le sujet est susceptible de renforcer le sentiment de satisfaction interne l'estime de soi qui l'encouragera à préserver et améliorer ses capacités pour accéder à de plus en plus d'autonomie.

Cette théorie a connu la prospérité que son auteur a produit un instrument de mesure, l'échelle IE de Rotter, qui à travers les réponses à un questionnaire, permet de situer l'appartenance du sujet à l'un des deux pôles. L'internalité est un indice et un bon prédicateur de l'adaptation, corrélée avec l'intelligence, l'état de santé, et la réussite scolaire ou sociale. (Phillipe, G, 2003, p. 202).

4.4. La théorie de double contrainte :

Selon la théorie de double contrainte (ou double bind), la situation de handicap elle-même est une situation problématique, paradoxale puisqu'elle engage la personne en situation de handicap dans une contradiction.

En effet, le message envoyé par le handicap est double et contradictoire, la visibilité (l'apparence) du handicap renvoie à une image de la différence, de l'altérité, tandis que la revendication des personnes handicapées porte sur la normalisation, ainsi, les limites imposées par le handicap impliquent une relation d'aide, la demande de la personne handicapée est celle d'une relation d'égalité. Telle est la double contrainte dans laquelle est piégée la personne handicapée, placée dans une position où elle donne simultanément deux définitions d'elle-même.

La personne en situation de handicap qui cherche son autonomie, se voit constamment considérée comme incapable et nécessitant des soins permanents et cela entrave son autonomie. (Schneider, J, 2005, p. 120).

5. Les types de l'autonomie :

5.1. L'autonomie physique :

La première forme d'autonomie que l'enfant va acquérir est l'autonomie physique et matérielle (ou pratique). L'enfant se passe petit à petit de l'adulte pour les actions les plus élémentaires : s'habiller, manger, devenir propre. Il parvient progressivement à avoir des repères propres dans le temps comme dans l'espace et peut se passer de l'aide de l'adulte d'un point de vue physique.

Cet apprentissage commence très tôt en maternelle et consiste donc, dans un premier temps, pour l'enfant, à connaître son corps, à développer sa motricité, c'est-à-dire à être autonome par rapport à soi-même, et à maîtriser ses actes et, dans un second temps, à maîtriser son environnement.

Cette première autonomie va engager l'enfant à s'occuper activement, à démarrer une activité, choisir un atelier et circuler dans la classe ou dans l'école. (Emilie, S, 2004, pp. 3-4).

5.2. L'autonomie pratique :

L'autonomie pratique est aussi la capacité de l'enfant à connaître les outils de travail mis à sa disposition, à les situer dans la classe (aménagement de la classe), et à savoir s'en servir à bon escient sans avoir à recourir à l'aide du maître. Ainsi, un enfant engagé dans un travail d'écriture et qui saura où trouver les mots qu'il a déjà rencontrés pour les écrire seul, sans l'intervention du maître, est un enfant qui manifeste cette autonomie pratique. (Emilie, S, 2004, pp. 3-4).

5.3. L'autonomie affective :

Une autre forme d'autonomie particulièrement importante est l'autonomie affective. Elle se définit par le fait d'oser prendre des décisions, de les assumer sans en avoir peur, de ne pas être dépendant de l'approbation et du jugement des autres, de savoir recevoir la critique constructive et d'avoir confiance en soi.

L'élève doit se sentir en sécurité et évoluer dans un climat de confiance. Pour que l'élève puisse acquérir une autonomie affective, il doit se détacher du maître. Il doit comprendre que ne pas être sous le regard de l'adulte ne signifie pas être abandonné, que rencontrer un refus n'est pas être rejeté et qu'entendre valoriser un camarade n'est pas être soi-même dévalorisé. Ainsi, dans l'autonomie affective, « ne pas être dépendant » signifie « ne pas avoir un besoin constant de la présence, de l'encouragement ou de l'avis d'autrui pour pouvoir agir ». (Emilie,S, 2004, pp. 3-4).

5.4. L'autonomie intellectuelle :

L'autonomie intellectuelle se construit tout au long de la scolarité, et peut être tout au long de la vie. On pourrait dire qu'un enfant autonome intellectuellement pense par lui-même, c'est-à-dire qu'il peut mobiliser des compétences transversales et spécifiques à chaque discipline, des savoirs et des savoir-faire, pour résoudre des problèmes.

Il est capable d'appréhender des situations proposées par le maître qui ne sont pas uniquement des situations analogiques ou modèles. L'enfant doit progressivement devenir indépendant pour raisonner seul. Il doit s'investir dans une démarche de recherche tout en envisageant par lui-même les résultats de son activité de réflexion. Il ne doit pas attendre de l'adulte « la solution miracle » mais doit considérer ce dernier comme guide. (Emilie,S, 2004, pp. 3-4).

5.5. L'autonomie sociale et l'autonomie morale :

Un enfant qui est autonome socialement, est un enfant qui est capable de vivre dans un groupe tout en ayant une place singulière dans ce dernier. Ainsi, la socialisation et l'autonomie sont étroitement liées. On apprend avec les autres tout en adoptant une démarche personnelle liée à la combinaison de toutes nos influences (sociales, culturelles...). L'autonomie sociale consiste donc, à partir d'identifications multiples, à se construire un projet personnel.

On peut dire qu'un enfant est autonome moralement lorsqu'il est capable de comprendre la nécessité de se donner des lois et des règles morales et lorsqu'il est capable d'adapter son comportement à ces règles. L'élève accédera d'autant plus à cette autonomie morale qu'il aura véritablement fait siennes ces règles, les aura assimilées et sera capable, de son propre arbitre, de les respecter.

Ainsi, l'autonomie est le résultat d'un long processus : l'enfant ne peut devenir autonome du jour au lendemain ou d'une année sur l'autre. C'est un état qui se construit à travers le temps et qui n'est jamais définitivement gagné. (Emilie,S, 2004, pp. 3-4).

Résumé :

Avant d'aborder l'autonomie qui est se présente par un processus très essentiel dans le développement de l'enfant on est commence par la notion de la propreté qui est le point de départ pour arrivé a l'acquisition de l'autonomie.

Dans ce chapitre, nous avons suivi l'enchaînement des idées et des théories pour nous permettre de se présenter une image globale et cohérente de cette notion.

Chapitre3 :

L'autisme

Préambule

L'autisme est un vaste sujet, traiter ce problème c'est à la fois aborder des sujets comme l'intelligence, le langage, la communication, les interactions sociales et bien d'autres. Actuellement, l'autisme suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie.

1. Historique de spectre autistique :

En 1943, le psychiatre Leo Kanner décrivait les enfants verbaux ou non verbaux présentant des comportements d'indifférence sociale et affective. A la même époque et sans contact avec le précédent, le pédiatre Hans Asperger faisait état de comportements voisins chez des adolescents verbaux. Ce n'est que récemment 1980 que « l'autisme infantile » a fait son apparition dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III). Depuis cette appellation est couramment utilisée.

Les Troubles envahissants du développement (TED) sont complexes. Ils étaient considérés comme troubles affectifs jusqu'à ce que les investigations scientifiques révèlent qu'il s'agissait d'un ensemble de variations neuro-développementales du fonctionnement cérébral pouvant s'exprimer par un large éventail de symptômes.

La classification actuelle des troubles mentaux du DSM-IV-TR comporte cinq troubles envahissants du développement, soit :

- _ L'autisme (ou trouble autistique).
- _ Le syndrome d'Asperger.
- _ Le trouble envahissant du développement non spécifié.
- _ Le syndrome de Rett.
- _ Le trouble désintégration de l'enfance.

Malgré cette classification, il demeure difficile de déterminer des critères et de tracer des limites précises entre les sous-groupes. Les personnes atteintes de TED forment en effet un groupe très hétérogène tant par la grande variabilité des symptômes et le degré de dysfonctionnement que par la présence ou l'absence de conditions médicales ou psychiatriques associées.

Ainsi, plusieurs cliniciens se réfèrent à un concept dimensionnel plutôt que catégoriel, reconsidérant l'expression « troubles envahissants du développement », communément employée jusqu'ici.

A la lueur des informations émanant de la révision en cours du DSM-IV-TR, il semble qu'une nouvelle classification introduirait la notion de *spectre autistique*, celle-ci rendant compte de l'aspect dimensionnel du concept. *Les troubles du spectre de l'autisme (TSA)* regrouperaient alors dans une catégorie inclusive :

- _ L'autisme ou trouble autistique.
- _ Le syndrome d'Asperger.
- _ Le trouble envahissant du développement non spécifié.

Il apparait que cette classification préciserait le niveau d'atteinte des différentes sphères du développement et du fonctionnement de l'enfant, avec l'existence ou non de conditions associées.

Afin de tenir compte de l'évolution des concepts, l'expression *trouble du spectre de l'autisme* et son acronyme TSA sera utilisée dans les présentes lignes directrices plutôt que l'expression *trouble envahissant du développement (TED)*.

En bref, le tableau clinique de TSA est très variable selon le niveau de langage, l'âge, les capacités cognitives et la présence ou l'absence de conditions associées. Chaque individu présentant un TSA a ses caractéristiques propres sur le plan des capacités cognitives, des capacités langagières et des capacités de socialisation. Chacun se situe sur ces plans à un endroit particulier d'un continuum allant de la déficience intellectuelle à la douance, de l'absence totale de langage à une grande volubilité, ou d'une apparente absence d'intérêt pour la socialisation à un désir d'entre en relation, bien que de manière atypique.

Les TSA sont tous caractérisés par des altérations ou des atypies dans quatre domaines de compétences :

- _ La socialisation.
- _ La communication.
- _ Le jeu et l'imagination.
- _ La variété des intérêts et des comportements. (Les troubles du spectre de l'autisme_ l'évaluation clinique, 2012, pp, 6-8).

2. Définition :

2.1. Définition du syndrome de l'autisme :

Selon L'OMS et la CIM-10 en 1992 : « trouble envahissant de développement, caractérisé par un développement qui se manifeste avant l'âge de 03ans avec une perturbation caractéristique ou un dysfonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interaction social, communication, comportement ». (Pascal,C et al, 2007, p. 4).

L'autisme pourrait être défini en ces termes :

« Polarisation de la vie mentale d'un sujet sur son monde intérieur et perte des contacts avec le monde extérieur. Le malade vit avec le monde familier de ses désirs, de ses angoisses, de sa sensibilité et de son imagination : Ce sont, pour lui, les seules réalités.

Le monde extérieur n'est qu'une apparence ou tout au moins un monde sans échange possible avec le sien propre. Dans ses formes moins caractérisées, des contacts sont encore possibles entre monde intérieur et monde extérieur.

Mais le malade souffre de pouvoir extérioriser sa sensibilité dans des expressions adéquates et, d'autre part, le monde extérieur le blesse constamment et l'oblige à se barricader dans sa tour d'ivoire » (Pelicier,Y et al, p. 30).

Les classifications internationales américaines (DSM-IV) et européenne (CIM-10) définissent l'autisme comme un trouble envahissant du développement.

« Il apparaît avant 36 mois et entrave l'évolution normale des fonctions intellectuelles, émotionnelles, sensorielles et motrices liées au développement du jeune enfant. » (Roge,B, 2008, p. 39).

L'autisme : repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative.

En 1943, Kanner à décrit sous le non d'autisme infantile précoce une forme de psychose de l'enfant. Ce syndrome, qui s'observe beaucoup plus souvent chez les garçons que chez les filles (de 2à 4fois plus), peut apparaitre très tôt (avant 3 mois).

Il comporte deux traits essentiels : le repliement sur soi et le besoin impérieux de ne rien changer ;

1/ le repliement sur soi se traduit, notamment par une totale indifférence à l'égard du monde extérieur. L'enfant se conduit comme s'il se berce, se balance d'une jambe sur l'autre, joue avec ces mains, sautille sur la pointe des pieds, tourne sur lui-même, etc.....

2/la résistance à tout changement se manifeste, notamment par des activités ritualisées (par exemple, mettre ses vêtements dans le même ordre) ou la répétition inlassable des mêmes jeux. L'enfant autiste perdu dans ses activités stéréotypées, évolue dans univers privé, qu'il a jalonné de repères. Mais cet éloignement de notre monde, qui interdit toute fréquentation des milieux scolaires normaux si non toute acquisition intellectuelle, conduit à une situation déficitaire grave et irréversible. (Sillamy,N, 1999, p. 31).

2.2. Définition des troubles envahissants du développement :

Ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication, des perturbations dans les relations aux autres, des activités et des intérêts restreints répétitifs, souvent stéréotypés.

Qui limite considérablement la communication et l'interaction de l'enfant avec son entourage. (Boulekras, N, p. 15).

Sévère limitation de l'aptitude aux interactions sociales réciproques et des aptitudes de communication, et présence de comportements, d'intérêt et d'activité répétitifs. (Tony, A, 2010, p. 420).

Les TED un ensemble de désordres d'apparition précoce perturbant le développement du système nerveux central et qui induisent des déficits et des anomalies qualitatives dans le fonctionnement intellectuel, sensoriel, moteur ou du langage. (Marcatand,S, 2010, p. 7).

3. Les signes cliniques de l'autisme:

L'autisme, touche donc précocement toutes les fonctions d'adaptation, et il se caractérise par un ensemble de signes cliniques, présents dans les trois domaines essentiels, que sont donc l'interaction sociale, la communication, et les intérêts et comportements.

3.1. Les troubles de la relation :

Ces perturbations, se traduisent par des comportements déviants, dont l'expression peut varier considérablement, d'un sujet à l'autre, chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagnée d'un évitement du contact physique, l'ignorance des autres personnes, le contact visuel réciproque, l'acquisition du sourire social dès les premières semaines ne sont pas observés, plus tard, on observe également un évitement du regard de l'autre, les fixations visuelles peuvent aussi comporter des balayages visuels inopérants.

La durée d'exploration, est très courte ce qui renforce une certaine incapacité à traiter les informations d'ordre social et affectif, chez les autres ça peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire, des cris et des pleurs sans raison apparente sont enregistrés.

Un des traits dominants de cette inadéquation sociale s'avère être aussi l'absence des comportements, d'anticipation qui se met habituellement en place, dès le très jeune âge. D'ailleurs, un des premiers signes qui alarme les parents, lorsqu'ils constatent que leur enfant ne tend pas les bras lorsqu'ils s'apprêtent à le prendre, et qu'il n'ajuste pas sa posture une fois pris dans les bras, 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 recherchant pas le contact des autres, et particulièrement des enfants de son âge, il ne parvient pas à développer des jeux sociaux avec les autres enfants, et ne s'adapte pas aux situations de groupe, lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits, et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement, l'interaction sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant, et facilitent donc la situation pour lui. (Roge. B, 2003, P23).

3.2. Trouble du langage :

Les troubles du langage les plus intéressants impliquent son retard d'apparition, les bizarreries d'expression ou le mélange des deux. La forme la plus extrême de retard est celle de l'enfant qui ne parle même pas comme un bébé et qui émet des sons au hasard, sans finalité de communication franche. Certains enfants semblent écouter et comprendre un peu le langage, et s'expriment au moyen de quelques mots tels que « maman », « auto », « au revoir ». Toutefois, entre deux et trois ans, ces mots disparaissent et sont

remplacés par un jargon. D'autres enfants vont acquérir des mots nouveaux, des phrases et même des discours qui ne seront jamais un langage normal. Malgré cela, ces enfants parlent rarement comme le feraient des enfants plus jeunes. Ils présentent souvent, en plus, d'autres particularités comme l'écholalie ou par exemple la répétition de spots publicitaires télévisés. Il peut y avoir inversion pronominale et mots ou phrases utilisées hors sens. (Schopler, E et al, 2000, p. 31).

3.3. Les troubles de la communication :

Les difficultés de communication, tant dans le registre verbal que non verbal, apparaissent aussi massivement entre 2 et 5 ans, elles touchent aussi bien la capacité de compréhension des signaux et des codes sociaux que la capacité d'utilisation de ceux-ci, l'expression gestuelle, comme le pointage du Doigt vers un objet ou un aliment convoité, reste pratiquement inexistant pendant des années, et lorsqu'elle apparaît, elle est rarement coordonnée avec le regard, le geste de solliciter le parent pour qu'il participe à sa propre activité est le plus souvent absent, les conduites d'imitation se mettent très difficilement en place, les mimiques de l'interlocuteur sont mal décodées, comme si l'autiste ne pouvait interpréter à leur vue les émotions correspondantes telles la peur, la colère, la joie ou la tristesse, la communication verbale est gravement atteinte elle aussi, bien que 50 % des autistes parviennent à un certain niveau de production de la parole. D'après Mottron, le langage n'est pas relié au QI de façon linéaire mais qu'il suit une évolution par paliers. (Roge,B, 2008, pp. 25,26).

Après avoir été mutique, puis longtemps écholalies, l'enfant autiste manifeste généralement par la suite un phénomène d'inversion pronominale, doué fréquemment d'une mémoire auditive, il n'est pas rare de l'entendre ultérieurement rapporter mot à mot de longs passages qu'il a mémorisés à partir de conversations, on observe toutefois une différence marquée entre ces productions très fidèles à l'original et les réponses qu'il fournit aux demandes de l'intervenant, ces dernières présentent, des immaturités grammaticales propres à son niveau général de développement langagier, cependant lorsque ces enfants sont d'intelligence normale ou supérieure, ils acquièrent habituellement une qualité de langage tout à fait comparable à celle des enfants normaux, sur les plans tant syntaxique que grammatical. Seule

l'intonation de la voix, le timbre, le rythme et la vitesse d'élocution demeurent souvent atypiques.

Tarer-Flusberg et Anderson 1991 ont étudié l'écholalie immédiate ou différée que présentent les autistes à un moment de leur développement, et ils en ont conclu qu'ils n'ont pas conscience d'être une source de nouvelles connaissances, pour leur interlocuteur, ce qui reflète une anomalie de réciprocité.

Ils semblent pour la même raison incapables d'accorder une intention à l'interlocuteur ou plus globalement des états psychologiques aux autres personnes, ce qui s'explique par l'absence de construction d'une « théorie de l'esprit ».

Pour cet auteur, il s'agirait même d'un trouble cognitif tout à fait spécifique à l'autisme, auquel il a donné le nom de cécité mentale, cette dernière serait tel que les sujets se révèlent incapables de comprendre et prévoir la majorité des comportements humains. (Roge,B, 2008, p. 26).

3.4. Les troubles du comportement répétitifs :

Les problèmes de comportements, sont une des caractéristiques de l'autisme chez les enfants jeunes, on observe souvent qu'ils n'utilisent pas les jouets d'une façon fonctionnelle, l'attention étant parfois dirigée vers une seule partie de l'objet manipulée (comme les roues d'une voiture) sa manipulation entraîne généralement des comportements répétitifs comme des mouvements de rotation, ces activités stéréotypées peuvent être produites sans l'aide d'un objet et touchent souvent une partie du corps, ces enfants peuvent passer leur temps à tourner, se balancer, agiter les doigts ou la main devant les yeux. Le sujet peut adopter des postures étranges dans lesquelles il peut se figer pendant de longs moments, lorsque l'autiste grandit, le changement le plus minime dans son environnement l'amène souvent à une grande intolérance et à une forte angoisse. (Lelord, G, 1989, p. 251).

3.5. Autre signes clinique :

La déficience mentale, est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme. Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale, de plus le fait même que ces enfants ne puissent pas

toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence. Une incidence élevée de troubles du sommeil, et de troubles de l'alimentation, il existe aussi des retards marqués dans l'acquisition de la propreté. C'est toute fois le développement sensori-moteur qui semble le plus inhabituel chez ces enfants. LELORD a envisagé l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses, responsables du filtrage et de la modulation sensorielle, émotionnelle et posturo motrice. (Lelord, G, 1989, p. 252).

Ce trouble expliquerait le caractère hyper sélectif de leur attention, et leurs comportements d'hypo ou d'hyperréactivité, face aux stimulations extérieures, toutes les modalités sensorielles semblent touchées, et c'est la fluctuation de leurs réponses qui décrit le mieux leurs comportements tel que :

3.5.1. Les déficits auditifs :

La prévalence des déficits auditifs dans l'autisme est dix fois plus élevée qu'en population générale, plus récemment, Kielinen observe dans une population d'enfants autistes qu'ils ont un déficit auditif léger, est un déficit modéré et un déficit sévère, par ailleurs, si l'association d'une déficience auditive est fréquente, elle pourrait retarder dans certains cas le diagnostic de l'autisme.

3.5.2. Les déficits visuels :

Ils semblent aussi fréquents dans l'autisme ; Kielinen rapporte, à partir de l'observation des caractéristiques de enfants et adolescents autistes âgés de moins de 16 ans et diagnostiqués selon le DSM IV, que la plus part d'entre eux ont un déficit visuel sévère, pouvant aller jusqu'à la cécité et un trouble visuel modéré, Fombonne, dans une méta-analyse (1999), fait état des résultats de quatre études publiées entre 1976 et 1997 et dans lesquelles la prévalence des déficits visuels dans l'autisme se situe entre 0 % et 3 %, ils sont fréquents dans le développement avec notamment des manifestations d'anxiété, avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent, dans certains cas cependant, les manifestations phobo-obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient, des éléments dépressifs peuvent aussi apparaître, surtout à partir de l'adolescence, et avec la prise de conscience des difficultés. (Roge.B, 2003, P30).

4. Les formes de l'autisme :

4.1. L'autisme infantile :

Trouble envahissant du développement, dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans, Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement, qui est répétitif et lié à des intérêts restreints, l'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner des niveaux intellectuels très variables. (Roge, B, 2004, P 14).

4.2. L'autisme atypique :

Trouble envahissant du développement, qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles, ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères, une prise en charge est requise pour établir le diagnostic d'autisme infantile, les recours à cette catégorie de diagnostic se justifie par le fait que chez certains enfants les troubles apparaissent au-delà de 3 ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteint dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement). (Roge. B, 2003, p15).

4.3. Syndrome de Rett :

Développements prénatal et psychomoteur apparemment normaux ; après la naissance le périmètre crânien normal, décélération de la croissance crânienne entre 5 et 48 mois ; perte des compétences manuelles. Intentionnelles acquises antérieurement, suivie de l'apparition de mouvements stéréotypés des mains, perte de la socialisation dans la phase précoce de la maladie, apparition d'une incoordination de la marche ou des mouvements du tronc ; Altération grave du développement du langage de types expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère.

4.4. Syndrome d'Asperger :

Le Syndrome d'Asperger (abrégié en SA ou bien AS en anglais), est un Trouble Envahissant du développement (TED) apparenté à l'autisme, et parfois appelé autisme « de haut niveau ».il a été utilisé pour la première fois par la psychiatre anglaise Lorna Wing en 1981, en référence aux travaux de Hans

Asperger, psychiatre et pédiatre autrichien, les capacités intellectuelles, bien que parfois anormales, sont d'un bon niveau.

Ce syndrome regroupe des sujets aux signes autistiques nets, mais qui ne présentent que très peu de retard de langage ; et qui ont même parfois des facultés étonnantes dans ce domaine, bien que l'on retrouve des anomalies, (notamment concernant l'emploi des pronoms) concernant la motricité, un retard modéré dans l'âge de la marche est fréquent, de même qu'un manque d'habileté dans les jeux, des troubles légers de l'équilibre, et parfois des anomalies dans la motricité fine sont notées, Comme l'écriture, et surtout lorsque cela implique une coordination des deux mains des stéréotypies gestuelles sont parfois présentes, notamment à l'occasion d'un stress. (Roge. B, 2003, p32).

5. Diagnostique et évaluation du syndrome de l'autisme :

L'autisme est un trouble du développement très sévère qui nécessite une démarche extrêmement rigoureuse dans l'argumentation et l'évaluation de la gravité du trouble.

La confusion qui a longtemps existé quant aux critères diagnostiques de l'autisme infantile, s'est sensiblement dissipée avec une description précise des symptômes autistiques, puisqu'on s'oriente vers l'existence d'un groupe de symptômes. (Etudes diagnostic; Rutter, Schopler, Creak). (Rutter, M et Chepler, E, 1991, p. 4).

Pour poser le diagnostic d'autisme il faut non seulement opérer un regroupement de symptômes dits autistiques, mais tenir compte du contexte social et familial de l'enfant de son histoire médicale et biologique et les hypothèses étiologiques avancées.

Ce diagnostic va permettre ensuite de circonscrire les informations nécessaires au traitement thérapeutique et ou éducatif.

Pour cela plusieurs bilans sont nécessaires :

5.1 Evaluation clinique

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection.

Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (Lelord,G et Sauvage,D, 1991, p. 99.)

Ceci permet d'orienter le diagnostic vers l'une des quatre grandes catégories de trouble envahissant du développement (TED): (Rutter,M et Chepler,E, 1991, p. 4.)

- **L'autisme infantile**, dont le diagnostic repose sur les critères suivants :

- apparition des troubles avant l'âge de 3 ans ;
- altération qualitative des interactions sociales ;
- altération qualitative de la communication et du langage ;
- comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.

- **L'autisme atypique**, qui diffère de la forme précédente par sa survenue plus tardive (après 3 ans).

- **Le syndrome de Rett**, touche essentiellement les filles. Après un développement normal, il se manifeste par une phase de régression rapide avant l'âge de 3 ans.

Perte de coordination manuelle, perte de la station debout, cerveau qui arrête de grossir.

- **Le syndrome d'Asperger**, se caractérise par des comportements stéréotypés et des anomalies dans l'interaction sociale.

En revanche le développement cognitif et le langage sont d'un bon niveau.

5.2 Examen médical

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neurophysiologie va croissant.

On s'attarde sur l'exploration des incidents liés à la grossesse, à l'accouchement ; ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques...

Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui se sont longtemps ignorées ; tels que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle...se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences.

Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (Lelord,G et Sauvage,D, 1991, p. 59.)

Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie...

Il recherchera notamment :

- l'existence d'une anomalie neurologique ;
- un déficit sensoriel (surdité, troubles visuels) ;
- l'existence d'une épilepsie ;
- des anomalies liées aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques

Ce premier bilan orientera les examens complémentaires.

Toutefois, certains examens complémentaires sont maintenant devenus quasi systématiques.

C'est ainsi que le bilan ORL avec audiogramme, le bilan ophtalmo, l'EEG de veille et de sommeil, un bilan de base biologique sont facilement réalisés. Dans un deuxième temps, d'autres examens pourront être faits selon les cas : IRM cérébrale, imagerie fonctionnelle...

5.3 Bilan psychomoteur

Il est également important à réaliser de manière précise, car il nous renseigne en particulier sur la manière dont l'enfant investit son corps.

Par exemple, il peut révéler la méconnaissance, de la part de l'enfant, de certaines parties de son corps, comme les parties qu'il ne peut pas voir par l'absence de représentation mentale de celles-ci.

L'évaluation portera sur :

- le développement des acquisitions posturales et motrices ;
- le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication ( chelle d'évaluation du comportement psychomoteur) (Lelord,G et Sauvage,D, 1991, p. 162.)

5.4 Evaluation psychologique

L'examen psychologique repose sur deux objectifs :

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant.

Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation Spatio temporelle (Lelord,G et Sauvage,D, 1991, p. 121.)

Ce constat est essentiel pour le diagnostique différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs.

Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets... (Lelord,G et Sauvage,D, 1991, p. 121.) On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit par Schopler et Reichler en 1980, la psycho éducationnel profil (PEP). (Rondal,J, 1989, p. 320.).

Cet instrument d'évaluation assez particulier est préconisé dans un programme éducatif d'enfants autistes.

Le PEP introduit de façon judicieuse la notion d' « émergence », lorsque l'enfant ébauche une réponse positive à la consigne sans la réaliser correctement ou complètement.

Les profils résultant du test vont permettre d'adapter les activités proposées à l'enfant et de cibler spécifiquement les domaines dans lesquels l'enfant a les capacités de progression.

5 .5 Evaluation du langage

Environ un enfant autiste sur deux ne parle pas. Parmi ceux qui développent un langage, il intervient tardivement et rare.

La méthode d'évaluation est en étroite relation avec le problème posé et les buts recherchés.

L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche.

Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps.

Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané. Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe. Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (Rondal,J, 1989, p. 300).

6. La prise en charge :

6.1. Les traitements médicamenteux : faire l'état de la question des médicaments dans l'autisme n'est pas facile car les données en pharmaco-épidémiologie sont rares et les études peuvent présenter des résultats opposés pour un même essai médicamenteux. Néanmoins, un fait est certain : il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicament dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Toutefois, certains symptômes ou comportements autistiques peuvent bénéficier de traitements efficaces. Mais n'oublions jamais que, compte tenu de la forte variabilité inter et intra-individuelle dans l'autisme, les effets des médicaments pourront considérablement varier d'un sujet à l'autre et parfois aussi chez un même sujet au cours du temps.

Ainsi, les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaires, comme un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques. En général, et depuis longtemps, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants d'agitation, d'agressivité, éventuellement d'automutilation chez ces enfants, au moyen de neuroleptiques dits traditionnels, agissant essentiellement par une action sédatrice. Mais, depuis une dizaine d'années, et surtout parce que des déficits fonctionnels ont été mis en évidence au plan neurobiologique, les données dans ce domaine ont permis une nouvelle réflexion en termes thérapeutiques, notamment pour améliorer certaines fonctions.

Il y a donc un objectif double dans le traitement proposé aux personnes autistes : réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Or ceci pose un problème d'utilisation de certains produits qui, prescrits pour atteindre le premier objectif de façon efficace, risquent d'entraver le second (par exemple, les neuroleptiques vont faire baisser les troubles du comportement mais diminuer la vigilance et le risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives, communicatives.....).

(Tardif, C et Gepner, B, 2003, pp. 107, 108).

6.2. Les psychothérapies :

Les psychothérapies sont multiples ; elles peuvent être individuelles ou groupales et elles peuvent être utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles,

sur les capacités des jeux, sur les fonctions instrumentales..... elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique.....) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier. (Tardif,C et Gepner,B, 2003, p. 108).

6.2.1. La psychothérapie individuelle : notamment pour les personnes d'un assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent, pour comprendre les situations sociales si déroutantes pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (Tardif,C et Gepner,B, 2003, p. 109).

6.2.2. Les thérapies familiales systémiques pourront elles aussi être une modalité envisagée pour que la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent. Par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leur frère ou sœur autiste. (Tardif,C et Gepner,B, 2003, p. 109)

6.2.3. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles doivent utiliser des procédures positives (non aversives) pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par des techniques très codifiées. (Tardif,C et Gepner,B, 2003, p. 109)

6.2.4. La thérapie institutionnelle est sans doute celle que la plupart des enfants et adultes autistes rencontrent dans les établissements du secteur médico-social et hospitalier. L'idée est de prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et protégé, assurant une fonction contenante (au sens de Bion) et un espace transitionnel (au sens de Winnicott). La personne est généralement prise en charge dans des séances

individuelles mais aussi de groupe, lors d'ateliers. La vie de l'institution fait alterner des temps dits thérapeutiques et des temps dits occupationnels. Dans ce contexte, une occupation doit avant tout avoir un objectif. Ainsi, le choix d'une occupation intéressante, appropriée, régulière et ciblée pour la personne autiste pourra diminuer son ennui, ses stéréotypies ou ses comportements difficiles, et lui permettre d'apprendre et/ou de se faire plaisir. (Tardif,C et Gepner,B, 2003, pp. 109,110)

6.2.5. La thérapie d'échange et de développement (TED, Barthélémy et al. 1995) a été élaborée pour des enfants présentant de graves troubles du développement (dont l'autisme). Elle est un soin psycho éducatif individuel au cours duquel le partenaire de l'enfant tente de réunir les conditions optimales d'échange : sérénité, disponibilité, réciprocité pour pouvoir créer un climat favorable au développement d'interactions lors des activités ludiques. Le but essentiel est de favoriser les échanges au cours de séquences perceptives, motrices et sociales visant à rééduquer des fonctions neuropsychologiques atteintes. Par exemple, en rééduquant dès le plus jeune âge l'attention, la perception et la régulation, l'enfant aura plus de chance de développer des capacités communicatives, imitatives, interactives. Comme dans tout projet individualisé conçu pour l'enfant autiste, la TED peut côtoyer d'autres modes de prises en charge, l'ensemble formant alors un programme d'interventions pensé et appliqué. (Tardif,C et Gepner,B, 2003, p. 110)

6.2.6. Le modèle de TEACCH les connaissances nouvelles sur la psychopathologie des comportements autistiques, notamment dans le domaine cognitif, ont permis d'élaborer des méthodes éducatives spécifiques. Le programme de TEACCH a été conçu par E. Schopler et Mesibov aux Etats-Unis dans les années soixante et diffusé en Europe par Peters. Il s'agit d'un acronyme qui signifie " Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children" c'est-à-dire traitement et éducation des enfants autistes et souffrant de handicaps apparentés de la communication. Il aborde les principales difficultés rencontrées par l'enfant autiste dans sa vie quotidienne : L'hétérogénéité des capacités cognitives ; avec un déficit des performances sociales et verbales, avec l'impossibilité d'accéder à un langage abstrait et universel. Ainsi, que l'inadaptation la diversité des

situations sociales dynamiques. De plus, l'intolérance aux changements dans le temps et l'espace.

Dans ce modèle d'intervention, les parents sont engagés en première ligne et sont considérés comme des co thérapeutes dans l'éducation de leur enfant. Le thérapeute est assisté d'un conseiller parental qui soutient plus particulièrement les parents dans leurs difficultés personnelles et affectives. Ils organisent ensemble, le programme à appliquer à la maison. Le programme est destiné à faciliter au maximum la compréhension de l'enfant, indispensable à tout apprentissage. Ces programmes éducatifs préparent à l'apprentissage de la socialisation. En plus, il favorise l'accession aux notions d'espace et surtout de temps en obéissant à certaines règles comme ; la durée des activités qui doit être concrétisée par la quantité de matériel fournie au départ. Ainsi, que le dérèglement des séances dans le même lieu et à la même heure, en proposant surtout des tâches visuelles, à la fin de l'activité on favorise la remise d'un jouet.

L'efficacité du programme TEACCH a été évaluée positivement dans plusieurs études de suivi. Celle d'Ozonoff et Cathcart (1998) a comparé onze jeunes enfants autistes ayant bénéficié de la méthode TEACCH à domicile pendant quatre mois à un groupe contrôle de onze enfants autistes non traités par le TEACCH. Les deux groupes étaient appariés en fonction des scores et de la sévérité des comportements autistiques. Les résultats indiquent l'amélioration significativement plus importante (trois à quatre fois plus) des enfants traités par le TEACCH par rapport au groupe contrôle. L'amélioration correspond à l'augmentation des scores obtenus à l'évaluation dans les domaines spécifiques de l'imitation, la motricité fine, la motricité globale, les capacités non verbales et les scores globaux. (Lenoir, P et al, 2007, pp. 207-209).

6.2.7. La méthode ABA

La technique la plus utilisée dans les programmes comportementaux est désignée par le sigle ABA, "Applied Behaviour Analysis" analyse comportementale appliquée. Ces méthodes comportementales sont fondées sur la théorie du conditionnement opérant de Skinner.

Une des composantes fondamentales de l'ABA est appelée Discrète Trial Training (DTT), ou entraînement par essais distincts. (Lenoir, P et al, 2007, pp. 210-211).

L'objectif de l'intervention est d'enseigner à l'enfant les compétences qui vont faciliter son développement et l'aider à acquérir la plus grande indépendance et la meilleure qualité de vie possible. Il existe plusieurs programmes adaptés à toute une gamme de compétences, qui ont été développés durant des dizaines d'années de recherche. Le programme doit inclure l'enseignement des capacités que la majorité des enfants ordinaires n'a pas besoin d'apprendre, telles que le jeu et l'imitation. L'accent doit être mis sur l'apprentissage de la parole, le développement des concepts et du domaine scolaire, le jeu et les compétences sociales. (Lenoir, P et al, 2007, pp. 13-14).

L'implication de la famille est fondamentale dans la prise en charge, car vivre avec un enfant autiste requiert beaucoup d'attention et d'énergie, et coordonner en plus l'équipe thérapeutique s'avère une véritable épreuve de force. Aussi, il est recommandé de faire appel, à des intervenants, à fin, qu'ils se chargent du travail intensif avec l'enfant, et travail sur l'amélioration du comportement.

Selon les études, l'intervention comportementale réussit à améliorer le fonctionnement des enfants dans des domaines tels que le langage, le jeu, l'interaction sociale et l'autonomie. Il est cependant normal que les résultats diffèrent. Ceux-ci dépendent en effet de plusieurs facteurs comme l'âge de l'enfant au début de la prise en charge, la qualité de la prise en charge, les capacités cognitives de l'enfant et la cohérence du suivi au sein de la famille.

Résumé :

Dans ce chapitre on a vu que l'autisme est une altération mal connue jusqu'aujourd'hui malheureusement. Les personnes atteinte ont des caractéristiques qui se manifestent par des troubles de communication, sociale, ils ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaires ; psychologue, orthophoniste, et la prise en charge médicale et parentale dont la finalité et l'intégration dans la société.

Chapitre4 :
La méthodologie de
recherche

Préambule :

Notre objectif dans ce chapitre est de présenter la méthode utilisée dans notre recherche qui est la méthode descriptive. Après avoir entamé la présentation du lieu de recherche, nous présenterons aussi la pré-enquête, le groupe de recherche et les critères de sélection de ce groupe et puis vers la fin on décrira les outils de recherche, qui sont l'observation clinique et l'entretien clinique.

1. Problématique :

L'autisme est une pathologie lourde, la traiter suppose d'aborder à la fois ses différentes dimensions comme le diagnostic, la prise en charge, la communication, les interactions sociales etc. Depuis quelques années, l'autisme suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie mais aussi le grand public. (Doare, M, 2000, p. 2).

Cependant le regard sur l'autisme s'est modifié au cours de ces dernières années. Si l'enfant atteint d'autisme a longtemps été prisonnier du secteur psychiatrique sans perspective d'éducation, d'intégration sociale et professionnelle, il fait partie aujourd'hui grâce à la détermination d'association de famille d'autismes, d'une population considérée comme éduicable, scolarisable et socialisable.

La Belgique, le Canada et les Etats-Unis sont des précurseurs dans la volonté et l'engagement d'intégration sociale de la population autiste. En France, coexistent un système éducatif ordinaire et un système éducatif spécial, même si la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 définit un droit pour les enfants et adolescents handicapés à être scolarisés en milieu scolaire ordinaire par le biais du système éducatif spécial pour favoriser l'intégration sociale et doter d'outils de communication, la population autiste attendra l'année 1994-1995 pour que l'autisme soit associé à un handicap et bénéficie de l'obligation scolaire gratuite nationale. (Lelord, G et Sauvage, D, 1990, p. 120).

La prévalence de l'autisme ne cesse d'augmenter sur l'ensemble de la planète. En Algérie certaines statistiques font état de 65000 personnes atteintes par ce trouble. Il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme, ceci n'empêche pas que les personnes atteintes puissent bénéficier de traitements

psychothérapeutiques, en parallèle à une prise en charge institutionnelle, éducative et pédagogique. Mais la prise en charge dans notre pays est actuellement très insuffisante par rapport aux besoins de ces enfants sur le plan éducatif, scolaire et thérapeutique. (Gaddour, N, 2012, p. 1).

En Algérie, l'autisme est une maladie encore trop méconnue du grand public et pourtant elle frappe de plein fouet de nombreuses familles livrées à elles-mêmes qui se retrouvent dans le désarroi le plus total, à cause d'une absence de prise en charge spécialisée.

Néanmoins, il y a lieu de signaler le rôle des associations, à l'instar de l'association des enfants autistes (AEA) présidée par Mme Baya Nouri, qui tente depuis sa création en 2007 à Alger de combler le vide laissé par les pouvoirs publics en matière de soutien et d'accompagnement des enfants autistes et leurs familles.

Depuis plusieurs années, cette association multiplie les actions de sensibilisation et d'information sur ce trouble du comportement. L'autisme ne se guérit pas, mais une éducation structurée et des soins adaptés permettent de diminuer les symptômes, d'apprendre à vivre et grandir parmi les autres. (http://www.latribune_online.com/suplements/sante/66046.ess).

L'autisme demeure une maladie méconnue en Algérie, car elle est peu enseignée à l'université et dans les établissements de soin. C'est une affection psychiatrique fréquente, si on prend la prévalence pour l'ensemble du spectre de 1 pour 1000 naissances, par extrapolation il y aurait 50 000 autistes environ entre enfants, adolescents et adultes qui vivent en Algérie sans soins, de ce fait il constitue une problématique de santé publique. (Ould-Taleb, M, 2009, p. 13).

Pour le professeur Mahmoud OULD TALEB, l'autisme constitue le motif essentiel des consultations et des hospitalisations en pédopsychiatrie. Un nombre important d'autistes consultent le service pédopsychiatre ou il travaille environ 600 enfants, adolescents et adultes autistes venus de toutes les régions d'Algérie.

Deux hôpitaux de jour pour les soins institutionnels ont été créés, le premier de cinquante places pour les enfants autistes de 3 à 10 ans, le

deuxième de 20 places pour les adolescents autistes. (Ould-Taleb,M, 2015, p. 107).

Selon les dernières estimations du ministère de la santé, en Algérie environ 80.000 enfants âgés entre 15 mois et 17 ans sont autistes, une pathologie méconnue du grand public et portant sa prévalence est estimée à 4 cas pour 1.000 naissances. Devenu un réel problème de santé publique, la plupart des enfants atteints de ce désordre neurologique ne bénéficient d'aucun suivi thérapeutique leur permettant d'envisager une scolarité normale, d'où la nécessité d'augmenter la capacité d'accueil en établissements spécialisés en pédopsychiatrie et de former le personnel qualifié pour le traitement de cette maladie par la diversification des méthodes de prise en charge et de dépistage précoce notamment.

En Algérie, les moyens mis à la disposition de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont limités, ils posent de nombreuses contraintes en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Le parcours thérapeutique de ces enfants est chaotique et semé d'embûches, l'accès aux soins est rare ou même indisponible. Le personnel qualifié fait défaut, ce qui rend aussi la formation de nouvelles équipes médico-psychologiques aléatoire. « Pour une population de 36 millions d'habitants, nous disposons de trois structures en pédopsychiatrie avec une capacité globale de 150 places organisées en hôpital de jour auxquelles il faut ajouter une dizaine de consultations avec une vingtaine de « pédopsychiatres » formés grâce à l'aide de l'OMS et qui travaillent dans des conditions précaires ». (Ould Taleb,M, 2012, p. 159).

L'éducation de l'autonomie à des enfants autistes s'inscrit dans une approche globale, qui assoie sa démarche pour définir un programme éducatif adapté à chaque enfant, son objectif est de mener tous les enfants autistes vers l'autonomie.

Dans la société actuelle, l'autonomie est considérée comme une indépendance et un accomplissement de soi, l'autonomie sous-entend également l'individu citoyen qui est conscient des règles à respecter tout en étant indépendant. (Quenton,J, 2012, p. 5).

L'autonomie est une composante essentielle qui aide les personnes en situation d'handicap à entrer en relation avec autrui et s'intégrer dans le corps social, cette notion enchaîne multiples dimensions et tâches de la vie de toute personne. La plupart des personnes handicapées sont autonomes mais certaines d'entre elles ne peuvent vivre sans aide humaine ou technique. (Henrard,J.C, 2012, p. 16).

Les parents et les professionnels de la petite enfance souhaitent voir les enfants autistes devenir autonomes mais le chemin par lequel ils pourront y parvenir n'est pas toujours clair pour eux. Cela conduit à des points de vue très variés sur l'autonomie du jeune enfant autiste. (Msés,R et Grand,Ph, 1997, p. 2).

L'autonomie des jeunes enfants est une notion parmi les grandes notions prises en considération dans la crèche qui accueille des petits enfants.

La garde non parentale ou bien la crèche pourrait être un des moyens d'assurer aux jeunes enfants un milieu complémentaire au milieu familial pour soutenir ses actions éducatives, et si nécessaire la prise en charge institutionnelle de la petite enfance devient une nécessité, elle peut prévenir les distorsions et les pathologies plus ou moins graves qui pourraient ralentir ou réduire le plein épanouissement des potentialités de l'enfant. (Benghabrit-Remaounn,N, 2005, p. 23).

Selon les statistiques internationales, plus l'enfant grandit, plus il est en effet confié fréquemment à un mode de garde institutionnel : entre 6 mois et 1 an, 21% des résidents de cet âge sont accueillis dans une crèche, alors qu'à 3 ans, 70% des résidents de cet âge fréquentent une institution de la petite enfance, majoritairement un jardin d'enfants ou une garderie (50%). (Enquete Besoins de garde de la petite enfance , 2002).

De très nombreuses études ont exploré les liens entre pratiques éducatives et le développement de l'enfant, l'ensemble de ces travaux a permis d'identifier plusieurs facettes des pratiques éducatives ; affectivité, contrôle cognitif et des conduites sociales. Globalement, les attitudes éducatives favorables à l'autonomie de l'enfant et lui assurons un climat affectif

chaleureux, sont considérées comme bénéfiques au développement. (Mallet, P et al, 2003, p. 87).

L'accueil de la petite enfance, s'il est bien organisé, si le personnel est bien formé, suivi soutenu dans son action, si les moyens matériels sont optimisés, peut compenser, prévenir et même guérir les jeunes enfants si la structure de prise en charge est bien adaptée. Dans ce cas-là, on peut poser la question suivante : qu'il est le rôle de la crèche dans l'acquisition de l'autonomie chez les enfants autistes âgés entre 2 à 6ans?

2. Les hypothèses :

Afin de répondre à la question de notre problématique, on a formulé les hypothèses suivantes :

- La crèche par les activités qu'elle organise, contribue à l'acquisition de l'autonomie des enfants autistes.
- La crèche en collaboration avec les parents d'enfants autistes contribue à l'acquisition de l'autonomie des enfants autistes.

3. Définition des concepts clés:

3.1. Définition de l'autisme : c'est désordre d'origine neurologique caractérisé par une distorsion du développement global de la personne dans l'ensemble de ses sphères de fonctionnement, c'est une pathologie très précoce, le plus souvent, associée à un déficit mental, ou les troubles de communications verbales et non verbales perturbent l'ensemble des comportements. (Ould Taleb, M, 2009).

Opérationnalisation du concept :

Agitation ;

Repli sur soi ;

Résistance au changement ;

Stéréotypes ;

Hyperactivité ;

Difficulté de concentration et de communication ;

Altération des relations sociales.

3.2. Définition de l'autonomie : c'est la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. (Document version PDF (2008-2009) p4).

- **Définition opérationnelle :**

L'acquisition de la propreté ;

Se déplacer seul ;

Manger seul ou se nourrir seul ;

La capacité de répondre à ses besoins sans demander de l'aide. (Ex : se servir, demande, s'habille....etc.).

4. Lieu de recherche :

4.1. Présentation de la crèche :

La crèche et préscolaire « ma première page » a été créée en 2008, et elle a ouvert ses portes le 1/9/2008. Elle compte actuellement 54 enfants âgés entre 18 mois et 6ans. Elle est ouverte du dimanche au jeudi.

C'est une structure privée gérée par la propriétaire elle-même, elle accueille les enfants âgés d'un an jusqu'à la rentrée scolaire, et elle accueille des enfants autistes aussi depuis l'année 2014/2015. La structure permet d'accueillir les enfants tout au long de l'année.

L'accueil des parents et de leurs enfants se fait dès le matin à 7 heures et demi jusqu'à la fermeture de la structure à 17 heures du dimanche au jeudi.

Dans cette crèche, les enfants sont répartis en cinq tranches d'âge :

Les enfants de la section garderie : 18 mois jusqu'à 2 ans.

Les enfants de la petite section : 2 ans et demi jusqu'à 3ans et demi.

Les enfants de la moyenne section : 4ans, cette section accueille une fille autiste âge de 6 ans.

Les enfants de grande section c'est une classe de préscolaire qui est agréée par l'Etat : elle accueille trois enfants autistes âgés entre 5ans et 6ans.

Les enfants de la section autistes : 2ans jusqu'à 5ans.

La structure se situe au premier étage ; elle se compose d'une grande salle où les enfants de toutes les sections prennent leurs repas.

Cette salle sert aussi de classe aux enfants de la petite section et la section autiste et la section garderie et les deux autres salles servent de classes aux enfants de moyenne section et préscolaire, et une salle pour la stimulation des enfants autistes et la guidance parentale de ces enfants. On trouve aussi un dortoir composé de 18 lits superposés, un bureau, une cuisine, des sanitaires et enfin d'une cour intérieure disposant d'un toboggan.

4.2. Le personnel de la crèche :

- la directrice ;
- une secrétaire ;
- Une enseignante pour les enfants du préscolaire ;
- Une femme de ménage ;
- Une cuisinière ;
- Deux éducatrices, chacune est responsable de sa section ;
- Une aide éducatrice responsable sur la toilette des enfants autistes ;
- Quatre psychologues ;
- Une orthophoniste
- Quatre Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS).

5. Présentation de la population de la recherche :

Notre groupe de recherche est sélectionné selon les critères suivants :

5.1. Les critères de sélection de la population de recherche :

Nous avons procédé à la sélection de neuf enfants atteints du spectre autistique selon certains critères qui sont :

Les critères retenus :

- Les enfants souffrant d'autisme.
- L'âge chronologique que nous avons limité entre 2ans jusqu'à 6ans.

Les critères non retenus :

- Type d'autisme.
- Sexe.
- Profession des parents.
- Situation socio-économique.

5.2. Les caractéristiques de groupe de recherche :

Notre groupe de recherche est composé de 7 cas. Nous avons sélectionné 10 cas au départ mais on n'a pas pu garder trois à cause de l'indispensabilité des parents donc notre groupe est composé de 6 garçons et 1 fille, âgée entre 2 ans et 6 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques du groupe de recherche.

Nom	L'âge de rentrée en crèche.	L'âge actuel.
Ales	2 ans	4 ans
Mouloud	4 ans	5 ans
Mahdi	2 ans	4 ans
Axel	3 ans	6 ans
Anier	4 ans	6 ans
Dilan	2 et demis	3 ans
Malak	3 ans	6 ans

Remarque :

Les prénoms des enfants présentés ci-dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

6. La pré-enquête :

La pré-enquête reste une étape indispensable dans toutes les recherches en sciences sociales, elle permet au chercheur de recueillir un ensemble d'informations concernant le thème de recherche et le terrain de recherche et des informations, concernant la population visée.

On a commencé notre pré-enquête sur la base des lectures exploratoires effectuées sur le thème au cours du premier semestre, et d'après les connaissances du module des troubles envahissants du développement et les formations auxquelles on a participé sur l'autisme pendant notre cursus universitaire, en plus, on s'est inspiré des reportages télévisés, et on a aussi assisté à des débats et des conférences à la maison de la culture de Bejaia. Durant les conférences on s'est rapproché à des spécialistes pour plus avoir d'information sur la notion de l'autisme, et on a rencontré des cas d'enfants autistes accompagnés par leurs parents qui nous ont parlé des difficultés rencontrées avec leurs enfants autistes.

Ensuite, nous avons procédé à une exploration du terrain qui est la crèche et préscolaire multi accueil « ma première page » à Bejaia. Nous avons tracé et ciblé notre population d'étude et on a défini le champ de notre investigation aux enfants porteurs d'autisme avec l'aide des informations recueillies auprès de l'équipe pluridisciplinaire (psychologues, éducatrices, orthophoniste, AVS.....) qui nous ont expliqué les modalités de la prise en charge et d'accompagnement et de consultation qu'ils utilisent avec les sujets autistes.

La crèche offre une gamme d'apprentissage par des activités et des méthodes tel que TEACCH, et de guidance parentale et des séances de stimulations pour chaque enfant autiste, dans le but d'apprendre à l'enfant des connaissances adéquates pour une insertion en milieu social et scolaire. On a aussi assisté au déroulement de la prise en charge de ces enfants le (graphisme, peinture, coloriage, déchiquetage.....) qui nous a permis de les observer. Ensuite on a aussi assisté à des séances de stimulation de ces enfants (la méthode de TEACCH). A la fin on assiste à des séances de guidance parentale.

Cette étape nous a éclairé le chemin pour arriver à élaborer la problématique et les hypothèses de notre recherche, dans le but de cerner le sujet de recherche sous ces différents volets, en prenant en considération les orientations du personnel de la crèche.

7. La démarche de la recherche :

7.1. La démarche méthodologique :

La démarche méthodologique est « l'ensemble des méthodes et des techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et qui guide la démarche scientifique »(Angers,M, 1997, p. 367).

« La méthode peut se rapporter à une façon d'envisager et d'organiser la recherche, elle dicte, alors, une manière de concevoir et planifier son travail sur un objet d'étude en particulier, elle peut intervenir de façon plus ou moins impérieuse, et plus ou moins précise à toutes les étapes de la recherche l'une ou l'autre. »(Angers,M, 1997, p. 56).

7.2. La méthode utilisée dans notre recherche :

7.2.1. La méthode descriptive :

Dans notre recherche, on a opté pour la méthode clinique descriptive qui nous a permis de décrire précisément les cas de notre recherche.

La démarche descriptive vise à « définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre-deux ». (Guidère, M, 2005, p. 54).

La méthode descriptive permet de décrire les comportements humains tels qu'ils se présentent. Elle a pour objectif : « d'identifier les composantes d'une situation donnée et de décrire la relation qui existe entre-elle » (Chahraoui, M et Benoy, H, 2003, p. 73).

7.2.2. L'objectif de la méthode descriptive :

Notre objectif dans cette méthode de recherche est de déterminer le rôle de la crèche dans l'acquisition de l'autonomie chez les enfants autistes.

8. Les outils d'investigation :

Pour effectuer et réaliser notre recherche, on a choisi deux techniques de recueil des données ; l'entretien clinique de recherche et l'observation clinique.

8.1. L'observation clinique :

Maurice Angers la définit comme étant : « une technique directe d'investigation scientifique qui permet d'observer un groupe d'une façon non directive pour faire habituellement un prélèvement qualitatif en vue de comprendre des attitudes et des comportements » (Angers, M, 1997, p. 130).

8.2. La grille d'observation : C'est une technique d'observation où on sait à l'avance ce qu'on cherche à repérer, un moyen de diriger et de maintenir l'attention et le regard, elle permet de voir le degré, la fréquence ou la séquence d'apparition de comportement dans une situation particulière. (Sylvain, G et Ginette, T, 2009, p. 195).

L'utilisation de l'observation comme méthode de recueil est souvent nécessaire en psychologie clinique. Il existe des situations dans lesquelles le recours à l'entretien est impossible : enfance ou situation pathologique, mais le recours à l'observation est essentiel. (Pardinielli, J.L, 2005, p. 56).

Afin d'organiser les données recueillies pendant les séances d'observation, nous avons élaboré une grille d'observation.

Nous nous sommes inspirées de plusieurs sources : la méthode TEACCH qui est une méthode éducative pour les enfants autistes.

- les données théoriques du chapitre sur l'autonomie.

- l'inventaire du développement de l'enfant, la version février 2010, applicable avec les enfants autistes âgés de 15 mois à 5 ans et 11 mois. L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE), il permet de préciser les problèmes de développement et fournit un âge de développement dans des domaines comme la socialisation, l'autonomie, la motricité (globale ou fine), le langage expressif et réceptif, les apprentissages des lettres et des nombres. (Duyme, M et al, 2010, p. 4). Nous avons pris seulement les items qui se rapportent à la motricité et à l'autonomie.

8.3. L'entretien :

Pour Blanchet : « l'entretien permet d'étudier le fait dans la parole et le vecteur principal (étude d'actions passé de savoir sociaux ; des systèmes de valeurs et normes....etc.) ou encore d'étudier le fait de parole lui-même »(Chahraoui.KH et Herve.B, 2003, p. 32).

L'entretien est une méthode employée dans pratiquement toutes les branches de la psychologie, dès lors que le sujet est capable de s'exprimer par le langage. Son usage nécessite des réflexions théoriques approfondies, notamment sur les rapports entre langage et inconscient, langage et processus d'influence, langage et pratique sociale, etc. alors l'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique, c'est lui qui nous permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande de notre recherche.(Amy.G et Piolat.M, 2005, p. 380).

8.4. Le guide d'entretien :

Il est défini comme un « ensemble organisé de fonction d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention et d'interviewer »(Blanchet.A et Gotman.A, 2007, p. 61).

Il s'agit de consignes générales données aux enquêteurs, en particulier lorsqu'ils n'utilisent pas un questionnaire précis. Celle-ci sera essentiellement identique pour tous les sujets.(Blanchet,A. Gotman,A, 2004, p. 199).

Notre guide d'entretien comprend Cinq axes thématiques à traiter. Chaque axe comprend des questions qui sont préparées à l'avance pour pouvoir orienter le patient à parler librement afin de rassembler des informations sur notre thème de recherche.

Axes 1 : Informations générales sur l'enfant et les parents.

Axes 2 :Le développement de l'enfant.

Axes 3 :Information sur le handicap.

Axes 4 : L'entrée à la crèche.

Axes 5 : L'autonomie.

9. La population d'étude:

La population de notre étude est limitée aux enfants autistes, dont l'âge est de 2 ans à 6 ans. Nous les avons sélectionné dans une crèche et préscolaire.

Tableau 2 : Présentation de la population d'étude.

prénom	Age	section
Mouloud	4 ans	Section autiste
Malak	6 ans	Section moyenne
Ales	5 ans	Section préscolaire
Mahdi	4 ans	section autiste
Axel	6 ans	Section préscolaire
Anier	6 ans	Section préscolaire
Dilan	3 ans	Section autiste

Remarque :

Les prénoms des enfants présentés ci-dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

10. Déroulement de la recherche :

Afin de mener à terme notre recherche, nous avons visité une crèche et préscolaire pour sélectionner notre population d'étude, une fois le groupe est choisi, nous avons pris contact avec les parents des sujets concernés de notre recherche, pour avoir leur consentement et leur demander de réaliser des entretiens avec nous. Nous avons effectué des observations préliminaires au niveau de la crèche.

Durant notre stage, on a participé aux activités appliqués avec les enfants autistes, cette étape nous a permis d'avoir des informations préliminaires pour ensuite entamer notre entretien clinique. Cela nous a permis d'accéder à l'histoire du sujet, ces entretiens sont effectués en conformité avec un guide d'entretien préétabli. Ensuite, nous avons accédé à des dossiers d'intégration et aux dossiers médicaux, et aux registres d'évaluation pour compléter la

collecte d'informations sur les sujets de notre étude. On a assisté à des séances de psychothérapies faites avec les enfants autistes.

Résumé :

Dans ce chapitre méthodologique, nous avons présenté le cadre méthodologique de notre étude qui nous permet d'assurer une meilleure organisation de notre travail notamment sa partie pratique.

Chapitre5 :
Présentation, analyse
et discussion des
résultats

Préambule :

Dans ce chapitre, on a commencé par la présentation des cas puis on a analysé les l'entretiens, la grille d'observation et on a terminé par une discussion des hypothèses.

1. Présentation et analyse du cas d'Axel :***1.1. Présentation du cas d'Axel :***

Axel est un enfant autiste, âgé de 6 ans, il est en classepréscolaire dans une crèche, il est l'ainé de sa famille, il est issu d'une famille instruite(universitaire).

1.2. Résumé de l'entretien avec la Maman d'Axel :

La maman d'Axel est une femme calme est instruite.Elle nous a expliqué le trouble de son fils, lors de l'entretien que nous avons effectué avec elle.

Tout d'abord, on a commencé notre entretien par ce qui concerne le développement de l'enfant, la maman nous dit que « mon enfant a eu un développement comme tous les autres, il a maintenu sa tête à 3 mois et demi, il s'assoie à 8 mois, il aacquis la marche à 16 mois mais il n'a pas acquis la parole à temps, il a commencé tardivement , je ne l'ai pas vraiment inquiétécarje croyais que c'était un retard qu'il va rattraper après, en plus il fait des sons qui ne se sont pas clairs mais il essaye de dire les mots (quelque chose comme- même)», elle rajoute que « mon enfant, quand il veut quelque chose,il ne me le demande pas et ne me montre pas par son doigt, il me prend par la main vers la chose qu'il veut ».

Ce développement est jugé normal selon la maman. Il faut noter que la maman nous a informés qu'elle ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

Ensuite, elle s'est présentée paniquée et gênée quand nous avons commencé à parler de la pathologie de son enfant.

Elle nous annoncé qu'elle a remarqué que son enfant est différent des autres à partir de 9 mois, elle dit que « après le vaccin de 9 mois, mon enfant achangé carrément, il est devenu très calme et absent, ensuite quand il a atteint l'âge de 12 mois, d'autres signes sont apparus comme l'absence de la parole,

l'isolement, courir et ne pas marcher, regard vide et évasif. » elle prend un grand souffle et reprend la parole « quand Axel avait 2 ans, je l'ai pris chez un orthophoniste pour voir pourquoi mon enfant ne parlait pas, après l'orthophoniste m'a orienté vers un pédopsychiatre »

Après un silence, la maman reprend en disant que « le pédopsychiatre n'a même pas pris le peine de parler avec l'enfant, ni même pas de le toucher et juste en observant, il a jugé qu'il n'a aucun avenir scolaire comment! » la mère nous dit que « je suis vraiment déçue surtout quand le pédopsychiatre a souligné avant qu'on sorte qu'il n'ya pas de prise en charge d'enfants autistes en Algérie, mais il n'a même pas essayé de nous orienter, j'ai pris mon enfant et j'ai commencé à chercher un établissement qui puisse accepter de le prendre en charge ».

Nous avons remarqué que quand la maman parle avec nous, elle parle avec hésitation, même si elle est calme mais elle fait beaucoup de gestes et des mimiques.

Elle a ajouté que « je n'ai pas perdu espoir et surtout quand j'ai trouvé une association qui a accepté de prendre en charge mon enfant »

Elle a ajouté que « quand il était inscrit au niveau d'une association pour enfants autistes, il n'a pas vraiment présenté une amélioration du fait qu'il est toujours avec des enfants autistes comme lui, après j'ai pensé à lui changer l'établissement, mes amis m'ont conseillé de le mettre dans une crèche, j'ai trouvé des difficultés pour trouver une crèche à mon enfant, j'ai visité presque toutes les crèches qui existent à Bejaïa aucune n'a voulu le prendre en charge sauf celle-ci ».

Elle a énoncé que « quand j'accompagnais mon enfant à la crèche les premiers temps, il n'arrivait pas à s'adapter à ce changement là mais avec le temps et grâce à l'aide du personnel de la crèche, il est arrivé à s'adapter dans la crèche »

Elle rajoute que « les psychologues de la crèche m'ont proposé le programme de TEACCH que je suis à la maison avec mon enfant en plus, je fais avec lui des séances d'orthophonie, quand je travaille avec lui, j'ai remarqué qu'il se rappelle des choses qu'il a apprises à la crèche ».

Elle nous dit « j'ai souffert beaucoup avec mon enfant autiste surtout en ce qui concerne son autonomie, j'ai vraiment souffert mais quand je vois mon enfant, maintenant il est presque autonome, cela me soulage, Axel arrive à faire quelque tâches seul même s'il n'arrive pas toujours à s'habiller seul mais il met ses chausseurs, il ne prépare pas son cartable seul, mais il mange tout seul sans salir et il va tout seul au toilette. Avant sa rentrée à la crèche, il ne boutonnait pas ses vêtements, maintenant il arrive à boutonner ses vêtements ».

Elle rajoute que « le programme et les activités qu'organise la crèche (TEACCH) ont amené un changement chez mon enfant, il a évolué surtout concernant la stabilité et l'imitation sociale, il est devenu sociable et il joue avec son petit frère, il a appris à rester tranquille à table et il arrive à s'habiller et à se déshabiller seul sans aide ».

1.3. Analyse de l'entretien :

D'après l'entretien réalisé avec la maman d'Axel, on a constaté qu'elle est très affectée par l'autisme de son enfant surtout après l'annonce du trouble par le pédopsychiatre, elle a été choquée et elle a senti de la culpabilité et de l'inquiétude envers l'avenir de son enfant autiste. Elle nous a informé qu'Axel a eu un développement normal jusqu'à 9 mois ou il a commencé à régresser.

Après l'annonce du diagnostic qu'Axel est un autiste et la déclaration de pédopsychiatre qu'il n'ya pas de prise en charge en Algérie, la maman n'a pas lâché et elle n'a pas perdu espoir, au contraire, elle fait montre courageuse en cherchant le soutien dans le milieu professionnel et elle a fait tout son mieux pour son enfant. Elle a placé son enfant tout d'abord dans une association mais comme elle n'a pas été satisfaite des visées thérapeutiques de cette dernière, elle a cherché d'autres établissements ensuite elle l'a intégré dans la crèche.

La maman nous a déclaré que la crèche est arrivée à amener des changements chez son enfant et elle travaille en collaboration avec les psychologues qui lui proposent des techniques et méthodes de travail avec son enfant à domicile pour une meilleure prise en charge.

Malgré les difficultés rencontrées, elle n'arrête pas de chercher les meilleurs moyens pour l'aider à mieux se développer.

1.4. La grille d'observation :

L'activité	Tache	Oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir -marche sans se faire aider -court correctement sans tomber -s'assied sans soutien -se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un -ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant -monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses -lance un ballon tout en restant debout -monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider -tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts -gribouille avec un crayon ou un stylo Place chaque forme unique d'un « puzzle à encastrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage	X X X		X
Contenance	-contient pour les urines -contient pour les selles -contient pour les urines et selles	X X X		
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage	X X X X		
Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche	X X		

	-mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X X	X	
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements -attache ses lacets -essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul -enlève ses chausseurs et ses chaussettes -enlève seul une chemise déboutonnée	X X X X X X X X	X X	

1.5. Analyse des résultats de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a constaté pour le cas d'Axel, par rapport à la mobilité, Axel n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différents endroits de la crèche, il se met debout et il court et marche tout seul, il ouvre les portes.

Quant à l'hygiène corporelle, Axel est un enfant propre, capable d'ouvrir et de fermer le robinet, Axel se lave tout seul et s'essuie les mains tout seul mais pour la toilette de son visage, il a besoin de guidance orale. Concernant la continence, Axel est un enfant continent, il contrôle ses urines et ses sels et il se rend au toilette seul et enlève son pantalon et le remet sans aide et s'essuie seul aussi. Concernant l'alimentation, Axel se tient correctement à table, mange seul sans aucune difficulté, sans renverser sur ses vêtements et il mange proprement avec la cuillère, et il mâche la nourriture et il boit au verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Axel ne trouve pas de difficultés à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seul sans aide, enfle et enlève son manteau, boutonne sa blouse mais ne déboutonne pas ses vêtements.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate qu'Axel est un enfant propre ; continent, capable de se déplacer sans aide, et de manger seul. En quelque sorte, il a acquis une autonomie personnelle.

2. Présentation et analyse du cas de Malak :

2.1. Présentation du cas de Malak :

Malak est une fille autiste âgée de 6 ans, placée dans une crèche et préscolaire, elle est intégrée dans une section moyenne avec les enfants normaux, elle est l'aînée de la famille et elle est issue d'une famille instruite.

2.2. Résumé de l'entretien avec la mère de Malek :

Au moment de notre entretien avec la mère de Malak, elle nous a paru très affectée par l'autisme de sa fille.

Elle a parlé de l'enfance de sa fille et son développement, elle nous dit que : « ma fille a eu un développement normal jusqu'à 20 mois ensuite elle a arrêté de se développer, par contre avant, elle était normale, elle maintient la tête à l'âge de 5 mois, et l'acquisition de la position assise à 6 mois, elle a acquis la marche à 8 mois et elle a commencé le babillage à 2 mois mais la chose que j'ai trouvée anormale c'est quand elle voulait quelque chose ne le montrait pas du doigt ».

Ce développement est jugé normal selon la maman. Il faut noter que la maman nous a informés qu'elle ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

Elle nous a dit que « j'ai remarqué que ma fille était différente des autres enfants à l'âge de 2 ans, quand je l'appelle elle ne me répond pas et elle ne parle pas donc à l'âge de 3 ans, on a consulté un psychologue qui nous a dit que ma fille est autiste et il nous a orienté vers un pédopsychiatre pour la confirmation du diagnostic ». La maman ne s'arrêtait pas de pleurer et elle a dit que « le jour du diagnostic n'est pas comme les autres jours » puis elle a gardé le silence « je ne savais pas quoi faire je pleurais c'est tout ».

Ensuite elle a rajouté « ma petite fille prend du Resperdal(un médicament) afin de réduire son agitation et ses troubles de sommeil, et à l'annonce du diagnostic, la seule chose que j'ai faite c'est de chercher l'aide auprès des psychologues et des orthophonistes pour la prise en charge de mon enfant et auprès des associations aussi».

Elle nous a annoncé que « j'ai été conseillée de mettre mon enfant autiste dans la crèche par les psychologues et les orthophonistes, je n'ai pas trouvé de difficultés pour trouver la crèche, j'ai été la première à intégrer son enfant dans la crèche, comme j'accompagnais toujours ma fille à la crèche j'ai remarqué, qu'elle arrivait à s'adapter avec le temps ».

En ajoutant « la crèche m'a proposé le programme de TEACCH pour le suivi à la maison et des activités pour que je les applique avec Malak, je suis satisfaite de la visée thérapeutique et du travail des psychologues de cette crèche, quand je travaille avec elle à la maison, j'ai remarqué qu'elle se souvient des choses qu'elle a apprises à la crèche ».

En parlant sur l'autonomie de sa fille, elle nous a répondu : « avant qu'elle soit à la crèche, Malak ne savait rien faire, elle ne mangeait pas seule, ne mettait pas ses chaussures seule, elle n'était pas autonome ».

Elle a annoncé « je participais dans les activités que la crèche organisait à ma fille, chaque jour je refais les mêmes activités à la maison avec elle ».

En ajoutant « depuis qu'elle est en crèche, elle est devenue autonome, elle a commencé à manger seule et à s'habiller toute seule, et elle est devenue stable, va au toilette seule mais par rapport aux chaussures, elle trouvait des difficultés à attacher les lacets, en plus elle a appris le dessin et la peinture ».

2.3. L'analyse de l'entretien :

D'après l'entretien que nous avons élaboré avec la maman de Malak, on a constaté qu'elle est affectée par l'autisme de sa fille mais malgré ça elle n'a pas arrêté de chercher les moyens pour mieux aider sa fille.

Concernant le développement de sa fille elle nous déclare qu'elle a eu un développement normal jusqu'à 2 ans, ensuite la maman a remarqué le

changement dans son développement donc elle a commencé à s'inquiéter pour sa fille.

Après l'annonce du trouble (l'autisme), la maman était vraiment frustrée et perturbée et elle a commencé à chercher de l'aide auprès des professionnels et des moyens et des méthodes afin de faire sortir sa fille de cet état en consultant des psychologues et des orthophonistes.

La maman était soulagée quand elle a trouvé une crèche qui a accueilli sa fille et cela l'a encouragée pour qu'elle puisse travailler avec elle pour une meilleure prise en charge, elle nous a déclaré que la crèche a amené des changements remarquables dans le cas de sa fille et sur son autonomie et l'utilisation du programme de TEACCH et les activités de la crèche ont permis beaucoup de changement positif chez Malak.

Pour elle, la crèche l'a aidée dans la prise en charge de sa fille et surtout en ce qui concerne l'autonomie, en collaboration avec le personnel de la crèche et les sacrifices de la maman qu'elle fait pour qu'elle donne une bonne prise en charge à sa fille.

2.4. La grille d'observation :

L'activité	Tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir	X		
	-marche sans se faire aider	X		
	-court correctement sans tomber	X		
	-s'assied sans soutien	X		
	-se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un	X		
	-ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant	X		
	-monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses	X		
	-lance un ballon tout en restant debout	X		
	-monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider	X		
	-tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts	X		

	-gribouille avec un crayon ou un stylo Place chaque forme unique d'un « puzzle à en castrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	X X X		
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage	X X X X		
Contenance	-contient pour les urines -contient pour les selles -contient pour les urines et selles	X X X		
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage	X X X		X
Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X X X X	X	
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements -attache ses lacets -essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul -enlève ses chausseurs et ses chaussettes -enlève seul une chemise déboutonnée	X X X X X X X X X	X	

2.5. L'analyse de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation que nous avons élaboré avec Malak, on a constaté pour son cas que par rapport à la mobilité, qu'elle n'éprouve aucune

difficulté à se déplacer dans les différents endroits de la crèche sans aide, elle se met debout et elle court et elle marche toute seule, elle ouvre les portes.

Pour l'hygiène corporelle, Malak est une fille propre, capable d'ouvrir et fermer le robinet, elle se lave toute seule et s'essuie les mains toute seule et son visage aussi. Concernant la continence, Malak est une fille continente, elle contrôle ses urines et ses sels et elle se rend au toilette seule et enlève son pantalon et le remet sans aide et s'essuie après l'usage. Concernant l'alimentation, Malak se tient correctement devant la table, mange seule sans aucune difficulté, elle mâche la nourriture et elle boit au verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Malak ne trouve pas de difficulté à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seule sans aide, enfile et enlève son manteau, boutonne et déboutonne sa blouse mais elle n'arrive pas à attacher ses lacets.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate que Malak est une fille propre ; continente ; capable de se déplacer sans aide, manger seule. En quelque sorte elle a acquis l'autonomie personnelle.

3. Présentation et analyse de cas de Dilan :

3.1. Présentation du cas de Dilan :

Dilan est un enfant autiste âgé de 6 ans, placé dans une crèche et préscolaire dans la section autiste, il est l'aîné de la famille et il est issue d'une famille instruite (niveau moyen).

3.2. Résumé de l'entretien avec la maman de Dilan :

Au début de l'entretien, la maman a commencé par l'enfance de Dilan et son développement, elle nous a dit que « mon enfant s'est développé comme tous les autres, il a acquis la marche à 8 mois et il a maintenu la tête à 3 mois, et il a acquis la position assise à 6 mois et il prononcé ses premiers sons à 3 mois, c'est vrai que il ne montre pas du doigt quand il voulait quelque chose mais il

s'est développé normalement je ne comprends pas comment il est devenu artiste».

Ce développement est jugé normal selon la maman. Il faut noter que la maman nous a informés qu'elle ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

Elle rajoute que «c'est à l'âge d'un an que j'ai remarqué que mon enfant est différent des autres, il ne joue pas avec les autres et quand je l'appelle, il ne me regarde pas et il a un regard figé et quand j'ai consulté un pédopsychiatre, il m'a dit que c'est un enfant autiste, j'étais choquée, je n'ai pas compris de quoi il s'agissait ».

Elle dit que « j'ai pleuré pendant des heures et des heures ».

Elle a rajouté que « j'ai cherché l'aide chez les psychologues et les orthophonistes pour que je puisse comprendre c'est quoi l'autisme et comment je pourrais travailler avec mon enfant, ce que je peux faire avec lui, l'orthophoniste m'a conseillé de le mettre dans cette crèche là c'est elle qui m'a donné l'adresse de cette crèche ».

Elle nous dit que « depuis que je ramène mon enfant à la crèche, j'ai remarqué qu'avec le temps, il s'adapte surtout avec le personnel, les psychologues de la crèche m'ont proposé de travailler avec le programme de TEACCH mais moi je n'ai pas un programme de travail à faire avec mon enfant, je ne sais pas s'il se rappelle de quelque chose ». On a remarqué l'indifférence de la maman envers son enfant et une certaine négligence aussi.

En parlant de la satisfaction de la visée thérapeutique et l'objectif de travail de crèche elle nous dit « je ne suis pas satisfaite du tout ».

Et elle a ajouté que « mon enfant savait faire des choses avant qu'il rentre à la crèche, il mangeait seul, il enlevait ses chaussures. Je ne sais pas ce qu'ils font toute la journée avec lui moi je n'ai rien remarqué, aucun changement en lui, il n'a rien appris de nouveau depuis qu'il est rentré à la crèche ».

3.3. L'analyse de l'entretien :

Lors de l'entretien avec la maman de Dilan, elle semblait pressée et elle répondait brièvement à nos questions.

Au début, elle a commencé par nous parler du développement de son enfant qui s'est développé normalement selon elle et elle ne comprenait pas comment son enfant soit atteint de l'autisme.

Après l'annonce de diagnostic, la maman ne savait pas ce qu'elle allait faire à part pleurer pendant des heures, le terme autisme est nouveau pour elle. Donc elle a demandé de l'aide à des psychologues et des orthophonistes pour qu'ils informent sur l'autisme et les méthodes appliquées avec les autistes.

La maman nous a semblé indifférente, négligente et irresponsable envers son enfant autiste, quand elle parle sur son enfant elle, ne montre pas d'affection maternelle.

Après avoir consulté tous les professionnels, ils l'ont conseillé de le mettre dans une crèche avec les autres enfants normaux, pour elle la crèche n'a rien ramené de nouveaux pour son enfant et elle se pose la question de ce qu'ils font avec lui, toute la journée et elle n'a rien remarqué comme changement en lui il n'a pas évolué au contraire il a régressé.

En parlant sur l'autonomie, elle dit qu'il a commencé d'acquérir son autonomie petit à petit et il finira par être complètement autonome.

La mère de Dilan était hésitante quand elle a répondu à nos questions elle ne répond pas directement elle nous a donné que des flashes.

3.4. La grille d'observation :

L'activité	tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir	X		
	-marche sans se faire aider	X		
	-court correctement sans tomber	X		
	-s'assied sans soutien	X		
	-se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un	X		
	-ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant	X		
	-monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses		X	
	-lance un ballon tout en restant debout		X	

	-monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider -tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts -gribouille avec un crayon ou un stylo Place chaque forme unique d'un « puzzle à en castrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	X X X X		X
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage	X X		X X
Contenance	-contient pour les urines -contient pour les selles -contient pour les urines et selles	X X X		
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage	X X		X X
Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X X X X	X	
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements -attache ses lacets -essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul -enlève ses chausseurs et ses chaussettes -enlève seul une chemise déboutonnée	X X X X X X X	X X	

3.5. L'analyse de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation que nous avons élaboré avec Dilan, on a constaté que par rapport à la mobilité, il n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différents endroits de la crèche, il se met debout et il court et il marche tout seul, il ouvre les portes.

Pour l'hygiène corporelle, Dilan est un enfant propre, capable d'ouvrir et de fermer le robinet, il ne se lave pas tout seul et ne s'essuie pas les mains tout seul et son visage aussi il a besoin d'une guidance physique et orale. Concernant la continence, Dilan est un enfant continent, il contrôle ses urines et ses selles et il se rend au toilette avec une guidance orale et enlève son pantalon et remet son pantalon sans aide et ne s'essuie pas après l'usage. Concernant l'alimentation, Dilan se tient correctement, mange seul sans aucune difficulté sans renverser l'assiette, et il mâche la nourriture et il boit avec le verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Dilan ne trouve pas de difficulté à reconnaître ses vêtements, ne s'habille pas seul mais il se déshabille seul sans aide, enfile et enlève son manteau, ne boutonne et ne déboutonne pas sa blouse et il n'arrive pas à attacher ses lacets.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate que Dilan est un enfant qui est propre ; continent ; capable de se déplacer sans aide, manger seul en quelque sorte il a acquis l'autonomie personnelle.

4. Présentation et analyse du cas de Mahdi :

4.1. Présentation du cas de Mahdi:

Mahdi est un enfant autiste âgé de 5 ans placé dans une crèche et préscolaire dans la section autiste, il est l'aîné de la famille et il est issu d'une famille dont le niveau d'instruction est acceptable.

4.2. Résumé de l'entretien avec le père de Mahdi :

Durant notre entretien, le père de Mahdi était un homme sage et calme, parle avec une voix très douce, il a répondu avec réserve à nos questions.

Au départ, il a commencé par nous parler de l'enfance de son enfant et sur son développement il dit que « mon enfant a eu un développement normal comme tous les autres enfants, le maintien de la tête à l'âge de 3 mois et la position assise à l'âge de 5 mois, les premiers sons à l'âge de 2 mois malgré ça mon enfant malheureusement ne montre pas du doigt quand il veut quelque chose, je ne sais pas pourquoi ».

Ce développement est jugé normal selon le père. Il faut noter que le père nous a informés qu'il ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

Il nous a dit « j'ai remarqué qu'il était différent à l'âge de 18 mois, le 1^{er} signe c'est le regard, il ne regarde pas dans les yeux, il ne joue pas avec les autres, donc à l'âge de 2 ans, j'ai pris mon enfant chez un pédopsychiatre et il m'a annoncé qu'il souffre d'autisme ».

Il ajoute « à l'annonce du diagnostic, on n'a pas accepté l'idée que notre enfant soit autiste au début mais après on a commencé à chercher l'aide auprès des professionnels ».

Il a annoncé que « l'idée de mettre mon petit enfant à la crèche c'est le pédopsychiatre qui me l'a conseillé, je n'ai pas trouvé de difficultés pour trouver la crèche à mon enfant, quand je l'accompagne ou bien des fois c'est sa mère, on a remarqué qu'avec le temps, il s'adapte avec le personnel qui travaille ici ».

Il nous dit que « la crèche m'a proposé le programme de TEACCH et d'autres activités pour que je les applique sur mon enfant quand je travaille avec lui, il ne se souvient pas des activités facilement ».

En parlant sur l'autonomie de son enfant « mon enfant avant la crèche ne mettait pas ses vêtements seul mais actuellement il arrive à le faire, il ne prépare pas son cartable, il ne mâche pas la nourriture car il est sous un régime alimentaire, il n'est pas autonome il ne peut rien faire sans aide, les activités organisées dans la crèche se sont inspirées du programme de TEACCH. J'ai remarqué que mon enfant a changé après sa rentrée à la crèche il est devenu stable et sociable avec les autres ».

Le régime alimentaire de Mahdi est décidé par les parents.

4.3. L'analyse de l'entretien :

Durant notre entretien avec le père de Mahdi, il a été très réservé dans sa manière de répondre. Après avoir lancé notre entretien, il a exprimé clairement son incompréhension de l'autisme de son enfant au moment que son enfant a eu un développement normal, il n'arrive pas à comprendre cet arrêt brutal de son développement, c'est après le vaccin du 9eme mois c'est à ce moment là que son enfant est devenu différent.

A l'annonce de diagnostic, c'était une énorme tristesse pour la famille, il rajoute que l'autisme c'est une maladie très compliquée et demande un suivi régulier des spécialistes.

Le père apparaissait absent pendant l'entretien est nous répondait avec hésitation sur nos questions.

Après que le pédopsychiatre les a conseillé de le mettre dans une crèche le père n'a pas hésité, il a cherché directement la crèche qui prendra son fils en charge.

Le programme suivi dans la crèche aide l'enfant autiste d'après les dires de son père, d'ailleurs il est satisfait de la visée thérapeutique et les objectifs de la crèche.

D'ailleurs, le père nous annonce qu'avant la crèche, son enfant ne faisait pas grande chose surtout concernant l'autonomie mais actuellement il a commencé à apprendre des choses nouvelles comme il a la notion de la toilette dans sa tête « quand il veut aller au toilette il prend la main de sa mère ou bien la mienne et il nous prend vers les toilettes » et il devenu stable et sociable, pour son habillage il essaye de mettre ses vêtements.

4.4. La grille d'observation :

L'activité	tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir	X		
	-marche sans se faire aider	X		
	-court correctement sans tomber	X		
	-s'assied sans soutien	X		

	-se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un -ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant -monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses -lance un ballon tout en restant debout -monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider -tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts -gribouille avec un crayon ou un stylo Place chaque forme unique d'un « puzzle à en castrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	X X X X X X X X	X	
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage	X		X X X
Contenance	-continent pour les urines -continent pour les selles -continent pour les urines et selles	X X X		
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage	X X X		X
Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X	X X X X	
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements	X	X X	X X

	-attache ses lacets		X	
	-essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul	X		
	-enlève ses chausseurs et ses chaussettes	X		
	-enlève seul une chemise déboutonnée		X	

3.5. L'analyse de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation que nous avons élaboré avec Mahdi, on a constaté pour son cas que par rapport à la mobilité, qu'il n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différents endroits de la crèche, il se met debout, il court et il marche tout seul et il ouvre les portes.

Pour l'hygiène corporelle, Mahdi est un enfant qui n'est pas encore propre, n'est pas capable d'ouvrir et de fermer le robinet, c'est avec guidance physique et orale qu'il le fait, il ne se lave pas tout seul et il s'essuie les mains tout seul et son visage aussi, il a besoin d'une guidance physique et orale. Concernant la continence, Mahdi est un enfant contient, et il contrôle ses urines et ses selles et il se rend au toilette avec une guidance orale et enlève son pantalon et le remet sans aide et ne s'essuie pas après l'usage. Concernant l'alimentation, Mahdi se tient correctement à table, ne mange pas seul, et il ne mâche pas la nourriture et il boit au verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Mahdi ne trouve pas de difficultés à reconnaître ses vêtements, ne s'habille pas seul mais il se déshabille seul sans aide, enfile et enlève son manteau, ne boutonne et ne déboutonne pas sa blouse et il n'arrive pas à attacher ses lacets.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on a constaté que Mahdi est un enfant qui n'est pas vraiment propre ; continent ; capable de se déplacer sans aide et un enfant qui n'est pas apte de manger seul en quelque sorte il n'est pas autonome.

5. Présentation et analyse du cas d'Anir :

5.1. Présentation du cas d'Anir:

Anir est un enfant autiste âgé de 4ans, placé dans une crèche et préscolaire dans la section autiste, il est l'ainé dans la famille et il est issu d'une famille d'universitaires.

5.2. Résumé de l'entretien avec le père d'Anir :

Lors de notre entretien, le père nous semblait pressé et répondrait brièvement à nos questions.

Au départ, il a commencé par nous parler de l'enfance de son enfant et sur son développement, il dit que « mon enfant a eu un développement normal comme tous les autres enfants, le maintien de la tête à l'âge de 3 mois et il a acquis la position assise à l'âge de 5 mois, les premiers sons il est prononcé à l'âge de 2 mois, mon enfant ne montrait pas du doigt quant il voulait quelque chose, je ne sais pas pourquoi ».

Ce développement est jugé normal selon le père. Il faut noter que le père nous a informés qu'il ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

En parlant avec lui sur les signes de l'autisme il dit que « l'autisme en lui-même au début, je le connais pas c'est à travers les recherches que j'ai faites que je commence à me faire une idée »

Il reprend « c'est à l'âge de 27 mois qu'on a remarqué que notre enfant est différent, par l'hyperactivité et le retard du langage et l'absence de la parole, quand on a consulté l'orthophoniste il nous a dit que notre enfant est autiste et il nous a orienté vers un pédopsychiatre qui a confirmé le trouble, l'annonce du diagnostic nous a vraiment choqué, on n'a pas pu croire que notre enfant est autiste. »

Il nous a dit « j'ai directement cherché l'aide dans le milieu professionnel pour une meilleure prise en charge à mon enfant, l'orthophoniste m'a conseillé de mettre mon enfant à la crèche et quand j'ai cherché, je n'ai pas trouvé de difficultés pour trouver une à mon enfant. »

Il dit que « quand j'accompagne mon enfant à la crèche, j'ai remarqué qu'avec le temps, il arrive à s'adapter avec le milieu et avec le personnel aussi, la crèche ma proposé le programme de TEACCH et les activités qu'ils appliquent les psychologues avec les enfants autistes pour que je lessuive à la maison, je suis satisfait du travail des psychologues car quand je travaille avec mon enfant j'ai remarqué qu'il se rappelle des choses, qu'il apprend à la crèche mais cette dernière a un grand manque de matériels qui concernent les enfants autistes ».

Il ajoute concernant l'autonomie «à la maison, sa mère fait son mieux pour qu'il soit autonome, il a commencé à acquérir une certaine autonomie, il mange seul, il essaye de mettre ses chausseurs, il prépare son cartable »

Il nous dit « je connais les activités organisées par la crèche, elles sont inspirées du programme de TEACCH, en plus j'ai remarqué que mon enfant a eu des changements remarquables depuis qu'il est en crèche, il est devenu stable, et sociable, il a appris de nouvelles choses comme la peinture et le graphisme et quand il mange, il mange proprement mais avant non ».

5.3. L'analyse de l'entretien :

Dans notre entretien avec le père d'Anir, nous avons constaté qu'il est très affecté et touché par l'autisme de son fils et aussi nous avons remarqué les difficultés, et les sacrifices qu'il fait quotidiennement pour la prise en charge de son enfant autiste, il n'arrête pas de chercher les moyens pour mieux aider son enfant autiste.

Tout d'abord, il a commencé à nous parler sur l'enfance et le développement de son enfant qui a eu un développement normal comme tous les autres enfants, sauf qu'il a un retard dans le langage et l'hyperactivité mais ce n'était pas inquiétant pour eux.

On a remarqué que le père n'arrive pas comprendre la cause de l'autisme de son enfant puisque, il a un développement normal.

En parlant pour lui, sur l'autisme il ne comprenait pas c'est quoi le trouble de son enfant, c'est quelque chose de nouveau pour lui, c'est tellement flou pour lui, il était tout le temps mal à l'aise, stressé pour la maladie de son fils.

On a constaté que le père d'Anir c'est intéressé à la pathologie de son fils quand on a parlé sur l'autisme il à annonce qu'il ne connaissait pas auparavant mais il fait des recherches sur la pathologie et il cherche toujours la meilleure prise en charge pour son enfant.

Il a exprimé clairement que la crèche a un manque de matériel mais son personnel travaille de bon cœur avec son enfant et il est satisfait de la visée thérapeutique et du travail des psychologues avec son enfant.

En ce qui concerne l'autonomie, il pense que ça se travaille à la maison et nous déclare que la mère d'Anir travaille toujours avec lui la tâche de l'autonomie, car ils visent toujours d'arriver à l'acquisition de l'autonomie de leur enfant car c'est quelque chose de très important pour lui, sans oublier l'aide des professionnels.

Il a ajouté qu'Anir est sur le chemin de l'acquisition de l'autonomie notamment en ce qui concerne les tâches quotidiennes manger, la toilette, l'habillement.....

5.4. La grille d'observation :

L'activité	tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir	X		
	-marche sans se faire aider	X		
	-court correctement sans tomber	X		
	-s'assied sans soutien	X		
	-se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un	X		
	-ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant	X		
	-monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses		X	
	-lance un ballon tout en restant debout		X	
	-monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider	X		
	-tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts			
-gribouille avec un crayon ou un stylo	X			
Place chaque forme unique d'un « puzzle à	X			

	en castrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	X		
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage	X X		X X
Contenance	-continent pour les urines -continent pour les selles -continent pour les urines et selles	X X X		
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage	X X		X X
Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X X X X	X	
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements -attache ses lacets -essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul -enlève ses chausseurs et ses chaussettes -enlève seul une chemise déboutonnée	X X X X X X X X	X X	

5.5. Analyse des résultats de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a constaté pour le cas d'Anir, par rapport à la mobilité, Anir n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les

différents endroits de la crèche, il se met debout, il court, il marche tout seul et il ouvre les portes.

Quand à l'hygiène corporelle, Anir est un enfant propre, capable d'ouvrir et de fermer le robinet, Anir ne se lave pas tout seul et ne s'essuie pas les mains tout seul, et son visage aussi sauf avec une guidance orale. Concernant la continence, Anir est un enfant continent et il contrôle ses urines et ses selles et il ne se rend pas au toilette seul et enlève son pantalon et le remet aussi sans aide et ne s'essuie pas après l'usage. Concernant l'alimentation, Anir se tient correctement à table, mange seul sans aucune difficulté, sans se renverser et il mange proprement avec la cuillère, et il mâche la nourriture et il boit dans un verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Anir ne trouve pas de difficultés à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seul sans aide, enfile et enlève son manteau, ne boutonne pas sa blouse mais il déboutonne ses vêtements.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate qu'Anir est un enfant propre ; continent, capable de se déplacer sans aide, de manger seul en quelque sorte il a acquis l'autonomie personnelle.

6. Présentation et analyse du cas d'Ales :

6.1. Présentation de cas d'Ales:

Ales est un enfant autiste âgé de 6ans, placé dans une crèche et préscolaire intégré dans une classe préscolaire, il est l'ainé dans la famille et il est issue d'une famille instruite.

6.2. Résumé de l'entretien avec la mère d'Ales :

La maman de d'Ales nous a paru une femme calme est instruite concernant le trouble de son fils, d'après l'entretien que nous avons effectué avec elle.

Tous d'abord on a commencé notre entretien par ce qui concerne le développement de l'enfant, la maman nous dit que « mon enfant a eu un développement comme tous les autres, il maintient sa tête à 3 mois et demi, il

arrive à s'asseoir à 7 mois, il a acquis la marche à 15 mois et il a acquis la parole à 9 mois», elle rajoute que « mon enfant quand il veut quelque chose ne me demande pas ou ne me montre pas par son doigt, il me prend vers la chose qu'il veut ».

Ce développement est jugé normal selon la maman. Il faut noter que la maman nous a informés qu'elle ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

Après, elle était paniquée et gênée quand nous avons commencé à parler sur la pathologie de son enfant.

Elle nous a annoncé qu'elle a remarqué que son enfant est différent des autres à partir de l'âge d'un an, elle dit que « à partir d'un an mon enfant il aime une seule chose, il n'aime pas le changement et il n'aime sortir. »

Elle prend un grand souffle et elle reprend la parole « quand Axel à 3 ans je l'ai pris chez un orthophoniste pour voir pourquoi mon enfant répète des mots après l'orthophoniste m'a dit que ça dépasse mes capacités, il faut voir un pédopsychiatre quand on a vu le pédopsychiatre, il nous a dit qu'il est autiste je n'ai pas pu accepter que mon enfant soit autiste, directement j'ai cherché une aide des professionnels pour la prise en charge de mon enfant».

La maman nous a dit que « j'ai pensé mettre mon enfant dans une crèche avec les enfants normaux peut-être il deviendra sociable, j'ai trouvé des difficultés pour trouver une crèche à mon enfant quand, je l'accompagne et des fois c'est son père, on a remarqué qu'il s'adapte à la crèche surtout avec son AVS, il aime aller à la crèche même des fois il prend son cartable et il insiste pour y'aller, la crèche nous a proposé le programme de TEACCH à appliquer avec notre enfant, mais je me base sur la scolarisation de mon enfant je suis vraiment satisfaite du travail de l'AVS avec mon enfant».

Quand on a parlé sur l'autonomie elle dit que « mon enfant est autonome, il mange seul, il va au toilette seul, il s'habille et se déshabille seul, je sais que la crèche organise des activités inspirées du programme de TEACCH en plus l'AVS de mon enfant travaille avec lui et l'orthophoniste et le programme préscolaire aussi, j'ai remarqué que mon enfant est devenu stable et il est aussi sociable, il écrit et il connaît aussi le Coran ».

6.3. Analyse de l'entretien :

Après l'entretien que nous avons réalisé avec la maman d'Ales, on a constaté qu'elle est très affectée par l'autisme de son fils et surtout après l'annonce du pédopsychiatre de l'autisme de son enfant.

On a remarqué que la maman est très attachée envers son enfant et elle lui répond à toutes ses demandes sans aucun refus.

Après l'annonce du diagnostic qu'Ales est un autiste, la maman a cherché de l'aide dans le milieu professionnel.

Malgré les difficultés rencontrées avec son enfant et l'entourage, elle n'a pas lâché par contre elle a cherché de meilleures solutions pour son enfant et elle a réussi de l'intégrer dans une classe préscolaire pour le rendre autonome. Concernant l'autonomie personnelle, il arrive à demander quelque chose quand il veut.

La maman nous a déclaré que la crèche est arrivée à amener des changements positifs chez son enfant autiste et elle travaille en collaboration avec les psychologues et surtout avec son AVS qui lui propose des techniques et des méthodes de travail avec son enfant pour qu'ils arrivent à une meilleure prise en charge.

Elle est satisfaite de la visée thérapeutique que la crèche vise et elle nous déclare qu'en ce qui concerne l'autonomie, son enfant est autonome avant l'entrée dans la crèche et elle a souffert beaucoup pour arriver à ce résultat, mais quand elle voit que son enfant arrive à se débrouiller, elle se sent très heureuse.

On a remarqué qu'elle se sent à l'aise et souriante quand elle nous parle de l'autonomie et les capacités de son enfant et sur la réussite qui a fait dans ses études et sur son évolution vers le mieux.

6.4. La grille d'observation :

L'activité	tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir -marche sans se faire aider	X x		

	-court correctement sans tomber -s'assied sans soutien -se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un -ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant -monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses -lance un ballon tout en restant debout -monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider -tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts -gribouille avec un crayon ou un stylo Place chaque forme unique d'un « puzzle à en castrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	x x x x x x x x x x x		
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage	X X X X		
Contenance	-contient pour les urines -contient pour les selles -contient pour les urines et selles	X X X		
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage	X X X X		
Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X X X X X		X
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements	X X X		X

	-déboutonne ses vêtements		X	
	-reconnait ses vêtements	X		
	-attache ses lacets		X	
	-essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul	X		
	-enlève ses chausseurs et ses chaussettes	X		
	-enlève seul une chemise déboutonnée	X		

6.5. Analyse des résultats de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a constaté pour le cas d'Ales, par rapport à la mobilité, Ales n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différents endroits de la crèche sans aide, il se met debout, il court, il marche tout seul et il ouvre les portes.

Quand à l'hygiène corporelle, Ales est un enfant propre, capable d'ouvrir et fermer le robinet, Ales se lave tout seul et s'essuie les mains tout seul et son visage aussi. Concernant la continence, Ales est un enfant continent, il contrôle ses urines et ses selles, se rend au toilette seul et enlève son pantalon et le remet aussi sans aide et s'essuie après l'usage. Concernant l'alimentation, Ales se tient correctement devant la table, mange seul sans aucune difficulté sans renverser l'assiette et il mange proprement avec la cuillère, et il mâche la nourriture et il boit dans un verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Ales ne trouve pas de difficultés à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seul sans aide, enfile et enlève son manteau, boutonne sa blouse mais ne déboutonne pas ses vêtements.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate qu'Ales est un enfant propre ; continent, capable de se déplacer sans aide, manger seul en quelque sorte il a acquis une autonomie personnelle.

7. Présentation et analyse du cas de Mouloud :

7.1. Présentation de cas de Mouloud:

Mouloud est un enfant autiste âgé de 5ans, placé dans une crèche et préscolaire intégré dans une classe préscolaire, il est le cadet dans la famille et il est issu d'une famille instruite.

7.2. Résumé de l'entretien avec la maman de mouloud :

Au début de l'entretien, la maman a commencé par l'enfance de Mouloud et son développement, elle nous a annoncé que « mon enfant s'est développé comme tous les autres, il a acquis la marche à 8 mois et le maintien de la tête à 3 mois, et il a acquis la position assise à 6 mois et il a prononcé ses premiers sons à 3 mois c'est vrai que il ne montre pas du doigt quand il voit quelque chose mais il se développe normalement je ne comprend pas comment il est devenu autiste».

Ce développement est jugé normal selon la maman. Il faut noter que la maman nous a informés qu'elle ne se rappelait pas la période exacte de chaque stade.

Elle ajoute que « j'ai remarqué que mon enfant est différent c'est à l'âge de 18 mois, il est instable, aime rester seul, et quand j'ai consulté le psychologue, à l'âge de 3 ans, il ma orienté vers pédopsychiatre après il a été diagnostiqué comme un enfant autiste »

A l'annonce du diagnostique nous dit « j'ai pleuré jour et nuit »

Elle nous a dit « mon enfant est en bonne santé, donc pour son autisme, j'ai directement cherché un soutien dans le milieu professionnel, les associations, les psychologues partout pour une meilleure prise en charge de mon enfant »même elle a pensé elle-même de faire intégré son enfant autiste dans la crèche, elle nous a dit que « j'ai trouvé des difficultés car aucune crèche ne voulait accepter mon enfant sauf celle-ci, quand je ramène mon enfant à la crèche j'ai remarqué qu'avec le temps, il s'adapte avec le personnel, la crèche m'a proposé la méthode TEACCH pour que je travaille à la maison avec mon enfant et quand je travaille avec lui j'ai remarqué qu'il se rappelle des choses qu'il a faites dans la crèche »

Elle a annoncé que « je suis satisfaite des objectifs et la visée thérapeutique de la crèche et du bon travail que les psychologues font avec les enfants autistes en général et avec mon enfant en particulier »

En parlant sur l'autonomie, elle nous a annoncé que « mon enfant n'est pas autonome à 100% mais il ya des choses qu'il fait seul, il arrive à manger seul, il met ses chausseurs et ses chaussettes » concernant les activités, elle nous a dit « je ne sais pas exactement c'est quoi mais je sais qu'elle s'est inspirée du programma de TEACCH, j'ai remarqué que mon enfant a changé par rapport au début, il est devenu stable et sociable, il fait du coloriage et il s'habille et déshabille sans aide.

7.3. Analyse de l'entretien :

Après l'entretien que nous avons réalisé avec la maman de Mouloud, on a constaté qu'elle est très affectée par l'autisme de son fils et surtout après l'annonce du pédopsychiatre de l'autisme de son enfant.

Au début, elle a commencé par nous parler du développement de son enfant qui se développait normalement et elle ne comprenait pas d'où il a commencé l'autisme et comment son enfant soit atteint de l'autisme. On a remarqué des points d'interrogations et d'exclamations sur son visage.

Après l'annonce du diagnostic, la maman ne savait pas ce qu'elle allait faire à part pleurer pour des heures, le terme autisme est nouveau pour elle donc elle a pensé à demander l'aide des psychologues et des orthophonistes et dans des associations. Elle a cherché des crèches pour qu'elle l'informe sur l'autisme et les méthodes éducatives appliquées avec les autistes et pour l'aider dans la prise en charge de son enfant autiste.

La maman se sent soulagé quand elle nous parle de la crèche et du personnel et les objectifs et la visée thérapeutique que la crèche vise et surtout sur les changements qu'elle a remarqués chez son enfant et sur son évolution.

En ce qui concerne l'autonomie, la maman souligne que son enfant a presque acquis l'autonomie à la maison mais sans oublier de dire que la crèche là aidé pour acquérir de nouvelles choses.

Malgré les difficultés rencontrées avec son enfant et l'entourage, elle n'a pas lâché par contre elle cherche meilleure pour son enfant et elle a réussi à intégrer son enfant dans une classe préscolaire qui lui permet d'être plus autonome.

7.4. La grille d'observation :

L'activité	tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	-se tient debout sans se tenir -marche sans se faire aider -court correctement sans tomber -s'assied sans soutien -se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un -ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant -monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses -lance un ballon tout en restant debout -monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider -tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts -gribouille avec un crayon ou un stylo Place chaque forme unique d'un « puzzle à en castrer » au bon endroit -monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide	X X X X X X X	 X X X X X	 X X
Hygiène corporelle	-ouvre le robinet -ferme le robinet -se lave et s'essuie les mains -se lave le visage			X X X X
Contenance	-continent pour les urines -continent pour les selles -continent pour les urines et selles			X X X
Toilette	-se rend seul au toilette -enlève son pantalon -remet son pantalon -s'essuie après usage			X X X X

Alimentation	-se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit	X X X	X X	X
Habillement	-s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements -attache ses lacets -essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul -enlève ses chausseurs et ses chaussettes -enlève seul une chemise déboutonnée	X	X X X X X X X X	

7.5. Analyse des résultats de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a constaté pour le cas d'Mouloud, par rapport à la mobilité, Mouloud n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différents endroits de la crèche sans aide, il se met debout, il court et il marche tout seul, il ouvre les portes.

Quand à l'hygiène corporelle, Mouloud est un enfant propre, capable d'ouvrir et de fermer le robinet, Mouloud ne se lave pas tout seul et ne s'essuie pas les mains tout seul et son visage aussi c'est avec guidance. Concernant la continence, Mouloud est un enfant continent, et il contrôle ses urines et ses selles et il se rend au toilette avec guidance orale seul et enlève son pantalon et le remet aussi sans aide et s'essuie après l'usage. Concernant l'alimentation, Mouloud se tient correctement à table, mange seul sans aucune difficulté sans se renverse dessus et il mange proprement avec la cuillère, et il mâche la nourriture et il boit dans un verre.

Et pour ce qui est de l'habillement, Mouloud ne trouve pas de difficultés à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seul sans aide, enfile et enlève son manteau, il ne boutonne pas sa blouse et il ne déboutonne pas ses vêtements.

Résumé : d'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate que Mouloud est un enfant propre ; continent, capable de se déplacer sans aide, manger seul en quelque sorte il a acquis l'autonomie personnelle.

8. Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons procéder à la discussion des hypothèses de notre recherche.

A la lumière des résultats obtenus à partir de l'analyse des entretiens, et l'analyse de la grille d'observation nous avons infirmé notre première hypothèse qui suppose « la crèche par les activités qu'elle organise, contribue à l'acquisition de l'autonomie des enfants autistes » par ce que les activités réalisées au sein de la crèche ne sont pas suffisantes seules, le manque de matériel par lequel on travaille avec les enfants autistes ne contribue pas à une bonne acquisition de l'autonomie.

En effet dans le cas de Mahdi âgé de 4 ans qui présente un manque d'autonomie totale, les activités de la crèche n'ont pas été accompagnées par une collaboration des parents, raison pour laquelle, cet enfant n'a pas évolué sur le plan de l'autonomie.

Nous pouvons dire que l'âge est un facteur très important pour l'acquisition de l'autonomie.

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation de chaque cas, notre hypothèse « la crèche en collaboration avec les parents d'enfants autistes contribue à l'acquisition de l'autonomie des enfants autistes » est confirmée car nous avons constaté que les enfants pris en charge au sein de la crèche, par l'équipe pluridisciplinaire (psychologues, orthophonistes, éducateurs), et suivis à la maison par les parents dès leur jeune

âge, arrivent à l'autonomie cela a été confirmé avec la majorité des cas d'Anir, Axel, Malak, Dilan, Ales, Mouloud.

En contrepartie, les parents dont les enfants sont délaissés ou pris en charge à un âge tardif, n'arrivent pas à devenir autonomes.

Accompagner un enfant atteint d'autisme dès son plus jeune âge reste le meilleur moyen d'atténuer les symptômes de la maladie et lui permettre de jouir d'une autonomie grâce à un programme spécialisé et adapté aux enfants autistes, et d'avoir une vie la plus normale possible.

Conclusion

Conclusion :

L'autisme est un trouble envahissant du développement (TED), qui est caractérisé par des altérations plus ou moins graves du développement dans les trois domaines suivants ; communication verbale et non verbale, interactions sociales, comportements, intérêt et activités qui sont restreints et stéréotypés.

Cette triade autistique apparaît avant l'âge de 3 ans, la prévalence de l'autisme ne cesse d'augmenter sur l'ensemble de la planète, en Algérie certaines statistiques font état de 65000 personnes atteintes par ce trouble. Il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme, ceci n'empêche pas que les personnes atteintes puissent bénéficier de traitements psychothérapeutiques, en parallèle à une prise en charge institutionnelle, éducative et pédagogique. Mais la prise en charge dans notre pays est actuellement très insuffisante par rapport aux besoins de ces enfants sur le plan éducatif, scolaire et thérapeutique.

L'autisme est une pathologie qui a suscité l'intérêt des chercheurs notamment en psychologie, l'un des problèmes cruciaux chez les enfants autistes c'est l'acquisition de l'autonomie.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés au rôle de la crèche dans l'acquisition de l'autonomie chez les enfants autistes.

Nous avons utilisé deux outils de recherche : l'entretien clinique semi-directif et une grille d'observation.

Nous avons pu montrer que la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire avec les parents d'enfants autistes dès le jeune âge permet d'arriver à l'acquisition de l'autonomie de ces enfants.

Notre recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le plan éducatif de ces enfants, et psychologique (la prise en charge). On est arrivé à réaliser notre objectif tracé au début de notre étude. Cependant, même si on est arrivé à ces résultats mais notre recherche reste limitée à nos cas et ce sujet ouvre des perspectives de recherche plus larges sur la question de l'autonomie chez les enfants avec handicaps.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

1. Amy, G. et Piolat, M. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Bréal.
2. Angers, A. (1997). *Initiation à la méthodologie des sciences humaines*. Québec : C.E.C in C.
3. Boulekras, N. *petit guide sur l'autisme*. Paris : Masson.
4. Blanchat, A. et Gotman, A. (2004). *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*. Paris : (2eme édition) Armand colin.
5. Bertred, M. (2004). *Dépression et dépendance à l'objet*. Dans : revue française de psychanalyse. Volum68. n4. DOL 10.3917/rfp.684.1087. PP. 1087,1095.
6. Benghabrit-Ramaounn, N. (2005). *Le préscolaire en Algérie état des lieux et perspectives*. Oran.
7. Benoy, H. et Chahraoui, Kh. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : éd Dunod.
8. Bloch, H. et al. (1999). *Le grande dictionnaire de la psychologie* .Paris : Larousse.
9. Capitaine, B. et al. (2002). *Guide de l'éducation de jeune enfants*. Paris : éd Dunod.
10. Chahraoui, Kh. et Herve, B. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
11. Davidson, F. et al. (1965). *Les soins aux enfants dans la crèche*. Genève : OMS.
12. Doare, M. (2000). *Les thérapies proposées aux autistes sont-elles adaptées ?* Université de Bretagne Accidentelle.
13. *Document version PDF (2008-2009)*.
14. Emilie, s. (2004). *L'autonomie pourquoi et comment la favoriser à l'école primaire ?mémoire, recrutement de professeur des écoles*.

15. *Enquête besoins de garde de la petite enfance.* (2002).
16. Gaci, K. (2008). *Publié dans le soir d'Algérie.*
17. Gaddour, N. (2012). *La faculté des sciences humaines et sociales, organise une journée d'étude sur le thème : (comprendre l'autisme).*
18. Guidetti, M. et al. (2000). *Enfance d'ailleurs, d'hier et aujourd'hui.* Paris : Armand Colin.
19. Guidère, M. (2005). *Méthodologie de recherche.* Paris : Ellipses.
20. Henrard, J.C. (2012). *La perte de l'autonomie chez les personnes âgées. Un nouvel enjeu de société.* Paris : l'harmattan.
21. http://www.latribune_online.com/supplements/sante/66046.ess. (s.d.).
22. *journal officiel de la république algérienne N°53.* (s.d.).
23. Koscielniak, M. (2010). *Sur le chemin de l'autonomie. Quel accompagnement en libéral pour Louis, adolescent atteint d'autisme sévère ?* Toulouse III.
24. Lelord, G et Sauvage, D. (1990). *L'autisme de l'enfant.* Paris : éd Masson.
25. Lolord, G. et Sauvage, D. (1991). *L'autisme de l'enfant.* Paris : Masson.
26. Lenoir, P. et al. (2007). *L'autisme et troubles du développement psychologique.* 2 éd Herstal : Masson.
27. Lelord, G. (1989). *Thérapies pharmacologies, neurologique et psycho-éducatives précoces dans l'autisme de l'enfant dans « soigner éduquer l'enfant autiste ».* Paris : Masson.
28. *Les troubles du spectre de l'autisme -l'évaluation clinique.* 2012.
29. Marcatand, S. (2010). *Scolaire un élève atteint de TED ou d'autisme.*
30. Mallet, P et al. (2003). *psychologie du développement, enfant et adolescent.* Paris : belin.
31. Msés, R. et Grand, Ph. (1997). *Parents et professionnels devant l'autisme.* Ctnerhi.

32. Maafa, H. (2015). *Le guide de la directrice*. Alger : Copyright.
33. Maafa, H. (2015). *Programme des établissements, d'accueil de l'enfance*. Alger : Copyright.
34. *Ministère de la famille*. (2004).
35. Ould Taleb, M. (2012). *Autisme et intervention avec les mamans ca thérapeutes. De la mise en place à l'évaluation : expérience à Alger en 2005-2010*. Ann Med psychol : Paris.
36. Ould Taleb, M. (2015). *Manuel de la pédopsychiatre*. Ben-Aknoun Alger : l'office des publications universitaire.
37. Ould Taleb, M. (2009). *Le spectre de l'autisme*, Alger office des publications universitaires.
38. Pedinielli, J. et Ferandez, L. (2009). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Canada : Pearson.
39. Pedinielli, J. I. (2005). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan.
40. Philipe, G. (2003). *Psychologie sociale appliquée*. PUG.
41. Pelicier, Y. et al. *Manuel thérapeutique*. Paris : puf.
42. Pascal, C. et al. (2007). *L'autisme et les troubles du développement*. Paris : 2eme éd Masson.
43. Quenton, J. (2012). *L'autonomie à l'école maternelle*. Paris : puf.
44. Reme, N. (2001). *Guide des bonnes pratiques dans les crèches*. Paris : Comed.
45. Rutter, M. et Chepler, E. (1991). *L'autisme une réévaluation des concepteurs et du traitement*. PUF.
46. *Rapport national de la république Algérienne démocratique et populaire*. (2014).
47. Rondal, J. (1989). *Troubles du langage diagnostic et rééducation*. PUF.
48. Roge, R. (2008). *La fin des querelles ? In revue la recherche*. M373.

49. Rondal, J. (1989). *Troubles du langage diagnostic et rééducation*. PUF.
50. Rutter, M. et Chepler, E. (1991). *L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement*. PUF.
51. Shauders, S. (2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*. Paris ; Dunod.
52. *Support du cours, l'autonomie et dépendance*, 2008.
53. Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris ; Larousse _HER.
54. Sylvain, G. et Ginette, T. (2009). *Méthodologie en sciences humaines*. Canada ; 3ed Pearson.
55. Schneider, J. (2005). *L'accompagnement humain et technologique pour un apprentissage autonome. Mémoire Master 1*. Lyon : université lumière lyon2- institut de psychologie.
56. Simone, C. S. (2005). *La notion de responsabilité dans le demain de l'handicap : autonomie, réciprocité et sexualité dans reliance, volume 4 n°18*. PP. 49,54.
57. Schopler, E. et al. (2000). *Stratégies éducatives de l'autisme, et des autres troubles du développement*. Paris : Masson.
58. Tremblay, S. et al. (2003). *Enquête grandir en qualité, recension des écrits sur la qualité des services de grand, gouvernement du Québec*.
59. Tardif, C. et Gepner, B. (2003). *L'autisme*. France : Nathan/VUEF.
60. Tony, A. (2010). *Le syndrome d'asperger guide complet*. Bruxelles : 3eme édition.
61. Vibra, D. (2003). *Le métier de l'éducation de jeunes enfants*. Paris : éd la découverte.

Annexes

Annexe 1

La grille d'observation :

Nom :

le prénom :

L'âge :

Le sexe :

L'activité	tache	oui	non	Avec guidance
Mobilité	<ul style="list-style-type: none">-se tient debout sans se tenir-marche sans se faire aider-court correctement sans tomber-s'assied sans soutien-se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un-ouvre les portes en tournant la poignée et en le tirant-monte sur une chaise ou un tabouret pour atteindre les choses-lance un ballon tout en restant debout-monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider-tient un crayon avec le pouce et d'autres doigts-gribouille avec un crayon ou un styloPlace chaque forme unique d'un « puzzle à en castrer » au bon endroit-monte et descend les escaliers tout seul, ou avec une aide			
Hygiène corporelle	<ul style="list-style-type: none">-ouvre le robinet-ferme le robinet-se lave et s'essuie les mains-se lave le visage			
Continence	<ul style="list-style-type: none">-continent pour les urines-continent pour les selles-continent pour les urines et selles			
Toilette	<ul style="list-style-type: none">-se rend seul au toilette-enlève son pantalon			

	<ul style="list-style-type: none"> -remet son pantalon -s'essuie après usage 			
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> -se tient correctement devant la table -saisit une cuillère par la manche -mange seul avec la cuillère -mâche la nourriture -mange avec la cuillère renversant peu à peu -porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit 			
Habillement	<ul style="list-style-type: none"> -s'habille seul sans aide -se déshabille seul sans aide -boutonne ses vêtements -déboutonne ses vêtements -reconnait ses vêtements -attache ses lacets -essaye de mettre ses chausseurs seul, ou les met seul -enlève ses chausseurs et ses chaussettes -enlève seul une chemise déboutonnée 			