

UNIVERSITE ABDRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : En psychologie Clinique

Thème

L'enfant autiste : les troubles du comportement, la prise en charge

Etude de (06) cas réalisées au sein d'une association de prise en charge des enfants autistes

w. Bejaia Ihadaddene

Réalisée par :

M^{elle} : Mamache Souad

M^{elle} : Messaoudene Siham

Encadrée par :

Mr :Ghouas Yacine

2017-2018

Remerciements

Tout d'abord nous tenons à manifester notre louage à Dieu qui nous a donné la force et la patience

Pour réaliser ce modeste travail.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et nos remerciements à MR GHAWAS Yacine pour son encadrement, pour la confiance qu'il nous a témoignée, sa disponibilité permanente et sa patience, et ses orientations

Qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Nous remercions également tous les enseignants, l'équipe de travail de l'association pour ses conseils, son encouragement et son aide durant toute la période de notre stage, les parents des enfants autistes pour leur confiance.

Ainsi que nous adressons nos vifs remerciements à l'ensemble des membres du jury pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'examiner et de juger ce travail.

Nous tenons à exprimer nos reconnaissances les plus sincères à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la concrétisation de ce travail chacun à sa façon.

Nous remercions autant toute nos amies.

Siham et Souad

Dédicaces

C'est avec une vive joie, gratitude et reconnaissance que je dédie ce

Modeste travail :

A la mémoire de ma grand-mère qui à été pour moi un exemple de bien être, et que Dieu
l'accueille dans son faste paradis.

A mes parents pour le soutien et l'amour qu'ils ont su me donner à

Chaque instant et aux quels je suis reconnaissante.

A mes chères frères : Mourad, Karim, Nadir, Farid, et Hamza.

A mes chères sœurs : Samia, Nanouche, Sissa, et Sara aux quelles

Je souhaite tout le bonheur du monde.

A mes deux tantes : Nadia et Nassima.

A mes belles sœurs : Abida, Saida, et Karima.

A tous mes adorables neveux, et nièces.

A ma binôme Souad.

Siham

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail, en particulier a mes chers parents pour leurs soutient et leurs patience tout au long de mon cycle d'étude, que Dieu les gardes pour moi.

A ma sœur Kahina.

A mes frères : Yacine et nadjim,
aux quels je souhaite tout le bonheur du monde.

A toute cousines et cousins.

A touts mes amis sans exception qui ont été toujours présent pour me soutenir.

A ma binôme Siham pour sa appartenance avec moi.

Souad

La liste des abréviations

- ABA** :(Applied behavior analysis) et un programme qui repose sur se model comportement de l'apprentissage.
- ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médical.
- APA** : Association Américaine de psychiatrie.
- CFTMEA** : Classification Française des troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent.
- CIM** : la classification internationale des maladies.
- DSM** : Manuel Diagnostique et statistique des troubles.
- DSM-IV-TR** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux selon la quatrième édition
- OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- PECS** :(Picture exchange communication system) ou système de communication par échange d'image.
- TEACCH** :(Treatment and education of autistic and related communication handicapped children) ou traitement et éducation des enfants de handicaps de communication.
- TED** : Trouble envahissants du développement.
- TED-NS** : le trouble du développement non spécifié.
- ART** : Article.
- TOC** : Trouble Obsessifs Compulsifs.

Liste des tableaux		
Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude		N°
Tableau N°1	La grille d'observation du 1 ^{er} cas :(19-01-2018 jusqu'au 23-01-2018)	67
Tableau N°2	La grille d'observation du 1 ^{er} cas :(26-01-2018 jusqu'au 01-02-2018)	68
Tableau N°3	La grille d'observation du 1 ^{er} cas :(04-02-2018 jusqu'au 08-02-2018)	69
Tableau N°4	La grille d'observation de 2 ^{er} cas :(11-02-2018 jusqu'au 15-02-2018)	76
Tableau N°5	La grille d'observation du 2 ^{er} cas :(18-02-2018 jusqu'au 22-02-2018)	77
Tableau N°6	La grille d'observation du 2 ^{er} cas :(25-02-2018 jusqu'au 29-02-2018)	78
Tableau N°7	La grille d'observation du 3 ^{er} cas :(02-03-2018 jusqu'au 06-03-2018)	85
Tableau N°8	La grille d'observation du 3 ^{er} cas :(09-03-2018 jusqu'au 13-03-2018)	86
Tableau N°9	La grille d'observation du 3 ^{er} cas : (16-03-2018 jusqu'au 20-03-2018)	87
Tableau N°10	La grille d'observation du 4 ^{er} cas :(23-03-2018 jusqu'au 27-03-2018)	94
Tableau N°11	La grille d'observation du 4 ^{er} cas :(01-04-2018 jusqu'au 05-04-2018)	95
Tableau N°12	La grille d'observation du 4 ^{er} cas :(08-04-2018 jusqu'au 12-04-2018)	96
Tableau N°13	La grille d'observation du 5 ^{er} cas :(15-04-2018 jusqu'au 19-04-2018)	103
Tableau N°14	La grille d'observation de 5 ^{er} cas : (22-04-2018 jusqu'au 26-04-2018)	104
Tableau N°15	La grille d'observation du 5 ^{er} cas :(29-04-2018 jusqu'au 03-05-2018)	105
Tableau N°16	La grille d'observation du 6 ^{er} cas :(06-05-2018 jusqu'au 10-05-2018)	111
Tableau N°17	La grille d'observation du 6 ^{er} cas :(13-05-2018 jusqu'au 17-05-2018)	112
Tableau N°18	La grille d'observation du 6 ^{er} cas :(20-05-2018 jusqu'au 24-05-2018)	113

Sommaire

Introduction

Partie théorique

Le cadre général de la problématique.

1-La problématique.....	5
2-L'hypothèse.....	7
3-La définition des concepts.....	7
4-L'opérationnalisation des concepts.....	8
5-Les raisons du choix du thème.....	9
6-Les objectifs de la recherche.....	9

Chapitre I : L'enfant autiste et les troubles du comportement.

Axe I : L'enfant autiste

1-L'aperçu historique sur l'autisme.....	12
2-Les définitions de l'autisme.....	13
3-Les étapes du développement d'un enfant autiste de la naissance jusqu'à quatre ans et plus.....	14
4-Les signes absolus et clinique de l'autisme.....	18
5-Les autres signes de l'autisme.....	20
6-Les types de l'autisme.....	23
7-Les troubles associés de l'autisme.....	24
8-Les causes de l'autisme.....	25
9-Le diagnostic de l'autisme.....	27
10- Le diagnostic différentiel de l'autisme.....	28
11-La classification de l'autisme.....	31

Synthèse

Axe I : Les troubles du comportement

Préambule

1- La définition des troubles du comportement.....	33
2. Les différents troubles de comportement d'un enfant autiste.....	33
3 Les comportements difficiles chez un enfant autiste.....	36
4 La stratégie adoptée face au comportement difficile.....	41

Chapitre II : La prise en charge

Préambule

1. L'aperçu historique sur la prise en charge.....	45
2. La définition de la prise en charge.....	45
3. Les différents types de prise en charge d'un enfant autiste.....	46
3-1.La prise en charge éducative.....	46
3-1-2.Les programmes psycho-éducatifs.....	47
3-2. La prise en charge pédagogique.....	52
3-3.La prise en charge psychanalytique.....	53
3-4.La prise en charge médicamenteuse.....	54

Synthèse

Partie méthodologique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule

1-La pré-enquête.....	58
2-La présentation du lieu de la recherche.....	58
3-La population d'étude.....	59
4-La méthode utilisée dans la recherche.....	60
5-Les outils d'investigations.....	60
5-1.L'observation.....	60
5-2.L'entretien.....	61
6-Procédure de recueil des données.....	62

6-1.Les conditions du déroulement de la pratique.....	62
6-2.Les étapes du déroulement de la pratique.....	62

Synthèse

Partie pratique

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussions des résultats.

Préambule

I-Présentation et analyses des résultats.....	66
1-Cas Bilal.....	66
2. Cas Aris.....	75
3-Cas Didine.....	84
4-Cas Adel.....	93
5-Cas Yacine.....	102
6-Cas Safa.....	110
II-Discussion des hypothèses.....	116

Synthèse

Conclusion

La liste bibliographie.

Annexes.

Introduction

Introduction

Depuis l'existence, l'homme est confronté à des situations de plus en plus menaçantes et que les sociétés précédente ont mal vu tel que l'handicap, ce qui empirait la situation de la personne handicapée, ainsi sa famille, cette dernière vie une blessure narcissique suit à la souffrance de son enfant. Cette famille qui vient de sortir de la sphère de l'enfant imaginaire à la sphère de l'enfant réel, et ce réel est un enfant autiste.

Au-delà commence la souffrance de la famille, qui n'échappe pas à les préjugés de l'entourage et se trouve confronté face à cette situation de condamnation, néanmoins une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable pour cet enfant autiste.

Chaque enfant autiste est tellement différent de l'autre devrait être individuelle et il est indispensable de prendre ces enfants en charge plutôt possible, afin de leur donner une possibilité de développer des fonctions qui peuvent compenser les déficits dû à la perturbation dans le développement tant que le cerveau est malléable, ce qui nous pousse à s'interroger sur les modalités privilégiée de la prise en charge d'un enfant autiste.

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans. Il touche simultanément : les interactions sociales, la communication à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints

D'autres troubles existent dans les domaines de la cognition, de la motricité, de la sensorialité, des capacités adaptatives, mais ils ne sont pas retenus dans les critères diagnostiques.

Tout le monde est d'accord que les enfants autistes se caractérisent par un repli excessif sur soi même, manque de communication et des troubles de comportements. En effet, il entraîne un véritable handicap plusieurs spécialistes, elle est donc pluridisciplinaire tel que pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, et éducateurs pour une prise en charge, la famille doit être impliquée. C'est un véritable travail d'équipe

L'objectif de notre recherche focalise sur les troubles de comportement d'un enfant autiste et la prise en charge.

Introduction

Pour réaliser notre recherche sur terrain, nous nous sommes basés sur la méthode descriptive et l'étude de cas pour décrire les différents troubles de comportement et les différents types de prise en charge pratiquées sur l'enfant autiste, et les changements observés en lui. Et parmi les techniques de recherches et d'investigations utilisées dans notre recherche, l'observation et l'entretien.

Notre présent travail se compose en trois parties qui se divisent comme suit :

-la première partie est consacrée à la théorie qui se divise en trois chapitres :

le cadre générale de la problématique.

Nous avons présenté la problématique, les hypothèses, les définitions des concepts clés ainsi que les objectifs de notre recherche

Chapitre I : Troubles de comportement d'un enfant autiste :

On a défini l'enfant, l'enfant autiste et l'autisme ainsi que les signes, les causes les types d'autisme

Chapitre II : la prise en charge :

Histoire, définition et les différents types de prise en charge.

Chapitre III : méthodologie de la recherche :

On a présenté le lieu de stage ainsi les étapes du déroulement de notre stage.

-Dans la troisième partie, on a exposé l'ensemble des cas pratique et leurs analyses ainsi que la discussion des résultats

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Enfin on a clôturé notre recherche par une conclusion.

Le cadre général de la Problématique

La problématique :

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

Parmi ces troubles on cite l'autisme qui est considéré comme un repliement sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative, cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrénies. **(N.Sillamy, 2009, p31).**

Depuis plusieurs décennies, diverses conceptions de ce trouble ont été exposées qui ont amené à des débats quand à ses origines étiologiques.

Le psychiatre Américain **LEO KANNER** est le premier qui a identifié et décrit l'autisme en 1943 ce dernier se caractérise par la précocité de sa survenue et une symptomatologie associant à un isolement, une incapacité à se mettre en relation avec autrui, des troubles de langage, des comportements répétitifs et des activités limitées en spontanéité et en variété. **(G.Lelord,D.Sauvage, 1999,p119).**

En effet les causes de l'autisme restent mystérieuses, c'est pourquoi il suscite l'intérêt de nombreux chercheurs professionnels de psychologie pour arriver aujourd'hui à une vision partagée par l'ensemble de la communauté médicale et scientifique classé comme le trouble envahissant du développement (TED), et qui touche 1 enfant sur 150 dans le monde, il est fréquent chez les garçons que chez les filles. **(M.Doare, 2000, p2).**

Malgré qu'il n'existe pas un traitement curatif à l'autisme, et on ne peut traiter le mal à la source, les enfants autistes ne sont pas des murs hermétiques à toute apprentissage, et n'empêchent pas que ces enfants puissent bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique, institutionnelle, éducative et pédagogique qui doit être précoce et structurée dès l'âge de deux ans, et aussi un accompagnement individualisé par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, orthophoniste, éducatrice, éducateur spécialisée), qui se réfère à plusieurs méthodes en s'appuyant sur celle qui est la plus utilisée TEACCH élaboré par **Eric Schopler** dans les années 60, axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le

travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun (PEI : programme éducatif individualisé), sur la collaboration des parents au projet de leur enfants, sur l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergences, favoriser les réussites et les renforcements qui en résultent), sur l'approche globale de l'enfant. **(C.TARDIF ,B.GEPNER , 2003,p114).**

Le programme de TEACCH (treatment and Education of autistic and Related communication Handicapped children), c'est-à-dire, traitement et éducation des enfants de handicaps de communication apparentés est un programme de traitement et d'éducation pour les enfants de tous âges, atteints d'autisme et de trouble apparentés du développement, en plus du volet éducatif, la mission générale du programme est de développer des structures d'accueil spécialisée en autisme pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes affectées, tout au long de leur vie. **(D.SAUVAGE, 1988 ,847).**

Par contre en Algérie il y a un retard et un manque cruellement ressenti en matière d'accompagnement et de structures spécialisée, ainsi la prise en charge, car l'autisme est encore très méconnu, même si selon les statistiques approximatives du ministère de la solidarité nationale compte pas de moins de 56.000 autistes dans notre pays dont mille (1000) en Constantin. **(Art.Wafa Adouane 03-avril-2012).**

Devant la situation marquée par l'insuffisance de la prise en charge par rapport aux besoins de ces enfants sur le plan éducatif, scolaire, thérapeutique les parents des enfants autistes vivent une véritable souffrance et se battent de toutes leurs forces pour la prise en charge de leurs enfants. Grâce à la détermination de ces familles et associations d'enfants autistes, ces derniers sont considérés comme une population éducable, scolarisable et sociale grâce à la méthode TEACCH.

Le traitement de l'autisme n'est pas définitif, toute fois des études scientifiques ont démontré qu'un accompagnement et une prise en charge individualisée augmentent significativement les possibilités relationnelles et les capacités d'interaction sociale, le degré d'autonomie et l'acquisition du langage pour les enfants atteints de cet handicap, le traitement repose sur la psychothérapie avec une prise en charge institutionnelle, éducative et pédagogique qui doit être précoce et structurée dès l'âge de deux ans. Ce qui est loin d'être le cas en Algérie où le manque de structures spécialisées se fait cruellement ressenti.

Les parents de ces enfants se sont rassemblés autour d'une association qu'ils ont créée eux-mêmes pour défendre les droits de leurs enfants et s'entraider pour que la prise en charge devienne une nécessité.

De ce fait, nous essaierons de cerner notre problématique en limitant notre champ de recherche à la question suivante : Est-ce que la méthode TEACCH favorise l'épanouissement personnel d'un enfant autiste ?

L'hypothèse :

La méthode de TEACCH favorise l'épanouissement personnel d'un enfant autiste.

3-Définition des concepts clés :

3-1.L'autisme :

Théorique :

L'autisme est un trouble sévère et durable du développement de l'enfant qui se manifeste dès la petite enfance « avant trois ans » par des perturbations graves des interactions sociales et de la communication et par des comportements restreints, répétitifs et stéréotypés.

L'autisme est le repliement sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire. (VALAIN, 1998, p9).

4-1.Opérationnel :

Dans notre recherche l'autisme est un trouble de développement qui affecte le bon fonctionnement du cerveau, il est présent à la naissance et a des conséquences sur la façon d'apprendre de la personne. Il est habituellement diagnostiqué avant l'âge de 3 ans, et persiste pendant la vie adulte, la personne autiste a souvent des problèmes au niveau des habilités sociales, de la communication, et du comportement.

3-2.Trouble de comportement :

Théorique :

On parle de troubles du comportement lorsque de l'agir non socialisé vient au premier plan comme mode d'expression dans la relation. Ces troubles manifestent une tentative de

s'affirmer, socialement inadéquate. Ils témoignent d'une souffrance psychique qui ne peut se dénommer ni même parfois se penser.

Les troubles du comportement sont des anomalies dans la façon d'agir et de réagir. Ils peuvent apparaître sous différentes formes, et font leur apparition généralement à la suite d'une situation conflictuelle. (www.vulgaris-medical.com).

4-2.Opérationnel :

Dans notre recherche les troubles de comportements sont un mauvais fonctionnement d'un organe et dans la manière de se comporter avec les autres.

3-3.Prise en charge :

Théorique :

A première vue dans l'expression « prise en charge » on voit le substantif qui dérive du verbe prendre.

Selon le dictionnaire le nouveau petit robert, cette expression a le sens de prendre quelqu'un sous sa responsabilité, d'assurer son entretien, ses dépenses.

Intervenir recouvre toutes les conduites psychologiques, informé, motivé, conseillé, rééquilibré.

La prise en charge implique une action guidée par la connaissance des valeurs et des habilités en vue de l'atteinte des buts spécifiques, elle rend compte des concepts d'intervention.

Intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités. (**Ibid, p164**).

4-3.Opérationnel :

Dans la prise en charge la méthode utilisée c'est la méthode TEACCH qui se base sur des axes imitation (graphisme, l'écriture, et le coloriage), le langage réceptif (nommer dans l'ordre les jours de la semaine, la notion d'espace et du temps, et la connaissance des noms et des objets), et la sociabilité (nommer les noms de la famille par photos, donner et recevoir, et

donner un baiser sur demande), et enfin le comportement (stabilité, attention, et répéter les mots) et on va vérifier cette méthode dans la partie pratique par une grille d'observation.

Il s'agit d'un cadre bien précis, afin de permettre à chaque enfant autiste de retrouver la sécurité et l'estime de soi dans un projet de vie adapté.

3-4.L'épanouissement personnel :

Théorique :

L'épanouissement personnel fait partie de ces pratiques qui suscitent à la fois beaucoup d'intérêt et d'intégration, voire de la suscitant ou de la méfiance. Le terme l'épanouissement personnel renvoie à une grande variété d'ouvrage, de technique et de pratique qui touchent aussi bien l'univers des particuliers que celui des entreprises. (<http://www.cain.info>).

4-4.Opérationnel :

Dans notre recherche l'épanouissement personnel est tout simplement la base du développement personnel. Parmi les indicateurs de l'épanouissement chez un enfant autiste dans cette recherche c'est de développer ses comportements comme langage, graphisme, l'écriture, le dessin. On a vérifié ces indicateurs avec les dessins (annexe N°1, 2, 3, 4, 5,6).

5-Les raisons du choix du thème :

Parmi les raisons essentielles pour le choix de thème c'est que l'autisme prend de l'ampleur dans notre société. Et aussi c'est la difficulté des parents de le découvrir dès jeune âge et la difficulté de prendre en charge leur enfants autiste.

6-Les objectifs de la recherche :

L'intérêt de cette recherche c'est de connaître les différentes thérapies de la prise en charge, nous essaierons aussi d'orienter les parents et les guider pour un meilleur accompagnement, comme nous nous apporter des propositions et des conseils susceptibles de soulager la souffrance de l'enfant autiste ainsi que celle de sa famille.

Chapitre I :
L'enfant autiste et les
troubles des
comportements

Axe I : l'enfant autiste

Préambule :

L'autisme est un trouble qui touche un enfant sur deux mille, et quatre garçons pour une fille. Le terme « autiste » est un vaste sujet, et au même temps largement répandu, et souvent utilisé sur des expressions courantes pour qualifier une personne replier sur elle-même ou isolée socialement.

Cette large utilisation de ce terme est si peu connu, pour cela l'autisme depuis quelque année suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnelles de la psychologie, mais aussi de grand public pour le traiter et a la fois aborder ces différentes dimensions comme le diagnostique, les types et la prise en charge, ce que nous allons voir en détaille dans ce chapitre.

1-Aperçu historique sur l'autisme :

Jusqu'au début du XIX éme siècle, la pathologie mentale de l'enfan, quelle que soit, était considérée comme l'expression d'une déficience du développement de l'intelligence. La psychose(ou la folie) était à cette époque considérée comme exclusivement liée à l'adulte.

Depuis des similitudes cliniques ont peu à peu été mises à jour entre certaines psychoses décrites chez l'adulte et les manifestations de certains enfants, ce qui fait supposer des la fin du XIX siècle la possibilité d'une éclosion très précoce de troubles psychotiques de la personnalité. **(P.MAZET, Collaborateur, 2001, p28).**

Les descriptions très documentées des onze patients qualifiés « d'autisme » par **Léo Kanner**(1943) montrent déjà combien ce qu'il avait choisi d'appeler alors « autisme », englobait de réalité individuelle forte différente et de symptômes très variés. De même, la publication presque simultanées, mes beaucoup moins connue de **Hens asperger** 1944, rapporte un ensemble de cas avec « psychopathie autistique »qu'il d'écrit comme présentant des signes proche de ceux évoqués par **Kanner**.

Kanner et asperger publièrent leurs études on identifiont et choisissant tous deux le terme « autistique » et ils ont dépeint de façon si précise et complète les comportements de ces personnes. **(T.CAROL, G.BRUNO, 2003, p8).**

En suite **Kanner** donna à sa première publication décrivant ces enfants, le titre : « troubles autistique de contact effectif » pour accentuer l'importance de comportement dans les onze premiers cas.

Le terme « autistique »avait été crée bien avant **Kanner** en 1906 par Eugen **Bleuler**, un psychiatre suisse, pour décrire le phénomène par le quel certains patients restaient à l'intérieur d'eux même et perdaient tout contact avec la réalité.

(E.R.RITVO, G.LAXER, 1983, p14).

Bleuler introduit le terme d'autisme en psychiatrie adulte dès 1911 mais pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité qui les conduit à s'exclure de toute vie sociale par un mécanisme de repli sur soi. (T.CAROL, G.BRNO, 2003, p9).

B.Bettelheim parle de carences maternelles qui poussent le bébé à un détachement de la mère afin d'éviter l'échec de relation mère-enfant, ce qu'il publie dans un livre en 1967 « La forteresse vide », et il crée des centres d'accueil qui séparent avant tout les enfants autistes de leur famille. (G.LOLORD, D.SAUVAGE, 1990, p129).

Les premières confirmations européennes de l'existence de ce syndrome furent données en 1952 par **Van Krevelin** en Hollande, et **L.Sterm** en France. (DE.R.VILLARD, 1984, p68).

Kanner déclare dans une conférence de la National Society for Autistic Children 1969 que l'on s'était à tort servi de certains points de son article de 1943 pour désigner « les mères d'un doigt accusateur » achevant son intervention par un mémorable « parents, je vous acquitte. » (Ibid, p69).

En 1980 le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de trouble envahissement du développement (en 1975 dans la CIM) et en 1980 dans le DSM-III. (ABAGHDADLI, M.NOYER, 2007, p26).

Actuellement le terme « d'autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate. Parler « d'autisme » est pour plus approprié que parler « d'autisme de l'enfance » « d'autisme infantile précoce » ou encore « d'autisme de l'enfant » terme qui pourraient laisser supposer que ce sont des caractéristiques de l'enfance et que l'on peut en sortir en grandissant. (T.CAROLE, BRUNO, 2003, p11).

2-Les définitions de l'enfant autistes :

2-1.Définition de la période de l'enfance :

« Période de la vie allant de la naissance à la puberté, laquelle marque le début de l'adolescence. ». (B.Henriette, 2002, p327).

2-2.Définition de l'enfant :

Le terme « enfant » vient du latin « infant » qui signifie chez les romains « ce lui qui maîtrise pas le langage et par extension les premières années de vie. » Et il désignait l'enfant dès sa naissance, jusqu'à l'âge de 7 ans. Mais cette notion a beaucoup évolué à travers les siècles et les cultures pour finalement désigner l'être humain de sa naissance jusqu'à l'âge adulte. (A.Baudier, B.celeste, 2002, p9).

2-3.Définition de l'autisme :

a-Selon le dictionnaire de la psychologie : repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative grec. Le terme « autiste » vient du grec « auto » qui signifie « soi-même ». (N.Sillamy, 1999, p31).

b-Selon L'ANDEM (agence Nationale pour le développement de l'évaluation médicale) : « le syndrome d'autisme est un trouble et global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et, ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interaction sociales, communication verbale et non verbale, les interactions sociales sont perturbées en quantité et qualité. Il existe un retrait social (retrait autistique) caractéristique du syndrome indifférence au monde. La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité. Les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés. De plus, les autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colères et des comportements agressifs ». (G.LELORD, SAUVAGE1990, p117).

2-4.Définition de l'enfant autiste :

L'enfant se conduit comme s'il était de façon permanent, il se balance, il se berce, se balance d'une jambe sur l'autre, joue avec ses mains, sautille sur la pointe des pieds, tourne sur lui-même

L'enfant autiste, perdu dans ses activités stéréotypées évolue dans un univers privé, qu'il a jalonné de repères mais cet éloignement de notre monde, qui interdit toute fréquentation du milieu scolaire normaux si non toute acquisition intellectuelle, conduit a une situation déficitaire grave et irréversible. (N.Silamy, 2004, p223).

3-Les étapes du développement d'un enfant autiste de la naissance jusqu'à 4 ans :**3-1.De 0 à 6mois :****3-1-1.Perception :**

- Indifférence au monde ou au monde extérieure.
- Il fut de grand ou anomalie du regard.
- Imperfection du contact visuel ou le strabisme.

3-1-2.Motricité :

- Absence d'attitude anticipatrice.
- Anomalie de la motricité et de tonus (hypotonie, attitude, inhabituelles.)
- Agitation et stéréotypies.

3 -1-3.Social :

- Absence de sourire.
- Ne se laisse pas facilement consoler.
- Peu ou pas de démission vocales.
- Peu ou pas de mimiques.

3 -1-4.Communication :

- Absence du refus.
- Il apparaît comme s'il n'écoute pas.
- Dérèglement dans le langage primaire.

3-1-5.Comportement :

- Bébé trop calme ou excité (agité).
- Trouble du sommeil et de l'alimentation.

3-2.De 6 mois à 12 mois :**3-2-1.Perception :**

- Réaction subjective visuel et auditive.
- Autostimulation visuel et auditif.

3-2-2.Motricité :

- Anomalie des gestes (des signes et comportement bizarre).
- Hypo ou hypertonie générale.

3-2-3.Social :

- Activité solitaire.
- Absence d'intérêt pour les personnes.
- Défaut de contact, ne se laisse pas facilement consoler.
- Peu ou pas de mimiques.

3-2-4.Comportement :

- Utilisation inhabituelle des objets (gratter, froter).
- Habitudes bizarres (jeux de doigts et de main devant les yeux, balancement).
- Hypo ou hyperactivité.

3-3-1. à 2 ans :**3-3 -1.Perception :**

- Il s'intéresse aux objets lumineux.

3-3-2.Motricité :

- Jeux pauvres, retrait.
- Fascination pour des mouvements spéciale du corps, des lumières, des sons.
- Difficulté à évoquer des représentations mentales.

3-3-3.Social :

- Difficulté d'exprimer ses sentiments et comprendre ceux des autres.
- Recherche la solitude.
- Absence de pointage.
- Absence de développement du langage.

3-3-4.Comportement :

- Stéréotypées.
- Absence de jeux de faire semblant.
- Tremblement du corps.

3-4-2. à 4 ans :**3-4-1.Motricité :**

- Mouvements anormale du corps.
- Jeux étrange et inconnu avec les objets. (J.C.JUHEL, 2003, p48).

3-4-2.Social :

Solitude, retrait, ne cherche pas le réconfort, même quand il est malade, blessé ou fatigué, évite le regard d'autrui ; pas conscient de la présence d'autrui, n'utilise pas les jeux symbolique, ne manifeste pas d'imagination dans les activités réaction non conventionnelle face à l'émotion de l'autre.

3-4-3.Communication :

Retard ou absence dans le développement du langage compréhension amoindrie du langage ; absence de gestes appropriés ; tendance à répéter ce qu'on lui dit ; façon inhabituelle de parler (voix atone, arythmique, criarde ou chantante).

3-5-4.Comportement :

Manipulation étrange des objets (alignement ou pivotement) mouvement inhabituelle du corps (battement rapide des mains, cognement de la tête) ; attachement à des objets inhabituels ; actes routinier déraisonnables ; difficulté dans l'apprentissage de propreté.

3-5-4. ans et plus :**3-5-1.Motricité :**

-Diminution de l'équilibre.

-Position de marche spéciale marche sur la pointe des pieds.

3-5-2.Social :

Traite les autres comme des objets, ne joue pas avec les autres ; peu ou pas de réactions émotive ou de réaction inhabituelles ; réagit de façon négative aux marques physiques d'affection, ne comprend pas les conventions sociales. (**Ibid, 2003 ,49**).

3-5-3.Communication :

Langage expressif limité ; usage rare ou nul des gestes appropriés, usage impropre des pronoms, des énonces, des répétitions, des remarques des autres, difficultés à l'égard du langage abstrait.

3-5-4.Comportement

Préoccupation pour un sujet d'intérêt unique ou pour plusieurs sujets restreints ; besoin excessif de répétitivité et de constance, attachement à des objets ; fascination devant des objets qui tournoient, besoin de routine ; aime les taches impliquant l'usage machinal de la mémoire (répétitions de dates, de liste, de questions, langage souvent hors de propos) (**Ibid, 2003, p49**).

4-Les signes d'alerte absolus et clinique de l'autisme :

-Absence de babillage à 6 mois.

-Absence de gestes (pointage, au revoir de la main,...) à 12 mois.

-Absence de mots à 16 mois.

-Absence de combinaisons de deux mots spontanées (pas seulement écholaliques) à 24 mois.

-N'importe quelle perte de compétences (de langage ou social) tout âge.

-Absence du contact oculaire.

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

4-1-Anomalies qualitatives des interactions sociales :

Les anomalies touche particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contact avec les autres. Les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisée correctement 'utilisation du regard est régler souvent déviante : le contacte oculaire est absent, le regard transfixion(le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard périphérique (la personne regarde de coté), et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux. Les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptées au contacte : par exemple, l'enfant rit sans que l'on comprenne pourquoi ou alors il sourit on regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque l'on cherche à attirer son attention. Les stimulations physiques permettent souvent d'activer l'engagement social et cela peut être trompeur. L'adulte qui stimule l'enfant on le balançant ou en le faisant tourner obtient momentanément le contacte visuel et des mimiques de plaisir qui répondent en faite aux stimulations physiques plus qu'à la présence sociale de l'adulte. L'expression gestuelle est appauvrie. Les gestes (ex : pointe du doigt), l'ors qu'ils existent, sont rarement utilisés dans un but social de partage d'intérêt ou de demande d'aide. L'enfant pointe en direction de l'objet convoite mais ne cherche pas le regard de l'adulte.

L'enfant est donc isolé, ne cherche pas le contacte des autres et particulièrement des enfants de son âge. Ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants et ne s'adapte pas aux situations de groupe. Lorsque l'intérêt social se développe 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. (J.F.CHOSSY, 2003, p23).

4-2. Anomalie de la communication :

Il existe un retard d'acquisition du langage. Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50/°). Dans tous les cas l'enfant n'utilise pas spontanément d'autres modes de communication (gestes, mimiques) qui lui permettraient de compenser le problème de langage.

Le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est plus abstrait, lorsqu'un langage apparait, il se développe en généra tardivement, et comporte des anomalies :

-Echolalie immédiate :

L'enfant répète en écho ce que l'adulte dit. Il peut par exemple répéter une question qui lui est posée au lieu d'y répondre. L'adulte demande : « tu veux boire ? » Et l'enfant dit : « tu veux boire ? » au lieu de fournir une réponse. Cette absence des pronoms et confusion entre le « je » et « tu » montre que la fonction d'outil de communication que le langage n'est pas compris.

-Echolalie différée :

Des mots ou phrases qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte ou ils n'ont pas de sens. Par exemple ; l'enfant répète inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées : « demain il fera beau ».

-Utilisation idiosyncrasique du langage :

L'enfant utilise des mots ou expression qui lui sont propres. L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme de l'intonation et du volume.

Même lorsque le langage est élaboré, il est peu utilisé socialement : la personne autiste imite peu de conversation à caractère purement social (pour le plaisir de bavarder) et a du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts.

Les conduites d'imitation à caractère social se mettent difficilement en place, les jeux symbolique de « faire semblant » sont absent ou apparaissent tardivement. Lorsqu'ils sont appris à partir de répétition avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et peu créatif. Par exemple l'enfant a appris à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement. Il continue à donner à manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner à boire. (J.F. CHOSSY, p24).

4-3. L'intérêt restreint, comportements répétitifs :

L'enfant oriente son intérêt vers un objet ou un type d'objets à l'exclusion des autres. Le lus souvent les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisés dans des activités répétitives : objets ronds que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant ses yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable c'est parfois seulement une partie de

l'objet qui capte l'attention. Par exemple, seule la roue de la petite voiture intéresse l'enfant qui la fait tourner au lieu de jouer à faire rouler la voiture, ou alors l'enfant s'absorbe dans l'ouverture et la fermeture répétitive de la portière.

Les activités répétitives concernent ainsi le corps. On peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements des mains ou des bras. Postures et mouvement complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme.

L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé.

Les changements sont mal supportés et l'enfant affectionne les activités routinières. Il peut insister pour utiliser le même itinéraire ou pour que l'on fasse les choses de la même manière.

A côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. (**Ibid. 2003, p25**).

5-autres signes :

A côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. Dans l'examen clinique de l'enfant de nombreux signes qui n'appartiennent pas à proprement parler aux critères de diagnostic de l'autisme sont fréquemment évoqués.

5-1.Retard de développement :

Dans l'enfance, et avant que l'ensemble des troubles n'ait été identifié et rattaché au tableau d'autisme, des problèmes non spécifiques sont fréquemment relevés. Le retard de développement psychomoteur, quoique non systématique se rencontre avec une fréquence non négligeable. On peut relever un décalage dans l'acquisition du maintien de la tête, de la situation assise et de la marche. L'éveil à l'environnement est tardif. Le retard dans la mise en place d'un langage fonctionnel est relativement constant. (**B.ROGE, 2003, p26**).

5-2.Des problèmes moteurs :

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être décelés précocement, les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de la relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. (**Ibid, 2003, p27**).

Au niveau de la motricité globale, que le rythme de développement a été affecté au départ ou non, le maintien et les déplacements présentent ensuite des particularités. Les mouvements peuvent être pauvres, ralentis ou différés dans leur exécution avec en

particulier des difficultés de démarrage du geste. Les problèmes d'initiative sont également fréquents, l'enfant ne produisant pas un geste dans le contexte ou il serait adapté alors qu'il peut très bien, réaliser par ailleurs. Des postures particulières peuvent être observées comme par exemple la tête inclinée sur l'épaule. Dans les déplacements sont notées des anomalies comme le positionnement des bras en flexion ou en extension, le mouvement d'accompagnement de la marche étant inexistant où se produisant à contretemps. La marche sur la pointe des pieds qui peut être observée dans le paradoxale développement normal, subsiste à un stade où elle devrait avoir disparu. Des mouvements stéréotypés peuvent interférer avec le mouvement et rythmer les déplacements. Quoique fréquente, l'incoordination motrice n'est pas la règle. On enregistre parfois une aisance à ce niveau, l'enfant étant alors capable d'adopter des postures à la limite de la rupture d'équilibre, d'escalades des obstacles et des compétences qui se situent largement au-dessus de son âge.

Le niveau d'activité est parfois fluctuant chez un même enfant. Dans le domaine de la motricité, les problèmes de la coordination peuvent entraver la manipulation des objets.

La latéralité s'établit tardivement. Elle se définit plus souvent à gauche ou reste indéterminée et les deux mains ont du mal à se coordonner dans une activité complémentaire. La négligence d'une main est observée. Certains sujets sont par contre capables de réaliser des manipulations fines d'une rare précision.

Au niveau facial, la mobilité est souvent réduite. Les mimiques faciales sont pauvres et peu ajustées au contexte social. On observe ainsi des crispations, des mouvements parasites, des expressions faciales sans rapport apparent avec la situation, ou d'une intensité normale. (Ibid, 2003, p27).

5-3.Des problèmes sensoriels :

La sensorialité comporte elle aussi de multiples anomalies d'apparitions précoces. Ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6 ans. Les perturbations concernent généralement toutes les modalités sensorielles. Elles se manifestent par des réactions atténuées, voire absentes, ou au contraire par des raiponces exagérées s'accompagnant de réactions d'évitement, et par des conduites entraînant une autostimulation par rapport à des sources extérieures ou par rapport à la mobilisation du corps.

Certains enfants présentent des réponses dominées par l'hyperréactivité, dans la plupart des cas, les deux types de fonctionnement excitent chez un même sujet et c'est donc la fluctuation des réponses qui caractérise le mieux le comportement.

Les récits autobiographiques livrés par des personnes atteintes d'autisme de haut niveau ont permis de confirmer l'existence de troubles sensoriels avec notamment une hyporéactivité à certains stimuli ou au contraire une extrême sensibilité à des états de panique, rassemblement liés à des situations incompréhensibles ou à des sensations difficiles à intégrer dans une perception cohérente de l'environnement. (B.ROGE, 2003, p29).

5-4.Trouble du sommeil :

-Les troubles du sommeil sont pratiquement la règle.

-L'enfant reste éveillé longuement ou se réveille dans la nuit.

-Le comportement est alors variable d'un sujet à l'autre. Les périodes d'insomnie peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler. Mais l'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues heures sans se manifester. Il est alors complètement passif ou présente des stéréotypies telles que des balancements accompagnés ou non de croup manie (il se tape la tête) et de vocalisations elles aussi répétitives.(Ibid, 2003, p28).

5-5.Troubles de l'alimentation :

Des perturbations de l'alimentation sont également répondues. Elles peuvent être très précoce, l'enfant étant d'emblée très passif au moment de la tétée et ne présentant pas les réactions de succion. Plus tard il peut résister à toute modification, notamment au moment du passage à l'alimentation solide. Enfin, il peut manifester des préférences marquées pour une gamme très étroite de nourriture et ritualiser la situation de repas par l'usage d'objets spécifiques, soit par des choix très précis de produits identifier parfois par le gout mais aussi très souvent par l'emballage.(B.ROUGE, 2003, p27).

5-6.Problèmes dans l'acquisition de la propreté :

L'acquisition de la propreté est généralement problématique. Des cas d'apprentissage instantané et brutal se rencontrent. Dans ce cas, l'enfant devient propre du jour au lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans les quels son développement est r des troubles retardé. Mais la majorité des cas, le contrôle est difficile à établir et ceci pour différentes raison. Il existe fréquemment des troubles du transite avec diarrhée ou constipation rebelle.

Ces anomalies peuvent être renforcées par des habitudes alimentaires peu adaptées. L'enfant peut aussi être indifférent à l'égard des signaux en provenance de son propre corps, soit qu'il ne les perçoive pas, soit qu'il ne n'en intègre pas le sens. L'éventualité de selles douloureuses est également à envisager, surtout dans le contexte d'une constipation, l'enfant présente par ailleurs les signes d'une hypersensibilité au niveau des muqueuses. Enfin, des peurs spécifiques liées aux toilettes, des rituels ou des intérêts stéréotypés comme le faite de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté. (Ibid, (2003), p28).

5-7.Troubles émotionnels :

Ils sont fréquents dans le développement avec notamment de manifestations d'anxiété, avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus sauvent. Dans certains cas cependant, les manifestations phobie-obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient, des éléments dépressifs apparaitre, surtout a partir de l'adolescence et avec la prise de consciences des difficultés.(Ibid. 2003, p30).

6-Les types de l'autisme :

Ces troubles envahissants du développement se présentent sous différentes formes.

6-1. L'autisme infantile :

Dans sa forme typique, l'autisme infantile précoce associe plusieurs difficultés. C'est d'abord un déficit de la communication, le langage peut être absent, ou s'il existe se limite à quelques mots. Quand il se développe d'avantage, il reste, à la fois dans sa musique et dans sa structure. La voix est mécanique sans nuances. Le sujet de la phrase est longtemps absent.

Même quand la syntaxe devient normale, le langage garde un caractère concret, avec peu de métaphores, des substantifs manifestes ou de verbes pris dans leur sens premier. Le locuteur autiste manifeste souvent son incompréhension devant des hyponymies et des jeux de mots.

Englués par fois dans les phrases répétitives, reprises de l'entourage ou empruntées à des dessins animés ou à des clips publicitaires télévisés, répondant souvent en écho, il peut produire des néologismes ou des déformations, qui donnent à sa parole les caractères d'un idiome personnel, parfois difficile à comprendre. La communication verbale est également perturbée. L'enfant, qui a pu inquiéter ses parents dès sa naissance en ne réagissant pas lorsqu'on s'approche de lui, tarde à désigner un objet pour attirer l'attention d'un tiers. Il exprime peu ou à contretemps ses émotions.

À ces difficultés de communication s'ajoutent des troubles de la socialisation. L'enfant s'isole, ne prend pas l'initiative d'une demande, ne répond pas aux sollicitations, semble redouter le contact physique ou le simple adresse vocale fuit l'échange visuel. Ne cherchant pas spontanément de réconfort lorsqu'il est dans une situation personnelle de détresse, il paraît indifférent à l'expression par un autre d'un malaise quelconque. Il interagit socialement, comme s'il peinait à comprendre ce que son interlocuteur attend de lui et à se représenter les pensées et les sentiments d'autrui. Il est plus à l'aise avec les choses qu'avec les gens. (J.HOCHMANN, 2009, p26).

6-2.L'autisme atypique :

L'autisme atypique est une forme particulière des troubles envahissants du développement. La maladie ressemble beaucoup aux symptômes de l'autisme infantile, à savoir des troubles sociaux, de la communication et la manifestation de centres d'intérêt très restreints. Mais il est dit atypique car il ne réplique pas tous les critères cliniques qui permettent d'établir l'autisme infantile. Ainsi la maladie se manifeste au-delà de trois ans ou bien l'un des troubles caractéristiques n'est pas considéré comme suffisamment sévère. Cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental. (J.BERTRAND, 2003, p33).

6-3. Le syndrome de Rett :

Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains. L'apparition de mouvement stéréotypé de torsion des mains, et l'hyperventilation. (Ibid 2003, p34).

6-4. Le syndrome d'asperger :

Trouble de développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemble à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités réceptives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonnes qualités. Une maladresse motrice est souvent associée. (B.ROGE, 2003, p28).

7-1. Epilepsie :

Dans certains cas, l'épilepsie précède l'apparition d'un syndrome autistique, dans d'autres cas, l'épilepsie apparaît après quelques années d'évolution d'un syndrome autistique, et l'épilepsie touche de 30 % à 50 % des cas autistes.

7-2. Déficience sensorielle :

Dans la plupart des cas, le syndrome autistique semble secondaire à l'atteinte sensorielle, il se greffe sur un handicap de la communication. Ainsi, la correction chirurgicale précoce (avant la troisième année) de certains troubles visuels congénitaux sévères s'accompagne d'un tableau comportemental autistique, permet de faire régresser en tout ou partie ce tableau autistique. (C.TARDIF, 2003, p67-68).

7-3. Déficience intellectuelle :

Cette déficience intellectuelle globale est liée au fait que les personnes autistes échouent massivement aux épreuves testant le développement du langage.

7-4. Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) :

Ces deux types de troubles auraient une origine physiopathologique comme impliquant probablement la voie sérotoninergique.

7-5. Hyperactivité :

Ces deux pathologies pourraient partager une origine physio-pathogénique commune.

8-Les causes de l'autisme :

Jusqu'à ce jour l'autisme reste encore une énigme sur le plan étiologique, les chercheurs en épidémiologie en génétique et en neurologie ont permis de mettre en évidence des facteurs de risques mais ces derniers ne signifient pas cause car cela désigne un agent qui entraîne systématiquement un effet prédictible on peut distinguer deux facteurs de risques.

Les facteurs endogènes qui sont les facteurs génétiques et les facteurs exogènes ou facteurs environnementaux.

8-1.Les facteurs environnementaux :

Les facteurs environnementaux sont considérés au sens large, il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatal du fœtus de l'environnement postnatal du nourrisson qui ont pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique. Ces facteurs environnementaux sont de nature organique et psychologique.

8-1-1.Facteurs anti-conventionnels :

Les études en épidémiologie ont permis de trouver parmi les mères d'enfants autistes, des femmes ayant été exposées dans le cadre de leurs professions à des agents chimiques toxiques avant la conception de l'enfant. (C.TARDIE, B.GEPNER, 2003, p61).

8-1-2.Facteurs anténatal :

-La contamination de la mère par des agents infectieux (virus rubéole) pendant la grossesse.

-La survenue d'hémorragie utérines et de menace de fausse couche sur le deuxième trimestre de la grossesse.

-La dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance.

8-1-3.Facteur prénatal :

-L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse.

-Un prématuré ou une post-maturité.

Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste.

8-1-4.Facteurs postnatale :

Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatifs et affectifs que certains enfants subissent.(Ibid, 2003, p62).

8-1-5.D'autres facteurs :

-Des antibiotiques donnés avant 8 mois.

-Les vaccins avant un an, porteur de métaux lourds (comme le mercure par exemple) qui passent de l'intestin perméable au cerveau par le sang, (notamment le vaccin contre la rougeole, rubéole, oreillons. Le R.O.R).

-L'intolérance au gluten et à la caséine (protéine de lait) aggrave les difficultés de concentration et d'éveil.

-L'ocytocine est une hormone sécrétée dans le sang à partir du cerveau et également libérée dans le cerveau où elle a une influence sur l'interaction sociale. Les études empiriques ont démontré qu'administrer de l'ocytocine augmentait le comportement d'engagement social chez une personne autiste, son déficit entraînerait donc un risque autistique.

-Il faut également citer la vasopressine dont l'effet est identique à l'ocytocine, certains pesticides, mère traitée aux antibiotiques. **(ESTELLE SAGET, L'EPRESS, 2002, p14).**

9-2.Les facteurs génétiques :

Les chercheurs génétiques ont été suggérés par Kanner lui-même puisqu'en 1954 il pose la question sur la génétique de l'autisme. Depuis, des études ont partiellement confirmé un déterminisme génétique, notamment grâce aux recherches sur les jumeaux et les familles, et données épidémiologiques.

Les études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un risque d'environ 70% d'être lui aussi atteint d'autisme ou de troubles apparentés.

En revanche, pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants atteint d'autisme, le risque pour l'autre d'être lui aussi atteint tombe à environ 4%.

De même, les études familiales montrent qu'une famille où il y a un enfant d'autiste, le risque pour les frères et les sœurs (apparentés au premier degré) d'être aussi atteints d'autisme ou de trouble autistique est d'environ 4%.

(C.TADIE, B.GEPNER, 2003, p59).

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée, par conséquent, cet enfant aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique, resteraient à de tels traumatismes et ils seraient normaux. **(E.R.RITVO, G.LAXER, 1983, p34).**

8-3. Les facteurs neurobiologiques :

Ce n'est que dans les années 60 que quelques chercheurs démontrent que les causes de l'autisme sont très probablement biologiques car l'autisme apparaît souvent chez les enfants avec un handicap intellectuel que l'on avait jusqu'à une détérioration cérébrale.

Un argument est que ces enfants souffrent beaucoup plus d'épilepsie.

Depuis la fin des années 80, de nombreuses études ont été effectuées en imagerie cérébrale fonctionnelle afin d'expliquer le dysfonctionnement cérébral présent dans l'autisme infantile.

Des enfants autistes ont été soumis à des stimuli sensoriels, en particulier auditifs pour comprendre les réactions inhabituelles de ces enfants (par ex : ils portent souvent les mains pour se protéger les oreilles).

Les résultats principaux sont en faveur d'une perturbation sévère du cortex cérébral, qui serait une anomalie durant certaines étapes du développement postnatal de cortex cérébral.

Ils sembleraient que les mécanismes auto-immunitaires affectant le cerveau jouent un rôle dans l'autisme. En effet il a été constaté que chez certains enfants la régression autistique survenait à la suite d'une maladie infectieuse non spécifique, ceci engendrerait des taux anormaux de neurotransmetteur comme la dopamine, la mélanine, la sérotonine, dans le cerveau. (M.ZLBOVIVUS, N.BODDART, 2002, p15).

8-4. Les facteurs cognitifs :

« Toute ma pensée est visuelle, je n'ai pratiquement aucune pensée verbale, je comprenais mieux les mots quand ils se trouvent cochés sur le papier. » déclare **Temple Grandin**. (T.Grandin, 1999, p21).

L'enfant autiste éprouve de graves problèmes dans la construction de sa personnalité sociale. Il ne semble pas disposer d'un organisme qui lui permet de réfléchir au passé, et d'interpréter le présent, de faire des projets d'avenir et de communiquer efficacement. Il apprendra de manière scientifique avec un médiateur, ce que les enfants « ordinaires » comprennent de manière instinctive.

La mise en évidence d'un rapport entre des dysfonctionnements du cerveau et comportement déconcertant chez les personnes autistes semble se confirmer par les spécialistes.

Il paraît que l'enfant autiste ne parvient ni à décoder les messages qui lui arrivent, ni à adresser en clair un message à ceux qui l'entourent. (G.Lelord, 1998, p10).

9- Le diagnostic de l'autisme :

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant, En effet, ceux qui travaillent au près des enfants autistes constatent des différences notables entre les enfants

soumis a une intervention professionnelle précoce et ceux qui ne l'ont pas été. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vite et d'autant plus efficacement à la situation.

Un nouveau né comprends spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câlin, le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne tend pas les bras, ne cherche pas le regard. A ses yeux, tout a la même valeur : sa mère, un joué ou le papier peint fleuri de sa chambre.

On remarque, au cours des trois premiers mois, de légers troubles alimentaires chez le bébé autiste : il ne tète pas bien, s'alimente difficilement. De plus, on observe des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est très agité, a des mouvements allant jusqu'à se frapper, ou d'autres durant lesquelles il regarde les yeux ouverts, ne bouge pas et ne dort pas.

Bien des enfants éprouvent des difficultés à s'alimenter et à dormir sans pour autant être autiste : c'est l'ensemble des symptômes qui permettra de dépister un autisme précoce. En effet la persistance, l'intensité, le regroupement et signes apparus parfois très tôt et leur évolution dans le temps vont permettre de faire un bilan menant à un diagnostic d'autisme.

Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste. Quand sa mère le prend dans ses bras, il a une attitude de « poupée de chiffon », il ne s'agrippe pas. Il est hypotonique et passif, il n'arrive pas à entrer en communication avec l'adulte. Etablie avec lui un contrat visuel ou auditif s'avère très laborieux, très difficile. Il peut rester dans son lit, pendant de longs moments, à regarder des objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement manipuler et avec les quels ils aiment jouer. (J.C.JUHEL, 2003, p41 ; 42).

10-Diagnostic différentielle :

Le diagnostic de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans une première approche, le clinicien va donc recueillir les informations, le plus souvent à partir d'un entretien avec la famille et à partir de l'observation de l'enfant. Mais la confirmation du diagnostic est obtenue par des échelles standardisées qui en pas permettent d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec précision à quelle catégorie diagnostic appartient l'enfant porteur d'un trouble du spectre autistique. (CHOSSY.G.F, 2003, p37).

Etablir un diagnostic de l'autisme est une tâche complexe qui exige temps et compétence de la part de nombreux professionnels ne doivent pas oublier qu'il est nécessaire d'avoir la même compréhension du handicap, sinon leurs efforts n'aboutiront pas.

Avoir vu en consultation une demi- douzaine ou une douzaine de cas ne permet pas faire plus facilement le diagnostic, car tous les cas peuvent être très différents les uns des autres. (RITVO.E, LAXER.G, 1983, p32).

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que **Kanner** l'avait décrite.

Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit à repère certains signes précoces, durant les deux premières années de vie, susceptible d'orienter le diagnostic. La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution.

On peut effet légitimement penser que plus relationnels autistique auront fonctionné longtemps, plus il sera difficile d'en inversé le cours ultérieurement. Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoce de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de vie évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif (qui peut apparaître normal dans l'autisme) mais n'apprécient pas les signes les plus fins, notamment ceux du registre de la communication.

La question du diagnostic précoce de l'autisme infantile renvoie à certains débats sur les origines de l'autisme : s'agit-il d'une affection innée qu'il importerait de détecter le plus tôt possible afin d'espérer mieux la soigner, ou s'ait-il d'un processus évolutif dit « autisant » dont il faudrait identifier les premiers signes afin d'en infléchir l'évolution vers l'autisme ?

Quoi qu'il en soit certains signes observables chez les nourrissons doivent attirer l'attention. Mais il convient de rester prudent ! tous ces signes n'auront de véritable signification que dans la relation interactive de l'enfant avec son entourage. Un signe isolé n'a aucune valeur s'il n'est associé à aucun autre, s'il est observé en dehors de tout contexte ou encore s'il s'inscrit dans un contexte immédiat particulier évident (événement personnel familial notamment, comme par exemple une séparation prolongée avec le milieu habituel, quelle qu'en soit la cause) qui fera davantage évoquer un problème réactionnel, qui, par définition, ne dure pas contrairement aux signes autistiques.

Il faut par ailleurs souligner que ces signes d'alerte peuvent tout à fait passer inaperçus, surtout s'ils sont discrets et qu'il s'agit d'un premier enfant, les parents n'ayant pas de points de repères par rapport à une fratrie. (MAZET.P, COLL, 2001, p15).

Ce processus de diagnostic doit comprendre idéalement ; un diagnostic clinique et médical effectuée par le pédopsychiatre au moyen des classifications et des échelles de spécification des troubles et complété par des explorations fonctionnelles a visée étiologique (biochimique, physiologiques, biologique, génétiques) un bilan développementale réalisé par le psychologue à partir de l'observation approfondie de

l'enfant dans divers contextes, des entretiens familiaux avec recueils des données anamnestiques(éventuellement accompagné de la visualisation de films familiaux réalisés au des premières années de vie de l'enfant),et des outils psychométriques adaptés(tests, questionnaire, épreuve),un examen du langage par un orthophoniste ou le phoniatre ;un bilan de la motricité fine, globale et des coordinations par le psychomotricien, si nécessaire en fonction du niveau de l'enfant de son projet individualisé spécifique, un bilan pédagogique et d'autonomie personnelle et collective par un instituteur et un éducateur spécialisé.

Aujourd'hui le diagnostic d'autisme est établi entre l'âge de 2 à 3 ans, le plus couramment autour de 3 ans, même si des signes très précoces peuvent déjà être décelés par des praticiens avertis au tour de 13-15 mois, voire plus tôt encore selon fréquence et intensité.

10-1.Avant l'âge de 3 ans :

-La surdité est discutée devant le retard de langage et l'absence apparente de réactions à certaines stimulations auditives (notamment à la voix).Néanmoins, les enfants sourds ont en généra une appétence pour la communication non verbale. En fait surdité et autisme ne peuvent être confondus ; en revanche ils peuvent être associés. Il en est de même avec la cécité qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes

-Les troubles langage : dysphasique et autiste ont en commun le retard de langage, les troubles de parole (expression)et pour certains d'entre eux des troubles de la compréhension des sons et du langage oral. De plus certains enfants dysphasique peuvent développer aussi des problèmes de la relation social. Il ya donc des cas limitent de diagnostic complexe.

Mais le plus souvent les enfants dysphasique différent clairement des enfants autistiques en ce qu'ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

-Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important ; mais chez les autistes les anomalies du contact et de la communication sont au premier plan ; avec les comportements bizarres et stéréotypés : d'autre part leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène que celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), avec des troubles qui ne concernent pas de façon équivalente les différents fonctions : mémorisation, catégorisation...

-Les dépressions et carence affectives ont pu parfois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, du retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait généralement suite à un changement repérable dans son environnement et analyse sémiologique montre que les capacités de communication sont préservées.

-Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient proc c ment.Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents son connus. Mais

parfois l'anamnèse est insuffisante, en principe le domaine de la « sociabilité » est plus susceptible d'être préservé, ou amélioré par les soins, s'il ne s'agit pas de l'origine d'un autisme. (CHOSSY.J.F, 2003, p100).

10-2. Après l'âge de 3 ans :

Outre les pathologies mentionnées ci-dessus, la question est aussi celle d'autres troubles du développement :

-Certaines dysphasies (forme sévères de retard de développement du langage), surtout s'il s'agit des variétés « sémantiques /pragmatiques » et/ou si elles sont associées à des troubles cognitifs et du comportement, représentent « l'interface » des troubles spécifiques du développement du langage avec les troubles globaux du développement.

-Le syndrome de Landau-Kleffner est une entité neuropédiatrique caractérisée par une perte du langage et l'apparition de signes comitiaux vers l'âge de 3 ans.

-Le retard mental et l'autisme, comme on l'a vu, ne sont pas toujours exclusifs l'un de l'autre. Schématiquement, l'autisme est le plus souvent associé à un retard mental de degré variable. D'autre part, le retard mental (plus fréquent) peut être associé à quelques signes communs avec l'autisme, surtout dans ses formes modérées ou sévère (stéréotypies, automutilations, agitation...). Sinon, on parle de retard simple, homogène, lorsqu'il n'y a pas d'altérations spécifiques supplémentaires de la communication, ou de trouble grâce au comportement. (Ibid, p101).

11-Les différentes classifications de l'autisme :(nosographie) :

Dans les différentes classifications internationales (classification internationale des maladies CIM10, Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles DSMIV, et classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent CETMEA, l'autisme et ses formes cliniques sont appelés trouble Envahissants du développement. La forme la plus typique est décrite sous le terme de « Autisme infantile » dans la CIM10 et la CFTMEA ou « troubles Autistique » dans le DSMIV. Le syndrome d'asperger est également présent dans les trois classifications. La définition des autres formes d'autisme au sens plus large est moins consensuelle mais on peut aisément mettre en évidence des correspondances entre les différentes catégories des trois classifications : Trouble Envahissants de Développement non spécifiés dans le DSMIV, autiste atypique et trouble hyperactifs avec retard et stéréotypies dans la CIM10. Le CETMEA individualise aussi la psychose précoce déficitaire et la dysharmonie psychotique une nouvelle entité dénommée « multiplex développement disorder » MDD récemment décrite par une équipe américaine peut correspondre à ces dysharmonie psychotiques.

Les deux classifications qui servent actuellement de référence sont celle de l'association américaine de psychiatrie (APA) et celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'autisme appartient aux troubles envahissants du développement.

Les dernières versions de ces systèmes de diagnostic, le DSMIV (APA, 1994 et 2000) et la CIM-10(OMS, 1993) ont donc beaucoup en commun même si quelques différences persistent.

Dans les premières versions de DSM parue en 1952, comme dans le DSM-II(1968), l'autisme était inclus dans la catégorie des réactions schizo-phréniques de types infantile. C'est en 1980 avec le DSM-III qu'apparaît la notion de trouble envahissant du développement. (J.F.CHOSSY, 2003, p11).

Synthèse :

En guise de conclusion de ce chapitre on peut considérer que l'autisme est un trouble complexe, pour le comprendre ça nécessite des explications scientifiques concrètes qui font l'humanité (sont limites), il reste toujours un trouble méconnue par rapport aux causes et à plusieurs classifications, ce qui renforce le mystère qui plane autour de ce trouble. Le trouble autistique et tellement complexe, il nécessite cependant une prise en charge et une intervention multidisciplinaire pour un accompagnement de qualité et une adaptation ou moins partiel pour ce type de trouble. Il reste à savoir et découvrir les enfants autistes dans le milieu scolaire, c'est ce que nous allons traiter dans le deuxième chapitre de cette première partie de notre recherche.

Axe II : les troubles des comportements**1-La définition du trouble des comportements**

Les troubles du comportement sont des anomalies dans la façon d'agir et de réagir. Ils comprennent l'agitation, l'agressivité, l'inhibition, les troubles obsessionnels compulsifs(TOC), les phobies, les désordres alimentaires (anorexie, boulimie.....), l'hyperactivité...les troubles du comportement peuvent également être le signe d'une maladie, par exemple une tumeur au cerveau ou une maladie d'Alzheimer. (Wikipedia.org)

2- Les différentes troubles du comportement chez un enfant autiste :**Préambule :**

Les personnes autistes se distinguent par l'importance de leurs troubles de la communication et de l'interaction sociale, par leur comportement stéréotypés et leur angoisse démesurée face à tout changement. L'enfant autiste a une perception des choses très différente de la notre, et comme il ne parvient pas à dire la cause de ses angoisses, cela engendre un processus très pénible pour les parents et pour lui-même.

2-1-Le refus de changement :

Il existe chez les enfants autistes un désir de routine, tout ce qui est nouveau les effraie, Ils doivent toujours redécouvrir, restructurer ce qui est nouveau car le langage ne les aide pas à comprendre, ils n'ont pas à leur disposition les compétences permettant d'appréhender ce qui change, sans anxiété. Il faut donc les amener progressivement à évoluer, mais en changeant une petite chose après l'autre.

2-2-Le repli autistique :

Certain enfants autistes vivent très repliés sur eux-mêmes, n'explorent pas le monde qui les entoure. Ils ignorent leur famille, ne regardent pas les choses, ne tournent pas la tête quand on leur parle, rien ne semble éveiller leur attention. Il faut donc beaucoup de patience et de compréhension pour les amener « dans notre monde ».

2-3-Le regard latéral évitant :

Beaucoup de jeunes enfants autistes semblent ne pas voir les gens, les objets ni percevoir les situations. Ils balayent rapidement du regard ce qui les entoure, ils utilisent le regard pour communiquer dans la limite de leur possibilité.

2-4-Les stéréotypies :

C'est un symptôme majeur de l'autisme. Ce sont des actes que l'enfant répète indéfiniment. Elles peuvent être verbales, gestuelle, posturales,....les stéréotypies vocales sont fréquentes, l'enfant émet toujours le même son, avec la même intensité. C'est pour l'enfant un moyen de résister au changement. L'enfant a souvent recours aux stéréotypies pour se défendre face à un apprentissage, à une nouvelle tâche, c'est pour lui une situation de confort. Elles permettent à l'enfant d'exprimer son émotion, son ennui, et fonctionnent à défaut du langage.

2-5-L'angoisse :

L'enfant autiste peut manifester une angoisse énorme dans des situations qui semblent normales, il dans le monde d'une façon différente de la notre. D'où l'intérêt de bien préparer l'enfant en « verbalisant » -écrivain / dessinant (représentant) ce qui va se passer.

2-6-Les colères, les hurlements :

Pourquoi l'enfant pleure-t-il ? La plupart du temps pour des faits qui paraissent minimes, c'est une fois de plus, la disproportion souvent constatée entre notre façon de réagir et celle des enfants autistes. Les choses n'ont pas pour eux les mêmes valeurs.

2-7-L'enfant autiste et les sensations :

Ce sont des problèmes fréquents surtout pendant les premières années de la vie. L'enfant peut refuser tout contact, tout vêtement, ou vouloir porter toujours les mêmes (difficulté d'adaptation à des sensations nouvelles, hypersensibilité).

L'enfant autiste ne semble souffrir ni du chaud ni du froid. Il peut être, à des moments différents, très attentif aux sons, ou au contraire totalement indifférent. Il peut être attiré par la lumière, passer de longs moments à filtrer la lumière à travers ses doigts.

2-8-L'enfant autiste et la douleur :

L'enfant autiste ne semble pas souffrir lorsqu'il se blesse, lorsqu'il se mutile. Ne sait-il pas manifester ? ne perçoit-il pas la douleur ? N'en a-t-il pas l'expérience ? ses perceptions, ses sensations sont différentes des notre, il faut lui apprendre à comprendre son corps et à percevoir les dangers d'une blessure.

L'enfant peut être agressif, soit vers lui-même, soit vers autrui. Cette agressivité très développée peut être un appel.

Les mutilations sont pénibles et traumatisantes pour l'enfant et sa famille, elles sont plus fréquentes chez l'enfant mutique. La mutilation a toujours une signification (enfant inoccupé, mécontent, inquiet, qui a besoin de qui souffre, qui veut attirer l'attention.....), elle est souvent le seul langage de l'enfant.

2-9- L'inconscience du danger :

Souvent l'enfant autiste ne perçoit pas les dangers qui l'entourent, car sa connaissance n'est pas fondée sur l'expérience. S'il s'est brûlé une fois, il peut recommencer sans appréhension. L'enfant autiste ne vit pas la douleur comme les autres enfants, il peut se faire mal et recommencer un acte dangereux peu de temps après.

2-10-Alimentation, sommeil, propreté :

L'enfant autiste peut, dès son plus jeune âge, refuser certains aliments, manger de façon irrégulière, marquer sa préférence pour une alimentation mixée.

Certains ont des difficultés à mastiquer, à avaler, il peut alors exister un problème de motricité, de coordination, d'incompréhension de l'acte d'avalé.

Les insomnies sont fréquentes, surtout dans la petite enfance. L'enfant ne semble pas avoir besoin de sommeil. Quelque fois il peut vouloir dormir par terre, dans un couloir, dans un fauteuil.

L'absence de propreté est également un problème très fréquent chez l'enfant autiste. Certains ont acquis la propreté diurne, d'autres aiment jouer avec leur excréments, sont amusés par la saleté et la propreté et la saleté n'ont qu'une valeur sociale et ne signifient donc rien

pour l'enfant autiste. De plus, il supporte mal la contrainte, l'apprentissage est long et pénible, pour la famille et l'enfant.

Il est donc important de noter que le manque de communication chez l'enfant autiste est facteur d'un certain nombre de dysfonctionnement, de troubles et surtout d'adaptation sociale.

<http://www.participate> .Autisme.

3-Les comportements difficiles que les enfants présentent-ils :

Les colères font partie du développement normal d'un enfant. Elle se manifeste principalement entre l'âge d'un an et demi et 4 ans. Cette période est donc logiquement appelée la phase d'opposition. A partir d'un an et demi, l'enfant commence à manifester son indépendance : il marche seul, dit non, se nomme veut tout faire seul. Il développe une volonté propre et peut réagir très violemment s'il doit interrompre une activité agréable, s'il doit donner quelque chose ou s'il ne reçoit pas ce qu'il désire. Lorsqu'un enfant se sent incompris ou lorsque quelque chose ne se passe pas comme il le voudrait, il peut se mettre en colère. C'est parfois une manière pour lui d'obtenir quelque chose.

Les enfants avec autisme peuvent manifester des colères à un âge plus avancé. Les crises durent souvent plus longtemps que chez les autres enfants. Ces colères viennent parfois d'autre enfant. Ces colères viennent parfois de leurs difficultés liées à l'autisme. Ce que l'on sait à l'heure actuelle, c'est que ces comportements (colères) ne sont pas une caractéristique de l'autisme mais plutôt une conséquence de celui-ci. En effet, les problèmes de comportement sont souvent le résultat d'un « choc » entre les caractéristiques autistiques de l'enfant et un environnement non adapté à l'autisme : les difficultés pour comprendre et s'exprimer, le fait de percevoir différemment son environnement et d'être submergé par les stimulations peuvent être des causes de problèmes de comportement. Egalement, si l'enfant a un niveau de jeu et de stimulation encore peu développer et qu'il remarque que ses comportements suscitent une réaction de la part de son entourage, des problèmes de comportement « action-réaction » peuvent apparaître. Enfin, un problème de comportement chez un enfant avec autisme peut se maintenir plus longtemps que chez un autre enfant, ceci parce que qu'un jour, le comportement problème a amené une solution (par exemple, griffer pour ne pas être dérangé dans son jeu).

Ce n'est pas toujours facile de comprendre ce qui est à l'origine d'une colère. Pourtant, il ya probablement une raison. On dit que les comportements-problèmes ont une fonction, ils

servent à quelque chose pour l'enfant. On dit parfois aussi que c'est le moyen le plus efficace qu'a trouvé l'enfant, tenant compte de ses difficultés, pour agir sur son environnement. Pour réagir correctement ou développer une stratégie efficace, vous devez essayer de cerner l'origine du problème.

Essayer autant que possible de voir les choses avec le point de vue de votre enfant, c'est la clé du succès. En effet, vous pourrez ainsi mieux comprendre ce qui peut provoquer ses comportements mais aussi mieux envisager les bénéfices qu'il obtient « grâce » à eux.

Comment voit-il son environnement et comment le vit-il ? Les colères sont ainsi souvent liées aux difficultés et aux limites qui vont de pair avec l'autisme :

- La non-compréhension de la situation sociale et de l'environnement.
- L'incapacité à exprimer clairement ses besoins, ses attentes et ses sentiments, avec la frustration comme conséquence.
- Son besoin de contact et de communication ne s'exprime pas de manière évidente. Il a compris, par expérience, qu'en présentant un comportement gênant cela conduisait toujours à ce contact.
- Une hypersensibilité à certaines stimulations (bruit, lumière, foule, vent, contact, odeur, détails spécifiques de la situation, etc.)
- Une incapacité à s'occuper seul (temps de loisirs), des objets, ne pas sentir les variations de température,...)
- Des exigences trop faibles ou trop élevées avec, pour conséquence, de la frustration ou de l'ennui.
- Ne pas savoir et ne pas pouvoir effectuer un rituel ou une action (compulsion)
- Des changements (même minimes) ou des événements imprévus en particulier lorsque l'enfant attendait quelque chose de spécial et qu'il a obtenu quelque chose d'autre.
- La non-compréhension des attentes.
- Une anxiété par rapport à des choses ou des situations qui nous semblent banales.
- Rester accroché à un comportement perturbant, qui avait quelque chose de sensé auparavant.

Les colères et les comportements agressifs doivent toujours être évalués au cas par cas.

3-1.Observez et comprendre les causes des comportements difficiles

3-1-1.Comprendre l'autisme de l'intérieur :

Vous a permis d'en apprendre davantage sur le pourquoi du comportement d'une personne avec autisme. Mais les raisons ne sont pas toujours directement perceptibles. Nous devons donc tenter de nous mettre dans la tête des personnes avec autisme et de voir le monde comme nous pensons qu'elles le voient.

Situation- comportement- conséquences :

Afin de déceler les raisons qui se cachent derrière un comportement indésirable, nous utilisons le schéma situation- comportement- conséquence : le principe est qu'un comportement est favorisé par un contexte spécifique, également appelé facteur déclencheur.

Exemple :

Situation	comportement	conséquences
Le bus emprunte un itinéraire de déviation Suit à des travaux sur la chaussée	Pierre hurle et crie Au chauffeur qu'il s'est trompé de route	Les autres enfants commencent aussi à hurler.
Dans la situation précédents, pierre a commencé à crier parce que le bus a pris une autre route que d'habitude.		
Pierre est dans le bus Pour aller à l'école Par le chemin habituel	pierre hurle et crie	les autres enfants comme cent aussi à crier.
Pourquoi pierre crie-t-il dans cette situation ? Il le fait parce qu'il veut que les autres enfants crient ; il aime, en effet, que les enfants crient.		

En général, un comportement s'intensifie ou s'estompe en fonction des conséquences (c'est-à-dire ce qui suit directement le comportement : votre réaction, le bruit que produit le comportement, les cris d'autres petites copains). Différents facteurs influencent ce comportement indésirable. Les descriptions suivantes valent tant pour les enfants avec autisme que pour les enfants sans autisme.

3-1-2. Un comportement indésirable a parfois des conséquences positives pour l'enfant :

Exemple :

Une maman et son enfant avancent à la caisse d'un supermarché.

L'enfant apprend qu'en intensifiant son comportement, il obtient ce qu'il souhaite.

Les refus de la mère subissent des conséquences négatives (gémissements, pleurs, colère), c'est lorsqu'elle donne finalement le bonbon à son enfant que son comportement est récompensé. Examinons de près le comportement de la mère

Le refus de la mère a été sanctionné par le comportement de l'enfant, sa résignation est, quant à elle récompensée (l'enfant se calme). Si ce type de chaîne action-réaction devient un schéma général, la situation dégènera très rapidement.

3-1-3. De nombreux comportements indésirables conduisent d'eux-mêmes à une récompense :

Exemple :

Papa et maman veulent que Catherine (3ans) mange seule. Catherine est encore un peu gauche et lente. Lorsque tout le monde a fini de manger, Catherine n'a encore presque rien avalé. Maman s'assied donc près d'elle et lui donne à manger.

Qu'apprend Catherine ? si je traîne, maman vient près de moi et m'aide. Cette attention est très gratifiante pour Catherine. Conséquence : elle continuera probablement à traîner à table.

3-1-4. Un comportement indésirable est souvent récompensé par des plaintes :

L'attention d'un adulte est gratifiante pour un enfant. Les sermons et les plaintes sont également des formes d'attention. la pire chose qui puisse arriver à un enfant.

Exemple :

Catherine se réveille et commence à pleurer. Maman va la voir et reste près d'elle jusqu'à ce qu'elle se rendorme. Le soir suivant, Catherine se met à pleurer lorsque maman descend.

3-1-5. Un comportement indésirable est récompensé si la sanction n'est pas maintenue :

Lorsque vous sévissez, vous devez maintenir cette attitude jusqu'à ce que le comportement indésirable disparaisse. Dans le cas contraire, l'enfant percevra la fin de la punition comme une récompense de son entêtement.

3-1-6. Un comportement indésirable persiste plus longtemps s'il est récompensé de temps à autre :

Il est terriblement difficile de toujours bien réagir à un comportement indésirable. Malheureusement, une fois que l'enfant a appris un comportement, il est plus difficile de l'en défaire s'il est récompensé de temps en temps, mais pas toujours. Il est donc préférable de consacrer le temps nécessaire à l'apprentissage d'un comportement souhaitable plutôt que de devoir désapprendre un comportement indésirable.

4-Comment faire face au comportement difficile ?

L'idée selon laquelle aucune approche ne fonctionne sur les enfants avec autisme n'est pas correcte. Certaines approches sont plus susceptibles de donner des résultats, en fonction de votre enfant. Ces approches ou stratégies n'ont pas nécessairement (plutôt rarement) un effet miraculeux ; elles nécessitent d'être utilisées avec constance et cohérence. Votre enfant connaît bien son environnement, il faudra parfois un petit temps avant qu'il ne comprenne qu'il n'obtiendra plus ce qu'il obtenait auparavant.

Mais n'oubliez pas : créer un environnement et un climat favorable à l'autisme reste un principe de base.

On pourrait dire que les stratégies sont de 3 ordres.

- Prévenir : aménager les choses pour que les comportements-problèmes apparaissent moins.
- Apprendre : enseigner à l'enfant des compétences qui remplaceront les comportements-problèmes.
- Réagir : adopter une attitude qui n'encourage pas la survenue des comportements-problèmes futures. (**Ibid.**).

Synthèse :

L'autisme est un trouble du comportement les plus répandus. Les symptômes apparaissent en général avant l'âge de trois ans. La vie d'un autiste peut être très stressante et par conséquent, certains comportements peuvent être difficiles à gérer par les parents et les éducateurs. Malgré tout, avec de l'amour et du respect, un parent peut aider son enfant autiste à développer ses capacités sociales et à trouver le bonheur.

Chapitre II

La prise en charge

Préambule :

On connaissait les difficultés d'une prise en charge équitable et efficace du handicap ; il semblait que les obstacles soient surmultipliés pour ce qui concerne l'autisme, les prises en charge des enfants atteints de syndrome autistique, apparaissent aujourd'hui insuffisants tant en plan quantitatif que qualitatif. (**Circulaire du 27.04.1995**).

1-histoire de la prise en charge :

Des études scientifiques ont permis de démontrer l'efficacité d'une prise en charge précoce. A l'aide d'approches éducatives comportementales (**ABA**), cognitives (**TEACCH**) ou basées sur le développement de la personne atteinte d'autisme. La littérature scientifique insiste sur la nécessité d'une intervention éducative précoce, massive et structurée. Dans cette approche, les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'enfant bénéficie d'une prise en charge éducative, comportementale, cognitive ou basée sur son développement dès l'âge de deux ans : trente années de recherche ont montré l'efficacité des méthodes comportementales appliquées pour réduire les problèmes de comportements et augmenter la communication, les apprentissages et les comportements sociaux adaptés.

2-Définition de la prise en charge :

Une prise en charge précoce est essentielle car les caractéristiques de l'autisme (**communication perturbée, interaction sociales, comportements répétitifs...**) handicapent l'enfant. Plus la prise en charge tarde, plus les comportements inadaptés ne vont s'installer dans sa vie.

La prise en charge doit être adaptée à chaque enfant, à son comportement, ses particularités et sa personnalité.

Si elle ne permet pas, à l'heure actuel, de guérir l'autisme, elle permet à l'enfant une meilleure évolution vers plus d'autonomie et de communication.

<http://www.pratique.fr/prise-en-charge-enfant-autiste.html>

3-Les différents types de prise en charge d'un enfant autiste :**3-1La prise en charge éducative :****3-1-1L'enfant autiste et l'éducation :**

Les enfants n'ont pas naturellement le désir d'apprendre. Il faut souvent obliger un enfant même sans problèmes à faire quelque chose, avant qu'il ne découvre la valeur et la nécessité de ce qu'il a appris. C'est valable aussi pour les enfants autistes. Dire ou entendre dire qu'on va attendre que l'enfant autiste exprime son désir de faire quelque chose pour entreprendre cette chose avec lui est un non-sens irréaliste. C'est souvent la réponse entendue par les parents lorsqu'ils demandent si on peut aider leur enfant à parler ou à communiquer.

L'enfant autiste bien souvent n'appréhende pas, ne comprend pas la nécessité de certains apprentissages, il vit souvent dans un monde stéréotypé, rempli sur lui-même et dans la situation la plus confortable possible pour lui.

Comme pour tous les enfants sans problèmes, il est essentiel de rappeler un certain nombre de faits communs : tout les enfants ont droit à une éducation, qu'ils soient normaux ou handicapés.

Un enfant normal qui ne recevait pas d'éducation deviendra un enfant sauvage et asocial, avec une mauvaise perception de son corps, un langage peu ou pas structuré, une mauvaise coordination motrice et une intelligence qui se serait mal développée. **(RITVO.E.R ; LAXER.G, 1983, P90)**

L'éducation proposée aux enfants autistes est spécifique car le développement des enfants autistes présente des particularités dont il faut tenir compte pour planifier les apprentissages et les organiser de manière cohérente en fonction des objectifs poursuivis.

Les enfants porteurs d'autisme font difficilement des apprentissages spontanés. Pour les plus atteints d'entre eux, les acquisitions se limiteront à ce que les adultes leur apprennent spécifiquement. Si l'on veut envisager pour eux des possibilités d'adaptation dans le futur ; il est donc essentiel de commencer très tôt des apprentissages qui seront longues et difficiles à établir. Même pour les enfants qui présentent des troubles moins marqués, les apprentissages n'ont pas le caractère spontané qu'on leur trouve chez les enfants ordinaires, surtout dans le domaine de la communication et de l'adaptation sociale. **(CHOSY.J.F, 2003, P114).**

Dans cet ordre, l'éducation spéciale pour les enfants autistes est conçue dans l'optique très large d'une démarche qui contribue à pallier les déficits, mais aussi à prévenir les complications découlant du handicap, à soutenir le développement et à promouvoir la qualité de la vie. L'éducation a donc toute sa place dans l'approche pluridisciplinaire actuellement préconisée en matière de trouble de développement. L'intervention éducative, menée en tenant compte des particularités de la personne avec autisme et préventive à plusieurs niveaux. **(Ibid. P131).**

La prise en charge éducative regroupe un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliqué aux enfants autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par ces approches n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme mais plutôt bien de plus de leur donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés.

Dans cette prise en charge, la part consacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant davantage le développement socio-affectif, sensoriel, ou psychomoteur est variable selon l'approche sous-jacente et la philosophie de travail. De plus, il existe bien souvent des ajustements nécessaires lors des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de l'environnement de l'enfant, du pays, de la culture, des habitudes. **(CAROL.T, BRUNO.G, P113).**

3-1-2.Les programmes psycho-éducatifs :

Le point de départ d'une relation est l'instauration d'une forme de communication entre l'éducateur et l'enfant. Le travail de base utilise des techniques adaptées, les abords corporels, le travail des perceptions, il faut stimuler l'autiste au maximum et saisir la moindre sollicitation de sa part comme une perche tendue pour le sortir de son repli. **(D.sauvage, (1988), p46).**

L'intervention éducative auprès de l'enfant autiste s'effectue par l'utilisation des techniques d'éducation spécialisées et privilégiées les sphères du développement de l'enfant.

Nous présenterons ici les quatre(04) programme TEACCH, le programme ABA, PECS, et enfin le programme MAKATON.

❖ La méthode TEACCH :

Traitement par l'éducation des enfants présentant de l'autisme ou un handicap de la communication crée par **Schopler** en 1960 aux Etats unis. Parmi c'est principe on cite :

Elle consiste d'abord à adapter l'environnement pour tenir compte des déficits cognitifs constatés il s'agit notamment.

De structurer le cadre spatial et temporel à l'intérieur du quel on va chercher à développer des compétences en émergence en organisme.

-L'espace : a diviser la classe en espaces de travail distincts et identifiables, les aires d'apprentissage individualisées (une activité que l'enfant peut faire seul) les aires d'apprentissages duels (ou il exerce avec l'adulte aux tâches qu'il ne peut réaliser seul) des aires de transition entre ces deux types d'activités et des aires collectives pour les activités de groupe (déjeuner, goûter, jeux).

Cette organisation vise à faciliter pour l'enfant la compréhension de l'environnement et la construction mentale.

-Le temps : des plannings sont réalisés à l'aide de supports visuels. (Les photos, images, objets) elles sont classées en fonction des compétences d'identification de chaque élève.

Les tâches : on les aménage de façon à ce que l'enfant repère visuellement ce que l'on attend de lui.

-de se référer aux intérêts particuliers des enfants.

-d'évaluer régulièrement l'évaluation de leur compétences.

(C.Meirieu,C.Raynal,(2009),p71).

-Adaptation aux différents contextes :

-Fragmenter les contenus pédagogiques à transmettre de telle sorte que l'on n'aborde qu'une difficulté à la fois.

-Dispenser en général l'élève des contenus ou activités qui ne sentent pas totalement à sa portée.

- D'assurer la prévisibilité du cadre pédagogique on peut à cette fin utiliser les différentes étapes dans la réalisation d'une tâche qui sont toujours les mêmes augmenter, autant que possible la prévisibilité des événements pour diminuer l'anxiété de ces élèves et prévenir l'apparition de trouble du comportement il faut veiller à ce qu'ils soient suffisamment précise pour permettre une bonne anticipation du déroulement des activités et les avertir lorsqu'un changement doit se produire dans le planning et l'exempter en cas de besoin quand sa participation à une activité ou un événement n'as peut être anticipée.
- De préserver un coin de travail personnel pour ces élèves toujours au même endroit, en rangeant le matériel scolaire systématiquement à la même place.
- De rendre claires, explicites et non ambiguës les consignes de travail.
- D'apprendre à l'élève que lorsque l'enseignant s'adresse à la classe, il s'adresse aussi à lui.
- De veiller à utiliser des phrases courtes et un débit assez lent.
- De questionner l'élève pour s'assurer qu'il a bien compris le travail demandé.
- De structurer et d'organiser les tâches à effectuer.
- De renvoyer systématiquement des feedback immédiats à propos de la performance réalisée, pour encourager pour maintenir l'intérêt et la motivation.

❖ **La méthode ABA** : entre thérapie comportemental et apprentissage :

Applied Behavioral analyses ou analyse appliquée du comportement élaboré par **Ivar Lovaas** en 1978 elle se repose sur trois principes de base :

- Le comportement est largement produit par l'environnement immédiat(en modifiant l'environnement, on modifie le comportement).
- Le comportement est structuré par les conséquences qu'il produit, c'est ce qui suit le comportement qui détermine s'il sera répété.
- Le comportement est structuré et maintenu de façon plus efficace par les conséquences positives que par les conséquences négatives. Lorsque la personne est renforcée ou récompensée à la suite de son comportement ce dernier aura plus de chance de ce reproduire.

(Ibid, 2009, p72)

L'ABA propose de développer d'abord les capacités d'attention et d'imitation des enfants, le deuxième temps est celui de l'acquisition du langage réceptif et expressif, le troisième temps correspond au développement des compétences pré requises pour les apprentissages scolaires. L'enfant avec autisme ayant du mal à discriminer correctement les éléments de son environnement bénéficie donc peu des interactions positives avec l'entourage. Ce qui l'isole cognitivement et socialement.

L'ABA postule que cet isolement peut être surmonté par un entraînement fractionné destiné à lui apprendre à faire attention, parler, jouer et interagir avec les autres, la compétence est fractionnée en sous unités qui sont intégrées progressivement suivant la stratégie de l'ABA.

-A.(antécédent) :une consigne est donnée à l'enfant pour qu'il accomplisse une action, répéter un son ,s'agit de le faire parler, faire une demande à quelqu'un, s'il s'agit de travailler ses compétences sociales.

-C. (conséquence) : on le récompense quand il réussit ce qui est demandé. Ses réponses ou comportements non adéquats sont ignorés (corrigés de façon neutre) au fur et à mesure que la réponse pertinente est plus sur. On lui donne de moins d'indices jusqu'à ce qu'il puisse répondre tout seul. Mais on prend soin d'observer une pause effective avant de faire un nouvel essai, les exercices doivent être nettement séparés les uns des autres.

L'ABA suppose, dans une utilisation pertinente, le respect de deux précautions :

-Eviter de soumettre l'enfant à des exercices trop répétitifs et reste suffisamment modéré pour que cet « entraînement intensif » ne devienne pas insupportable.

-Ne pas utiliser cette approche de manière exclusive. Complète notamment l'entrée verbale privilégiée dans la méthode par une utilisation régulière de supports visuels permettant à l'enfant d'exprimer ses besoins. (**Ibid, (2009), p74**).

❖ **Les méthodes centrées sur le langage et la communication PECS :**

Le système de communication par échange PECS ou l'apprentissage de la communication ; est élaboré par **Bandy** et **Frost** en 1994, pour améliorer la communication des enfants autistes il s'agit de faire intégrer à l'enfant une attitude communicationnelle facilement identifiable, en l'habituant à prendre des initiatives d'échange d'image.

L'expérience a montré que cet échange d'images, il est ensuite relayé par un travail sur les échanges verbaux, peut faciliter l'apparition du langage. La méthode comporte un certain nombre d'étapes chacune faisant l'objet d'un apprentissage spécifique (on ne peut passer à l'étape suivante que si l'on a satisfait aux exigences de la précédente). Il s'agit donc d'une véritable progression éducative. Mais dans l'aquelle, à la différent de l'ABA et TEACCH l'astructurels peut être aussi bien un parent convenablement formé, un éducateur ou un enseignant.

-Etape 1. apprendre à l'enfant à mettre l'image dans les mains de son interlocuteur pour obtenir l'objet qu'il désire.

-Etape 2. l'enfant s'habituer à chercher lui-même l'image pour effectuer une demande.

-Etape 3. amener l'enfant à discriminer effectivement un nombre suffisant d'images, et à les utiliser avec plusieurs personnes, inaugurant un processus de généralisation communicationnelle.

-Etape 4. apprendre à composer des phrases en confiant les images.

-Etape 5. l'enfant apprend à répondre à la question « qui est ce que tu veux ? »

-Etape 6. l'enfant apprend à distinguer demander et commenter/ou remarquer en utilisant des images correspondantes à certaines formes verbales descriptives comme « je vois, ou j'ai ».

(Ibid, (2009), p78).

❖ **La méthode Makton, système de communication (augmentatif) :**

Le programme Makton a été mis au point par Margaret Walker en 1972 pour répondre aux besoins d'adultes sourds et d'enfants entendant des troubles d'apprentissage du langage. Il n'est pas spécifique aux personnes avec autisme, c'est un système augmentatif qui utilise la combinaison de la parole, des signes, et des pictogrammes.

Le Makton propose un lexique ouvert comporte un vocabulaire de base (450 concepts) référencé à la vie quotidienne, enseigné avec des signes, des symboles et des gestes accompagnés par le langage oral.

Dans la stratégie d'apprentissage, il faut d'abord capter l'attention de l'enfant, puis signer ou symboliser, enfin amener l'enfant à imiter le geste ou utiliser le symbole, aux besoins, surtout

au début, on peut accompagner le geste de l'enfant ou utiliser des objets plutôt que des pictogramme, au bout d'un certain temps, les apprentissages étant (renforcés) dans la vie quotidiennes en situation scolaire, on passe comme pour les autres méthodes, à une phase de généralisation, les signes gestuels sont plus facilement identifiables et mémorisables par l'enfant autiste et servent de support pour l'introduction du langage oral. Dans leur utilisation ludique, ils constituent une bonne situation pour développer les compétences sociables.

L'enfant qui s'exprimait exclusivement grâce à ces supports (des gestes et des pictogrammes) aurait du mal à se faire comprendre de quelqu'un n'ayant pas été initié, c'est la raison pour laquelle il veut mieux éviter d'utiliser le Makton comme système alternatif au langage verbal, et le privilégier comme système d'étayage. (C.Meirieu, C.Raynal, 2009, p80).

3-2. La prise en charge psychologique de l'enfant autiste :

Le diagnostic précoce est probablement l'acte médical le plus important et le plus indisponible pour une prise en charge efficace des enfants autistes.

Lier l'autisme à la communication peut paraître paradoxal puisque l'opinion communément admise est que l'enfant autiste vit indifférent à notre monde en retrait.

En effet, on constate que l'enfant autiste présente des incapacités (au sens de l'O.M.S) plus au moins important dans les fonctions de communications, de socialisation et d'imagination : il en résulte un désavantage social.

Les examens électro-physiologiques ont montré que les enfants autistes filtrent mal les messages qu'ils les associent de façon irrégulière et que leur réponses aux stimulations sont instable et variable associé à l'observation classique, il a été possible d'élaborer des méthodes susceptibles de développement d'améliorer les déficiences observées chez l'enfant autiste.

Ces recherches ont donné des naissances à de différentes techniques thérapeutiques originales s'inscrivant dans une perspective du développement neuropsychologique de l'enfant. (G.Lelard, 1991, p99).

3-3. La prise en charge pédagogique :

Nous évoquerons essentiellement l'apprentissage du langage et de la communication qui sont nécessaire au enfant dans la fonction communicative est la plus gravement touchée et aussi parce que diverses techniques ont été essayé au près d'eux dans ce domaine.

Le but du travail sur la communication est de pouvoir donner à l'enfant des moyens d'échange avec son entourage, dans la prise en charge orthophonique des enfants atteints d'autisme, l'objectif n'est pas une application de technique à viser purement correctrice.

De ce fait, l'accès de ce type de prise en charge est difficile pour les enfants atteints d'autisme. C'est pour quoi l'orthophonie appliquée à l'autisme s'est centré sur l'apprentissage de moyens de communication. **(T, Carlo, G, Bruno, 2003.p110-111).**

Dans la suite du développement l'organisation d'un environnement confortables pour apprendre et pour interagir socialement, participe amplement à la diminution du stress et à l'activation des compétences. Le développement de la communication et de l'autonomie permet un meilleur accès aux ressources de la communauté social, contribue au développement d'une image de soi plus valorisée et limite les risques de troubles psychopathologiques secondaires au handicap.

Généralement, la réduction des temps d'oisiveté à l'épanouissement parce que générateurs d'angoisse, limite les troubles du comportement. Dans les situations d'apprentissage ; l'aménagement de l'environnement pour un meilleur décodage de l'information, la prise en compte des particularités sensorielles et cognitives participe au confort de l'enfant et suscite plus facilement sa participation. L'apprentissage de comportement fonctionnels, transposables dans le milieu de vie, confère du sens à ce que l'on demande à l'enfant et l'aide à s'engager de manière volontaire de contrôle sur sa propre vie et l'image que l'enfant développe de lui-même est plus positive. Enfin, l'accès à la communication rend moins probable la survenue d'épisode de troubles du comportement liés à la frustration de ne pas comprendre ou de ne pas pouvoir se faire comprendre. **(CHOSSY.J.F, 2003, P113).**

3-4.La prise en charge psychanalytique :

Les approches psychanalytiques de l'autisme ont évoluées au fur et à mesure de l'évolution des travaux et théorie concernant cette affection. Les enfants autistes ne sont plus considérés comme des malades mentaux incurables. Donc ne existant aucune prise en charge spécialisée pour les intégrer dans la société, mais plutôt internes dans des hôpitaux comme ce fut le cas pendant longtemps.

La prise en charge psychologique ne constitue pas à elle seule un traitement, elle est utilisée au sein de programmes multidimensionnels. Aujourd'hui le soin d'inspiration psychanalytique de l'autisme se fait principalement dans trois directions :

- ✓ En institutions spécialisées type hôpital de jour, avec de nombreuses techniques verbales et non verbales, thérapie individuelle ou groupales, ateliers thérapeutiques variés, pataugeoire, psychomotricité et orthophonie, pour aider l'enfant à s'ouvrir au monde extérieur. Toutes ces techniques doivent être souples et doivent respecter l'évolution de l'enfant.
- ✓ Avec la famille grâce à divers entretiens avec les membres de l'équipe pour mieux accompagner leur enfant et pour retrouver un fonctionnement aussi satisfaisant que possible.
- ✓ Avec le personnel soignant grâce à la réunion d'équipe pour mieux comprendre les difficultés engendrées par la prise en charge d'un enfant autiste, et la dimension institutionnelle du soin.

(BERNARDETTE.R, 2003, p118).

3-5. La prise en charge médicamenteuse :

Il existe beaucoup de controverse sur l'utilisation des médicaments dans l'autisme. L'impression générale est qu'ils jouent un rôle sur certains symptômes mais que leurs actions, sur l'affection proprement dite, sont minimales ou inexistantes.

En revanche certains médicaments servent à un trouble associé, comme l'épilepsie ou le syndrome d'hyperactivité. Les antipsychotiques peuvent atténuer l'agressivité ou les comportements répétitifs, mais ils ont beaucoup d'effets secondaires. D'autres peuvent réduire l'anxiété.

Aider la personne autiste revient donc à répondre à ses besoins selon trois axes principaux ; médical et social. Comme les handicaps physiques ont besoin d'aménagement de l'environnement et d'outils pour compenser leur déficit, les personnes souffrant d'autisme ont besoin d'adaptation qui leur rend le cadre de vie lisible et donc attractif. Comme le souligne Théo Peeters qui pense que les personnes atteintes d'autisme ont moins la faculté

D'aller au-delà de l'information que les autres personnes, elles ne peuvent dépasser le sens littéral et voir plus loin que la perception. **(Op-cite, p119).**

Synthèse :

L'autisme est une pathologie globale du développement de l'enfant avec des déficits dans différents domaines cognitifs. Il est donc important de favoriser une prise en charge globale (TEACCH, ABA, PECS,...), qui aura pour objectif le développement de différents domaines d'acquisition (compétence sociales, langage, communication non verbale, reconnaissance d'autrui, acquisition de l'autonomie).

Quoi qu'il en soit, ces approches nécessitent une collaboration étroite entre les professionnels et les parents, car ces derniers sont les premiers et principaux éducateurs de leur enfant autiste et ce sont eux qui l'accompagneront jusqu'à l'âge adulte et au-delà. Les intervenants suivront les jeunes pendant un temps plus ou moins long, mais ne les encadreront certainement pas aussi longtemps que leurs parents.

Il est important que l'enfant atteint de troubles autistiques soit suivi adéquatement pour ne pas le laisser croupir dans son autisme.

Chapitre III

La méthodologie de la Recherche

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation, le choix de notre thème intitulé « les troubles du comportement d'un enfant autiste et la prise en charge ».

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle on s'est basés pour effectuer notre recherche, ainsi que le terrain et le groupe d'étude, et les outils qu'on a utilisés.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations concernant le thème de recherche et de l'envelopper, et être auprès des personnes concernées, cette phase est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à formuler des hypothèses qui sont valides, fiable argumentées par la suite.

Notre pré-enquête en relation avec notre thème de recherche s'est déroulée comme suite.

Au début on s'est renseigné sur les différentes associations pour nous orienter, dont on a effectué une petite recherche pour voir la fiabilité de notre thème intitulé « les troubles du comportement d'un enfant autiste et la prise en charge ».

Cependant, on a choisi d'effectuer notre recherche au sein de l'association de la Wilaya de Bejaïa association de prise en charge d'enfant autiste(APCEA).

On s'est présentées au président de l'association comme étant des stagiaires en psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira de Bejaïa en vue de réaliser une recherche de formation et préparer le mémoire de fin de cycle.

Notre stage c'est dérouler durant une période de quatre mois s'étalant du 19/01/2018 au 24/05/2018.

Par cette dernière on a pu cerner notre groupe d'étude et élaborer notre problématique de recherche ainsi que notre hypothèse, pour bien investir les données de notre recherche on a utilisé un semi-directif renforcé d'un guide d'entretien et aussi l'observation par une grille d'observation et l'étude du cas.

2-Présentation du lieu du stage:

Notre recherche a été effectuée au sein de l'association de prise en charge d'enfant autiste (APCEA).

L'association (APCEA) est une association qui à été créée en 1^{er} Mai 2010 sous l'agrément numéro 158/10 par les parents d'enfants atteint d'autisme.

L'unité a ouvert ses portes le 06 Aout 2010, pour les enfants qui sont pris en charge e, demi-pension. On trouve 14 enfants autistes âgé de 3 à 9 ans, 8 enfants interne (temps plein de 8h30 à 16h) et 6 externe (1h30 par séance deux fois par semaine), parmi ces enfants en trouve 05 scolarisé dans le primaire d'Ihaddaden dans une classe spéciale et un enfant scolariser dans une classe normale.

Cette association est constituée d'une équipe qui prend en charge ces enfants et ils sont : 04 éducatrices, 02 orthophoniste, et 06 psychologues cliniciens, et en fin une enseignant 01, et la prise en charge de ces enfants ce fait en parallèle au sein de l'association.

-Les objectifs de cette association :

-Assurer une réelle et permanente prise en charge des enfants autistes.

-Les aider à acquérir l'indépendance dans leur vie quotidienne et leur permettre de s'intégré dans l'association.

-Crée une structure adéquate pour un suivi professionnel de ces enfants.

-Aider les parents à surmonter les difficultés quotidiennes induites pour l'handicape de leurs enfant.

-Impliquer la société dans le travail de socialisation de cette frange.

3-la population d'étude :

A la lumière de la définition du problème, la formulation de notre problématique, l'objet de notre recherche, et les critères particuliers, on doit très précisément choisir et délimiter le groupe visé, choisir avec soin la tranche qui va répondre à notre thème de la recherche. Selon **M.Grawitz.1988**. « Le groupe d'étude est un ensemble fini ou infini des éléments définis à l'avance sur les quels portent nos observations et notre étude ».

Nous avons retenu comme critère de sélection de notre groupe d'étude, tous les cas dispensables répondant à l'objet d'etude.ils sont des enfants atteints d'autisme âgé entre 8et12 ans.

-les critères d'homogénéité retenus :

-tous les cas sont des enfants autistes âgés de 8 à 12 ans, pris en charge dans l'association.

Les critères non pertinents :

Dans notre recherche on n'a pas pris en considération les types d'atteintes et dans ce qui suit on va présenter un tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe d'étude.

Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe d'études :

prénom	âge	Type d'autisme	sexe	Date d'insertion
Billal	8 ans	Typique	Masculin	2014
Aris	8 ans	Typique	Masculin	2014
Didine	9 ans	Typique	Masculin	2015
Adel	9 ans	Typique	Masculin	20113
Yacine	12 ans	Typique	Masculin	2014
Safa	11 ans	Typique	Féminin	2013

Remarque : notre groupe se compose de 06 cas avec les quels on a travaillé dans l'anonymat.

4. La méthode utilisée :

Chaque recherche scientifique est fondée sur une méthode déterminée par la nature du thème ainsi que par les objectifs visés par la recherche.

Dans notre cas, et vu la nature de notre thème la méthode descriptive semble la plus appropriée et la plus convenable pour atteindre les objectifs déterminer préalablement.

« Les méthodes descriptives interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière, dans notre recherche on doit d'écrire les troubles du comportement et la prise en charge d'un enfant autiste. L'objectif de cette approche d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de d'écrire la relation qui existe entre ces composants »

(K.charaoui, H.benony, 2003, p126).

5. les outils d'investigation :

Pour pouvoir démontrer les troubles du comportement d'un enfant autiste e la prise en charge, on a utilisé des techniques de recherche qui sont : l'observation accompagné par une grille d'observation et l'entretien semi-directif accompagné par un guide d'entretien.

5-1.l'observation :

Nous avons utilisé la technique de l'observation afin de collecter des informations concernant le groupe d'étude.

L'observation est « une technique directe d'investigation scientifique, utilisés habituellement auprès d'un groupe qui permet d'observer et de constater de façon non directe de fait particulières, et de faire un prélèvement qualitatif en vue de prendre des attitudes et des comportements. (A. Maurice, 1997, P60).

Notre observation est renforcée par une grille d'observation qui contient les axes suivants : l'imitation, langage réceptif, sociabilité et comportement.

5-2.1'entretien :

Compte rendu de notre objet d'étude, l'entretien de recherche est de toute évidence un outil, privilégie, dans le cadre d'une relation et l'expression pour personne interviewée.

(K.Chahraoui, H.Benony, 2003. P32).

“ C'est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé. (F.DEPELTEAU, 2000, P314).

Et vue la qualité des informations recherchées on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ces derniers se présentent comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisées auprès d'individus, pris isolément, mais aussi dans certains cas auprès, de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. »

(A. Maurice, 1997, P144).

Notre entretien est accompagné par un guide d'entretien où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, il est définit comme « un ensemble organiser de fonction d'opérateurs et indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewe. »

(A.Blanchet, A.gotman, 2007.P61).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter ou le chercheur prépare quelque question à l'avances, toute fois celle-ci ne sont pas posées direct, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien

Notre guide d'entretien est composé de trois axes qui contient des questions correspondent a notre thème de recherche

Axe I : Des renseignements généraux sur les parents.

Axe II : Des renseignements généraux sur l'enfant.

Axe III : Des questions posées pour les parents

Axe V : Les questions posées pour le psychologue :

6-Les procédures de recueil des données :

Dans la présente partie, nous exposons les conditions du déroulement ainsi que les étapes qui nous ont permis d'aboutir à la collection des données tout en tenant compte de l'objectif poursuivi.

6-1. Les conditions du déroulement de notre pratique :

Au début de notre stage pratique, et après avoir l'accord favorable de président de l'association. On a pu rencontrer les enfants autistes insérés dans cette association, on a essayé de gagner leur confiance et cela par la participation avec les psychologues et les enfants dans le déroulement des activités et d'avoir un contact favorable avec eux.

Après avoir présenté à la psychologue l'objectif de notre recherche on a obtenu l'accord d'assister aux activités pendant toute notre période de stage pour effectuer nos observations, on a occupé un bureau afin d'assurer le bon déroulement des entretiens.

On a effectué des entretiens en langue maternelle (Kabyle) et en (français) pour faciliter la compréhension des questions.

Le déroulement des entretiens ont été réalisés dans des bonnes conditions.

6-2. Les étapes du déroulement de notre pratique :

On s'est présentée à l'association des enfants autistes de Bejaia en tant que psychologues cliniciennes ayant comme thème de recherche « les troubles du comportement d'un enfant autiste et la prise en charge » dont on a expliqué à l'ensemble de l'équipe de cette association l'intérêt de notre thème et on a obtenu le consentement et l'accord d'effectuer des observations et de réaliser des entretiens avec eux dans le cadre d'une recherche scientifique.

Au cœur des observations faites pendant notre stage pratique on a pu s'approcher des enfants autistes et de participer avec eux dans l'ensemble des activités pédagogiques.

Chaque jour le psychologue demande aux enfants autistes de nommer les jours de la semaine puis les notions mathématiques par exemple (تحت_فوق) (يسر-يمين), les chiffres, l'addition ainsi que la lecture par des images présentées aux enfants et là l'écriture et de temps en temps elle propose des activités de transition comme le coloriage, le dessin et quelques activités manuelles de déchiquetage, dont on a participé nous-mêmes, puisque chaque consigne au exercice données par la psychothérapeute sont réalisés par notre intervention pour aider et diriger les enfants, après les observations faites dont on a participé pendant quatre mois de stage pratique à l'ensemble des activités de ces enfants autistes en a effectué des entretiens de type semi-directif qui sont déroulés dans des bonnes conditions, dont on a occupé un bureau et on a posé l'ensemble des questions de guide d'entretien avec les parents des enfants, et au psychologue.

Synthèse :

Afin d'entamer notre recherche, nous avons recouru à la méthode description, qui permet une observation approfondie et par la collecte des données, nous avons utilisés des outils de recherche, l'entretien renforcé d'un guide d'entretien qui nous accorder pour avoir des informations sur notre thème intitulé(les troubles du comportement d'un enfant autiste et la prise en charge).

Chapitre IV
Présentation, analyse
Et discussion des
Résultats

Préambule :

Dans cette partie on va montrer une présentation de notre groupe d'étude ainsi qu'une analyse et une interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre pratique en vue de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse émise au début de notre recherche.

I-Présentation et analyse des cas :**1-Présentation du cas :****❖ Cas Bilal :**

Bilal est un jeune enfant de 9 ans, il est le deuxième d'une fratrie de deux enfants, le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen son père est directeur au collège retraité et sa mère est une femme au foyer. Bilal présente un type d'autisme atypique qui se caractérise par les signes suivants :
Hyperactivité, manque de communication et écholalie. A l'âge de 6 ans il a été inséré dans l'association d'APCEA ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

2-Présentation des grilles d'observation du cas Bilal :**2-1.La première grille d'observation :**

La période d'observation : 18/01/2018 jusqu'au 25 /01/2018.

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphique -l'écriture -coloriage 	*		*
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 		* *	*
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille des photos -donner et recevoir -donner un baiser son demande 		* *	*
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 		* * *	

Tableau N°1 :

2-2.La deuxième grille d'observation :

La période d'observation : 28/01/2018 jusqu'au 01/02/2018

Tableau N°2 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage 	*		*
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la Semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 		*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des Photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande 		*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 		*	* *

2-3.La troisième grille d'observation :

La période d'observation : 04/02/2018 jusqu'au 08/02/2018

Tableau N°3 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage 	* * *		
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la Semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 	* *		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande 	* *		*
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 	* 		* *

3-L'analyse des grilles d'observation :

Les tableaux au dessus résumant les observations que nous avons faites sur l'état de Bilal durant les quatre mois de la durée de notre stage dans l'association de la wilaya de Bejaia.

L'imitation est un élément fondamental pour le développement d'un enfant autiste, par laquelle ce dernier apprend à parler, écrire, lire, et acquérir d'autres comportements.

Bilal est un enfant qui ne présente pas de difficultés à apprendre à imiter par exemple : Bilal arrive à réaliser les activités de coloriage proposées par Le Psychologue (voir annexes N°3 et N°4) et même à suivre le graphisme indiqué sur le tableau (voir annexe N°1). Mais, Bilal n'arrive pas à écrire les lettres c'est ce que qu'on a remarqué durant notre première observation mais grâce à la répétition et le renforcement par le psychologue, et notre intervention Bilal a pu écrire quelques lettres de l'alphabet, c'est ce que indique notre deuxième observation. A force de la répétition des activités d'écriture sur l'ardoise en demandant d'écrire la lettre « ث » (voir annexe N°2) ordonné par l'enseignante et notre aide, Bilal a pu améliorer ses capacités d'écriture ce qui lui permet d'imiter l'écriture des mots, ce que nous avons confirmé durant notre dernière observation que Bilal écrit la lettre « ث » correctement.

Bilal ne présente pas des difficultés dans le langage verbal, mais il a un manque d'assimilation dans les domaines suivants : nommer les jours de la semaine, ainsi que la notion d'espace et du temps, puisque Bilal est un enfant qui a des problèmes dans le langage réceptif mais par contre il peut nommer les noms de quelques objets c'est ce qu'on a remarqué durant notre première observation ex : « vache, chaise, tableau, canard » (voir annexe N°3).

Vu notre insistance quotidienne et celle du psychologue sur la nécessité de répéter à nommer les jours de la semaine, ainsi que la position des objets pour l'acquisition des notions d'espace (voir annexe N°5), et lui montrer des objets pour les nommer en s'appuyant toujours sur des encouragements et des renforcements pour chaque réussite faite par l'enfant, ainsi la méthode des trois temps Bilal a pu améliorer ses capacités dans la compréhension du langage réceptif, c'est ce qu'on a indiqué dans notre dernière observation.

La sociabilité est une zone de grand handicap pour la personne autiste, ces aptitudes d'interaction sociale et de jeux en société doivent faire l'objet d'apprentissage.

Bilal est un enfant non sociable, on a constaté dans notre première observation qu'il ne peut pas nommer ni faire la différence entre les membres de sa famille, il refuse de nous donner un crayon, mais des fois il obéit à la demande d'un baiser.

Grâce à nos efforts et ceux du psychologue on s'appuie toujours sur la répétition, l'explication et ainsi le renforcement, Bilal s'améliorer petit à petit c'est ce que nous avons remarqué durant notre deuxième observation.

Dans notre dernière observation, Bilal répond aux consignes données, ainsi donner et recevoir un objet avec quelqu'un d'autre, comme demander à ses camarades un taille crayon, et même leur faire un baiser avec notre insistance, mais Bilal trouve des difficultés de distinguer les membres de sa famille.

Le comportement des enfants autistes joue un rôle très important dans son adaptation sociale, et le développement de ces capacités, de ce fait, Bilal est un enfant qui présente des troubles du comportement tel que l'écholalie, manque de stabilité et de l'attention, c'est ce qu'on a observé durant les premier temps de notre stage. Ensuite on a remarqué une petite amélioration au niveau de la stabilité et l'attention durant notre deuxième observation.

La ténacité du psychologue et notre intervention pour améliorer ses comportements en utilisant la répétition et l'explication que ces comportements ne sont pas signifiants, et même des fois on fait recourt à la punition, il est devenu stable, il ne quitte pas sa place pendant l'activité, et il est devenu attentif c'est ce qu'on a constaté pendant la réalisation des activités des mathématique (voir annexe N°6) et, son écholalie commence à diminuer.

4-L'analyse des entretiens :

4-1.L'analyse de l'entretien avec les parents :

Notre entretien avec le père de Bilal ,s'est effectué en absence de sa femme, puisque c'est toujours lui qui l'accompagne à l'association, c'est à l'âge de 18 mois qu'ils ont remarqué que leur fils est différent par-rapport aux autres, le père a dit : « **J'ai remarqué que Bilal n'est pas comme sa sœur aînée par-rapport a leur développement a partir de 18 mois** »,il continu de dire que « mais c'est a partir de 22 mois qu'ils ne sont inquiétés de son comportement ».

Les parents ont remarqué plusieurs signes qui perturbent leur vie, le père a dit : « **Les premiers signes qu'on a observé chez notre fils étaient : la marche sur les pointes des pieds, un regard fuyant, une hyperactivité, il aime se cacher dans les coins sombres** », il a ajouté après un moment et a dit : « **il fait aussi le sourd, mais il peut se servir seul à boire et à manger sans rien demander** ».

Pour éclaircir ces signes, les parents ont été dirigés vers la famille et des médecins proches, d'après le père : « **Ma femme et moi avons pris notre enfant et nous nous sommes dirigés au premier lieu vers le médecin de la famille et au même temps les cousins de ma femme ont diagnostiqué Bilal comme un enfant autiste** », le père suit ses paroles et dit : « **Mais pour confirmer ou plutôt croire ce diagnostic, on s'est dirigé à Constantine pour voir un pédopsychiatre, elles ont ausculté notre enfant, et le diagnostic était le même qu'avant** ».

La réaction face à ce diagnostic a été un choc pour ces parents, d'après ce qu'a confirmé le père : « **On a été choqué au début, mais avec le temps, sa maman et moi avons accepté le fait que notre fils soit autiste** », pour le traitement médicamenteux le père dit : « **notre enfant a pris de l'anafranyle pour hyperactivité à l'âge 30 à 32 mois que nous avons arrêté avant la fin du traitement, pour son inefficacité sur Bilal** », il a ajouté que leur fils a été soigné à l'étranger, Genève, Suisse et plusieurs analyses des urines lui ont été faites pendant près d'une année. Mais actuellement il ne prend aucun médicament, parlant sur les résultats des soins à l'étranger, le père déclare que : « **Aucun signe d'amélioration n'a été remarqué chez notre fils** ».

En revenant sur la prise en charge de Bilal, les parents ont été obligés de trouver une solution pour leurs fils, ils cherchent alors une association qui puisse s'occuper de lui, le père a dit : « **Nous avons créé nous même alors une association qui prend en charge nos enfants, c'est L'APCEA de Bejaia « Association de prise en charge des enfants autiste** ».

L'accompagnement de Bilal dans l'association ce fait comme le père a dit : « **par des psychologues, éducatrices ou la psychologue clinicienne** ».

Pour parler de son adaptation à l'association, Bilal est des fois perturbé d'après ce que son père a dit : « **Ca lui arrive de ne pas suivre, il est perturbé, il ne se concentre pas sur son travail, son écholalie de tout ce qu'il entend à la télévision le rend distrait des fois à l'association** », le père suit ces paroles en disant que son fils a maintenant acquis des choses, il

déclare : « **Bilal est parfois calme, qu'il est appliqué dans son travail après avoir dépassé son écholalie, il arrive à recopier des mots en écrivant sur une feuille, il arrive aussi à lire et à distinguer certains chiffres et lettres en arabe** ».

Finissant cet entretien par le programme que suit ses parents chez eux avec **leur** fils, le père a dit : « **Nous ne suivons aucun programme, ils ne nous ont recommandé aucun programme** », il a ajouté : « **les remarques faites par le psychologue sur le cahier d'observation de Bilal nous éclaire sur la façon de procéder** ».

4-2.L'analyse de l'entretien avec le psychologue :

On commencé notre entretien avec le psychologue de Bilal par la réaction de l'enfant face aux changements (de milieu de la maison vers l'association) et son comportement envers ses camarades dans l'association et aussi' pendant le travail de groupe, le psychologue nous a dit : « **Bilal sent le changement, il est soumis a une étape transitoire dont il ne peut pas assimiler le changement de lieu et d'espace et la rencontre des autres, et que pendant le travail de groupe il est excité ,il regarde ses paires d'une manière différente** ».

En ce qui concerne sa manière de jouer avec ses paires le psychologue nous a répondu : « **Oui il joue avec ses paires, mais à ma demande et d'une manière non significative ni objective visé dans son jeu** ».

En discutant de la réalisation des activités demandés, le psychologue a déclaré que Bilal est un qui a besoin d'aide pour réaliser les activités d'écriture et d'autres taches demandées, en disant : « **Bilal est un enfant autiste qui a souvent besoin de l'aide physique, surtout pour accomplir les taches qu'on lui demande, par exemple :je lui tiens sa main pour l'initier à écrire le début du mot, ou lui écrire un mot et lui demander de le répéter par l'écriture** ».

Quant aux notions et choses déjà prises le psychologue a confirmé que cela dépend de l'état et du temps pris pour l'assimilation des notions, et que lorsqu'il est angoissé ou perturbé il refuse de répondre à la demande, en disant que : « **oui, tout dépend de la notion prise et enregistrée et le temps pris pour l'assimilation et la base que Bilal, ainsi que l'état de l'enfant, s'il est angoissé, perturbé, il peut même s'opposer, malgré qu'il a des données mais refuse de nous les appeler** ».

En parlant sur les difficultés qu'elle rencontre avec l'enfant dans , il a annoncé qu'il y a un manque de matériel pédagogique, et que son écholalie et son comportement répétitif sont un obstacle pour ses apprentissages, en disant que, « **l'enfant trouve des diverses difficultés tel que le manque de matériel pédagogique, les difficultés d'assimilation des concepts et des notions nouvelles** », elle a ajouté : « **la présence de l'écholalie répétitive notamment lors des situations angoissante empêche l'assimilation et l'apprentissage de l'enfant** ».

revenant sur les progrès qu'il a observé chez Bilal, le psychologue a répondu qu'il y a un changement remarquable dans le côté sociable de l'enfant, mais par contre une insuffisance dans son langage expressif et ses comportement, en disant que : « **oui, mais le progrès est insuffisant** », en expliquant que : « **il y a un manque dans le langage expressif, par exemple pour exprimer ses besoins il se dirige vers l'objet signifiant(il prend le gel nettoyant et attend que le psychologue l'accompagne aux toilettes** », elle a ajouté : « **il ya une petite amélioration dans ses comportements, mais il présente des fois des situations d'opposition par des pleurs et le refus de travailler mais par contre on a trouvé un progrès remarquable dans sa sociabilité, par exemple durant la récréation il s'est adapté et habitué avec ses paires, il laisse les autre s'approcher de lui** ».

Pour conclure l'entretien, on s'est renseigné sur la méthode la plus efficace et la plus utilisée avec les enfants pour améliorer leurs capacités et faciliter leur apprentissage, le psychologue a précisé la méthode TEACCH qui vise l'éducation de ses enfants en s'appuyant sur d'autres méthodes et technique d'apprentissage, il a dit : « **on utilise la méthode TEACCH, car elle nous permet d'obtenir des résultats Satisfaisants, en s'appuyant sur la répétition, l'explication, le renforcement et la leçon en trois temps** »

5-Synthèse :

Bilal est un enfant autiste caractérisé par des problèmes d'hyperréactivités et d'écholalie et aussi un manque de communication, d'après l'analyse des observations faites en ce qui concerne ;l'imitation, langage réceptif, sociabilité et enfin le comportement ,on a remarqué au début que notre cas avait des problèmes et des difficultés dans le langage réceptif, et des troubles du comportement, mais vers la fin de notre observation on a constaté une certaine amélioration surtout en ce qui concerne l'imitation et la sociabilité, d'après l'entretien effectué avec les parents et le psychologue on a déduit que l'ensemble des méthodes et techniques tel que :la répétition, explication, imitation, et le renforcement sont les plus fiables dans la prise en charge et favorise le processus d'apprentissage chez l'enfant Bilal .

❖ Cas Aris :**1-Présentation du cas :**

Aris est un jeune enfant âgé de 8ans, deuxième de la famille d'une fratrie de deux enfants, le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, son père est un enseignant universitaire, et sa mère est une enseignante.

Aris présente un type d'autisme atypique qui se caractérise par un trouble du langage et d'absence de sociabilité. Aris est inséré dans l'association d'APCEA à l'âge de 04 ans ou il à été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

2-Présentation des grilles d'observation du cas Aris :

2-1.La première grille d'observation :

La période d'observation : 11/02/2018 jusqu'au 15/02/2018.

Tableau N°4 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage 		*	*
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 		*	*
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande 		*	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 		*	*

2-2.La deuxième grille d'observation :

La période d'observation : 18/02/2018 jusqu'au 22/02/2018.

Tableau N°5 :

Domaines fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage 	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande 		*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 			* * *

2-3.La troisième grille d'observation :

La période d'observation 25/022018 jusqu'au 01/03/2018.

Tableau N°6 :

Domaines fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	* *		 *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	*		 * *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* *		 *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots	*		 * *

3-L'analyse des grilles d'observation :

Les tableaux au dessus résument les observations que nous avons faites sur l'état d'Aris durant les quatre mois de la durée de notre stage dans l'association.

Aris avait certaines difficultés à imiter, à cause de son problème de motricité fine, mais avec notre orientation et l'aide du psychologue Aris arrive à les pointillés, sachant que l'enfant n'arrive pas à réaliser les activités de l'écriture et du coloriage vu son manque d'acquisition des limites et des couleurs, c'est ce qu'on a indiqué dans la première grille d'observation.

Grâce aux efforts et le travail du psychologue, et de notre aide à travers les activités proposées, par exemple : montrer un animal, le nommer, ensuite demander à l'enfant d'imiter l'écriture en commençant par le graphisme, puis l'écriture ensuite prendre une couleur qui correspond à la couleur de l'animal (voir l'annexe N°03), en s'appuyant sur l'activité en trois temps, et des encouragement, des félicitations pour le motiver, en utilisant la répétition et l'explication.

On a remarqué durant notre deuxième observation qu'il y a une amélioration au niveau de l'écriture et sa connaissance des limites. Par la répétition des activités qui visent à développer ses capacités d'imitation, Aris a pu acquérir le graphisme et l'écriture (voir les annexe N°1, 2,4), par contre il n'arrive pas à réaliser ses activités de coloriage avec notre aide et celui du psychologue puisqu'il n'a pas encore acquis la notion de couleur, c'est ce qu'on a indiqué dans notre dernière observation.

Aris est un enfant qui ne présente pas beaucoup de difficultés dans le langage verbal à part sa voix qui est baissée (il faut s'approcher de lui pour l'entendre), il peut citer les jours de la semaine en ordre, par contre il ne fait la différence de l'espace et du temps et aussi reconnaît pas les noms et les objets, ce qui signifie qu'il a un manque dans la compréhension du langage réceptif, c'est ce qu'on a observé durant notre première période d'observation.

Après notre suivi intensif, et les activités présentées par le psychologue, en utilisant les mêmes méthodes et technique d'apprentissage Aris améliore ses capacités, il peut nommer en ordre les jours de la semaine, chaque jours dès sa rentrée à l'association il se dirige pour la carte sur la quelle il est indiqué le nom de la journée sur notre demande, il peut ainsi nommer quelques objets et il fait la différence entre la maison et l'association. Ainsi qu'il arrive à distinguer quelques notions d'espace (voir l'annexe N°5) c'est ce qu'on a constaté lors des deux dernières observations.

En ce qui concerne le côté sociable, au paravent Aris était un enfant non sociable, il ne peut pas reconnaître les membres de sa famille sur les photos il ne répond pas aux consignes, il ne partage pas ses affaires avec ses camarades, ni avoir un contacte avec les autres c'est que nous avons remarqué durant notre première période d'observation.

Par notre insistance et celui du psychologue pour développer ses capacités de reconnaître les membres de sa famille sur photos, ainsi de donner un objet et recevoir un autre de la part de ses camarades, on a remarqué qu'il y a une amélioration, avec le temps et les efforts fait par le psychologue dont le but de développer la sociabilité de Aris, en se basant sur le renforcement et des encouragements ainsi la répétition des consignes, il peut maintenant nommer les nombres de sa famille à travers les photos, et donner un objet à son camarade, ou autre le psychologue et recevoir un objet, mais il accepte des fois de donner un baiser sur la demande une personne de l'entourage, c'est ce que nous avons indiqué dans notre dernière observation.

Aris, présente des comportements d'inattention, et d'écholalie légers, mais il n'est pas trop agité, c'est notre première observation sur Aris.

Pour attirer l'attention de Aris sur la leçon, nous utilisons les techniques d'interventions tel que : lever la voix, le regard visuel elles visent aussi a diminuer son écholalie, mais à chaque fois qu'il essaye de quitter la table nous le punissons en l'obligeant à se mettre au coin de l'atelier face au mûr, c'est ce qui a amené Aris de devenir stable, et commence à être attentif au psychologue, et son écholalie diminue. C'est l'observation qu'on a fait durant les deux dernières périodes de notre stage.

4-l'analyse des entretiens :

4-1. l'entretien avec les parents :

« Nous avons remarqué la différence de notre enfant par rapport aux autres à l'âge de 28 mois », ils ont répéter des signes anormaux chez leurs fils, et les parents nous ont dis : **« parmi les signes les plus remarquables sont le retard du langage, le manque de sociabilité avec d'autres enfants »,** pour confirmer son trouble et son diagnostic les parents nous ont dis : **« le premier diagnostique est fait chez un psychologue clinicien, ensuite confirmer par un professeur en pédopsychiatrie ».**

La réaction des parents face a ce diagnostique n'été pas choquante les parents nous ont dis : **« pas très choquante, c'est une déception, car avant de faire le diagnostique on s'est**

informer a partir d'internet, le diagnostique des professionnels sont en quelque sortes une confirmation d'une investigation (recherche sur internet) ».

Pour le traitement médicale de l'enfant les parents ont dis : « notre enfant ne prend pas le traitement médical car aucun médicament ne lui est prescrit ».La prise en charge de l'enfant au début du diagnostique ils déclarent que : « **des séances on été programmé est réalisé ensuite au niveau du centre Drid Hocine (pédopsychiatrie) Alger ; par la suite dans une association qu'à été crée au niveau de Bejaia (APCEA) ».**

Parlant de l'accompagnant et la prise en charge de l'enfant dans l'association, les parents ont dis : « **l'accompagnement de notre enfant se fait par des psychologues, éducatrices dans l'association ».**

Pour ce qui concerne l'adaptation de Aris a l'association et la capacité requises, ils ont dis : « **actuellement il est inséré dans l'association** », après un bon moment ils ont ajouté : « **on pense que chaque enfant autiste peut s'adapter à l'association si on lui donne sa chance** ».On lui reposé la question sur les capacités requise de leur enfant ils ont dis : « **Les capacités requise s'améliore chez notre enfant avec le temps** »,ils a joutent : « **d'après notre expérience la mise de l'enfant autiste avec d'autres enfants peut considérablement enrichir ses prés-requises pour une meilleurs intégration** ».

Enfin pour le programme qu'ils suivent a la maison avec leur enfant, il répond comme suite : « **on n'a pas un programme structurés, mais un suivi globale de résument a son régime alimentaire (sans gluten, sans caséine) et des échanges affectifs sur la base de jeux pour améliorer son langage et sa sociabilité** ».

4-2.L'analyse avec la psychologue :

Au début de l'entretien on a commencé à parler de l'enfant Aris est ses comportement en groupe ou moment du travail en groupe le psychologue a rependu que : « **avec les enfants autistes au avec son groupe il se comporte normal, par contre pendant le travail en groupe même s'il observe et imite les autres enfants mais il s'accepte pas d'avoir un contacte avec eux** ».

Parlant de ses réactions et sa façon de jouer avec ses pairs elle a répondu : « **oui il joue avec ses pairs même des fois il les provoque pour jouer mais on cas de refus il abandonne** ».

On discutant des activités et les difficultés qui rencontre l'enfant pour réaliser le psychologue a dit : « **Aris a besoin d'aide pour réaliser ses activités demandées car toujours il n'arrive pas a faire la différence entre les couleurs, et que au début il a des problèmes de motricité fine il n'arrive pas à suivre et à respecter les limites ce qui demande l'intervention du psychologue pour le diriger en tenant sa mains et l'aider a suivre l'écriture par exemple, mais jusqu'à maintenant le psychologue intervient toujours surtout dans les activités difficiles car il présente toujours le manque d'acquisition des couleurs** ».

En ce qui concerne son acquisition et sa mémorisation aux notions déjà pris le psychologue a dit : « **il ya un progrès satisfaisant du coté de l'enfant il maitrise les jours de la semaine, il arrive à lire et à écrire mots exemple : quelque chiffres et lettres et même a lire des mots exemple : livre, stylo...** ».

Revenant sur les difficultés qu'il rencontre avec l'enfant il a déclaré : « **Aris est un enfant qui n'accepte pas le changement par exemple quand je m'absente il a du mal à accepter les autres surtout une étrangère, aussi l'état de l'enfant joue un rôle dans ses acquisition car s'il n'est pas bien il ne suit pas, et il ne répond pas au consignes demandé, il a ajouté qu'il y a un manque du matériel pédagogique** ».

Pour les progrès qu'il a remarqué et observé chez l'enfant dans : Les domaines qui touche sa pathologie il a signalé que : « **il y a un changement dans les trois domaines qui sont :**

-langage : au début il articule mal les mots quelque lettre et même n'arrive pas à les prononcer et que sa voix était trop basse ».

Mais avec le travail et les efforts du psychologue et nos interventions, avec les méthodes et les techniques d'apprentissage l'enfant s'est amélioré avec le temps.

-le comportement : avant il a été très turbulent mais avec le temps on utilisant toujours les mêmes techniques l'enfant est devenu plus stable.

-la sociabilité : au début il pousse ses camarades et il n'aime pas jouer avec les autres ni avoir un contact avec eux, mais avec le temps il joue avec ses paires ainsi il laisse les autres enfants pendant le travail en groupe s'approche de lui et même a touché leurs main a ma demande ».

On ce qui concerne la méthode la plus efficace qu'il utilise avec ses enfants pour améliorer leur capacités le psychologue a précisé : « **la méthode TEACCH qui vise l'éducation de ses enfants en utilisant toujours les mêmes techniques d'apprentissage qui sont l'explication, la répétition, l'imitation.** »

5-Synthèse du cas Aris :

Aris est un enfant autiste caractérisé par des troubles de langage, absence de sociabilité, l'analyse des premières observations que nous avons fait, on a remarqué qu'il présente des problèmes dans ;l'imitation, et sa sociabilité, d'après les entretiens effectuer avec ses parents et la psychologue on a constaté que l'utilisation de l'ensemble des techniques et méthodes d'apprentissage tel que : l'explication, répétition ,imitation et renforcement ont pu favoriser le processus d'apprentissage chez Aris, mais la présence du psychologue est toujours nécessaire.

❖ Cas Didine :**1-Présentation du cas Didine :**

Didine est un jeune enfant âgé de 8 ans, il est le troisième d'une fratrie de deux fille, le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, son père est un inspecteur, et sa mère est une secrétaire, Didine présente un type d'autisme atypique que se caractérise par l'absence de langage et des comportements stéréotypés. Il a été inséré dans l'association d'APCEA à l'âge de 4ans ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

2-présentation des grilles d'observations du cas Didine :

2-1.La première grille d'observation :

La période d'observation : 04/03/2018 jusqu'au 08/03/2018.

Tableau N°7 :

Domaines fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l' écriture -coloriage		* * *	
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets		* * *	
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande		* * *	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots		* *	* *

2-2.La deuxième grille d'observation :

La période d'observation : 11/03/2018 jusqu'au 15/03/2018.

Tableau N°8 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage 		* *	*
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 		* * *	
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande 		*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 	* *		*

2-3.La troisième grille d'observation :

La période d'observation : 18/03/2018 jusqu'au 22/03/2018.

Tableau N°9

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets		*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* *		*
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots	* *		*

3-L'analyse des grilles d'observations :

Les tableaux en dessus résumant les observations que nous avons fait sur l'état de Didine durant les quatre mois de la durée de notre stage dans l'association.

Didine avait des difficultés à imiter, il n'arrive pas à réaliser les activités demandées, sauf le graphisme avec l'aide permanent du psychologue en lui tenant toujours sa main pour le diriger, c'est ce qu'on a constaté durant les deux premières périodes de notre observation.

Grace au suivi du psychologue et notre intervention, Didine peut faire ses activités du graphisme (voir annexe N°1 et 2), mais il dépend toujours du psychologue pour imiter l'écriture des lettres par exemple la lettre « ث » et chiffres, ainsi les activités de coloriage c'est le résultat de notre dernière observation.

Le retard du langage verbal chez Didine affecte d'autres domaines qui sont reliés au langage (langage réceptif). Il n'arrive pas à prononcer ni à articuler les lettres ce qui résulte son incapacité de prononcer les noms des objets, les jours de la semaine. C'est ce qu'on a remarqué et observé pendant les deux premières périodes.

Le suivi et la résistance du psychologue et notre intervention, avec nos encouragements et renforcement et la répétition, ainsi nos exigences Didine peut articuler quelques lettres, « . ث . ب » (voir annexe N°2,3), il comprend les consignes données par le psychologue par exemple : il prend le cartable et se dirige vers la porte pour aller à la maison dès que le psychologue lui dit : « **Didine on va aller à la maison** », et même il peut montrer un objet demandé. Mais les difficultés du langage l'empêchent de nommer les jours de la semaine.

Le retard du langage de Didine a des effets négatifs sur sa sociabilité, ce qui l'empêche de nommer les membres de sa famille, et même avoir un contact avec les autres comme de faire un baiser sur demande, ou faire d'échange matériel avec les autres. C'est ce qu'on a observé chez lui pendant la première période d'observation.

Mais durant notre deuxième observation on remarque un changement par rapport à ses contacts avec les autres, et grâce aux travaux du psychologue et notre aide, en s'appuyant toujours sur les mêmes méthodes dans le but d'améliorer ses capacités de sociabilité en se basant sur son problème du langage, nous l'incitant à nous regarder toujours en face pour imiter les mimiques de la bouche, c'est ce qui a poussé Didine à faire des efforts pour nommer les membres de sa famille sur des photos, mais difficilement il arrive à articuler les

premiers lettres de leur noms. Par contre il peut nous donner un objet demandé et recevoir un autre en retour, et même à nous donner un baiser sur demande. C'est ce qu'on a observé dans la troisième période.

Didine est un enfant stable, il ne présente pas de problèmes d'écholalie (répéter les mots), mais son comportement stéréotypé l'empêche d'être attentif ceux sont les observations faites durant la première période de notre stage.

Le psychologue insiste à diminuer la stéréotypé de Didine par répétition des activités, et le renforcement par des câlin pour l'encourager à être attentif.

4-L'analyse des entretiens :

4-1.L'analyse de l'entretien avec les parents :

Durant l'entretien avec les parents de Didine et en parlant de son trouble la mère nous à dit : **« c'est à partir de 18 mois qu'on a remarqué la différence de notre fils par rapport a ses sœurs »**, mais au début on se disait qu'il est encore petit, c'est juste un retard mais a partir de 22 mois, on a commencé a s'inquiété **car il : « répond pas a son nom, ni a ce qu'on lui dit »**,ca nous a poussé à penser **« qu'il est sourd »**,et de poser la question **« est ce qu'il entend ? »**On est allez consulter un pédiatre on lui a dit qu'il : **« ne parle pas et il ne répond pas a son nom »**, le pédiatre a répondu qu'il est encore petit, a 24mois on a consulté un autre médecin généraliste il nous a dit : **« qu'il s'agit soit de la sourdine, soit de l'autisme »**, à partir de 2,5ans -3,5ans on a traité le problème auditive chez un orthophoniste à Alger et pendant une année rien n'a changé : **« à 3,5 ans on a consulté un pédopsychiatre en France ou il nous a confirmé et diagnostiqué son trouble »**

Quand à la réaction de la mère face a ce diagnostique elle a été choquante la mère nous a dit : **« c'était un cauchemar, la fin du monde »**, par rapport à leur connaissance, un mystère elle ne voyait pas l'avenir de son fils, elle a ajouté que : **« je ne savais pas quoi faire et qu'il y a des moments ou moi-même j'étais dans l'autisme, j'ai pris la solitude. Je ne sors pas de la maison, je ne fait que pleurer surtout quand j'entends les autres me dise la pauvre »**.

Pour ce qui concerne le traitement médical, la mère nous a répondu : « oui, il prend un traitement, c'est pour un régime, pas de produits laitiers, sucreries », c'est pour quoi il est devenu plus calme.

En parlant de la prise en charge la mère a dit : « **au début il a été suivi par un orthophoniste pour son problème de langage, mais après il a été inséré dans l'association d'ihaddaden qui a été créée par les parents d'enfant autistes(APCEA) de Bejaia en 2010** ».

Pour l'accompagnement de l'enfant Didine jusqu'à l'association la mère a dit : « **c'est moi qui accompagne mon fils à l'association il y a des psychologues** ».

Pour ce qui concerne l'adaptation de l'enfant à l'association et les capacités requises, elle nous a dit : « **au début il avait du mal à accepter le changement du lieu mais pour la suite il s'est habitué** ». Elle a ajouté par la suite que la maison elle remarque : « **quand il voit un livre ou un cahier il le prend, il arrive à lire un chiffre ou une lettre même s'il a toujours des difficultés à prononcer ou à articuler les mots, il dessine des fleurs, et quand il prend son repas il lui arrive de dire BISMI, et moi je termine la phrase par ALLAH ou l'inverse** ».

Pour finir on a abordé le programme quelle suit avec son fils à la maison dont elle nous a informé : « **il n'y a pas un programme spéciale à suivre à la maison, tous ce que j'essaye de faire c'est de l'intégrer dans la vie quotidienne** », elle a ajouté : « **faire la cuisine et une de ses patience** ».

4-2.L'analyse de l'entretien avec le psychologue :

Au début de l'entretien on a commencé à parler de Didine et son adaptation à l'association, le psychologue a dit : « **au début c'était difficile à lui d'accepter le changement** », une des difficultés qu'on a rencontré avec les autistes c'est qu'ils ont du mal à accepter le changement et puis elle a ajouté : « **après un certain temps il s'est adapté avec le nouveau milieu (l'atelier , table, chaise...)et le psychologue**», et il prend son goûté mais avec ma demande et mon accompagnement ».

Pour ce qui concerne le jeu avec ses pairs, Didine est un enfant qui préfère rester seul, il n'essaye pas de s'approcher de ses camarades ni avec les autres enfants pendant le travail en groupe, c'est ce que son psychologue nous a répondu « **oui, il a besoin de l'aide pour réaliser les activités et les demande** ».

A propos des notions qu'il a déjà pris l'enfant arrive à ce rappeler de quelques une, mais il y a toujours son problème du langage qui l'empêche de bien prononcer les mots c'est ce que le psychologue a dit : « **oui, Didine arrive à se rappeler de quelques notions** ».

Discutant des difficultés rencontrées avec l'enfant, le psychologue nous a dit : « **le langage verbal, il comprend les consignes mais il n'arrive pas à parler ni à articuler bien les lettres** », aussi il a ajouté : « **le manque du matériel pédagogique** ».

En parlant des progrès et le changement qu'il a remarqué chez l'enfant le psychologue a répondu : « **oui, il ya des progrès dans les domaines, tel que le changement au début, il n'arrive même pas à prononcer une lettre mais avec l'aide de l'orthophoniste dans l'association et nous interventions et celles du psychologue Didine a pu maintenant prononcer des lettres ,son comportement est devenu plus stable et attentif et enfin son coté sociable, même s'il préfère rester seul mais il limite les enfants pendant le travail en groupe par un jeu par exemple :il prend une boîte du jus vide et il saute sur elle et il l'écrase avec ses pied, il montre une satisfaction lorsqu'il entend le son de la boîte quand elle s'écrase** ».

Pour finir on a parlé sur la méthode la plus efficace et la plus utilisé pour améliorer les prés-requises des enfants elle a précisé : « **la méthode TEACCH, c'est la meilleure méthode qui vise à l'éducation des enfants, mais on fait toujours appelle a des techniques tel que l'explication, répétition et aussi la méthode en trois temps pour faciliter leur apprentissages** ».

5-Synthèse du cas Didine :

Didine est un enfant autiste caractérisé par l'absence du langage ,sociabilités et enfin le comportement, on a remarqué au début que notre cas avait des problèmes et des difficultés dans tous les axes, mais vers la fin de notre observation on a constaté certaines améliorations en ce qui concerne ;son imitation du graphisme, il arrive à partager ses outille pédagogiques avec ses camarades stéréotypés commencent à diminuer et il est devenu plus stable, d'après l'entretien effectué avec les parents et le psychologue on déduit que l'ensemble des méthodes et techniques tel que :l'imitation, la répétition, explication, et le renforcement sont les plus fiables qui favorise ces apprentissages.

Didine a besoin d'une prise en charge instance d'une orthophoniste et le psychologue pour ses difficultés de langage.

❖ Cas Adel :**1-Présentation du cas :**

Adel est un jeune enfant âgé de 8ans, il est l'ainé d'une fratrie de deux garçons, le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, le père est un fonctionnaire dans une usine et sa mère est une femme au foyer. Il présente un type d'autisme atypique qui se caractérise par un retard de langage et des problèmes de comportement.

Il a été intégré dans l'association à l'âge de 6 ans, ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

2-Présentation des grilles d'observation du cas Adel :**2-1. la première grille d'observation :**

La période d'observation : 25/03/2018 jusqu'au 8/03/2018.

Tableau N°10 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage		*	*
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets		*	*
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande		*	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement Stabilité -attention -répéter les mots (écholalie)	*	*	

2-2. La deuxième grille d'observation :

La période d'observation : 01/04/2018 jusqu'au 05/04/2018.

Tableau N°11 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation Graphisme -l'écriture -coloriage	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets		*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande		* *	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots	*		* *

2-3.La troisième grille d'observation :

La période d'observation : 08/04/2018 jusqu'au 12/04/2018.

Tableau N°12 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage 	*		*
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets 			* * *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande 			* * *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots 	*		* *

3-L'analyse des grilles d'observation :

Les tableaux au dessus résumant les observations que nous avons fait sur l'état d'AM durant les quatre mois de la durée de notre stage dans l'association de la wilaya de Bejaia.

Au début de notre observation Adel arrive à imiter les activités faciles comme le graphisme et le coloriage avec l'aide du psychologue, puisque il n'arrive pas à faire la différence des couleurs et il n'arrive pas à connaître les limites, c'est ce qui a influencé son imitation à l'écriture.

On a remarqué qu'il ya un changement durant notre deuxième période d'observation, la répétition des activités du graphisme lui a permis de reconnaître au fur et à mesure les limites et de développer ses capacités d'écriture(voir annexe N°1et2),avec nos aides permanentes et grâce à nos encouragements et nos renforcements et aussi celles du psychologue, en s'appuyant sur une technique qui est l'activité en trois temps pour son acquisition des couleurs, de ce fait Adel pour réaliser ses activités de coloriage(voir annexe N°3 et 4)ainsi développer ses capacités d'imitation, c'est ce qu'on a observé dans la dernière période d'observation.

Adel est un enfant qui présente des difficultés du langage verbal, au début de notre observation on a remarqué que Adel ne peut pas faire la différence ce qui l'empêche de reconnaître les jours de la semaine et de répondre aux consignes demandées, par contre il peut nommer et reconnaître quelques objets : gomme, crayon, vache, éléphant, canard (voir annexe N°3).

Après le suivi intensif du psychologue et notre collaboration, sa coopération a eu sa part de développement(au début il refuse d'aller à l'association, et de répondre aux demandes du psychologue),maintenant il commence à faire la différence entre la maison et l'association et résiste jusqu'au moment de la pause pour prendre son goûter, par la biais de l'encouragement et le renforcement ainsi que l'explication et la répétitions des consignes données que Adel s'améliore, il répond de plus en plus aux consignes demandées, comme nommer les jours de la semaine avec l'aide du psychologue c'est ce qu'on a observé dans les deux dernières périodes d'observation.

En ce qui concerne la sociabilité de l'enfant, Adel refuse d'avoir un contact avec les autres, et même de reconnaître les membres de sa famille, c'est ce qu'on a constaté durant notre première observation.

Par le travail et l'effort faits par le psychologue, et à force de lui montrer les photos de sa famille il commence à les identifier, mais il n'arrive toujours pas à avoir le contact avec les autres, c'est ce que notre deuxième observation a indiqué.

A force d'être encouragé et renforcé, Adel a pu développer son côté sociable, il peut maintenant nommer les membres de sa famille, et par nos demandes Adel accepte d'échanger un objet comme un taille crayon avec ses camarades, et peut faire un baiser sur demande mais seulement avec les personnes de l'entourage, c'est notre dernière observation.

Adel est un enfant agité, au début il n'arrive pas à se tenir dans sa place, il quitte la table durant l'activité, il tourne son arrêt ce qu'il l'empêche d'être attentif, par contre il ne présente pas de problèmes d'écholalie (répéter les mots), c'est ce qu'on a remarqué lors de notre première observation.

Pour diminuer son agitation et attirer son attention, le psychologue et avec notre collaboration, en appliquant les techniques et les méthodes comme la punition, le contacte visuel, les signes non verbaux, et de lui donner des activités pour nommer et copier quelques objets (voir annexe N°6) pour le calmer et reprendre sa place, ainsi le féliciter à chaque fois qu'il manifeste un comportement désiré. C'est ce qui a permis à Adel de progresser dans ses comportements, il commence à être stable la plus part du temps et attentif, c'est ce qu'on a observé chez lui dans les deux dernières périodes d'observation.

4-L'analyse des l'entretiens :

4-1.L'analyse de l'entretien avec les parents :

Pour réunir des informations sur notre cas Adel, on a effectué un entretien avec ses parents dont on a cherché à savoir l'âge où ils ont remarqué la différence entre leur fils et les autres enfants, ils ont dit : « **On a remarqué que notre fils est différent par-rapport aux autres à partir de 18 mois** ». Dans cette période Adel présente plusieurs signes qui ont attiré l'attention des parents et qui a causé leur inquiétude comme ; le langage, sa sociabilité, et son regard. Ils ont dit : « **les premiers signes qu'il présentait, les regards périphériques, il marche sur les pointes des pieds, et n'aime pas les câlins, et une absence dans le langage** ».

En ce qui concerne le diagnostique de leur fils les parents ont consulté un spécialiste en pédopsychiatrie, en disant : « **C'est Mme ben gueouireh spécialiste en pédopsychiatrie qui a diagnostiqué le trouble de notre fils** ».

Parlant de leur réactions face a ce diagnostique l'annonce de la nouvel, **leur a causé de la tristesse et le désespoir**, d'après eux : « **notre réaction bien sur une tristesse et un désespoir, mais on a su que c'est le bon DIEU qui nous a offert cet enfant et nous allons l'accepter comme tout enfant normal** ».

A propos de traitement médical, Adel ne prend pas de médicament, et les parents sont conscients que l'autisme ne guérit pas et le mieux c'est être pris **en charge**, en disant : « **notre enfant ne prend pas de médicaments, car ce trouble ne guérit pas d'après notre connaissance** », ils ont ajouté : « **avec la prise en charge notre enfant s'améliore** ».

Pour la prise en charge de l'enfant au début il à été dans une association au niveau de la wilaya de Bejaia, c'est ce qui a été confirmé par les parents : «**Adel a été pris en charge dans l'association(APCEA) des enfants autistes** ».

Concernant l'accompagnement de cet enfant dans l'association ils ont dit : **Il est toujours accompagné par une psychologue clinicienne** ».

Quand à son adaptation à l'association, au début il n'arrive pas à accepter le changement de lieu mais avec le temps il a pu s'adapter, d'après ce que les parents ont dit : « **Oui il s'est adapté à l'association dernièrement, ce qui a été difficile au début** », revenant à ses capacités requise après sa progression les parents ont constaté des améliorations au niveau de ses comportements et sa communication en disant : « **Dieux merci, Adel est un peu stable, il se concentre quand on lui parle, il répond à quelques questions par une brève réponse (oui, non,...)** ».

Pour conclure notre entretien nous avons discuté avec les parents de Adel sur le programme qu'ils suivent avec lui à la maison la mère a dit : « **J'essaye toujours de ne pas le laisser seul et de lui parler, et aussi d'appliquer le programme et de suivre les remarques écrite par le psychologue sur le cahier d'observation** ».

4-2.L'analyse de l'entretien avec le psychologue :

On a commencé notre entretien par le comportement de l'enfant envers ses camarades et pendant le travail de groupe avec les autres enfants, le psychologue nous a dit : « **au début Adel n'était pas calme ni stable, ce qui l'empêche de s'adapter avec son groupe, mais avec le temps il s'est amélioré il reconnaît son groupe de classe** », par contre pendant le travail en groupe il évite tout contacte avec les autres malgré les intervention du psychologue en disant : « **des sa rentrée à l'association j'ai essayé de le faire intégrer avec les autres, mais il s'isole toujours, il refuse tout contacte** ».

Pour éclaircir son côté sociabilité on a évoqué sa façon de jouer avec ses **pairs** et le psychologue a répondu : « **même s'il reconnaît ses camarades, mais il ne joue pas avec eux, il n'aime que courir pendant le travail de groupe** ».

Discutant sur les aides apportées à cet enfant pour accomplir et réaliser les activités demandées, Adel est un enfant qui a besoin d'aide pour la plus part des activités, c'est ce qui a été confirmé par son psychologue en disant : « **Adel est un enfant qui a besoin d'aide pour réaliser certaines activités, des fois il peut faire ses exercices, mais il faut toujours lui simplifier le maximum pour clarifier l'activité. Par exemple : pour qu'il réalise son coloriage il faut à chaque fois lui donner une couleur qui correspond, et pour lui apprendre à écrire des lettres ou des chiffres (ex : 1) on commence par lui écrire le nombre sous formes de pontiers, ensuite par l'écriture sur l'ardoise** ».

En ce qui concerne des notions déjà prise, Adel se rappelle de certaines choses, il suffit juste de lui montrer l'objet l'enfant donne directement son nom, c'est ce que le psychologue a dit : « **Oui, effectivement il peut se rappeler et se souvenir de certaines choses car il a une bonne mémoire. (Exemple : chaise, vache, stylo,...)** ».

Parmi les difficultés que le psychologue rencontre chez Adel sont ses problèmes de langage, car il n'arrive pas à prononcer les mots correctement même s'il comprend les consignes c'est ce que influence sur son intégration, d'après le psychologue : « **Adel a des difficultés dans le langage verbal, ce qui nous empêche de comprendre ce qu'il dit car il ne prononce pas correctement les mots, ce qui résulte son manque d'adaptation.** ».

A propos des progrès constatés chez Adel dans l'ensemble des domaines suivants, langage, comportement, sociabilité, le psychologue nous répond : « **Adel se développe de**

plus en plus », elle commence à parler sur son progrès concernant le langage et elle a dit : « **son langage n'est pas parfaits mais ca va, il fait des efforts.** », revenant a son comportement elle déclare : « **Il s'est amélioré, il est plus stable et attentif, alors que avant c'était une catastrophe.** » , « **AM est un enfant qui ne fait pas de progrès dans sa sociabilité** ».

Pour conclure notre entretien on a évoqué la méthode la plus efficace et la méthode la plus utilisée, elle a répondu : « **j'utilise la méthode TEACCH en s'appuyant sur des techniques qui favorise son apprentissage tel que ; l'imitation, répétition** », elle a ajouté : « **ce n'est pas à n'importe qui de prendre en charge un autiste, il faut qu'il soit informé sur le trouble et doit être formé et compétent** ».

5-synthèse du cas Adel :

Adel est un enfant autiste caractérisé par un retard de langage, des problèmes de comportement et des difficultés dans ses interactions sociales, d'après l'analyse des observations faites en ce qui concerne : l'imitation, langage réceptif, sociabilité et enfin le comportement, au début on a observé chez l'enfant des difficultés dans le langage verbal, il n'arrive pas à prononcer les mots correctement, pour nous indiquer qu'il comprend les consignes, et son absence de sociabilité, ainsi des troubles de comportement, mais vers la fin de notre observation nous avons constaté certaines améliorations surtout dans ses imitations, il répond aux consigne demandées ce qui signifie qu'il comprend le langage réceptif, il peut avoir des contacts avec les personnes familiers, il est devenu plus stable et plus attentif.

❖ Cas de Yacine :

1. Présentation du cas :

Yacine est un enfant de 12 ans, il est le dernier d'une fratrie ; d'une fille et un garçon, son père est un enseignant au lycée, sa mère femme au foyer. Le sujet a été diagnostiqué à l'âge de 5 ans, il présente un type d'autisme typique qui se caractérise par les signes suivants :

Hyperactivité, une stéréotypée et il présente une communication verbale. A l'âge de 8 ans il à été inséré dans l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaïa, ou il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

2. Présentation des grilles d'observations de cas Yacine :

2-1.La première grille d'observation :

La période d'observation : 15/04/2018 jusqu'au 19/04/2018.

Tableau N°13 :

Domaines fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	* *	*	
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* *	*	* *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots			* * *

2-2.La deuxième grille d'observation :

La période d'observation : 22/04/2018 jusqu'au 26/04/2018.

Tableau N°14 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	* *		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par des photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* *		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter un mot			* * *

2-3.La troisième grille d'observation :

La période d'observation : 29/04/2018 jusqu'au 03/05/2018.

Tableau N°15 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage			* * *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	* *	* 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* 	* 	*
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots	* 		* *

3. L'analyse des grilles d'observation de cas Yacine :

Les tableaux au dessus résumant les observations que nous avons fait sur l'état de Yacine durant les quatre mois de la durée de notre stage dans l'association prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia.

L'imitation, est un élément fondamental pour le développement d'un enfant autiste, par laquelle ce dernier apprend à parler, écrire, lire, et en développement d'acquisition d'autres comportements. Yacine est un enfant qui ne présente pas de difficultés à apprendre à imiter par exemple : Yacine arrive à réaliser les activités de graphisme proposées (voir annexe N°3), Mais il n'arrive pas à écrire correctement les lettres, c'est ce qu'on a remarqué durant notre première observation, mais grâce à la répétition et le renforcement Yacine a pu écrire quelques lettres de l'alphabet, c'est ce que indique notre deuxième observation. Yacine présente des difficultés à réaliser les activités de coloriage (voir annexe N°5).

Yacine ne présente pas des difficultés dans le langage verbal, mais il a une acquisition dans les domaines suivants :nommer dans l'ordre les jours de la semaine, ainsi qu'il arrive à parler s'il a besoin de quoique se soit(demande d'aller au toilette, de boire),mais par contre on a remarqué qu'il ne se communique pas avec ses camarades sauf en cas d'envie d'avoir un objet qui est entre les mains d'un autre enfants : « **un jouet, un livre demande un taille crayon** ».

La sociabilité est une zone de grand handicap pour la personne autiste, ces aptitudes d'interaction sociale et de jeux en société.

Yacine est un enfant insociable, qui peut donner et recevoir un objet seulement en cas de demande, n'aime pas noués des liens avec les autres autistes mais il partage avec le psychologue, ce qu'on a observé. Selon cette dernière, Yacine est un enfant replié sur lui-même, il refuse de s'intégrer dans le groupe. Mais après le travail est les efforts apportés par le psychologue est ses parents Yacine a amélioré ses aptitudes (s'intégrer dans le groupe, jouer avec les autres).

Le comportement d'enfant autiste joue un rôle très important dans son adaptation sociale et le développement de ses capacités, de ce fait, Yacine est un enfant qui présente des troubles du comportement tel qu'une hyperréactivité légère, manque de stabilité et de l'attention, c'est ce qu'on a observé durant la premiers temps de notre stage. Ensuite on a remarqué une petite amélioration au niveau de la stabilité durant notre seconde observation.

Selon les interventions faites par le psychologue de Yacine afin d'améliorer ses capacités comportementaux, ils ont utilisé la répétition et l'explication que ces comportements ne sont pas signifiants, et même des fois ils font recourt à la punition, et pour cela il est devenu un peu stable, il ne quitte pas sa place pendant l'activité, et aussi un peu attentif lors des séances d'exercices, c'est ce qu'on a constaté pendant le réalisation des activités ,et que Yacine présente une facilité d'exécuter une action.

4. L'analyse des entretiens :

4-1.L'analyse de l'entretien avec les parents :

Notre entretien avec le père de Yacine, s'est effectué dans l'association dans un bureau. L'histoire de trouble de son enfant a commencé à l'âge de 4 ans c'est à ce moment la, ils ont découvert que leur fils a un problème, le père dit : « **quand il avait 4 ans on remarqué** ».....un souffle puis il rajoute : « **il a été différent, pas comme tous les enfants, si non sa naissance était normale, il fait des gestes bizarres par exemple il fait tourné un objet sans arrêt ,un manque de sommeil, il ne souri jamais, son regard est souvent bizarre et souvent distrait se sont les signes qui nous ont iniquité à part ca, il parle normale, il a un langage comme un enfant normale ce qui nous a fait un retard a cherché ce qui ne va pas chez mon enfant** »,à partir de ce qu'il a dit le père, on peut faire appelle au cadre théorique du chapitre autisme que les signes manifestés par Yacine sont des signes autistiques.

Le père de Yacine dit : « **la première étape que j'ai fais lorsque j'ai été sure que mon enfant est différent, c'est de cherché un soutien, donc on a demandé l'aide d'un psychologue pour qu'il nous dit ce qu'il a** », alors d'une consultation avec le psychologue ce dernier a reconnu que son enfant est autistes d'après les signes observé et ce qu'il a aussi raconté de lui. Le psychologue a les parents de Yacine vers le pédopsychiatre qui a confirmé l'hypothèse du psychologue.

La réaction face à ce diagnostique a été un choc pour les parents, d'après ce que le père a confirmé : « **On a été choqué au début, mais avec le temps, sa maman et moi avons accepté le faite que notre fils soit autiste** », par conséquent, à travers notre analyse de notre entretien avec le père de Yacine ,nous avons remarqué un profond impact sur leur santé mental depuis le diagnostic de son fils, un stress permanent, et ils ont passé des moments

terribles durant leur accompagnement de leur fils(le stress, parfois le sentiment de culpabilité, et l'isolement de la famille proche et la société)mais grâce au bon dieu et un encouragement des proche leur parent ont pu s'adapter, malgré toutes ces difficultés, essayant chaque jours de faire de leur mieux pour lui.

En revenant sur la prise en charge de Yacine ,les parents ont été obligés de trouver une solution pour leur fils, ils cherchent alors une association qui puisse s'occuper de lui, le père a dit : « **Nous avons été orienté vers une association, un centre qui puisse s'occuper de lui** », le père a dit : « **Nous avons été orienté vers une association des enfants autiste** »dont laquelle Yacine a été inséré pendant un an et demi, mais le père déclare : « **aucun signe d'amélioration n'a été remarqué chez mon fils** ».Après le père a cherché une autre association ou il a observé un nouveau centre qui a ouvert ses portes pour les enfants autistes. Le père de Yacine nous a parlé sur sa satisfaction de la méthode de travail du centre de soin de son fils ainsi les activités demandés par le psychologue de son enfant pour les appliqué à la maison, il dit : « **maintenant je suis un peut déstresser de la situation de mon enfant et je remarque plusieurs modifications de ses comportement et une amélioration au niveau développemental** ».

4-2-1.L'analyse de l'entretien avec le psychologue :

Dans l'entretien avec le psychologue du cas de Yacine, on a choisi de commencé par le contacte avec Yacine le psychologue nous a dit : « **toute enfant autistes a un moment difficile, quand il se trouve face a une personne étrangère** »,alors il a trouvé une série de difficultés à travailler avec lui, car ce dernier refuse tout contact avec des personnes inconnues « **sa ma pris beaucoup de temps pour régler ce problème** »dit le psychologue, il a utilisé des renforçateur exemples des objets désirés et par fois des taches d'imitation selon le cas ;le psychologue dit qu'auparavant quand on demande à Yacine de faire une tache(un dessin ou un coloriage)il refuse immédiatement, il dit « **Non, Non** »ou le psychologue l'encourage de faire la tache par un renforçateur ,puis il commence à la faire par une présence d'une force, parce que Yacine n'a pas d'estime de soin, il ignore ses capacités de faire, et n'a pas confiance en lui, il ne persiste pas devant la difficulté ,surtout, il a toujours peur de l'échec ;on peut observer ca dans ses yeux.Yacine présente plusieurs comportements inadaptés ou le psychologue a essayé de les réglés avec des méthodes comme des pictogrammes de plusieurs situations qui permet à l'enfant de savoir ce qu'il doit faire(ce qui

est juste) et ce qui ne peut pas faire (ce qui faux) par exemple (se mettre correctement, ne pas crier et de lui expliquer que certains comportements sont non significatifs).

5-Synthèse de cas Yacine :

Yacine est un enfant autiste verbale, caractérisé par des problèmes de la stéréotypie, un regard périphérique, et d'écholalie. D'après l'analyse des observations faites et nos entretiens, on s'est renseigné sur la méthode la plus efficace et la plus utilisée avec Yacine pour améliorer leurs capacités et faciliter son apprentissage, on a obtenu une réponse que les méthodes éducatives s'inspirent enfin de l'ABA ; TEACCH, et que le travail éducatif qui se pratique sur les enfants autistes a poussé à un effet et un résultat positif chez la plupart des enfants autistes spécialement le cas de Yacine. Ces stratégies permettent d'augmenter les bons comportements, de diminuer les comportements inadaptés et d'améliorer la communication de Yacine.

❖ Cas de Safa :**1. Présentation du cas :**

Safa petite fille âgée de 11 ans, la dernière de la fratrie, après un garçon, son père est un fonctionnaire dans une usine et sa mère femme au foyer. Elle a été diagnostiquée à l'âge de 5 ans, après l'apparition de quelques signes observés par ses parents, elle présente un type d'autisme typique caractérisé par des comportements répétitifs, l'écholalie. Safa ne présente pas des difficultés langagières mais parle avec une voix très basse. A l'âge de 6 ans elle a été insérée dans l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaïa.

2. Présentation des grilles d'observation de cas Safa :

2-1. La première grille d'observation

La période d'observation : 06/05/2018 jusqu'au 10/05/2018.

Tableau N°16 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	* *		* *
<ul style="list-style-type: none"> Sociabilité -nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* *		* *
<ul style="list-style-type: none"> Comportement -stabilité -attention -répéter les mots			* * *

2-2.La deuxième grille d'observation :

La période d'observation : 13/05/2018 jusqu'au 17/05/2018.

Tableau N°17 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	*		* *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	* * *		
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité -nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* * *		
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots	* *		*

2-3.La troisième grille d'observation :

La période d'observation : 20/05/2018 jusqu'au 24/05/2018.

Tableau N°18 :

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> • Imitation -graphisme -l'écriture -coloriage	* * 		 *
<ul style="list-style-type: none"> • Langage réceptif -nommer dans l'ordre les jours de la semaine -la notion d'espace et du temps -la connaissance des noms et des objets	* * 		 *
<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilité Nommer les noms de la famille par photos -donner et recevoir -donner un baiser sur demande	* * 		 *
<ul style="list-style-type: none"> • Comportement -stabilité -attention -répéter les mots	* * 		 *

2. L'analyse des grilles d'observations de Safa :

Les tableaux au dessus résumant les observations faites sur le cas d'NS durant les qu'âtres mois de notre stage, dans l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaïa.

Ce qui concerne l'imitation, Safa ne présente pas des difficultés d'imiter les activités demandées, mais elle a l'aire d'une paresseuse. Ce qui est indiqué dans les trois grilles d'observation de Safa, qu'elle s'est progressé dans les activités (coloriage, écriture, graphisme), grâce aux efforts du psychologue.

Pour le langage de Safa, elle ne présente pas de problèmes langagiers a part sa voix basse (il faut s'approcher d'elle pour l'entendre bien), elle comprend les consignes dites par le psychologue même elle peut les répétées. Safa n'arrive pas à s'exprimer mais elle se communique avec les autres enfants d'une manière verbale et gestuelle par exemple (donne –moi accompagné de geste de tendre sa main).Avec l'encouragement, le renforcement ainsi que l'explication et la répétition des consignes dites que Safa s'améliore, elle répond de plus en plus aux consignes demandées.

Passant au coté sociable de Safa, avant elle a été une fille non sociable, qui ne reconnaît pas les actions de (donner ou recevoir un objet), et n'aime pas partager ses affaires avec les autres qu'avec sa maman, ni se contacter avec eux. Dernièrement et grâce à l'aide de son équipe pluridisciplinaire, une amélioration a été remarquée au niveau de ses interactions sociales, et son regard fixé, même elle embrasse les autres à leur demande et elle se sent à l'aise entre eux. C'est ce qu'on a observé dans les grilles.

Discutant de comportement de Safa, cette dernière présente une légère agitation (se déplace d'une place à une autre),elle perte son attention d'un moment à l'autre, ou on remarque qu'au début de la séance qu'au début des taches exercées, par la suite on remarque un détachement entre NS et l'activité demandée à réaliser(Safa distraite).Pour cela, on a noté dans les grilles d'observation que Safa s'améliore dans ses comportements(stabilité et l'attention sont envois d'acquisition),avec une très bonne progression dans ses capacités d'exécution d'actions en coloriage.

4. L'analyse des entretiens :

4-1. L'analyse d'entretien avec les parents :

« Nous avons remarqué la différence de notre enfant à l'âge de 36 mois » ; ils ont observé quelques signes anormaux chez leur fille, « présente du langage mais elle

ignore de l'utiliser, l'isolement, les comportements répétitifs » sont les signes les plus fréquentés par notre fille » dit les parents.

Revenant aux signes autistiques, Safa présente le trouble d'autisme, mais les parents n'ont aucune idée sur la signification de ces signes. La maman dit : « **elle prononce quelques mots et ensuite elle cherche un jouet** », elle dit aussi « **je suis fatigué à force de chercher ce qu'elle a mais je me disais qu'elle le fait exprès** ». Mais autant que femme au foyer elle n'a aucune idée de ce qu'elle a sa fille. Le père de Safa a pu comprendre le cas de sa fille après l'explication d'une collègue de travail. Cette dernière lui a conseillé une consultation chez un psychologue pour diagnostiquer le problème. « **Le premier diagnostic est fait chez un psychologue clinicien, et la confirmation du trouble été chez un pédopsychiatre** » dit le père la réaction du diagnostic n'était pas facile et inattendu pour les parents, la mère dit : « **un cauchemar, la fin du monde pour moi** ». La maman était angoissée pour l'avenir de sa fille, elle a ajouté : « **je me disais à ce que l'autisme à un traitement ?** ». Pour elle avoir une réponse claire et fiable sera un soulagement pour eux.

Pour ce qui concerne la prise en charge de Safa, les parents nous ont dit : « **ont trouvé une association de prise en charge des enfants autistes sur internet** » ce qui indique l'inquiétude et la recherche des parents d'une solution pour le cas de leur fille. Les parents déclarent que Safa suit un traitement médical remis par le pédopsychiatre, et consiste un régime (pas de produits laitiers), pour cela Safa s'est calmée.

En discutant sur la méthode de travail qui se focalise entre les parents et l'équipe pluridisciplinaire de Safa, les parents disent « **dès son entrée à l'association elle s'est améliorer** », ils ont senti un soulagement après l'insertion de leur fille dans l'association parce qu'ils remarquent une certaine amélioration comportementale (comportements inadaptés remplacés par des comportements adaptés) et développement (un développement dans ses capacités langagières) et dans l'intégration sociale. Le père nous a aussi parlé sur les programmes exercés à la maison à la demande du psychologue de leur fille, afin de l'habituer et l'entraîner à ses méthodes, et parmi les exercices demandés : coloriage, graphisme, écriture. Les parents étaient satisfaits du travail élaboré par l'association après le changement remarquable chez leur fille.

4-2.L'analyse de l'entretien avec le psychologue :

« **Safa est une fille agitée auparavant** », dit le psychologue, elle était une fille instable, qui se déplace d'une place à l'autre pour aucune raison, elle se sent plus calme lorsqu'elle fait des tours, mais grâce au suivi de son équipe pluridisciplinaire et ses parents ils ont pu adapter les mauvais comportements manifestés de sa part en utilisant des pictogrammes

afin de lui montré les situations correcte à imiter et incorrecte à diminuer(voir annexe N°7).

Suit à l'entretien effectué avec le psychologue de Safa, on a retiré quelques constations concernant les points forts, et faibles de notre cas, tel que ,Safa avait des difficultés d'établir une relation avec une autre personne quelque soit adulte ou enfant, elle préfère d'être attaché à sa maman, ce qu'il l'empêche de faciliter la tache de la prise en charge au début de son insertion à l'association, « **elle avait des difficultés à s'adapter dans notre milieu puisque qu'elle est trop attaché à sa maman** »dit le psychologue. Vu le travail de l'équipe soignante, Safa a pu s'adapter à la routine entre maison et association, et même si on remarque chez elle un regard périphérique, elle a noué des liens avec les enfants qui se trouvent dans l'association.

5-Synthèse :

Safa, fille autiste non sociable qui présente un langage verbal mais ignore de l'utiliser pour exprimer ses besoins et ses souffrances. Après l'analyse de nos observations, on a remarqué qu'elle s'est amélioré dans plusieurs domaines comme son imitation stabilité, et ses comportements.

D'après les entretiens effectués ses parents et le psychologue, on a constaté que l'utilisation d'encouragement et du renforcement ils favorisent le processeur d'apprentissage chez Safa.

II-Discussion de l'hypothèse :

« Le psychologue en tant que spécialiste qui vise à développer les potentialités d'un individu est capable de prendre en charge et d'accompagner un enfant autiste ».

D'après les observations que nous avons fait au sein de l'association de prise en charge des enfants autistes et les entretiens effectués avec les parents de notre groupe d'étude et leur psychologue, nous avons constaté que la présence de ce dernier auprès de ces enfants est indispensable dans leurs instructions, et le fait d'être guidé par un psychologue favorise le processus d'épanouissement et d'apprentissage.

L'hypothèse mise au départ stipule que :La méthode de TEACCH favorise l'épanouissement personnel d'un enfant autiste, a été confirmé dans tout les cas présentés dans notre travail de recherche. Dans le cas de Bilal, l'hypothèse a été confirmé, au départ il a été un enfant turbulent son écholalie l'empêche d'être attentif, refuse de réaliser les activités proposées même s'il a des capacités à imiter, concernant le côté sociable, l'enfant n'est pas sociable il refuse de donner un stylos à ses camarades, il ne peut pas nommer sa famille en photos, et il a des difficultés dans le langage réceptif, il ne fait pas la différence des lieux et du temps. Après l'accompagnement et le soutien

permanant du psychologue, Bilal a progressé dans certains domaines surtout l'imitation, il arrive à réaliser les activités proposées par le psychologue, il est devenu plus stable est attentif lors d'exécution des activités, ainsi il peut faire un échange d'objet avec ses camarades et faire des bisous sous la demande du psychologue.

L'hypothèse a été confirmée concernant le cas Aris, avant l'enfant avait des difficultés à imiter car il n'arrive pas à réaliser l'activité demandé sans l'aide du psychologue, à propos de sa sociabilité, l'enfant n'était pas sociable il refuse aucun contact avec les autres. Concernant le langage réceptif il n'arrive pas à faire la différence entre les lieux, comme il présente des troubles de comportement ce qui l'empêche d'être attentif. Après la prise en charge il le suivit intense de la part du psychologue, l'enfant s'est amélioré dans plusieurs domaines comme dans son imitation il réalise les activités de graphisme et d'écriture, il nomme les jours de la semaine, et il commence à reconnaître les lieux, il est devenu plus sociable il accepte de jouer et d'échanger ses outils avec ses camarades, et enfin les comportements désagréable sont diminuer, il est devenu plus stable et attentif à son psychologue.

L'hypothèse a été aussi confirmée pour le cas de Didine, au début l'enfant présentait des difficultés dans tout les axes observés, après la prise en charge et les interventions et l'intensité du psychologue, Didine a progressé dans certains domaines tels que ; limitation, il a réalisé les activités proposées avec l'aide et la guidance du psychologue, il est devenu un peu sociable, il peut échanger un objet et un baiser par demande du psychologue, il est aussi devenu plus stable et plus attentif.

L'hypothèse a été confirmée pour le cas de Adel, qui a été au début un enfant instable, non sociable, il refuse d'avoir des contacts avec les autres, il ne fait pas la différence entre les lieux, il a du mal à réaliser les activités demandées, mais après la prise en charge et le suivit intense du psychologue à partir de ses interventions et son accompagnement permanent, Adel à progressé et améliorer son degré de coopération avec le psychologue, il réalise les activités demandées il commence à faire la différence entre les lieux, il nomme quelques objets, il est plus sociable mais toujours par la demande du psychologue, il est pus en plus stable et attentif.

L'hypothèse a été confirmée pour le cas de Yacine au début il était un enfant qui refuse tout contacte avec l'autre et qui ne supporte aucune personne à ses côtés, mais après la prise en charge et les interventions et le suivit intense du psychologue Yacine s'est un peu améliorer il accepte le contacte et les jeux avec ses camarades

Enfin, l'hypothèse a été confirmée pour le cas de Safa, au départ elle a été une fille reliée sur soit même, mais après la prise en charge et le suivi intense du psychologue à partir de ses interventions et son accompagnement permanent, Safa a progressé et amélioré son degré de collaboration et de participation avec le psychologue, elle est plus sociable mais toujours par la demande du psychologue.

D'après la discussion de l'hypothèse et les informations recueillis par les entretiens avec les psychologues et les parents sur la prise en charge, la méthode utilisée (TEACCH) et son efficacité pour améliorer la vie de l'enfant autiste sur tous les plans, on peut répondre à la question de départ que la méthode de TEACCH utilisée pour la prise en charge des enfants autistes est efficace sauf la raison du contexte social de l'enfant autiste plus l'organisation, psychologue (formation) pour adopter la méthode.

Conclusion

Conclusion

L'autisme est un handicap complexe, il n'est pas aisé de l'appréhender dans sa globalité. La compréhension d'un handicap nécessite des explications scientifiques concrètes et qui font l'humanité, c'est loin d'être le cas pour l'autisme. Ceci renforce le mystère qui plane autour de ce handicap. Ceci est une difficulté supplémentaire dans la sensibilisation de la société à l'autisme. De plus, l'autisme recouvre de nombreuses réalités. Pour une personne atteinte d'autisme il faut aller loin dans, très loin dans l'intervention, en effet, dans l'autisme, il ya autre chose : un manque de stratégie, d'extrapolation par rapport à une situation. Les enfants autistes ont droit, comme les autres à l'éducation, car le premier traitement de l'autisme est l'éducation, cette dernière vise l'épanouissement de la personne et sa progression vers une vie qui sera la plus autonome, le psychologue vise à développer les potentialités d'un individu, il aide l'enfant dans l'accompagnement et la prise en charge des enfants autistes. On ce qui concerne l'autisme, le psychologue utilise des différentes techniques, et thérapie de prise en charge tel qu'ABA et TEACCH. Cette dernière met en œuvre des séances éducatives au cours des quelles on apprend à l'enfant les compétences qu'il n'acquiert pas spontanément du fait de son handicap. Pour travailler avec un enfant autiste il faut avoir des méthodes thérapeutiques et techniques destinées pour l'amélioration de l'état de retard dans lequel se trouve l'autisme, en agissant sur les troubles de comportement, le langage, l'interaction sociale.

Dans le cadre de notre travail de recherche sur les troubles du comportement d'un enfant autiste et la prise en charge on est arrivé à répondre sur certains questions concernant l'autisme et sa prise en charge.

Pendant notre stage à l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia, on a pu réaliser ce travail à l'aide d'un ensemble d'observation et des entretiens lors de pré- enquête et des résultats obtenus à partir de travail avec les enfants.

L'autisme est une pathologie lourde et incurable qui exige une prise en charge adéquate pour l'enfant autiste tout au long de sa vie.

Dans cette étude nous avons arrivé à comprendre que l'insuffisance des centres spécialisés reste l'un des difficultés les plus majeurs dans la wilaya de Bejaia c'est pour cela la plus part des enfants autistes ne sont pas pris en charge.

Conclusion

Enfin cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le plan éducatif, pédagogique, humain et personnel ainsi on a arrivé à réalisé notre objectif tracé au début de notre étude, il reste à dire que même si on est arrivé à ces résultats mais notre recherche reste limité car notre sujet de recherche permet une ouverture sur d'autres recherche en modifiant les variables, ou un autre plus approfondis.

La liste bibliographique

La liste bibliographique :

1-Ouvrage :

- 1- A. Blanche T.A.Gotman, (2007) « **L'enquête et ses méthodes, l'entretien** » 2em Ed Arman Colin, paris.
- 2-A.Mourice, (1997). « **Initiation pratique à la méthode des sciences humaines** »(2003) Ed casbah université, Alger.
- 3-B.Roge, (2003) « **autisme, comprendre et agir** » Ed dunod, paris.
- 4-C.Meirieu, C.Royal, (2009) « **scolariser les élèves autistes** », Ed Corinne, paradis.
- 5-C. tardif, B. Gepner, (2003) « **l'autisme** » Ed Nathan vuef, paris.
- 6-De. R. Villard. (1984) « **psychose et autisme de l'enfant** » Ed Masson, paris.
- 7-E. R. Rivo. B. laxer, (1983) « **autisme, la réalité refusé** » Ed simep, paris.
- 8-F.Depelteau, (2000), « **La démarche d'une recherche en sciences humaines** » Ed, Masson, paris.
- 9-J.F Chossy (2003), « **autisme. Comprendre et agir** » Ed Dunod, paris.
- 10-J. Hochman, (2009), « **histoire de l'autisme** » Ed Odile Jacob, paris.
- 11-G. lelord, D. sauvage, (1990) « **l'autisme de l'enfant** » Ed Masson, paris.
- 12-G.Lelard,(1991) « **l'autisme de l'enfant** » Ed Masson, paris.
- 13-Kh.Chahraoui, H.Benony, (2003), « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** », Ed Dunod, paris.

2-Dictionnaires :

- 1-B.Henriette(2002), « Gand dictionnaire de la psychologie » Ed Larousse Bordas, paris.
- 2-N.Sillamy, (1999) « **Dictionnaire de la psychologie** » Edition Larousse, paris.
- 3-N. Sillamy, (2004) « **Dictionnaire de la psychologie** » Ed Larousse, paris.

3-Les thèses :

- 1-Baghdadli, d, noyer, met aussilloux, c. (2007). « **Intervention pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme** » Edition CRAI.
- 2-Mazet, p, coll. (2001) « **autisme infantile et psychose précoce de l'enfant** »encycl. Méd.glr psychiatrie.37.201.G10.

La liste bibliographique

4-Les sites internet :

1-<http://www.pratique.fr/prise-charge-enfant-autiste.html>.

2-[http://www.pratique autisme](http://www.pratiqueautisme.com).

3-Wikipedia.vulgaris-médical.com.Vérifier le 08/04/2018 à 15 heures.

4-<http://www.cain.info>.Verifier le 04/03/2018 à 11heurs.

5-Wikipedia.yukon-wellnes.ca.Vérifier le 25/02/2018 à 10 heures.

Annexes

التخطيط

شكل الخطوط -

A handwriting practice sheet featuring a grid of dashed patterns for tracing. The patterns are organized into rows and columns. The first row contains horizontal dashed lines. The second row contains vertical dashed lines. The third row contains diagonal dashed lines forming 'X' shapes. The fourth row contains a thick grey horizontal bar. The fifth row contains zigzag dashed lines. The sixth row contains dashed semi-circles. The seventh row contains dashed circles. The eighth row contains wavy dashed lines. To the right of the main grid, there are solid versions of the patterns from rows 1 through 8, serving as a reference for the final appearance of the tracing.

- أكتب ما يلي:

ر

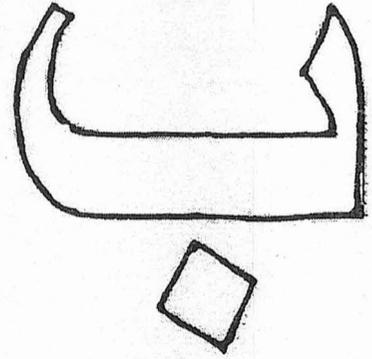
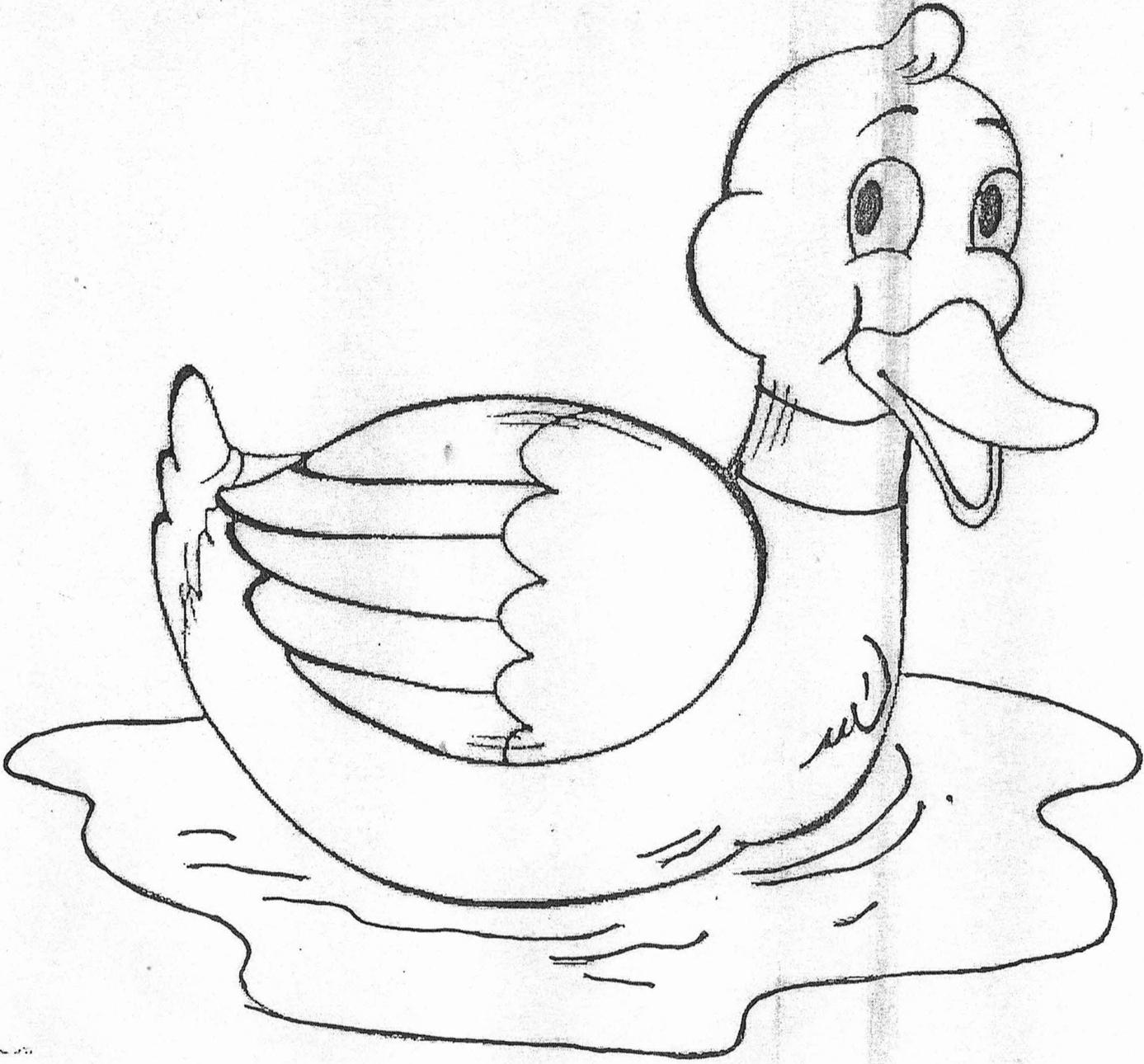
ر

ر

ر - ر - ر - ر

ر - ر - ر - ر

ر - ر - ر - ر



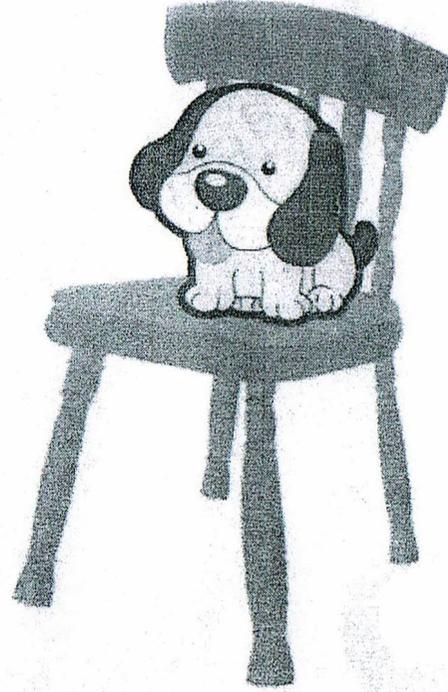
بطة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

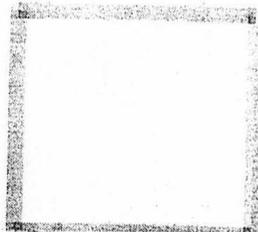
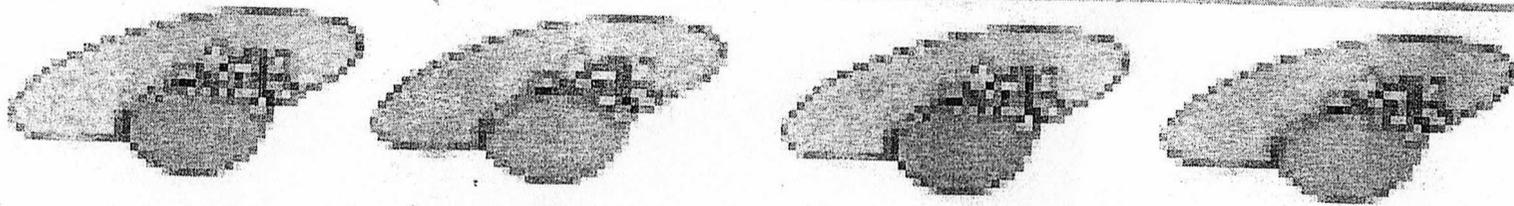
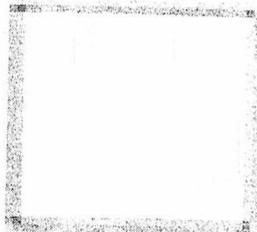
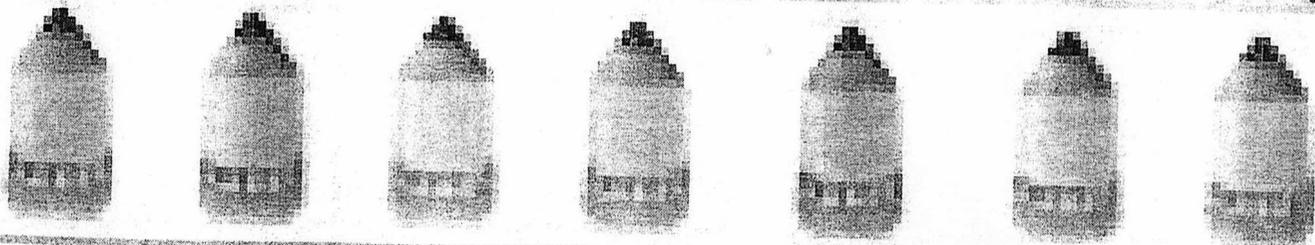
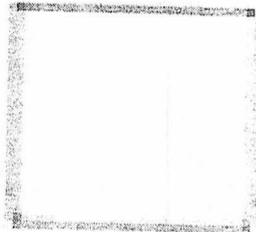
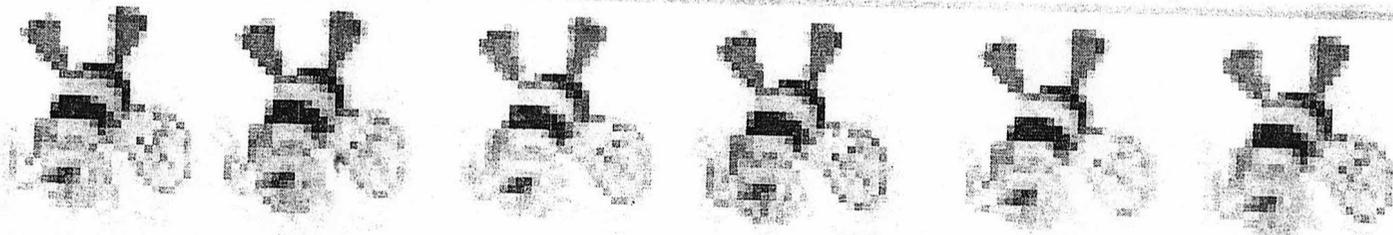
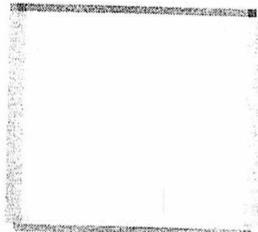
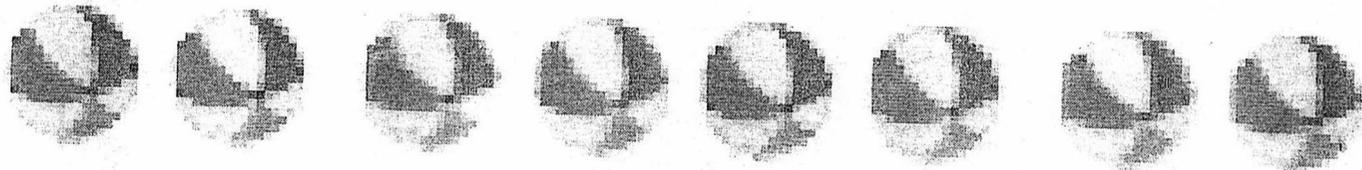
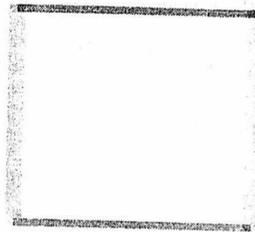
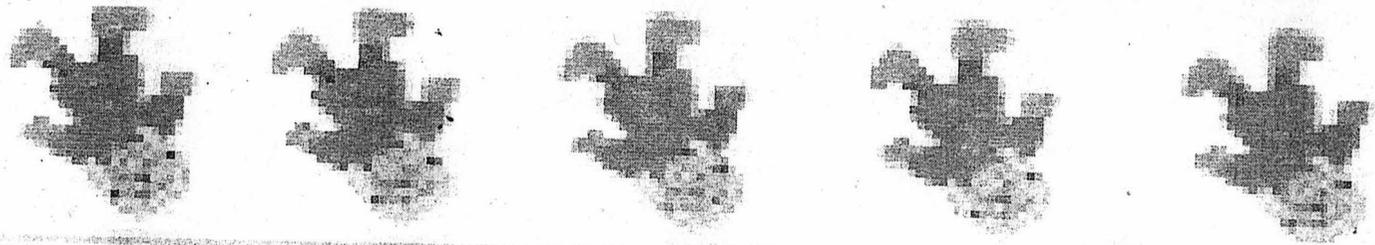
السابق العنصر التالي

فوق

تحت



ANNEX N° : 06



ANNEX N° : 06

Annexes

Annexe N° 7

Domaine fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie D'acquisition
<ul style="list-style-type: none">• Imitation<ul style="list-style-type: none">-graphique-l'écriture-coloriage			
<ul style="list-style-type: none">• Langage réceptif<ul style="list-style-type: none">-nommer dans l'ordre les jours de la semaine-la notion d'espace et du temps-la connaissance des noms et des objets			
<ul style="list-style-type: none">• Sociabilité<ul style="list-style-type: none">-nommer les noms de la famille des photos-donner et recevoir-donner un baiser son demande			
<ul style="list-style-type: none">• Comportement<ul style="list-style-type: none">-stabilité-attention-répéter les mots			

Annexe N°08

Axe N°I : Des renseignements généraux sur les enfants.

1/Nom : Prénom :

2/Sexe :

3/Age :

4/Statut socio-économique :

5/Nombre d'enfants :

7/Le vécu quotidien de la famille :

8/Existence de trouble psychiatrique :

Oui : Non :

Nature du trouble :

Lignée maternelle :

Lignée paternelle :

9/Existence consanguinité :

Oui : Non :

Axe N°II : Des renseignements généraux sur l'enfant :

1/Non : Prénom :

2/Age actuel :

3/Son âge lors du diagnostic :

4/Le rang dans la fratrie :

5/Type d'autisme :

6/Scolarisé ou non :

Axe N°III : Les questions posées pour les parents :

-Quand avez-vous remarqué que votre enfant est différent par-rapport aux autres ?

-Quels sont les premiers signes que présent-il ?

-Qui a diagnostiqué le trouble de votre enfant ?

-Comment étiez votre réaction face à ce diagnostic ?

Annexes

- Est-ce-que votre enfant est sous traitement médicamenteux ?pourquoi ?
- Dans quel établissement est-il pris en charge ?
- Avez-vous trouvez des difficultés pour scolariser votre enfant ?
- Qui accompagne votre enfant dans l'association ?
- Est-ce que votre pu s'adapter à l'association ? Et quelle sont les capacités requises ?
- Avez-vous un programme à suivre à la maison avec votre enfant ?

Axe N°V : Les questions posées pour le psychologue :

- Pouvez-vous nous décrire les comportements de l'enfant dans le premier temps de son intégration dans l'association ?
- Sa relation avec les autres enfants autistes au sein de l'association ?
- Comment l'enfant réagit-t-il avec les programmes appliqué dans l'association ?
- Parler nous des activités sportives de l'enfant ? Est-ce-que il arrive à les réalisé seul ?
- Comment l'enfant passe ses jours dans l'association ?
- Est-ce-que l'enfant arrive à acquérir un changement de puis son déplacement dans l'association ?