



UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA-BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET ORTHOPHONIE



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : Psychologie clinique

**L'éducatrice face aux troubles du comportement chez les enfants
autistes.**

-Difficultés et obstacles.

Etude de quatre (04) cas réalisée au sein de l'établissement privé

«L'univers de nos enfants »

Réalisé par :

M^{lle} MIZI ALLAOUA MELISSA

M^{lle} MEZZAI YASMINE

Encadré par :

M. AMRANE LAKHDAR

Année universitaire : 2021 – 2022

Remerciements

On remercie le bon Dieu de nous avoir aidées pour la réalisation de ce modeste travail.

On remercie énormément notre encadreur Mr AMRANE de nous avoir consacré son temps et pour ses encouragements, sa compréhension et surtout sa disponibilité et sa générosité.

Nos chaleureux remerciements s'adressent à nos chers parents pour leur soutien tout au long de nos études.

On remercie enfin toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Dédicaces

Nous dédions ce modeste travail à tous les enfants autistes.

Je dédie ce projet à mes chers parents qui n'ont jamais cessé de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs.

À mes chères sœurs : LYDIA, LYNDA et CHAHINEZ et à mon petit frère ADAM. Sans oublier NADJIM et mon petit neveu ABDRAOUF. A tous mes amis(es) particulièrement Meriem sans oublier ma chère amie et binôme YASMINE.

À Toutes les personnes qui ont été à mes cotés et qui m'ont encouragé

À mon promoteur Mr AMRANE LAKHDAR qui a été un soutien de valeur et pour sa modestie et la qualité de son encadrement, ainsi que pour son support et ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce mémoire, sa patience et sa persévérance dans le suivi.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

MELISSA

Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail à mes chers parents qui m'ont guidé
durant les moments les plus pénibles de ce long chemin*

À mon frère FAROUK et mes chères sœurs NAIMA et LYNDA.

*Aussi à tous mes amis(es) particulièrement : SARAH, LAMIA,
KAHINA et MERIEM.*

*Je remercie ma meilleure amie et binôme MELISSA pour tous
ses efforts fournis à la réalisation de ce projet.*

*Enfin, je dédie ce projet à mon encadreur monsieur AMRANE,
d'avoir bien voulu accepter d'être mon promoteur, en
m'honorant de sa confiance pour ce mémoire de fin de cycle et
m'avoir confié ce travail de recherche.*

Je tiens vivement à lui exprimer mon aimable reconnaissance.

YASMINE

Sommaire

Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des annexes	
Introduction générale	1
Choix et intérêt du thème	3
Problématique et hypothèse	4
Définition des concepts clés et leurs opérationnalisation	9

Partie théorique

CHAPITRE I : Enfant autiste et troubles du comportement

I. Enfant autiste

Préambule.....	10
1. Aperçu historique sur l'autisme	10
2. Définition de l'enfant autiste	11
2.1. Définition de la période de l'enfance	11
2.2. Définition de l'enfant	11
2.3. Définition de l'autisme	12
2.4. Définition de l'enfant autiste	12
3. Les étapes du développement d'un enfant autiste de la naissance jusqu'à 4ans	12
3.1. De 0 à 6 mois	12
3.2. De 6 à 12 mois.....	13
3.3. De 12 mois à 1an	13
3.4. 1 à 4ans	14
3.5. 6ans et plus.....	15
4. Les types de l'autisme	15
4.1. L'autisme infantile	15
4.2. L'autisme atypique	17
4.3. Le syndrome de Rett	17
4.4. Le syndrome d'Asperger	19
5. Les signes cliniques de l'autisme	20

5.1.	Troubles du contact et les relations sociales	20
5.2.	Troubles de langage et des communications	21
5.3.	Comportements, activités et intérêt répétitifs et/ou restreints	22
6.	Autres signes	22
6.1.	Retard de développement.....	22
6.1.1.	Problème moteur.....	23
6.1.2.	Des problèmes sensoriels	24
6.1.3.	Troubles émotionnels	24
6.2.	Troubles du sommeil	25
6.3.	Troubles de l'alimentation	25
6.4.	Problèmes dans l'acquisition de la propreté	25
7.	Diagnostic de l'autisme	26
8.	L'évaluation de l'autisme	27
8.1.	L'évaluation.....	27
8.2.	Examen médicale	27
8.3.	Bilan psychomoteur	28
8.4.	Evaluation psychologique	28
8.5.	Evaluations du langage	29
9.	Diagnostique différentiel	29
10.	La classification de DSM	29
11.	Les causes possibles de l'autisme	31
11.1.	Les facteurs génétiques.....	31
11.2.	Les facteurs neurobiologiques	31
11.3.	Les facteurs cognitifs	32
	Synthèse.....	32

II. Troubles du comportement

	Préambule.....	33
1.	La définition du trouble des comportements	33
2.	Les différents troubles du comportement d'un enfant autiste.....	33
2.1.	Le refus de changement.....	33
2.2.	Le repli autistique	33
2.3.	Le regard latéral évitant	33
2.4.	Les stéréotypés.....	34

2.5.	L'angoisse.....	34
2.6.	Les colères, les hurlements	34
2.7.	L'enfant autiste et les sensations	34
2.8.	L'enfant autiste et la douleur	34
2.9.	L'inconscience du danger	35
2.10.	Alimentation, sommeil, propreté	35
3.	Les comportements difficiles chez un enfant autiste	35
3.1.	Observez et comprendre les causes des comportements difficiles	37
4.	Comment faire face au comportement difficile ?	39
	Synthèse	40

Chapitre II : Educatrice : rôle, difficultés et la prise en charge des enfants autistes

	Préambule.....	41
1.	Histoire de l'éducation spécialisée	41
2.	Définitions	42
2.1.	L'éducation.....	42
2.2.	L'éducation spécialisée	42
2.3.	Educateur (trice) spécialisé(e)	42
3.	L'éducatrice et son rôle dans le service de garde	42
4.	Les difficultés rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes	43
5.	Les aptitudes de l'éducateur (trice) spécialisé (e)	45
6.	Les méthodes de prise en charge de l'autisme utilisées	46
6.1.	La prise en charge éducatif	46
6.2.	Les thérapies comportementales	49
6.3.	La prise en charge thérapeutique	51
6.4.	La prise en charge pédagogique	52
6.5.	Interventions focalisées	53
7.	La prise en charge et l'intégration d'un enfant porte d'autisme en groupe	55
	Synthèse	56

Partie pratique

CHAPITRE III : cadre méthodologique

Préambule	57
1. Présentation du lieu de stage	57
2. La méthode de la recherche	57
2.1. L'étude de cas	57
3. population d'étude	58
3.1. Sélection de notre population d'étude	58
3.2. Présentation d'échantillon d'étude	58
4. Les outils d'investigation	59
4.1. L'entretien clinique	59
4.1.1. L'entretien semi directif	60
4.2. L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile(CARS)	60
4.2.1. Description de l'échelle	60
4.2.2. Construction de l'échelle	60
4.2.3. Avantage de la CARS.....	61
4.2.4. Rationnel des 15 items	62
4.3. Présentation du guide d'entretien	66
4.4. L'application de guide d'entretien	67
4.5. Les difficultés rencontrées	68
Synthèse	67

CHAPITRE IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	69
1. Analyse de l'entretien avec les éducatrices	69
2. Analyse des cas de l'échelle CARS	79
3. Discussion des hypothèses	82
Conclusion générale	85
Bibliographie	
Annexes	

Liste des abréviations

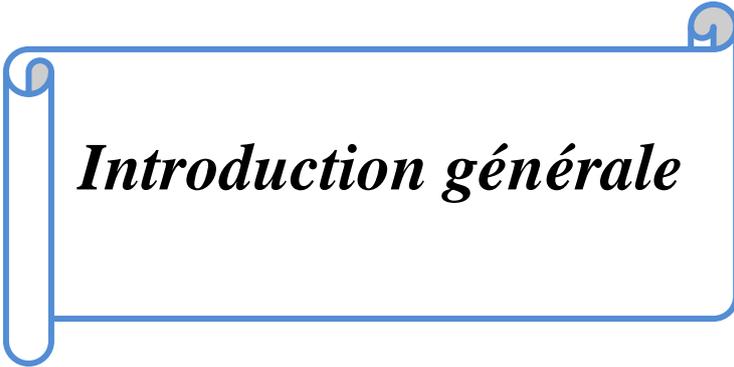
Abréviations	Significations
ABA	Applied Behaviour Analysis, ou analyse comportementale appliquée
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.
CARS	L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile
CIM	La Classification Internationale des Maladies
DSM IV	Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
LSF	Langage gestuel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PECS	Picture Exchange Communication System, ou Système de communication par échange d'image.
TCC	Thérapie Comportementales et Cognitives
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children, ou Traitement et éducation des enfants autistes.
TED	Trouble Envahissant du Développement.

Liste des tableaux

Tableaux	Titres	Pages
Tableau 01	Echantillon d'étude	58
Tableau 02	Echantillon d'étude des éducatrices selon le niveau d'instruction	59
Tableau 03	Classification d'autisme	65
Tableau 04	Récapitulatif des scores de la CARS	77

Liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe I	Guide d'entretien
Annexe II	Echelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS)



Introduction générale

Introduction générale

L'autisme est considéré comme un trouble globale du développement, apparaissant généralement avant l'âge de 3ans et se traduit par des troubles dans la communication, les interactions sociales et du comportement.

L'autisme se caractérise par un repli excessif sur soi-même, enfermement à l'intérieur d'une coquille relationnelle dont la principale conséquence est de la protéger des contacts extérieurs. Le sujet autistique privilégie dès lors une vie intérieure intense, refusant le vécu angoissant du monde qui l'entoure.

Chaque enfant autiste devait avoir une prise en charge spécialisée, 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 privilégiées de la prise en charge de l'enfant autiste.

Tout le monde est d'accord que l'éducation spécialisée et le soutien organisé, peut aider à améliorer l'enfant autiste malgré que cette progression reste minime, d'une façon officielle, en l'aidant à développer ses compétences et à réaliser le possible de ces capacités.

La prise en charge éducative de l'enfant autiste intégré dans la crèche ou dans un établissement privé spécialisé pour les enfants handicapés mentaux centrée sur la simple obtention de modifications du comportement de l'enfant, dans une perspective behavioriste et par des méthodes de conditionnement, est parfois pratiquée, mais paraît moins souhaitable.

Les éducateurs et éducatrices qui se chargent de l'application des méthodes multidisciplinaires avec les enfants autistes, rencontrent plusieurs difficultés, à cause d'absence de langage, la carence des compétences verbales, la perturbation du comportement...etc.

Donc, notre but de recherche est de décrire et de déterminer l'ensemble des difficultés rencontrées dans la prise en charge et les interactions de l'enfant autiste avec son éducatrice, nous sur avons travaillé avec 4 éducatrices qui travaillent avec les enfants autistes, avec lesquelles on a fait une investigation psychologique «entretien clinique » et de travailler avec 4 enfants âgés entre 13 et 9ans, on va utiliser avec eux L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (Childhood Autism Rating Scale, CARS).

Pour atteindre notre objectif nous avons adopté un plan de travail qui comprend les éléments suivants :

Une partie théorique qui contient (la problématique et les hypothèses. Deux chapitres, dont le premier est consacré à l'enfant autiste et les troubles du comportement. Un deuxième aborde l'éducatrice : rôle, difficultés et la prise en charge des enfants autistes). Une partie pratique contient la méthodologie de la recherche, Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Introduction générale

Et enfin, on termine notre étude avec la conclusion générale, et une liste bibliographique et les annexes.

Choix et intérêt du thème

Nous avons choisi ce thème « l'éducatrice face aux troubles du comportement chez les enfants autistes. Difficultés et obstacles.» Par rapport à son importance, car c'est un thème d'actualité qui permet d'apporter quelque chose de nouveau vu le manque d'étude en Algérie. Ainsi que le métier de l'éducateur (trice) est vraiment difficile plus particulièrement des éducateurs (trices) des enfants inadaptés mentaux ; leurs objectifs est d'amener un soutien et une prise en charge pédagogique et psychologique.

Le choix de ce thème à pour objectif de déterminer les difficultés d'interactions rencontrées par les éducatrices des enfants autistes intégrés dans un centre des inadaptés mentaux.



Problématique et hypothèse

La Problématique

On trouve de nombreux auteurs qui ont parlé sur l'autisme chez l'enfant tel que Bettelheim. B qui voyait dans l'autisme la conséquence d'une déficience de la relation mère-enfant. (Rodier, 2000, p.88).

Il a intéressé à l'autisme infantile, à la fois dans la perspective d'améliorer la prise en charge thérapeutique des enfants autistes, mais aussi dans le but de tenter de comprendre et d'élucider les mécanismes psychologiques à l'œuvre dans cette affection et d'en effectuer une élaboration théorique. (Ould taleb, 1997, P.60).

Les travaux qui ont été déterminés par Kanner 1943 décrit sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certains enfants: tendance à isolement, besoin d'immuabilité, retard de langage. Dénoncer un ensemble de signes cliniques comportementaux obtenus chez le jeune enfant. (R, 2000, p.4).

En parallèle, Baranek (1999) décrit des signes sensorimoteurs spécifiques caractérisés par des réactions particulières face aux informations perceptives, peu d'orientation vers les stimuli sociaux, un déficit d'attention sur le stimulus ainsi que des particularités sensorielles (évitement du contact physique, exploration buccale des objets).

La prévalence de l'autisme dans le monde est obtenue à partir des recherches épidémiologiques qui sont menées sur de grands échantillons de populations, dans différents pays. Bien que les chiffres relatifs à l'autisme soient fiables, il faut les prendre avec une certaine relativité, dans la mesure où l'autisme est un syndrome aux formes multiples, dont la fréquence peut varier en fonction des critères retenus et des classifications.

Selon la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10) l'autisme affecte les fonctions cérébrales et donc considérées comme un trouble de développement d'origine neurobiologique dont le diagnostic se fait sur la base de caractéristiques du comportement et du développement. L'autisme se caractérise par une altération des interactions sociales, de la communication et par des comportements stéréotypés et des intérêts restreints.

Les causes de l'autisme restent mystérieuses, bien que quelques hypothèses ont, néanmoins été avancées. On croit que l'autisme pourrait être lié à des facteurs génétiques et environnementaux, à une anomalie ou à une lésion cérébrale.

Les enfants atteints du syndrome autistique vivent dans un monde propre à eux; ne comprennent pas ce qu'on leur dit lorsqu'on les interpelle par le geste ou la parole. Souvent, ils ne parlent pas, mais émettent des sons, ne peuvent pas lire, écrire ni établir une relation sociale. Notre environnement est étrange par ses structures et ses modèles. Ils trouvent des difficultés d'adaptation à la vie sociale et scolaire.

Les parents choisissent un mode de garde en milieu ordinaire prépare l'insertion dans la société pour leur enfant autiste avant six ans, les parents pensent comment aider leur enfant autiste ? L'accueil en crèche, halte-garderie et à l'école maternelle peut être bénéfique pour une première socialisation en dehors du cercle familial. L'accueil se fait en fonction de conditions propres à la structure et notamment de la disponibilité du personnel, mais aussi des attentes de la famille, ainsi que de l'accompagnement spécialisé qui peut lui être proposé.

Ce type d'accueil, qui peut être à temps partiel, correspond le plus souvent à une activité professionnelle des parents ou à une situation assimilée. Elles doivent respecter des conditions d'accueil et d'encadrement spécifiques.

Les établissements privé spécialisé pour les enfants autistes ou la crèche est un lieu de vie, adapté au tout-petit dont le fonctionnement tente de répondre au plus près au rythme de l'enfant et à ses besoins spécifiques; elle l'accompagne dans son autonomie et l'apprentissage des premières relations sociales. Dans cet établissement, l'enfant sera pris en charge par des éducateurs ou éducatrices spécialisés (es).

L'éducateur ou l'éducatrice des enfants autistes est principalement responsable de la mise en application du programme éducatif et thérapeutique auprès des enfants. Tous les éducateurs et éducatrices ont à cœur de donner à chaque élève la possibilité de réussir et d'atteindre son plein potentiel. Ils organisent, animent et évaluent des activités de groupe, de sous-groupe et individuelles de façon à permettre à chaque enfant autiste de développer son potentiel. Ces activités stimulent les dimensions affectives, physiques et motrices, et morales, cognitives et langagières du développement de l'enfant. (Ministère de la Famille, 2014, p.08).

En Algérie, l'autisme est très mal connu et l'accès des enfants autistes à l'institution de prise en charge demeure difficile, par manque ou insuffisance d'établissements spécialisés dans l'accueil des personnes autistes, et le manque des professionnels formés sur l'autisme ainsi que le manque des axillaires de vie qui peuvent accompagner ces enfants dans leurs domiciles et dans les services de garde. Mais grâce aux associations et à quelques bonnes volontés, la sensibilisation sur l'importance des centres spécialisés et l'accès aux écoles ordinaire connaît quelques éclaircies. Cependant, quelques services de gardes (les crèches, halte garderie...) ont accepté de mettre en place de classes spécialisées pour accueillir ces enfants.

On constate que les enfants autistes sont placés dans les CMP au même titre que les enfants handicapés mentaux auxquels ils sont purement et simplement aucune prise en charge éducative et thérapeutique ne leur est appliquée par les éducateurs et psychologues généralement.

Problématique et hypothèse

Les parents comprenant la spécificité du « mal » de leurs enfants tentent de remédier à cette situation et se regroupent en associations pour défendre les intérêts moraux et matériels de leurs enfants. Ces associations localisées dans les grandes villes du pays comme Constantine, Alger, Blida et Tlemcen, multiplient les démarches pour obtenir des autorités une prise en charge spécifique à leurs enfants, dont le droit à l'inclusion de leurs enfants dans les écoles et les crèches.

Selon le Décret exécutif N 12-05 ,4 janvier 2012 partant statut type des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisé pour enfants handicapés, publiés dans le journal officiel de la République algérienne N05: Les centres psychopédagogiques sont des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisés pour enfants handicapés. Il s'agit de structures publiques à caractère administratif. Ces établissements ont pour missions d'assurer l'éducation et l'enseignement spécialisés des enfants handicapés âgés de trois ans jusqu'à l'accomplissement de leurs cursus scolaires en milieu institutionnel spécialisé et/ou en milieu ordinaire, ainsi que de veiller à leurs santés, à leurs sécurités, à leurs bien-être, et à leurs développements.

Le petit d'homme est avant tout un être de relation. Il est relié d'abord à ses parents et puise là les ressources fondamentales à exister. Dans le lien qu'il noue ensuite avec ceux et celles qui prennent soin de lui, il doit pouvoir conforter sa sécurité psychique.

L'enfant autiste qui na pas déjà vécu à l'extérieur de son foyer, on pourrait croire qu'est plus confiant face à la transition. Toutefois, il est toujours en insécurité, même s'il a fréquenté un service de garde, parce que les enfants atteints d'autisme rencontrent également de nombreuses difficultés pour planifier leurs actions, maintenir leur attention sur une tâche et s'adapter aux changements de l'environnement, laissant ainsi au regard extérieur l'impression de ne pas savoir s'organiser, d'être rigide et de manquer de flexibilité.

Il est également essentiel que, dès les premières rencontres, l'éducatrice établisse une relation de confiance avec l'enfant autiste. Ceci sera plus facile si l'enfant a déjà rencontré l'éducatrice à quelques reprises et si on a pu le rassurer que cette éducatrice l'accueillera et l'aidera, tout comme le font ses parents.

Donc l'éducatrice doit établir une bonne relation avec chaque enfant de son groupe. Une bonne relation se base sur un intérêt authentique pour la personne qu'est l'enfant autiste et pour son bien-être présent et futur. L'enfant autiste aura une relation positive avec une éducatrice qui est présente, qui répond à ses besoins, qui l'encourage, qui reconnaît et célèbre ses succès, qui le rassure lorsque nécessaire et qui lui accorde la chance de se reprendre. L'enfant autiste doit savoir qu'il peut compter sur l'éducatrice en tout temps.

Les enfants atteints d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Ayant des difficultés à entrer en contact avec l'autre. (Nathalie, Daniel, 2009, P.9-10).

Problématique et hypothèse

On dira que les éducatrices qui s'occupent des enfants autistes sont devant d'une immense difficulté, il est évident qu'il est nécessaire d'avoir un certain nombre de qualités, aimer son métier et être compétent pour s'occuper d'eux. Il est important d'avoir beaucoup de patience, et de savoir faire face. (Devillard, 1984, p.95-101).

L'intégration des enfants autistes en milieu scolaire ordinaire et dans les services de garde (crèche) sont dans l'ensemble descriptif en raison de la difficulté à contrôler les liens de causalité pouvant exister entre l'intégration de l'enfant les compétences sociales et apprentissage. Globalement, les recherches s'orientent dans trois directions :

- La mesure du lien entre les caractéristiques cliniques de l'enfant autiste et la qualité de son intégration dans les services de garde et en milieu scolaire ordinaire qui est évaluée en temps d'intégration. (Pry, Yanni et Baghdadli, 2008).
- La mesure des effets positifs possibles de l'inclusion mis en rapport avec l'intensité des déficits de l'enfant autiste. (Paquet, 2008).
- L'intégration dans les services de garde et dans l'école l'enfant autiste est mesurée au niveau de la qualité de l'intégration sociale. Cette notion d'intégration est variable. Les indicateurs de mesure retenus par la plupart des auteurs portent sur l'acceptation de l'enfant autiste par ses pairs, et sa capacité à développer davantage d'interactions sociales avec eux en situation inclusive.

De ce fait, nous essaierons de cerner notre problématique en limitant notre champ de recherche aux questions suivantes :

- 1- Est- ce que l'éducatrice exerçant avec l'enfant autiste rencontre des difficultés ?
- 2- Quelles sont les difficultés que les éducatrices rencontrent face aux troubles du comportement chez les enfants autistes ?

Hypothèse :

Pour répondre à la question que nous avons posée au départ, nous avons supposé les réponses suivantes :

– Hypothèse générale :

- l'éducatrice exerçant avec l'enfant autiste rencontre des difficultés face aux troubles du comportement.

Problématique et hypothèse

– **Hypothèses opérationnelles :**

- 1- Les difficultés rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes sont liées au difficulté d'interaction.
- 2- Les difficultés que rencontre l'éducatrice avec l'enfant autiste sont liées au trouble de langage et de la communication.
- 3- l'éducatrice rencontre des difficultés à maîtriser les comportements répétitifs.

Définition des concepts clés et leur opérationnalisation

1. Définition de l'autisme :

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui impacte particulièrement les interactions et la communication sociale ainsi que les comportements dit "restreints et répétitifs" selon les critères de la dyade autistique du DSM 5. L'autisme peut être ou non accompagné d'une déficience intellectuelle ou d'autres comorbidités (pathologies associées) comme la dépression, les troubles du sommeil, des apprentissages ou l'épilepsie. Les causes sont génétiques et environnementales.

Opérationnalisation du concept :

L'autisme est un trouble sévère et durable de développement, est réputée durer toute la vie, il interfère avec le développement et les apprentissages de tous ordres. Il est intéressant de souligner que les premières personnes à avoir reçu le diagnostic d'autisme viennent tout juste d'atteindre le troisième âge (3ans). Il touche en même temps :

- Les interactions sociales,
- La communication verbale et non verbale
- Le comportement répétitif, stéréotypé, des intérêts restreints.

2. Définition de Trouble du comportement :

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).

Opérationnalisation du concept :

- Agitation
- Replie sur soi
- Résistance au changement
- stéréotypé
- Hyperactivité
- Difficulté de concentration et de communication



Partie théorique



Chapitre I

*Enfant autiste et troubles du
comportement*

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 XIXème siècle, la pathologie mentale de l'enfant, 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. (Mazet et Collaborateur, 2001, p.28).

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 en identifiant et choisissant tous les deux le terme « autistique » et ils ont dépeint de façon si précise et complète les comportements de ces personnes. (Carol et Bruno, 2003, p.8).

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. (Ritvo et Laxer, 1983, p.14).

Bleuler introduit le terme d'autisme en psychiatrie adulte dès 1911 mais pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistent 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. (Carol et Brno, 2003, p.9).

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. (Lelord et Sauvage, 1990, p.129).

Les premières confirmations européennes de l'existence de ce syndrome furent données en 1952 par Van Krevelin en Hollande, et L.Stern en France. (Villard, 1984, p.68). 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, p.69).

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, Noyer, 2007, p.26).

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. (Carole et Bruno, 2003, p.11).

2. Définitions de l'enfant autiste :

2.1. Définition de la période de l'enfance :

« Période de la vie de la naissance à la puberté, laquelle marque le début de l'adolescence ». (Henriette, 2002, p.327).

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. (Baudier et Celeste, 2002, p.9).

2.3. Définition de l'autisme :

- 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 ». (Sillamy, 1999, p.31).
- 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 ». (Lelord et Sauvage, 1990, p.117).

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. (Silamy, 2004, p.223).

3. Les étapes du développement d'un enfant autiste de la naissance jusqu'à 4 ans :

3.1. De 0 à 6 mois :

❖ Perception :

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

❖ Motricité :

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

❖ Interaction sociale :

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

❖ Communication :

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

❖ Comportement :

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

3.2. De 6 à 12 moi :**❖ Perception :**

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

❖ Motricité :

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

❖ Interaction social :

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

❖ Comportement :

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

3.3. 12 mois à 1an :**❖ Perception :**

- Il s'intéresse aux objets lumineux

❖ **Motricité :**

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

❖ **Interaction social :**

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

❖ **Comportement :**

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

3.4. 1 à 4ans :

❖ **Motricité :**

- Mouvements anormale du corps.
- Jeux étrange et inconnu avec les objets. (Juhel, 2003, p.48).

❖ **Interaction 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.

❖ **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).

❖ **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. 6 ans et plus :**❖ Motricité :**

- Diminution de l'équilibre.
- Position de marche spéciale marche sur la pointe des pieds.

❖ Interaction 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, p.49).

❖ 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.

❖ 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 tâches impliquant l'usage machinal de la mémoire (répétitions de dates, de liste, de questions, langage souvent hors de propos). (Ibid, 2003, p.49).

4. Les types de l'autisme :**4.1. L'autisme infantile :**

« L'enfant trouve dans son retrait autistique le seul recours possible à une expérience intolérable du monde extérieur, expérience négative vécue précocement dans sa relation avec sa mère et son environnement familial ».

Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints.

L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais c'est déficits persistent à l'âge adulte, l'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables.

❖ Selon CIM-10 :

L'autisme infantile est caractérisé par :

- un développement altéré, manifesté avant l'âge de trois ans et une perturbation

Caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques.
- Altérations qualitatives de la communication.
- Comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé.

Le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple, des phobies, des perturbations du sommeil et d'alimentation, des crises de colère et des gestes auto agressifs. (Bertrand, 2008, p.32).

❖ Selon DSM-IV :

Les caractéristiques essentielles du trouble autistique sont un développement nettement déficient de l'interaction sociale et de la communication.

L'altération des interactions sociales réciproques est sévère et durable, souvent la perception qu'a l'enfant des autres personnes est très altérée.

L'enfant atteint peut ignorer les autres enfants, n'avoir aucune notion des besoins d'autrui ou ne pas remarquer la détresse d'une autre personne.

L'altération de la communication est marquée et durable, elle affecte à la fois les capacités verbales et les capacités non verbales.

Les structures grammaticales sont souvent immatures, le langage est utilisé de manière stéréotypée et répétitive, ou bien le langage est idiosyncrasique (langage qui ne prend sens que pour les personnes habituées au style de communication du sujet).

La compréhension du langage est souvent très tardive et l'individu peut être incapable de comprendre des questions ou des directives simples.

Une perturbation dans la pragmatique du langage se traduit souvent par l'incapacité à coordonner la parole avec la gestuelle ou à comprendre l'humeur ou des aspects non littéraux du discours, comme l'ironie ou le sous-entendu. (DSM-IV, 1996, p.87).

4.2. L'autisme atypique :

L'autisme atypique est une forme particulière des troubles envahissants du développement.

Cette catégorie existe soit, en une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque ou des capacités de communication verbale et non verbale, soit des comportements, des intérêts et des activités stéréotypés, cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental. (Bertrand, 2008. P.33).

❖ Selon CIM-10 :

L'autisme atypique diffère de l'autisme infantile, cette catégorie doit être utilisée pour classer un diagnostic d'un développement anormal ou altéré, il se manifeste après l'âge de trois ans et ne présente pas des manifestations pathologiques suffisantes, dans un ou deux des trois domaines psychologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interaction sociale) réciproque, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif); il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines, l'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type répétitif. (Bertrand, 2008, p.33).

❖ Selon DSM-IV :

L'autisme atypique est compris dans le trouble envahissant du développement non spécifié. On doit se servir de cette catégorie quand existe une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associé à une altération des capacités verbales et non verbales, ou à la présence de comportement, intérêt et activités stéréotypés.

Il ne faut pas alors que les critères d'un trouble envahissant du développement spécifique, d'une schizophrénie, d'une personnalité schizoïde ou d'une personnalité évitant soient remplis.

Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme d'« autisme atypique » des tableaux cliniques, qui diffèrent de celui du trouble autistique par un âge de début plus tardif, par une symptomatologie atypique ou sous seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques. (DSM-IV, 1996, p.93).

4.3. Le syndrome de Rett :

Ce trouble se caractérise par des anomalies graves, dont l'altération des interactions sociales, absence ou troubles du langage ralentissement de la croissance crânienne et la perte d'usage des mains qui se manifeste généralement après une année à deux ans suivant un développement normal.

Le syndrome de Rett provoque chez l'enfant un état très grave de retard mental, avec des difficultés sociales et physiques majeures. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. (Bertrand, 2008, P.34).

Cependant, des différences notables, tant dans la symptomatologie que dans l'évolution et dans la prise en charge thérapeutique de ces enfants imposent de bien différencier ces deux affections. La prévalence de cette maladie est d'environ 1 pour 10 000 (selon le DSM IV, 1994) et le syndrome survient uniquement chez la petite fille.

Les aspects cliniques très caractéristiques sont les suivants :

- Après une grossesse, un accouchement et les premiers mois de vie normale, avec un développement neurologique et mental satisfaisant, surviennent vers la fin de la première année ou au début de la seconde, un arrêt et une régression du développement psychomoteur.
- Parallèlement apparaissent des symptômes d'allure autistique : perte d'intérêt pour les personnes et les objets avec faciès inexpressif et immobile, regard vide bien que l'évitement du regard ne soit généralement pas retrouvé.
- D'autres signes neurologiques apparaissent ; l'utilisation des mains, qui s'était développée normalement jusque-là, régresse et est remplacée par des stéréotypies manuelles très caractéristiques du syndrome, comme frotter les mains croisées devant la poitrine ou frapper les dents ou la bouche. Des troubles neurologiques du tronc et des membres se développent avec une ataxie (incoordination des mouvements) freinant l'équilibre et la marche qui deviennent instables.
- Le langage, s'il avait existé, régresse également.
- De même, la courbe de croissance du périmètre crânien se ralentit.
- L'évolution se fait généralement vers une stabilisation autour de l'âge de trois ans dans un tableau qui ne comporte alors plus de signes autistiques, mais qui est un tableau clinique d'allure démentielle avec incoordination motrice, absence de langage et manque total d'autonomie.

D'autres signes neurologiques peuvent encore venir se surajouter. Dans les formes graves, l'évolution se fait vers un état cachectique. (Doare, 2000, p.15).

❖ Selon CIM-10 :

Ce trouble décrit uniquement chez les filles, caractérisé par un développement initial apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche et de l'usage des mains, associé à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre sept et vingt-quatre mois. La perte des mouvements volontaires des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation, est caractéristique de ce trouble. Une apraxie se manifeste à partir de l'âge de quatre ans. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère. (Bertrand, 2008, p.34)

❖ Selon DSM-IV :

La caractéristique essentielle du syndrome du Rett est l'apparition de déficiences spécifiques multiples faisant suite à une période de développement postnatal normal. On observe une décélération de la croissance crânienne, et une fréquence accrue de crises d'épilepsie. À l'imagerie cérébrale, des anomalies non spécifiques ont été rapportées. (DSM-IV, 1996, p.85-86).

4.4. Le syndrome d'Asperger :

Asperger décrit chez ses jeunes patients une pauvreté des relations sociales, des anomalies de la communication et le développement d'intérêts particuliers. Ce psychiatre note aussi que ces enfants, bien que présentant des déficits sociaux, étaient capables d'atteindre un certain niveau de réussite et d'être intégrés socialement. Mais les enfants qu'il décrit avaient de bonnes possibilités intellectuelles et avaient une expression moins sévère de l'autisme que ceux décrits par Kanner.

Les critères diagnostiques du syndrome d'Asperger sont similaires à ceux de l'autisme sur le plan des interactions sociales et la présence d'intérêts et de comportements répétitifs ou stéréotypés. Par contre, aucun retard quant au développement du langage n'est noté. En fait, ces enfants acquièrent généralement le langage parlé de façon précoce (Motton, 2004), mais celui-ci est toutefois utilisé plus souvent dans un but concret et rarement pour une fin sociale. Les premières manifestations du syndrome d'Asperger sont donc remarquées plus tard comparativement à l'autisme, généralement après l'âge de trois ans. (Atwood, 2007). (Rousseau, 2009, p.43).

Le syndrome d'Asperger est caractérisé par un QI normal et l'acquisition du langage dans les délais habituels. Cependant, les compétences linguistiques pragmatiques sont habituellement perturbées. Les problèmes de réciprocité sociale, la présence d'obsessions et de comportements rituels sont similaires à ceux rencontrés dans l'autisme en général. (Lelord et Barthelemy, 1989, p.189).

❖ Selon CIM-10 :

Ce trouble est caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou développement cognitif. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte. (Bertrand, 2008, p.34).

❖ Selon DSM-IV :

Les caractéristiques essentielles du syndrome d'asperger sont une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale et le développement de modes de comportement d'activités et d'intérêts restreints, stéréotypés. La perturbation doit entraîner une altération cliniquement significative dans le fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants. À la différence du trouble autistique, il n'existe pas de retard ou d'anomalie cliniquement significative à l'acquisition du langage bien que des aspects plus subtils de la communication sociale puissent être affectés. Il n'y a eu pas de retard significatif sur le plan clinique dans le développement cognitif, ainsi qu'en témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard à l'acquisition, en fonction de l'âge, de compétences d'apprentissage et de comportements adaptatifs. (DSM-IV, 1996, p.90).

5. Les signes cliniques de l'autisme :

Selon la référence en psychiatrie (le DSM IV), l'autisme est une maladie appartenant aux « troubles envahissants du développement ». Elle se caractérise par des troubles dans trois grands domaines :

5.1. Troubles du contact et les relations sociales :

Se manifestent par une incapacité à réguler les comportements non verbaux, tels que contact visuel, mimique faciale, postures corporelles et gestes. L'enfant autiste ne va pas tenter de faire partager ses plaisirs, ses intérêts avec d'autres personnes (par exemple : il ne va pas désigner du doigt l'objet qui l'intéresse). Un autre problème est l'incapacité de se représenter ce que peut penser l'autre (cécité mentale). La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, puisque 75 % d'entre eux auraient un quotient inférieur à 70 et 50 % se situeraient entre 25 et 50. (Roge, 2004, p.41).

Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale. De plus, le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence. (Lelord et Masson, 1990, p.252).

5.2. Troubles de langage et des communications :

Chez les enfants suspectés ou diagnostiqués autistes, on peut noter la présence d'un langage déviant, d'un retard voire d'une absence de langage, « sans compensation par d'autres modes de communication non verbaux, « Ce qui fait ainsi défaut, c'est l'appétence à l'utilisation de l'expression orale et des mots dans le but de s'engager dans une relation réciproque avec d'autres personnes et dans des activités sociales». (Trevvarthen, 2007, p.218).

Ici encore, c'est la difficulté de création de liens sociaux qui est mise en avant. Chez les personnes autistes utilisant, la parole a recensé sept particularités langagières

- un choix des mots inhabituel ;
- une inversion du pronom ;
- une écholalie ;
- un discours incohérent ;
- l'absence de réponse aux questions ;
- une prosodie anormale ;
- un manque de motif/mobile pour communiquer verbalement ou par des gestes.

Concernant les comportements écholaliques, on précise que l'on distingue l'écholalie immédiate de l'écholalie différée. On parle d'écholalie immédiate lorsque la séquence répétée en écho est tirée de la situation présente, et d'écholalie différée lorsque la séquence répétée en écho est tirée d'une situation antérieure à la situation de communication. Les séquences écholalies peuvent être de différentes natures: elles peuvent être un mot, une suite de mots ou une partie de phrase, mais également une mélodie. (Touati, 2007, p.13).

L'écholalie n'est pas un phénomène propre à l'autisme. Il est important de préciser que selon le dictionnaire d'orthophonie, « la valeur communicative de l'écholalie est controversée ». (Brin, Courier, Lederle et Masy, 2004, P.86).

Alors que certains auteurs apparentent l'écholalie à un comportement stéréotypé intervenant à un moment inapproprié, d'autres, lui donne la statue de « langage par citations ». (Touati, 2007, p.16).

Aussi considèrent que « quand le langage est présent, il serait [...] erroné de le décrire comme dénué de valeur de communication et relevant du domaine du non-sens ». (Touati, 2007, p14).

(Mutisme, retard dans l'acquisition du langage, problèmes de compréhension). Les premiers signes que l'on perçoit au niveau du comportement du bébé se manifestent par l'évitement du regard de sa mère et par le manque d'attention conjointe (c'est-à-dire que le bébé ne porte pas attention aux mêmes choses que sa mère). Une autre manifestation est le retard ou l'absence de langage parlé. Non seulement l'enfant parlera plus tardivement, mais de plus, la signification des mots utilisés n'est pas la même que celle que nous leur attribuons. Ou encore, ce langage peut régresser et disparaître totalement. Mais une fois que l'enfant a commencé à parler, le langage peut être parfaitement normal. (Ritvo et Laxer, 1983, P.50).

5.3. Comportements, activités et intérêt répétitifs et/ou restreints :

La vie de famille est perturbée par les problèmes de comportement de l'enfant autiste, spécialement si l'enfant développe une attitude agressive ou s'automutile. Souvent une hyperactivité et des troubles du sommeil ou de l'alimentation aggravent les problèmes de comportement, tomber malade devient un luxe, se reposer est impossible, les parents sont submergés par la fatigue. Les relations familiales sont tendues, les frères et sœurs sont ou se sentent négligés de ce fait. La famille vit dans une situation de stress chronique qui mine l'endurance des parents et les conduit souvent au divorce, laissant à l'un d'entre eux, le plus souvent la mère, la charge d'élever seule ses enfants, avec tout ce que cela implique. Stéréotypies ; difficultés à exprimer des émotions et à comprendre celles des autres. (JUHEL, 2003, P.48).

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

L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autre jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (ROGE, 2003, p.25).

6. Autres signes :

6.1. 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 station 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. (Roge, 2003, P.26).

6.1.1. Des problèmes moteurs :

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discretes 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, p.27).

Au niveau de la motricité global, 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 leurs 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 paradoxal développement normal, subsiste à un stade ou 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 est 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, p.27).

6.1.2. Des problèmes sensoriels :

Il est très important de porter une grande attention à l'environnement sensoriel des personnes avec autisme et tout particulièrement à celui des enfants, car, à l'instar des grandes personnes, ils n'ont pas encore de réelles possibilités de l'adapter à leur convenance. Outre le caractère désagréable, voire douloureux d'une sur stimulation sensorielle, quelle qu'en soit la nature, les capacités cognitives se trouvent considérablement réduites au cours de celle-ci, comme si la plus grande partie de l'énergie psychique était absorbée par cette sur stimulation, entre autres dans les essais de maîtrise, d'ailleurs pas toujours couronnée de succès, des réponses émotionnelles déclenchées par cette excitation. (Caucal et Brrunod, 2013, p.141).

Il existe chez l'enfant autiste des particularités sensorielles qui peuvent concerner un ou plusieurs canaux. Les modalités concernées sont variables selon les enfants. Ces particularités se manifestent par des seuils de réponse différents par rapport à la norme. Ainsi, le seuil de réponse peut être plus faible que la norme pour une modalité sensorielle, on parle alors d'hypermotilité. A contrario le seuil de réponse d'un autre canal sensoriel peut être plus élevé et on parle dans ce cas d'hypomotilité. Ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6 ans.

L'enfant autiste réagit anormalement aux perceptions sensorielles et ceci est objectivé par son comportement. La réaction peut être excessive (hyper réaction) ou atténuée (hypo réaction) et se produire pour tous les organes des sens. (Ritvo et Laxer, 1983, P.48).

6.1.3. Troubles émotionnels :

Le lien émotionnel peut passer par certains aspects visuels ou sonores. L'enfant commence à montrer une émotion au moment de la séparation d'avec l'objet, l'enfant peut manifester une angoisse de ré-perte d'enveloppe. Comme s'il y avait arrachement, lorsque l'enfant quitte le corps de l'adulte, on peut remarquer une alternance de jubilation et de crainte dans les retrouvailles du regard.

Les émotions apparaissent avec des crises de colère ; de pleurs ; de joie appropriée set apparaissent avec possibilités d'échanges tendres. Le matériel va pouvoir être utilisé comme tiers dans la relation à l'enfant. La séparation va commencer à être acceptée sans angoisse. (Soularol, 2003, P.106-142).

L'ensemble de ces signes conduit à classer aujourd'hui l'autisme parmi les troubles envahissants du développement. Ainsi pour qu'il y ait mise en place des remédiations et des prises en charge thérapeutiques efficaces et spécifiques aux problèmes de l'autisme il faut reconnaître précisément les déficits et les capacités et caractérisé la nature de ces déficits et leurs mécanismes. (Bruno et Raphaele, 1998, P.34).

6.2. Troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont pratiquement la règle. L'enfant reste éveillé longtemps 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. L'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues heures sans se manifester. Il est alors 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.

Il se lève parfois pour se livrer à des manipulations stéréotypées d'objet ou simplement déambuler. (Roge, 2003, P.27).

6.3. Troubles de l'alimentation :

Les problèmes d'alimentation chez les personnes atteintes d'autisme ont jusqu'à présent, expliqués sous l'angle sensoriel, plus précisément du point de vue de l'hypersensibilité sensorielle. D'une part parce que nous n'avons pas encore expliqué pourquoi une personne a des problèmes d'alimentation. D'autre part parce que trop peu de conseils ont été présentés jusqu'à maintenant. La partie suivante essaie d'y remédier en expliquant comment la théorie sur la cécité contextuelle chez les personnes atteintes d'autisme les personnes atteintes d'autisme n'ont donc plus aucune garantie que ce qu'elles mangent soit comestible si justement ces détails spécifiques venaient à changer.

Les enfants autistes présentent d'importantes particularités sensorielles, qui vont gêner le bon déroulement du repas. Ils peuvent notamment être sensibles à la lumière, aux bruits, à certaines textures ou certaines odeurs. Ces spécificités ont des répercussions sur leur alimentation, qui est souvent très sélective. (Prudhon et Tuffreau, 2012, P.91- 104).

6.4. 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 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 transit 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 fait de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté. (Chossy, 2003. P.28).

7. Diagnostic de l'autisme :

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant. 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. Établir le diagnostic demande sensibilité, jugement et intuition. Il n'y a pas de tests spécifiques pour l'autisme ; il n'y a pas de symptômes particuliers (rien n'est pathognomonique). Il n'est pas de symptôme absolu soit pour confirmer, soit pour infirmer le diagnostic. (Laxer et Ritvo, (1983), P.39).

Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de la 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.

Un nouveau-né comprend spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câline. Le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, par contre un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne cherche pas le regard. On remarque au cours des trois premiers mois, trouble alimentaire le bébé autiste ne tète pas bien, s'alimente difficilement. On observe aussi des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est agité, il garde les yeux ouverts, ne bouge pas ne dort pas. Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste il peut rester dans son lit pendant longs moments, a regardé les objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement à jouer. (JUHEL, (2003). P.41).

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 repérer 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.

8. L'évaluation de l'autisme :

8.1. L'évaluation

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection. Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (Lelord et Sauvage, 1991, p.99).

Ceci permet d'orienter le diagnostic vers l'une des quatre grandes catégories de trouble envahissant du développement (TED) :

- L'autisme infantile : dont le diagnostic repose sur les critères suivants :
- Apparition des troubles avant l'âge de 3 ans
- altération qualitative des interactions sociales
- altération qualitative de la communication et du langage
- comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.
- L'autisme atypique : qui diffère de la forme précédente par sa survenue plus tardive (après 3 ans).
- Le syndrome de Rett : touche essentiellement les filles. Après un développement normal, il se manifeste par une phase de régression rapide avant l'âge de 3 ans. Perte de coordination manuelle, perte de la station debout, cerveau qui arrête de grossir.
- Le syndrome d'Asperger : se caractérise par des comportements stéréotypés et des anomalies dans l'interaction sociale. En revanche le développement cognitif et le langage sont d'un bon niveau.

8.2. Examen médical :

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neurophysiologie va croissant. On s'attarde sur l'exploration des incidents liés à la grossesse, à l'accouchement ; ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques... Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui se sont longtemps ignorées ; telles que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle... se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences. Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (Lelord et Sauvage, 1991, P.59). Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie... Il recherchera notamment :

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

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

8.3. Bilan psychomoteur :

Il est également important à réaliser de manière précise, car il nous renseigne en particulier sur la manière dont l'enfant investit son corps. Par exemple, il peut révéler la méconnaissance, de la part de l'enfant, de certaines parties de son corps, comme les parties qu'il ne peut pas voir par l'absence de représentation mentale de celles-ci. L'évaluation portera sur :

- le développement des acquisitions posturales et motrices.
- le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication (Échelle d'évaluation du comportement psychomoteur). (Lelord et Sauvage, 1991, P.162).

8.4. Evaluation psychologique :

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant. Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation spatiale temporelle ce constat est essentiel pour le diagnostic différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs. Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets... On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit par SCHOPLER et REICHLER en 1980, la psycho éducationnelle profil (PEP). (Lelord et Sauvage, 1991, P.162).

Cet instrument d'évaluation assez particulier est préconisé dans un programme éducatif d'enfants autistes. Le PEP introduit de façon judicieuse la notion d'« émergence » lorsque l'enfant ébauche une réponse positive à la consigne sans la réaliser correctement ou complètement. Les profils résultant du test vont permettre d'adapter les activités proposées à l'enfant et de cibler spécifiquement les domaines dans lesquels l'enfant a les capacités de progression.

8.5. Evaluation du langage :

Environ un enfant autiste sur deux ne parle pas. Parmi ceux qui développent un langage, il intervient tardivement et rare s'il présente un bon niveau. La méthode d'évaluation est en étroite relation avec le problème posé et les buts recherchés. L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche. Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps. Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané.

Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe. Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (Rondal, 1989, P.320).

9. Diagnostique différentiel :

Le trouble autistique doit être différencié des autres troubles envahissant du développement (TED), alors que ce trouble touche beaucoup plus les garçons.

Les troubles du développement du langage, de type réceptif, l'enfant utilise génialement le contacte visuel et essaye souvent de communiquer d'une façon adéquate, au moyen de gestes, tandis que dans l'autisme infantile, il y a un manque total de réponse. (Ritvo et Laxer, (1983), P.136).

Le trouble autistique diffère des troubles dés intégratifs de l'enfance, car ce dernier représente un mode de régression développementale bien particulier, faisant suite à un développement normal ayant duré au moins deux ans. (Masson, 1996, P.83).

10. La classification de DSM :

Cette classification propose les critères suivants pour diagnostiquer le trouble autistique ou autisme :

A. Un total de six critères (ou plus) des groupes (1) (2) et (3) dont au moins deux critères de groupe (1), un critère de groupe (2) et un critère de groupe (3) :

- (1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au des deux éléments suivants :
 - (a) Altération marquée dans l'utilisation de divers comportements servant à réguler les interactions sociales, comme le contact oculaire, les expressions et mimiques faciales, les postures corporelles et les gestes ;
 - (b) Incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement;

- (c) Pas de recherche spontanée pour partager des joies, des plaisirs, des intérêts, ou des buts avec d'autres personnes.
- (d) Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.
- (2) Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
 - (a) Retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication alternatifs, comme la gestuelle ou les mimiques) ;
 - (b) Chez les individus maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à pour suivre une conversation avec les autres ;
 - (c) Utilisation stéréotypée et répétitive du langage ou langage idiosyncrasique ;
 - (d) Absence de jeu spontané de « faire semblant », « faire comme si » ou de jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.
- (3) Caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
 - (a) Préoccupation obsessionnelle circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation ;
 - (b) Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou des rituels spécifiques et non fonctionnels ;
 - (c) Activités motrices stéréotypées et répétitives avec maniérisme (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de l'ensemble du corps) ;
 - (d) Préoccupation persistante pour certaines parties d'objets.

B. Retard ou fonctionnement anormal dans au moins un des domaines suivants, apparus avant l'âge de 3 ans :

- (1) interaction sociale ;
- (2) langage nécessaire à la communication sociale ;
- (3) jeu symbolique ou d'imagination.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un diagnostic de syndrome de Rett ou de troubles dés intégratifs de l'enfance. (DSM-IV, 1996, P.84-85).

11. Les causes possibles de l'autisme :

À ce jour, il n'a pas été trouvé de cause unique à l'autisme et il est probable que plusieurs causes différentes peuvent entraîner le développement des signes de l'autisme.

11.1. Les facteurs génétiques :

L'intervention de facteurs génétiques parmi les causes de l'autisme est maintenant reconnue. Il s'agirait d'une transmission multi génique complexe. De nombreux gènes ont été détectés à partir de l'étude des différences entre sujets atteints, sujets apparentés ou sujets sains « gènes candidats » qui pourraient être impliqués dans l'autisme. Actuellement seules les anomalies sur les gènes q21-35 et le chromosome 17q ont été répliquées de manière significative. Les gènes de la neurologie, la neurexine SHANK semblent aussi impliqués, affectant la fonction synaptique par dysrégulation de la synthèse protéique. (Mottron, 2004, P.50).

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus et/ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée. Un exemple connu est celui de la poliomyélite qui, pendant longtemps, a été considérée comme une maladie héréditaire avant la découverte des virus. Après cette découverte, on a trouvé que, si la population dans son ensemble était exposée au virus, seuls étaient atteints ceux qui avaient un manque de résistance génétiquement déterminé.

Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles qui, ainsi, auraient des enfants autistes. Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable 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 résisteraient à de tels traumatismes.

On explore actuellement cette hypothèse qui paraît intéressante, en étudiant les facteurs sanguins des familles comptant deux ou plusieurs enfants autistes avec, en même temps, un autre enfant normal. (Edward, Gloria, 1983 P.34).

11.2. Les facteurs neurobiologiques :

C'est un dysfonctionnement neurologique provoqué par une atteinte biochimique affectant les neurotransmetteurs. Les messages que les sens transmettent au cerveau sont mal reçus ou mal interprétés. Des prédispositions génétiques ainsi que, probablement, des processus biologiques intervenants sont avant, soit pendant, soit après la naissance sont susceptibles de gêner le développement du cerveau. Il est en résulte une appréciation confuse de la vie et de l'environnement. (Boulekras, 2009, P.15).

11.3. Les facteurs cognitifs :

On se rend compte de plus en plus que la personne autiste souffre d'un mélange d'anomalies. Face à cet assortiment ; de déséquilibre sensoriel, trouble de l'attention, problèmes de saisie et d'intégration de l'information. Plusieurs hypothèses concernant le traitement de l'information chez les personnes autistes ont été formulées. Les travaux d'Hermeline et O.' Connors, en 1970 ont montré que les performances dans le domaine du rappel d'une information verbale ne sont pas améliorées chez les autistes par l'organisation des mots. Les données sont stockées sous forme brute et qu'elles ne font pas l'objet d'une organisation en fonction du sens. (File://A:/Autisme, approche cognitive de l'autisme).

Il semblerait que les personnes atteintes d'autisme aient un déficit au niveau des fonctions exécutives, de la cohérence centrale ainsi que de la théorie de l'esprit. Selon le pédopsychiatre Andrew Meltezoff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme ; leur incapacité à se représenter ce que les autres pensent.

On estime que vers l'âge de 4ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux. Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent. Par contre, les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux.

Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur, camarades...pensent et voient les choses autrement qu'eux. (Roge, 2004, P.40).

Synthèse :

On peut considérer que l'autisme est un trouble complexe, pour le comprendre ça nécessite des explications scientifiques concrètes, 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.

II. Troubles du comportement :

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 nôtre, 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.

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. (Wikipidia.org).

2. Les différents troubles du comportement chez un enfant autiste :

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 nôtre. D'où l'intérêt de bien préparer l'enfant en « verbalisant » écrivant / dessinant (représentant) ce qui va se passer.

2.6. Les colères, les hurlements :

Pourquoi l'enfant pleur-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 attentifs 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 dès 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'avalier.

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 chez un enfant autiste :

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 développé 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 y a 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 voit-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 (mêmes 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 :

❖ **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 décèler 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 précédente, 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 commencent 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.

❖ **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.

❖ **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.

❖ **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.

❖ 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.

❖ 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 comportement-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.

Synthèse :

L'autisme est un trouble du comportement le plus répandu. 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

Educatrice : rôle, difficultés et la prise en charge des enfants autistes

Préambule :

Pour qu'un enfant grandisse et prend sa place parmi les autres, il lui faut l'intervention d'un tiers, dont les premiers représentants sont les parents, mais comme il n'est pas encore capable, il a besoins du secours des autres. Ce sont alors les éducateurs qui font parties de ces autres.

1. Histoire de l'éducation spécialisée :

L'histoire de l'éducation est un élément très important de l'histoire sociale, économique et politique.

L'éducation spécialisée s'inscrit dans une histoire plus large qui est celle de l'éducation apparait comme un concept universel incontournable de l'espèce humaine, dans le sens qu'aucune société ne peut en faire l'économie autant pour ses enfants et pour elle même. En revanche, ses attentes, ses moyens, sa durée, ainsi que ses systèmes sont régit par des valeurs, des règles et objectifs qui s'avancent des circonstances et font de l'éducation à travers le temps une donnée dont le sens évolué constamment. (Cambon, 2006 p.48).

L'éducation spécialisée paraderait ses racines au-delà du champ domestique de l'éducation. Elle se fonde dans une combativité et une résistance empreinte de créativité contre l'ordre établi.

Au 17ème siècle, l'éducation était habituellement un processus informel ou les compétences et les valeurs se transmettaient d'une génération à l'autre par les parents, par les proches, ainsi que par les sœurs et frères plus âgés.

Dès la fin du 18ème siècle, les enfants sont repérés comme difficultés parce qu'ils émanant du milieu familial défavorisés et gravement perturbés dans leurs capacités d'amour.

La fin de la première guerre mondiale constitue en France un regain de nouveauté et d'innovation sociale politique, éducative.

DELIGNY JOUBERT, BERTRAND, apparaissent comme les pionniers d'une nouvelle forme d'éducation spéciale.

Aujourd'hui, l'éducation spécialisée est une discipline très importante dans la formulation professionnelle. (Combon, 2006, P.47).

2. Définitions :

2.1. L'éducation :

L'éducation est l'action de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales, physiques, intellectuelles, scientifiques...considérée comme essentielle pour atteindre le niveau de culture souhaitée.

L'éducation permet de transmettre d'une génération à l'autre la culture nécessaire au développement de la personnalité et à l'intégration sociale de l'individu. (Toupietionnaire-Dictionnaire de politique).

2.2. L'éducation spécialisée :

L'éducation spécialisée est l'ensemble des mesures qui organisent l'enseignement des jeunes éprouvants des difficultés psychologiques ou sociales, ou des handicapés.

L'éducation spéciale est une éducation destinée aux personnes qui ne réussissent pas ou ne réussiront vraisemblablement pas à atteindre, dans le cadre de l'enseignement ordinaire, les niveaux éducatifs, social et autres qui correspondent à leurs âge. (Larousse, 2003, P.317).

2.3. Educateur (trice) spécialisé(e) :

L'éducateur se distingue de l'éducateur spécialisé, au sens qu'il est professionnel d'une activité universelle, celle de l'éducation, ou d'une activité traditionnellement tournée vers le bénévolat ou l'action religieuse. Il est spécialisé, c'est-à-dire formé à une éducation particulière. Un éducateur se définit certes par sa formation sanctionnée par un diplôme d'état, mais aussi par la spécificité même du public qu'il accueille. (Cambon, 2006, P.22).

Educateur spécialisé est une personne qualifiée de l'écoute et de disponibilité, pour aider des personnes inadaptées (enfants, adolescents, adultes) à devenir autonomes afin de mieux s'insérer dans la société.

3. L'éducatrice et son rôle dans le service de garde :

Éducatrice d'un enfant autiste consiste à travailler comme intervenant spécialisé, avec des méthodes thérapeutiques et techniques destinées pour l'amélioration de leur état, en agissant sur les troubles de comportement, le langage, l'interaction sociale et l'autonomie, etc.

Le métier d'éducatrice est le travail social moins connu. L'éducatrice spécialisée apporte son accompagnement, son soutien et son aide à l'ensemble des publics en difficultés des enfants. (Ritvo, 1983, P.90-92).

Au Centre d'Accueil, les éducatrices spécialisées, les éducatrices des enfants autistes ont un rôle relationnel et éducatif. Il s'agit d'observer, élaborer, conduire un projet personnalisé pour chaque enfant accueilli, l'aider à trouver des moyens de communication avec autrui, créer des émotions, des sensations. Elles doivent anticiper ou provoquer des situations afin de rendre l'enfant plus actif et l'aider à trouver du plaisir dans ses moyens d'action.

Les éducatrices doivent privilégier, dans le projet éducatif, la notion de l'enfant, de son unité et de son originalité dans le groupe. S'individu consiste à s'affirmer en tant que sujet pour tendre vers une autonomie psychoaffective. Le travail sur l'autonomie malgré les incapacités fonctionnelles. Enfin, un accompagnement doit être effectué autour de la socialisation, visant le rapport du jeune enfant en situation de handicap avec l'environnement. Il s'agit alors de l'apprentissage des règles que le jeune est susceptible d'élaborer, son éveil sensoriel, le rapport avec sa famille, le désir d'aller vers autrui. Pour atteindre ces objectifs, les éducatrices s'appuient évidemment sur les situations de la vie quotidienne.

Le travail auprès des enfants autistes est relativement complexe. Cependant, la complexité de cet accompagnement fait que ce n'est pas toujours évident pour les professionnels de créer les conditions qui permettent malgré tout de considérer ces enfants comme porteurs de capacités, de possibilités de changement ou d'évolution. (Dreano, 2006, P. 279).

4. Les difficultés rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes :

Les éducatrices qui travaillent auprès des enfants autistes, peuvent se sentir démunies face à la difficulté à saisir le sens de leurs comportements, à comprendre leur fonctionnement, à savoir ce dont ils ont besoin et comment le leur apporter. C'est une qualité essentielle et indispensable au métier d'éducateur. Pour Carl Rogers, « percevoir de manière empathique c'est percevoir le monde subjectif d'autrui comme on était cette personne ». (Rogers Carl, www.biblioconcept.com).

Pour travailler avec des enfants autistes, nous devons comprendre un minimum ce qui les anime. Cependant, cette empathie paraît très difficile à mettre en œuvre avec des enfants autistes qui ont un rapport au monde, une sensibilité, une façon d’appréhender les choses qui est aussi éloignée de la nôtre. Il est très difficile d’arriver à faire comme si on était « à leur place », à imaginer ce qu’ils peuvent ressentir. Passer du temps avec cette catégorie des enfants implique également de dépenser une « énergie folle » tout en ayant l’impression que les progrès minimes obtenus sont insignifiants par rapport à l’investissement des professionnels. Accompagner ces personnes est souvent « épuisant » : du temps, de la patience, une écoute et une observation poussée sont nécessaires; persévérer, inventer, créer et déployer une grande énergie est également important pour tenter de comprendre ces enfants et d’établir un lien avec eux. De plus, reproduire cette expérience ne va pas forcément de soi. En effet, les conditions qui, la veille, étaient favorables peuvent ne pas fonctionner le lendemain, il faut alors recommencer. Et l’on s’épuise à tenter de comprendre, tenter de trouver des « points de contact », tenter d’avancer. On peut alors concevoir que « les réactions de rejet et l’usure nous menacent tous ». (Gabbal, Op. Cite, P.395).

Ainsi, ces sentiments de malaise, d’impuissance, d’usure, de rejet... que suscitent les personnes autistes et l’impression d’être démunis, de ne pas comprendre, de douter sans arrêt...peuvent parfois avoir un impact négatif sur leur accompagnement. Les professionnels (éducatrices) vont mettre en place des stratégies, des « mécanismes de défense » pour lutter contre les sentiments déstabilisants, voire destructeurs, qu’ils peuvent ressentir. Comme dans beaucoup d’institutions, le temps des réunions au Centre d’Accueil est occupé par des récits concernant des personnes qui monopolisent directement l’attention des professionnels, ceux qui sont dans la provocation par exemple. Dans ce domaine, nous pouvons nous référer à Maud Mannoni, psychanalyste française ; celle-ci a mis en place en 1969, à Bonneuil-sur-Marne, un dispositif institutionnel pour lutter contre ce risque : « l’institution éclatée » (Mannoni, 1973, P.77).

Travailler dans l’incertitude, à tâtons, fait partie de métier d’éducateur (éducatrice). Pourtant, dans le domaine de l’autisme, il semble que cette incertitude prenne des proportions démesurées tant cette catégorie des enfants paraît « loin » de l’éducateur (éducatrice). L’incertitude est un sentiment qui perturbe profondément certains professionnels, qui les déséquilibre, ceux-ci faisant alors le choix de « se créer » des certitudes, et ce, afin de se sécuriser.

Ces certitudes, nées de l' « imagination » des professionnels peuvent entraîner des confusions et des dérives, car les professionnels s'appuient sur leur façon de voir les choses, leur représentation : en disant par exemple qu'Anthony est dans la provocation quand il est en colère et qu'il tape des pieds, alors qu'il le fait souvent aussi quand il est content. Un même comportement suscite alors chaque professionnel une façon personnelle d'y répondre, ce qui ne favorise évidemment ni la cohérence et la cohésion des pratiques ni la stabilité dont les enfants autistes ont besoin. Il peut arriver que le sentiment d'impuissance du professionnel se transforme en une « dévalorisation » : « je devrais comprendre et je devrais savoir quoi faire. Si je n'y arrive pas, c'est que je suis un mauvais professionnel ».

Il va alors mettre en place une stratégie pour se protéger : il va notamment se persuader que ça ne sert à rien de persévérer, car il est évident que les personnes autistes sont tellement « ailleurs », qu'ils ont tant d'incapacités, que jamais ils n'évolueront, quoi qu'ils tentent de faire, les professionnels n'osant plus mettre en place de nouveaux projets de « peur » de se confronter à l'échec.(Lemay, 2005, P.120).

5. Les aptitudes de l'éducateur (trice) spécialisé(e) :

La diversité des emplois possibles ne permet pas de définir un profil type de l'éducateur. Mais quelques aptitudes semblent indispensables : celles qu'on attend de tout travailleur social :

- Sens des réalités ;
- Ouvertures d'esprit ;
- Qualité d'écoute ;
- Qualité d'initiative et d'organisation;
- Sens des responsabilités et du travail en équipe ;
- Excellent équilibre mental et affectif ;
- Ce métier exige un engagement complet, il est éprouvant au plan de l'équilibre personnel : l'éducateur notamment être capable d'accepter une remise en cause permanente de son action et de ses attitudes éducatives ;
- Capable aussi de dépasser les conflits qui peuvent surgir notamment dans la vie en établissement.

6. Les méthodes de prise en charge de l'autisme utilisée :

Est des méthodes ou stratégies diverses visant à aider les personnes autistes à compenser leur handicap. Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme, diverses approches de prise en charge ont vu le jour depuis la distinction clinique de l'autisme. Issues de diverses théorisations de l'autisme ces prises en charge sont principalement éducatives, psychothérapeutiques, mais elles peuvent aussi suivre d'autres aspects. Il existe enfin une dimension médicale.

6.1. La prise en charge éducative :

Les prises en charge éducatives regroupent un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées aux enfants et adolescents 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, même si certains enfants autistes peuvent le suivre en partie ou en totalité, notamment les enfants avec syndrome d'asperger. Le but est bien 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.

On peut dire que le prototype des prises en charge éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développée en Caroline du Nord dans les années 65-70, axée sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir de l'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement.

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 longs 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. (Chossy, 2003, p.114).

Ces programmes éducatifs préparent à l'apprentissage de la socialisation, un apprentissage qui ne pourrait se faire dans ces conditions aussi privilégiées au milieu scolaire. Ils forment aussi l'enfant d'âge scolaire à la maîtrise d'une activité structurée, indispensable pour l'accession à une formation pré professionnelle même élémentaire. Ils sont réalisés dans certains cas en collaboration avec une structure scolaire ou des enfants sans handicap remplissant un rôle de « tuteur » auprès des autistes. (Sauvage, 2007, P.208).

❖ **Le modèle de TEACCH :**

• **Histoire du programme TEACCH :**

Le programme TEACCH tel qu'on le connaît maintenant a été élaboré par Éric Schopler et ses collaborateurs de l'Université de Chapel Hill en Caroline du Nord. À l'origine, vers les années 60, le programme était fondé sur des principes psychodynamiques. L'intervention consistait en des thérapies de groupe, d'abord pour les enfants autistes, mais aussi pour les parents, alors soupçonnés d'être la cause du désordre. (cf. étiologie de l'autisme).

Schopler et Robert Reichler ont reconnu les limites importantes de cette approche et ont conclu que l'autisme était sans doute causé par une anomalie cérébrale inconnue. Ils se sont alors orientés vers la compréhension de ce dysfonctionnement et se sont mis à développer des environnements favorables aux besoins cognitifs des autistes. De leur côté, les parents ont été, eux aussi, considérés comme des, mais surtout comme les principaux agents d'une meilleure adaptation de leur enfant.

En 1966, Schopler et Reichler lancèrent un projet de recherche dans le but de développer et de mettre en application des programmes de traitement individualisés pour chaque enfant. Après avoir défini un plan de soins, le projet se proposait de le mettre en place en formant les parents à des techniques d'intervention spécifiques et en l'aidant à améliorer leurs interactions avec leurs enfants. Cette innovation en matière de stratégie de soins eut un succès qui dépassa même les plus grands espoirs des participants (Schopler et Reichler, 1971). Les parents adhèrent avec enthousiasme à la formation qu'on leur prodiguait. Beaucoup contribuèrent aux programmes d'intervention par des idées originales. En 1972, l'État de Caroline du Nord fit des 37 divisions TEACCH le premier programme d'état américain de diagnostic, de traitement, de formation, de recherche et d'éducation des enfants autistes et de leurs familles. (Lelord, 1989, P.163).

- **Le programme TEACCH :**

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped CHildren) ou Traitement et éducation des enfants autistes et souffrant de handicaps apparentés de communication est un programme de traitement et d'éducation pour les enfants de tous les âges, atteints d'autisme et de troubles apparentés du développement. En plus du volet éducationnel, la mission générale du programme est de développer des structures d'accueil spécialisées en autisme pour pouvoir à l'ensemble des besoins des personnes affectées, tout au long de leur vie. (Sauvage, 1988, P.47).

Il aborde les principales difficultés rencontrées par l'enfant autiste dans sa vie quotidienne.

L'hétérogénéité des capacités cognitives ; avec un déficit des performances sociales et verbales, avec l'impossibilité d'accéder à un langage abstrait et universel. Ainsi que l'inadaptation de la diversité des situations sociales dynamiques. De plus, l'intolérance aux changements dans le temps et l'espace.

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

L'efficacité du programme TEACCH a été évaluée positivement dans plusieurs études de suivi. Celle d'Ozonoff et Cathcat (1998) a comparé onze jeunes enfants autistes ayant bénéficié de la méthode TEACCH à domicile pendant quatre mois à un groupe contrôle de onze enfants autistes non traités par le TEACCH. Les deux groupes étaient appariés en fonction des scores et de la sévérité des comportements autistiques. Les résultats indiquent l'amélioration significativement plus importante (trois à quatre fois plus) des enfants traités par le TEACCH par rapport au groupe contrôle. L'amélioration correspond à l'augmentation des scores obtenus à l'évaluation dans les domaines spécifiques de limitation, la motricité fine, la motricité globale, les capacités non verbales et les scores globaux. (Lenoir, Malvy et Rethor, 2007 P.207.209).

Ce programme repose sur une prise en charge cognitive et comportementale dans laquelle parents et professionnels cherchent à développer les compétences de l'enfant autiste et à lui donner des stratégies de compensation. (Ould taleb, 2007, P.38-44).

TEACCH réalise donc une approche complète de l'individu dont l'objectif est une amélioration de la qualité de vie dans tous les milieux fréquentés et à tous les âges de la vie. Il articule intelligemment les services avec les activités de formation et avec la recherche. Plus de trente ans de recul permettent d'apprécier l'efficacité de ce système dont la transposition s'est effectuée avec succès dans de très nombreux pays. (Roge, 2003, P.153).

6.2. Les thérapies comportementales :

❖ Histoire de programme ABA :

L'ABA (Applied Behavior Analysis) ou Analyse Appliquée du Comportement, Ivar Lovas, Docteur en psychologie dans les années 60, entreprend des études scientifiques et cliniques. Ses recherches lui permettent de mieux comprendre les troubles envahissants du développement et les troubles autistiques en particulier. Il s'appuie sur les recherches de Skinner.

Ils sont les précurseurs de l'ABA, à partir des années 1980, l'analyse du comportement appliquée (ABA) a été reconnue aux États-Unis comme la prise en charge utile pour des personnes présentant des troubles comportementaux sévères. Depuis, de nombreux articles ont été publiés sur le traitement en analyse du comportement. Des auteurs internationalement connus comme Dr Krantz et Mc Clannahan ont plus de 800 références dans des revues internationales démontrant l'efficacité de l'ABA. Ce traitement est basé sur une démarche scientifique et utilise les principes de la recherche fondamentale. Celle-ci a mis en évidence que tout enfant apprend naturellement par les relations qu'il entretient avec son environnement physique et social. Les personnes ayant des troubles du développement et du comportement, notamment les enfants autistes présentent des difficultés d'apprentissage.

Elles ont besoin d'aide pour développer les apprentissages de base. Leurs difficultés de communication, d'interaction, de socialisation leur confèrent des difficultés d'adaptation et d'intégration. L'existence de comportements perturbateurs vient gêner les relations avec leur environnement et empêcher l'indépendance, l'autonomie, la liberté d'action. Dès lors, ce sont les comportements perturbateurs qui contrôlent la vie de l'enfant. L'objectif sera de l'aider à gérer ses comportements de façon suffisamment adaptée pour lui permettre de s'intégrer à la société. ([Site internet : www.vaincrelautisme.org/content/prises-en-charge](http://www.vaincrelautisme.org/content/prises-en-charge)).

- **La méthode ABA :**

L'ABA (Applied Behavior Analysis) est un programme qui repose sur ce modèle comportemental de l'apprentissage. Il a pour objectifs de construire le répertoire des comportements sociaux nécessaires à l'adaptation et de diminuer les comportements problématiques. Ce programme est ainsi conçu comme une intervention globale, menée partout, à tout moment.

Les enfants atteints d'autisme apprennent peu de manières spontanées dans leur environnement naturel. (Chossy, 2003, P.119).

En effet, les compétences qui conduisent à l'apprentissage, tel que motivation, discipline personnelle et curiosité, ne peuvent se développer, car les prés requis que sont le langage de base et les compétences relationnelles ne sont pas acquis chez un enfant autiste.

Une grande partie de ces enfants pourront être aidés par un entraînement intensif leur permettant de surmonter le blocage à l'apprentissage, et ceci par des règles et un cadre structuré. Cet entraînement intensif est basé sur des techniques de science comportementales telles que l'incitation et le renforcement positif. L'utilisation de cette attitude se fonde sur le principe que tout nouveau comportement viendrait à disparaître après un certain temps s'il n'y avait jamais de récompense.

Le but visé par la méthode ABA est la récupération complète avec intégration scolaire, conduisant à une perte du diagnostic de l'autisme. Afin d'atteindre cette guérison complète, la réunion de deux conditions est nécessaire : d'une part, la précocité de l'intervention (avant 4 ans).

Le traitement se base sur des techniques de modification du comportement tels l'indication, l'estompage, le façonnement, les renforcements négatifs (punition, réprimande verbale) ou positifs (récompense) l'extinction, la généralisation et le maintien des comportements adéquats. Ces prises en charge sont proposées de façon structurée, intensive (durées pouvant aller jusqu'à plus de 40heurs par semaine).

Généralement la première année de traitement consiste à réduire l'automutilation, apprendre à l'enfant à faire des demandes élémentaires enseigner l'imitation, à établir des jeux appropriés avec les jouets et promouvoir l'extension du traitement dans la famille.

La deuxième année de traitement met l'accent sur l'enseignement du langage expressif et abstrait. Le traitement s'étend jusque dans la communauté de l'enfant en vue de l'intégrer dans un groupe scolaire.

Dans la troisième année, on enseigne à l'enfant l'expression émotive, les tâches pré académiques comme la lecture, l'écriture, les mathématiques, et l'apprentissage par observation en vue de l'intégrer dans une classe ordinaire de première année.

De nombreuses études concluent à l'importance des effets thérapeutiques des méthodes comportementales intensives en s'appuyant sur l'observation d'une amélioration de l'intelligence, du langage ou de la sévérité de l'autisme. Trois paramètres pronostiques de l'efficacité de ces cas méthodes apparaissent importants et sont discutées : leur précocité, leur intensité, et le niveau de développement de l'enfant au début de sa prise en charge. (Ould taleb, 1997, P.73).

Ce programme implique un travail systématique sur les compétences psychomotrices, cognitives et sociales. L'objectif de ce programme est le développement de nouvelles stratégies pour modifier les comportements aberrants. Ce sont généralement des programmes précoces et intensifs pour susciter des progrès globaux et améliorer à long terme l'évolution des enfants atteints d'autisme. La participation des parents est très sollicitée. Les programmes de modification des comportements créés pour les enfants atteints d'autisme ne se focalisent pas sur un comportement isolé, mais sur des conséquences plus larges comme la communication, l'autonomie ou les apprentissages scolaires. (Gattegno et Adarien, 2011, P.115-137).

6.3. La prise en charge thérapeutique :

Les psychothérapies sont multiples, peuvent être individuelles ou groupales et elles sont utilisées pour agir sur les troubles du comportement, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, et les fonctions instrumentales... elles peuvent être aussi médiatisées par des (jeux, peinture, musique...) pour permettre l'enfant de communiquer et avoir un langage.

❖ Les thérapies institutionnelles :

L'idée est de prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire, cette thérapie est indiquée pour les enfants autistes pour instaurer une rencontre, cadre protecteur et protégé, assurant un contenant (au sens de Bion), l'institution est considérée comme un espace transitionnel (au sens de Winnicott) dont l'enfant est pris en charge dans des séances individuelles et aussi groupales, la vie de l'institution fait alterner des temps dits thérapeutiques et des temps dits occupationnels.

Dans ce contexte, une occupation doit avant tout avoir un objectif. Ainsi, le choix d'une occupation intéressante, appropriée, régulière et ciblée pour l'enfant autiste pourra diminuer son ennui, ses stéréotypes ou ses comportements difficiles, et lui permettre d'apprendre et/ou de se faire plaisir. (Tardif et Gerbner, 2003, P.109-110).

❖ Les thérapies cognitives- comportementales (TCC) :

Dans leurs formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui. Elles doivent utiliser des procédures positives (non aversives) et les renforcements positifs pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement, de réapprendre à des comportements appropriés par des techniques très codifiées. (Tardif et Gerbner, 2003, P.109).

❖ Les thérapies familiales :

L'enfant autiste soit vu et reçu avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et de système dans lequel les échanges s'opèrent. Par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leurs frères ou sœurs autistes. (Tardif et Gerbner, 2003, P.109).

❖ Les psychothérapies individuelles :

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

6.4. La prise en charge pédagogique :

Nous évoquerons essentiellement l'apprentissage du langage et de la communication qui est nécessaire aux enfants dont la fonction communicative est la plus gravement touchée, et aussi parce que, de ce fait, diverses techniques ont été essayées auprès d'eux dans ce domaine. Le but du travail sur la communication est de pouvoir donner à l'enfant des moyens d'échanges avec son entourage.

Dans la prise en charge orthophonique des enfants atteints d'autisme, l'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice, mais une approche plus large de la communication. De ce fait, l'accès à ce type de prise en charge seule est difficile pour les personnes atteintes d'autisme. C'est pourquoi l'orthophonie appliquée à l'autisme s'est centrée sur l'apprentissage de moyens de communication dits « alternatifs » ou « augmentatifs », faisant notamment appel aux aides visuelles. C'est une communication alternative lorsqu'il existe des capacités de verbalisation, et alternative lorsque le langage est absent. (Carol et Bruno, 2003, P 110- 111).

L'apprentissage de comportements 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 dans ce qui lui est proposé. De même, l'apprentissage de l'autonomie restaure le sentiment 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'épisodes de troubles du comportement liés à la frustration de ne pas comprendre ou de ne pas pouvoir se faire comprendre. (Chossy, 2003, p.133).

6.5. Interventions focalisées :

Ces interventions ont dans certains cas, un caractère « focalisé » sur un des domaines déficitaires dans l'autisme, qui sont ceux de la communication, de la socialisation, du comportement et de la sensorialité.

❖ Intervention focalisée sur le langage et la communication :

Des interventions variées, incluant la réduction orthophonique classique, sont utilisées. Leur but est souvent d'influencer la capacité de l'enfant à utiliser la communication pour contrôler, comprendre et participer au monde sociale. (**GOLDSTEIN, 2002**). Les interventions visant le développement de la communication sont donc difficiles à distinguer de celles visant le développement social. Leur objectif, après avoir évalué toutes les modalités de communication, et d'offrir à l'enfant atteint d'autisme des moyens variés de s'exprimer, d'agir sur son environnement et de développer sa pensée. (<http://www.vaincrel'autisme.org/content/prise-en-charge>).

❖ Système de communication par échange d'image (PECS) :

« Picture exchange communication system » Le PECS a été créé vers la fin des années 80 par le docteur Andy Bondy, psychologue et thérapeute comportementaliste et Lori Frost, orthophoniste dans le cadre du programme pour les jeunes enfants autistes de l'état du Delaware, aux États-Unis, en réponse aux difficultés d'enseignement rencontrées avec des enfants autistes. Ces enfants n'avaient aucun langage fonctionnel ou acceptable socialement. L'autisme est un trouble de communication et non pas un trouble du langage.

Le PECS est un système de communication efficace pour n'importe quelle personne ayant des difficultés à s'exprimer oralement. Il peut être utilisé pour des enfants de n'importe quel âge. Il n'y a pas de capacité requise pour démarrer le système PECS. Le PECS est efficace dans un contexte éducatif qui comporte toutes les stratégies associées à l'analyse du comportement appliqué. Il est adapté au niveau de compréhension du sujet et peut être utilisé par chaque individu, en tout lieu, à la maison, à l'école ou en société. Il est complémentaire aux approches TEACCH et ABA.

De son côté, la méthode PECS se présente à la base comme une méthode de communication alternative, conçue à l'intention des enfants présentant un autisme. Cette méthode originale intègre les principes de base de l'analyse behaviorale appliquée notamment l'utilisation de la séquence stimuli, réponse et conséquence et du renforcement. De façon spécifique, le PECS se concentre sur l'émergence d'une communication efficace entre les enfants présentant un autisme et le monde extérieur (Bondy et Frost, 1985).

❖ **Langage gestuel (LSF) :**

La langue des signes, dont la structure linguistique est maintenant connue, utilise le canal visuel gestuel, alors que, pour beaucoup d'enfants autistes, les fonctions empruntant le canal auditif sont altérées par des troubles neuropsychologiques ou par des expériences psychopathologiques négatives centrées sur la réception de signaux sonores (voix, bruits, etc...). Il s'agit d'un système symbolique utilisé pour communiquer. Il possède un système phonologique et une syntaxe utilisés comme moyens alternatifs pour communiquer, échanger et mettre en place des apprentissages en substituant le canal visuel au canal oral.

La LSF présente une composante iconique qui la situe à un niveau différent de la parole dans les processus cognitifs. Les signes gestuels présentent en effet une image des choses de la réalité. Ce système nécessite l'existence d'un certain nombre de pré-requis chez l'enfant ou l'adolescent : capacités d'imitation motrice, de planification motrice, de contact visuel, de motricité fine. (<http://autismes-et-potentiels.ch/langage-gestuel>).

❖ **Communication facilitée :**

Cette méthode est apparue en Australie (Crossley, 1992) sous une forme pédagogique destinée initialement à une population souffrant d'infirmité motrice cérébrale puis secondairement aux personnes atteintes de troubles autistiques. Elle s'est ensuite diffusée aux USA, puis en Allemagne et en France où elle a été envisagée davantage sous la forme d'un cadre psychothérapeutique. En pratique, cette méthode consiste en un soutien de la main ou du bras d'une personne afin de favoriser le contrôle de ses mouvements et de lui permettre l'utilisation d'un clavier. Un partenaire de communication (facilitateur) fournit donc une assistance physique à une personne avec autisme supposée l'aider à surpasser ses problèmes moteurs (incapacité d'isoler, problème d'impulsivité...) et émotionnels. Ce facilitateur aide ainsi la personne à pointer en direction d'images, de lettres ou de mots sur un clavier. La communication facilitée est donc conçue comme une aide neuromotrice devant donner lieu à une écriture autonome. (<http://autismes-et-potentiels.ch/langage-gestuel>).

7. La prise en charge et l'intégration d'un enfant porteur d'autisme en groupe :

Il permet à l'enfant atteint d'autisme un investissement plus important au niveau de sa motricité comme de ses interactions avec ses pairs (aspect social). Les études réalisées sur les groupes d'enfants avec autisme sont nombreuses et souvent d'orientation psychanalytique. Elles abordent les groupes rassemblant des enfants porteurs d'autisme (homogénéité des pathologies). Les travaux de HAAG .G sont nombreux sur le sujet, et privilégient l'intérêt du groupe comme processus permettant d'appréhender les troubles psychiques de l'enfant autiste et toutes les notions psychanalytiques que cela met en avant. Peu d'expérimentations ont été réalisées sur des groupes avec une orientation plutôt développementale, comportementale ou cognitive.

Au quotidien, l'enfant porteur d'autisme est mis en situation d'interactions, dans lesquelles, il est confronté à ses pairs (intégration en crèche ou maternelle). Cette rencontre est difficile, souvent source d'incompréhension pour l'enfant du fait de nombreuses difficultés dans les situations sociales. Contrairement à la prise en charge en individuel, il s'agit de travailler directement sur la situation problématique, plutôt que dans un cadre d'apprentissage de compétences en dehors de la situation. Avant tout, l'indication du groupe vise à faciliter la socialisation chez les enfants porteurs d'autisme. Ils sont souvent décrits comme peu intéressés par l'interaction, ou leur approche des autres est inappropriée. C'est donc un aspect du développement que le groupe, par ses apprentissages sociaux, cherche à améliorer. Il s'agit de faciliter les interactions entre ces pairs.

L'approche du jeu est essentielle au développement de l'enfant, car elle permet d'améliorer leurs compétences dans les différents domaines (moteur, langagier, relationnel ainsi que cognitif). Le groupe est mis en place pour les enfants ayant des difficultés dans le jeu. L'enfant porteur d'autisme présente souvent des comportements répétitifs, stéréotypés et atypiques qui altèrent ses capacités à jouer et à interagir dans le jeu avec les autres.

L'élaboration des différents types de jeu est donc un objectif important dans la prise en charge de l'autisme en groupe.

L'enfant présente également des particularités motrices : incoordination, difficultés d'équilibre, problème d'exécution du geste et il montre peu d'investissement dans sa motricité. Par les mises en situation motrices ainsi que l'imitation d'autrui, l'enfant atteint d'autisme développe ses capacités motrices et ses acquisitions. L'essentiel du travail dans l'autisme porte sur l'aspect interactionnel du groupe. Il facilite les échanges entre l'adulte et l'enfant, mais plus spécifiquement entre les pairs ce qui permet l'émergence de la communication ainsi que des relations.

L'intégration dans le groupe vise donc la communication et le langage entre les enfants. L'objectif est l'acquisition d'une communication fonctionnelle, car l'enfant porteur d'autisme présente des difficultés dans ce champ de compétence. L'intégration dans le groupe peut donc faciliter l'émergence ou le développement d'une communication adaptée.

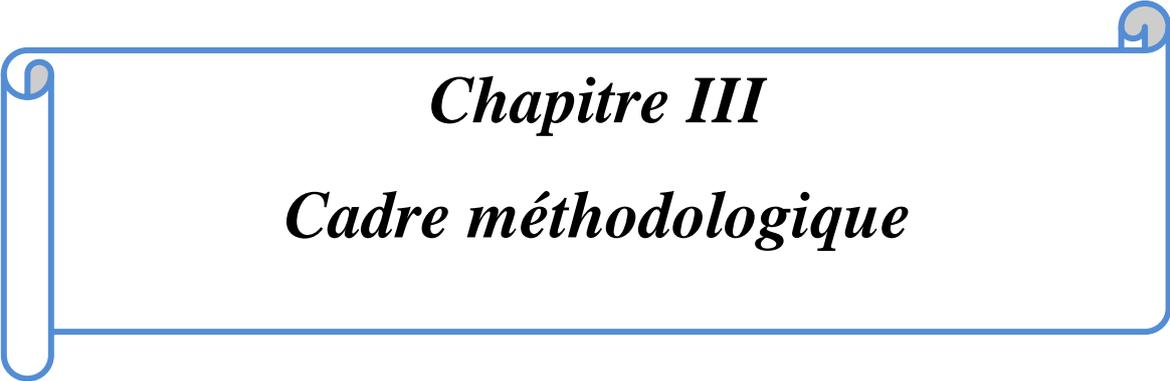
L'autre objectif est relationnel, le groupe développe le partage, la mise en place du tour de rôle ainsi que le côté affectif, cela créant une dynamique. Ces notions permettent la mise en place d'interactions entre les enfants. (Latour, 2006, P.45).

Synthèse :

La prise en charge des enfants autistes est donc multi professionnelle dont une équipe où chaque membre apporte sa compétence. Il faut souligner l'importance et l'intérêt de la pluridisciplinarité des professionnels qui permettent de croiser les observations diverses autour de ces patients et de proposer des interventions complémentaires. Chaque prise en charge a comme objectif ; éducative, avec pour objectif l'autonomie du sujet, thérapeutique, avec pour objectif les thérapies cognitives comportementales et thérapies familiales et individuelles, pédagogiques, avec pour objectif des apprentissages.



Partie pratique



Chapitre III
Cadre méthodologique

Préambule :

Chaque domaine de recherche comporte une méthodologie bien fondée, une population d'étude, un terrain de recherche adéquat et les outils d'investigation, qui sert à orienter et guider la démarche scientifique.

Nous allons présenter dans ce chapitre la pré-enquête, définir la méthode et les techniques utilisées, ainsi que la présentation du lieu de notre recherche, la population d'étude et aussi le déroulement de la pratique.

1. Présentation du lieu de stage :

Nous avons effectué notre recherche au sein de l'établissement privé d'éducation et d'enseignement spécialisé pour les enfants handicapés mentaux « l'univers de nos enfants » à Bejaia.

Cet établissement est composé de deux étages : au premier étage nous trouverons une petite surface d'accueil et bureau de la secrétaire, le bureau de la direction, deux ateliers d'activités, une salle pédagogique, une salle d'activité et de loisirs, le bureau de l'orthophoniste et enfin les sanitaires (enfant). Au deuxième étage nous trouverons une seconde salle pédagogique, un dortoir, une salle d'éveil, une cuisine, un réfectoire, les sanitaires (adultes) et enfin un deuxième espace sanitaire (enfant).

2. La méthode de la recherche :

Dans notre recherche on a adopté la méthode descriptive, qui « consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existante entre eux ». (Guidere, 2005, P.56).

Cette méthode a pour objectif « d'identifier les composantes d'une situation donnée et de décrire la relation qui existe entre elles. » (Chahraoui et Benony, 2003, P.90).
Donc, notre recherche vise à savoir si les éducatrices de l'établissement privé d'éducation et d'enseignement spécialisé pour les enfants handicapés mentaux « l'univers de nos enfants » ont des difficultés face aux troubles du comportement chez les enfants autistes.

2.1. L'étude de cas :

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues des méthodes différentes (entretiens, teste projectifs, questionnaires, échelles cliniques... etc.) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle difficulté de vie impotente.

Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évaluation d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer, mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Chahraoui et Coll, 2003, P.125).

3. Population d'étude :

3.1. Sélection de notre population d'étude :

Nous avons retenu pour critère de sélection de choix de la population d'étude tous les cas répondant à l'objet de notre recherche, elles sont au nombre de quatre femmes, âgés entre (22-41ans), sont des éducatrices. Et quatre enfants âgés entre 8 et 13 ans.

3.2. Présentation d'échantillon d'étude :

Notre groupe de recherche est composé de 4 cas, 4 garçons âgés entre 8 ans et 13 ans, IMRAN, IYAD, AKSEL et BADIS confiée à l'établissement « l'univers de nos enfant » qui se situe à Bejaia

Tableau 01 : échantillon d'étude

Les prénoms des cas	L'âge	Lieu de prise en charge	Le sexe
IMRAN	13ans	L'établissement l'univers de nos enfants	masculin
IYAD	9ans	L'établissement l'univers de nos enfants	masculin
AKSEL	11ans	L'établissement l'univers de nos enfants	masculin
BADIS	8ans	L'établissement l'univers de nos enfants	masculin

Remarque : les prénoms des enfants présentés ci-dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

On a aussi les 4 éducatrices de notre groupe de recherche, âgée entre 22 et 41 ans CELINA, SIHAM, HCINA et B-M.

Tableau 02 : échantillon d'étude des éducatrices selon le niveau d'instruction

Les prénoms des éducatrices	L'âge	Le niveau d'instruction	L'expérience dans le métier d'éducatrice
CELINA	22 ans	4 ^{ème} année moyenne	9 mois
B.M	28 ans	Universitaire Master 2	1 an
SIHAM	32 ans	Universitaire Licence	2 ans
HACINA	41 ans	3 ^{ème} année secondaire	2 mois

4. Les outils d'investigation :

Dans notre recherche on à utilisé les techniques suivantes : l'entretien clinique de type entretien semi-directif et l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (**CARS**).

4.1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique a une place de choix en psychologie clinique, il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Il est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique. C'est un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus.

L'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (**Bénony, Chahraoui 1999, p.61**).

En méthodologie il ya trois types d'entretiens : l'entretien non directif qui consiste le model de Rogers, l'entretien directif qui consiste en un ensemble de questions directs, et l'entretien semi- directif dont le clinicien pose une question et laisse libre court au sujet pour parler librement.

4.1.1. L'entretien semi directif :

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien semi directif à partir duquel on a préparé notre guide d'entretien qui s'est basé sur un ensemble de questions indirectes et qui renvoient au thème de notre recherche.

4.2. L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS) :

4.2.1. Description de l'échelle :

L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS) est une échelle incluant 15 items comportementaux. Elle a été élaborée pour identifier les enfants autistiques et pour les distinguer d'enfants porteurs d'autres troubles du développement sans syndrome autistique associé. De plus, elle permet de distinguer les enfants dont les signes d'autisme sont de discrets à moyen des enfants dont l'autisme est sévère. La première version a été construite il y a plus de 15 ans (REICHLER et SCHOPLER, 1971) pour permettre aux cliniciens d'établir un diagnostic plus objectif de l'autisme et dans une forme plus facilement utilisable. Les 15 items du CARS réunissent :

- les traits décrits initialement par KANNER
- d'autres caractéristiques notées par CREAK, qui sont retrouvées chez beaucoup d'enfants autistiques, mais pas chez tous
- des éléments additionnels utiles pour le repérage des symptômes caractéristiques des enfants autistiques plus jeunes.

4.2.2. Construction de l'échelle :

L'édition 1988 du CARS est l'aboutissement d'un processus d'utilisation, d'évaluation et de modification de l'échelle initiale qui a été entamé il y a environ 15 ans sur plus de 1500 cas. L'échelle a d'abord été construite comme un outil de recherche pour répondre au problème de la limitation des instruments de classification alors disponible. Cette échelle initiale, développée dans le cadre d'un projet de recherche sur l'enfant (Child Research Project), de l'Université de Caroline du Nord à CHAPEL HILL, reposait d'abord sur les critères de diagnostic de l'autisme tels qu'ils étaient décrits par le groupe de travail britannique (British Working Party) (CREAK, 1964). Elle a reçu l'appellation d'échelle d'évaluation des psychoses infantiles (Childhood Psychosis Rating Scale C.P.R.S.) (REICHLER et SCHOPLER, 1971) pour éviter la confusion avec la définition classique, mais plus étroite de l'autisme par KANNER (1943).

Actuellement, la définition de l'autisme ayant été élargie et n'étant plus restreinte à l'utilisation qu'en faisait KANNER, notre instrument a été appelé "Échelle d'évaluation de l'autisme infantile" (Childhood Autism Rating Scale -C.A.R.S.).

L'échelle initiale a été révisée pour évaluer les enfants référés à notre programme de traitement et d'éducation pour enfants autistiques et pour enfants ayant des troubles de la communication (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children: T.E.A.C.C.H.).

4.2.3. Avantage du la CARS :

L'accent étant porté dans le CARS sur les données comportementales et empiriques plutôt que sur l'intuition clinique, il est possible d'étendre le diagnostic du domaine restreint de cliniciens avertis à celui de professionnels de différentes disciplines correctement informés. Les évaluations sont extrêmement utiles pour l'identification des symptômes comportementaux, pour des besoins de recherche ou de classification. Le CARS présente plusieurs avantages significatifs sur les autres instruments :

- L'inclusion d'items représentant différents critères de diagnostic et reflétant la définition élargie du syndrome autistique qui repose sur l'accumulation de données et a évolué en fonction d'une recherche empirique continue.
- Construction et amélioration de l'échelle à partir d'un travail mené sur plus de 10 ans avec plus de 1500 enfants.
- Possibilité d'application à des enfants de tous âges incluant les enfants d'âge préscolaire.
- Remplacement des jugements cliniques subjectifs et ésotériques par des évaluations objectives et quantifiables basées sur l'observation comportementale. L'utilisation variable de critères de diagnostic et la confusion dans le diagnostic de l'autisme ont été largement reconnues. Cependant, dans les dernières années. Il y a eu une acceptation croissante des critères comportementaux tels que ceux du CARS. Il y a également eu une utilisation de plus en plus importante des recherches empiriques pour l'inclusion ou le rejet des critères de diagnostic. Bien que des différences persistent parmi les praticiens, le courant empirique a considérablement accru le consensus sur le diagnostic de l'autisme (SCHOPLER, 1983) et les efforts de systématisation du diagnostic.

4.2.4. Rationnel des 15 items :

Chacun des 15 items de l'échelle est indiqué ci-dessous avec ce qui motive son inclusion (SCHOPLER, REICHEL, DE VELLIS et DALY, 1980). La relation entre chaque item et les 5 principaux systèmes de diagnostic discutés au préalable sont indiqués. Le fait que l'item soit inclus en tant que signe essentiel, secondaire ou exclu de chacun des 5 systèmes de diagnostic est également signalé.

I. Relations sociales :

Des anomalies dans ce secteur sont considérées comme l'une des caractéristiques principales de l'autisme dans pratiquement toutes les descriptions de ce désordre. C'est le cas pour les 5 systèmes représentés dans cet instrument: KANNER (signe essentiel), CREAK (signe essentiel), RUTTER (signe essentiel), N.S.A.C. (signe essentiel) et DSM III-R (signe essentiel).

II. Imitation :

Cet item a été inclus parce qu'il a été montré que de nombreux enfants ayant de sévères difficultés de langage avaient aussi des problèmes dans le domaine de l'imitation verbale et motrice. La capacité d'imiter est considérée comme une base importante pour le développement du langage. L'imitation est aussi une habileté de la plus grande importance pour le traitement et l'éducation des enfants jeunes. Ainsi, alors que des anomalies dans ce domaine ne sont pas considérées comme un signe essentiel de l'autisme, cet item est inclus dans le CARS : CREAK (non inclus), DSM.III- R (non inclus), KANNER (signe secondaire), N.S.A.C. (non inclus), RUTTER (secondaire).

III. Réponses émotionnelles :

L'autisme a d'abord été considéré comme un trouble dans le contact affectif. De plus, les réponses émotionnelles anormales et inadéquates ont été largement considérées comme un trait caractéristique de l'autisme: CREAK (signe secondaire), DSM.III- R (signe essentiel), KANNER (signe essentiel), N.S.A.C. (signe secondaire), RUTTER (signe essentiel).

IV. Utilisation du corps :

Des mouvements bizarres et en particulier les stéréotypies comme l'agitation des mains, les coups répétitifs, le tournoiement ont été largement décrits à la fois par les cliniciens et les chercheurs. De telles utilisations du corps et de tels mouvements ont été incluses dans tous les systèmes de diagnostic: CREAK (signe essentiel), DSM.III- R (signe essentiel), KANNER (signe secondaire), N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe secondaire).

V. Utilisation des objets :

Un usage inapproprié des objets tels que les jouets ou d'autres éléments est étroitement lié aux relations perturbées avec les autres personnes. De tels comportements apparaissent souvent dans les descriptions cliniques et se voient accorder un rôle essentiel ou secondaire dans tous les systèmes de diagnostic: CREAK (signe essentiel), DSM.III-R (signe essentiel), KANNER (signe secondaire), N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe secondaire).

VI. Adaptation au changement :

La difficulté dans ce domaine est un autre trait essentiel de l'autisme, identifié à l'origine par KANNER, confirmé par les données des recherches ultérieures et maintenues dans les définitions les plus récentes de l'autisme: CREAK (signe essentiel), DSM.III-R (signe essentiel), KANNER (signe essentiel), N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe essentiel).

VII. Réponses visuelles :

L'évitement du contact visuel durant les interactions a été largement décrit chez les enfants autistiques. La question de savoir si un tel évitement du contact visuel s'étendait aussi à l'évitement visuel de jouets ou d'autres objets s'est posée dans le cadre de la recherche. Cet élément a pesé pour son inclusion dans le CARS.

VIII. Réponses auditives :

Cette échelle se réfère à l'évitement des informations auditives. Les possibilités d'apprentissage évaluées par cette échelle ont des implications claires pour l'enseignement du langage ou d'autres formes alternatives de communication. CREAK (signe essentiel), DSM.III- R (signe secondaire), KANNER (signe secondaire), N.S.AC. (Signe essentiel), RUTTER (signe secondaire).

IX. Gout, odorat, toucher (Réponses et modes d'exploration) :

Cet item a été inclus pour évaluer la préoccupation fréquemment décrite pour l'exploration buccale, le léchage, le reniflement et le frottement des objets, ainsi que les réactions particulières à la douleur parfois observées chez les autistes: CREAK (signe essentiel), DSM.III-R (non inclus), KANNER (signe secondaire) N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe secondaire).

X. Peur, anxiété :

Les peurs inhabituelles ou inexplicables ne sont pas des caractéristiques centrales de l'autisme. Cependant, de tels comportements apparaissent d'une manière suffisamment fréquente pour être retenus. CREAK (signe essentiel), DSM.III-R (signe secondaire), KANNER (signe secondaire), N.S.A.C. (signe secondaire), RUTTER (signe secondaire).

XI. Communication verbale :

Cet item évalue l'aspect autistique du langage allant du mutisme à l'utilisation bizarre et non fonctionnelle du langage. La plupart des définitions de l'autisme considèrent la communication autistique évaluée par cet item comme un trait caractéristique du désordre : CREAK (signe essentiel), DSM.III- R (signe essentiel), KANNER (signe essentiel), N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe essentiel).

XII. Communication non verbale :

Cet item évalue l'utilisation des gestes et autres types de communication non verbale ou la réponse à de tels signaux. Il est particulièrement utile dans l'appréciation des capacités de communication des enfants qui n'accèdent pas au langage: CREAK (signe secondaire), DSM.III-R (signe secondaire), KANNER (signe secondaire) N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe essentiel).

XIII. Niveau d'activité :

Bien que le niveau d'activité anormal ne soit généralement pas considéré comme un trait central de l'autisme, il est fréquemment observé chez les enfants autistiques et joue un rôle important dans la structuration de l'environnement d'apprentissage pour l'enfant: CREAK (non inclus), DSM.III-R (non inclus), KANNER (non inclus), N.S.A.C. (signe secondaire), RUTTER (non inclus).

XIV. Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel :

Cet item représente une extension de l'un des traits centraux de la description de KANNER avec évaluation à la fois du retard et de l'homogénéité du fonctionnement intellectuel: CREAK (signe essentiel), DSM.III- R (signe secondaire), KANNER (signe essentiel), N.S.A.C. (signe secondaire), RUTTER (signe secondaire).

XV. Impression générale :

Il s'agit d'une évaluation globale du degré d'autisme perçu chez un enfant durant la période d'observation. Elle inclut les jugements quantitatifs et qualitatifs de tous les comportements observés durant la période d'évaluation. Cette évaluation doit être effectuée avant de faire la somme des scores attribués à chacun des items précédents.

Cotation :

- 1- **Pas d'autisme** : L'enfant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.
- 2- **Autisme léger** : L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.
- 3- **Autisme moyen** : L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.
- 4- **Autisme sévère** : L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

Dans cette classification, les enfants ayant un score inférieur à 30 sont considérés comme non autistiques alors que ceux qui ont un score égal ou supérieur à 30 sont déclarés autistiques. De plus, les scores qui se situent dans la marge de l'autisme (30 à 60) peuvent être divisés en deux catégories indiquant la sévérité de l'autisme. Les scores allant de 30 à 36,5 correspondent à un autisme léger à moyen. Les scores allant de 37 à 60 correspondent à un autisme sévère. Ce système de cotation est résumé ci-dessous.

Tableau 03 : classification d'autismes

Score total CARS	Catégorie de diagnostique	Degré d'autisme
15 - 29,5	Non autistique	
30 – 36,5	Autistique	Léger et moyen
37 – 60	Autistique	Sévère

4.3. Présentation du guide d'entretien :

Le chercheur prépare un ensemble de questions sous forme d'axe thématique à traiter dans sa recherche, mais ces questions ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'un thème à aborder que le chercheur connaît bien.

Sur cette étape, que le clinicien s'appuie pour élaborer son guide d'entretien généralisé identique pour tous les cas et par lequel il intervient au près de sa population d'étude.

On a préparé un guide d'entretien qui se compose de quatre axes, comportant différentes questions, qui sont : le premier axe concerne les difficultés de contact et de relation sociale, le deuxième axe, est centré sur le langage et des communications, troisième axe on va aborder les comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints, le quatrième c'est les attitudes des éducatrices.

Information générale sur les éducatrices

- Nom
- âge
- Niveau d'instruction
- Type du diplôme
- Expérience
- pour quoi avez-vous choisi de travailler dans le domaine de l'autisme ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?
- Combien de nombres d'heures d'accompagnement travaillez-vous par jour?

Axe1 : Le contact et la relation sociale

- 1- Qu'elle est la réaction de l'enfant face à la séparation avec ses parents au cours des premiers jours de sa rentrée ?
- 2- Pouvez-vous nous dire comment il réagit face aux nouveautés ?
- 3- Pouvez-vous nous parler de votre relation avec cet enfant durant les premiers jours ? Comment elle est actuellement ?
- 4- Pouvez-vous nous décrire la relation de cet enfant autiste avec ses pairs autistes ?

- 5- Pouvez-vous nous parler de jeu chez cet enfant autiste (la manière de jouer) ?
- 6- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'intégration de ces enfants avec ceux dits normaux ?
- 7- Est ce que vous avez remarqué des échanges ou des interactions entre les enfants autistes et les autres ?
- 8- Est-ce que vous avez remarqué une certaine adaptation de cet enfant ?

Axe2 : Le langage et la communication

- 9- Pouvez-vous nous parler des difficultés que vous affrontez face à cet enfant autiste qu'il a un langage absent (non verbal) ?
- 10- Est-ce que cet enfant utilise d'autres modes de communication (geste, mimique) ?
- 11- Vous avez des difficultés pour entrer en communication avec autrui ?
- 12- Quelles sont les méthodes où les activités que vous appliquez avec cet enfant pour le pousser à communiquer ?
- 13- Est-ce que ces méthodes contribuent à résoudre le problème de communication verbale chez cet enfant ?

Axe3 : les comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints

- 14- Pouvez-vous nous décrire le comportement de cet enfant autiste durant les premiers jours de sa rentrée ? Comment il est actuellement ?
- 15- Est-ce qu'il a des difficultés à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action ?
- 16- Quelles sont les activités que vous pratiquez avec cet enfant ?
- 17- Comment se comporte-t-il avec vous lors des activités ?
- 18- Est-ce qu'il présente des difficultés à réaliser ces activités et de passer d'une activité à l'autre ?
- 19- Comment se comporte cet enfant face au changement ?
- 20- Est-ce qu'il a des comportements agressifs envers autrui ou envers les objets ?

- 21- Est-ce que vous travaillez la stabilisation avec cet enfant ? C'est oui qu'elle est résultat ?
- 22- Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour adapter son comportement ?
- 23- Selon votre expérience, remarquez-vous une amélioration dans les comportements et les apprentissages des enfants pris en charge ? Après combien de temps ?

Axe 4 : Les attitudes des éducatrices

- 24- Votre travail avec cet enfant a-t-il influencé sur votre vie quotidienne ?
- 25- Qu'elle est votre sentiment envers cet enfant ?
- 26- Êtes-vous satisfaite de votre travail avec cet enfant ?

4.4. L'application de guide d'entretien :

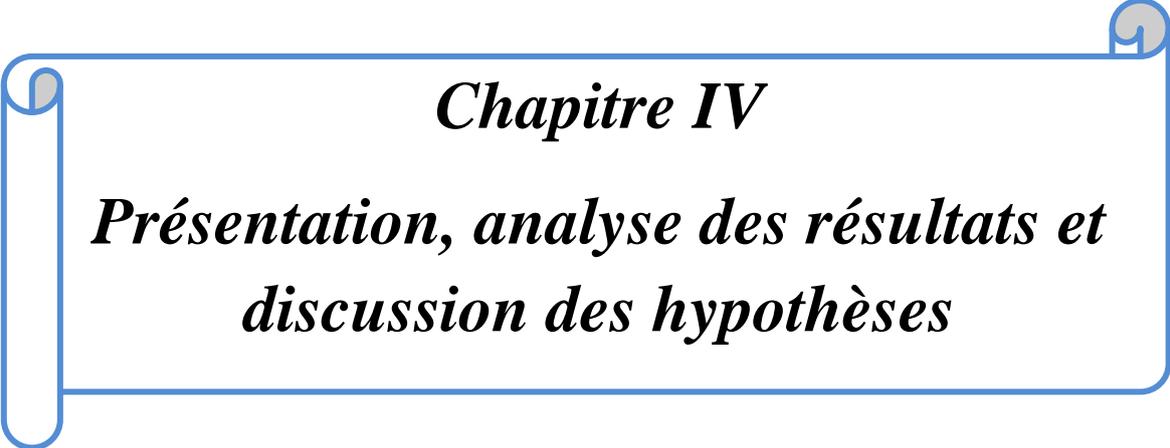
L'entretien s'est déroulé dans des bonnes conditions, dans un climat calme dans l'établissement, exactement dans la classe spéciale pour enfant autiste. La passation du guide c'était généralement à leurs arrivent, avant d'entamer leurs travaux. Nous avons posé nos questions d'une manière souple dans le but de mettre l'interviewer à l'aise et leur permettre de nous répondre, elles ont répondu spontanément aux questions. Nous avons utilisé la prise de notes, complétées à la fin de chaque entrevue. La durée moyenne de l'entretien était de 30mn.

4.5. Les difficultés rencontrées :

- L'obtention des réponses insatisfaisantes aux entretiens.
- La rupture des observations suite aux absences régulières de certains enfants.

Synthèse :

Il est important de souligner, qu'il n'y pas de travail scientifique possible sans méthodologie. La méthodologie est l'une des parties les plus importantes dans chaque étude scientifique qui nous permet un bon usage des techniques d'investigation choisis, ainsi qu'une rigueur dans l'analyse des données recueillies durant notre recherche, pour répondre à l'objectif de cette recherche sur l'éducatrice face aux troubles du comportement chez les enfants autistes . Donc la méthodologie elle est l'arbitre et la base pour atteindre l'objectif de vérification des hypothèses.



Chapitre IV

*Présentation, analyse des résultats et
discussion des hypothèses*

Préambule :

Dans cette partie nous allons présenter les sujets d'étude, et analyser les données et les résultats recueillis à travers les outils utilisés durant notre pratique, pour confirmer ou infirmer notre l'hypothèse de recherche.

1. L'analyse de L'entretien avec les éducatrices :**❖ Analyse de l'entretien :****• L'éducatrice Celina :**

Celina, femme âgée de 22 ans, mariée son niveau d'instruction quatrième année moyenne, et éducatrice au niveau de l'établissement privé « l'univers de nos enfant » depuis 9 mois. Elle travaille 8 heures par jour. Elle est intéressée par les enfants autistes et la petite enfance.

Tout d'abord, L'éducatrice nous a décrit le comportement des enfants autistes au cours des premiers jours de leur rentrée jusqu'à ces jours, pour elle : « ils étaient agressifs, ils n'acceptent pas la séparation avec leurs parents, ils manifestent des agitations des pleurs et des fugues, ils refusent de s'asseoir et de travailler. »

Les enfants autistes sont des personnes qui détestent le changement et la nouveauté, l'éducatrice ici nous raconte combien elle a souffert avec eux pour qu'ils puissent s'habituer au manège de l'établissement et avec leurs pairs qu'ils soient des enfants normaux ou autistes. L'éducatrice essaye de gagner leurs confiances et avec le temps sa relation avec ces enfants est devenue presque stable. La relation d'un enfant autiste avec ses pairs est vide, personne ne se mêle de l'autre. « Ils arrivent des fois où ils se bagarrent quand quelqu'un prend la chose de l'autre quand ils sont en train de jouer, leur est désorganisé, ils jouent d'une manière anarchique. »

Concernant l'adaptation, les enfants autistes s'adaptent au fur à mesure. On a constaté aussi que les enfants autistes ne fixent jamais ou rarement le regard même avec leurs éducatrices, c'est-à-dire un contact oculaire absent.

Parmi les difficultés que rencontrent les éducatrices avec ces enfants autistes : on note la communication, le langage est absent. Celina dit : « même quand on parle avec eux ils ne comprennent pas. » Elle utilise un langage non verbal (gestuel) ils ne répondent pas en général, il faut crier et répéter à chaque fois. Ces enfants autistes utilisent des gestes et des mimiques pour demander quelque chose. Des fois elle n'arrive pas à comprendre ce qu'ils veulent à cause du manque de langage.

Parmi les méthodes psychoéducatives qu'on utilise avec eux : TEEACH, on fait pour chacun 30minute par jour de stimulation avec Schopler, en plus de ça on fait des activités pédagogiques comme le graphisme, la peinture, dessin, coloriage... toutes ces méthodes ne contribuent pas vraiment à résoudre le problème de communication, se sont juste des méthodes d'apprentissage. Dans ces activités, on aide l'enfant avec la guidance physique et gestuelle jusqu'à ce qu'ils apprennent à le faire spontanément ou bien le guider vu que dans les premières séances il refuse de travailler.

L'analyse du contenu de l'entretien avec l'éducatrice Celina nous a permis de constater les difficultés rencontrées. Parmi ces derniers les difficultés de comportement surtout au début de la rentrée d'un enfant autiste. Elle a constaté son instabilité, le refus de s'asseoir, de manger... Il manifeste avec des cris et des pleurs... Peu à peu l'enfant trouve sa stabilité grâce à la guidance, elle constate un certain développement, ils apprennent à travailler à s'asseoir et ils y'a certains d'eux qui arrivent à manger tout seuls.

L'éducatrice nous décrit les difficultés qu'elle n'arrive pas gérer comme les crises de pleurs et de refus.

Parmi les activités qu'utilisent les éducatrices avec ces enfants autistes : la motricité fine (psychomotricité), imitation et l'autonomie.

Celina nous décrit leurs comportements lors des activités, en disant que chaque cas diffère d'un autre cas, l'état psychique de l'enfant autiste compte beaucoup, il y'a des jours où il concentre, il nous laisse le diriger et il y'a des jours où il refuse même de rester, parfois ces enfants autistes trouvent des difficultés de réaliser leurs activités, ils les trouvent difficile alors ils refusent de travailler.

Quand ces enfants autistes sont face à un changement ils expriment leurs refus par des crises de pleurs, des agitations, il tombe par terre, ils jettent les objets et les matériels par terre, pousser les chaises et les tables. Ces crises ne se diminuent pas et ils n'arrêtent pas de pleurer jusqu'à ce que leurs parents viennent les récupérer ou on essaye de les calmer en leur donnant un bonbon par exemple.

Ces enfants autistes trouvent leur stabilité et ils s'améliorent si leurs parents travaillent avec nous en collaboration en pratiquant avec eux la stabilité. Cette dernière est rétablie quand la prise en charge est précoce. On trouve des difficultés pour adapter leurs comportements vu qu'il n'y'a pas de langage et de communication. Elle constate une certaine amélioration chez certains enfants depuis sa rentrée jusqu'à maintenant, mais ce n'est pas immédiatement.

Mme Celina en tant qu'éducatrice essaye de les aider et de les prendre en charge, elle s'est habituée de leurs comportements négatifs et essaye de les améliorer et de leur apprendre des comportements positifs.

Celina en travaillant avec ses enfants autistes au sein de la crèche. Elle dit que c'est fatiguant, difficile et que ça demande une énorme énergie et de la patience, elle rajoute qu'elle estime beaucoup ces enfants autistes et qu'elle ressent une peine envers eux c'est ce qu'elle a poussé à faire le maximum pour les aider. Elle se sent désespérée quand il n'y a pas un travail en collaboration entre les parents et les psychologues, ça démotive et ça met son travail en émergence. Mais quand même elle est satisfaite de son travail, Mme Celina essaye toujours de renouveler et de chercher de nouvelles méthodes et de nouvelles approches pour avoir de meilleurs résultats.

Conclusion

Malgré les difficultés que rencontre l'éducatrice avec ses enfants, elle essaye de s'adapter à cette situation, en cherchant des nouvelles méthodes pour les aider à s'améliorer. Les progrès qu'ils réalisent de jour en jour provoquent chez cette éducatrice un profond sentiment de satisfaction et de réussite, qui la motive de plus en plus de s'occuper de ses enfants autistes.

❖ Analyse de l'entretien :

• L'éducatrice B.M :

B.M est une femme âgée de 28 ans universitaire diplômé en master 2 en littérature arabe. Elle est célibataire, et travaille au niveau de cet établissement depuis un an, 8 heures par jour, elle a choisie ce métier car elle aime les enfants.

Nous avons remarqué chez cette jeune demoiselle répond spontanément et sans aucune réserve aux questions, elle parle de la situation de ces enfants autistes et les difficultés que rencontre avec eux avec beaucoup d'espoir.

L'analyse de contenu de cet entretien permet de détecter chez cette éducatrice la représentation de ces enfants pour elle, et sa volonté profonde de les aider.

Les enfants autistes qui sont entrés à cet établissement ont eu des difficultés à s'habituer et s'adapter avec le régime parce que c'est un changement pour eux alors qu'ils détestent le changement. Ils le manifestent par des crises de pleurs. Ils se trouvent face à un autre monde qui n'est pas leur maison. Il y'a des enfants autistes qui s'adaptent facilement au milieu et il y'a d'autres qui trouvent des difficultés.

La relation de l'éducatrice au début de la rentrée des enfants était difficile à gérer et à guider. Une fois il y a une adaptation acquise entre l'enfant et l'éducatrice les difficultés se diminuent et là on commence à les gérer. La relation d'un enfant autiste avec ses pairs est absente, chacun dans son monde, personne ne regarde l'autre, l'enfant autiste n'est même pas conscient de la présence de l'autre.

Le jeu chez un enfant autiste est différent, chacun a sa manière de voir le jouet présenté devant lui, ils jouent seuls et chacun a sa façon de jouer (absence du jeu social).

On remarque une adaptation chez ces enfants autistes de plus en plus, ils deviennent organisés et stables. Le contact oculaire chez ces autistes est limité, il y'a des cas qui ont des regards fixés et présents et y'en a d'autres qui ont un regard absent et figé.

Parmi les difficultés qu'on rencontre avec ses enfants autistes c'est le problème du langage. Les autistes ne parlent pas, ils ont un langage spécial, alors ça prend du temps dans l'apprentissage et difficile à les aider parce que le langage est absent. Il y'a des enfants autistes qui utilisent des gestes avec les mains pour communiquer par exemple il pointe son doigt vers son pantalon pour que l'emmène aux toilettes ou il prend la main vers la chose qu'il désire. Vraiment, on trouve des difficultés de contact avec eux surtout les premiers jours. Parmi les méthodes et les activités qu'on utilise pour entrer en contact avec ces enfants autistes, le graphisme, la peinture et le coloriage.

Ces méthodes contribuent à résoudre un peu le problème de communication parce que dans l'apprentissage et ce qui concerne la motricité fine et générale surtout la concentration et l'amélioration du regard, et apprendre comment tenir le crayon ou le stylo... tout ça pour le préparer à l'intégration. En faisant ces activités, notre but, au début, est l'adaptation de l'enfant autiste au mouvement du travail, soit avec la guidance physique ou gestuelle. Une fois l'enfant est adapté, le travail pour lui, devient une habitude jusqu'à ce qu'il le fait spontanément.

Les enfants autistes au début de leurs rentrée, étaient agressifs, ils n'acceptent pas de s'asseoir, aucun contact avec les autres, ils refusent d'être guidés et de travailler, mais avec le temps ils s'habituent. On a des difficultés à tolérer les stéréotypés qui sont très difficiles à gérer, parfois il y'a des difficultés pour attirer son attention. On utilise le jeu préféré, les bonbons, les récompenses pour les motiver et les encourager. Les activités qu'on pratique avec ces enfants autistes font partie du programme TEACH, Eric shopler.

Lors des activités, on les guide jusqu'à la fin de la séance, ces enfants autistes présentent des difficultés à réaliser leurs activités et de passer d'une activité à l'autre. Il faut leur répéter à chaque fois, surtout quand la prise en charge est absente à domicile.

B.M trouve l'accompagnement de ces enfants est difficile et fatiguant. Il demande beaucoup de patience et de courage. Malgré ça elle a de l'affection et de la peine pour eux. Elle les aime de tout son cœur et essaye de faire de son mieux pour les aider. Des fois elle se trouve désespérée quand les efforts fournis de sa part ne sont pas équivalents à ceux des parents, ce qui donne des résultats moins satisfaisants, et malgré ça elle est satisfaite de son travail.

Conclusion

Malgré les difficultés que rencontre cette éducatrice avec ces enfants autistes, elle fait de son maximum pour les aider et leur apprendre à s'adapter à leurs vies, elle essaye de développer les méthodes et renforcer ses compétences pour pouvoir répondre aux attentes de son fonction.

❖ Analyse de l'entretien :

• L'éducatrice Siham :

Siham est une femme célibataire âgée de 32 ans, licenciée en littérature arabe et travaille dans cet établissement depuis 2 ans, avec un volume d'horaire de 8h par jours. Elle a choisie ce métier car elle aime les enfants et aussi aider les enfants autistes.

Mlle Siham a été accueillante, elle a accepté de faire l'entretien, et a répondu brièvement aux questions.

Siham, nous a décrit les enfants autistes au sein de l'établissement lors de leur rentrée jusqu'à ses derniers jours, la réaction de ces enfants autistes face à la séparation avec leurs parents au cours des premiers jours de leurs rentrées, n'était pas facile, ils n'arrêtent pas de pleurer et n'acceptent pas de rester, leurs réaction à la nouveauté c'est le refus, ils n'aiment pas le changement, la relation de l'éducatrice avec ces enfants autistes aux premiers jours, ils se manifestent avec des agitations et des crises après ils se sont habitués avec le temps, actuellement la relation est améliorée. La relation de ces enfants autistes avec leurs pairs est altérée, aucune relation, aucun contact, chacun dans son monde. Leurs manières de jouer sont désorganisées, ils utilisent le jeu pour leurs stéréotypés.

La communication est très difficile, vue qu'il n'y a pas de langage. L'enfant utilise d'autres méthodes de communication comme les gestes et les mimiques. « On trouve beaucoup de difficultés pour entrer en contact avec ces enfants, on utilise des méthodes comme l'imitation et les mouvements des lèvres. » Ces derniers peuvent contribuer à résoudre le problème de communication verbale chez cet enfant. On travaille avec la guidance tant qu'y'a pas de langage.

Le comportement de ces enfants autistes les premiers jours de leurs rentrées était difficile à gérer, ils refusaient tous, ils ne mangent pas, ils ne jouent pas, mais ils s'adaptent avec le temps et ils deviennent stables. On trouve des difficultés à tolérer surtout les stéréotypés.

Ces enfants autistes sont différents, chacun d'eux a sa façon de voir l'objet, et ce qui lui attire vers cet objet, ces enfants autistes ont un champ visuel différent, sa façon de jouer c'est de tourner le jouet ou le jeter.

Les activités qu'on pratique avec ces enfants : la motricité fine, autonomie, sociabilité, compétence verbale, comportement... On les manipule, soit avec la guidance physique ou gestuelle. Ils trouvent des difficultés à réaliser ces activités surtout par rapport à la motricité fine. Les variables qui contrôlent leurs comportements c'est le milieu et le bruit, quand ils se trouvent face à un changement ils se manifestent par des crises de pleurs, et le refus de quoi que ce soit. Leurs crises dure jusqu'à ce que leurs parents soient présents, on pratique avec eux la stabilisation, ce qui les laisse devenir plus stable et d'obtenir un bon résultat.

Mais toujours elle insiste sur le travail en collaboration avec les parents de l'enfant autiste pour avoir une bonne adaptation. On constate une amélioration dans les comportements chez ces enfants autistes.

Par rapport à la réaction de cette éducatrice face à leurs comportements négatifs, elle dit : « pour moi toute réaction et tout un geste restent un comportement chez un enfant autiste soit négatif ou positif ». C'est-à-dire qu'elle est là pour accepter et essayer de gérer et d'améliorer tous ses comportements.

L'éducatrice trouve l'accompagnement de ces enfants autistes lui fait plaisir et elle aime bien être avec eux et les aider à se développer malgré c'est fatiguant, elle les aime et elle porte pour eux de l'affection, ses sentiments se dévalorisent quand elle trouve des difficultés avec les enfants autistes qui sont pas autonomes, mais malgré toutes les difficultés qu'elle rencontre, elle reste satisfaite de son travail.

Conclusion

D'après l'analyse du contenu de l'analyse de cette éducatrice, on relève que les enfants autistes pris en charge dans cet établissement ont beaucoup de difficultés à se développer et même les éducatrices trouvent des difficultés, mais elles font de leur mieux pour faire un bon travail dit satisfaisant.

❖ Analyse de l'entretien :

• L'éducatrice Hacina :

Hacina est une femme âgée de 41 ans, de niveau d'instruction troisième année secondaire, et travaille dans cet établissement depuis deux mois. Elle travaille 8 heures par jours et elle a choisi ce métier parce qu'elle aime beaucoup les enfants.

Le jour de l'entretien, l'éducatrice nous a semblé pressée. Mais elle a accepté de répondre aux questions de l'entretien. Elle nous a décrit le déroulement du travail au sein de l'établissement les difficultés qu'elle rencontre, etc.

Cette éducatrice nous a décrit la réaction des enfants autistes les premiers jours de leurs entrées à l'établissement ça diffère d'un enfant à l'autre, y'a ceux qui présentent une angoisse de séparation, ils s'adaptent difficilement au milieu, et y'a ceux qui n'ont rien exprimé, ils sont inconscients de la nouveauté et de la séparation. Sa relation avec ses enfants les premiers jours était difficile à adapter, donc les premiers contacts sont difficiles, elle doit s'adapter à l'enfant, à ses comportements, et avec le temps l'enfant commence à s'adapter. La relation de ces enfants autistes avec leurs pairs est vide, pas de contact, et pas de relation.

Le jeu chez ces enfants et la manière de jouer est inadaptée, ils ne jouent pas normalement, les éducatrices les dirigent pour jouer d'une manière adéquate.

On remarque une adaptation chez cet enfant autiste, mais après un long travail avec eux. Ce qui concerne le contact oculaire, au début ils l'avaient pas, mais après un long suivi il y'aura, mais ça diffère d'un enfant à l'autre.

Ici, on traite le problème de la communication, le fait qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer, on n'arrive pas à savoir ce qu'ils veulent, et on n'arrive pas à détecter leurs besoins quand ils piquent une crise on ne comprend pas ce qu'ils veulent avoir. Ils y a ceux qui utilisent d'autres méthodes de communication comme des gestes, et à ceux qui piquent des crises pour s'exprimer. Vraiment, on trouve des difficultés pour entrer en contact avec eux, mais avec la guidance et le suivi on s'adapte. On utilise le geste accompagné du mot pour qu'on les aide à communiquer, parce qu'ils suivent les mouvements des lèvres. On peut dire que les méthodes qu'on utilise aident à diminuer leurs crises, et ils vont savoir qu'on comprend ce qu'ils veulent, mais ça ne résout pas le problème de la communication verbale.

Les comportements de ces enfants autistes les premiers jours étaient instables et ils avaient le mal à s'adapter, il y'a des comportements difficiles à tolérer surtout ce qui concerne l'hygiène, on trouve des difficultés à faire varier, puisque un enfant autiste présente des intérêts restreints le fait de varier sur l'attention.

Les activités qu'on pratique avec ces enfants autistes : la méthode TEACCH, coloriage, peinture... lors des activités, ils sont instables au début, et ils présentent des difficultés à les réaliser, après ils s'habituent à ces activités, alors qu'il n'y a aucun comportement entre eux, sauf s'ils se bagarrent pour prendre une chose.

Les variables qui contrôlent leurs comportements, s'il y' a un bruit, ils deviennent agités, quand ils se trouvent face à un changement, et quand ils veulent quelque chose. Quand ils se trouvent face à un changement, ils piquent des crises, mais ça reste différent d'un enfant à l'autre.

On pratique la stabilisation avec eux, on obtient des résultats positifs, mais après un long travail. Les problèmes qui existent pour adapter leurs comportements, le milieu des fois n'est pas favorable et aussi quand les parents ne maintiennent pas la même méthode employée pour réduire les troubles de comportements, de cette façon, on n'arrive pas à un bon résultat. On remarque une amélioration dans les comportements chez ces enfants autistes, mais ça reste toujours différent d'un enfant à l'autre.

On réagit face à leurs comportements négatifs par une démotivation, parce que vraiment on fournit des efforts pour les aider à s'améliorer, mais malheureusement des fois on n'obtient pas des bons résultats

L'éducatrice Hacina trouve que l'accompagnement de ces enfants autistes très difficiles, et que ça demande beaucoup de patience et d'énergie physique et psychique. Les sentiments qu'elle a pour eux c'est de la peine et aussi elle aime être avec eux et elle aime les aider à s'adapter et à se développer.

Conclusion

Malgré les difficultés, Hacina travaille de son mieux pour aider ces enfants autistes à s'améliorer et à s'en sortir dans leurs vies parce que c'est un trouble incurable.

❖ **Analyse des données des quatre cas (éducatrice) :**

Ces données concernent nos 4 cas, d'un âge moyen de (30,75), dont deux célibataires d'un niveau d'instruction universitaire et deux mariées d'un niveau d'instruction quatrième année moyenne et troisième année secondaire.

En premier lieu, il nous semble important d'exposer le problème des troubles du comportement chez les enfants autistes ; polymorphes, variés et complexes. Ceci est bien manifestes chez nos sujets et que nous le résumons n dans le tableau suivant :

Tableau 04 : récapitulatif des scores de la CARS :

Prénom / Items	IMRAN	IYAD	AKSEL	BADIS
Relations sociales	3	2	3,5	2,5
Imitation	2,5	2	3,5	2
Réponses émotionnelles	3	1,5	2,5	3
Utilisation du corps	3	3	3,5	2
Utilisation des objets	2	2,5	2	1
Adaptation au changement	2	2	3,5	1
Réponses visuelles	3	2,5	3	2,5
Réponses auditives	4	1,5	4	1,5
Goût – odorat – toucher (réponses et modes d'exploration)	3	1,5	3	1,5
Peurs, anxiété	3	2,5	2,5	1
Communication verbale	3,5	4	4	4
Communication non verbale	3	2,5	3	2
Niveau d'activité	2	1,5	2	4
Niveau et homogénéité du fonctionnement intellectuel	3	2,5	3	2,5
Impression générale	4	3	4	3
Total	44	34,5	47	33,5
	Sévèrement Autistique	Légèrement à moyennement autistique	Sévèrement Autistique	Légèrement à moyennement autistique

Commentaire :

D'après les scores de nos 4 cas (enfants autistes) on constate que ces derniers ont tous des anomalies moyennes dans les relations sociales et ils présentent des troubles des comportements moyennement anormaux dont 2 cas ont un autisme sévère et 2 autres cas sont légèrement à moyennement autistique.

En ce qui est des éducatrices et de leurs difficultés nous le résumons de la manière suivante :

Dans leur activité quotidienne et concernant le contact et la relation ; toutes les éducatrices évoquent qu'elles ont des difficultés avec ces enfants autistes surtout les premiers jours de leur rentrée, Celina en est l'exemple : « ils étaient agressifs, ils n'acceptent pas la séparation avec leurs parents, ils manifestent des agitations des pleurs et des fugues, ils refusent de s'asseoir et de travailler ».

Quant au langage et la communication, toutes les réponses des quatre éducatrices confirment que ces dernières rencontrent des difficultés à comprendre ce que les enfants veulent exprimer. L'éducatrice Hacina confirme en disant « le fait qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer, on n'arrive pas à savoir ce qu'ils veulent, et on n'arrive pas à détecter leurs besoins quand ils piquent une crise on ne comprend pas ce qu'ils veulent avoir ».

En ce qui est des comportements, activités et intérêt répétitifs et/ restreints les quatre cas (éducatrices) allèguent des difficultés à gérer les comportements de ses enfants les premiers jours de leur rentrée, l'éducatrice Siham dit : « Le comportement de ces enfants autistes, lors des premiers jours de leur rentrée était difficile à gérer, ils refusaient tous, ils ne mangent pas, ils ne jouent pas, mais ils s'adaptent avec le temps et ils deviennent stables ».

Parlant des attitudes des éducatrices sont toutes satisfaites de travailler avec les enfants autistes malgré elles se sentent très fatiguées, dont l'éducatrice B.M dit : « L'accompagnement de ces enfants est difficile, fatiguant, il demande beaucoup de patience et de courage ».

Malgré toutes les difficultés que rencontrent ces éducatrices avec les enfants autistes elles font leur maximum pour les aider à s'adapter à leurs vies, et les progrès que ces enfants réalisent de jour en jour leur procurent un profond sentiment de satisfaction et de réussite, qui les motive de plus en plus à mieux s'occuper de ces enfants autistes.

2. L'analyse des cas de l'échelle CARS

❖ Analyse des cas

○ Présentation du cas :

• Imran :

Imran est un enfant de 13 ans, Il est installé depuis 2 ans dans cet établissement. Imran présente des difficultés dans ces relations sociales qu'est une zone de grand handicap pour les personnes autistes. Il présente des anomalies moyennes dans ces relations, on a observé qu'il ne cherche pas le contact avec les autres (éducatrices et les pairs...), il évite de les regarder, il fixe son regard sur un point (la lumière les objets), il a un manque d'intérêt ou plaisir et des intérêts légèrement anormal pour les objets et les jouets.

On n'a remarqué qu'Imran présente une communication verbale moyennement anormale et sévèrement anormale, le langage, des fois, peut être absent et des fois il n'utilise pas un langage, il utilise des sons bizarres et étranges, il présente aussi une communication non verbale moyennement anormale, généralement il est incapable d'exprimer ses besoins par des gestes et aussi il est incapable de montrer ce qu'il veut par des gestes.

Le comportement joue un rôle très important dans son adaptation sociale et le développement de ces capacités, Imran est un enfant qui présente des troubles du comportement moyennement anormaux tel qu'une hyperactivité légère, manque de stabilisations et d'attention. Après on a remarqué une petite amélioration au niveau de la stabilisation, il ne quitte pas sa place pendant les exercices par exemple. On a remarqué aussi que Imran présente une peur moyennement anormale il ne réagit pas quand quelqu'un crie devant lui, l'imitation est légèrement anormale et moyennement anormale, il imite des comportements simples tel que taper les mains ou reproduire des sons.

Le résultat obtenu par l'utilisation de l'échelle de CARS pour Imran, c'est celle de l'autisme sévère qu'est classé dans la troisième case, on dira qu'il présente un autisme sévère avec un score de 44, les notes obtenues dans les différentes catégories 3 celle des anomalies moyenne.

D'après notre observation du sujet, et après l'analyse de résultat de l'échelle, ainsi que les résultats de l'entretien avec les éducatrices on est arrivé à conclure que Imran souffre d'un autisme sévère

- **Présentation du cas :**

- **Iyad :**

Iyad est un enfant de 9 ans, il est depuis 2 ans dans cet établissement. Les observations que nous avons faites avec Iyad, durant les 45 jours de notre stage, on a arrivé a distingué que Iyad avait des anomalies mineures dans ces relations sociales, il a un regard normal, mais il évite de regardé les adultes aux yeux (éducatrices) il regarde ces camarade quand ils jouent, des relations mineures avec ces pairs.

Sa communication verbale est sévèrement anormale, il n'utilise pas de langage, la communication non verbale est légèrement anormal et moyennement anormale, il est incapable d'exprimer ses besoins et de montrer ce qu'il veut par des gestes. L'imitation est légèrement anormale, il évite le regard de son éducatrice.

Iyad présente des réactions légèrement anormale au changement, il ne présente aucune agitation quand il change ces habitudes, on a observé aussi qu'il a une peur légèrement anormale et moyennement anormale.

Selon les notes obtenues dans l'échelle de CARS, on déduit que les résultats sont pratiquement classés dans la 2ème classe c'est-à-dire celle de légèrement à Moyennement autistique, la majorité des notes des 15 items sont de 2 et 2.5 légèrement et moyenne. Le score total est 34.5.

Après avoir effectué l'analyse de l'échelle, on observe que le cas Iyad souffre d'un autisme moyen. Ainsi que selon son éducatrice et notre propre observation cet enfant présente des symptômes autistiques.

Le résultat obtenu par l'échelle de CARS détermine que le cas est dans le niveau d'un autisme sévère, d'ailleurs les scores de différente catégorie analysée son entre 3 et 4 « moyen et sévère ». Le score total est 47.

À partir de l'analyse des résultats de guide d'entretien, ainsi que l'analyse des résultats accordés par l'échelle de CARS, on est a déduit que Aksel présente un autisme sévère.

- **Présentation du cas :**

- **Aksel :**

Aksel est un enfant de 11 ans, il est depuis 2 ans dans cet établissement. Parlant de la relation sociale, on peut dire que Aksel il n'est pas un autiste sociable, il présente des anomalies sévères dans ces relations avec l'entourage il ne partage pas son regard avec les éducatrices, il contacte jamais ces pairs et il ne partage pas ces affaires avec eux.

Aksel présente une communication verbale sévèrement anormale, et pour la non verbale est moyennement anormale. il comprend verbalement quand on parle avec lui. Il exprime ces besoins avec des gestes, par exemple quand il veut aller aux toilettes il enlève son pantalon pour que les éducatrices comprennent.

Concernent les comportements, Aksel est légèrement actif, le niveau de son activité est bouleversé, il ne bouge pas trop. On a remarqué qu'Aksel présente un comportement inhabituel, il joue avec ces doigts.

Le niveau intellectuel est moyennement développé il imite les exercices demandés par les éducatrices par exemple maître les puzzles a leur place, mais pas tout seul avec une guidance, il a une peur légèrement anormale envers les éducatrices et même les autres personnes. On n'a observé qu'Aksel met des objets dans la bouche. Il ne donne aucun intérêt au bruit et il s'adapte aux changements.

Le résultat obtenu par l'échelle de CARS détermine que le cas est dans le niveau d'un autisme sévère, d'ailleurs les scores de différente catégorie analysée son entre 3 et 4 « moyen et sévère ». Le score total est 47.

À partir de l'analyse des résultats de guide d'entretien, ainsi que l'analyse des résultats accordés par l'échelle de CARS, on est a déduit que Aksel présente un autisme sévère.

- **Présentations du cas :**

- **Badis :**

Badis, un enfant de 8 ans, il est depuis 2 ans dans cet établissement, Concernant le contacte et la relation sociale, Badis présente des difficultés mineure et moyenne dans ces relations, il a un manque de regarde, évite de regardé dans les yeux, il fait la sourde quand quelqu'un parle avec lui. Ne présente pas des difficultés d'imitées les activités demandées. Mais il a des difficultés de réalisés le coloriage et d'écrire correctement.

Pour la communication verbal de Badis est sévèrement anormale et la non verbal est légèrement anormale. On a remarqué qu'il comprend quand les éducatrices parlent avec lui ou bien quand elles lui demandent quelque chose.

Badis, présente un comportement hyperactif, sévèrement anormal, il bouge trop son arrêt, on ne peut pas le contrôlé. On a remarqué que ces relations émotionnelles sont moyennement anormale, il n'aime pas les câlins les bisous... utilisation des ces 5 sens sont légèrement anormale il met les objets dans sa bouche pour les goûtés. On a remarqué qu'il présente une anxiété normale par rapport a la situation vécue.

À partir des scores obtenus dans les différentes catégories on constate que Badis présente des signes de l'autisme. Le plus grand nombre des items c'est 1,5 des « anomalies légères » et quelques scores 2,5 «anomalies moyennes», et on est arrivé à un score total de 33,5 classé dans la case de légèrement à moyennement autistique.

3. Discussion des hypothèses

- **L'hypothèse générale :**

L'éducatrice exerçant avec l'enfant autiste rencontre des difficultés face aux troubles du comportement.

L'analyse des entretiens confirme notre hypothèse, la majorité ou tous les enfants présentes des troubles du comportements moyennement anormaux, et d'après l'analyse du contenu de l'entretien qu'on a fait avec les éducatrices qui prennent en charge ces enfants autiste, ces dernières ont des difficultés face aux troubles du comportements, elles trouvent l'accompagnement de ces enfants est très difficile, fatiguant, il demande beaucoup de patience et de courage. Mais malgré ça elles ont de l'affection et de la peine pour eux, elles les aiment et essayent de faire de leur mieux pour les aider.

- **Les hypothèses opérationnelles :**

- **La première hypothèse :**

Les difficultés rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes sont liées au difficulté d'interaction.

L'analyse des entretiens avec les éducatrices montrent que prendre en charge des enfants autistes est très difficile, vu qu'il n'y a pas de contact entre eux, et ils ne s'intéressent pas d'avoir des relations sociales, ils vivent seuls avec des interactions sociales rares ou absentes. Et d'après les scores des quatre cas qu'on a analysés, ils rencontrent tous des troubles du contact et des relations sociales, et sont confirmés par les éducatrices dans l'entretien.

- **La deuxième hypothèse :**

Les enfants autistes ont une autre difficulté que rencontrent leurs éducatrices qui est le trouble de langage et de la communication.

Effectivement, l'analyse des entretiens confirment notre hypothèse, la majorité ou tous les enfants présentent des difficultés de langage et de la communication, l'analyse du contenu de l'entretien des quatre éducatrices qu'on a étudiées, affirme que ce trouble reste une difficulté qu'affrontent les enfants autistes et empêchent leurs éducatrices de pouvoir les aidés. Il faut noter aussi que malgré ces difficultés les éducatrices font de leur mieux pour que les enfants puissent s'améliorer malgré l'absence du langage.

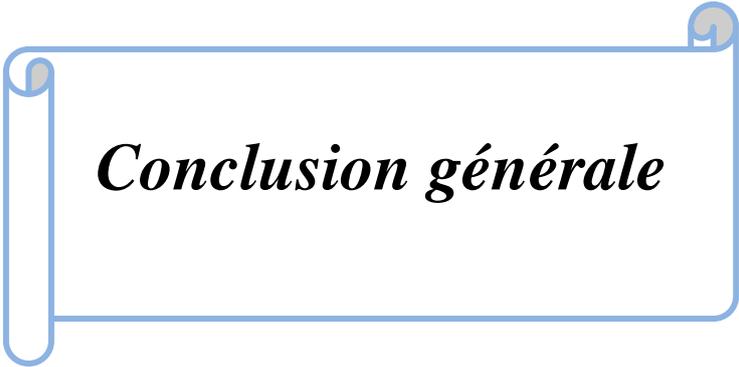
- **La troisième hypothèse :**

L'éducatrice rencontre des difficultés à maîtriser les comportements répétitifs.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien qu'on a faite avec les éducatrices qui prennent en charge ces enfants autistes et le résultat des échelles, on trouve que parmi les obstacles que rencontrent les enfants autistes c'est les troubles du comportement répétitifs et les difficultés à comprendre les activités demandées à réaliser, et les diverses stéréotypés présentés chez chaque un des cas.

On a constaté que les éducatrices trouvent des difficultés pour changer les comportements de ces enfants autistes, de remplacer les comportements négatifs par des comportements positifs, et essayer d'arrêter les stéréotypés présentés.

Ce trouble de comportements, activités et intérêts restreints et/ou répétitifs des enfants autistes reste une des difficultés que rencontre les enfants autistes, les éducatrices trouvent que ces difficultés est un obstacle pour une bonne prise en charge.



Conclusion générale

Conclusion générale

Notre modeste travail de recherche sur « l'éducatrice face aux troubles du comportement chez les enfants autiste. Difficultés et obstacles. ». Nous a permis de répondre à certaine question concernant les difficultés et les obstacles que les éducatrices rencontrent dans la prise en charge des enfants autistes.

Ce travail est réalisé à la base d'une recherche bibliographique, d'un ensemble d'observations constatées sur le terrain au sein d'un établissement privé d'éducation et d'enseignement spécialisé pour les enfants handicapés mentaux « l'univers de nos enfants », dont on a observé les difficultés et les obstacles rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes.

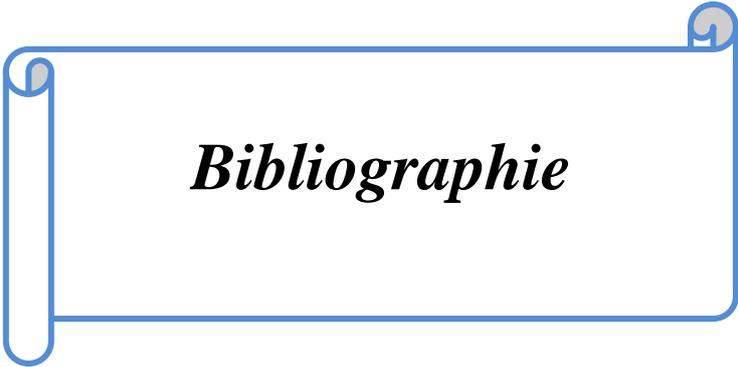
Les enfants souffrants d'autisme présentent une grave perturbation de la capacité à former des liens sociaux et le plus souvent un développement extrêmement tardif et très limité de l'expression orale.

L'autisme est un trouble courant en Algérie et très peu d'établissements de prise en charge de cette pathologie mentale sont recensés dans le pays.

Dans cette recherche nous sommes arrivés à comprendre que les troubles autistiques présentés chez les enfants autistes intégrés dans des établissements privés restent l'une des difficultés les plus considérables dans la prise en charge.

L'analyse du contenu de nos entretiens réalisés avec notre population d'étude nous a permis de constater que les enfants autistes intégrés dans des établissements privés présentent des difficultés d'interactions qui sont liées à la triade autistique.

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



Bibliographie

Bibliographie

- **Ouvrages :**

- Bertrand.J. (2008). *Autisme, le gène introuvable, de la science business*. Paris, France : Seuil.
- Chahraoui. K.H, et Bénony. H. (2003). *Méthodes d'évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Chossy. J.F. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Paris, France : Dunod.
- DSM IV, Mini DSM IV (1996). *critères diagnostiques*. Paris, France : Masson.
- E. R. Rivo. B. laxer, (1983). *autisme, la réalité refusée*. Paris, France : Simep.
- G. lelord, D. sauvage, (1990). *l'autisme de l'enfant*. Paris, France : Masson.
- G. lelord, D. sauvage, (1990). *l'autisme de l'enfant*. Paris, France : Masson.
- Juhel. J.C. (2003). *La personne autiste et le syndrome d'asperger*. Canada, Presses de l'université Laval.
- Lelord.G. (1989). *Thérapies pharmacologiques, neurologiques et psycho éducatives précoces dans l'autisme de l'enfant "soigner éduquer l'enfant autiste"*. Paris, France : Masson.
- MOTTRON.L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence*. Sprimont, Belgique : Mardaga.
- Nathalie.J, Daniel.L. (2009). *Livre blanc de l'autisme*. France.
- Ritvo.E.R, Laxer.G. (1993). *autisme la vérité refusée*. Paris, France : Simp.
- Rondal.J. (1989). *Troubles du langage diagnostic et rééducation*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Roge.B. (2003). *Autisme, la réalité refusée*. Paris, France : Dunod.

- **Thèses :**

- Baghdadli. d, noyer, met aussilloux. C, Intervention pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme. CRAI, 2007.
- Cambon. L, Educateur spécialisé à travers ses discours, une question d'identité. Université de Haute Bretagne, 2006.
- Mazet. P. coll, Autisme infantile et psychose précoce de l'enfant.
- ROUSSEAU.V, Étude exploratoire des perceptions des grands parents sur leur expérience d'avoir un petit enfant ayant un trouble envahissant du développement. Université de Québec à Montréal, 2009.

- **Dictionnaires :**

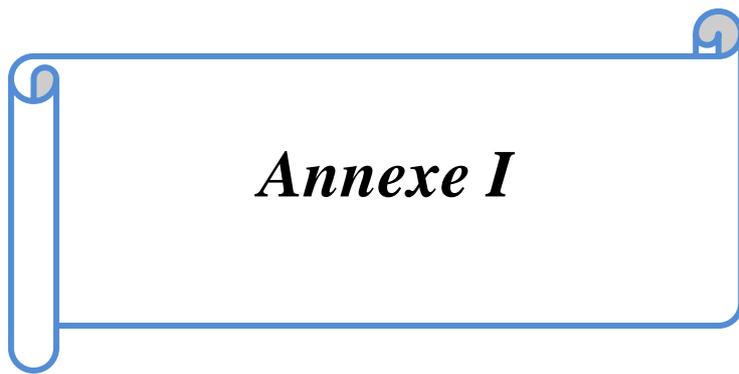
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V (2004) « Dictionnaire d'orthophonie », Édition Isbergues Ortho.
- B.Henriette(2002), « Gand dictionnaire de la psychologie »Ed Larousse Bordas, paris.
- N.Sillamy, (1999) « Dictionnaire de la psychologie » Edition Larousse, paris.
- N. Sillamy, (2004) « Dictionnaire de la psychologie » Ed Larousse, paris.

- **Articles :**

- TOUATI.B (2007) « Quelques repères sur l'apparition du langage et son devenir dans l'autisme »in: Touati B., Joly F., LAZNIK M.-C., Langage, voix et parole dans l'autisme, Paris: Presses universitaires de France, 5-37
- TREVARTHEN.C (2007) « Autisme et langage », in: TOUATI.B., Joly F., LAZNIK M.-C., Langage, voix et parole dans l'autisme, Paris: Presses universitaires de France, 217-237.

- **Sitographie :**

- File://A:/Autisme, approche cognitive de l'autisme. Le 24/02/2022 à 15H.
- <http://www.vaincrelautisme.org/content/prises-en-charge>. Le 07/03/2022 à 21H.



Annexe I

Guide d'entretien

Information générale sur les éducatrices

- Nom
- âge
- Niveau d'instruction
- Type du diplôme
- Expérience
- pour quoi avez-vous choisi de travailler dans le domaine de l'autisme ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?
- Combien de nombres d'heures d'accompagnement travaillez- vous par jour?

Axe1 : le contact et la relation sociale

- 1- Qu'elle est la réaction de l'enfant face à la séparation avec ses parents au cours des premiers jours de sa rentrée ?
- 2- Pouvez-vous nous dire comment il réagit face aux nouveautés ?
- 3- Pouvez-vous nous parler de votre relation avec cet enfant durant les premiers jours ?
Comment elle est actuellement ?
- 4- Pouvez-vous nous décrire la relation de cet enfant autiste avec ses pairs autistes ?
- 5- Pouvez-vous nous parler de jeu chez cet enfant autiste (la manière de jouer) ?
- 6- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'intégration de ces enfants avec ceux dits normaux ?
- 7- Est ce que vous avez remarqué des échanges ou des interactions entre les enfants autistes et les autres ?

8- Est-ce que vous avez remarqué une certaine adaptation de cet enfant ?

Axe2 : Le langage et la communication

9- Pouvez-vous nous parler des difficultés que vous affrontez face à cet enfant autiste qu'il a un langage absent (non verbal) ?

10- Est-ce que cet enfant utilise d'autres modes de communication (geste, mimique) ?

11- Vous avez des difficultés pour entrer en communication avec autrui ?

12- Quelles sont les méthodes ou les activités que vous appliquez avec cet enfant pour lui pousser à communiquer ?

13- Est-ce que ces méthodes contribuent à résoudre le problème de communication verbale chez cet enfant ?

Axe3 : les comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints

14- Pouvez-vous nous décrire le comportement de cet enfant autiste durant les premiers jours de sa rentrée ? Comment il est actuellement ?

15- Est-ce qu'il a des difficultés à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action ?

16- Quelles sont les activités que vous pratiquez avec cet enfant ?

17- Comment se comporte-t-il avec vous lors des activités ?

18- Est-ce qu'il présente des difficultés à réaliser ces activités et de passer d'une activité à l'autre ?

19- Comment se comporte-t-il cet enfant face au changement ?

20- Est-ce qu'il a des comportements agressifs envers autrui ou envers les objets ?

21- Est-ce que vous pratiquez la stabilisation avec cet enfant ? C'est oui qu'elle est résultat ?

22- Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour adapter son comportement ?

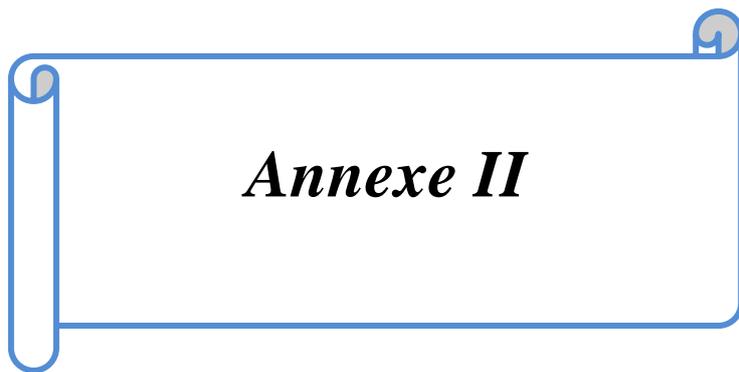
23- Selon votre expérience, remarquez-vous une amélioration dans les comportements et les apprentissages des enfants pris en charge ? Après combien de temps ?

Axe4 : Les attitudes des éducatrices

24- Votre travail avec cet enfant a-t-il influencé sur votre vie quotidienne ?

25- Qu'elle est votre sentiment en ver cet enfant ?

26- Êtes-vous satisfaite de votre travail avec cet enfant ?



Annexe II

CARS-T

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE Eric SCHOPLER et col.

Traduction et adaptation française : Bernadette ROGÉ

CAHIER DE NOTATION

Nom			
Date de l'examen	Année	Mois	Jour
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Âge chronologique	Mois		
Examineur			

SCORES AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES															
I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	SCORE TOTAL	

15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60				

NON AUTISTIQUE

LÉGÈREMENT

SÉVÈREMENT AUTISTIQUE

À MOYENNEMENT

AUTISTIQUE

CONSIGNE D'ADMINISTRATION

Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires 1,5 -2,5 - 3,5. Pour chaque item, des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du Manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

I. Relation sociales

1. ***Pas de difficulté ou d'anomalie dans les relations avec les personnes.*** Le comportement de l'enfant est approprié pour son âge. Un certain degré de timidité, de gêne ou de contrariété lie au fait d'être guidé dans les activités peut être observé, mais pas davantage que chez les enfants normaux du même âge.

1.5

2. ***Anomalies mineures dans les relations.*** L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, peut éviter l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée, être excessivement timide, être moins sensible à la présence de l'adulte qu'il ne serait normal ou s'agripper aux parents légèrement plus souvent que la plupart des enfants du même âge.

2.5

3. ***Anomalies moyennes dans les relations.*** L'enfant présente parfois des comportements de retrait, il paraît insensible à la présence de l'adulte. Une intervention importante et durable peut parfois être nécessaire pour attirer l'attention de l'enfant. L'enfant initie un minimum de contact.

3.5

4. ***Anomalies sévères dans les relations.*** L'enfant est constamment en retrait et insensible à ce que fait l'adulte. Il ne répond pratiquement jamais à l'adulte et ne cherche presque jamais le contact avec lui. Seuls les efforts les plus prolongés pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

OBSERVATIONS:

II. Imitation

1. ***Imitation appropriée.*** L'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son niveau.

1.5

2. ***Imitation légèrement anormale.*** La plupart du temps, l'enfant imite des comportements simples tels que taper des mains ou reproduire des sons. Occasionnellement, il n'imité que s'il y est poussé ou après un délai.

2.5

3. ***Imitation moyennement anormale.*** L'enfant n'imité que de temps à autre et

l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imité qu'après un délai.

3.5

4. **Imitation sévèrement anormale.** L'enfant n'imité que rarement ou jamais des sons, des mots ou des mouvements, même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

OBSERVATIONS :

III. Réponses émotionnelles

1. **Réponses émotionnelles appropriées à l'âge et à la situation.** L'enfant présente un type et une intensité de réponse normaux. Cela se manifeste par un changement au niveau de son expression faciale, de sa posture et de sa façon de se comporter.

1.5

2. **Réponse émotionnelle légèrement anormale.** L'enfant présente parfois un type et un Degré de réactions émotionnelles inappropriées. Les réponses ont parfois peu de liens avec les objets ou les événements présents.

2.5

3. **Réponses émotionnelles moyennement anormales.** L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité de ses réponses émotionnelle. Les réactions peuvent être relativement inhibé ou excessif et peuvent être sans rapport avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.

3.5

4. **Réponse émotionnelle sévèrement anormale.** Les réponses sont rarement appropriées à la situation. Lorsque l'enfant est dans un état émotionnel déterminé, il est difficile de le faire changer d'humeur. Inversement, il peut présenter des émotions très différentes sans que rien n'a changé dans la situation.

OBSERVATIONS :

IV. Utilisation du corps

1. **Utilisation du corps normale pour l'âge.** L'enfant bouge avec la même aisance, la même habileté et le même niveau de coordination qu'un enfant du même âge.

1.5

2. **Utilisation du corps légèrement anormale.** De légères particularités telles que maladresse, mouvements répétitifs, pauvreté des coordinations sont observés. Des mouvements plus inhabituels apparaissent parfois.

2.5

3. **Utilisation moyennement anormale du corps.** Des comportements qui sont nettement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge sont relevés: mouvements bizarres des doigts, postures particulières des doigts ou du corps, fixation du regard sur une partie du corps ou manipulation du corps, auto agression, balancement, tournoiement, agitation des doigts ou marche sur la pointe des pieds.

3.5

4. **Utilisation sévèrement anormale du corps.** Des mouvements, tels que ceux décrits ci-dessus apparaissant avec une intensité et une fréquence importante, correspondent à une utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements peuvent persister en dépit des tentatives pour les éliminer ou pour engager l'enfant dans d'autres activités.

OBSERVATIONS

V. Utilisation des objets

1. **Intérêt normal pour les jouets et autres objets, utilisation appropriée.** L'enfant manifeste un intérêt normal pour les jouets et les autres objets adaptés à son niveau d'habileté, et les utilise d'une manière appropriée.

1.5

2. **Intérêt légèrement anormal pour les jouets et les autres objets, utilisation légèrement inappropriée.** L'enfant peut présenter peu d'intérêt pour les objets, ou jouer avec eux d'une manière immature (par exemple, frappe avec le jouet ou le suce).

2.5

3. **Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée.** L'enfant peut manifester très peu d'intérêt pour les jouets ou d'autres objets ou peut les utiliser d'une manière étrange. Il peut focaliser son attention sur une partie insignifiante du jouet, être fasciné par le reflet de lumière sur l'objet, mobiliser de manière répétitive une partie de l'objet ou jouer avec un seul objet à l'exclusion de tous les autres.

3.5

4. **Intérêt sévèrement anormal pour les objets, utilisation sévèrement inappropriée.** L'enfant peut s'engager dans les comportements décrits ci-dessus, mais avec une fréquence et une intensité plus marquées. L'enfant est plus difficile à distraire de ses activités inappropriées.

OBSERVATIONS :

VI. Adaptation au changement

1. **Réaction au changement normale pour l'âge.** L'enfant peut remarquer les changements de routine et faire des commentaires, mais il accepte ces modifications sans signes de détresse.

1.5

2. **Réactions légèrement anormales au changement.** Quand un adulte essaie de changer les tâches, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel.

2.5

3. **Réaction moyennement anormale au changement.** L'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de continuer l'ancienne activité et il est difficile de le distraire. Il peut se mettre en colère et se montrer perturbé quand une routine établie est modifiée.

3.5

4. **Réaction sévèrement anormale au changement.** L'enfant présente des réactions sévères au changement. Si un changement est imposé, il peut se fâcher, refuser de coopérer et manifester de la colère.

OBSERVATIONS :

VII. Réponses visuelles

1. **Réponses visuelles appropriées pour l'âge.** Le comportement visuel de l'enfant est Normal et approprié pour un enfant de cet âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.

1.5

2. **Réponses visuelles légèrement anormales.** Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les objets. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.

2.5

3. **Réponses visuelles moyennement anormales.** Il faut fréquemment rappeler à l'enfant de regarder ce qu'il fait. Il peut fixer dans le vide, éviter de regarder les gens dans les yeux, regarder les objets sous un angle inhabituel, ou tenir les objets très près des yeux.

3.5

4. **Réponses visuelles sévèrement anormales.** L'enfant évite constamment de regarder les gens ou les objets et peut présenter des formes extrêmes des particularités visuelles décrites ci-dessus..

OBSERVATIONS :

VIII. Réponses auditives

1. **Réponses auditives normales pour l'âge.** La réponse auditive est normale et appropriée pour l'âge. L'audition est utilisée avec les autres sens tels que la

vision et le toucher.

1.5

2. **Réponses auditives légèrement anormales.** Un certain manque de réponse ou une réaction légèrement excessive à certains bruits peuvent être relevés. Les réponses aux sons peuvent être différées, et il peut être nécessaire de reproduire un son pour attirer l'attention de l'enfant. Celui-ci peut être distrait par des bruits extérieurs.

2.5

3. **Réponses auditives moyennement anormales.** La réponse de l'enfant aux bruits peut varier. Il ignore souvent un son lors de sa première présentation. Il peut sursauter ou se couvrir les oreilles en entendant des bruits auxquels il est pourtant quotidiennement confronté.

3.5

4. **Réponses auditives sévèrement anormales.** L'enfant répond trop ou trop peu aux bruits. Sa réponse est excessive quel que soit le type de stimulus sonore.

OBSERVATIONS :

IX. Gout- odorat- toucher (réponses et modes d'exploration

1. **Réponse normale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale des 5 sens.** L'enfant explore les nouveaux objets d'une manière appropriée pour l'âge, généralement en les touchant et en les regardant. Le goût et l'odorat peuvent être utilisés quand cela est adapté. Lorsqu'il réagit à des douleurs minimales et courantes, l'enfant exprime de l'inconfort, mais n'a pas de réaction excessive.

1.5

2. **Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation légèrement anormale des 5 sens.** L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite

douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.

2.5

3. **Réponses moyennement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation moyennement anormale des 5 sens.** L'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de toucher, sentir ou goûter les objets ou les personnes. Il peut réagir trop fortement ou trop peu à la douleur.

3.5

4. **Réponses sévèrement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation sévèrement anormale de ces sens.** L'enfant est préoccupé par le fait de renifler, goûter ou toucher les objets, davantage pour la sensation que par souci d'explorer ou d'utiliser ces objets. L'enfant peut ignorer complètement la douleur ou réagir très fortement à un léger inconfort.

OBSERVATIONS :

X. Peurs. anxiété

1. **Peur ou anxiété normale.** Le comportement de l'enfant est approprié à la situation compte tenu de son âge.

1.5

2. **Peur ou anxiété légèrement anormale.** L'enfant présente de temps à autre une peur ou une angoisse trop forte ou trop faible comparée à la réaction d'un enfant normal du même âge dans la même situation.

2.5

3. **Peur ou anxiété moyennement anormale.** L'enfant présente une peur trop intense ou trop faible par rapport à la réaction d'un enfant même plus jeune dans une situation identique.

3.5

4. **Peur ou anxiété sévèrement anormale.** Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement

difficile de calmer et de réconforter l'enfant. À l'inverse, l'enfant peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers qu'évitent les enfants du même âge.

OBSERVATIONS :

XI. Communication verbale

1. **Communication verbale normale pour l'âge et la situation.**

1.5

2. **Communication verbale légèrement anormale.** Le langage présente un retard global. L'essentiel du discours a une signification: cependant, l'écholalie ou l'inversion pronominale peuvent. Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.

2.5

3. **Communication verbale moyennement anormale.** Le langage peut être absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de langage doté de sens et de particularités telles que jargon, écholalie ou inversion pronominale. Le langage peut comporter aussi des particularités comme les questions répétées ou une préoccupation excessive pour des sujets spécifiques.

3.5

4. **Communication verbale sévèrement anormale.** L'enfant n'utilise pas un langage fonctionnel. Il peut émettre des cris infantiles, des sons étranges ou ressemblants à des cris d'animaux, des bruits complexes se rapprochant du langage, ou peut faire un usage bizarre et persistant de certains mots ou phrases.

OBSERVATIONS :

XII. Communication non-verbale

1. **Communication non verbale normale pour l'âge et la situation.**

1.5

2. **Communication non verbale légèrement anormale.** La communication non verbale est immature. L'enfant peut pointer vaguement du doigt, ou toucher ce qu'il veut dans les situations où un enfant normal du même âge montre du doigt ou présente des gestes spécifiques pour indiquer ce qu'il veut.

2.5

3. **Communication non verbale moyennement anormale.** L'enfant est généralement incapable d'exprimer ses besoins ou désirs par gestes. Il est également incapable de montrer ce qu'il veut par des gestes.

3.5

4. **Communication non verbale sévèrement anormale.** L'enfant n'utilise que des gestes bizarres ou particuliers qui n'ont pas de signification apparente. Il n'intègre pas la signification des gestes et des expressions faciales des autres.

OBSERVATIONS :

XIII. Niveau d'activité

1. **Niveau d'activité normal à l'âge et la situation.** L'enfant n'est ni plus actif, ni moins actif qu'un enfant normal du même âge dans une situation semblable.

1.5

2. **Niveau d'activité légèrement anormal.** L'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Son niveau d'activité n'interfère que très légèrement avec sa performance.

2.5

3. **Niveau d'activité moyennement anormal.** L'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limites et ne va pas volontiers au lit le soir. À l'inverse, il peut être apathique et une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.

3.5

4. **Niveau d'activité sévèrement anormal.** L'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

OBSERVATIONS :

XIV. Niveau et homogénéité du fonctionnement intellectuel

1. **Intelligence normale : fonctionnement intellectuel homogène.** L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant du même âge et ne présente ni habileté exceptionnelle, ni problème.

1.5

2. **Fonctionnement intellectuel légèrement anormal.** L'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines.

2.5

3. **Fonctionnement intellectuel moyennement anormal.** En général, l'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge. Cependant, il peut présenter une performance proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel.

3.5

4. **Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal.** Alors que l'enfant n'a généralement pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge, il se montre capable de fonctionner à un niveau supérieur par rapport aux enfants de son âge dans un ou plusieurs domaines.

OBSERVATIONS :

XV. Impression générale

1. **Pas d'autisme.** L'enfant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.

1,5

2. **Autisme léger.** L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.

2,5

3. **Autisme moyen.** L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.

3,5

4. **Autisme sévère.** L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

OBSERVATIONS :

Résumé :

Cette recherche a pour but d'étudier les difficultés et les obstacles que les éducatrices rencontrent dans la prise en charge des enfants autistes.

Notre base de travail pour l'enquête de terrain était l'éventualité d'un échantillon de 4 enfants âgés entre 8ans et 13ans.

Ce travail est réalisé à la base d'une recherche bibliographique, d'un ensemble d'observations constatées sur le terrain au sein d'un établissement privé d'éducation et d'enseignement spécialisé pour les enfants handicapés mentaux « l'univers de nos enfants », dont on a observé les difficultés et les obstacles rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes.

En utilisant les données recueillies dans la recherche les résultats mettent en évidence la confirmation de nos trois hypothèses qui sont comme suit:

- L'éducatrice exerçant avec l'enfant autiste rencontre des difficultés face aux troubles du comportement.
- Les difficultés rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes sont liées au difficulté d'interaction.
- Les enfants autistes ont une autre difficulté que rencontrent leurs éducatrices qui est le trouble de langage et de la communication.

ملخص :

يهدف هذا البحث إلى دراسة الصعوبات والمعوقات التي تواجه التربويين في رعاية الأطفال المصابين بالتوحد. كان أساس عملنا للمسح الميداني هو إمكانية عينة من 4 أطفال تتراوح أعمارهم بين 8 و 13 سنة.

يتم تنفيذ هذا العمل على أساس بحث بيليوغرافي ، ومجموعة من الملاحظات التي تمت ملاحظتها على أرض الواقع داخل مؤسسة تعليمية خاصة وتعليم متخصص للأطفال المعوقين عقلياً "عالم أطفالنا" ، والتي لاحظنا الصعوبات فيها و العقبات التي يواجهها المربون في رعاية الأطفال المصابين بالتوحد.

باستخدام البيانات التي تم جمعها في البحث، تسلط النتائج الضوء على تأكيد فرضياتنا الثلاث وهي كما يلي:

- يواجه المربي العامل مع الطفل التوحدي صعوبات سلوكية.
- ترتبط الصعوبات التي يواجهها المربون في رعاية الأطفال المصابين بالتوحد بصعوبة التفاعل.
- يواجه الأطفال التوحيديون صعوبة أخرى يواجهها مربيهم وهي اضطراب اللغة والتواصل.

Abstract :

This research aims to study the difficulties and obstacles that educators encounter in the care of autistic children.

Our working basis for the field survey was the possibility of a sample of 4 children aged between 8 and 13 years old.

This work is carried out on the basis of a bibliographical research, a set of observations noted on the ground within a private establishment of education and specialized teaching for the mentally handicapped children "the universe of our children", of which we observed the difficulties and obstacles encountered by educators in the care of autistic children.

Using the data collected in the research the results highlight the confirmation of our three hypotheses which are as follows:

- The educator working with the autistic child encounters difficulties with behavioral problems.

- The difficulties encountered by educators in the care of autistic children are related to the difficulty of interaction.

- Autistic children have another difficulty encountered by their educators, which is the language and communication disorder.