



Mémoire de fin de d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

Option :Psychologie clinique.

THEME :

Les enfants autistes et leurs difficultés scolaires.

Étude de quatre (04) cas réalisée au sein de l'association de prise en charge des enfants autistes « Lueur d'espoir » à Boudjellil.

Élaboré par :

AMGHAR Imad-Eddine.

Sous l'encadrement de :

Dr MAMMERI Ouiza.

Remerciements :

En préambule à ce travail, j'exprime ma profonde reconnaissance :

À Dieu Tout-Puissant, source de force et de persévérance, qui m'a aidé et donné la patience et le courage durant ces longues années d'étude, et pour accomplir ce modeste travail. Al-hamdulilah.

Je tiens à témoigner ma gratitude particulière à notre encadrante, la Dr Mammeri Ouiza, pour son précieux accompagnement scientifique, ses conseils éclairés et son engagement sans faille dans la direction de ce mémoire.

Je tiens également à rendre hommage aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et à leurs familles, dont les parcours de vie ont inspiré cette étude. Puissent les avancées scientifiques améliorer leur qualité de vie et leur inclusion sociale.

Une reconnaissance particulière va à nos familles et parents, dont le soutien indéfectible, les précieuses contributions, les prières constantes et les encouragements permanents ont constitué un pilier essentiel dans la réalisation de ce travail.

Une pensée particulière va à mon frère Khld, dont le soutien moral a été inestimable. Que Dieu lui accorde la libération et la sérénité.

MERCI À TOUTES ET À TOUS !

Dédicace :

Ce mémoire est dédié à mon estimée collaboratrice, Mon Associé« Liticia »

JE TE DIS MERCI.

Imad-Eddine

Remerciements.

Dédicaces.

Liste des abréviations.

Liste des tableaux et annexes.

Sommaire.

| | |
|-----------------------|----|
| Introduction..... | 10 |
| La problématique..... | 12 |

Partie théorique

Chapitre I : L'autisme

| | |
|---|-----------|
| ✓ Préambule..... | 23 |
| 1. Un aperçu historique de l'autisme..... | 23 |
| 2. La définition des troubles envahissants du développement..... | 24 |
| 3. La définition de l'autisme..... | 25 |
| 4. L'épidémiologie de l'autisme..... | 27 |
| 5. Les classifications de trouble autistique..... | 29 |
| 6. Les formes de l'autisme..... | 31 |
| 7. L'étiologie de l'autisme..... | 35 |
| 8. Les critères de diagnostic de l'autisme selon le DSM5..... | 39 |
| 9. Les troubles associés de l'autisme..... | 42 |
| 10. Le diagnostic précoce de l'autisme..... | 45 |
| 11. La prise en charge de l'autisme..... | 47 |
| Conclusion..... | 55 |

Chapitre II : Les difficultés scolaires

| | | |
|-----|--|-----------|
| ✓ | Préambule..... | 57 |
| 1. | Un aperçu historique sur difficultés scolaires..... | 57 |
| 2. | La définition des difficultés scolaires | 59 |
| 3. | La définition de l'échec scolaire..... | 60 |
| 4. | L'épidémiologie des difficultés scolaires..... | 61 |
| 5. | Les causes des difficultés scolaires..... | 62 |
| 6. | Les conséquences des difficultés scolaires..... | 66 |
| 7. | Les différents types de difficultés d'apprentissage de l'enfant..... | 67 |
| 8. | Les conseils pour la diminution de taux des difficultés scolaires..... | 70 |
| 9. | La prévention et la prise en charge en cas de difficulté scolaire..... | 72 |
| 10. | Les techniques de prise en charge des difficultés scolaires | 75 |
| ✓ | Synthèse | 77 |

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

| | | |
|----|--|-----------|
| ✓ | Préambule..... | 80 |
| 1. | La pré-enquête | 80 |
| 2. | La présentation de lieu de la recherche..... | 81 |
| 3. | Le choix de groupe de recherche | 82 |
| 4. | Les caractéristiques du groupe de recherche..... | 82 |

| | |
|--|-----------|
| 5. La méthode de la recherche | 83 |
| 6. Les outils de l'investigation | 84 |
| ✓ Synthèse | 87 |

Chapitre VI : Présentation, Analyse Des cas et discussion des hypothèses

| | |
|--|------------|
| 1. La présentation et analyse des résultats de guide de l'entretien..... | 89 |
| 2. La discussion des hypothèses | 97 |
| Conclusion générale..... | 101 |
| Liste bibliographique..... | 104 |

Annexes.

La liste des Abréviations :

ABA : Applied Behavior Analysis.

APCEA : Association Pour La Prise En Charge Des Enfants Autistes.

ASD : Autisme Spectre Désordres.

CIM- 10 : Classification International Des Maladies.

DSM : Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux.

FNO : Fédération National Des Orthophonistes.

HAS : Haute Autorité De Santé.

OMS : Organisation Mondiale De La Santé.

PECS : Picture Echange Communication System.

PPRE : Programme Personnalisés De Réussite Educatif.

QI : Quotient Intellectuel.

RASED : Réseau D'aide Spécialisée Aux Elèves En Difficulté.

TDC : Trouble Développemental De La Coordination.

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale.

TEACCHs: Treatment And Education Of Autistic And Related Communication Handicapped Children.

TED : Trouble Envahissant du Développement

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsive.

TSA : Trouble de Spectre Autistique.

Listes des tableaux et annexes :

| Tableaux | Titres | Pages |
|-----------------|--|--------------|
| Tableau N° 1 | Les classifications du trouble autistique. | N° 30 |
| Tableau N° 2 | Les attributs du groupe de recherche. | N° 82 |

Introduction générale

Introduction :

Devenir parents est une expérience charnière pour l'individu. L'arrivée d'un enfant, qui déjà en tant qu'entité différenciée, modifie la structure familiale. Les parents sont contraints de modifier leur horaire, à tout le moins, pour accueillir l'être. Mais que se passe-t-il si l'enfant n'est pas comme tous les autres? L'enfant arrive comme un apprentissage intrusif et inattendu. Certains enfants naissent avec des handicaps variés, notamment l'autisme, un trouble du développement qui se manifeste généralement dans les premières années, vers l'âge de 3 ans, et se manifeste par des dysfonctions dans trois domaines : communication, interaction sociale et comportements restreints et répétitifs, qui touche beaucoup plus les garçons que les filles.

La naissance d'un enfant atteint des troubles autistiques est souvent une période de grands changements, avec un impact plus important sur la famille et l'environnement scolaire (éducatif). Le problème de l'échec scolaire chez les enfants autistes est actuellement au centre de l'attention dans le monde de l'éducation et intéresse de nombreuses catégories de personnes : pédagogues, sociologues et psychologues qui y consacrent des études et des recherches sous des angles divers. Les familles de personnes autistes considèrent cela comme un risque énorme et une triste réalité. Le problème est suivi de près et de loin dans les réunions et conférences nationales et internationales; Les administrateurs, quant à eux, estiment que les statistiques sur l'échec scolaire et ce qu'ils considèrent comme un indicateur du fonctionnement et de la qualité des systèmes éducatifs sont alarmantes.

De nos jours, la télévision, la radio et les journaux diffusent de plus en plus de reportages, d'émissions, de conférences et d'articles sur les difficultés auxquelles sont confrontées les familles, le milieu social et le système éducatif. Cette réalité touchant les enfants autistes nous a réellement marqué. C'est le groupe d'enfants qui nous attire particulièrement. Ces enfants ont besoin d'attention, d'affection, de tendresse, de compréhension et de stimulation pour pouvoir se développer progressivement et à leur rythme, car de par leur mode de vie, ces enfants sont spécifiques par rapport aux autres enfants normaux.

Dans notre analyse, nous nous concentrerons particulièrement sur les difficultés des enfants autistes

Avant de clôturer notre analyse, nous proposons un plan avec les détails suivants :

Une introduction générale, une problématique qui comporte les hypothèses, les objectifs de la recherche, des définitions théoriques, des concepts clés et leurs opérationnalisations.

Une partie théorique qui contient deux chapitres, le premier chapitre est consacré pour l'autisme, sa définition, l'histoire, les formes de l'autisme, l'éthologie, sa sémiologie, les troubles associés, pour enfin conclure avec une prise en charge. Et le deuxième chapitre appartient aux difficultés scolaires, la définition, son histoire, les causes, les conséquences, les types pour enfin terminer avec les conseils et la prise en charge.

Pour la partie pratique contient ainsi deux chapitres, le premier chapitre, on a présenté la pré-enquête, les méthodes utilisées, la présentation de lieu de recherche, les caractéristiques de groupe de recherche et les techniques utilisées dans la réalisation de notre recherche. Le second chapitre contient la présentation des quatre (04) cas, leurs analyses et la discussion des hypothèses.

Pour terminer, on exposera notre conclusion générale de ce mémoire, sous forme d'une synthèse et un résumé sur les hypothèses, et une liste bibliographique.

Problématique :

On entend partout des expressions de malaise et de mal-être, que ce soit dans les milieux éducatifs ou dans la société en général. Quotidiennement, des événements divers, des discussions en table ronde, des conférences et des statistiques nous informent sur les enjeux de santé tels que le diabète. On évoque ici des problématiques telles que les maladies cardiovasculaires, les problèmes familiaux, l'échec et l'abandon scolaires, la violence en milieu scolaire, les troubles psychiques, le suicide et l'autisme. Les problèmes ont des conséquences de moins en moins nuisibles pour l'individu et pour la société.

Dans ce contexte, l'autisme est caractérisé comme un trouble sévère du développement qui se manifeste au cours des deux premières années de l'existence. Cela se traduit par des altérations de la communication, des fonctions cognitives, de l'aptitude à jouer et de l'interaction sociale, qui font que les enfants concernés accusent un retard grandissant par rapport aux enfants ordinaires du même groupe d'âge. La cause de l'autisme reste inconnue, cependant, des anomalies neurologiques dans certaines régions cérébrales sont actuellement suspectées. L'apprentissage des enfants autistes diffère de celui des autres enfants. Ils semblent avoir du mal à saisir une communication verbale ou non verbale basique, sont dérangés par divers stimuli sensoriels et se détachent de plus en plus de l'univers qui les entoure et des individus avec qui ils interagissent. Ils se concentrent sur certaines tâches ou certains objets, ce qui entrave la progression du jeu. L'intérêt qu'ils portent à la présence d'autres enfants est plutôt limité et ils éprouvent des problèmes à apprendre par le biais de l'observation et de l'imitation d'autrui. En dépit des complications lors du processus éducatif, les spécialistes du comportement ont élaboré des méthodes efficientes basées sur la théorie de l'apprentissage, dans le but d'enseigner aux enfants atteints d'autisme (**Ron; Lead; McEachin, 1999**).

En Algérie, l'autisme reste un sujet méconnu et l'intégration des enfants autistes dans les établissements de prise en charge est toujours problématique. Cela est dû à la rareté ou à l'insuffisance d'établissements dédiés à l'accueil des personnes atteintes de ce trouble, ainsi qu'à la carence de professionnels qualifiés en matière d'autisme et au déficit d'aides à domicile capables d'assister ces enfants chez eux et dans les services de garde. Cependant, grâce à des associations, à des médias de

masse et à quelques personnes bien intentionnées, la prise de conscience de l'importance des centres spécialisés et de l'accès aux écoles ordinaire s'améliore progressivement.

D'après la CIM-10, « l'autisme est un trouble du développement dont le diagnostic repose sur l'observation de perturbations qualitatives dans les domaines de l'interaction sociale réciproque et de la communication, ainsi que sur l'identification de comportements, d'intérêts et d'activités restreints et répétitifs » (**Yves Contejean et Catherine Doyen, 2012**).

Selon Kanner, l'autisme est « un trouble et une incapacité innée à établir une relation affective et à réagir aux stimuli de l'environnement ».

Selon les dernières statistiques de l'OMS (2022), on estime qu'à l'échelle internationale, un enfant sur 100 présente des troubles du spectre de l'autisme (**OMS, 2022**).

En Algérie, où seulement 12 % des enfants avec trouble du spectre de l'autisme (TSA) bénéficient d'une scolarisation en milieu ordinaire (Ministère de la Solidarité Nationale algérien, 2023), leur inclusion scolaire se heurte à des obstacles systémiques et cliniques majeurs. Sur le plan institutionnel, on observe un déficit criant de formation spécialisée (seulement 8 % des enseignants formés aux TSA selon l'Office National des Statistiques [ONS], 2022), des infrastructures inadaptées (90 % des écoles sans aménagements sensoriels d'après le rapport FIRAS, 2021), et un retard diagnostic préoccupant (âge moyen de 7,2 ans contre 4 ans en Europe selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [INSERM], 2022). Ces difficultés sont exacerbées au niveau local, comme en témoigne la situation dans la wilaya de Béjaïa où seuls 120 enfants TSA sont scolarisés sur 4 000 cas estimés (Direction de l'Éducation de Béjaïa, 2024).

Ainsi, après un certain temps, chaque enfant, y compris les enfants autistes, doit avoir accès à l'éducation pour leur permettre de se mesurer à leurs pairs. Cependant, le principal obstacle à la scolarisation de ces enfants est que les défis scolaires peuvent entraîner inévitablement un échec académique, sauf dans le cas d'une poignée qui réussissent.

Selon le dictionnaire de psychologie : « L'échec scolaire désigne une situation où les résultats d'un élève ne répondent pas aux standards de l'école. L'enjeu de la défaillance scolaire coïncide presque avec l'instauration de l'obligation d'études, qui impose à tous les enfants des programmes fondamentaux et des rythmes identiques. Cette problématique prend davantage d'ampleur à mesure que la durée de scolarisation s'allonge : plus en avance dans les étapes du cursus éducatif, et plus grossissent les effectifs des enfants qui ne peuvent les franchir».

"La question des déterminants de l'échec scolaire fait l'objet d'un débat théorique structurant en sociologie de l'éducation. D'un côté, persiste une conception individualisante qui impute les difficultés scolaires aux caractéristiques propres de l'élève (Q.I., motivation, comportement). D'un autre côté, les recherches quantitatives et qualitatives les plus récentes établissent clairement le caractère socialement sélectif de l'échec scolaire. Ainsi, **Doron et Parot (2005)** montrent que 72% des élèves en grande difficulté scolaire en France proviennent de milieux socio-économiques défavorisés. Cette corrélation est confirmée par les études PISA (**OCDE, 2022**).

Ces données conduisent à interroger ce que Boudon, en 1973, nomme les "effets de structure" du système éducatif : les mécanismes institutionnels (modalités d'évaluation, codes linguistiques, conseils d'orientation) qui, sous couvert de neutralité, pénalisent systématiquement certaines catégories sociales. Comme le note Terrail en 2002, "l'école ne se contente pas de constater les inégalités, elle participe à leur production" (**Jean-Luc CHABANNE, 2003**).

Effectivement, selon Jean-Luc CHABANNE : « La difficulté est un terme qui caractérise temporairement une interaction entre un individu et un objectif, la difficulté se manifeste lorsque, durant cette interaction, l'individu rencontre des obstacles. » Par exemple, quand je mentionne qu'un élève éprouve des difficultés en lecture, je fais référence au fait qu'il est actuellement en train d'apprendre à lire, un objectif qui exige des efforts, de la peine et de la persévérance pour être atteint. (**Jean-Luc CHABANNE, 2003**).

D'après P.Orand de Jauffrey : « Les difficultés scolaires identifiés chez l'enfant sont associés à une anomalie de l'intelligence (débilité mentale, retard dans l'organisation du raisonnement), à des troubles du langage oral (troubles de la parole et de l'articulation), à une mauvaise acquisition du langage écrit (dyslexie, dysorthographie, dysgraphie), à une mauvaise représentation des gestes visant un objectif précis (dyspraxie), à une mauvaise notion du temps (dyschronie) et à une perception sensorielle déficiente des formes et volumes (vision défaillante, audition altérée) » (**DR P. Morand de Jauffrey,1995, p.112**).

Selon derniers rapports de l'Office national des statistiques algérien, ce phénomène de décrochage scolaire prend une acuité particulière dans le contexte algérien (**ONS, 2023**).

D'après les récentes statistiques du ministère algérien de l'Éducation (2023) et de l'UNICEF, le phénomène du redoublement et du décrochage scolaire continue d'exister, même s'il semble diminuer. Chaque année, environ un million d'étudiants sont touchés par le phénomène du redoublement.

D'après les récentes informations, la wilaya enregistre à présent près de 120 enfants atteints d'autisme en scolarité, ce qui représente une hausse notable par rapport aux 70 cas identifiés auparavant. (**Direction de l'Éducation de Béjaïa, 2024**). Cette progression, bien qu'encourageante, révèle surtout l'urgence d'adapter les pratiques pédagogiques à leurs besoins spécifiques.

C'est dans cette optique que notre recherche applique l'approche cognitivo-comportementale. Cette méthode, centrée sur l'analyse des processus cognitifs et des comportements, se révèle particulièrement pertinente pour identifier et traiter les difficultés scolaires des enfants autistes scolarisés, difficultés qui constituent justement l'objet principal de notre étude dans ce contexte d'inclusion progressive.

Afin d'évaluer les difficultés scolaires chez les enfants autistes et de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien.

Pour pouvoir bien réussir cette recherche, il est nécessaire de répondre aux questions suivantes :

Question générale :

Quelles sont les types de difficultés scolaires rencontrées par l'enfant autiste selon les enseignants?

Questions partielles :

- a)** L'enfant autiste présente-t-il des difficultés de concentration en classe selon les enseignants?
- b)** L'enfant autiste rencontre-t-il des difficultés de faire ses activités toute seule selon les enseignants?

Hypothèse générale :

L'enfant atteint d'autisme éprouve souvent plusieurs difficultés scolaires selon les enseignants.

Hypothèses sous-jacentes :

- a)** L'enfant autiste selon les enseignants présente des difficultés de concentration en classe.
- b)** L'enfant autiste selon les enseignants rencontre des difficultés de faire ses activités tout seul.

Les raisons de choix de thème :

- 1) Afin d'identifier et traiter les difficultés scolaires des enfants autistes scolarisés.
- 2) Ce thème est pour identifier et traiter les difficultés scolaires des enfants autistes scolarisés à travers d'analyser leurs processus cognitifs et comportements.

Les objectifs de la recherche :

Déterminer les types de difficultés scolaires (cognitives, comportementales, sociales) rencontrées par les enfants autistes en classe, tels que rapportés par les enseignants.

Objectifs partiels :

- a) Savoir si l'enfant autiste rencontre souvent des difficultés de concentration en classe selon les enseignants.
- b) Identifier si l'enfant autiste éprouve des difficultés de faire ses activités toute seule selon les enseignants?

La définition opérationnelle des concepts de l'étude :

L'autisme :

Définition théorique :

C'est un trouble du développement qui est présent dès la naissance ou tôt dans le processus de développement. Il influence divers comportements, y compris la capacité à exprimer des idées et à entretenir des relations avec autrui. On effectue généralement le diagnostic en se référant à un ensemble de caractéristiques développementales et de comportements. Ceci peut englober des difficultés pour comprendre et utiliser le langage, des comportements répétitifs et des centres d'intérêt, l'aversion au changement ainsi que la difficulté à acquérir des compétences en jeu et à établir des relations avec ses pairs.

Définition opérationnelle :

- Quête d'isolement.
- Insuffisance d'interaction sociale.
- Ignorance des autres.
- Regard inapproprié.
- Problèmes de communication verbale, gestuelle et faciale.
- Incapacité à tolérer le changement.
- Agitation.
- Stéréotypé.

Difficulté scolaire :

Définition théorique :

Les problèmes scolaires sont généralement liés aux caractéristiques psychologiques des enfants ainsi qu'aux lacunes culturelles de leur environnement familial, alors que les parents mettent en avant des éléments pédagogiques. (Maurice D, 2004).

Définition opérationnelle :

Dans le cadre de cette recherche, nous définissons opérationnellement les difficultés scolaires des enfants autistes comme l'ensemble des problèmes observables et déclarés par les enseignants dans trois domaines spécifiques:

Les difficultés d'attention : caractérisées par une incapacité à maintenir la concentration sur une tâche scolaire pendant plus de 5 minutes consécutives ou par plus de 3 épisodes de distraction par heure de cours.

Les difficultés de communication : se manifestant par au moins 3 échecs répétés à comprendre ou à répondre à des consignes verbales simples au cours d'une journée d'école.

Les problèmes d'interaction sociale : identifiés lorsque l'enfant refuse ou n'initie aucune interaction avec ses pairs pendant les activités collectives sur une période d'observation d'une semaine. Ces critères s'appuient exclusivement sur les observations et déclarations des enseignants en milieu scolaire ordinaire.

Les études antérieures :

Parmi les études antérieures les plus importantes correspondant à notre sujet, trois niveaux d'analyse émergent :

Au niveau international, les recherches ont établi que les enfants avec troubles du spectre autistique (TSA) rencontrent des difficultés

scolaires spécifiques liées à leurs particularités cognitives et sensorielles. Les travaux fondateurs de Baron-Cohen (1995) sur la théorie de l'esprit ont démontré que les déficits dans la compréhension des états mentaux d'autrui constituent un obstacle majeur aux apprentissages, particulièrement dans les systèmes éducatifs traditionnels peu adaptés. Ces constats sont corroborés par les données de l'OCDE (2022) qui révèlent que 65% des redoublements concernent les élèves les plus vulnérables, dont ceux présentant des TSA. Face à ce constat, des approches pédagogiques spécialisées comme le programme TEACCH (Mesibov et al., 2004) ont émergé, montrant des résultats prometteurs en matière d'inclusion scolaire dans les pays développés où environ 30% des enfants TSA sont scolarisés en milieu ordinaire.

Le contexte algérien présente cependant des défis spécifiques et accentués. Les études disponibles, bien que limitées, indiquent une prévalence probablement sous-estimée (5 à 7 cas pour 10 000 selon Ould-Taleb, 2015) en raison de diagnostics tardifs (âge moyen de 7,2 ans selon la Société Algérienne de Pédopsychiatrie, 2023). Le système éducatif national peine à inclure ces enfants, avec seulement 12% de scolarisation en milieu ordinaire (Ministère de la Solidarité Nationale, 2023), un taux bien inférieur à celui de la Tunisie voisine (34%). Cette situation s'explique par des obstacles multiples : formation insuffisante des enseignants (8% seulement formés aux TSA selon l'ONS, 2022), infrastructures inadaptées (90% des écoles sans espaces sensoriels d'après FIRAS, 2021), et moyens limités (seulement 6000 places disponibles dans les établissements spécialisés selon Ould-Taleb, 2015). Ces difficultés systémiques contribuent directement au taux alarmant d'abandon scolaire (entre 300 000 et 400 000 cas annuels selon le Ministère de l'Éducation et l'UNICEF, 2023).

La wilaya de Béjaïa illustre de manière particulièrement frappante ces dysfonctionnements. Alors que les estimations suggèrent la présence d'environ 4000 enfants TSA dans la région (APCEA, 2023), seulement 225 sont actuellement scolarisés, avec une répartition inégale (198 en primaire, 24 au collège et 3 au lycée selon la Direction de l'Éducation, 2024). Cette situation critique s'explique par

plusieurs facteurs locaux : une pénurie d'auxiliaires de vie scolaire (El Watan, 2023), une concentration des ressources dans quelques wilayas privilégiées (Alger, Tlemcen, Bouira selon Ould-Taleb, 2015), et des classes régulièrement surchargées. Ces difficultés structurelles sont encore exacerbées par le taux d'abandon scolaire particulièrement élevé au cycle moyen (18,7% selon l'ONS, 2023), reflétant l'incapacité persistante du système à répondre aux besoins spécifiques de ces enfants.

Cette synthèse exhaustive des données disponibles aux niveaux international, national et local met en lumière l'urgence d'interventions ciblées combinant approches scientifiques éprouvées et adaptations au contexte algérien.

Elle justifie pleinement notre choix d'une approche cognitivo-comportementale contextualisée pour cette recherche, tout en identifiant les lacunes que notre étude vise à combler, notamment en documentant de manière systématique la situation à Béjaïa et en testant l'efficacité d'adaptations pédagogiques spécifiques. Les limites des études antérieures (échantillons restreints, manque de données longitudinales) soulignent l'importance et l'originalité de notre contribution à la compréhension et à l'amélioration de la scolarisation des enfants TSA en Algérie.

Partie théorique

Chapitre I : L'autisme

Préambule :

Ce chapitre se concentrera sur l'autisme, en commençant par son historique, suivi d'une définition et d'une discussion sur l'historique du concept ainsi que son épidémiologie. Nous examinerons également les différentes classifications, avant de passer à la description des formes et de l'éthologie de l'autisme, les symptômes et les troubles associés, le diagnostic de l'autisme, pour finalement aborder la prise en charge.

1. Un aperçu historique sur l'autisme :

La première mention du terme « troubles envahissants du développement » remonte au DSM-III de 1980, où il englobait quatre troubles, y compris l'autisme infantile(1980). Dans la version mise à jour du DSM III en 1987, les troubles envahissants du développement (TED) sont réduits de quatre à deux, avec des critères spécifiques indiqués pour établir un diagnostic*DSM-III-R (1987). Selon le DSM-IV de 1994, les troubles envahissants du développement (TED) englobent cinq affections : l'autisme, le syndrome d'Asperger, le syndrome duRett, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble du développement non spécifié*DSM-IV (1994). Il convient néanmoins de noter que cette classification est américaine, car le CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) offre en Europe huit sous-catégories regroupées au sein des TED (OMS, 1993).

"C'est Eugen Bleuler (1911) qui a été le premier à utiliser le mot « autisme » pour décrire l'isolement social chez des adultes atteints de schizophrénie, désignant par ce terme un retrait de la réalité. Il est à souligner que Bleuler a élaboré ce concept en dérivant de l'« autoérotisme » freudien (Freud, 1905). Plus tard, Kanner(1943) a réutilisé ce terme pour décrire les traits distinctifs de onze enfants, marquant la première identification claire des troubles envahissants du développement.

Une mémoire exceptionnelle.

L'écholalie.

Un quotient intellectuel normal.

L'isolement.

L'obsession pour les routines.

Des centres d'intérêt limités.

Une réactivité amplifiée aux stimuli.

En 1943, Kenner utilisa le terme « autisme » pour caractériser l'incapacité de ces enfants à établir des liens émotionnels avec les autres. En 1943, en qualifiant ce trouble de syndrome, Kenner a distingué l'autisme des psychoses infantiles. C'est cependant en 1968, dans le DSM-II de l'association américaine de psychiatrie, que le terme « autisme » est mentionné pour la première fois.

En 1944, le psychiatre autrichien Hans Asperger a publié un article décrivant ses observations de personnes présentant des symptômes spécifiques tels que :

Diminution notable de la capacité à se faire des amis.

Faible empathie.

Dialogue à sens unique.

Actions maladroites.

Intérêts limités.

✓ **Synthèse :**

Ce survol historique révèle une évolution sémantique et diagnostique clé : l'autisme, d'abord associé à la schizophrénie, puis individualisé par Kanner, a vu sa classification se préciser à travers les DSM. Notons cependant que ces critères restent marqués par une perspective américaine, contrastant avec la granularité européenne du CIM-10. Cette divergence invite à questionner l'universalité des définitions psychiatriques.

2. La définition des troubles envahissants du développement (TED) :

Un individu souffrant d'un trouble envahissant du développement (TED) manifeste une anomalie neurologique se traduisant par une déformation de son développement global dans trois dimensions fonctionnelles :

Les relations sociales : difficulté à créer des liens avec les autres, absence de réciprocité sociale et émotionnelle (**American Psychiatric Association, 2013**).

La communication, tant verbale que non verbale, retard ou absence de développement du langage et difficulté à initier et maintenir une conversation chez les personnes qui s'expriment verbalement (**Tager-Flusberg, 2016**).

Les habitudes et rituels spécifiques non fonctionnels et inflexibles, ainsi que les maniérismes stéréotypés et répétitifs, sont des comportements et intérêts restreints, stéréotypés et répétitifs (**Bodfish et al., 2000**).

3. La définition de l'autisme :

Il existe de nombreuses définitions de l'autisme et ses noms ont varié. Comme le nom d'autisme est apparu pour la première fois par le psychiatre Eugen Bleuler en (1912), et qu'il désignait alors l'autisme pour échapper à la réalité, car l'enfant autiste, selon lui, était l'enfant qui n'avait rien réalité, et le sens de l'autisme pour Bleuler était la psychose. (**Corbier, 2004, P13**).

Le médecin américain Leo Kanner en 1943 a été le premier à décrire l'autisme, lorsqu'il s'est intéressé aux comportements inhabituels de onze enfants classés comme retardés. Mentalement (Retard mental), il a remarqué l'absorption continue de ces enfants en fermeture complète sur soi, et loin de la réalité. (**Schopler, 1992, P3**).

Comme défini par (Gerlach 2003) « c'est l'un des troubles du développement de base qui affecte les enfants dès le moment de la naissance, et ils montrent des comportements stéréotypés et répétitifs, et généralement leur diagnostic commence à des âges allant de deux ans et demi à quatre ans en raison de la clarté des symptômes sur eux à ce moment-là Cependant, leur état est assez clair dès la naissance. » (**Gerlach, 2003, P20**).

L'autisme est un trouble grave du développement qui se manifeste sous divers aspects, en général avant l'âge de trois ans. les personnes atteintes de troubles du spectre autistique présentent des caractéristiques cliniques dans trois domaines qu'on appelle également la triade autistique : altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, des modalités de communication, et un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif, les personnes atteintes d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Elles sont des difficultés à entrer en contact avec l'autre. (**Julien et Langlois, 2009, P09**).

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 N., 1999, p31).

3.1. Définition de l'autisme selon l'OMS :

D'après la classification internationale des maladies (CIM-10), l'autisme est un trouble du développement envahissant influant sur les fonctions cérébrales, il n'est plus perçu comme une pathologie psychologique ou psychiatrique (OMS, 1993).

Divers termes sont utilisées : autisme, trouble autistique, spectre autistique, TED (trouble envahissants du développement), TSA (trouble du spectre autistique) et ASD (autisme spectre désordres) (OMS, 2019).

L'autisme est un trouble du développement de l'enfant, grave et précoce, qui se manifeste avant l'âge de 3 ans (American Psychiatric Association, 2013). Il se distingue par un dysfonctionnement dans trois domaines :

Anomalie des interactions :

Les personnes autistes éprouveront des problèmes pour interagir avec leur environnement. Ils n'iront pas naturellement vers une conversation avec une personne proche, ils auront du mal à exprimer leurs émotions et à comprendre celles des autres (Tager-Flusberg, 2016).

Problème de communication en quantité :

L'enfant sera affecté par un retard ou un manquement total du développement du langage. Pour ceux qui développent le langage, des difficultés subsisteront quant à l'utilisation de la communication; ils ne parviennent pas à initier et maintenir une conversation (Lord et al., 2020).

Intérêts restreints, activités répétitives et stéréotypés :

Ces enfants développeront un intérêt très marqué pour des fragments d'objets. L'enfant adoptera des routines pour se rassurer, bien que cela donne un aspect inhabituel à son comportement. Ce trouble affecte approximativement 1 individu sur 1000 et est cinq fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles (Loomes et al., 2017).

3.2. Définition de l'autisme selon le CIM-10 :

Dans la CIM-10, les TED sont rangés parmi les troubles du développement psychologique. Les troubles envahissants du développement (TED) constituent une catégorie de troubles marqués par des changements qualitatifs dans les interactions sociales mutuelles et les modes de communication, ainsi que par un éventail d'intérêts limité, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives représentent une caractéristique omniprésente dans le fonctionnement du sujet en toutes circonstances (**Organisation mondiale de la Santé (1993)**).

✓ ***Synthèse :***

La pluralité des définitions (CIM-10, DSM, approches contemporaines) illustre combien l'autisme résiste aux catégorisations rigides. Cette flexibilité diagnostique, si elle permet une meilleure inclusion, complexifie aussi les comparaisons épidémiologiques.

4. L'épidémiologie de l'autisme :

Lotter a mené la première étude épidémiologique systématique sur l'autisme en 1966, il est important de noter qu'à cette période, les critères de diagnostic étaient basés sur une évaluation clinique. Au fil du temps, de nombreuses recherches ont eu lieu dans divers pays, tenant compte des changements dans les classifications nosographiques. Ces modifications pourraient également expliquer les disparités observées dans les statistiques de prévalence (**Lotter, 1966**).

Selon Fombonne (1998), dans une revue de la littérature concernant les recherches épidémiologiques observe une variation significative de la prévalence, allant de 0,7 à 15,5 pour 10 000. La moyenne étant établie à 4,8 pour 10 000. Dans une étude encore plus récente, l'auteur a examiné trente trois études épidémiologiques menées de 1966 à 1998. La moyenne de la prévalence est évaluée à 5,2 pour 10 000. Cependant, ce chiffre tend à augmenter graduellement, les recherches récentes depuis 1989 indiquant une moyenne de 7,2 pour 10 000 (**Fombonne, 2003a**). La prévalence moyenne des troubles envahissants du développement serait de 17,8 pour 10 000 habitants, ce qui représente environ 0,18 % (**Fombonne, 2003b**).

Selon Gillberg et Wing (1999), un taux élevé d'un cas pour 1000 est observé selon les critères diagnostiques du DSM III. Ce nombre se réfère strictement au trouble autistique et n'englobe pas les autres troubles du développement envahissants.

Si l'on considère toutes les variantes du « spectre autistique » étendu, la prévalence pourrait s'élever à 4 à 5 pour 1000, soit 0.5% (Gillberg, C., & Wing, L., 1999).

Ces suggestions sont corroborées par les recherches récentes. **Yeargin-Allsopp et al. (2003)** ont trouvé un taux de 3,4 pour 1000 en Géorgie (États-Unis), se montrant équivalent chez les noirs et les blancs. Dans cette population d'enfants âgés de trois à dix ans, 66% des cas d'autisme présentaient une déficience associée.

Dans une revue globale, **Fombonne (2006)** a estimé la prévalence moyenne de l'autisme à 13,1 pour 10 000 selon les critères DSM-IV. L'auteur souligne que ces chiffres varient significativement selon les méthodologies et les populations étudiées.

Selon les données épidémiologiques disponibles, l'Algérie présente une prévalence des troubles du spectre autistique (TSA) estimée entre 5 et 7 cas pour 10 000 naissances pour les formes atypiques, et environ 1 cas pour 300 naissances pour l'ensemble du spectre (Ould-Taleb, 2015). Le ratio observé est de 1 fille pour 4 garçons dans la tranche d'âge 2-3 ans, ce qui correspond aux tendances internationales (Organisation Mondiale de la Santé, 2019).

Les données épidémiologiques récentes suggèrent une prévalence croissante des troubles du spectre autistique (TSA) en Algérie. Selon une étude menée dans cinq centres spécialisés (Alger, Oran, Constantine, Annaba et Tizi-Ouzou), le nombre d'adolescents (12-18 ans) diagnostiqués atteindrait environ 65 000 cas (Boukhari et al., 2021). Cette estimation, initialement rapportée par le Pr. Ouled Taleb lors du 1er Colloque National sur l'Autisme, correspond à une prévalence d'environ 1,2% dans cette tranche d'âge, conforme aux estimations internationales (OMS, 2022). L'augmentation des diagnostics reflète à la fois une meilleure détection et une expansion réelle des cas, comme le confirment les dernières données (Ministère de la Santé algérien (2023)).

✓ *Synthèse :*

L'étude épidémiologique indique une hausse notable des diagnostics de TSA, aussi bien à l'échelle mondiale qu'en Algérie. Trois facteurs majeurs expliquent cette tendance : (1) l'expansion des critères de diagnostic (DSM-5), (2) le perfectionnement des instruments de détection, et (3) une augmentation véritable de l'incidence. Toutefois, cette 'épidémie diagnostique' suscite des interrogations essentielles : s'agit-il d'une plus grande reconnaissance de la neurodiversité ou d'une surmédicalisation des variations cognitives ? Ces défis nosographiques deviennent vraiment significatifs quand on observe le développement des classifications (CIM-10 contre DSM-IV), où la lutte entre classification et continuum est toujours perceptible.

5. Les classifications du trouble autistique :

Un tableau comparatif met en lumière les classifications diagnostiques des troubles du spectre autistique selon les deux principaux systèmes de référence : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10, OMS, 1992) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV, APA, 1994). Il souligne les divergences conceptuelles entre ces approches nosographiques, particulièrement dans la catégorisation des sous-types autistiques et leurs critères d'identification. Comme le soulignent Lenoir et al. (2007).

| CIM-10 | DSM-IV |
|---|--|
| Troubles envahissants du développement | Troubles envahissants du développement |
| F84. Autisme infantile | 299.00 Trouble autistique |
| F84.1 Autisme atypique. | 299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris l'autisme atypique). |
| F84.2 Syndrome de Rett. | 299.80 Syndrome de Rett. |
| F84.3 Autre trouble désintégratifs de l'enfance. | 299.10 Trouble désintégratifs de l'enfance. |
| F84.4 Troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et à des mouvements stéréotypés. | |
| F84.5 Syndrome d'asperger. | 299.80 Syndrome d'asperger. |
| F84.8 Autres troubles envahissants du développement. | |
| F84.9 Troubles envahissants du développement, sans précision. | 299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique). |

Tableau n°1 : Les classifications du trouble autistique

Lenoir, P., Malvy, J., & Bodier-Rethoré, C. (2007). Classification des troubles autistiques : Guide clinique (2ème éd.). Éditions Masson. (p. 10)

6. Les formes de l'autisme:

Dans cette classification appartient aux troubles envahissants du développement (OMS, 1993). Les différentes catégories correspondant à des caractéristiques spécifiques sont les suivantes :

6.1. L'autisme infantile :

Trouble envahissant du développement dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables, mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75% des cas (Rogé B., 2003, P14).

Selon la CIM-10 :

L'autisme infantile est caractérisé par : un développement altéré, manifeste avant l'âge de 3 ans et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Altération qualitatives des interactions sociales réciproques.
- Altération 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 de l'alimentation, des crises de colères et des gestes auto-agressifs.

L'autisme infantile selon Kanner se définit comme un désordre fondamental, dans l'inaptitude des enfants à établir des relations normales avec des personnes, et à réagir normalement aux situations depuis le début de leur vie. Actuellement, l'autisme infantile appartient au groupe des

troubles envahissant de développement, il est défini par un trépied symptomatique : anomalie de comportement, de la communication, et des activités des intérêts restreints répétitifs et stéréotypés, et aussi anomalie qualitative des interactions sociales. Ce trouble débute avant l'âge de trois ans et dure toute la vie. (**Bertrand J., 2008, P32**).

6.2. L'autisme atypique :

Trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certaines enfants les troubles apparaissent au delà de 3ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement) (**Rogé B., 2003, P 14-15**).

Selon la CIM-10 :

Ce trouble se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition de ce trouble, et par le non correspondance des critères de diagnostic. Ce diagnostic se justifie par l'apparition de ce trouble au delà de trois ans et que les anomalies sont discrètes, et aussi par l'absence d'un signe normalement atteint dans l'autisme.

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 réceptif. (**Bertrand J., 2008, P 33**).

6.3. Syndrome de Rett :

Trouble décrit principalement chez les filles .Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien.

Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains, et l'hyperventilation. (Rogé B., 2003, P 15).

Selon la CIM-10 :

Trouble qui touche principalement les filles, il se caractérise par une période de développement normale ou presque normale, suivi d'une perte totale ou partielle du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, lié à un blocage du périmètre crânien. Il se manifeste entre 07 et 24 mois et se caractérise par une perte de la motricité fonctionnelle et une apparition des mouvements stéréotypés des mains.

Le développement social et le développement du jeu sont arrêté, alors que l'intérêt social reste habituellement conservé. Une ataxie du tronc et une apraxie se manifestent à partir de l'âge de 4 ans, suivis souvent par des mouvements chéo-athétosiques. Le trouble entraîne presque toujours un retard sévère. (Bertrand J., 2008, P 34).

6.4. Autre trouble désintégratif de l'enfance :

Trouble envahissant du développement qui ne correspond pas au syndrome de Rett et dans lequel une période de développement normal est observée avant l'apparition du trouble. Cette période est suivie d'une perte très nette, et en quelques mois, des performances déjà installées dans différents domaines du développement. Simultanément apparaissent des anomalies de la communication, des relations sociales, et du comportement. La détérioration peut être précédée de troubles à type d'opposition, de manifestations anxieuses ou d'hyperactivité. Puis s'installe un état régressif avec perte du langage (Rogé B., 2003, P 15).

6.5. Syndrome d'asperger :

Trouble du développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme.

Les intérêts restreints et les activités répétitives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonne qualité. Une maladresse motrice est souvent associée (Rogé B., 2003, P 15-16).

6.6. Trouble envahissant du développement, sans précision :

Cette catégorie est réservée aux troubles qui correspondent aux caractéristiques générales des troubles du développement mais qu'il est impossible de classer dans l'une des catégories décrites ci-dessus du fait d'un manque d'information ou de contradictions dans les informations disponibles. (Rogé B., 2003, P16).

✓ *Synthèse :*

Il existe différents troubles de l'autisme :

Le syndrome d'Asperger : les enfants atteints du syndrome d'Asperger ont une intelligence normale ou supérieure à la normale mais présentent des troubles des interactions sociales, des comportements stéréotypés mais pas de retard de langage.

Le syndrome de Rett : les enfants (généralement des filles) ont un développement normal jusqu'à six mois puis on observe une régression et l'apparition de symptômes autistiques.

Les troubles desintégratifs de l'enfance : le développement des enfants est normal jusqu'à 2 ans puis les symptômes autistiques apparaissent.

Autisme atypique : trouble envahissant du développement utilisé pour désigner des enfants présentant des problèmes comparables aux troubles autistiques.

Autisme infantile : trouble envahissant du développement dans lequel un développement anormal ou déficient observé avant l'âge de 3ans, dans lequel la personne autiste présente des troubles des interactions sociales, de la communication et des comportements répétitifs et des intérêts restreints ainsi que un retard mental.

Trouble envahissant du développement, sans précision : Cette catégorie est réservée aux troubles qui correspondent aux caractéristiques générales des troubles du développement.

7. L'étiologie de l'autisme :

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs quant à son étiologie. Ci-dessous, sont présentés quelques facteurs qui expliquent les causes de ce syndrome.

7.1. Les facteurs génétiques :

Plusieurs études portant sur des jumeaux monozygotes et dizygotes ont recherché un ou des gènes responsables du trouble autistique. Les jumeaux monozygotes montrent une relativement forte concordance au syndrome autistique, alors qu'il en existe une très minime chez les jumeaux dizygotes.

Par ailleurs, on a remarqué que l'autisme partageait certaines régions Chromosomiques avec d'autres pathologies.

Il ne fait aucun doute que l'autisme ait une origine génétique mais, aujourd'hui, les chercheurs ne sont pas en mesure d'affirmer clairement quel(s) gène(s) est/sont responsable(s) de l'autisme. (INSERM, 2019).

7.2. Les facteurs biochimiques :

On a remarqué que les personnes atteintes du syndrome autistique présentent des perturbations au niveau des neurotransmetteurs.

En effet, la sérotonine, la dopamine, l'adrénaline, la noradrénaline et les béta endorphines se retrouvent généralement à un taux anormalement élevé dans le sang des individus autistes.

« En 1979, un zoologue américain du nom de Panksepp remarque une similitude entre certains comportements de l'autisme et les personnes qui consomment de l'opium. Il met également en cause les bétaendorphines, qu'il retrouve en excès dans les urines de personnes autistes, et propose pour contrer ce phénomène un régime sans caséine et gluten. Son hypothèse est simple : l'excès de bétaendorphine cérébrale viendrait d'une mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers (caséine) » (INSERM, 2019).

7.3. Les facteurs neurologiques :

On observe chez la plupart des sujets atteints d'autisme une macrocéphalie, c'est- à-dire, une augmentation du périmètre crânien.

Chaque région du cerveau semble perturbée : le cervelet, qui intègre les informations tactiles et la sensibilité profonde, assure l'orientation dans l'espace, régule le tonus, la coordination et la force musculaires; le système limbique qui gère essentiellement les émotions ainsi que les autres zones cérébrales telles que les régions corticales, le corps calleux, le tronc cérébral présentent des anomalies. (INSERM, 2019).

7.4. Les facteurs environnementaux :

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

Parmi ces facteurs environnementaux, certains sont de nature organique (chimique ou infectieuse), d'autres sont de nature psychologique, d'autres enfin peuvent être interprétés en termes organiques ou psychologiques. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 61).

7.5. Facteurs anté-conventionnels :

Quelques études épidémiologiques rétrospectives de très grande ampleur ont permis de retrouver parmi les mères d'enfants autistes un pourcentage significativement augmenté par rapport à la population générale de femmes ayant été exposées dans le cadre de leur profession à des agents chimiques toxiques (comme le benzène) avant la conception de l'enfant. D'autres facteurs toxiques encore non identifiés pourraient être impliqués. Dans cet exemple, nous voyons qu'un facteur de risque environnemental touchant la mère pourrait avoir un impact sur son génome et celui de sa descendance, et donc qu'il est parfois artificiel de différencier radicalement facteurs endogènes et exogènes (Tardif C. et Gepner B., 2003, p 61-62).

7.6. Facteurs anténatals :

La contamination de la mère par des agents infectieux, notamment les virus de la rubéole ou le cytomégalovirus, contractés pendant la grossesse, pourrait augmenter le risque de survenue d'autisme chez son enfant, soit par effet toxique direct sur les neurones du fœtus, soit par effet lésionnel indirect. Par ailleurs, il semble que la survenu d'hémorragies utérines et de menaces de fausses couches centrées sur le deuxième trimestre de la grossesse soient plus fréquentes chez les mères d'enfants autistes.

En effet, quelques rares études, qui n'ont à notre connaissance pas été répliquées, ont montré que la dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance, plus que tous les autres types de pathologie maternelle pendant la grossesse pouvait constituer un facteur de risque de survenue d'un syndrome autistique chez l'enfant. Les mécanismes reliant la survenue d'une dépression maternelle, avec son cortège de troubles neurobiologiques et biologiques associés, et le risque pour l'enfant de présenter un syndrome autistique, sont mal connus, mais deux interprétations complémentaires sont possibles : un mécanisme neurobiologique anténatal et le mécanisme psychologique postnatal. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 62-63)

7.7. Facteurs périnatals (survenus autour de la naissance) :

Selon certaines études épidémiologiques, des états de souffrance du nouveau-né, ayant entraîné une mise en couveuse, semblent plus fréquents dans les antécédents périnatals d'un enfant autiste que dans la population générale .De même, une prématurité ou une post maturité semblent plus fréquentes dans les antécédents d'un enfant autiste que dans les antécédents d'enfants tout venant (Tardif C. et Gepner B., 2003, P63).

7.8. Facteurs postnatals(ou néo-natals) :

D'une part, des infections postnatales par le virus de l'herpès, de la rougeole ou des oreillons semblent impliquées dans certains cas d'autisme.

D'autre part, il est possible que certaines carences environnementales majeures sur le plans éducatif et affectif, comme celles dont sont victimes les enfants élevés en pouponnière en Roumanie, soient un facteur de risque de syndromes autistiques. En effet, de telles carences semblent produire dans un pourcentage extrêmement élevé de cas, un trouble du développement de l'enfant très ressemblant à l'autisme. (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P63**).

7.9. Facteurs cognitifs :

L'enfant autiste éprouve de graves problèmes dans la construction de sa personnalité sociale. Il ne semble pas disposer d'un organisme qui lui permet de réfléchir au passé, et d'interpréter le présent, de faire des projets d'avenir et de communiquer efficacement. Il apprendra de manière scientifique avec un médiateur, ce que les enfants « ordinaires» comprennent de manière instinctive. La mise en évidence d'un rapport entre des dysfonctionnements du cerveau et comportement déconcertant chez les personnes autistes semble se confirmer par les spécialistes.

Il parait que l'enfant autiste ne parvient ni à décoder les messages qui lui arrivent, ni à adresser en clair un message à ceux qui l'entourent. (**Lelord G., 1991, P10**).

7.10. Facteurs immunologiques :

Différents éléments du système immunitaire pourraient jouer un rôle dans l'autisme. Une proportion apparemment significative, bien que faible, d'infections pré et postnatales a été rapportée, les infections les plus fréquemment mentionnées comprennent la rubéole et les infections à cytomégalovirus. (**B, ROGE, 2003, p.54**).

✓ *Synthèse :*

Il apparaît que l'autisme n'a pas une origine clairement définie, mais plutôt multifactorielle, pouvant peut-être se définir comme étant d'origine neuro-biogénétique.

On sait que l'autisme est dû à des anomalies neuro-développementales. Chez les personnes autistes, la croissance du cerveau et la manière dont s'organisent et se connectent les neurones (ou cellules

nerveuses) n'est pas normale. Ce dysfonctionnement cérébral entraîne des difficultés dans différents domaines. Les causes de cette désorganisation sont à rechercher dans le domaine de la génétique (on a trouvé de nombreux défauts sur de nombreux gènes) avec (ou non) une interaction de l'environnement. Cela voudrait dire qu'un (ou plusieurs) facteur(s) de l'environnement pourraient, en présence de certaines anomalies génétiques, influencer le développement du cerveau. Une cause très claire de l'autisme n'est détectable que pour environ 10% des cas : en effet, certaines personnes souffrant de maladies génétiques bien connues (comme par exemple l'X-fragile) sont souvent autistes. Des causes environnementales telles que la rubéole contractée par la mère durant la grossesse peuvent aussi être à l'origine de certains cas d'autisme.

Quoi qu'il en soit, l'étiologie de ce handicap reste un objet d'étude pour les Chercheurs.

8. Les critères de diagnostiques de l'autisme selon le DSM 5:

- 1) Des déficits persistants en communication et en interaction sociale sont observés dans divers contextes. Ces manifestations peuvent apparaître soit durant la période actuelle, soit parmi les antécédents.
 - a) Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant par exemple d'anomalie de l'approche sociale et de l'incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects. Jusqu'à une incapacité à initier ou à répondre à des interactions sociales.
 - b) Des déficits dans les comportements de communication non verbale employés lors des interactions sociales, qui peuvent aller d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des irrégularités du regard et du langage corporel, en passant par des lacunes dans la compréhension et l'usage des gestes, jusqu'à une absence totale d'expression faciale et de communication non verbale.
 - c) Les déficits peuvent aller du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant par exemple de l'incapacité à adapter son comportement à divers

contextes sociaux, à des problèmes pour partager des jeux imaginatifs ou se faire des amis, jusqu'à un désintérêt total pour ses pairs.

➤ **Spécifier la sévérité actuelle :**

➤ La sévérité est déterminée par la mesure dans laquelle les déficits de la communication sociale et les comportements restreints et répétitifs sont significatifs.

2) Comportements, intérêts ou activités dont le caractère limité et récurrent est attesté par au moins deux des éléments suivants, soit durant la période présente, soit dans les antécédents.

a) Utilisation répétitive ou stéréotypée de gestes, d'objets ou de langage.(Par exemple : stéréotypies motrices simples, jeux d'alignement de jouets ou de rotation d'objets, écholalie, expressions idiosyncratiques.)

b) Inflexibilité face au changement, attachement rigide à des habitudes ou des comportements verbaux ou non verbaux ritualisés (par exemple : angoisse intense déclenchée par de petits changements, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée inflexibles, nécessité de suivre la même route ou de consommer les mêmes aliments chaque jour).

c) Intérêts étriqués et fixes de manière inhabituelle, soit dans leur intensité, soit dans leurs finalité (par exemple, attachement à des objets insolites ou obsession pour ce genre d'objet, intérêts excessivement limités ou persistants).

d) Réactivité excessive ou insuffisante aux stimuli sensoriels, ou intérêt particulier pour les éléments sensoriels de l'environnement (par exemple : indifférence manifeste à la douleur ou à la chaleur, réactions négatives face à certains bruits ou textures spécifiques).

- L'action de sentir ou de toucher de manière excessive les objets.
- Fascination visuelle par les lumières ou les mouvements.

➤ Spécifier la sévérité actuelle :

Le degré de gravité se base sur la mesure des déficiences en communication sociale et les comportements restreints et répétitifs.

- 3) Les symptômes doivent être considérés comme des phases initiales du développement (bien qu'ils ne soient pas forcément, entièrement évidents avant que les requêtes sociales surpassent les aptitudes restreintes de l'individu, ou ils peuvent être dissimulés ultérieurement grâce à des tactiques acquises).
- 4) Les symptômes entraînent une incidence cliniquement significative en matière de fonctionnement ou dans d'autres domaines essentiels.
- 5) Ces dysfonctionnements ne s'expliquent pas mieux par une déficience intellectuelle (trouble du développement intellectuel) ou un retard de développement général. On observe souvent une association entre la déficience intellectuelle et le trouble du spectre autistique.

Pour établir un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et une déficience intellectuelle, la détérioration de la communication sociale doit être plus importante que ce qui serait anticipé pour le stade général du développement. (DSM5, 2015, p 55-56).

✓ *Synthèse :*

L'analyse des critères diagnostiques du DSM-5 indique une perspective dimensionnelle du TSA, caractérisée par deux volets majeurs : les déficits socio-communicatifs et les conduites restreintes/répétitives. Cette matrice, malgré une plus grande inclusivité par rapport aux versions antérieures, suscite plusieurs interrogations cliniques importantes. D'un côté, l'idée de 'sévérité' demeure subjective et liée au contexte culturel. Par ailleurs, le critère de comorbidité avec la déficience intellectuelle met en évidence la complexité des diagnostics différentiels. Lorsqu'on examine les troubles souvent liés à l'autisme, qui peuvent soit dissimuler, soit accentuer les traits essentiels du TSA, ces défis diagnostiques acquièrent une signification spécifique.

9. Les troubles associés de l'autisme :

L'autisme est souvent lié à d'autres troubles, qu'ils soient mentaux ou physiques, dont l'identification est primordiale. Ces troubles associés représentent un élément qui va affecter le développement de la prise en charge.

9.1. La surdité :

La surdité est discutée devant l'absence apparente de réactions certaines stimulations auditives (notamment à la voix) et le retard de langage néanmoins, les enfants sourds ont en général une appétence pour la communication non verbale et développent au contraire cette maladie interactive .On citera le cas des enfants diagnostiqués au départ comme sourds et présentant malheureusement un autisme associé reconnu trop souvent tardivement. En effet, la symptomatologie autistique est parfois mise sur le compte du handicap sensoriel. (**Lenoir P.Malvy J. et Bodier-Rethore CH., 2007, P13**).

9.2. L'agitation :

L'agitation est un trouble comportemental, un symptôme qui doit être nécessairement replacé dans une perspective clinique pour y apporter une réponse de la manière la plus appropriée. C'est l'expression motrice, plus ou moins turbulente et chaotique, qui se manifeste dans des actions dépourvues de plan réfléchi, guidées par des pulsions instinctives et affectives qui varient en fonction des circonstances pathologiques observées. (**J. QUEVAUVILLIERS, L.PERLEMUTER, G.PERLEMUTER, 2009, p. 34**).

9.3. Trouble de langage :

Les dysphasiques et les autistes partagent le retard du langage ainsi que les difficultés d'expression et, pour certains d'entre eux, des problèmes de compréhension des sons du langage parlé. Par ailleurs, il est possible que certains enfants dysphasiques développent par la suite des problèmes de relations sociales. Ainsi, il existe des situations limites où le diagnostic est complexe.

Mais le plus souvent, la distinction majeure entre les enfants dysphasiques et autistiques réside souvent dans la capacité de ces derniers à utiliser des gestes et des expressions pour communiquer. (**Ould-Taleb, 2015, p. 118**).

9.4. Retard mental :

L'autisme est associé à un retard mental (quotient intellectuel inférieur à 70) dans 70 à 80% des cas. Plus le quotient intellectuel est haut, plus le pronostic et l'évolution potentielle sont positifs ; toutefois, même en cas de QI faible, l'enfant peut faire des progrès. Il est souvent observé que le fonctionnement intellectuel des enfants autistes est qualifié d'«hétérogène» ou de «dysharmonique». Cela indique que les performances de l'enfant varient considérablement d'un domaine intellectuel à un autre. Par exemple, il est courant d'observer qu'un enfant autiste excelle dans les tests visuo-spatiaux (puzzle, cubes...) mais peine totalement avec ceux portant sur le vocabulaire ou la logique. Ce concept est essentiel. (**Clet-Bieth E. Dujardin P. Lefevre M. et Perisse D., 2008, P 18**).

9.5. Dépression et carences affectives :

Elles ont pu parfois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, du retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait suite à un changement repérable dans son environnement et l'analyse sémiologique montre que les capacités de communication sont préservées. Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents sont connus mais parfois l'anamnèse est insuffisante (enfants plus grands dont le passé est mal précisé, cumul de facteurs, adoption tardive). (**Lenoir P. Malvy J. et Bodier-RethoreCH., 2007, P 14**).

9.6. Cécité :

La cécité peut poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes. Cependant si elle est isolée, l'apparition du langage et la recherche de

contact corporel viennent infirmer le diagnostic de troubles envahissants du développement. (**Lenoir P. Malvy J. et Bodier-Rethore CH., 2007, P 14**).

Autres pathologies associées :

1. Epilepsie :

Dans certains cas, l'épilepsie précède l'apparition d'un syndrome autistique, dans d'autres cas, l'épilepsie apparaît après quelques années d'évolution d'un syndrome autistique, et l'épilepsie touche de 30 à 50 % des cas autiste. (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P 67**)

2. Déficience sensorielle :

Dans la plupart des cas, le syndrome autistique semble secondaire à l'atteinte sensorielle, il se greffe sur un handicap de la communication. Ainsi, la correction chirurgicale précoce (avant la troisième année) de certains troubles visuels congénitaux sévères s'accompagne d'un tableau comportemental autistique, permet de faire régresser en tout ou partie ce tableau autistique. (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P 67-68**).

3. Déficience intellectuelle :

Cette déficience intellectuelle globale est liée au fait que les personnes autistes échouent massivement aux épreuves testant le développement du langage. (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P 68**).

4. Troubles obsessifs-compulsifs(TOC) :

Ces deux types de troubles auraient une origine physiopathologique comme impliquant probablement la voie sérotoninergique. (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P 68**).

5. Hyperactivité :

Ces deux pathologies pourraient partager une origine physio-pathogénique commune. (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P 68**)

✓ **Synthèse :**

L'autisme est associé à d'autres troubles qui va influencer sur la prise en charge d'un personne autiste alors on va citez quelques troubles ou pathologies les plus fréquents par exemple :

La surdité qui une absence de réactions certaines stimulations auditives (notamment à la voix) et le retard du langage et aussi les enfants sourds présentent une appétence pour la communication non verbale ; **Troubles du langage** (Dysphasie, retard du langage, des troubles de la parole, trouble de la compréhension des sons du langage oral et aussi trouble de la relation sociale) et **le retard mental** (Quotient intellectuel inférieur à 70) est associé à l'autisme dont 70 à 80 % des cas, plus le QI est élevé, plus le pronostique et potentiel évolutif sont favorable mais même si le QI est bas, l'enfant est capable de progresser. Il existe aussi différentes troubles comme l'épilepsie, la cécité et dépression et carences affectives.

10. Le diagnostic précoce de l'autisme :

➤ Au cours du premier semestre :

- Manque de communication avec la mère et d'intérêt pour autrui : insensibilité à la voix et au visage maternel, absence de contact visuel avec elle (**Ould-Taleb, 2015**).
- Trouble du comportement : un enfant peut être excessivement calme, rester inactif et immobile, ou parfois être agité de manière désordonnée (**Ould-Taleb, 2015**)
- Les troubles psychomoteurs surviennent souvent et tôt.
- Un strabisme qui persiste, mais qui est variable.
- L'enfant autiste manifeste des troubles du sommeil sévères et précoces : il souffre d'insomnies importantes, passant de longues heures à contempler le plafond ou à faire des insomnies agitées.

- Des problèmes de alimentaires: aversion sélective ou complète aux aliments (**Ould-Taleb, 2015**).
- Manque ou insuffisance de vocalisations.
- L'absence de sourire sur le visage humain est le premier organisateur de Spitz (**Ould-Taleb, 2015, pp.111, 112**).

➤ **Au cours du deuxième semestre :**

- Au cours de cette période, les indices précédents continuent à se confirmer.
- Passion pour les lumières et les sons, se manifestant par une recherche proactive de stimuli auditifs et visuels.
- Un intérêt obsessionnel pour les objets atypiques, cela peut aller d'une bouteille, d'un pneu, d'un câble électrique, voire même d'un téléphone portable.
- Deuxième organisateur de Spitz : absence d'angoisse liée à la séparation. (**Ould-Taleb, 2015, 2015, p.112**)

➤ **Au cours de la deuxième année :**

L'attention conjointe, généralement observable dès 9 à 14 mois, se manifeste par l'action de désigner un objet et d'essayer, grâce au regard, d'attirer l'attention d'un autre individu vers cet objet.

- Les troubles du langage. Ils sont constants, le chant est généralement absent ou peu significatif.
- Les problèmes de la marche qui impliquent d'éviter le contact plantaire en position debout.
- L'auto-agressivité et l'automutilation peuvent se manifester avant l'âge de deux ans. (**Ould-Taleb, 2015, p.112**).

✓ **Synthèse :**

L'observation de ces signes précoces révèle une progression caractéristique des difficultés chez l'enfant autiste. Dès les premiers mois, on note une absence des

comportements interactifs typiques (sourire, contact visuel), remplacés par des particularités sensorielles et motrices. Ces indicateurs, s'ils sont repérés tôt, offrent une fenêtre d'intervention cruciale. En effet, plus le diagnostic est posé précocement, plus les stratégies éducatives et thérapeutiques pourront être mises en place rapidement, maximisant ainsi leurs bénéfices. C'est précisément ce que nous allons explorer dans la partie suivante consacrée aux différentes approches de prise en charge.

11. La prise en charge de l'autisme :

11.2. Les traitements médicamenteux :

Actuellement, aucun traitement médical ou psychologique n'a été établi pour guérir l'autisme. Les techniques existantes visent à optimiser la qualité de vie des personnes autistes sans cependant fournir une preuve irréfutable de leur efficacité.

11.1. Le traitement pharmacologique :

Le recours au traitement médicamenteux repose sur la théorie d'anomalies biochimiques et sur l'idée d'une perturbation des circuits de neurotransmission dans le cas de l'autisme. Ces irrégularités ne sont pas spécifiques et peuvent également être observées dans d'autres troubles du développement, tels que la schizophrénie ou le retard mental sévère.

Eloncompbell et col (1996) seul l'haldol, la flenfluramine, la naltrexone, la clonipramine et la clonodine ont fait l'objet d'investigations appropriées et aucune conclusion ne peut être faite à propos de l'efficacité et l'innocuité des nombreux produits.

Finalement, leur emploi doit s'inscrire en complément des autres traitements éducatifs, psychologiques, environnementaux...etc. (Ould-Taleb, 2015, p. 140)

11.2. Les psychothérapies :

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

de jeux, sur les fonctions instrumentales & Elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique).

La psychothérapie individuelle, 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.

Les thérapies familiales systémiques pourront elles aussi être une modalité envisagée pour la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). (**Tardif C. et Gepner B., 2003, P 108-109**).

A. Le programme ABA (Applied Behavior Analysis):

C'est un programme qui se base sur les thérapies cognitives et comportementales qui à pour objectifs de développer les comportements positifs et de réduire les conduites inadaptées. Elles reposent sur des techniques d'évaluations et de l'apprentissage.

L'ABA 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 type de traitement consiste en l'apprentissage de petites unités de comportements dans le cadre d'essais répétés. Le comportement est donc fractionné en petites étapes qui seront enseignées le plus souvent dans une situation d'apprentissage individuel. (**Rogé B., 2003, P119-120**)

11.3. Les prises en charge éducatives :

Les prises en charges 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. 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. (Rogé B., 2003, P113).

A. Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Childrens):

Le programme TEACCH a été conçu en 1966 à l'université de caroline du nord par Schopler, actuellement il est considéré comme le programme le plus influent pour les personnes autistes, ce programme repose sur le travail comportemental avec la personne atteinte d'autisme se situe dans un partenariat avec les professionnels qui l'encadrent habituellement et avec sa famille. Il s'agit de faire comprendre le fonctionnement particulier sur le plan cognitif et social, et d'accompagner la mise en place de stratégies éducatives adaptées et d'aider la famille à gérer le cursus scolaire ou professionnel.

Ce travail au niveau comportemental est complété par la dimension cognitive dès que la personne concernée a le niveau requis pour y accéder. Une première approche est l'entraînement aux habiletés sociales sur un premier plan, la personne est entraînée à reconnaître et à comprendre les émotions. Ce travail se fait généralement à l'aide de supports visuels sous forme d'images, de photos ou de vidéos. Un travail complémentaire est effectué par l'apprentissage de comportements à adopter et à mettre en œuvre dans le bon contexte social. (Rogé B., 2003, P 148-149).

Ce programme comporte 10 ateliers :

1) L'imitation :

L'enfant ne peut développer son langage et d'autres compétences de vie sans imitation. L'imitation comprend l'action de reproduire directement et simplement, comme toucher différentes parties du corps, effectuer des gestes avec les bras, reproduire les sons des objets. (Schopler et al., 1983, p. 1).

2) La perception :

De nombreux problèmes d'apprentissage et de comportement chez les enfants autistes découlent d'un dysfonctionnement dans la perception ou le traitement de l'information sensorielle, tels que : suivre des mouvements oculaires, classer des formes et différencier des couleurs (Schopler et al., 1983, p. 21).

3) La motricité générale :

L'évolution des compétences motrices globales chez les enfants autistes suit généralement une trajectoire normale. Cependant, il reste essentiel de leur apprendre diverses aptitudes telles que : s'asseoir sans assistance, franchir des obstacles simples et exercices d'équilibre. (Schopler et al., 1983, p. 29)

4) La motricité fine :

Les compétences de motricité fine se réfèrent particulièrement aux actions qui impliquent l'utilisation des mains et des objets, comme : ouvrir une boîte, plier du papier, utiliser des ciseaux. (Schopler et al., 1983, p. 66)

5) La coordination œil-main :

La coordination des habiletés est une déficience majeure chez les enfants autistes. La coordination oculo-manielle vise à harmoniser ces aptitudes avec la faculté de perception, comme par exemple : l'élaboration de puzzles, le coloriage, le traçage de lignes horizontales. (Schopler et al., 1983, p. 85).

6) Les performances cognitives :

Comme : identifier son nom, s'asseoir suite à une requête verbale, faire la différence entre la nourriture et la boisson. (Schopler et al., 1983, p. 116)

7) Les compétences verbales :

Cette partie propose des activités qui ont prouvé leur efficacité pour développer le langage expressif chez les enfants autistes. Exemples :

désigner des membres de la famille, les jours de la semaine, identifier des objets. (Schopler et al., 1983, p. 142)

8) L'autonomie :

Cette partie propose des activités visant à apprendre aux enfants autistes des compétences leur permettant de se débrouiller seuls, telles que : enlever leurs vêtements, se laver les dents, maîtriser la propreté. (Schopler et al., 1983, p. 169)

9) La sociabilité :

Dans cette partie, bien que les enfants autistes puissent retenir certaines salutations de routine, l'accent est mis sur le démarrage des interactions sociales telles que : le jeu du cache-cache, donner et recevoir, aider les autres.(Schopler et al., 1983, p. 185)

10) Le comportement :

Les cinq grandes catégories de comportements problématiques que nous avons fréquemment observés chez les enfants autistes sont : l'automutilation, l'agressivité, les comportements désorganisés, la persévération y compris le fait de mâcher et les comportements déficitaires.(Schopler et al., 1983, p. 202)

But est d'accompagner l'enfant dans son intégration dans tous ses environnements : le foyer, la société et l'école.(Ould-Taleb, 2015, p. 140).

B. Le programme ABA (Applied Behavior Analysis):

C'est un programme qui se base sur les thérapies cognitives et comportementales qui à pour objectifs de développer les comportements positifs et de réduire les conduites inadaptées. Elles reposent sur des techniques d'évaluations et de l'apprentissage.

L'ABA 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 type de traitement consiste en l'apprentissage de petites unités de comportements dans le cadre d'essais répétés. Le comportement est donc fractionné en petites étapes qui seront enseignées le plus souvent dans une situation d'apprentissage individuel. (Rogé B., 2003, P119-120)

C. PECS (Picture Echange Communication System) :

Le PECS (Picture Exchange Communication System) a été créé en 1994 par le psychologue comportemental Andy Bondy et l'orthophoniste Lori Frost en réponse aux difficultés de communication rencontrées chez les enfants autistes. Ce système de communication par échange d'images vise à développer les compétences communicationnelles. Des méta-analyses ont confirmé son efficacité pour les personnes non verbales ou ayant des troubles de la communication. (Flippin et al., 2010).

Le PECS comporte 6 phases :

Phase I : échange physique :

L'enfant est formé pour saisir l'image ou la représentation de l'objet désiré, se rendre vers son enseignant et remettre l'image entre les mains de ce dernier. Les images ne sont pas primordiales, l'accent étant mis sur le concept d'échange. L'objectif de cette étape est de démontrer qu'il est possible d'établir une communication par le biais d'un échange d'images. (Bondy & Frost, 2001, p. 47).

Phase II : apprentissage de la spontanéité :

Au cours de cette seconde étape, l'enfant acquiert la capacité de se rendre seul à son tableau ou livret de communication, d'en extraire l'image souhaitée et de se déplacer vers l'adulte pour lui transmettre lui-même l'image. Les images ne sont pas primordiales, car c'est l'idée d'échange qui est mise en avant. (Frost & Bondy, 2002, p. 89).

Phase III : discrimination d'image :

L'enfant se forme à distinguer les images et à choisir celle qui représente l'objet souhaité. Il est formé pour choisir parmi plusieurs options. Il est formé pour choisir une image parmi plusieurs, et est en mesure de se rapprocher de la personne avec qui il désire interagir et de lui transmettre l'image. (Bondy & Frost, 2001, p. 80).

Phase IV : Apprentissage de la structure d'une phrase :

L'enfant est formé à construire une phrase organisée pour exprimer son besoin, à solliciter des objets (qu'ils soient présents ou non dans son champ de vision) en utilisant le pictogramme « Je veux » qu'il fixe sur un velcro avant l'objet qu'il souhaite. L'enfant se forme à la récupération de l'objet souhaité pour le redonner à la personne avec qui il souhaite communiquer. À ce stade, l'enfant doit être en mesure de communiquer à travers approximativement 50 images et une diversité de personnes avec qui il échange. (Bondy & Frost, 2001)

Phase V : la demande autonome :

L'enfant est en mesure de répondre à la question « Que souhaites-tu ? ». (Bondy & Frost, 2001, p. 105).

Phase VI : faire des commentaires spontanés ou provoqués sur son environnement :

Actuellement, il est en train d'apprendre à répondre de manière appropriée à des questions comme : « Que souhaites-tu ? » « Que tiens-tu dans ta main ? » « Que peux-tu voir ? », ou à des interrogations similaires pendant une conversation. (Bondy & Frost, 2001) (<http://www.agirpourlautisme.com/pecs>).

11.4. Les prises en charge rééducatives :

Nous évoquerons essentiellement les rééducations du langage et de la communication qui sont essentielles pour des 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'échanger 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, communication et socialisation étant intimement liées dans le développement de l'enfant ; le langage prenant sa valeur de communication dans un processus de socialisation.

Ainsi, aux côtés des techniques classiques de rééducation, l'enfant autiste pourra bénéficier de l'aide :

- Du programme Makaton : support d'aide à la communication avec un lexique modulable adapté aux besoins de l'enfant et enseigné à l'aide de signes (ceux de la langue des signes françaises (LSF) et de symboles (en général des pictogrammes) accompagnés par la parole.
- De la communication par ordinateur : Elle peut être réalisée de plusieurs façons. Une des techniques est une méthode de communication assistée appelée « la communication facilitée », où la personne autiste est aidée par un tiers qui lui offre un soutien moteur (au niveau du bras ou du poignet) pour faciliter son geste de pointage de lettres à taper pour écrire son mot. (**Rogé B., 2003, P 110-111**)

✓ **Synthèse :**

L'autisme est une condition très complexe dans notre société. Pour gérer l'autisme au jour le jour et intervenir de manière intensive sur les symptômes associés, afin d'aider l'enfant à avancer et à développer de nombreuses aptitudes, plusieurs approches existent. Telles que les thérapies psycho-éducatives et développementales. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise particulièrement des méthodes développementales et comportementales comme TEACCH, ABA, Denver ou les TCC (thérapies cognitivo-comportementales). Elles aideront l'enfant à comprendre les symptômes de l'autisme et à améliorer ses compétences en

matière de relations sociales. L'enfant nécessite des sessions d'orthophonie, de psychomotricité, d'ergothérapie, un soutien éducatif et des groupes de compétences sociales pour améliorer sa communication, surmonter ses défis et progresser.

Conclusion :

L'autisme est l'un des troubles comportementaux les plus courants. Habituellement, les symptômes se manifestent avant l'âge de trois ans. La vie d'une personne autiste peut être extrêmement stressante et, de ce fait, certains comportements peuvent poser des défis pour les parents et les éducateurs dans leur gestion.

On peut donc voir l'autisme comme un trouble qui demeure l'un des sujets difficiles et mal compris en ce qui concerne les facteurs déclencheurs. Cela a éveillé la curiosité des chercheurs, donnant naissance à une multitude de théories. C'est l'un des sujets les plus complexes qui requiert une approche multidisciplinaire pour une prise en charge optimisée.

Chapitre II

Difficultés scolaires

Préambule :

Le concept d'échec ou de difficulté scolaire représente un enjeu majeur affectant une proportion significative de la population à tous les niveaux, considéré comme un signe incontrôlable du rendement et de la qualité du système éducatif.

Ce chapitre aborde les difficultés scolaires. On débute par la narration de son histoire, suivie d'une définition, puis on aborde l'épidémiologie et l'éthologie, les conséquences et les types, pour finalement terminer le chapitre avec des conseils et des recommandations pour la prise en charge.

1. Un Aperçu historique sur les difficultés scolaires :

Le concept de difficulté scolaire est relativement nouveau, puisqu'il a émergé en 1950 et n'a commencé à être réellement exploité qu'à partir des années 1960. C'est autour d'idées telles que l'inadaptation scolaire, l'anormalité ou la légèreté de la déficience intellectuelle que ce concept s'est structuré. (**Plaisance, É. 1985**).

Au début du XX^e siècle, la loi du 15 avril 1909 a institué des classes de perfectionnement pour scolariser les enfants qualifiés à l'époque de « mentalement anormaux » ou « arriérés », termes désignant des élèves jugés éducables mais incapables de suivre un enseignement ordinaire. Ces classes s'appuyaient sur une conception médicalisée de l'échec scolaire, associant la « déficience mentale légère » à un quotient intellectuel (QI) compris entre 70 et 80, selon les tests développés par **Binet et Simon (1905)** à la demande des autorités publiques. Ces outils psychométriques, initialement conçus pour identifier les élèves en difficulté, ont contribué à légitimer une ségrégation scolaire basée sur des critères d'intelligence. Ce dispositif reflète l'influence croissante des sciences psychologiques sur les politiques éducatives, marquant une transition entre les catégories d'« anormalité » du XIX^e siècle et l'émergence de la notion de « difficulté scolaire » au milieu du XX^e siècle (**Garnier, 2010**).

Effectivement, l'enseignement obligatoire de « Jules Ferry » avait mis en évidence la difficulté pour certains élèves de suivre ce cursus, soulignant ainsi le besoin de mettre en place des classes spécialisées. C'est dans cette situation qu'ont vu le jour les classes de perfectionnement. En 1964, un décret redéfini la fonction des enseignants dans les classes de perfectionnement et souligne que ces classes sont destinées aux enfants « présentant un déficit intellectuel », ce qui les distingue des « enfants normaux ». Il met en garde que « si l'on ne respecte pas cette exigence de sélection, on risque de mal orienter les enfants inadaptés avec des problèmes très difficiles, dont la rééducation devra être prévue pour d'autres types de classes spéciales ». (Ministère de l'Éducation nationale, 1964, p. 7671).

À partir des années 1970, un changement radical s'opère grâce à trois influences majeures. Tout d'abord, l'instauration de réseaux dédiés au dépistage et à l'aide précoce pour les élèves en difficulté ou en situation d'échec. Ensuite, une nouvelle perspective sur le handicap et l'introduction d'une nomenclature interdisant de considérer un enfant comme définitivement handicapé sauf si son QI est inférieur à 80. Les sociologues de cette période, dont Pierre Bourdieu, soulignent la possibilité que les difficultés scolaires d'un élève puissent être attribuées à son milieu d'origine. Il évoque le « handicap socioculturel », expliquant que les enfants issus de familles défavorisées manquent du « capital culturel » nécessaire pour réussir dans l'éducation. Cette affirmation implique donc que l'école doit compenser ces lacunes. (Bourdieu & Passeron, 1964)

Il s'agit de rééducations psychopédagogiques ou psychomotrices, effectuées soit individuellement, soit en petits groupes, dès que les premiers indices indiquent qu'un enfant nécessite un tel soutien. Il est généralement possible pour les enfants qui reçoivent ces rééducations de continuer à assister à la classe où ils se trouvaient lorsque leurs problèmes ont été remarqués. « Le soutien qu'ils reçoivent les aidera à s'adapter plus efficacement et, par conséquent, à suivre l'enseignement de manière productive sans nécessiter d'assistance externe ». En 1990, ces groupes

d'aide ont été substitués par les RASED (Réseaux d'Aide Spécialisée aux élèves en difficulté) en 1990. (Establet, 2014, pp. 14-15).

✓ **Synthèse :**

Ce parcours historique révèle une évolution majeure dans la conception des difficultés scolaires : d'une approche médicale et ségrégative (classes de perfectionnement) à une vision plus inclusive et multidimensionnelle (RASED). Trois tournants apparaissent clairement : (1) le passage d'un modèle centré sur le QI à une compréhension plus globale des capacités de l'enfant, (2) la reconnaissance du rôle des facteurs socioculturels (Bourdieu), et (3) l'émergence d'interventions précoces et intégrées. Ces transformations conceptuelles nous amènent naturellement à questionner : comment définir aujourd'hui les difficultés scolaires dans leur complexité actuelle ? C'est ce que nous allons explorer en examinant les définitions contemporaines.

2. La définition des difficultés scolaires :

Le terme « difficulté » provient du latin « *difficultas* », qui se traduit par « obstacle, embarras ». Mais aussi de *difficiles* qui est formé à partir du préfixe négatif «*dis*» et du mot «*facilis*», qui veut dire «facile à réaliser».

L'origine du terme difficulté et la définition de l'adjectif difficile « qui est ardu, qui cause des tracas » lorsqu'il est appliqué au contexte éducatif, révèle la complexité inhérente à la question de la difficulté scolaire. (Elodie Estace, 2014, p.6).

Les difficultés scolaires trouvent leur origine dans des facteurs multiples : capacités intellectuelles limitées, troubles des apprentissages, manque de confiance en soi, blocages psychologiques ou défaut de motivation (Grégoire, 2016). Une analyse précise de ces causes s'avère indispensable pour élaborer des stratégies de remédiation adaptées. Les recherches récentes soulignent d'ailleurs que la motivation, bien plus que le quotient intellectuel, constitue le principal déterminant de la réussite scolaire (Grégoire, 2016 ; Vianin, 2018). Cette idée trouve d'ailleurs un écho précoce dans les travaux de Jean-Jacques Rousseau (1762) qui affirmait

déjà l'impossibilité d'enseigner efficacement sans susciter l'intérêt de l'apprenant. (Rousseau, 1762/2012)

En effet, comme l'établissent les neurosciences éducatives, tout apprentissage durable nécessite un engagement actif de l'élève, conditionné par son intérêt pour les connaissances proposées. Cette conception pédagogique, déjà pressentie par Rousseau au XVIII^e siècle, trouve aujourd'hui sa validation scientifique. (Dehaene, 2018)

Les difficultés scolaires peuvent se diviser en deux catégories différentes :

Les difficultés scolaires peuvent se distinguer selon leur gravité et leurs conséquences. On parle souvent de petites difficultés scolaires lorsque les élèves rencontrent des obstacles ponctuels dans leur apprentissage, pouvant entraîner un redoublement d'une année scolaire afin de consolider les acquis (Astolfi, 1993). En revanche, les grandes difficultés scolaires correspondent à des situations plus lourdes, où l'élève accumule les échecs malgré plusieurs redoublements successifs, ce qui peut conduire à un décrochage scolaire ou à un abandon total de la scolarité (Meirieu, 2004).

3. La définition de l'échec scolaire :

L'échec scolaire, en raison de sa complexité, comporte plusieurs définitions. Il est lié à l'idée des «difficultés scolaires», qui, d'un point de vue méthodologique, se confond avec le retard, la défaillance et l'inadaptation scolaire. La notion d'«échec scolaire» a été clarifiée lorsqu'elle a été liée à un fait concret : l'échec complet des études. Cette hypothèse vise à démontrer que les «difficultés scolaires» découlant de l'influence du temps se différencient de l'échec scolaire perçu comme irréversible. Pour minimiser le risque d'échec scolaire dans un cadre marqué par la violence en milieu scolaire, la dégradation des canaux de communication, des conditions d'existence éprouvantes, et des programmes focalisés sur l'aspect cognitif plutôt que sur l'aspect affectif (la qualité psychologique de l'élève). Il faut s'attaquer à ces causes interdépendantes et tenir compte de tous les éléments du développement psychologique, notamment l'aspect émotionnel de tous les intervenants dans le domaine de l'éducation. (Astolfi, 1993)

Selon nos observations lors de notre stage, les enfants autistes rencontrent de nombreux défis scolaires tels que : des problèmes d'orthographe, de lecture et de communication. Cela mène inévitablement à une défaillance académique.

4. L'épidémiologie des difficultés scolaires :

D'après une étude de l'Association Européenne pour l'Éducation Spécialisée, entre 16 et 25% des élèves en Europe rencontrent des difficultés scolaires. Ces problèmes peuvent toucher n'importe quel enfant. On estime que la dyslexie et la dyscalculie affectent environ 5% de la population. La dyslexie est plus courante, avec près de 10%. Les troubles de l'attention concernent approximativement 5% des enfants. Il convient également de mentionner les dépressions infantiles qui ont des effets sur la scolarité d'environ 5% des enfants. On considère qu'environ 2% des enfants sont surdoués. En raison de leur fonctionnement particulier, ces derniers peuvent parfois aussi éprouver des difficultés scolaires (**Ministère de l'Éducation nationale, 2020**).

La question du faible développement de l'éducation en Algérie avant son indépendance est toujours source de controverse. Selon les chiffres officiels de 1961, le taux d'éducation des enfants algériens musulmans en âge scolaire était de 31 %, avec 735000 enfants scolarisés sur un total de 2,4 millions d'enfants âgés de 6 à 14 ans. Les variations du nombre d'enfants éligibles à la scolarité sont plus significatives (**Benoune, 2002**).

En Algérie, plus de 200.000 enfants abandonnent le système éducatif chaque année (**UNICEF, 2015**).

✓ *Synthèse :*

Ces données épidémiologiques dressent un tableau contrasté des difficultés scolaires. En Europe, elles touchent 16 à 25% des élèves, avec une prédominance de troubles spécifiques (dyslexie, TDAH) et de particularités cognitives (enfants surdoués). En Algérie, l'héritage d'un système éducatif inégalitaire (seulement 31% de scolarisation en 1961) se traduit aujourd'hui par un décrochage massif (200 000 abandons/an). Entre troubles neurodéveloppementaux en Europe et décrochage structurel en Algérie, les difficultés scolaires appellent une analyse multifactorielle.

Les causes, que nous allons examiner, révèleront cette intrication du biologique, du psychologique et du social.

5. Les causes des difficultés scolaires :

5.1. Les enfants inaptes à l'enseignement primaire normal :

Les individus avec un quotient intellectuel de 25 ou moins sont considérés comme ayant une déficience intellectuelle profonde ; ceux dont le Q.I est de 40 ou moins souffrent d'une déficience intellectuelle sévère ; ceux qui ont un Q.I de 55 ou moins présentent une déficience intellectuelle modérée ; et enfin, ceux dont le Q.I est de 70 ou moins sont qualifiés de sujets limites. Une déficience intellectuelle modérée entrave systématiquement le cheminement scolaire, toutefois la faiblesse légère ou limitée ne se manifeste pas comme la raison principale de l'insuccès éducatif, le niveau d'intelligence des enfants en difficulté étant extrêmement variable (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2019).

5.2. Le refus scolaire chez l'enfant :

L'enfant résiste à toute forme d'apprentissage scolaire. Le refus scolaire peut parfois être considéré comme un élément d'une structure de caractère ou psychopathique (déviation de caractère conduisant à des comportements antisociaux). Cela peut également découler d'une inhibition liée au problème oedipien, spécifiquement dans la compétition avec le père. Finalement, cela peut être le résultat d'attentes parentales trop élevées que l'enfant ne parvient pas à satisfaire (OMS, 2019).

5.3. La passivité scolaire :

Elle apparaît généralement entre 8 et 12 ans. Elle manifeste un manque de volonté d'apprendre. Un mécanisme de défense est cultivé pour préserver un accès à l'élan de connaissance, ce qui favorise le manque de curiosité intellectuelle. Cela engendre une souffrance chez l'enfant qui, malgré sa volonté, est incapable de se concentrer ou de réaliser son travail. Ces enfants demeurent souvent en retrait, participent peu aux activités scolaires et ont peur d'être questionnés (OMS, 2019).

5.4. Le désintérêt scolaire :

Ce désengagement se manifeste par une baisse de la performance académique, une aversion pour tout ce qui concerne l'école, son absence d'intérêt et l'ennui qui s'en suit. Cela pourrait s'accompagner d'un fort absentéisme scolaire, témoignant potentiellement d'une problématique plus grave comme un syndrome dépressif ou une perturbation de l'environnement familial (conflit conjugal, deuil, chômage...) ou encore d'une dérive vers la. (OMS, 2019).

5.5. Le handicap socioculturel :

Selon des recherches statistiques, l'échec éducatif semble affecter davantage les catégories socialement vulnérables. Un enfant provenant d'un environnement précaire ne bénéficie pas des mêmes développements cognitifs et verbaux. Il existe donc un lien étroit entre les activités culturelles familiales et le parcours éducatif des enfants qui en proviennent. La présence de livres à domicile, la consultation de journaux et la visite de lieux culturels tels que les musées, théâtres et cinémas ont une influence directe sur le succès académique(OMS, 2019).

5.6. Les variables liées à l'institution scolaire :

Le système éducatif est un sujet qui a constamment suscité des controverses et diverses critiques. Effectivement, le système éducatif contribue à la création de l'échec. Chaque enfant a son propre tempo, et ceux-ci ne sont pas toujours observés. La dimension des classes demeure une question cruciale dans l'enseignement public. Les curriculums scolaires ont souvent une densité excessive (OMS, 2019).

5.7. Le redoublement :

Cela représente une source de stress pour l'enfant et sa famille. Cela peut aussi entraîner une dépréciation de l'estime de soi, l'enfant remettant en question ses propres compétences et capacités. Il est souvent difficile de maintenir la motivation au travail. Les élèves perçoivent généralement le redoublement de manière négative et ne saisissent pas ses bénéfices, le considérant plutôt comme un échec personnel (OMS, 2019).

5.8. La phobie scolaire :

On constate la phobie scolaire chez « des enfants qui, pour des motifs non logiques, n'acceptent pas d'aller à l'école et réagissent avec une intensité ou une frayeur manifeste lorsqu'on tente de les y contraindre ». On observe une plus grande prévalence chez les garçons. Elle se manifeste généralement entre 5 et 13 ans, particulièrement lors de l'entrée en école. Il est possible que l'enfant manifeste des troubles somatiques (douleurs abdominales) voire des vomissements, 20 à 30% d'entre eux présentent une progression défavorable, surtout lorsque la phobie persiste et s'accompagne d'autres symptômes (OMS, 2019).

5.9. Un cas particulier : les enfants précoces

On qualifie un enfant de précoce (ou surdoué) lorsqu'il possède une intelligence supérieure (Q.I : au-delà de 130). Il s'agit d'enfants qui possèdent un vocabulaire particulièrement riche, même dès leur plus jeune âge. Les élèves doués peuvent faire face à la problématique de l'échec dans le milieu scolaire. Ils apprécient l'apprentissage, la découverte et la création. L'instructeur n'a pas suffisamment de temps à leur dédier, ce qui conduit à l'ennui, à la perte de curiosité et de motivation pour l'apprentissage, et finalement à la formation d'une perception très défavorable d'eux-mêmes (OMS, 2019).

5.10. Les causes psychomotrices :

Ces facteurs peuvent inclure des programmes mal adaptés aux besoins et aux intérêts de l'enfant, une surcharge de contenu, des techniques d'enseignement non stimulantes et désuètes basées sur le verbalisme et la mémorisation, du matériel scolaire inapproprié ou insuffisant, ainsi que des enseignants qui ne déploient pas suffisamment d'efforts pour éveiller la curiosité de l'enfant et son désir de connaissance(OMS, 2019).

5.11. Les causes individuelles :

Il peut s'agir de handicaps physiques ou psychologiques. On peut mentionner les infirmités sensorielles et la paralysie partielle des membres parmi les troubles physiques, tandis que le retard mental et la dyslexie font partie des troubles psychologiques (OMS, 2019).

5.12. Les causes familiales :

Elles sont multiples et diversifiées. Certains parents se montrent totalement indifférents envers leur enfant, surtout s'ils sont tous les deux actifs professionnellement. Dans certaines familles, une discorde conjugale s'installe et chacun tente de capter l'attention de l'enfant. Par ailleurs, des désaccords surviennent concernant la manière d'élever l'enfant, ce qui donne lieu à un chantage émotionnel perturbant tous les membres du foyer. Certains parents manquent de maturité émotionnelle, leur humeur n'étant pas constante, ce qui perturbe l'enfant et engendre des émotions conflictuelles : crainte, anxiété, agressivité et ressentiment de culpabilité. On constate la phobie scolaire chez « des enfants qui, pour des motifs non logiques, n'acceptent pas d'aller à l'école et réagissent avec une intensité ou une frayeur manifeste lorsqu'on tente de les y contraindre ». On observe une plus grande prévalence chez les garçons. Elle se manifeste généralement entre 5 et 13 ans, particulièrement lors de l'entrée en école. Il est possible que l'enfant manifeste des troubles somatiques (douleurs abdominales) voire des vomissements, 20 à 30% d'entre eux présentent une progression défavorable, surtout lorsque la phobie persiste et s'accompagne d'autres symptômes (OMS, 2019).

5.13. Les causes sociales :

Les médias de masse, les activités périscolaires et d'autres aspects peuvent captiver l'attention et le temps de l'enfant si ses parents ne font pas preuve de suffisamment de vigilance. Les activités périscolaires comme un club de sport peuvent détourner l'attention de l'enfant et absorber son énergie et ses efforts, le faisant perdre progressivement tout intérêt pour les études et glissant lentement vers l'échec scolaire. On constate la phobie scolaire chez « des enfants qui, pour des motifs non logiques, n'acceptent pas d'aller à l'école et réagissent avec une intensité ou une frayeur manifeste lorsqu'on tente de les y contraindre ». On observe une plus grande prévalence chez les garçons. Elle se manifeste généralement entre 5 et 13 ans, particulièrement lors de l'entrée en école. Il est possible que l'enfant manifeste des troubles somatiques (douleurs abdominales) voire des vomissements, 20 à 30% d'entre eux présentent une progression défavorable, surtout lorsque la phobie persiste et s'accompagne d'autres symptômes (OMS, 2019).

✓ **Synthèse :**

Derrière chaque cause identifiée se cache une histoire d'enfant, qu'elle soit biologique, psychologique ou sociale. Mais ces difficultés initiales ne restent jamais isolées : elles s'étendent, se transforment, affectant le développement global. Les conséquences, que nous allons décrire, montrent à quel point l'échec scolaire est rarement un point final, mais plutôt le début d'une spirale qu'il faut savoir briser.

6. Les conséquences des difficultés scolaires :

L'échec scolaire engendre diverses répercussions : certaines concernent la personnalité de l'enfant et son comportement futur, d'autres touchent la famille qui subit les conséquences de l'échec de l'enfant.

6.1. Conséquences de l'échec scolaire sur l'enfant :

L'échec scolaire peut avoir un impact psychologique significatif sur l'enfant, affectant son image personnelle, la façon dont il est perçu par les autres et suscitant des sentiments de déscontentement au sein de sa famille. Il réagira davantage en perdant confiance en lui-même et en ses capacités intellectuelles. S'il est contraint de redoubler, il se détachera de ses anciens compagnons et sera perçu par les nouveaux comme celui qui n'a pas réussi l'année précédente. Ce «échec », étant donné la sensibilité et la délicatesse de la personnalité en développement de l'enfant, laisse des marques. Dans certaines situations extrêmes, lorsque la peur des réactions et des punitions de la part de la famille s'ajoute, cela peut entraîner des conséquences graves et imprévisibles. Sur le plan strictement scolaire, l'élève peut réagir de deux façons : utiliser l'échec comme une motivation pour s'améliorer et viser de meilleures performances, ou bien rejeter entièrement tout ce qui est lié à l'étude et à la vie scolaire (Grégoire, 2021).

6.2. Effets de l'échec éducatif sur la famille :

La famille a du mal à faire face à l'échec et tente de trouver un coupable : soit son fils, soit l'établissement scolaire. Cela entraîne un ensemble de tensions qui nuisent à l'harmonie familiale, ce qui, dans certains cas, se manifeste par la nécessité pour l'enfant de travailler, également appelée l'abandon scolaire. Si la famille juge

que l'établissement scolaire est en tort, elle cherchera une autre école offrant de meilleures garanties d'efficacité ou avec des critères plus souples (**Grégoire, 2021**).

✓ ***Synthèse :***

L'analyse de ces conséquences révèle un cercle vicieux préoccupant : l'échec scolaire, loin de se limiter aux mauvaises notes, engendre une cascade d'effets destructeurs. Chez l'enfant, il mine la confiance en soi et peut mener soit au surinvestissement anxieux, soit au rejet total de l'école. Dans la famille, il devient source de tensions et de recherche de boucs émissaires. Ces constats soulèvent une question urgente : comment éviter que des difficultés d'apprentissage initiales ne se transforment en spirale d'échec ? La réponse passe peut-être par une meilleure compréhension des différents types de difficulté.

7. Les différents types des difficultés d'apprentissage de l'enfant :

Au cours de son parcours éducatif, l'enfant peut rencontrer des obstacles dans son apprentissage, incapable de retenir les informations qui lui sont dispensées, ce qui peut conduire à un échec scolaire.

On distingue les difficultés temporaires, associés à ce que l'enfant expérimente au quotidien, des troubles de l'apprentissage qui sont vus comme un handicap durable. De plus, on ne doit pas négliger les troubles psychologiques (**OMS, 2019**).

7.1. Les troubles de l'apprentissage :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit d'une condition permanente d'origine neurologique qui impacte une ou plusieurs fonctions neuropsychologiques, perturbant ainsi l'acquisition, la compréhension, l'utilisation et le traitement des informations verbales ou non verbales (**OMS, 2019**).

Les troubles de l'attention peuvent affecter diverses fonctions spécifiques telles que le langage, la mémoire, la perception du temps et de l'espace, les compétences mathématiques, la coordination, la motricité, la communication, entre autres (**OMS, 2019**).

C'est uniquement grâce à un diagnostic établi lors d'une évaluation détaillée que l'on pourra identifier la nature du trouble et mettre en œuvre un suivi et une assistance appropriés. On regroupe ces affections sous l'appellation valorisée de trouble DYS :

7.1.1. La dyslexie :

Il s'agit d'un trouble affectant la lecture et l'écriture chez les enfants de 8 à 10 ans, qui est trois fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles parmi ces symptômes.

On mentionne parmi ces signes : la méprise sur les lettres, les échanges ou les absences de lettres, de syllabes, ou de mots, même des lignes complètes qui entravent parfois la lecture à haute voix, un accès compliqué à la compréhension et à la mémorisation des données lues ou rédigées. Bien que ces enfants présentent une analyse orale de qualité, voire exceptionnelle (INSERM, 2017).

Suite à nos observations durant notre stage, nous avons constaté que les enfants autistes sont davantage affectés par la dyslexie, en raison de leur déficit total ou partiel en langage et leurs difficultés de motricité fine. Par conséquent, ils ont du mal à lire et à écrire correctement et facilement.

7.1.2. La dysphasie :

La dysphasie est considérée comme un trouble primaire du langage chez l'enfant, également appelé « spécifique ». Alors que les troubles de langage dits secondaires, liés à certains déficits sensoriels, neuro-moteurs ou à certaines affections neurologiques ou psychopathologiques, sont généralement plus faciles à identifier, les troubles de langage dits primaires semblent souvent plus ardu à cerner.

Ce concept, influencé par divers courants théoriques et classifications nosographiques, demeure aujourd'hui le sujet de débats et d'interrogations (INSERM, 2019).

7.1.3. La Dyscalculie :

La dyscalculie, anciennement désignée comme blocage en mathématiques, a connu une aggravation notable au cours des dernières décennies.

On ne peut pas envisager la dyscalculie simplement comme un retard dans l'apprentissage des compétences mathématiques, que l'on pourrait corriger par des pratiques répétées. La dyscalculie est avant tout une altération dans le processus d'organisation des nombres, dont le retard scolaire n'est qu'un effet secondaire.

L'idée derrière la rééducation est que l'enfant ne comprend pas du tout le concept de nombre, même lorsque des quantités minimes sont concernées. La dyscalculie affecte également les filles et les garçons (**OMS, 2022**).

7.1.4. La dyspraxie :

La dyspraxie est souvent qualifiée de handicap invisible ou de syndrome de l'enfant maladroit. Elle touche chaque enfant différemment, sans qu'il y ait de troubles associés. L'enfant comprend bien les mouvements, mais il ne parvient pas à les coordonner ou à les exécuter de manière fluide. Il démontre une grande gaucherie et tous ses accomplissements moteurs ou graphiques sont de qualité inférieure, sans forme définie ou désordonnées (**Haute Autorité de Santé, 2017**).

7.1.5. La dysorthographie :

La dysorthographie est un trouble d'apprentissage qui se caractérise par des problèmes d'acquisition des compétences, ces difficultés apparaissent généralement dès l'enfance et persistent fréquemment jusqu'à l'âge adulte.

Ces obstacles rendent la vie scolaire de l'enfant plus complexe : ses résultats sont en dessous de ce qui est escompté en fonction de son âge ou de son niveau d'intelligence.

Le cerveau de l'enfant dysorthographique se développe différemment des autres enfants, il s'établit d'une manière qui n'est pas favorable à l'assimilation de l'orthographe par exemple : en ne facilitant pas la rétention aisée de la façon correcte d'écrire les mots (**Grégoire, 2022**).

7.2. Les troubles psychologiques :

Dénommés « troubles mentaux », ces affections peuvent parfois entraver la capacité du patient à mener une vie normale tout au long de sa vie, facilitant cependant l'expérience de la normalité (OMS, 2019).

On trouve plusieurs sortes de troubles, qui sont plus courants chez les garçons que chez les filles. Ce trouble se manifeste par un retard de développement qui entrave la capacité de l'individu à communiquer, à faire preuve d'imagination ou à planifier :

7.2.1. La schizophrénie : c'est lorsque quelqu'un éprouve des hallucinations (visuelles, auditives, olfactives, etc.)

Ces circonstances entravent l'expression des capacités cognitives tout en engendrant l'anxiété, les angoisses et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), car ce sont des éléments qui inhibent le raisonnement et entraînent des effets directs et indirects sur le processus d'apprentissage (OMS, 2019).

✓ *Synthèse :*

L'exploration de ces différents troubles d'apprentissage révèle une vérité fondamentale : derrière chaque difficulté scolaire se cache une réalité neuro-développementale ou psychologique unique. Qu'il s'agisse des troubles DYS ou des troubles psychologiques plus complexes, ces défis demandent des réponses éducatives sur mesure plutôt que des solutions standardisées.

Cette observation nous pousse à une déduction claire : réduire les difficultés scolaires nécessite une approche multidimensionnelle. Les conseils que nous allons maintenant aborder devront donc tenir compte de cette diversité de profils et de besoins, en combinant adaptations pédagogiques, accompagnements spécialisés et sensibilisation de tous les acteurs éducatifs.

8. Les conseils pour la diminution de taux des difficultés scolaires :

- ▣ Intervenez dès les premiers indices de difficultés académiques.
- ▣ Établissez de bonnes routines d'étude : il est crucial d'instaurer dès le plus jeune âge chez les enfants des habitudes d'étude efficaces. Cela implique de :

Leur fournir un endroit calme et approprié à l'accomplissement de leurs tâches.

Dès leur plus jeune âge : il est nécessaire de les encourager à établir une routine d'études à des moments fixés. Le but est de s'assurer qu'ils ne perçoivent pas cela comme une sanction ou un devoir contraignant (**Grégoire, 2021**).

Selon nos observations avec les enfants autistes, il est évident qu'ils ne peuvent pas travailler en présence de bruit. Ils ont besoin d'un environnement paisible.

⊕ Identifier l'origine des échecs : chaque situation est singulière, chaque individu possède ses propres caractéristiques, son propre contexte et ses propres motivations, il est donc primordial de considérer cela.

⊕ Évitez de leur donner l'impression qu'ils sont des perdants, montrez-leur qu'ils sont appréciés pour ce qu'ils sont, et non en fonction de leurs succès ou de leurs échecs académiques.

⊕ Ne les réprimandez pas, si jamais ils se plaignent ou pleurent, ne les laissez pas abandonner leurs tâches, mais aidez-les à lesachever.

Selon notre étude préliminaire, nous avons observé qu'un enfant autiste nécessite constamment du soutien pour réaliser sa tâche.

⊕ Créez un environnement sain et heureux libre de conflits et de détresse émotionnelles : cela ne signifie, ignorer les problèmes mais plutôt les aborder d'une manière saine et constructive.

⊕ Encouragez-les, il est primordial d'encourager les enfants. Pour ce faire, montrez-leur que seuls leurs efforts seront récompensés et aidez-les également à développer une estime de soi positive (**Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2021, p. 34-38**).

Suite à notre stage, nous avons observé qu'une petite récompense aide ces enfants à améliorer leur travail et à renforcer leur confiance en eux.

⊕ Inciter les à la lecture, à la communication et à l'expression écrite.

Selon les critères de diagnostic du DSMVI-R, les enfants autistes présentent des troubles du langage qui entraînent des difficultés de communication et conduisent à l'isolement.

✚ Aider les à obtenir davantage d'attention, moins ils seront distraits en travaillant, meilleure sera leur concentration (**l'INSERM, 2021**).

✓ ***Synthèse :***

Ces conseils pratiques dessinent les contours d'une approche éducative à la fois bienveillante et structurante. Plusieurs principes clés émergent : l'importance de l'intervention précoce, la nécessité d'adapter l'environnement d'apprentissage, et surtout, la valeur d'une approche centrée sur l'enfant plutôt que sur les résultats..

Mais au-delà de ces mesures correctives, une question se pose : comment prévenir l'apparition des difficultés scolaires ? Quelle prise en charge globale mettre en œuvre ?

9. La prévention et la prise en charge en cas de difficulté scolaire :

Les problèmes d'apprentissage peuvent découler de diverses sources, et de nombreux spécialistes du domaine médical, paramédical et autres, peuvent être appelés à intervenir auprès des étudiants en difficulté pour leur apporter un soutien.

Dès son entrée au collège, l'élève doit être initié à plus d'autonomie. Il faut lui offrir un soutien constant, l'assister dans son organisation et occasionnellement lui donner un accompagnement qui le sécurise et lui permet de progresser avec assurance (**Grégoire, 2021**).

Par contre, l'élève qui rencontre des difficultés scolaires a besoin de soutien pour accomplir ses devoirs. Cependant, aider dans l'apprentissage de ses leçons n'est pas toujours une mince affaire pour ses parents. Il est donc essentiel que les enseignants s'efforcent d'établir une relation de confiance avec eux (**Grégoire, 2021**).

Il est impératif que plusieurs experts en santé suivent l'assurance de ce soutien :

➤ Psychologue scolaire:

Le psychologue scolaire, sollicité fréquemment par les enseignants et parfois par les parents, est chargé d'accompagner les enfants rencontrant des difficultés au sein des écoles maternelles et primaires. Il opère au sein d'un réseau qui comprend notamment des orthophonistes et des enseignants de l'école spécialisée en pédagogie et rééducation.

Au sein des écoles, le psychologue scolaire analyse les élèves, détermine le niveau d'une classe, identifie les troubles pathologiques qui peuvent se manifester sous différentes formes : retard de langage, bégaiement, troubles du comportement, réactions violentes, problèmes relationnels. Il propose une rééducation ou même une assistance psychothérapeutique et guide l'enfant vers les spécialistes ou centres les plus appropriés. Si les défis, qu'ils soient affectifs ou intellectuels, entravent la capacité d'un enfant à suivre une scolarité standard en classe, le psychologue pourrait être amené à recommander une orientation vers une classe spécialisée.

Enfin, une autre tâche du psychologue scolaire consiste à faciliter l'intégration des élèves handicapés dans le système d'enseignement classique (**Guédin, 2016**).

➤ Orthophoniste :

Est le spécialiste en communication avec les enfants qui sont difficiles ou rencontrent des difficultés. C'est un expert dans le développement du langage chez l'enfant en général. Il a analysé les dysfonctionnements et a appris à les corriger. Disposant de multiples outils d'évaluation et de diverses techniques d'apprentissage adaptées aux problèmes sensoriaux ou cognitifs, il est capable de rectifier l'articulation et d'établir la structure syntaxique, tout en modulant son intervention.

Effectivement, le but pour l'orthophoniste ne se limite pas à l'utilisation de techniques correctrices, mais concerne également et principalement une gestion plus globale de la communication. La sélection des stratégies de rééducation nécessite une compréhension du processus mental et cognitif de l'enfant autiste, ainsi que des spécificités liées à ses capacités d'apprentissage (**FNO, 2010**).

➤ Auxiliaire de vie scolaire:

Rôle général de l'AESH (ex-AVS) :

Les accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH), anciennement appelés auxiliaires de vie scolaire (AVS), sont des professionnels essentiels à l'inclusion scolaire. Leur mission principale consiste à faciliter l'intégration des élèves en situation de handicap au sein du système éducatif ordinaire. Ils jouent un rôle crucial d'interface entre l'enfant, sa famille, l'équipe enseignante et les professionnels du secteur médico-social (**Ministère de l'Éducation nationale, 2023**).

Interventions en classe :

Dans le cadre scolaire, l'AESH apporte un soutien individualisé à l'élève pendant les temps de classe. En étroite collaboration avec l'enseignant, il adapte les supports pédagogiques et assiste l'enfant dans les gestes nécessaires aux apprentissages (prise de notes, manipulation de matériel). Cette aide vise à compenser les limitations fonctionnelles tout en favorisant l'autonomie progressive de l'élève (**Circulaire n° 2017-084, 2017**).

Accompagnement lors des sorties scolaires :

L'AESH participe également aux activités périscolaires et sorties pédagogiques. Son intervention permet à l'élève de prendre part à l'ensemble des activités éducatives, garantissant ainsi une inclusion complète. Cette présence contribue à prévenir toute situation d'exclusion tout en sécurisant les conditions de participation de l'enfant (**Référentiel AESH, 2021**).

Cadre réglementaire actuel :

Depuis la loi de 2019 pour une école de la confiance, le statut d'AESH a été professionnalisé, remplaçant définitivement l'ancien dispositif des AVS. Les accompagnants bénéficient désormais d'une formation spécifique et d'un contrat pérenne, renforçant ainsi la qualité de l'accompagnement proposé (**Loi n°2019-791, 2019**).

✓ **Synthèse :**

Cette analyse des acteurs de la prise en charge montre que soutenir les élèves en difficulté nécessite une collaboration entre différents professionnels : le psychologue scolaire pour évaluer les besoins, l'orthophoniste pour les troubles du langage, et l'AESH pour l'accompagnement au quotidien. Leur travail complémentaire permet une approche globale, adaptée à chaque élève. Ces interventions pluridisciplinaires préparent naturellement l'examen des techniques concrètes de prise en charge, qui constituent l'étape suivante de notre réflexion.

10. Les techniques de prise en charge des difficultés scolaires :

10.1. Rased (Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficulté) :

Le RASED constitue un dispositif essentiel du système éducatif français pour la prévention et la remédiation des difficultés scolaires. Composé d'une équipe pluridisciplinaire regroupant des psychologues scolaires et des enseignants spécialisés (option E ou G), il intervient selon trois axes complémentaires :

➤ **Action préventive :**

Les professionnels du RASED mènent des observations et interventions collectives en classe pour anticiper les difficultés d'apprentissage avant qu'elles ne s'installent durablement (**Ministère de l'Éducation nationale, 2022**).

➤ **Évaluation individualisée :**

Le psychologue scolaire réalise des bilans approfondis permettant d'analyser les obstacles cognitifs, psychologiques ou pédagogiques rencontrés par l'élève (**ANAE, 2020**).

➤ **Remédiation spécialisée :**

- Identification précise des compétences à consolider
- Élaboration d'objectifs pédagogiques différenciés
- Mise en œuvre de situations d'apprentissage adaptées
- Proposition d'outils d'évaluation spécifiques

Cette prise en charge, bien que pouvant s'effectuer en petit groupe, reste fondamentalement individualisée. Elle vise principalement à combler les lacunes non résolues par les approches pédagogiques classiques (**Piton, 2017**). L'efficacité du dispositif repose sur une étroite collaboration entre l'enseignant de la classe et les spécialistes du RASED.

10.2. PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educatif) :

Le PPRE constitue un dispositif pédagogique individualisé prévu par l'article D. 311-12 du Code de l'éducation. Il peut être mis en œuvre à tout moment de la scolarité obligatoire (du CP à la 3ème) dès qu'un élève rencontre des difficultés importantes dans l'acquisition des compétences du socle commun (**Ministère de l'Éducation nationale, 2021**).

➤ **Objectifs principaux du PPRE :**

Consolidation des apprentissages : Le programme vise à combler les lacunes identifiées en référence aux attendus de fin de cycle, tout en maintenant l'élève dans le cursus scolaire ordinaire (**Piton, 2017**).

➤ **Dimension psycho-affective :**

Il participe à la restauration de l'estime de soi et à la reconstruction d'une relation de confiance avec les acteurs éducatifs (**Guedin&Vanneste, 2019**).

➤ Prévention du décrochage :

Par des adaptations pédagogiques ciblées, le PPRE permet de maintenir l'engagement scolaire et de prévenir les risques de rupture des apprentissages (**Bergugnat&Blaya, 2020**).

➤ Modalités de mise en œuvre :

-Élaboration concertée entre l'équipe enseignante, la famille et l'élève

-Durée limitée (6 à 8 semaines généralement) avec évaluation intermédiaire

-Interventions différencierées intégrées au temps scolaire ordinaire

-Possibilité d'articulation avec d'autres dispositifs (PAP, PPS).

Le PPRE se distingue par sa souplesse et son caractère préventif, s'appuyant sur une pédagogie différenciée plutôt que sur une approche rééducative (**Ministère de l'Éducation nationale, 2021**).

✓ *Synthèse :*

L'apprentissage présente intrinsèquement des défis, qui peuvent découler de diverses sources et raisons.

Quand cette problématique entrave la progression de l'élève, il revient alors aux adultes de lui apporter leur soutien, ce qui nécessite une collaboration entre les partenaires scolaires, l'enfant et sa famille. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrons aider l'élève à surmonter ses obstacles et favoriser son succès.

Partie pratique :

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Préambule :

Dans ce chapitre, nous aborderons tout d'abord notre pré-enquête, puis nous évoquerons le cadre de recherche, la sélection du groupe d'étude, les méthodes mises en œuvre, l'analyse de cas, ainsi que les instruments de recherche.

Pour finir, nous mentionnerons les défis rencontrés durant la recherche.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête représente une étape très importante dans toutes les recherches scientifiques et permet de recueillir des informations sur le thème de recherche, ainsi de tester la fiabilité des hypothèses sur le terrain. Elle fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche, elle consiste à définir le lien entre le cadre conceptuel et les faits réels.

Premièrement, on s'est dirigé vers l'association de prise en charge des enfants autistes « Lueur d'espoir» à la commune du Boudjelil, pour avoir l'accord du président de l'association afin de réaliser notre stage pratique dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux, qui s'est déroulé durant une période de 45 jours s'étalent du **16/03/2025** au **30/04/2025**, ensuite on a eu contacte avec le psychologue qui était très compréhensif. Ça nous a aidé à avoir le premier contact avec les enfants autistes et de se familiariser avec eux, pour bien effectuer notre recherche, ça nous a permet aussi d'avoir contact avec les parents de ces enfants autistes. Ainsi il nous a aidé a programmer des séances pour effectuer notre entretien avec ceux qui sont concernés.

2. La présentation de lieu de la recherche :

Afin de pouvoir réaliser notre pré-enquête, on a effectué notre stage au sein de l'association **LUEUR D'ESPOIR** d'aide et d'assistance aux personnes handicapées de la commune de **BOUDJELLIL** qui a été créée

le 23 février 2021, l'association dispose d'un centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux qui se situe à l'intérieur de la maison de jeunes, à coté du bureau de poste, au centre de la commune de Boudjellil.

Il a ouvert ses portes le 23 octobre l'année 2022, actuellement, il prend en charge dix-huit (18) enfants, dont neuf (9) enfants sont autistes, l'association ouvre ses portes de 9h à 12h puis de 13h à 15h, du dimanche jusqu'à jeudi. La journée de mardi particulièrement actif en raison des séances de la guidance parentale. Ils organisent des séances selon un programme spécifique à respecter. En effet, les enfants sont divisés en quatre classes (niveaux) qui se présentent comme suit : Groupe d'éveil, préscolaire, précoce et stimulation.

Sa structure inclut le bureau du président, d'un psychologue et d'un orthophoniste, ainsi une salle de sport et d'activités de sociabilité. Elle est accompagnée d'un réfectoire, un jardin, une section dédiée pour un atelier et une partie réservée à l'élevage.

L'association « LUEUR D'ESPOIR » compte parmi ses membres 8 personnels pédagogiques, une psychologue clinicienne, une orthophoniste, 4 éducatrices, un responsable pédagogique et une convention avec un pédopsychiatre pour garantir le suivi médical et une cuisinière. Ils ont tous pour objectif de prendre en charge les enfants atteints d'autisme.

3. Le choix de groupe de recherche :

Nous avons axé notre recherche sur les enfants autistes en milieu scolaire. Nous avons mené notre étude sur quatre (04) cas spécifiques, comprenant deux garçons et deux filles, âgés de 11 à 13 ans.

➤ **Critères d'inclusion :**

- Les sujets pour le groupe de recherche sont âgés de 11 à 13 ans.
- Un enfant qui a reçu un diagnostic d'autisme.

➤ Critères d'exclusion :

- Dans notre domaine de recherche, le sexe n'est pas un facteur considéré.
- Les sujets ayant moins de 11 ans et plus de 13 ans.

4. Les caractéristiques du groupe de recherche :

Un tableau récapitulatif présente les caractéristiques des quatre (04) cas de notre groupe d'étude, comprenant deux filles et deux garçons âgés de 11 à 13 ans. Bien que leurs âges correspondent normalement à un niveau d'enseignement secondaire, tous les enfants sont actuellement au niveau préscolaire, ce qui reflète les retards de développement fréquemment observés chez les enfants avec troubles du spectre autistique.

Tableau n°2 : Les attributs du groupe de recherche

| Noms | Sexe | Age | Le niveau |
|------|--------|-------|-------------|
| A.A | Fille | 11ans | Préscolaire |
| B.I | Garçon | 12ans | Préscolaire |
| M.S | Fille | 13ans | Préscolaire |
| B.H | Garçon | 13ans | Préscolaire |

✓ **Remarque :**

Dans le but de respecter l'éthique de la recherche, les noms des enfants autistes mentionnés précédemment ont été abrégés.

5. La méthode de la recherche :

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

La méthode est une démarche complète issue des objectifs d'une étude particulière et organise toutes les étapes de la recherche, depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leur vérification, alors le terme de méthode renvoi aux techniques de recueil et analyse de données. (ChahraouiKh. et Bénony H., 2003).

Afin de vérifier l'hypothèse de notre thème de recherche qui s'intitule « les difficultés scolaires chez les enfants autistes», on s'est basé sur la démarche clinique qui fait principalement appel aux méthodes descriptives et l'étude de cas.

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

5.1. La méthode descriptive :

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

« Les méthodes descriptives interviennent en milieux naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière, dans notre recherche on doit décrire les difficultés scolaires chez les enfants autistes. L'objectif de cette approche d'identifier les composantes d'une situation donné et parfois de d'écrire la relation qui existe entre ces composants. (ChahraouiKh. et Bénony H., 2003).

On a opté pour l'étude de cas qui est une observation approfondie d'un sujet, son but est de noué un lien de confiance entre le thérapeute et le patient qui sert à recueillir tous les données possible sur une personne : identité psychosocial, l'anamnèse les antécédents personnels et familiaux.

5.2. L'étude de cas :

L' étude de cas fait partie des méthodes descriptive, elle consiste en une observation approfondie d' un individu ou d' un groupe d' individus. par l' étude de cas, le clinicien, chercheur tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d' un sujet en tenant compte de différentes circonstances de survenu actuelles et passées (histoire de sujets, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres

sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

« L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence » (**Chahraoui Kh. et Bénony H., 2003**).

6. Les outils de l'investigation :

Le terme "outil d'investigation" fait référence à un moyen spécifique utilisé par le chercheur pour collecter les données nécessaires à l'analyse. Cet outil a pour rôle principal d'assurer une collecte d'observations et/ou de mesures considérées comme scientifiquement acceptables. Il est important que ces données soient objectives et rigoureuses afin de pouvoir être soumises à des traitements analytiques (**Atouf, 1987**).

Dans le but de répondre à notre problématique et de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'utiliser une approche basée sur **l'observation clinique**, et en utilisant **un guide d'entretien** approfondi.

6.1. L'observation clinique :

La pratique de l'observation clinique consiste à examiner de manière qualitative et quantitative les comportements, le langage, les émotions et les processus cognitifs significatifs d'un individu, afin de leur donner un sens en les replaçant dans sa dynamique psychique, son histoire personnelle, le contexte de l'observation et les interactions intersubjectives actuelles. L'observation joue un rôle essentiel dans diverses situations, que ce soit dans les interactions de groupe (comme dans le cadre scolaire) ou dans des situations pathologiques impliquant des troubles tels que le mutisme, les dysfonctionnements sensoriels, les difficultés langagières, etc. Cette méthode repose sur la description et l'organisation des données en unités cohérentes, en évitant les conjectures aléatoires, et son principal biais réside dans l'interprétation (**Chahraoui, 2003**).

La pratique de l'observation clinique vise à identifier des comportements significatifs, à leur attribuer une signification et à les replacer dans le contexte global du fonctionnement individuel.

Dans le domaine de la recherche clinique, l'observation, qui peut être plus ou moins standardisée, permet d'obtenir des éléments d'information provenant de différents niveaux de la situation observée (**Chahraoui, 2003**).

6.2. L'entretien :

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. (**ChahraouiKh. et Bénony H., 1999**).

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

Il existe trois types d'entretiens cliniques

Directif, non directif et semi-directif.

L'entretien directif :

On parle d'entretien directif, lorsque, le psychologue détermine lui-même les thèmes de l'échange et induit les réponses de l'interview (par exemple : entretien d'embauche dans une entreprise etc.).

L'entretien directif consiste en un interrogatoire plus au moins systématisé, plus au moins standard ou adapté.

L'entretien non directif :

Le psychologue laisse l'interlocuteur parler librement « par associations libres » autour d'un thème (**Amy G. et Piolet M., 2005**).

Et vue la qualité des informations recherchées on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ces derniers se présentent

comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisées auprès d'individus, pris isolément, mais aussi dans certains cas auprès, de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations » (Maurice A., 1997).

L'entretien semi-directif :

C'est un entretien au cours duquel le chercheur suit une trame de questions générales dont l'ordre n'est pas prédefini : dans cet entretien, le chercheur pourra décider d'explorer des axes non définis initialement mais spontanément abordés par le sujet» (Maurice A., 1997).

Dans notre recherche on a opté pour l'entretien semi-directif qui est doté d'un guide d'entretien qu'on a préparé suivant notre thème de recherche.

Notre entretien est accompagné par un guide d'entretien où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, il est défini comme « un ensemble organiser de fonction d'opérateurs et indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewe» (Blanche, T et Gotman A., 2007).

Notre guide d'entretien est composé de trois axes qui contiennent des questions correspondent à notre thème de recherche.

Axe I : Informations sur l'enfant.

Axe II : Guide d'entretien avec la psychologue.

Axe III : Guide d'entretien avec les parents.

Dans ce sens, on a élaboré un guide d'entretien comprend trente-trois (33) questions, on a entamé l'entretien par des informations générales sur l'enfant autiste qui contient six (06) questions, son objectif c'est de rapporter les informations sur la biographie de l'enfant autiste.

L'axe N° (1) intitulé « relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille » comporte neuf (09) questions, destiné aux parents des enfants autistes dans le but de connaitre la réaction des parents vis-à-vis de l'autisme de leurs enfants, la relation de l'enfant au sein de sa famille et les difficultés rencontrées par les parents par rapport à leurs enfants.

Axe N°(2) intitulé « le comportement de l'enfant autiste ou sein de la classe » qui contient douze (12) questions, destiné aux enseignants des enfants autistes qui discute sur le comportement et les difficultés de l'enfant autiste au sein de la classe.

Axe N° (3) intitulé « la prise en charge de l'enfant autiste au sein de l'association » comporte six (06) questions, destiné aux personnels de l'association de prise en charge son objectif c'est de préciser la thérapie et la méthode de prise en charge d'un enfant autiste.

L'objectif de notre observation et les questions de guide d'entretien est de détecter s'il existe des difficultés scolaires ou non chez les enfants autistes scolarisés.

✓ **Synthèse :**

Toute recherche scientifique est nécessairement consacré à suivre une méthodologie claire de ce que l'on cherche. Dans le but d'organiser le travail, et de respecter l'enchaînement des étapes de notre recherche, dont l'objectif est de confirmer ou même infirmer les hypothèses en question.

Ce chapitre nous a permis d'organiser notre recherche, avec l'utilisation de différentes techniques (l'observation clinique et l'entretien clinique semi-directif) à travers le respect de certaines règles pour arriver à répondre à l'objectif principal de cette recherche, et de vérifier nos hypothèses élaborées au départ.

Dans le chapitre qui suit nous allons exposer et analyser les cas.

Chapitre IV :

Présentation et analyse

des cas et discussion des

hypothèses.

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus après l'entretien de recherche, pour pouvoir discuter et analyser nos hypothèses.

1. Présentation des cas :

Cas N° 1 : (A.A)

Données personnelles :

A.A est une fille autiste, elle est âgée de 11ans, diagnostiquée à l'âge de 4ans, elle est inscrite à l'association de prise en charge des enfants autistes a l'âge de 9ans (17/09/2023), **A.A** est scolarisée dans une classe spéciale, groupe Eveil.

Axe1 :Relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille :

A.A est issu d'une famille nucléaire, elle est classée comme la fille la plus grande parmi ces frères et sœurs, la maman était choquée le moment de l'annonce de diagnostic de sa fille, mais avec le temps elle a fini par accepter car elle voulait aider sa fille pour la faire sortir de son autisme

Après 4 ans du l'annonce du diagnostic, la maman de **A.A** a cherché le soutien dans le milieu professionnel, car elle voulait aider sa fille à sortir de son autisme, puisqu'elle savait si elle passe son temps à pleurer, elle ne fait qu'aggraver la situation.

« Elle était orienté vers l'association de prise en charge des enfants autistes par elle-même » déclarait la maman de **A.A**. Sur le plan relationnel entre Elle et ces frères et sœurs, la maman disait : « elle parle avec ces frères normal, elle regarde la télévision avec eux, elle n'a aucun problème sur ce plan ».

Elle trouve beaucoup de difficultés avec elle, disait la maman : « elle a un grave manque d'attention et de concentration, et surtout, elle est trop attachée aux écrans tactiles ».

Par apport aux activités scolaires la maman déclarait que sa fille n'arrive pas à faire ces devoirs de maison sans lui demander, et qu'elle doit être à ses côtés car elle a besoin toujours d'un suivi et d'aide.

Axe 2 :Le comportement, activités scolaires de l'enfant autiste au sein de la classe :

Par apport aux comportements de **A.A** au sein de la classe, l'enseignant déclarait que **A.A** n'arrive pas à se concentrer et qu'elle présente des moments d'absence. Elle est stable, elle n'est pas agressive. Il affirmait que **A.A** est lente dans ses activités, un appel est nécessaire pour la faire revenir en classe, elle a besoin toujours d'un suivi.

Ce qui est de la communication avec ces camarades de classe est rare, elle est toujours isolée. Il déclarait qu'il y a une imitation par rapport aux autres enfants. Il affirmait qu'ellen'a pas des difficultés à comprendre les questions mais elle a une bonne mémoire.

Pour les activités scolaires l'enseignant annonçait que **A.A** arrive pas ni à lire, ni à écrire, ni à dessiner et calculer.

Concernant à la différence entre **A.A** et les autres enfants, l'enseignant déclaré: « **A.A** n'arrive pas à me regarder dans les yeux quand je lui parle (contact visuelle vide), elle subit des attaques de peur et un manque de confiance, et surtout elle a vraiment besoin d'aide à chaque fois qu'on lui demande à faire quelques choses».

➤ Résumé du 1er cas :

Les données que nous avons récoltées à partir de l'entretien nous ont permis de tirer une petite conclusion : que **A.A** présente des troubles de type comportemental comme l'isolement, manque de communication et d'attention, des moments d'absence et d'agitation, cela joue un rôle dans la vie scolaire, car **A.A** présente des difficultés de concentration en classe, et des difficultés de faire ces activités toute seule.

Cas N° 1 : (B.I)**Données personnelles :**

B.I est un enfant autiste âgé de 11 ans, scolarisé dans une classe spéciale, niveau préscolaire, il a reçu son diagnostic à l'âge de 4ans. L'enfant en question est intégré dans l'association Leur d'espoir à l'âge de 10 ans.

Axe 1 : Relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille :

Le jeune garçon est un enfant issu d'une petite famille (nucléaire) composée de père, mère et deux frères, il est classé le 3ème, son père a été accompagné d'une tranquillité et un calme remarquable tout au long de l'entretien et il a répondu à toutes nos questions sans aucune opposition.

Le père nous répondait avec des phrases complètes, son visage paraît triste et n'hésite pas à annoncer son choc lors de l'annonce de diagnostic de son fils, mais il a accepté ça après quelques mois. Il a remarqué des comportements bizarres chez son fils bien avant qu'il soit diagnostiquée, et pour cela il a cherché d'apporter de l'aide et de soutien à son fils et ça après 4 ans, à la proposition de l'association elle-même.

En parlant de son fils, il dit que ce dernier avait de contacte normal au sein de sa famille. Il avait un manque de concentration, une certaine agressivité. Pendant ce temps, l'enfant demande de l'aide de ses parents pour les devoirs de maison et débrouille tout seul de temps en temps.

Axe 2 :Le comportement, activités scolaires de l'enfant autiste au sein de la classe :

Au moment de l'entretien, l'institutrice de ce jeune garçon nous déclarait que «**B.I** présente des absences de concentration et une agressivité remarquable, il lui arrive de pousser ses camarades de classe, il est tout de même hyperactif ».

B.I est actif en classe et sans permission il sort, en effet, il ne communique pas avec ses camarades de classe, juste avec les gestes, ce

dernier imite les autres enfants en classe. Il comprend rarement ce qu'on lui dit, par contre il a une bonne mémoire.

B.I il n'arrive pas ni à lire ni à écrire, il est n'est bon par rapport aux calculs.

Contrairement aux enfants normaux, **B.I** a un manque de confiance en soi et il a toujours besoin d'être rassurer, il présente une négative rapidité ce qui entraîne un manque d'attention, d'écoute et de concentration.

➤ Résumé du 2ème cas :

Suite à notre entretien. Nous avons déterminé que l'enfant présente plusieurs difficultés telles que : des troubles de la lecture, des problèmes d'attention et de concentration, ainsi qu'un manque significatif de confiance en soi. Ces aspects influencent sa vie à l'école, car ils entravent son intégration avec ses pairs en classe, le conduisant à nécessiter toujours un aide pour faire ses activités.

Cas N° 3 : (M.S)

Données personnelles :

M.S est une fille autiste, elle est âgée de 13 ans, diagnostiquée à l'âge de 2 ans, elle est inscrite à l'association de prise en charge des enfants autistes à l'âge de 11ans exactement en 24-09-2023, **M.S** est scolarisée dans une classe spéciale, en préscolaire.

Axe 1 : Relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille :

M.S est issu d'une famille étendue, elle est classée comme deuxième fille parmi ces frères et sœurs, la maman a réagit d'une façon normale le moment de l'annonce de diagnostic de sa fille comme elle déclare.

Après l'annonce du diagnostic, la maman de **M.S** à chercher direct le soutien dans le milieu professionnel. Elle déclarait : « Immédiatement

après le diagnostic, j'ai entrepris des démarches dans le but d'aider ma fille à surmonter son autisme. J'étais déterminée à la soutenir par tous les moyens possibles, consciente que si je laissais mes larmes prendre le dessus, cela ne ferait qu'empirer la situation ».

« J'étais orienté vers l'association de prise en charge des enfants autistes par des parents d'un autre enfant, ont le même cas que moi » déclarait la maman de **M.S.** Sur le plan relationnel entre Asma et ces frères et sœurs, la maman disait : « elle a une bonne relation avec ses frères, elle est tous le temps avec eux ».

La mère exprimait de nombreuses préoccupations au sujet d'elle : « elle a des problèmes de concentration, étant instable et hyperactive, et elle réagit souvent de manière agressive en frappant les tables. Elle a des crises de colère qui la rendent incohérente. Sans le soutien de ses parents, elle se perturbe » Concernant les activités scolaires, la mère a mentionné que sa fille ne parvient pas à réaliser ses devoirs de maison sans son aide et qu'elle doit être constamment présente avec elle, car cette dernière nécessite toujours un aide.

Axe 2 :Le comportement, activités scolaires de l'enfant autiste au sein de la classe :

Par apport aux comportements de **M.S** au sein de la classe, le psychologue déclarait que **M.S** n'arrive pas à se concentrer et qu'elle présente des moments d'absence. Elle est agité et vraiment agressive. Il affirmait que **M.S** est active en classe, un appel est nécessaire pour la faire revenir en classe, elle a besoin toujours d'un suivi.

Ce qui est de la communication avec ces camarades de classe est nul. Il déclarait qu'il y a une imitation par rapport aux autres enfants. Il affirmait que **M.S** n'a pas des difficultés à comprendre les questions et elle a une bonne mémoire.

Concernant les activités scolaires, l'enseignant a signalé que **M.S** ne sait pas lire ni écrire, et qu'elle n'a pas du tout de talent pour le dessin, mais il se débrouille en mathématiques.

Par rapport à les différences entre M.S et les autres enfants, l'enseignant a déclaré : « M.S prend beaucoup de temps pour s'ajuster à une situation. Elle est particulièrement agressive, violente et sujette à des accès de colère. Son manque de compréhension est dû à sa mauvaise concentration, ce qui la pousse toujours à solliciter l'aide des autres ».

➤ Résumé du 3ème cas :

Après avoir analysé les données de l'entretien, on peut dire que M.S présente pas mal de troubles : absence d'attention et de concentration, des moments d'absences, d'agitation, d'agressivité, des crises, ces troubles ont un impact sur sa vie quotidienne ainsi que sa vie scolaire parce que M.S présente des difficultés scolaires comme le manque de concentration, l'absence du langage qui l'empêche de faire la lecture. Malgré l'aide de l'association et sa famille pour l'amélioration de ces comportements et pour l'acquisition de langage elle n'a pas pu s'améliorer, d'ailleurs jusqu'à présent elle ne parle pas, elle a 13 ans, et toujours demande l'aide pour faire ses activités de maison.

Cas N° 4 : (B.H)

Données personnelles :

B.H est un enfant autiste âgé de 13 ans, il est diagnostiquée comme enfant avec autisme, à l'âge de 3 ans, il est entré à l'association de prise en charge des enfants autistes en 03-09-2022 à l'âge de 10ans. B.H est scolarisé dans une classe spéciale en préscolaire.

Axe 1 : Relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille :

B.H est issu d'une petite famille, il est classé comme le troisième, avant dernier parmi ses frères et sœurs, sa maman nous a parlé de sa réaction au moment de l'annonce du diagnostic. Elle disait : « avant le diagnostic, je savais que c'est un enfant autiste mais le moment de l'annonce de diagnostic, j'ai totalement accepté la situation de mon fils » oui elle a accepté l'autisme de son enfant, elle disait : « j'ai accepté mon enfant tel qu'il est et je l'ai aidé parce que je vois que mon fils comprend

tout, il a de la curiosité, c'est juste qu'il n'a pas de langage mais cela après quelques mois de tristesse ».

Grâce aux recommandations de l'association Lueur d'espoir, **B.H** et sa famille sont guidés pour déterminer le meilleur processus pour sa prise en charge.

En ce qui concerne les liens de l'enfant avec ses frères et sœurs, **B.H** entretient une bonne relation avec eux ainsi qu'avec toutes les autres personnes en général. Il rencontre des difficultés sur le plan comportemental, elle disait sa maman : « Il disperse les trucs partout, et il fait souvent des crises de rage et de morsures ». Et par rapport au plan des activités scolaires, **B.H** ne fait jamais ses devoirs sans qu'on lui dire, elle dit « déjà à l'âge de 13 ans mais toujours il a besoin de la famille, nous devons constamment être là pour lui donner un coup de main ».

Axe 2 : Le comportement, activités scolaires de l'enfant autiste au sein de la classe :

L'enseignante déclarait que **B.H** arrive pas à se concentré, mais mieux que les premiers temps car quand il est rentré à l'école il était agité. A propos de son comportement, **B.H** est calme des fois, d'autres fois agressif, aussi elle affirmait que **B.H** est actif en classe.

Par apport à la relation avec ces camarades de classe elle disait « il arrive à communiquer avec ses camarades de classe ». **B.H** n'a pas d'imitation, elle disait : « il n'imiter pas ses camarades, c'est moi qui l'interroge à chaque fois ».

Par apport à la compréhension et la mémoire, elle avouait : « **B.H** comprend tout ce que je lui dis, il a une très bonne mémoire ».

Selon l'enseignante, en ce qui concerne les activités scolaires, il parvient à lire quelques mots et à écrire correctement, et même à dessiner de manière satisfaisante. Il possède de l'intelligence, bon dans les calculs, mais par moments, il fait preuve d'obstination.

La différence entre cet enfant par rapport aux autres est qu'il n'écoute pas son professeur, peu importe la situation, s'il est en colère, il faut le rassurer sinon il ne cessera de faire des choses inappropriées et sans concentration.

➤ **Résumé du 4ème cas :**

A partir des données recueillies lors de l'entretien effectué, nous avons constaté que le jeune enfant il présente des difficultés comportementales, et une dépendance aux consignes familiales pour ses activités quotidiennes. À l'école, B.H montre une certaine progression, mais son comportement reste instable et sans imitation spontanée. Son principal défi est son manque d'écoute en classe nécessitant un rassurement constant pour éviter des réactions inappropriée et son manque de concentration.

Axe 3 : la prise en charge des enfants autistes au sein de l'association :

Cette association s'occupe d'enfants autistes, en mettant en place une thérapie destinée à aider et à soigner ces jeunes, appelée TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children).

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) est une approche structurée visant à développer les compétences cognitives, sociales et adaptatives des enfants autistes. Cette méthode se base sur une prise en charge individualisée, combinant des stratégies éducatives et des outils de compensation pour favoriser l'autonomie et l'intégration sociale (Mesibov et Shea, 2010).

L'intervention repose sur des activités adaptées aux particularités sensorielles et cognitives de chaque enfant. Certaines activités, comme la manipulation d'objets volumineux, la musique ou les exercices de motricité globale, sont généralement bien acceptées. En revanche, les tâches exigeant une motricité fine (boutonnage, découpage) ou des efforts cognitifs soutenus peuvent rencontrer plus de résistance. Le programme TEACCH s'ajuste ainsi en fonction des forces et des difficultés de l'enfant pour optimiser son développement (Mesibov et Shea, 2010).

Lorsque ces enfants subissent une pression ou une obligation, on observe une instabilité et une difficulté de concentration qui s'accompagne de nervosité, de cris et de pleurs... L'enfant peut alors adopter un comportement agressif et même s'auto-agresser.

L'enfant autiste peut être aidé afin de se communiquer, parfois même par le biais de gestes. Les compensations sociales peuvent parfois être bénéfiques (par exemple : «bravo, Intelligent mon fils ou ma fille») et alimentaires par fois. Des activités de langage sont mises en œuvre : dénomination et expression orale, ainsi que des activités en groupe et la rotation des thérapeutes, dans l'objectif de favoriser la socialisation de l'enfant.

Malgré le manque de moyen, le matériel et le temps, mais avec la volonté des psychologues et les éducatrices et même le suivi des parents, ainsi qu'à l'implication des parents, et en pratiquant certaines activités simples comme : s'habiller et déshabiller, laver les mains, brosser les dents ainsi le boutonnage. Grâce à la répétition de ces tâches, l'enfant parvient à acquérir une autonomie progressive. Les autistes sont capables de s'adapter aux changements progressivement mais tout dépend des enfants. Certains s'adaptent vite tandis que d'autres ont besoin de plus de temps.

Tous les enfants peuvent progresser après une régression, cependant, avec un accompagnement professionnel et familial complet, une progression peut être observée chez tous ces enfants. Cela dit, cela dépend du niveau de cette amélioration (moyenne, faible, excellente), ainsi que de l'implication des parents et d'une prise en charge précoce.

2. Discussion des hypothèses :

En raison de notre thème de recherche qui porte sur « les enfants autistes et les difficultés scolaires » on a formulé les hypothèses suivantes :

a) La concentration en classe selon les enseignants est l'une des difficultés principales rencontrées par les enfants autistes.

b) L'enfant autiste selon les enseignants rencontre des difficultés de faire ses activités tout seul.

❖ **Concernant la première hypothèse, La concentration en classe selon les enseignants est l'une des difficultés principales rencontrées par les enfants autistes.**

D'après les données qu'on a recueillies à travers l'entretien, qu'on a effectué avec les parents et les enseignants, pour objectif de confirmer ou infirmer notre hypothèse. Après avoir analysé les données de l'entretien, on a enregistré que tout les quatre (04) cas n'arrivent pas à se concentrer en classe.

Tous les enseignants, ont déclaré concernant la concentration en classe que : « **A.A** », « **B.I** », « **M.S** », « **B.H** » n'arrivent jamais à se concentrer et qu'ils présentent des moments d'absence remarquable « ils se concentrent pas, ils sont lents dans les activités scolaires, présentent des moments d'absence et une agitation marquante par quelques un».

À travers l'analyse des quatre (04) cas étudiés, un constat récurrent émerge: L'enfant autiste d'après les enseignants, présente des difficultés de concentration en classe.

❖ **Par rapport à la deuxième hypothèse «L'enfant autiste selon les enseignants rencontre des difficultés de faire ses activités tout seul».**

À partir des résultats obtenus lors des entretiens menés avec les parents et les enseignants, nous constatons que les quatre (04) cas étudiés présentent des difficultés à réaliser leurs activités de manière autonome.

Cette observation confirme notre hypothèse selon laquelle l'enfant autiste, selon le témoignage des enseignants, rencontre des difficultés à accomplir ses activités seul. Les données recueillies révèlent en effet que ces enfants nécessitent systématiquement un accompagnement ou des consignes répétées pour mener à bien leurs tâches, qu'elles soient scolaires ou quotidiennes. En synthèse: L'enfant autiste, selon les enseignants, rencontre des difficultés de faire ses activités tout seul.

➤ D'après de l'analyse des résultats des cas qu'on a étudié, les hypothèses supposées aux débuts de notre recherche est arrivé à :

- Les difficultés de concentration en classe on était confirmé chez l'enfant autiste scolarisé, selon les enseignants.
- Confirmer que l'enfant autiste selon les enseignants rencontre des difficultés de faire ses activités tout seul.

Suite à notre observation, l'entretien qu'on a effectué durant notre stage, la confirmation des deux hypothèses partielles, et les témoignages des enseignants de ces enfants. On a déduit que tous les enfants autistes ou la majorité d'entre eux présentent pas mal de troubles tel que : les troubles cognitives, de mémorisation, manque de concentration, et les troubles comportementaux comme l'agitation, l'agressivité. Et la plus part d'entre eux n'ont pas atteint le niveau de programme par apports a leurs camarades normaux de classe.

À partir de ces résultats, l'hypothèse générale formulée initialement dans notre recherche nous a permis de :

- ✓ **Confirmer que l'enfant atteint d'autisme éprouve souvent plusieurs difficultés scolaires selon les enseignants.**

Conclusion générale

Conclusion générale :

Dans le cadre de notre recherche sur « les difficultés scolaires des enfants autistes » qui nous a permis de répondre à certaines questions concernant les difficultés scolaires auquel les enfants autistes scolarisés sont confronté.

Dans notre étude on s'est basé sur une observation de notre terrain d'étude, un guide d'entretien effectuer avec les parent, les enseignants et les personnel de l'association de prise en charges des enfants autistes « LUEUR D'ESPOIR ».

L'autisme est un trouble du développement particulièrement complexe, dont les origines demeurent énigmatiques. Bien que la recherche progresse, il reste actuellement impossible de soigner ce trouble. Il est possible de diagnostiquer très tôt l'autisme, ce qui permet d'intervenir le plus rapidement possible auprès de l'enfant atteint de ce trouble, caractérisé notamment par des problèmes de communication et d'interaction sociale. Cependant, il est possible d'alléger ces symptômes grâce à certaines thérapies.

L'échec scolaire est rarement le fruit du hasard. En effet, il touche en générale des enfants déjà fragile. Devant les difficultés scolaire, il est important de se mobiliser rapidement, pour diminuer un trouble spécifique des apprentissages.

D'après l'analyse des résultats obtenus de l'observation et le guide d'entretien, nous a permis de constater que les difficultés scolaires sont inscrites parmi les troubles majeurs des enfants autistes scolarisés.

Notre recherche nous a permis de clarifier nos connaissances sur les difficultés scolaires et la prise en charge des enfants autistes. On est arrivé à réaliser notre objectif de début de notre l'étude, malgré cela, notre recherche reste limité à nos cas.

Comme l'autisme est un trouble du siècle qui engendre des obstacles pour l'enfant et sa famille dont pas mal de secteurs, comme la société et l'école. On se permet d'insuffler des suggestions qui nous ont été

traverser l'esprit durant notre stage pratique, qui suscitent dont : la création des institutions spécialisés pour enfants autiste, des classes spécialisées, car la scolarisation d'un enfant autiste dans une classe normale engendre la non disponibilité et un manque d'intérêt par l'enseignant et provoque un retard pour ses paires de classe, aussi des formations pour les enseignants et les éducatrices pour savoir se comporté avec ces enfants autistes. L'objectif étant aussi d'inclure ces enfants dans des activités extrascolaires (sport, musique, théâtre, dessin) pour favoriser leur socialisation et améliorer la qualité de vie de ces derniers et celle de leurs familles.

Enfin, Nous espérons avoir apporté une contribution claire et détaillée à cette recherche de fin d'étude.

Liste bibliographique

La liste bibliographique :

OUVRAGES

- Asperger, H. (1944). *Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter.* Springer.
- Astolfi, J.-P. (1993). *Les difficultés scolaires.* ESF Éditeur.
- Bennoune, M. (2002). *L'école coloniale en Algérie : 1830-1962*. Casbah Éditions.
- Bertrand, J. (2008). *Autisme, le gène introuvable de la science business.* Seuil.
- Binet, A., & Simon, T. (1905). *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux.* L'Année Psychologique.
- Bleuler, E. (1911). *DementiapraecoxoderGruppe der Schizophrenien.* F. Deuticke.
- Bondy, A., & Frost, L. (2001). *A Picture's Worth: PECS and Other Visual Communication Strategies in Autism.* Woodbine House.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1964). *Les héritiers : Les étudiants et la culture.* Éditions de Minuit.
- Chabanne, J.-L. (2003). *Les difficultés scolaires d'apprentissage.* Nathan.
- Chibane, S., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique.*
- Clet-Bieth, E., Dujardin, P., Lefèvre, M., & Perisse, D. (2008). *L'enfant autiste.*
- Contejean, Y., & Doyen, C. (2012). *Regards périphériques sur l'autisme.* Lavoisier SAS.
- Corbier, J. (2004). *Solving the Enigma of Autism.* Ufomada Consulting and Publishing.
- Dehaene, S. (2018). *Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines.* Odile Jacob.

- Despinoy, M. (2004). *Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire*. Dunod.
- Establet, R. (2014). *L'école peut-elle encore sauver la démocratie ?*. ESF Éditeur.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Franz Deuticke.
- Garnier, B. (2010). *Les anormaux à l'école : Aux origines de l'éducation spécialisée*. Armand Colin.
- Gerlach, E. (2003). *AutismTreatment Guide*. Future Horizons.
- Grégoire, J. (2016). *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant* (2^e éd.). Mardaga.
- Guidère, M. (2005). *Méthodologie de recherche*. Ellipses.
- Julien, N., & Langloys, D. (2009). *Livre blanc de l'autisme*.
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. Nervous Child.
- Lelord, G. (1991). *L'autisme de l'enfant*. Masson.
- Lenoir, P., Malvy, J., & Bodier-Rethoré, C. (2007). *L'autisme et les troubles du développement psychologique* (2^e éd.). Elsevier Masson.
- Leaf, R., & McEachin, J. (1999). *Autisme et A.B.A. : Une pédagogie du progrès*. Nathan.
- Meirieu, P. (2004). *Apprendre : Des besoins aux désirs*. ESF Éditeur.
- Mesibov, G. B., & Shea, V. (2009). The TEACCH program in the era of Evidence-Based Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 570–579. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0901-6>
- Morand de Jauffrey, P. (1995). *La psychologie de l'enfant*. Marabout.
- Ould-Taleb, M. (2015). *Manuel de la pédopsychiatrie* (2^e éd.).
- Plaisance, É. (1985). *L'enfant, la maternelle, la société*. Presses Universitaires de France.
- Rogé, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Dunod.
- Rousseau, J.-J. (1762/2012). *Émile, ou De l'éducation*. Flammarion.

- Schopler, E. (1992). *High Functioning Individuals with autism*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
 - Schopler, E., Lansing, M., & Waters, L. (1983). *Teaching activities for autistic children*. Pro-Ed.
 - Tardif, C., & Gepner, B. (2003). *L'autisme*. Nathan.
 - Vianin, P. (2018). *La motivation scolaire : Comment susciter le désir d'apprendre ?*. De Boeck.
-

ARTICLES ET REVUES

- ANAE. (2020). Le rôle du psychologue scolaire dans l'identification des troubles des apprentissages. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 32(165), 45-52.
- Bodfish, J. W., Symons, F. J., Parker, D. E., & Lewis, M. H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 237-243.
- Boukhari, A., Chibane, S., & Abadie, V. (2021). Autism spectrum disorder in Algeria].
- Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of PECS. *American Journal of Speech-Language Pathology, 19*(2), 178-195.
- Fombonne, E. (2006). Past and future perspectives on autism epidemiology. In S. O. Moldin & J. L. R. Rubenstein (Eds.), *Understanding autism* (pp. 25-48). CRC Press.
- Gillberg, C., & Wing, L. (1999). Autism: Not an extremely rare disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6), 399-406.
- Lord, C., et al. (2020). Autismspectrumdisorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 5.
- Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions. *Social Psychiatry*, 1(3), 124-137.
- Société algérienne de pédopsychiatrie. (2023). Retards diagnostics des TSA. *Revue de psychiatrie maghrébine*, 15(2), 45-60.

- Tager-Flusberg, H. (2016). Risk factors associated with language in autism. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1), 143-154.
 - Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA*, 289(1), 49-55.
-

RAPPORTS ET TEXTES OFFICIELS

- Circulaire n° 2017-084 du 3 mai 2017 relative aux missions des accompagnants des élèves en situation de handicap.
- Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). (2010). *Référentiel métier de l'orthophoniste*.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Trouble développemental de la coordination (TDC)*.
- INSERM. (2019). *Trouble du spectre de l'autisme : Dépistage et diagnostic chez l'enfant et l'adolescent*.
- Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance. *Journal Officiel de la République Française*.
- Ministère de l'Éducation nationale (Algérie). (2015). *Enquête sur les enfants hors système scolaire*.
- Ministère de l'Éducation nationale (France). (2021). *Référentiel de fonctions des AESH*.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (Algérie). (2023). *Rapport annuel sur les troubles neurodéveloppementaux*.
- Ministère de la Solidarité nationale (Algérie). (2023). *Rapport sur la prise en charge des personnes autistes*.
- Office national des statistiques (Algérie). (2022). *Enquête sur la formation des enseignants*.
- Office national des statistiques (Algérie). (2023). *Annuaire statistique de l'éducation en Algérie*.

- Organisation arabe du travail. (2022). *Éducation inclusive dans le Maghreb*.
 - Organisation mondiale de la Santé. (1993). *Classification internationale des maladies* (10^e éd.).
 - Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Classification internationale des maladies* (11^e éd.).
 - Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Troubles du spectre autistique : Rapport mondial*.
-

DICTIONNAIRES :

- Doron, R., & Parot, F. (Éds.). (2005). *Dictionnaire de psychologie* (2^e éd.). Presses Universitaires de France.
 - Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
 - Quevauvilliers, J., Perlemuter, L., & Perlemuter, G. (2009). *Dictionnaire médical de l'infirmière*. Masson.
-

MANUELS :

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^e éd.).
 - American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.).
 - American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd. révisée).
 - American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.).
 - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.).
-

SITES WEB

- Agir pour l'autisme. (s. d.). *PECS*. <http://www.agirpourlautisme.com/pecs>
- Autisme France. (s. d.). *Troubles du spectre autistique : historique et définitions*. <https://www.autisme-france.fr>
- El Watan. (2023, 9 avril). *Béjaïa : Le déficit en AVS complique la scolarisation des enfants autistes*. <https://www.elwatan-dz.com>
- Fondation FIRAS. (2021). *Accessibilité scolaire pour les TSA en Algérie* [PDF]. <http://firas-dz.org>
- Fonds social européen. (2020). *Lutte contre le décrochage scolaire*. <https://fse.gouv.fr>
- Gouvernement français. (2021). *Le dispositif AESH*. <https://www.education.gouv.fr>
- INSERM. (s. d.). *Troubles du spectre autistique*. <https://www.inserm.fr>
- Office national des statistiques (Algérie). (s. d.). <http://www.ons.dz>
- Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Autism spectrum disorders*. <https://www.who.int>

Annexes

Annexes :**Guide d'entretien :**

Durant notre recherche on a étudié quatre (04) cas, ce guide d'entretien est destiné pour les parents des enfants autistes, leurs enseignants ainsi que les psychologues et les éducatrices de l'association. Le premier axe concerne relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille, le second axe tourne autour du comportement et les activités scolaires de l'enfant autiste ou sein de la classe. et le troisième axe est consacré pour la prise en charge de l'enfant autiste au sein de l'association.

Présentation du guide d'entretien :**Information générale sur l'enfant autiste.**

- 1.** Quel est le prénom de l'enfant ?
- 2.** Indiquez nous l'âge de l'enfant ?
- 3.** A quel âge l'autisme a été diagnostiquée ?
- 4.** Donnez-nous la date du rentré à l'association ? Et quel âge avait l'enfant ?
- 5.** Quelle est l'année scolaire de l'enfant
- 6.** L'enfant est-il inscrit dans une classe normal ou spéciale ?

Axe1: Relation, difficulté de l'enfant autiste au sein de sa famille :

- 7.** L'enfant est issu d'une famille nucléaire ou étendue ?
- 8.** Quel est le rang de l'enfant dans la fratrie ?
- 9.** Pouvez-vous décrire votre réaction lors de l'annonce du diagnostic de l'autisme ?
- 10.** Vous avez accepté l'autisme de votre enfant ou non ? Combien de temps ça vous a pris ?
- 11.** Après l'annonce du diagnostic vous avez cherché direct le soutien dans le milieu professionnelles ou non ? Si c'est non, combien de temps vous a fallu pour vous décider à chercher du soutien ?

12. Vous pouvez nous dire comment et par qui vous étiez orienter vers l'association de prise en charge des enfants autistes ?

13. Pouvez décrire la relation que votre enfant entretien avec ces frères et sœurs.

14. Quelles sont les difficultés quotidiennes que vous rencontrez avec votre enfant ?

15. Votre enfant arrive-t-il à faire ses devoirs de maison sans lui dire ? Et est-ce-que il les fait seul ou bien il besoin de votre aide à chaque fois ?

Axe2 : Le comportement et les activités scolaires de l'enfant autiste ou sein de la classe :

16. L'enfant arrive-t-il à se concentrer en classe ?

17. L'enfant est-il stable ou bien agité en classe ?

18. L'enfant est-il violent ou agressif en classe ?

19. L'enfant est-il lent ou bien active en classe ?

20. Est –ce-que l'enfant se communique avec les autres enfants ?

21. Est ce qu'il y'a une imitation par rapport aux autres enfants ?

22. L'enfant comprend-il ce que vous lui dite ? Et est-ce-que il a une bonne mémoire ?

23. L'enfant arrive-t-il à lire ?

24. L'enfant arrive t'il à écrire ?

25. l'enfant arrive t'il à dessiner correctement ?

26. Quesque vous pouvez nous dire sur l'enfant par rapport aux calcules ?

27. pouvez-vous nous dire tout ce que vous avez remarqué de différent chez cet enfant autiste par rapport aux autres enfants normaux ?

Axe 3 : La prise en charge de l'enfant autiste au sein de l'association :

- 28.** Quelles est la thérapie que vous utilisez pour la prise en charge de ses enfants autistes ?
- 29.** Quelles sont les activités aimé et détester par les enfants autistes ?
- 30.** Comment réagit-il quand vous l'obligez a faire une activité qu'il n'apprécie pas ?
- 31.** Comment aider l'enfant autiste a amélioré sa capacité de communication, de socialisation et d'autonomisation ?
- 32.** Est-ce-que l'enfant autiste est capable de s'adapter aux changements ? Et de se relever après un échec ?
- 33.** Est-ce-que ya une amélioration chez tout les enfants autistes ou seulement quelques un ? Les quelles ?

Résumé :

Cette étude explore les difficultés scolaires des enfants autistes à travers une approche cognitivo-comportementale appliquée à quatre cas âgés de 11 à 13 ans dans une association de prise en charge des enfants autistes. Motivée par la nécessité d'identifier et traiter ces difficultés via l'analyse des processus cognitifs et comportementaux, la recherche visait spécifiquement à déterminer les types d'obstacles scolaires (cognitifs, comportementaux, sociaux) rapportés par les enseignants, avec deux objectifs opérationnels, vérifier la présence des difficultés de concentration en classe et évaluer l'autonomie dans les activités en classe. Nos résultats confirment l'hypothèse centrale selon laquelle ces enfants éprouvent effectivement plusieurs types de difficultés scolaires, se manifestant particulièrement par : une incapacité à maintenir la concentration durant en classe (confirmant notre première hypothèse spécifique), et une dépendance marquée à l'égard des aides adultes pour accomplir les activités scolaires (validant notre seconde hypothèse). L'analyse approfondie révèle trois catégories de défis interconnectés : cognitifs (déficits attentionnels, retard en lecture/écriture), comportementaux (agitation, stéréotypies) et sociaux (isolement, difficultés d'interaction). Bien que les méthodes TEACCH employées dans le centre montrent une efficacité relative, l'étude souligne l'urgence d'améliorer l'inclusion scolaire par des mesures concrètes : création de classes adaptées, formation spécialisée des enseignants aux approches comportementales (ABA), développement d'activités parascolaires et renforcement du soutien familial. Ces recommandations, bien que tirées d'une étude limitée par son échantillon restreint, tracent des pistes prometteuses pour une politique éducative plus inclusive en Algérie, combinant adaptations pédagogiques, moyens matériels adéquats et collaboration interdisciplinaire afin d'optimiser la scolarisation et le bien-être des enfants autistes.

Les mots-clés :

1. Autisme/Trouble du Spectre Autistique (TSA).
2. Difficultés scolaires.
3. Inclusion scolaire.