

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**

**FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**

**DÉPARTEMENT : DES SCIENCES SOCIALES**

***Mémoire***

***En vue de l'obtention du diplôme de Master***

***OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE***

***Thème***

***Étude les difficultés des interactions d'un  
enfant autiste avec son éducatrice de  
crèche***

***Réalisé par***

**Melle MEZIANI Souhila**

**Melle METMATI Hakima**

***Encadré par***

**Mr. MEBAREK BOUCHAALA Fatheh**

***Année universitaire 2016-2017***

# *Remerciement*

*Le grand merci s'adresse au Bon Dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la force et la patience, et qui nous a guidé et éclairé notre Chemin pour la réalisation de notre mémoire.*

*Nos profonds remerciements à Mr MEBAREK BOUCHAALAL pour son encadrement, son suivi, sa disponibilité, son aide et ses conseils précieux ainsi que sa patience à notre égard.*

*À l'ensemble des membres de jury d'avoir accepté d'examiner et évaluer ce travail.*

*À l'ensemble de personnel de la crèche « ma première page ».*

*Aux éducatrices qui ont accepté de participer à l'étude.*

*En fin, nous tenons à exprimer nos reconnaissances les plus sincères à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail, en nous soutenant chacun à sa façon.*

*Merci pour toutes les familles : MEZIANI Et METMATI.*

*« Grand Merci à tous »*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*À tous les enfants autistes*

*À mes très chers parents, qui m'ont toujours soutenu tout long de ma vie que Dieu tout puissant vous garde pour moi et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez notre flambeau illuminant.*

*À mes chers frères : SOFIANE et ATHMANE.*

*À ma chère sœur SABHA et son mari MOURAD.*

*À mes chers grands-parents.*

*À mes tantes : MALIKA, ZAHIA et ZINEB.*

*À mes cousins (e) : ABDOU, NOUNO et Ma petite adorable BOUCHRA.*

*Et À toutes mes chères amies. Spécialement : MAYA, NACIRA, SORAYA*

*À ma très chère amie MINA pour son amitié. Elle était toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter que Dieu la protège et la procure joie et bonheur et que notre amitié reste à jamais.*

*À monsieur HADADDU qui nous a beaucoup aidés*

*À ma cousine NACIMA*

*À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.*

*SOUHILA*

# *Dédicace*

*Je dédis ce travail*

*À mes chers parents qui m'ont soutenu tout au long de ma vie estudiantine*

*À mes deux chers frères : Athmane et Mouhamed*

*Et mes chères sœurs : Razika, Akria, Nourelhouda, Nadjet et Chaima*

*À toutes mes oncles et mes tentes*

*À tous mes cousines et cousins*

*À mes chers amis Nassim, Sara et Massinissa*

*À mon super binôme Souhila qui était toujours présente avec patience pour me soutenir*

*À toute ma famille*

*Hakima*

## *Liste des abréviations*

**ABA** : Analyse Appliquée du comportement.

**ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation médicale.

**CARS** : L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile

**CIM10** : Classification statistique internationale des mentaux.

**CIM** : Classification internationale des maladies.

**DSM-IV** : Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

**LSF** : Langage gestuel

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**PECS** : (Picture exchange communication system) ou Système de communication par échange d'image.

**TCC** : Les Thérapies Cognitive-Comportementales.

**TEACCH** : Traitement et éducation des enfants autistes.

**TED** : Trouble envahissant du Développement.

## *Liste des tableaux*

**Tableau N° 1** Tableau d'échantillon d'étude .....58

**Tableau N° 2** Tableau d'échantillon des éducatrices d'études selon le niveau  
d'instruction .....59

**Tableau N° 3** Tableau des classifications  
d'autisme.....67

# *Table de matière*

# Table de matière

**Remerciement**

**Dédicaces**

**La liste des abréviations**

**La liste des tableaux**

**Introduction** ..... 1

1. Raisons de choix de thème.....3

2. Objectifs de la recherche .....3

**La problématique et Hypothèse**

1. La problématique.....4

2. Hypothèses.....8

3. Définitions des concepts clés et leur  
opérationnalisation.....9

**Partie théorique**

**Chapitre I: l'autisme**

Préambule

1. Historique et définition du trouble de l'autisme.....11

1.1. Historique.....11

1.2. Définition de l'autisme.....13

1.2. 1.Selon le dictionnaire de la psychologie LAROUSSE.....13

1.2.2. La Définition officielle de l'autisme par l'ANDEM (Agence) Nationale  
Pour le Développement de l'Évaluation médicale)..... 14

1.2.3. Selon DSM IV.....14

1.2.4. Selon CIM-10.....14

2. Épidémiologie .....14



|  |    |
|--|----|
| 3. Les types de l'autisme .....  | 15 |
| 3.1. L'autisme infantile.....  | 15 |
| 3.1.1. Selon CIM-10.....   | 16 |
| 3.1.2. Selon DSM-IV.....   | 16 |
| 3.2. L'autisme atypique.....   | 16 |
| 3.2.1. Selon CIM-10.....   | 17 |
| 3.2.2. Selon DSM-IV.....   | 17 |
| 3.3. Le syndrome de Rett.....  | 17 |
| 3.3.1. Selon CIM-10.....   | 19 |
| 3.3.2. Selon DSM-IV.....   | 19 |
| 3.4. Le syndrome d'asperger.....   | 19 |
| 3.4.1. Selon CIM-10.....   | 20 |
| 3.4.2. Selon DSM-IV.....   | 20 |
| 4. Les signes cliniques.....   | 20 |
| 4.1. Trouble de contact et les relations.....                              | 21 |
| 4.2. Trouble de langage et des communications.....                         | 21 |
| 4.3. Comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints..... | 23 |
| 5. D'autres signes.....  | 23 |
| 5.1. Retard de développement.....  | 23 |
| 5.1.1. Problèmes moteurs .....   | 24 |
| 5.1.2. Des problèmes sensoriels.....                                       | 25 |
| 5.1.3. Troubles émotionnels.....   | 25 |
| 5.2. Troubles de sommeil.....  | 26 |
| 5.3. Troubles d'alimentations.....   | 26 |
| 5.4. Problèmes dans l'acquisition de la propreté.....                      | 27 |
| 6. Diagnostic de l'autisme.....  | 27 |
| 7. L'évaluation de l'autisme .....   | 28 |
| 7.1. Evaluation clinique .....   | 28 |
| 7.2. Examen médical .....  | 29 |
| 7.3. Bilan psychomoteur .....  | 30 |
| 7.4. Evaluation psychologique .....  | 30 |

|  |    |
|--|----|
| 7.5. Evaluations du langage .....          | 31 |
| 8. Diagnostic différentiel.....            | 31 |
| 9. La classification de DSM .....          | 31 |
| 10. Les causes possibles de l'autisme..... | 33 |
| 9.1. Les facteurs génétiques.....          | 33 |
| 9.2. Les facteurs neurobiologiques .....   | 34 |
| 9.3. Facteurs cognitifs.....               | 34 |
| Conclusion du chapitre.....                | 35 |

## **Chapitre II: la prise en charge des enfants autistes intégrés dans la crèche**

### Préambule

|   |    |
|---|----|
| 1. Les méthodes de prise en charge de l'autisme utilisées.....        | 36 |
| 1.1. La prise en charge éducative .....                               | 36 |
| 1.1.1. Le modèle de TEACCH .....                                      | 37 |
| 1.1.1.1. Histoire du programme TEACCH.....                            | 37 |
| 1.1.1.2. Le programme TEACCH.....                                     | 38 |
| 1.1.2. Les thérapies comportementales.....                            | 40 |
| 1.1.2.1. Histoire de programme ABA.....                               | 40 |
| 1.1.2.2. La méthode ABA.....  | 40 |
| 1.2. La prise en charge thérapeutique.....                            | 42 |
| 1.2.1. Les thérapies institutionnelles.....                           | 42 |
| 1.2.2. Les thérapies cognitives- comportementales (TCC).....          | 43 |
| 1.2.3. Les thérapies familiales.....                                  | 43 |
| 1.2.4. Les psychothérapies individuelles.....                         | 43 |
| 1.3. La prise en charge pédagogique.....                              | 43 |
| 1.4. Interventions focalisées.....                                    | 44 |
| 1.4.1. Intervention focalisée sur le langage et la communication..... | 44 |
| 1.4.2. Système de communication par échange d'image (PECS).....       | 45 |
| 1.4.3. Langage gestuel (LSF).....                                     | 45 |
| 1.4.4. Communication facilitée.....                                   | 46 |
| 2. Les éléments importants de la prise en charge.....                 | 46 |

|  |    |
|--|----|
| 2.1. L'éducation structurée.....   | 46 |
| 2.2. Les renforcements.....  | 48 |
| 2.3. Les renforcements positifs.....   | 48 |
| 2.4. Les renforcements négatifs.....   | 48 |
| 3. L'éducatrice et son rôle dans le service de garde.....  | 49 |
| 4. Les difficultés rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes..... | 50 |
| 5. La prise en charge et l'intégration d'un enfant porteur d'autisme en groupe.....                  | 51 |
| Conclusion de chapitre   |    |

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

#### Préambule

|  |    |
|--|----|
| 1. déroulement de la pratique .....                      | 54 |
| 1.1. La pré-enquête.....                                 | 54 |
| 1.2. Les méthodes utilisées.....                         | 55 |
| 1.3. L'étude de cas .....                                | 56 |
| 2. Le terrain de recherche .....                         | 56 |
| 2.1. Présentation de la crèche « ma première page »..... | 56 |
| 2.2. Le personnel de la crèche .....                     | 57 |
| 2.3. Les fonctions de la crèche .....                    | 57 |
| 2.4. Le rôle de la crèche .....                          | 58 |
| 3. Population d'étude .....                              | 58 |
| 3.1 Sélection de notre population d'étude .....          | 58 |
| 3.2 Présentation d'échantillon d'étude .....             | 58 |
| 4. Outils d'investigations .....                         | 60 |
| 4.1. L'entretien clinique de recherche .....             | 60 |

|   |    |
|---|----|
| 4.1.1. L'entretien semi-directif .....                          | 61 |
| 4.2. L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS) ..... | 61 |
| 4.3. Le guide d'entretien .....                                 | 67 |
| 4.4. L'application de guide d'entretien .....                   | 70 |
| 5. Les difficultés rencontrées .....                            | 70 |
| Conclusion de chapitre  |    |

## **Chapitre IV Présentation et analyse des résultats**

|  |    |
|--|----|
| I. L'analyse des entretiens avec les éducatrices ..... | 72 |
| II. L'analyse des cas de l'échelle CARS .....          | 84 |
| Cas N°1 .....  | 84 |
| Cas N°2 .....  | 85 |
| Cas N°3 .....  | 86 |
| Cas N°4 .....  | 87 |

## **Chapitre V Discussion des hypothèses**

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| I. Discussion des hypothèses..... | 89 |
| <b>Conclusion</b> .....           | 91 |

Bibliographique

Annexes

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



# *Introduction*

### *Introduction*

L'autisme est un vaste sujet, traiter ce problème c'est à la fois aborder des sujets comme communication et langage, les comportements, les interactions sociales et bien d'autres.

De nombreux auteurs ont décrit les difficultés qui peuvent rencontrer les enfants atteints d'autisme. Au-delà de la triade autistique et de la sémiologie psychomotrice, ces enfants présentent un développement spécifique voir altéré de l'imitation qui interfère dans de nombreux domaines psychomoteurs : la motricité, le jeu, les interactions, le langage ...

Les difficultés d'interaction sont au cœur de la symptomatologie autistique, et elles altèrent, dès le plus jeune âge, les habiletés sociales de l'enfant. La prise en charge de ces difficultés est variable, le groupe à médiation psychomotrice est un des outils possibles pour travailler ces interactions.

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

Chaque enfant autiste doit avoir une prise en charge spécialisée, les enfants autistes sont généralement soignés dans le cadre des hôpitaux de prise en charge thérapeutique de l'enfant s'effectue dans un esprit pluridisciplinaire : activité éducative visant à amener l'enfant à se reconnaître comme individu et à reconnaître en tant qu'individus les autres membres du groupe ; activité pédagogique et scolaire adaptée à l'état de l'enfant ; travail rééducatif de type psychomoteur ou travail de rééducation du langage, prenant en compte les caractères particuliers du trouble instrumental ; psychothérapie individuelle de l'enfant.

La prise en charge éducative de l'enfant autiste intégrer dans la crèche centrée sur la simple obtention de modifications du comportement de l'enfant, dans une perspective behavioriste et par des méthodes de conditionnement, est parfois pratiquée, mais paraît moins souhaitable, d'une façon officielle, on l'aidant à développer ses compétences et à réaliser le possible de ces capacités.

## *Introduction*

---

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

Donc, notre but de recherche est de décrire et de déterminer l'ensemble des difficultés rencontrées dans la prise en charge et les interactions de l'enfant autiste avec son éducatrice de crèche, on se basera sur 4 éducatrices qui travaillent avec les enfants autistes dans la crèche, avec lesquelles on va faire une investigation psychologique « Entretien clinique » et de travaillé avec 4 enfants âgés entre 4 et 5ans, on va utiliser avec eux L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (Childhood Autism Rating Scale, CARS).

Avant de conclure, nous proposons un plan de travail afin d'ouvrir cette recherche qui comprend les éléments suivants :

Une partie théorique qui contient (la problématique et hypothèse, et deux chapitres, L'autisme, et la prise en charge des enfants autistes intégrer dans la crèche), une partie pratique contient (la méthodologie de la recherche, Présentation et analyse des résultats, Discussion des hypothèses).

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



### ***1. Raison de choix du thème***

- Connaitre l'autisme qui n'est pas connu dans notre pays
- Connaitre les différentes méthodes utilisées dans la prise en charge des enfants autistes dans la crèche
- Les difficultés d'interaction rencontrée par les enfants autistes et leurs éducatrices
- Le rôle des éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes

### ***2. Objectif de recherche***

L'objectif de ce travail est de déterminer les difficultés d'interactions rencontrées par les éducatrices des enfants autistes intégrés dans la crèche et l'ensemble de méthodes de prise en charge utilisé.

Cette recherche vise à identifier la démarche suivie par les éducatrices, prenant en charge des enfants atteints d'autisme au sein de la crèche.

Pour ce faire, nous allons :

- Faire connaître la pratique de prise en charge des enfants atteints d'autismes à travers :
  - Le diagnostic,
  - Évaluation
  - Programme de prise en charge
  - Rôle des éducatrices dans la prise en charge

*Problématique et  
hypothèse*

### *La problématique*

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

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

Ce type d'accueil, qui peut être à temps partiel, correspond le plus souvent à une activité professionnelle des parents ou à une situation assimilée. Elles doivent respecter des conditions d'accueil et d'encadrement spécifiques. Les crèches sont ouvertes en moyenne de 10 à 12 heures par jour, au moins cinq jours par semaine.

La crèche est un lieu de vie, adapté au tout-petit dont le fonctionnement tente de répondre au plus près au rythme de l'enfant et à ses besoins spécifiques; elle l'accompagne dans son autonomie et l'apprentissage des premières relations sociales, elle accueille des enfants normaux ainsi les enfants ayant des handicaps comme l'autisme. Dans cet établissement, l'enfant sera pris en charge par des éducateurs ou éducatrices spécialisés (es).

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

cognitives et langagières du développement de l'enfant. (Ministère de la Famille (2014), p.08).

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

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

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

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

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

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

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

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

Les enfants atteints d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Ayant des difficultés à entrer en contact avec l'autre. (NATHALIE.J, DANIEL.L, 2009, P9-10)

On dira que les éducatrices qui s'occupent des enfants autistes sont devant d'une immense difficulté, il est évident qu'il est nécessaire d'avoir un certain nombre de qualités, aimer son métier et être compétent pour s'occuper d'eux. Il est important d'avoir beaucoup de patience, et de savoir faire face. (DEVILLARD.R, 1984, p95-101)

L'intégration des enfants autistes en milieu scolaire ordinaire et dans les services de garde (crèche) sont dans l'ensemble descriptif en raison de la difficulté à contrôler les liens de

causalité pouvant exister entre l'intégration de l'enfant les compétences sociales et apprentissage. Globalement, les recherches s'orientent dans trois directions:

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

On trouve de nombreux auteurs qui ont parlé sur l'autisme chez l'enfant tel que Bettelheim. B qui voyait dans l'autisme la conséquence d'une déficience de la relation mère-enfant. (Rodier, 2000, p88).

Il a intéressé à l'autisme infantile, à la fois dans la perspective d'améliorer la prise en charge thérapeutique des enfants autistes, mais aussi\_ dans le but de tenter de comprendre et d'élucider les mécanismes psychologiques à l'œuvre dans cette affection et d'en effectuer une élaboration théorique. (OULD TALEB.M, 1997, P60)

Les travaux qui ont été déterminés par kanner 1943 décrit sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certains enfants: tendance à isolement, besoin d'immuabilité, retard de langage. Dénoncer un ensemble de signes cliniques comportementaux obtenus chez le jeune enfant. (RODIER.p, 2000, p4).

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

La prévalence de l'autisme dans le monde est obtenue à partir des recherches épidémiologiques qui sont menées sur de grands échantillons de populations, dans différents

pays. Bien que les chiffres relatifs à l'autisme soient fiables, il faut les prendre avec une certaine relativité, dans la mesure où l'autisme est un syndrome aux formes multiples, dont la fréquence peut varier en fonction des critères retenus et des classifications.

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

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

C'est dans cette lignée d'étude que s'inscrit notre recherche, ou nous essayerons de décrire, études des interactions entre un enfant autiste avec son éducatrice de crèches.

### ***1. Question***

Quelles sont les difficultés d'interaction que les éducatrices rencontrent dans la prise en charge des enfants autistes intégrés dans la crèche?

### ***2. Hypothèse***

Les difficultés d'interaction rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes intégrer dans la crèche sont liée à trois symptômes qui constituent la triade autistique, les troubles de contact et de relation sociale, les troubles de langage et des communications, les comportements et/ou activités répétitives, les intérêts restreints.

### ***3. Définition des concepts clés et leur opérationnalisation***

#### ***3.1. Définition des concepts***

- ***L'autisme***

Est un trouble sévère et durable du développement de l'enfant qui se manifeste dès la petite enfance « avant trois ans » par des perturbations graves des interactions sociales et de la communication et par des comportements restreints, répétitifs et stéréotypie. L'autisme et le repliement sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire. (ALAIN.V, 1988, p9)

L'enfant autiste, perdu dans ses activités stéréotypées, évolue dans un univers privé, qu'il a jalonné de repères. Mais cet éloignement de notre monde, qui interdit toute fréquentation es milieux scolaires normaux si non toute acquisition intellectuelle, conduite à une situation déficitaire grave et irréversible. (SILLAMY, 1999, p31)

- ***Prise en charge***

Sont des méthodes et des stratégies diverses visent à aider les enfants autistes. La prise en charge thérapeutique de l'enfant s'effectue dans un esprit pluridisciplinaire : activité éducative visant à amener l'enfant à se reconnaître comme individu et à reconnaître en tant qu'individus les autres membres du groupe ; activité pédagogique et scolaire adaptée à l'état de l'enfant ; travail rééducatif de type psychomoteur ou travail de rééducation du langage, prenant en compte les caractères particuliers du trouble instrumental ; psychothérapie individuelle de l'enfant. Une intégration à temps partiel en milieu scolaire normal est généralement tentée lors quel état de l'enfant le permet. La prise en charge éducative de l'enfant autiste centrée sur la simple obtention de modifications du comportement de l'enfant, dans une perspective béhavioriste et par des méthodes de conditionnement, est parfois pratiquée, mais paraît moins souhaitable. (LE GRAND DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, 1999)



### **3.2. Opérationnalisation des concepts**

- ***l'autisme***

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

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

- ***La prise en charge***

La prise en charge c'est prendre tout ou partie des problèmes de chaque personne autiste afin de prodiguer des soins, utilise plusieurs méthodes et des stratégies pour l'aidé, et de leur donnée une sécurité sociale.

# *Partie théorique*

# *Chapitre I*

## *L'autisme*

## *Préambule*

L'autisme est un trouble du développement qui se manifeste sous divers aspects, en général avant l'âge de trois ans. C'est d'abord un déficit de la communication, le langage peut être absent, ou s'il existe se limite à quelques mots, et les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés.

### *1. Historique et définition du trouble de l'autisme*

#### *1.1 Historique*

Depuis plusieurs décennies, diverses conceptions de ce trouble ont été exposées qui ont amené à des débats et parfois des polémiques quant à ses origines étiologiques pour arriver aujourd'hui à une vision partagée par l'ensemble de la communauté médicale et scientifique internationale de trouble neural développemental classé dans la nosographie internationale comme Trouble envahissant du développement.

L'autisme se caractérise, sur le plan inter-individuel, par l'extrême hétérogénéité de la symptomatologie en termes de sévérité, de la présence ou non d'un déficit cognitif associé, et d'un accès au langage. (LELORD.G, SAUVAGE. D, 1990, p 119).

Cependant, le regard sur l'autisme s'est modifié au cours de ces dernières années, les enfants atteints d'autisme ont des handicaps invalidants qui sont la conséquence d'un dysfonctionnement cérébral dont les mécanismes et les structures commencent à être identifiés.

Ces handicaps concernent non seulement les fonctionnements de la cognition, de la communication et de la sensorialité, mais aussi les processus de régulation des apprentissages cognitifs et sociaux. (Valiré, Esperanza, 2009).

Par conséquent, l'autisme a été décrit pour la première fois en 1943 par le psychiatre américain Kenner, à partir de ces observations, il a présenté les signes caractéristiques des enfants porteurs de cette pathologie.

La plupart de ces signes restent encore valables et constituent le tableau d'autisme dans sa forme la plus classique (RITVO.E, LASCER.G, 1993, p 12)

Dans les années 50-70, les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie française et la compréhension de l'autisme, autisme était alors relié aux « psychoses infantiles », terme employé dans les classifications officielles jusqu'en 1980. Par la suite d'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant : biologie, psychologie développementale, sciences cognitives...

La compréhension des troubles autistiques a été fortement modifiée par ces contributions, et continue d'être enrichie par les recherches actuelles.

En 1980 le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de Trouble envahissant du Développement (en 1975 dans la CIM 9) et en (1980 dans le DSM-III).

Actuellement le terme « d'autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement tirant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate.

Parler « d'autisme » est pour nous plus approprié que parler « d'autisme infantile », « d'autisme infantile précoce » ou encore « d'autisme de l'enfant » termes qui pourraient laisser supposer que ce sont des caractéristiques de l'enfance et que l'on peut en sortir en grandissant.

L'autisme est conçu (perçu) actuellement comme un trouble neuro-développemental aux origines multifactorielles, notamment Génétiques. (CAROL.T, 2003, p 11).

Il existe actuellement une controverse pour savoir si l'autisme et les différents types de TED représentent un continuum, ou s'il s'agit d'entités différentes justifiant le terme de « spectre des troubles autistiques » (Autisme Spectrum Désordres) qui tend à devenir le plus utilisé.

Il est intéressant de souligner que les premières personnes à avoir reçu le diagnostic d'autisme viennent tout juste d'atteindre le troisième âge.

L'autisme se caractérise par des altérations qualitatives dans trois domaines majeurs du développement des interactions sociales réciproques et des modalités de communication :

- le langage et la communication,
- les relations sociales,
- les activités de jeux.

- a) Un retard plus ou moins sévère peut être observé dans le développement de fonctions cognitives et sociales importantes, mais ce qui définit l'autisme est la notion de déviance de développement.
- b) Le degré d'autisme est mesuré selon les compétences dans un domaine défini et pour un individu unique à un moment donné.
- c) Chaque autiste présente une symptomatologie qui lui est propre, toute généralisation ou simplification est source d'erreur, ce qui complexifie la description clinique.

Enfin, le mot « autisme » fut utilisé pour décrire ces enfants en tant qu'individus et non pas pour décrire seulement l'un de leurs nombreux problèmes. (LAXER.G, RITVO.R.E, 1983, P14)

## ***1.2 Définition de l'autisme***

« Polarisation de toute vie mentale d'un sujet sur son monde intérieur et perte des contacts avec le monde extérieur. Le malade vit avec le monde familier de ses désirs, de ses angoisses, de sa sensibilité et de son imagination : ce sont, pour lui, les seules réalités. Le monde extérieur n'est qu'une apparence ou tout au moins un monde sans échange possible avec le sien propre. Dans ces formes moins caractérisées, des contacts sont encore possibles entre monde intérieur et monde extérieur, mais le malade souffre de ne pouvoir extérioriser sa sensibilité dans des expressions adéquates et, d'autre part, le monde extérieur le blesse constamment et l'oblige à se barricader dans sa tour d'ivoire ». (PELICIER.Y, POROT.A, SUTTER.J, 1975, p30)

### ***1.2.1 Selon le dictionnaire de la psychologie LAROUSSE***

L'autisme est comme dans une coquille, incapable de s'exprimer. Il a une vie intérieure intense, qui peut lui faire perdre le contacte avec la réalité. Cette attitude se retrouve, à un

degré prononcé, chez les schizophrènes. Repli excessif sur « soit- même ». (NORBERT.S, HESNARD, 1979, p38)

### ***1.2.2 La Définition officielle de l'autisme par l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale)***

Il a des difficultés à interagir avec les personnes et manifeste une définition issue du rapport de l'A.N.D.E.M. sur l'autisme de novembre 1994 :

« Le syndrome d'autisme est un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et /ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication verbale et non verbale, comportement.

Il existe un retrait social (retrait autistique) caractéristique du syndrome –indifférence au monde (...). La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité (...), les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés (...) de plus, les autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère et des comportements agressifs ». (LELORD.G, SAUVAGE.D, 1990, p117).

### ***1.2.3 Définition du DSM IV***

« Les troubles envahissants du développement se caractérisent par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement d'interactions sociales réciproques, capacités de communication- ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés... » (DSM- IV, 1996, p78)

### ***1.2.4 Selon le CIM-10***

Dans la CIM-10, les TED sont classés dans les troubles du développement psychologique. Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet en toute situation.

## ***2. Épidémiologie***

Les études épidémiologiques récentes affichent un taux de prévalence de 0,6 %.

Or, il y a trente ans, l'autisme était considéré comme une maladie rare avec un taux de prévalence d'environ 0,004, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un tel accroissement ne signifie pas que la maladie ait augmenté. (ROGE.B, 2004, p39)

En effet, les chiffres établis antérieurement l'étaient sur la base d'une définition plus restreinte de l'autisme dit « de Kanner » or, depuis les années quatre-vingt-dix, les deux classifications internationales qui servent de références (DSM-IV et CIM 10) ont introduit de nouveaux syndromes ; le syndrome d'asperge, les troubles non spécifiés du développement, encore appelées « autisme atypique », le syndrome de Rett, Le X fragile.

Il faut aussi prendre en considération l'utilisation d'instruments cliniques performants dans le diagnostic de l'autisme ; ceci a fait croître la prévalence classiquement, on retrouve dans le syndrome autistique une prévalence de 4 à 5 enfants pour 10.000 naissances.

L'autisme de Kanner touche beaucoup plus des garçons que des filles : près de 4 garçons pour une fille, si l'on considère l'ensemble des troubles autistiques et apparentés, les chiffres sont plus élevés, il existe une prévalence de 10 à 11 enfants pour 10.000 naissances. (OP CIT p.39)

### ***3. Les types de l'autisme***

#### ***3.1 L'autisme infantile***

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

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

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



### **3.1.1 Selon CIM-10**

L'autisme infantile est caractérisé par :

-un développement altéré, manifesté avant l'âge de trois ans et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

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

Le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple, des phobies, des perturbations du sommeil et d'alimentation, des crises de colère et des gestes autoagressifs. (BERTRAND.J, 2008, p32).

### **3.1.2 Selon DSM-IV**

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

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

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

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

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

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

Une perturbation dans la pragmatique du langage se traduit souvent par l'incapacité à coordonner la parole avec la gestuelle ou à comprendre l'humeur ou des aspects non littéraux du discours, comme l'ironie ou le sous-entendu. (DSM-IV, 1996, p87).

### **3.2 L'autisme atypique**

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

Cette catégorie existe soit, en une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque ou des capacités de communication verbale et non verbale, soit des comportements, des intérêts et des activités stéréotypés, cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental (BERTRAND, J, 2008. P33).

### ***3.2.1 Selon CIM-10***

L'autisme atypique diffère de l'autisme infantile, cette catégorie doit être utilisée pour classer un diagnostic d'un développement anormal ou altéré, il se manifeste après l'âge de trois ans et ne présente pas des manifestations pathologiques suffisantes, dans un ou deux des trois domaines psychologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interaction sociale) réciproque, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif) ; il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines, l'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type répétitif.(BERTRAND.J, 2008, p33).

### ***3.2.2 Selon DSM-IV***

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

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

Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme d'« autisme atypique » des tableaux cliniques, qui diffèrent de celui du trouble autistique par un âge de début plus tardif, par une symptomatologie atypique ou sous seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques. (DSM-IV, 1996, p93).

## ***3.3 Le syndrome de Rett***

Ce trouble se caractérise par des anomalies graves, dont l'altération des interactions sociales, absence ou troubles du langage ralentissement de la croissance crânienne et la perte

d'usage des mains qui se manifeste généralement après une année à deux ans suivant un développement normal.

Le syndrome de Rett provoque chez l'enfant un état très grave de retard mental, avec des difficultés sociales et physiques majeures. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. (BERTRAND.J, 2008, P34).

Cependant, des différences notables, tant dans la symptomatologie que dans l'évolution et dans la prise en charge thérapeutique de ces enfants imposent de bien différencier ces deux affections. La prévalence de cette maladie est d'environ 1 pour 10 000 (selon le D.S.M IV, 1994) et le syndrome survient uniquement chez la petite fille. Les aspects cliniques très caractéristiques sont les suivants :

\_ Après une grossesse, un accouchement et les premiers mois de vie normale, avec un développement neurologique et mental satisfaisant, surviennent vers la fin de la première année ou au début de la seconde, un arrêt et une régression du développement psychomoteur.

\_ Parallèlement apparaissent des symptômes d'allure autistique : perte d'intérêt pour les personnes et les objets avec faciès inexpressif et immobile, regard vide bien que l'évitement du regard ne soit généralement pas retrouvé.

\_ D'autres signes neurologiques apparaissent ; l'utilisation des mains, qui s'était développée normalement jusque-là, régresse et est remplacée par des stéréotypies manuelles très caractéristiques du syndrome, comme frotter les mains croisées devant la poitrine ou frapper les dents ou la bouche. Des troubles neurologiques du tronc et des membres se développent avec une ataxie (incoordination des mouvements) freinant l'équilibre et la marche qui deviennent instables.

\_ Le langage, s'il avait existé, régresse également.

\_ De même, la courbe de croissance du périmètre crânien se ralentit.

\_ L'évolution se fait généralement vers une stabilisation autour de l'âge de trois ans dans un tableau qui ne comporte alors plus de signes autistiques, mais qui est un tableau clinique d'allure démentielle avec incoordination motrice, absence de langage et manque total d'autonomie.

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

### **3.3.1 Selon CIM-10**

Ce trouble décrit uniquement chez les filles, caractérisé par un développement initial apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche et de l'usage des mains, associé à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre sept et vingt-quatre mois. La perte des mouvements volontaires des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation, est caractéristique de ce trouble. Une apraxie se manifeste à partir de l'âge de quatre ans. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère. (BERTRAND.J, 2008, p34)

### **3.3.2 Selon DSM-IV**

La caractéristique essentielle du syndrome du Rett est l'apparition de déficiences spécifiques multiples faisant suite à une période de développement postnatal normal. On observe une décélération de la croissance crânienne, et une fréquence accrue de crises d'épilepsie. À l'imagerie cérébrale, des anomalies non spécifiques ont été rapportées. (DSM-IV, 1996, p85-86)

### **3.4 Le syndrome d'asperger**

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

Les critères diagnostiques du syndrome d'Asperger sont similaires à ceux de l'autisme sur le plan des interactions sociales et la présence d'intérêts et de comportements répétitifs ou stéréotypés. Par contre, aucun retard quant au développement du langage n'est noté. En fait, ces enfants acquièrent généralement le langage parlé de façon précoce (Motton, 2004), mais celui-ci est toutefois utilisé plus souvent dans un but concret et rarement pour une fin sociale. Les premières manifestations du syndrome d'Asperger sont donc remarquées plus tard comparativement à l'autisme, généralement après l'âge de trois ans (Atwood, 2007). (ROUSSEAU.V, 2009, p43).

Le syndrome d'Asperger est caractérisé par un QI normal et l'acquisition du langage dans les délais habituels. Cependant, les compétences linguistiques pragmatiques sont habituellement perturbées. Les problèmes de réciprocité sociale, la présence d'obsessions et de comportements rituels sont similaires à ceux rencontrés dans l'autisme en général. (LELORD.G, BARTHELEMY.C, 1989, p189).

### ***3.4.1 Selon CIM-10***

Ce trouble est caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou développement cognitif. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte. (BERTRAND.J, 2008, p34).

### ***3.4.2 Selon DSM-IV***

Les caractéristiques essentielles du syndrome d'asperger sont une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale et le développement de modes de comportement d'activités et d'intérêts restreints, stéréotypés. la perturbation doit entraîner une altération cliniquement significative dans le fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants. À la différence du trouble autistique, il n'existe pas de retard ou d'anomalie cliniquement significative à l'acquisition du langage bien que des aspects plus subtils de la communication sociale puissent être affectés. Il n'y a eu pas de retard significatif sur le plan clinique dans le développement cognitif, ainsi qu'en témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard à l'acquisition, en fonction de l'âge, de compétences d'apprentissage et de comportements adaptatifs. (DSM-IV, 1996, p90).

## ***4. Les signes cliniques***

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

### ***4.1 Troubles de contact et les relations sociales***

Se manifestent par une incapacité à réguler les comportements non verbaux, tels que : contact visuel, mimique faciale, postures corporelles et gestes. L'enfant autiste ne va pas tenter de faire partager ses plaisirs, ses intérêts avec d'autres personnes (par exemple : il ne va pas désigner du doigt l'objet qui l'intéresse). Un autre problème est l'incapacité de se représenter ce que peut penser l'autre (cécité mentale). La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, puisque 75 % d'entre eux auraient un quotient inférieur à 70 et 50 % se situeraient entre 25 et 50. (ROGE.B, 2004, p41)

Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale. De plus, le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence.(LELORD.G, MASSON, 1990, p252)

### ***4.2 Trouble de langage et des communications***

Chez les enfants suspectés ou diagnostiqués autistes, on peut noter la présence d'un langage déviant, d'un retard voire d'une absence de langage, « sans compensation par d'autres modes de communication non verbaux, « Ce qui fait ainsi défaut, c'est l'appétence à l'utilisation de l'expression orale et des mots dans le but de s'engager dans une relation réciproque avec d'autres personnes et dans des activités sociales» (TREVARTHEN.C, 2007, p218).

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

- un choix des mots inhabituel,
- une inversion du pronom,
- une écholalie
- un discours incohérent,

- l'absence de réponse aux questions,
- une prosodie\* anormale,
- un manque de motif/mobile pour communiquer verbalement ou par des gestes.

Concernant les comportements écholaliques, on précise que l'on distingue l'écholalie immédiate de l'écholalie différée. On parle d'écholalie immédiate lorsque la séquence répétée en écho est tirée de la situation présente, et d'écholalie différée lorsque la séquence répétée en écho est tirée d'une situation antérieure à la situation de communication. Les séquences écholalies peuvent être de différentes natures: elles peuvent être un mot, une suite de mots ou une partie de phrase, mais également une mélodie (Touati, 2007, p13).

L'écholalie n'est pas un phénomène propre à l'autisme. Il est important de préciser que selon le dictionnaire d'orthophonie, « la valeur communicative de l'écholalie est controversée » (BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V, 2004, p86)

Alors que certains auteurs apparentent l'écholalie à un comportement stéréotypé intervenant à un moment inapproprié, d'autres, lui donne la statue de « langage par citations » (TOUATI, 2007, p16)

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

.... (Mutisme, retard dans l'acquisition du langage, problèmes de compréhension...). Les premiers signes que l'on perçoit au niveau du comportement du bébé se manifestent par l'évitement du regard de sa mère et par le manque d'attention conjointe (c'est-à-dire que le bébé ne porte pas attention aux mêmes choses que sa mère). Une autre manifestation est le retard ou l'absence de langage parlé. Non seulement l'enfant parlera plus tardivement, mais de plus, la signification des mots utilisés n'est pas la même que celle que nous leur attribuons. Ou encore, ce langage peut régresser et disparaître totalement. Mais une fois que l'enfant a commencé à parler, le langage peut être parfaitement normal. (RITVO.E.R, LAXER.G; 1983, p50)

### ***4.3 Comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints***

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

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

L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autre jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (ROGE.B, 2003, p25)

## ***5. D'autres signes***

### ***5.1 Retard de développement***

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



### **5.1.1 Problèmes moteurs**

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être décelés précocement. Les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures (ROGE, B, 1991. p27).

Au niveau de la motricité globale, que le rythme de développement ait été affecté au départ ou non, le maintien et les déplacements présentent ensuite des particularités. Les mouvements peuvent être pauvres, ralentis ou différés dans leur exécution avec en particulier des difficultés de démarrage du geste. Les problèmes d'initiative sont également fréquents, l'enfant ne produisant pas un geste dans le contexte où il serait adapté alors qu'il peut très bien le réaliser par ailleurs. Des postures particulières peuvent être observées comme par exemple la tête inclinée sur l'épaule. Dans les déplacements sont notées des anomalies comme le positionnement des bras en flexion ou en extension, les mouvements d'accompagnement de la marche étant inexistant ou se produisant à contretemps.

La marche sur la pointe des pieds qui peut être observée dans le développement normal, subsiste à un stade où elle devrait avoir disparu. Des mouvements stéréotypés peuvent interférer avec le mouvement et rythmer les déplacements. On enregistre parfois une aisance paradoxale à ce niveau, l'enfant étant alors capable d'adopter des postures à la limite de la rupture d'équilibre, d'escalader des obstacles et de manifester des compétences qui se situent largement au-dessus de son âge.

Dans le domaine de la motricité fine, les problèmes de coordination peuvent entraver la manipulation précise des objets. La latéralité s'établit tardivement. Elle se définit plus souvent à gauche ou reste indéterminée et les deux mains ont du mal à se coordonner dans une activité complémentaire. La négligence d'une main est fréquemment observée. De manière paradoxale, certains sujets sont par contre capables de réaliser des manipulations fines d'une rare précision.

Les mimiques faciales sont pauvres et peu ajustées au contexte social. On observe ainsi des crispations, des mouvements parasites, des expressions faciales sans rapport apparent avec la situation, ou d'une intensité anormale.

### ***5.1.2 Des problèmes sensoriels***

Il est très important de porter une grande attention à l'environnement sensoriel des personnes avec autisme et tout particulièrement à celui des enfants, car, à l'instar des grandes personnes, ils n'ont pas encore de réelles possibilités de l'adapter à leur convenance. Outre le caractère désagréable, voire douloureux d'une sur stimulation sensorielle, quelle qu'en soit la nature, les capacités cognitives se trouvent considérablement réduites au cours de celle-ci, comme si la plus grande partie de l'énergie psychique était absorbée par cette sur stimulation, entre autres dans les essais de maîtrise, d'ailleurs pas toujours couronnée de succès, des réponses émotionnelles déclenchées par cette excitation. (CAUCAL.D, BRRUNOD.R, 2013, p141)

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

L'enfant autiste réagit anormalement aux perceptions sensorielles et ceci est objectivé par son comportement. La réaction peut être excessive (hyper réaction) ou atténuée (hypo réaction) et se produire pour tous les organes des sens. (RITVO.R.E, LAXER.G, 1983, P48).

### ***5.1.3 Troubles émotionnels***

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

Les émotions apparaissent avec des crises de colère ; de pleurs ; de joie appropriée et apparaissent avec possibilités d'échanges tendres. Le matériel va pouvoir être utilisé comme tiers dans la relation à l'enfant. La séparation va commencer à être acceptée sans angoisse. (SOULAROL.P, 2003, p106-142)

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

### ***5.2 Troubles de sommeil***

Les troubles du sommeil sont pratiquement la règle. L'enfant reste éveillé longtemps ou se réveille dans la nuit. Le comportement est alors variable d'un sujet à l'autre. Les périodes d'insomnie peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler. L'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues heures sans se manifester. Il est alors passif ou présente des stéréotypies telles que des balancements accompagnés ou non de croup manie (il se tape la tête) et de vocalisations elles aussi répétitives.

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

### ***5.3 Troubles d'alimentations***

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

Les enfants autistes présentent d'importantes particularités sensorielles, qui vont gêner le bon déroulement du repas. Ils peuvent notamment être sensibles à la lumière, aux

bruits, à certaines textures ou certaines odeurs. Ces spécificités ont des répercussions sur leur alimentation, qui est souvent très sélective. (PRUDHON, E & TUFFREAU, R. 2012, p91-104)

#### ***5.4 Problèmes dans l'acquisition de la propreté***

L'acquisition de la propreté est généralement problématique. Des cas d'apprentissage instantanés et brutaux se rencontrent. L'enfant dans ce cas devient propre du jour au lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans lesquels son développement est retardé. Mais dans la majorité des cas, le contrôle est difficile à établir, et ceci, pour différentes raisons. Il existe fréquemment des troubles du transit avec diarrhée ou constipation rebelle. (CHOSSY.F, 2003, p 26-27).

Ces anomalies peuvent être renforcées par des habitudes alimentaires peu adaptées. L'enfant peut aussi être indifférent à l'égard des signaux en provenance de son propre corps, soit qu'il ne les perçoive pas, soit qu'il n'en intègre pas le sens. L'éventualité de selles douloureuses est également à envisager, surtout dans le contexte d'une constipation, et lorsque l'enfant présente par ailleurs les signes d'une hypersensibilité au niveau des muqueuses. Enfin, des peurs spécifiques liées aux toilettes, des rituels ou des intérêts stéréotypés comme le fait de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté. (CHOSSY.F, 2003. P28).

### ***6. Diagnostic de l'autisme***

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vite et d'autant plus efficacement à la situation. Établir le diagnostic demande sensibilité, jugement et intuition. Il n'y a pas de tests spécifiques pour l'autisme ; il n'y a pas de symptômes particuliers (rien n'est pathognomonique). Il n'est pas de symptôme absolu soit pour confirmer, soit pour infirmer le diagnostic. (LAXER.G, RITVO.E.R(1983), P39).

Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les

examens de routine effectués durant les premières années de la vie évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif (qui peut apparaître normal dans l'autisme), mais n'apprécient pas les signes les plus fins, notamment ceux du registre de la communication.

Un nouveau-né comprend spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câline. Le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, par contre un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne cherche pas le regard. On remarque au cours des trois premiers mois, trouble alimentaire le bébé autiste ne tète pas bien, s'alimente difficilement. On observe aussi des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est agité, il garde les yeux ouverts, ne bouge pas ne dort pas. Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste il peut rester dans son lit pendant longs moments, a regardé les objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement à jouer. (JUHEL, J.C, (2003). P41)

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que Kanner l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit à repérer certains signes précoces, durant les deux premières années de vie, susceptible d'orienter le diagnostic. La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution.

## ***7. l'évaluation de l'autisme***

### ***7.1 Évaluation clinique***

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection. Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (LELORD.G, SAUVAGE.D 1991, p99)

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

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

## ***7.2 Examen médical***

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neurophysiologie va croissant. On s'attarde sur l'exploration des incidents liés à la grossesse, à l'accouchement ; ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques... Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui se sont longtemps ignorées ; telles que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle... se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences. Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (LELORD.G SAUVAGE, D, 1991, p59) Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie... Il recherchera notamment :

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

Ce premier bilan orientera les examens complémentaires. Toutefois, certains examens complémentaires sont maintenant devenus quasi systématiques. C'est ainsi que le bilan ORL avec audiogramme, le bilan ophtalmo, l'EEG de veille et de sommeil, un bilan de base

biologique sont facilement réalisés. Dans un deuxième temps, d'autres examens pourront être faits selon les cas : IRM cérébrale, imagerie fonctionnelle...

### ***7.3 Bilan psychomoteur***

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

- le développement des acquisitions posturales et motrices
- le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication (Échelle d'évaluation du comportement psychomoteur). (LELORD.G, SAUVAGE.D, 1991, p162)

### ***7.4 Évaluation psychologique***

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant. Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation spatiale temporelle ce constat est essentiel pour le diagnostic différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs. Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets... On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit par SCHOPLER et REICHLER en 1980, la psycho éducationnelle profil (PEP). (LELORD.G, SAUVAGE.D, 1991, p162)

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

### ***7. 5 Évaluations du langage***

Environ un enfant autiste sur deux ne parle pas. Parmi ceux qui développent un langage, il intervient tardivement et rare s'il présente un bon niveau. La méthode d'évaluation est en étroite relation avec le problème posé et les buts recherchés. L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche. Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps. Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané. Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe. Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (RONDAL.J, 1989, p320)

### ***8. Diagnostic différentiel***

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

Les troubles du développement du langage, de type réceptif, l'enfant utilise génialement le contacte visuel et essaye souvent de communiquer d'une façon adéquate, au moyen de gestes, tandis que dans l'autisme infantile, il y a un manque total de réponse. (RITVO.R.E, LAXER.G (1983), P136).

Le trouble autistique diffère des troubles dés intégratifs de l'enfance, car ce dernier représente un mode de régression développementale bien particulier, faisant suite à un développement normal ayant duré au moins deux ans. (MASSAN S.A, (1996), p83

### ***9. La classification de DSM***

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

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



(1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au des deux éléments suivants :

(a) Altération marquée dans l'utilisation de divers comportements servant à réguler les interactions sociales, comme le contact oculaire, les expressions et mimiques faciales, les postures corporelles et les gestes ;

(b) Incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement;

(c) Pas de recherche spontanée pour partager des joies, des plaisirs, des intérêts, ou des buts avec d'autres personnes.

(d) Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.

(2) Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(a) Retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication alternatifs, comme la gestuelle ou les mimiques) ;

(b) Chez les individus maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à pour suivre une conversation avec les autres ;

(c) Utilisation stéréotypée et répétitive du langage ou langage idiosyncrasique ;

(d) Absence de jeu spontané de « faire semblant », « faire comme si » ou de jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.

(3) Caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(a) Préoccupation obsessionnelle circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation ;

(b) Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou des rituels spécifiques et non fonctionnels ;

(c) Activités motrices stéréotypées et répétitives avec maniérisme (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de l'ensemble du corps) ;

(d) Préoccupation persistante pour certaines parties d'objets.

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

(1) interaction sociale ;

(2) langage nécessaire à la communication sociale ;

(3) jeu symbolique ou d'imagination.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un diagnostic de syndrome de Rett ou de troubles dés intégratifs de l'enfance. (DSM-IV (1996). P84-85).

## ***10. Les causes possibles de l'autisme***

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

### ***10.1 Les facteurs génétiques***

L'intervention de facteurs génétiques parmi les causes de l'autisme est maintenant reconnue. Il s'agirait d'une transmission multi génique complexe. De nombreux gènes ont été détectés à partir de l'étude des différences entre sujets atteints, sujets apparentés ou sujets sains « gènes candidats » qui pourraient être impliqués dans l'autisme. Actuellement seules les anomalies sur les gènes q21-35 et le chromosome 17q ont été répliquées de manière significative. Les gènes de la neurologie, la neurexine SHANK semblent aussi impliqués, affectant la fonction synaptique par dysrégulation de la synthèse protéique. (MOTTRON.L, 2004, p50).

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

Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles qui, ainsi, auraient des enfants autistes. Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique résisteraient à de tels traumatismes.

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

### ***10.2 Les facteurs neurobiologiques***

C'est un dysfonctionnement neurologique provoqué par une atteinte biochimique affectant les neurotransmetteurs. Les messages que les sens transmettent au cerveau sont mal reçus ou mal interprétés. Des prédispositions génétiques ainsi que, probablement, des processus biologiques intervenants sont avant, soit pendant, soit après la naissance sont susceptibles de gêner le développement du cerveau. Il est en résulte une appréciation confuse de la vie et de l'environnement. (BOULEKRAS.N, (2009), P15).

### ***10.3 Facteurs cognitifs***

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

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

On estime que vers l'âge de 4ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux. Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent. Par contre, les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur, camarades...pensent et voient les choses autrement qu'eux. (ROGE.B, 2004, P40)

### ***Conclusion du chapitre***

On peut considérer que l'autisme est le syndrome qui reste méconnu par rapport aux causes et il a plusieurs classifications, il reste toujours l'un des handicaps complexes qui nécessitent l'intervention interdisciplinaire par une meilleure prise en charge. Dans ce

chapitre on essayant de faire un aperçu général sur l'autisme avec quelques points de repère afin de mieux comprendre cette maladie du siècle.

On a terminé ce chapitre pour passer à notre deuxième chapitre qui consiste à la prise en charge des enfants autistes intégrés dans la crèche.

## *Chapitre II*

# *La prise en charge des enfants autistes intégrée dans la crèche*

## ***Préambule***

On connaissait les difficultés d'une prise en charge équitable et efficace du handicap ; Il semblerait que les obstacles soient surmultipliés pour ce qui concerne l'autisme, les prises en charge des enfants atteints de syndrome autistique, apparaissent aujourd'hui insuffisantes tant en plan quantitatif que qualitatif (circulaire du 27.04.1995). Il est couramment recommandé que la prise en charge des personnes autistes repose sur trois grands volets dont la part relative est à adapter en fonction des caractéristiques de chaque personne et de son évolution (projet personnalisé). Ces trois volets sont les suivants :

- Éducatif, avec pour objectif l'autonomie du sujet
- Thérapeutique, avec pour objectif la santé mentale et physique du sujet
- pédagogique, avec pour objectif les apprentissages.

### ***1. Les méthodes de prise en charge de l'autisme utilisées***

Est des méthodes ou stratégies diverses visant à aider les personnes autistes à compenser leur handicap. Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme, diverses approches de prise en charge ont vu le jour depuis la distinction clinique de l'autisme. Issues de diverses théorisations de l'autisme ces prises en charge sont principalement éducatives, psychothérapeutiques, mais elles peuvent aussi suivre d'autres aspects. Il existe enfin une dimension médicale. (Publié le 9 octobre 2012)

#### ***1.1. La prise en charge éducative***

Les prises en charge éducatives regroupent un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par ces approches n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme, même si certains enfants autistes peuvent le suivre en partie ou en totalité, notamment les enfants avec syndrome d'asperger. Le but est bien plus de leur donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés. Dans cette prise en charge, la part

consacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant davantage le développement socio affectif, sensoriel ou psychomoteur.

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

L'éducation proposée aux enfants autistes est spécifique, car le développement des enfants autistes présente des particularités dont il faut tenir compte pour planifier les apprentissages et les organiser de manière cohérente en fonction des objectifs poursuivis. Les enfants porteurs d'autisme font difficilement des apprentissages spontanés. Pour les plus atteints d'entre eux, les acquisitions se limiteront à ce que les adultes leur apprennent spécifiquement. Si l'on veut envisager pour eux des possibilités d'adaptation dans le futur, il est donc essentiel de commencer très tôt des apprentissages qui seront longs et difficiles à établir. Même pour les enfants qui présentent des troubles moins marqués, les apprentissages n'ont pas le caractère spontané qu'on leur trouve chez les enfants ordinaires, surtout dans le domaine de la communication et de l'adaptation sociale. (CHOSSY.J.F, 2003, p 114).

Ces programmes éducatifs préparent à l'apprentissage de la socialisation, un apprentissage qui ne pourrait se faire dans ces conditions aussi privilégiées au milieu scolaire. Ils forment aussi l'enfant d'âge scolaire à la maîtrise d'une activité structurée, indispensable pour l'accession à une formation pré professionnelle même élémentaire. Ils sont réalisés dans certains cas en collaboration avec une structure scolaire ou des enfants sans handicap remplissant un rôle de « tuteur » auprès des autistes. (SAUVAGE.D, 2007, p208)

### ***1.1.1 Le modèle de TEACCH***

#### ***1.1.1.1 Histoire du programme TEACCH***

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

Schopler et Robert Reichler ont reconnu les limites importantes de cette approche et ont conclu que l'autisme était sans doute causé par une anomalie cérébrale inconnue. Ils se sont

alors orientés vers la compréhension de ce dysfonctionnement et se sont mis à développer des environnements favorables aux besoins cognitifs des autistes. De leur côté, les parents ont été, eux aussi, considérés comme des , mais surtout comme les principaux agents d'une meilleure adaptation de leur enfant.

En 1966, Schopler et Reichler lancèrent un projet de recherche dans le but de développer et de mettre en application des programmes de traitement individualisés pour chaque enfant. Après avoir défini un plan de soins, le projet se proposait de le mettre en place en formant les parents à des techniques d'intervention spécifiques et en l'aidant à améliorer leurs interactions avec leurs enfants. Cette innovation en matière de stratégie de soins eut un succès qui dépassa même les plus grands espoirs des participants (Schopler et Reichler, 1971). Les parents adhèrent avec enthousiasme à la formation qu'on leur prodiguait. Beaucoup contribuèrent aux programmes d'intervention par des idées originales. En 1972, l'État de Caroline du Nord fit des 37 divisions TEACCH le premier programme d'état américain de diagnostic, de traitement, de formation, de recherche et d'éducation des enfants autistes et de leurs familles. (LELOR G (1989), p163).

### ***1.1.1.2 Le programme TEACCH***

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped CHildren) ou Traitement et éducation des enfants autistes et souffrant de handicaps apparentés de communication est un programme de traitement et d'éducation pour les enfants de tous les âges, atteints d'autisme et de troubles apparentés du développement. En plus du volet éducationnel, la mission générale du programme est de développer des structures d'accueil spécialisées en autisme pour pouvoir à l'ensemble des besoins des personnes affectées, tout au long de leur vie. (SAUVAGE.D, 1988, p47).

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

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



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

L'efficacité du programme TEACCH a été évaluée positivement dans plusieurs études de suivi. Celle d'Ozonoff et Cathcat (1998) a comparé onze jeunes enfants autistes ayant bénéficié de la méthode TEACCH à domicile pendant quatre mois à un groupe contrôle de onze enfants autistes non traités par le TEACCH. Les deux groupes étaient appariés en fonction des scores et de la sévérité des comportements autistiques. Les résultats indiquent l'amélioration significativement plus importante (trois à quatre fois plus) des enfants traités par le TEACCH par rapport au groupe contrôle. L'amélioration correspond à l'augmentation des scores obtenus à l'évaluation dans les domaines spécifiques de limitation, la motricité fine, la motricité globale, les capacités non verbales et les scores globaux. (LENOIR.P, MALVY.CH, RETHORE.B, 2007 p207.209)

Ce programme repose sur une prise en charge cognitive et comportementale dans laquelle parents et professionnels cherchent à développer les compétences de l'enfant autiste et à lui donner des stratégies de compensation. (OULD TALEB.M, 2007, p38-44)

TEACCH réalise donc une approche complète de l'individu dont l'objectif est une amélioration de la qualité de vie dans tous les milieux fréquentés et à tous les âges de la vie. Il articule intelligemment les services avec les activités de formation et avec la recherche. Plus de trente ans de recul permettent d'apprécier l'efficacité de ce système dont la transposition s'est effectuée avec succès dans de très nombreux pays. (ROGE. B, 2003, p153)

### ***1.1.2 Les thérapies comportementales***

#### ***1.1.2.1 Histoire de programme ABA***

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

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

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

#### ***1.1.2.2 La méthode ABA***

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

Les enfants atteints d'autisme apprennent peu de manières spontanées dans leur environnement naturel. (CHOSSY.J.F, 2003, p119).

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

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

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

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

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

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

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

De nombreuses études concluent à l'importance des effets thérapeutiques des méthodes comportementales intensives en s'appuyant sur l'observation d'une amélioration de l'intelligence, du langage ou de la sévérité de l'autisme. Trois paramètres pronostiques de l'efficacité de ces cas méthodes apparaissent importants et sont discutées : leur précocité, leur intensité, et le niveau de développement de l'enfant au début de sa prise en charge. (OULD TALEB.M, 1997, p73)

Ce programme implique un travail systématique sur les compétences psychomotrices, cognitives et sociales. L'objectif de ce programme est le développement de nouvelles stratégies pour modifier les comportements aberrants. Ce sont généralement des programmes précoces et intensifs pour susciter des progrès globaux et améliorer à long terme l'évolution des enfants atteints d'autisme. La participation des parents est très sollicitée. Les programmes de modification des comportements créés pour les enfants atteints d'autisme ne se focalisent pas sur un comportement isolé, mais sur des conséquences plus larges comme la communication, l'autonomie ou les apprentissages scolaires. (GATTEGNO.M, IN ADARIEN.J.L, 2011, p115-137)

## ***1.2 La prise en charge thérapeutique***

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

### ***1.2.1 Les thérapies institutionnelles***

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

Dans ce contexte, une occupation doit avant tout avoir un objectif. Ainsi, le choix d'une occupation intéressante, appropriée, régulière et ciblée pour l'enfant autiste pourra diminuer son ennui, ses stéréotypies ou ses comportements difficiles, et lui permettre d'apprendre et/ou de se faire plaisir. (TARDIF.C, GERBNER.B, 2003, p109-110)

### ***1.2.2 Les thérapies cognitives- comportementales (TCC) :***

Dans leurs formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui. Elles doivent utilisées des procédures positives (non aversives) et les renforcements positifs pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement, de réapprendre à des comportements approprier par des techniques très codifiées. (TARDIF.C, GERBNER.B, 2003, p109)

### ***1.2.3 Les thérapies familiales***

l'enfant autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et de système dans lequel les échanges s'opèrent. Par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leurs frères ou sœurs autistes. (TARDIF.C, GERBNER.B, 2003, p109)

### ***1.2.4 Les psychothérapies individuelles***

Notamment pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent, pour comprendre les situations sociales si déroutantes pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (TARDIF.C, GERBNER.B, 2003, p109)

## ***1.3 La prise en charge pédagogique***

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

Dans la prise en charge orthophonique des enfants atteints d'autisme, l'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice, mais une approche plus large de la communication. De ce fait, l'accès à ce type de prise en charge seule est difficile pour les personnes atteintes d'autisme. C'est pourquoi l'orthophonie appliquée à l'autisme s'est centrée sur l'apprentissage de moyens de communication dits « alternatifs » ou « augmentatifs », faisant notamment appel aux aides visuelles. C'est une communication alternative lorsqu'il existe des capacités de verbalisation, et alternative lorsque le langage est absent. (CAROL.T, BRUNO.G, 2003, p 110- 111)

L'apprentissage de comportements fonctionnels, transposables dans le milieu de vie, confère du sens à ce que l'on demande à l'enfant et l'aide à s'engager de manière volontaire dans ce qui lui est proposé. De même, l'apprentissage de l'autonomie restaure le sentiment de contrôle sur sa propre vie et l'image que l'enfant développe de lui-même est plus positive. Enfin, l'accès à la communication rend moins probable la survenue d'épisodes de troubles du comportement liés à la frustration de ne pas comprendre ou de ne pas pouvoir se faire comprendre. (CHOSSY.J.F, 2003, p 133)

### ***1.4 Interventions focalisées***

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

#### ***1.4.1 Intervention focalisée sur le langage et la communication***

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

### ***1.4.2 Système de communication par échange d'image (PECS)***

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

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

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

### ***1.4.3 Langage gestuel (LSF)***

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

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

### ***1.4.4 communication facilitée***

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

## ***2. Les éléments importants de la prise en charge***

### ***2.1 L'éducation structurée***

Un des enjeux principaux dans le traitement de l'autisme est l'éducation. Cette éducation permettra à chaque enfant atteint d'autisme d'avoir une vie la plus autonome possible, en fonction de ses capacités, le but étant de développer les capacités à communiquer, les compétences et de s'insérer dans la communauté sociale avec les moyens à disposition. Mais ces apprentissages sont spécifiques du fait du développement particulier des enfants autistes.

L'éducation doit être précoce, car elle est longue et difficile et pour qu'il y ait un maximum d'apprentissage. Il doit y avoir la mise en place d'objectifs définis et cohérents en fonction des attentes de la famille, des professionnels, de la structure d'accueil et bien sûr des capacités de l'individu. Les objectifs doivent être mis en place sur le court, moyen et long



terme, ce qui permet une réévaluation régulière de l'évolution. Sur le long terme, c'est l'intégration sociale et professionnelle qui est visée. Pour arriver à cela, les objectifs à moyen terme sont nécessaires : se laver, s'habiller, se déplacer dans les transports... À court terme, des exercices précis aident à développer ces comportements. On peut donc dire que l'éducation doit être structurée pour une efficacité optimum. Il y a également différents points importants :

- mise en place d'un système de communication pour exprimer les besoins et les demandes...
- dégager les priorités de l'éducation en fonction de chaque individu
- l'individualisation
- l'adaptation des tâches
- l'adaptation de l'environnement
- un cadre structuré (temps, espace)
- des consignes claires, des aides visuelles, des renforcements

En parallèle de tout ça, il faut s'appuyer sur des fonctions telles que l'attention, la perception, la motricité, la communication.

Les exercices vont être conçus pour travailler un comportement particulier et ils doivent être diversifiés dans le contenu, le matériel et le mode de présentation. Car le but n'est pas seulement d'apprendre un exercice, mais un comportement qui pourra être ensuite généralisé.

Pour tendre vers cette généralisation, la collaboration avec la famille est primordiale. Le développement ne s'arrête pas à l'enfance, il y a des défis et des apprentissages à chaque étape de la vie y compris pour les personnes autistes. Pour eux, les apprentissages de l'enfance sont déjà plus longs du fait de leur retard, mais les acquisitions de la vie quotidienne sont permanentes pour le maintien de l'intérêt à l'environnement. De plus, il faut faire attention aux ruptures par exemple lorsqu'il y a un changement de structure à l'adolescence ou à l'âge adulte. Il doit y avoir une continuité dans les choses mises en place avec ces enfants/adolescents pour qu'il n'y ait pas de troubles du comportement qui apparaissent. Surtout que les autistes de bas niveau restent très dépendants aux aides matérielles mises en place. (BARRY. I, MIERMON. À, 2009, 67-68)

## ***2.2 Les renforcements***

Les renforcements, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont importants à mettre en place auprès des enfants autistes. Ils rentrent dans l'éducation structurée ainsi que dans une approche cognitive de l'autisme ; c'est à dire une méthode qui a pour but d'agir sur la façon d'apprendre et de penser des enfants autistes et non pas sur leur façon de réaliser. L'axe essentiel de l'approche cognitiviste pour développer des comportements plus adaptés consiste à aider ces enfants à mieux comprendre le monde et à s'y percevoir comme des acteurs.

Pendant cet apprentissage, il est cependant nécessaire d'agir sur les performances immédiates, d'où l'utilisation des renforcements. Le renforcement est une procédure qui grâce à la présence d'un renforçateur va modifier la fréquence d'apparition d'un comportement. Les renforcements positifs vont en augmenter l'apparition alors que les renforcements négatifs vont la diminuer. (BARRY. I, MIERMON. À, 2009, 67-68)

## ***2.3 Les renforcements positifs***

Les renforcements positifs ont donc pour but de gratifier l'enfant lorsqu'il a réalisé un comportement ou une action satisfaisante ou qu'il n'a pas réalisé de comportement inadapté. Il en existe différents types qui peuvent être perçus hiérarchiquement.

Il y a tout d'abord les renforcements primaires qui sont liés aux besoins physiques et aux sensations (nourriture, boisson, musique, massage, etc.). Puis il y a les renforcements secondaires liés au conditionnement (argent, compliments, félicitations, etc.). Ces renforcements peuvent être délivrés directement après le comportement (renforcement intrinsèque) ou par la médiation de buts à long terme (gratification ajournée) bien que cette dernière solution soit difficile d'accès aux enfants autistes. (BARRY. I, MIERMON. À, 2009, 67-68)

## ***2.4 Les renforcements négatifs***

Les renforcements négatifs sont donc une sorte de « punition » qui va décourager l'enfant à refaire ledit comportement. Il en existe différents types, mais certains sont compliqués à mettre en place avec les enfants autistes. Il y a des renforcements négatifs au même titre que les renforcements négatifs secondaires : on dit à l'enfant que ce n'est pas bien, on lui dit non, on montre que l'on n'est pas content de ce qu'il fait. On peut aussi, si ça ne fonctionne pas

utiliser le retrait d'attention qui consiste à ne pas donner la moindre attention à l'enfant tant qu'il présente le comportement indésirable. (BARRY. I, MIERMON. À, 2009, 67-68)

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

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

Le métier d'éducatrice est le travail social moins connu. L'éducatrice spécialisée apporte son accompagnement, son soutien et son aide à l'ensemble des publics en difficultés des enfants. (RITVO. E. 1983, p90-92)

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

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

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

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

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

Pour travailler avec des enfants autistes, nous devons comprendre un minimum ce qui les anime. Cependant, cette empathie paraît très difficile à mettre en œuvre avec des enfants autistes qui ont un rapport au monde, une sensibilité, une façon d'appréhender les choses qui est aussi éloignée de la nôtre. Il est très difficile d'arriver à faire comme si on était « à leur place », à imaginer ce qu'ils peuvent ressentir. Passer du temps avec cette catégorie des enfants implique également de dépenser une « énergie folle » tout en ayant l'impression que les progrès minimes obtenus sont insignifiants par rapport à l'investissement des professionnels.

Accompagner ces personnes est souvent « épuisant » : du temps, de la patience, une écoute et une observation poussée sont nécessaires ; persévérer, inventer, créer et déployer une grande énergie est également important pour tenter de comprendre ces enfants et d'établir un lien avec eux. De plus, reproduire cette expérience ne va pas forcément de soi. En effet, les conditions qui, la veille, étaient favorables peuvent ne pas fonctionner le lendemain, il faut alors recommencer. Et l'on s'épuise à tenter de comprendre, tenter de trouver des « points de contact », tenter d'avancer. On peut alors concevoir que « les réactions de rejet et l'usure nous menacent tous » (GABBAI. P *Op. Cite.* p. 395)

Ainsi, ces sentiments de malaise, d'impuissance, d'usure, de rejet... que suscitent les personnes autistes et l'impression d'être démunie, de ne pas comprendre, de douter sans arrêt...peuvent parfois avoir un impact négatif sur leur accompagnement. Les professionnels (éducatrices) vont mettre en place des stratégies, des « mécanismes de défense » pour lutter contre les sentiments déstabilisants, voire destructeurs, qu'ils peuvent ressentir. Comme dans beaucoup d'institutions, le temps des réunions au Centre d'Accueil est occupé par des récits concernant des personnes qui monopolisent directement l'attention des professionnels, ceux

qui sont dans la provocation par exemple. Dans ce domaine, nous pouvons nous référer à Maud Mannoni, psychanalyste française ; celle-ci a mis en place en 1969, à Bonneuil-sur-Marne, un dispositif institutionnel pour lutter contre ce risque : « l'institution éclatée » (MANNONIM, 1973, p.77)

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

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

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

### ***5. La prise en charge et l'intégration d'un enfant porteur d'autisme en groupe***

Il permet à l'enfant atteint d'autisme un investissement plus important au niveau de sa motricité comme de ses interactions avec ses pairs (aspect social). Les études réalisées sur les groupes d'enfants avec autisme sont nombreuses et souvent d'orientation psychanalytique.

Elles abordent les groupes rassemblant des enfants porteurs d'autisme (homogénéité des pathologies). Les travaux de HAAG .G sont nombreux sur le sujet, et privilégient l'intérêt du groupe comme processus permettant d'appréhender les troubles psychiques de l'enfant autiste et toutes les notions psychanalytiques que cela met en avant. Peu d'expérimentations ont été réalisées sur des groupes avec une orientation plutôt développementale, comportementale ou cognitiviste.

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

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

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

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

L'autre objectif est relationnel, le groupe développe le partage, la mise en place du tour de rôle ainsi que le côté affectif, cela créant une dynamique. Ces notions permettent la mise en place d'interactions entre les enfants. (LATOUR.A.M, 2006, P45)

### ***Conclusion de chapitre***

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

# *Partie pratique*



***Chapitre III***  
***La méthodologique***  
***De la recherche***

## ***Préambule***

Pour réaliser une recherche, le chercheur il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, et avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des méthodes de recherche utilisées. Avant de nos parvenir à notre but, on est sensé d'abord faire une pré enquête, pour recevoir le maximum d'information relie a notre thème de recherche, afin de construire nos hypothèses de recherche.

On va présenter dans ce chapitre la méthode suivie dans notre recherche, lieu de stage pratique ainsi que le déroulement de notre travail sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses.

## ***1. Déroulement de la pratique***

Notre pratique a duré 45 jours, en premier lieu on a visité le terrain de la recherche «la crèche, ma première page », on a eu l'autorisation de stage auprès de la crèche, et l'accord de la directrice.

### ***1.1 La pré-enquête***

La pré-enquête est considérée comme étant une étape capitale, durant cette dernière, on a tenté de se familiariser avec notre sujet de recherche et le terrain afin d'élaborer notre guide d'entretien et de formuler nos hypothèses de recherche.

La pré enquête prend une place importante dans toutes les recherches, car elle permet de recueillir des idées et des informations concernant le thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain, concernant la population visée, comme elle permet aussi de cerner le thème de recherche, et de vérifier sa faisabilité. Elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. (CARIO.R, 2000, p113)

L'existence d'une crèche de prise en charge des enfants autistes, a sollicité notre curiosité pour nos rapprocher de cette crèche « Ma première page » afin de découvrir les difficultés d'interaction rencontrée par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes intégrés dans les crèches.

En premier lieu, on a pris contact avec la directrice de la crèche pour avoir son consentement afin de réaliser notre recherche dans cette crèche.

On a aussi pris contact avec les éducatrices de la crèche responsable de la classe spéciale pour les enfants autistes pour avoir leurs accords et répondre aux questions de l'entretien ; et de nos données des informations concernant les enfants, les éducatrices étaient compréhensives ainsi elles nous ont aidé à nous familiariser avec le personnel et le règlement de la crèche.

Cette crèche nous a dotés d'affection, nous permettons d'observer des enfants atteints d'autisme, donc nous avons pris contact avec ces derniers et leurs éducatrices auxquels nous avons précisé l'objet de notre recherche, dans le but d'avoir leurs consentements pour être des sujets dans notre recherche.

### ***1.2. Les méthodes utilisées***

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont on va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil, dont la fonction essentielle, et de garantir une collecte d'observations et/ou mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (AKTOUF.O, 1987, p81)

La méthode comprend l'ensemble des opérations intellectuelles qu'une discipline met en œuvre pour démontrer, vérifier et établir les vérités qu'elle poursuit. À partir de cette conception, la méthode apparaît comme un ensemble de règles indépendantes de toute recherche, mais visant des formes de raisonnement qui rendrait accessible la réalité à saisir. (LO.B, 2000, p. 01)

La méthode clinique n'est pas nécessairement celle que le psychologue utilise « *auprès du lit du malade* ». Les psychologues cliniciens considèrent souvent que la méthode clinique s'applique aussi bien aux conduites adaptées qu'aux désordres de la conduite. Elle est aussi une méthode de recherche qui peut croître nos connaissances générales en psychologie, et non pas seulement la méthode d'une certaine catégorie de praticiens. (REUCHLIN.M, 2002, p. 97)

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste...). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donner parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (CHARAOUI.K, BENONY.H, 2003, p73)

Dans le but de confirmer nos hypothèses, on a utilisé l'entretien, et l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS).

### ***1.3. L'étude de cas***

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues des méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques... etc.) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle difficulté de vie impotente. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évaluation d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer, mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (CHAHRAUI.K et COLL, 2003, p125)

## ***2. Le terrain de recherche***

Notre recherche a été menée au niveau de la crèche « *Ma première page* » qui se situe à Bejaia, dont on a fait une démarche auprès de la directrice pour avoir quelques informations sur la crèche et son personnel.

### ***2.1 Présentation de la crèche « ma première page »***

La crèche « *Ma première page* » a ouvert ses portes en 2007. Elle compte actuellement 10 enfants autistes âgés de 2 ans jusqu'à 6 ans et 51 enfants normaux âgés de 1 ans à 5 ans. Cette crèche est ouverte du dimanche au jeudi.

C'est une structure privée gérée par la propriétaire elle-même, elle accueille les enfants âgés de 2ans jusqu'à 5ans, elle est également dotée d'une classe spécialisée aux prises en charge des enfants autistes âgés de 2ans jusqu'à 6ans.

La structure permet d'accueillir tout au long de l'année des enfants autistes; L'accueil des parents et de leurs enfants se fait dès le matin à 7 heures et demie et cela jusqu'à l'après midi à 13 heures du dimanche au jeudi.

Dans cette crèche les enfants autistes sont répartis selon deux tranches d'âge : entre 2ans et 5 ans dans une classe spéciale ; et les enfants âgés de 6 ans à 8ans intégrés avec les normaux dans la classe de préscolaire.

La structure se situe au premier étage, elle se compose d'une grande salle où les enfants autistes et normaux prennent leurs agoutis et repas, et il ya trois salles une spéciale pour les autistes, et un dortoir composé de vingt lits superposés. D'un bureau, d'une cuisine, d'un sanitaire et une aire de jeu, une bâtisse, elle est dotée bien évidemment d'une sortie sécurisée.

## ***2.2 Le personnel de la crèche***

- La directrice diplômée en psychologie clinique, elle est aussi la propriétaire de la crèche.
- Une secrétaire.
- Cinq éducatrices, dont chaque une est responsable d'une section d'enfants, à part la classe spécialisée pour les enfants autistes qui comporte quatre éducatrices.
- psychologue
- orthophoniste
- Une enseignante pour les enfants de préscolaire.
- Une femme de ménage.
- Une cuisinière.

## ***2.3 Les fonctions de la crèche***

- accueil des enfants autistes au sein de service à fin de leur assurer une meilleure prise en charge.

-Consultations des parents d'enfants autistes afin de les guider.

### **2.4 Le rôle de la crèche**

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

-Créer une structure adéquate pour un suivi professionnel de certains enfants autistes.

-Arriver à garantir aux enfants autistes une insertion en milieu social et aussi scolaire.

-Aider les parents à surmonter les difficultés quotidiennes induites par le handicap de leur enfant.

## **3. Population d'étude**

### **3.1 Sélection de notre population d'étude**

Nous avons retenu pour critère de sélection de choix de la population d'étude tous les cas répondant à l'objet de notre recherche, elles sont au nombre de quatre femmes, âgés entre (25-32ans), célibataires, de même niveau socio-économique, et travaillent toutes pour la crèche de prise en charge des enfants autistes, en tant qu'éducatrices, charger sur l'application des programmes spécialisée avec cette catégorie des enfants. Et quatre enfants âges entre 4et5 ans.

### **3.2 Présentation d'échantillon d'étude**

Notre groupe de recherche est composé de 4 cas, 3 garçons et 1 fille, âgée entre quatre ans et Cinq ans, AYOUB, YACINE, AHMED et HOUDA confiée à la crèche « *ma première page* » qui se situe à Bejaia.

**Tableau 01 – échantillon d'étude**

| <b>Les prénoms des cas</b> | <b>L'âge</b> | <b>Lieu de prise en charge</b> | <b>Le sexe</b> |
|----------------------------|--------------|--------------------------------|----------------|
| AYOUB                      | 4ans         | La crèche ma première page     | masculin       |

|        |      |                            |          |
|--------|------|----------------------------|----------|
| YACINE | 5ans | La crèche ma première page | masculin |
| AHMED  | 4ans | La crèche ma première page | masculin |
| HOUDA  | 5ans | La crèche ma première page | féminin  |

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

On a aussi les 4 éducatrices de notre groupe de recherche, âgée entre 25 et 32 ans KAHINA, YASSMINE, AMINA, H-H célibataires, avec un niveau d’instruction universitaire master2 et licence en psychologie clinique.

**Tableau 3 – échantillon des éducatrices d’études selon le niveau d’instruction**

| <b>Les prénoms des éducatrices</b> | <b>L’âge</b> | <b>Le niveau D’instruction</b> | <b>L’expérience dans le métier d’éducatrice de crèche</b> |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------|---|
| KAHINA                             | 25 ans       | Universitaire Master2          | 5mois   |
| YASSMINE                           | 26ans        | Universitaire Master2          | 1ans  |
| AMINA                              | 32ans        | Universitaire Licence          | 3ans  |
| H-H                                | 27ans        | Universitaire Licence          | 2ans  |

## ***4. Les outils d'investigations***

### ***4.1 L'entretien clinique***

L'entretien de la recherche est toute évidence, un outil privilégié. Dans le cadre d'une relation, il permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration, pour le chercheur, et de l'expression, pour la personne interviewée selon A. Blanchet 1997 : « l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal, étude d'action passée de savoirs sociaux ; des systèmes de valeurs et normes...etc. ». Selon lui l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens peu différent il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociale, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens évidant, ou l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (BNOUNY.H, CHHRAOUI.K, 2003, P11-12)

L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique par excellence. Dans la plupart des conceptions psychologiques, l'entretien est défini comme un acte de communication, c'est à dire comme un échange de paroles avec d'autres personnes. Cet échange suppose une transmission symbolique (le langage), mais ne se résume pas au simple langage puisque le non verbal, geste, posture...etc. a son importance. (CYSSAU.C, 2003, p47)

Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique, il est considéré comme la technique qui nous permet de récolter au maximum d'informations, ainsi est une méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique. (CHAHRAOUI.K, BENONY. H, 1999, p11)

Selon M.GRAWITZ, l'entretien est t'un mode de collecte de données ; « c'est un procédé d'investigation pour recueillir des informations scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ».



Notre entretien est accompagné par un guide d'entretien ou le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, il est défini comme « un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewé » (BLANCHET.A, GOTMAN, 2007, p61)

#### ***4.1.1 L'entretien semi-directif***

Dans le cadre de notre recherche et vu la qualité des informations recherchées, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés. Ce dernier se définit comme ; une technique directe d'investigation scientifique utilisée aux prés d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur des informations. (ANGERS.M, 1997, p144)

### ***4.2 L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS)***

#### ***4.2.1 Description de l'échelle***

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

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

### **4.2.2 Construction de l'échelle**

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

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

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

### **4.2.3 Avantage du CARS**

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

1. L'inclusion d'items représentant différents critères de diagnostic et reflétant la définition élargie du syndrome autistique qui repose sur l'accumulation de données et a évolué en fonction d'une recherche empirique continue.

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

#### ***4.2.4 Rationnel des 15 items***

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

#### ***I. RELATIONS SOCIALES***

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

#### ***II. IMITATION***

Cet item a été inclus parce qu'il a été montré que de nombreux enfants ayant de sévères difficultés de langage avaient aussi des problèmes dans le domaine de l'imitation verbale et motrice. La capacité d'imiter est considérée comme une base importante pour le

développement du langage. L'imitation est aussi une habileté de la plus grande importance pour le traitement et l'éducation des enfants jeunes. Ainsi, alors que des anomalies dans ce domaine ne sont pas considérées comme un signe essentiel de l'autisme, cet item est inclus dans le CARS : CREAK (non inclus), DSM.III- R (non inclus), KANNER (signe secondaire), N.S.A.C. (non inclus), RUTTER (secondaire).

### ***III. RÉPONSES ÉMOTIONNELLES***

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

### ***IV. UTILISATION DU CORPS***

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

### ***V. UTILISATION DES OBJETS***

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

### ***VI. ADAPTATION AU CHANGEMENT***

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

***VII - RÉPONSES VISUELLES***

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

***VIII - RÉPONSES AUDITIVES***

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

***IX - GOUT - ODORAT - TOUCHER (RÉPONSES ET MODES D'EXPLORATION)***

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

***X - PEUR, ANXIÉTÉ***

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

***XI - COMMUNICATION VERBALE***

Cet item évalue l'aspect autistique du langage allant du mutisme à l'utilisation bizarre et non fonctionnelle du langage. La plupart des définitions de l'autisme considèrent la communication autistique évaluée par cet item comme un trait caractéristique du désordre :

CREAK (signe essentiel), DSM.III- R (signe essentiel), KANNER (signe essentiel), N.S.A.C. (signe essentiel), RUTTER (signe essentiel).

### ***XII - COMMUNICATION NON VERBALE***

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

### ***XIII. NIVEAU D'ACTIVITÉ***

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

### ***XIV. NIVEAU INTELLECTUEL ET HOMOGENÉITÉ DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL***

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

### ***XV - IMPRESSION GÉNÉRALE***

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

### ***Cotation :***

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

2. **Autisme léger.** L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.
3. **Autisme moyen.** L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.
4. **Autisme sévère.** L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

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

**Tableau 1-classification d'autismes**

| <b>Score total CARS</b> | <b>Catégorie de diagnostic</b> | <b>Degré d'autisme</b> |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------|
| <b>15 — 29,5</b>        | <b>non autistiques</b>         |                        |
| <b>30 — 36.5</b>        | <b>autistique</b>              | <b>Léger et moyen</b>  |
| <b>37 — 60</b>          | <b>autistique</b>              | <b>Sévère</b>          |

### **4.3 Le guide d'entretien**

Dans le type d'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un « guide d'entretien avec plusieurs questions préparées, elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique (...) le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type

d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit ». (SELLTIZ.C, 1977, p143)

Le guide d'entretien c'est le premier travail de traduction des hypothèses de recherche et de reformulation des questions de recherche.

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

### ***Information générale sur les éducatrices***

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

### ***Axe1 : le contact et la relation sociaux***

- 1- Qu'elle ait la réaction de l'enfant face à la séparation avec ses parents au cours des premiers jours de sa rentrée en crèche ?
- 2- Quelle est sa réaction à la nouveauté ?
- 3- Comment a été votre relation avec cet enfant durant les premiers jours ? Comment elle est actuellement ?
- 4- Pouvez-vous nous décrire la relation de cet enfant autiste avec ses pairs autistes ?
- 5- Pouvez-vous nous parler de jeu chez cet enfant autiste (la manière de jouer) ?
- 6- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de l'intégration de ces enfants avec ceux dits normaux ?



- 7- Est ce que vous avez remarqué des échanges ou des interactions entre les enfants autistes et les autres ?
- 8- Est-ce que vous remarquez une certaine adaptation de cet enfant ?

***Axe2 : Le langage et la communication***

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

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

- 15- Pouvez-vous nous décrire le comportement de cet enfant autiste durant les premiers jours de sa rentrée ? Comment elle est actuellement ?
- 16- Est-ce que vous avez des difficultés à tolérer le changement ou d'autre comportement restreints/répétitifs ?
- 17- Est-ce qu'il a des difficultés à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action ?
- 18- Quelles sont les activités que vous pratiquez avec cet enfant ?
- 19- Comment comporte-t-il avec vous lors des activités ? comment comporte-t-il avec ces pairs ?
- 20- Est-ce qu'il présente des difficultés à réalisé ces activités et de passer d'une activité a l'autre ?
- 21- Quelles sont les variables qui contrôlent leur comportement ?
- 22- Comment comporte-t-il cet enfant face au changement ?
- 23- Est-ce qu'il a des comportements agressifs envers autrui ou envers les objets ?
- 24- Que s'est-il passé après que le comportement soit survenu ? a-t-il augmenter ou diminué à cause de ce qui s'est passé après ?

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

26- Quels sont les problèmes qu'il existe pour adapter son comportement ?

27- Remarquez-vous une amélioration dans les comportements et les apprentissages des enfants pris en charge ? Après combien de temps ?

#### ***Axe4 : Les attitudes des éducatrices***

28- Comment trouvez-vous l'accompagnement de cet enfant autiste ?

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

30- Est ce que votre sentiment transforme en une dévalorisation ?

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

32- Est-ce que vous osez de mettre un nouveau projet et vous peur de confronter un échec ?

#### ***4.4 L'application de guide d'entretien***

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

### ***5. Les difficultés rencontrées***

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

### ***Conclusion***

Il est important de souligner, qu'il n'y pas de travail scientifique possible sans méthodologie. La méthodologie est l'une des parties les plus importantes dans chaque étude scientifique qui nous permet un bon usage des techniques d'investigation choisis, ainsi qu'une rigueur dans l'analyse des données recueillies durant notre recherche, pour répondre à

l'objectif de cette recherche sur étude des interactions d'enfant autiste avec son éducatrice de crèche. Donc la méthodologie elle est l'arbitre et la base pour atteindre l'objectif de vérification des hypothèses.

*Chapitre IV*

*Présentation et*

*Analyse des résultats*

## ***Préambule***

Dans cette partie on va montrer une présentation de notre groupe d'étude, et on va présenter et analyser les données et les résultats recueillis à travers les outils utilisés durant notre pratique, pour confirmer ou infirmer notre l'hypothèse de recherche.

## ***I. L'analyse des entretiens avec les éducatrices***

### ***1. Analyse de l'entretien***

#### ***➤ L'éducatrice Kahina***

Kahina âgée de 25 ans niveau d'instruction universitaire master2 en psychologie clinique, elle est célibataire. Expérience de 5mois, elle est éducatrice au niveau de la crèche ma première page depuis 5 mois, elle travaille 6heures par jour. Elle est intéressée par les enfants autistes et la petite enfance vu que son mémoire était sur l'autisme.

Tout d'abord, on note que l'éducatrice avait l'air désespérer et fatiguée, elle se plaint, de manque de moyens au niveau de la crèche. L'éducatrice nous a décrit le comportement des enfants autistes au cours des premiers jours de leur rentrée jusqu'à ces jours, d'après elle : ils étaient agressifs, ils n'acceptent pas la séparation avec leurs parents, ils manifestent avec des agitations des pleurs et des fugues, ils refusent de s'asseoir et de travailler.

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

Quand on intègre ces enfants autistes avec des enfants normaux, ils ne s'intéressent pas ils deviennent agressifs, ils ne s'intègrent pas facilement, presque aucun contact malgré que les enfants normaux essayent de jouer avec eux, ils les rejettent.

Concernant l'adaptation, les enfants autistes s'adaptent de plus en plus à mesure soit dans la salle de stimulation soit avec les enfants normaux. On a constaté aussi que les enfants autistes ne fixent jamais ou rarement le regard même avec leurs éducatrices, c'est-à-dire un contact oculaire absent.

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

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

L'analyse du contenu de l'entretien avec l'éducatrice Kahina nous a permis de constater les difficultés rencontrées, parmi ces derniers les difficultés de comportement surtout au début de rentrée d'un enfant autiste en la crèche, elle a constaté son instabilité, le refus de s'asseoir, de manger... Ils manifestent avec des cris et des pleurs... et même une agressivité et une auto agressivité, ils mordent, ils refusent le contact... etc. peu à peu l'enfant trouve sa stabilité grâce à la guidance, elle constate un certain développement, ils apprennent à travailler à s'asseoir et ils y'a certains d'eux qui arrivent à manger tout seuls.

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

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

M<sup>lle</sup> Kahina nous décrit leurs comportements lors des activités, elle dit que chaque cas diffère d'un autre cas, l'état psychique de l'enfant autiste compte beaucoup, il y'a des

jours où ils concentrent, ils nous laissent les diriger et ils y'a des jours où ils refusent même de rester, parfois ces enfants autistes trouvent des difficultés de réaliser leurs activités, ils les trouvent difficile alors ils refusent de travailler.

Parmi les variables qui contrôlent les comportements de ces enfants autistes au sein de la crèche : le bruit, l'état psychique, l'espace, l'hypersensibilité ou l'hyperactivité.

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

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

Melle Kahina en tant qu'éducatrice essaye de les aider et les prendre en charge, elle s'est habitué de leurs comportements négatifs et essaye de les améliorer et de leur apprendre des comportements positifs

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

## ***Conclusion***

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

### ***2. Analyse de l'entretien***

#### ***➤ L'éducatrice Yasmine***

Yasmine âgée de 26 ans, le niveau d'instruction universitaire diplômé en master2 en psychologie clinique, elle est célibataire, expérience d'un an, elle travaille au niveau de cette crèche depuis un an, elle bosse 8heures par jour, elle n'a pas choisi de travailler avec les autistes c'était juste une occasion.

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

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

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

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



Le jeu chez un enfant autiste est différent, chacun a sa manière de voir le jouet présenté devant lui, ils jouent seuls et chacun a sa façon de jouer. Il arrive où des fois on intègre ces enfants autistes avec des enfants normaux et là on constate une certaine agressivité qu'utilise l'enfant autiste pour exprimer son existence, et on constate aussi une imitation des enfants normaux comme l'organisation et comment ils suivent la maitresse et la stabilité.

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

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

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

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

Lors des activités on les guide jusqu'à la fin de la séance, avec leurs pairs aucun contact. Ces enfants autistes présentent des difficultés à réaliser leurs activités et de passer d'une activité à l'autre, il faut leur répéter à chaque fois, surtout quand la prise en charge est absent chez leurs parents.

Les variables qui peuvent contrôler leurs comportements c'est l'environnement de la crèche, le bruit, et quand ils se trouvent face à un changement ils se déconcentrent, ils n'aiment pas qu'une chose se change. Les comportements agressifs vers autrui et les objets y'en a plein comme : taper, pousser leurs pairs, griffer, mordre...mais ces comportements se diminue avec le temps avec l'adaptation et l'organisation, ces enfants autistes s'améliorent.

Quand ces enfants deviennent stables, on les dirige vers la classe des enfants normaux et plus tard vers l'école. Les problèmes qu'existent pour adapter son comportement est la prise en charge qui n'est pas bien équipée et une collaboration non suivie des parents, il faut un travail de groupe pour acquérir un bon développement et pour adapter son comportement. On remarque une amélioration après une année ou moins chez les enfants autistes bien pris en charge par leurs parents. La réaction de cette éducatrice face un comportement négatif c'est essayer de les améliorer faisant de son mieux et les aider à apprendre des comportements positifs qui leurs seront utiles plus tard.

Elle trouve l'accompagnement de cet enfant difficile, fatigant, il demande beaucoup de patience et de courage. Et malgré ça elle a de l'affection et de la peine pour eux, elle les aime de tout son cœur et essaye de faire de son mieux pour les aider. Des fois elle se trouve désespérée quand les efforts fournis de sa part ne sont pas équivalents à ceux des parents, ce qui donne des résultats moins espérés, et malgré ça elle est satisfaite de son travail malgré le manque de moyens, elle dit : « je travaillerai plus s'il y'a des moyens professionnels ».

L'éducatrice Yasmine nous a parlé des projets qu'elle désire réaliser c'est d'ouvrir un centre spécialisé des enfants autistes, avec une bonne équipe pour une bonne prise en charge pour faciliter leurs vies plus tard, puis que c'est un trouble incurable qui demande une prise en charge à vie.

## ***Conclusion***

Enfin, malgré les difficultés que rencontre cette éducatrice en crèche avec ces enfants autistes, elle fait de son maximum pour les aider et leur apprendre à s'adapter à leurs vies, elle

essaye de développer les méthodes, mais comme ses collègues, elle se plaint de manque de moyens dans cette crèche.

### ***3. Analyse de l'entretien***

#### ***➤ L'éducatrice Amina***

Il s'agit d'amina âgée de 32 ans, niveau d'instruction universitaire licence en psychologie. Expérience de trois ans, elle travaille dans cette crèche depuis un an par coïncidence, elle travaille 8 h par jours.

M'elle Amina était accueillante, elle a accepté de lui passer l'entretien, elle était très calme et elle répondait très brièvement aux questions.

M'elle Amina en train de répondre aux questions de l'entretien, elle était brève dans ses réponses, elle nous décrit les enfants autistes au sein de la crèche depuis sa rentrée jusqu'à ses derniers jours, la réaction de ces enfants autistes face à la séparation avec leurs parents au cours des premiers jours de leurs rentrées en crèche, n'était pas facile, ils n'arrêtent pas de pleurer et n'acceptent pas de rester, leurs réaction à la nouveauté c'est le refus, ils n'aiment pas le changement, la relation de l'éducatrice avec ces enfants autistes aux premiers jours, ils se manifestent avec des agitations et des crises après ils se sont habitués avec le temps, la relation maintenant est améliorée, la relation de ces enfants autistes avec leurs paires est absente, aucune relation, aucun contact, chacun dans son monde. Leurs manières de jouer sont désorganisées, ils utilisent le jeu pour leurs stéréotypés.

Parmi les difficultés qu'on rencontre lors de l'intégration de ses enfants autistes avec des enfants normaux, au début, ils les ignorent et même les parents des enfants normaux refusent que leurs fils fréquentent des enfants autistes. Il est rare où on remarque une interaction entre eux, on constate une adaptation au milieu et aux éducatrices. Par rapport au contact oculaire, il y'a un certain contact, mais pas tous les autistes, il y'a juste deux enfants qui fixent leurs maitresses en classe.

La communication est très difficile, vue que y'a pas de langage, l'enfant utilise d'autres méthodes de communication comme les gestes et les mimiques, on trouve beaucoup de difficultés pour entrer en contact avec ces enfants, on utilise des méthodes comme l'imitation et les mouvements des lèvres, ces derniers peuvent contribuer à résoudre le problème de

communication verbale chez cet enfant, on travaille avec la guidance tant qu'y'a pas de langage.

Le comportement de ces enfants autistes les premiers jours de leurs rentrées en crèche était difficile à gérer, ils refusaient tous, ils ne mangent pas, ils ne jouent pas, il s'adapte avec le temps et il devient stable. On trouve des difficultés à tolérer surtout les stéréotypés.

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

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

Mais toujours elle insiste sur le travail en collaboration avec les parents de l'enfant autiste pour avoir une bonne adaptation. On constate une amélioration dans les comportements chez ces enfants autistes, et une diminution d'agressivité après un an de guidance.

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

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

cette crèche, elle rêve d'avoir un centre spécialisé en autisme et qu'il soit bien équipé par des moyens et par des psychologues spécialisés en autisme.

### ***Conclusion***

D'après l'analyse du contenu de l'analyse de cette éducatrice, on relève que les enfants autistes pris en charge dans cette crèche ont beaucoup de difficultés à se développer et même les éducatrices trouvent des difficultés comme le manque de moyens au niveau de la crèche, pour les aider à améliorer. Alors, elles font de leur mieux pour faire un bon travail dit satisfaisant.

### ***4. Analyse de l'entretien***

#### ***➤ L'éducatrice H-H***

Melle H-H, âgée 27 ans, niveau d'instruction universitaire en Master2, type de diplôme licence en psychologie clinique, elle a travaillé dans le domaine d'éducatrice des enfants autistes par hasard, elle a fait une formation dans une école privée en autisme. Et par coïncidence elle est venue depuis deux ans à cette crèche et elle a commencé de travailler avec les enfants autistes. Elle travaille avec eux 4heures par jours vu qu'elle n'a pas encore fini ces études.

Nous avons remarqué chez cette éducatrice qu'elle était pressée, malgré ça elle était prête de répondre aux questions de l'entretien, elle nous a décrit le déroulement du travail au sein de la crèche, les difficultés qu'elle rencontre... etc.

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

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

Les difficultés qu'on rencontre lors de l'intégration de ces enfants avec des enfants normaux c'est l'instabilité psychomotrice, ils émettent des sons et des cris, à part ça déjà les parents des enfants normaux réclament de cette intégration, ils disent que leurs enfants apprennent des mauvaises manières de la part des enfants autistes, en plus le fait que la méthode d'apprentissage des enfants autistes est différente de ceux dits normaux.

Entre les enfants autistes et normaux y'a pas d'échanges, même si les enfants normaux essaient d'entrer en contact avec eux, on remarque chez les enfants autistes qui ont acquis la notion d'imitation après un long travail, arrivent à imiter les enfants normaux par exemple : taper les mains en chantant.

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

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

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

Les activités qu'on pratique avec ces enfants autistes : la méthode TEACCH, coloriage, peinture, déchiquetage... lors des activités, ils sont instables au début, et ils présentent des

difficultés à réaliser leurs activités, après ils s'habituent à ces activités, alors qu'il n'y a aucun comportement entre eux, sauf s'ils se bagarrent pour prendre une chose,

Les variables qui contrôlent leurs comportements, s'il y a un bruit, ils deviennent agités, quand ils se trouvent face à un changement, et quand ils veulent quelque chose. Quand ils se trouvent face à un changement, ils piquent des crises, mais ça reste différent d'un enfant à l'autre. Ils ont des comportements agressifs vers les éducatrices qui les suivent et vers les objets quand on les contrarie, ils restent agressifs jusqu'à ce qu'ils obtiennent ce qu'ils veulent.

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

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

L'éducatrice H-H trouve que l'accompagnement de ces enfants autistes très difficiles, et que ça demande beaucoup de patience et d'énergie physique et psychique. Les sentiments qu'elle a pour eux c'est de la peine et de la pitié. Et ça lui démotive quand elle ne remarque pas un bon résultat, elle nous dit qu'elle n'est pas satisfaite de son travail, vu que le milieu n'est pas favorable et le manque de moyens spécialisé pour enfants autistes.

Et ce qui concerne ses futurs projets, elle dit qu'elle veut voyager en Europe pour améliorer son bagage et pour faire d'autres formations sur l'autisme, pour revenir en Algérie et construire un centre spécialisé pour les autistes.

### ***Conclusion***

Malgré les difficultés et le manque de moyens, l'éducatrice H-H travaille de son mieux pour aider ces enfants autistes à s'améliorer et à s'en sortir dans leurs vies parce que c'est un trouble incurable.

## *II.L'analyse des cas de l'échelle CARS*

### *1. Analyse des cas*

#### *1.1 Présentation du cas*

##### *➤ Ayoub*

Ayoub est un enfant de 3ans, il est le deuxième d'une fratrie ; de deux sœurs, son père est ingénieur d'état, sa mère secrétaire dans une entreprise. Il est depuis une année dans cette crèche. Ces parents remarquent ces comportements anormaux à l'âge de 2ans.

Ayoub présente des difficultés dans ces relations sociales qu'est une zone de grand handicap pour les personnes autistes. Il présente des anomalies sévères dans ces relations, on a observé qu'il ne cherche pas le contact avec les autres (éducatrices et les pairs...), il évite de les regardés, il fixe son regard sur un point (la lumière les objets), il a un manque d'intérêt ou plaisir... il présente des stéréotypés répétitif, et des intérêts très limités en verre les objets et les jouets. Manque de réaction au bruit il s'intéresse à aucun son.

On n'a remarqué que, Ayoub il présente une communication verbale sévèrement anormale, le langage est absent, il utilise des sens bizarres et étranges, il présente aussi une communication non verbale sévèrement anormale, un manque des gestes et des significations, il n'arrive pas à demandé quelque chose, il est incapable d'exprimé se qu'il besoin, il utilise des gestes difficile a les comprendre qui n'ont pas de signification apparente.

Le comportement joue un rôle très important dans son adaptation sociale et le développement de ces capacités, Ayoub est un enfant qui présente des troubles du comportement moyennement anormaux tel qu'une hyperactivité légère, manque de stabilisations et d'attention. Après on a remarqué une petite amélioration au niveau de la stabilisation, il ne quitte pas sa place pendant les exercices...on a remarqué aussi que Ayoub il présente une peur moyennement anormale il ne réagit pas quand quelqu'un crie devant lui par rapport a ces pairs, il a des comportements répétitifs fixes son regard en verre des objets et la lumière, l'imitation est sévèrement anormale, elle est absente complètement, même quand les éducatrices lui encouragé pas de résultat.



Le résultat obtenu par l'utilisation de l'échelle de CARS pour Ayoub, c'est celle de l'autisme sévère qu'est classé dans la troisième case, on dira qu'il présente un autisme sévère avec un score de 46.5, les notes obtenues dans les différentes catégories 3.5 celle des anomalies sévères, se caractérise par plusieurs troubles.

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

### *1.2 Présentation du cas*

#### *➤ Yacine*

Yacine, est un enfant de 4ans, il est l'aîné de sa famille, son père est un enseignant, sa mère est une coiffeuse, le sujet il présente des symptômes autistiques à l'âge de 2ans,

Les observations que nous avons faites avec Yacine, durant les 45 jours de notre stage, dans cette crèche on a arrivé à distinguer que, Yacine avait des anomalies mineures dans ces relations sociales, il a un regard normal, mais il évite de regarder les adultes aux yeux (éducatrices) il regarde ces camarades quand ils jouent, des relations mineures avec ces pairs, on a remarqué qu'il rit toute seule. Yacine est un enfant qui donne et recevoir des objets et joués avec ces camarades, mais pas avec les éducatrices.

Il présente des difficultés de la communication verbale moyennement anormale, des écholalies moyennes, quand il veut aller à la toilette dit « **pi** », la communication non verbale est normale il utilise des gestes et des signes simples et faciles à comprendre, il montre et demande ce qu'il a besoin avec geste et touche par exemple un stylo, un joué... etc. Il comprend quand l'éducatrice lui a demandé de faire quelque chose par exemple coloriage graphique...

On a remarqué que Yacine il a un comportement comme les enfants normaux. Il ne présente pas de difficultés à imiter, répond à les activités d'imitation demandées par les éducatrices, il imite tous les sons, les gestes et comportements simples, il a plusieurs fois à répéter ce que les éducatrices dit. Yacine n'est pas trop agité, ne bouge pas trop, il a un stéréotypé suivi le reflet de son corps et les objets, mais pas tout le temps. Yacine il présente des réactions moyennement anormales au changement il ne présente aucune agitation quand il

change ces habitudes, on a observé aussi qu'il a une peur intense des choses simples il manifeste avec des agitations des pleurs.

Selon les notes obtenues dans l'échelle de CARS, on déduit que les résultats sont pratiquement classés dans la 2ème classe c'est-à-dire celle de légèrement à Moyenne autistique, la majorité des notes des 15 items son 2.5 légèrement et moyenne. Le score total est 36,25.

Après avoir effectué l'analyse de l'échelle, on n'observe que le cas Yacine souffre d'un légèrement à moyen autisme. Ainsi que selon le témoignage des éducatrices dans l'entretien, montre quelle présente des symptômes autistiques.

### ***1.3 Présentation du cas***

#### ***➤ Houda***

Houda petite fille de 5ans, elle est l'unique de sa famille, son père est un vendeur dans une pharmacie, sa mère femme au foyer elle s'occupe d'elle, même elle est son AVS en crèche, ces parent remarque quelque symptômes autistique à l'âge de 2ans et demi (elle estime les joues répétitives elle joue avec un seul joue elle n'accepte pas le changement quelque soit...)

Concerne le contacte et la relation sociale, Houda elle présente des difficultés ménure et moyenne dans ces relations, elle n'est pas sensible a la présente des éducatrices à l'autre adulte, elle a un manque de regarde, évite de regardé dans les yeux, elle fait la sourde quand quelqu'un parle avec elle. Ne présente pas des difficultés d'imitées les activités demandées exemple graphique, mais elle à des difficultés de réalisées le coloriage et d'écrire correctement.

Pour le langage verbal et non verbal de houdan est légèrement anormale, elle ne présente pas beaucoup de difficultés langagières, elle arrive a communiqué verbalement, mais n'est pas claire male a comprendre, on remarque une stéréotypée de répète ce que les autres dit, mais juste les dernières lettres des mots et des phrases, elle comprend quand les éducatrices parlent avec elle ou bien quand demande quelque chose. Elle utilise des gestes faciles à contenir qui ayant des significations simples.

Discutions de comportement de Houda, cette dernière elle présente un comportement hyperactif, sévèrement anormal, elle bouge trop son arrêt et elle consume ses efforts sont limité, on ne peut pas la contrôlée. On a remarqué que ces relations émotionnelles sont sévèrement anormale, son pas adaptés elle n'aime pas les câlins les bisous... utilisation des ces 5sene sont légèrement anormale elles maitre les objets dans sa bouche pour les goutées, elle a une stéréotypée répétitif de souci les manches de sont peule... on remarque qu'elle présente anxiété légèrè par rapport a la situation vécue, Houda peur de resté son sa maman.

À partir des scores obtenus dans les différentes catégories on constate que Houda, elle présente des signes de l'autisme. Le plus grand nombre des items a eu le score de 3,5 des « anomalies sévères » et quelques scores 2,5 « légèrement et moyennement anormaux », et on est arrivé a un score total 41, classé dans la case de sévèrement autistique.

Après avoir fait l'analyse de l'échelle, on mener que le sujet sévèrement autistique, et selon l'interprétation de l'interview des entretiens avec les éducatrices, on constate que Houda présente des signes autistiques.

#### *1.4 Présentation du cas*

##### *➤ Ahmed*

Ahmed est un enfant de 4ans, il est le premier d'une fratrie, d'un garçon, son père est un fonctionnaire dans une usine privée, sa mère enseignante au primaire. Il ya une année que ces parents remarquent des symptômes dans son comportement.

Parlant de la relation sociale, on peut dire que Ahmed il n'est pas un autiste sociable, il présente des anomalies sévères dans ces relations avec l'entourage il ne partage pas son regarde avec les adultes (éducatrices...), il contacte jamais ces pairs et il ne partage pas ces affaires avec eux, il ne fait pas des bisous et des câlins, il n'aime pas être en groupe.

Ahmed présente des difficultés de communication verbale moyennement anormale, manque de langage verbal, il comprend verbalement quand on parle avec lui. Il exprime ces besoins avec des gestes, par exemple quand il veut aller aux toilettes il enlève son pantalon pour que les éducatrices comprennent.

Concernent les comportements, Ahmed est légèrement actif, le niveau de son activité est bouleversé, il ne bouge pas trop, mais quand il arrive le moment de manger, et le temps ou

son père il arrive pour le récupérer, il ne reste pas dans sa place il se lève et se tourne, il demande par des gestes de sortir de la classe. On a remarqué que Ahmed il présente un comportement inhabituel il joue avec ces doigts, il suit le reflet de son corps.

Le niveau intellectuel est moyennement développé il imite les exercices demandés par les éducatrices par exemple maître les puzzles à leur place, mais pas tout seul avec une guidance, il a une peur sévèrement anormale en vers les éducatrices et même les autres personnes, il peur de n'importe quel geste faite par les éducatrices, il réagit de fermé les yeux et de caché son visage avec ces mains, il n'interprète pas ces émotions. On n'a observé que, Ahmed il utilise sévèrement anormale ces sens, il maître des objets dans la bouche et le nez, pour souci et sentir. Il ne donne aucun intérêt au bruit, il s'intéresse à la lumière, il résiste à tous sort de changement de routine il s'adapte facilement.

Le résultat obtenu par l'échelle de CARS détermine que le cas est dans le niveau d'un autisme légèrement et moyen, d'ailleurs les scores de déférente catégorie analysée son entre 2,5 et 3,5 « légèrement et moyenne » et « sévère » sauf quatre items on peu dire a eu un comportement normal, le score total est 36,5.

À partir de l'analyse des résultats de guide d'entretien, ainsi que l'analyse des résultats accordés par l'échelle de CARS, on est à déduit que, Ahmed présentes revendications d'un autisme moyen.

*Chapitre V*  
*Discussion des*  
*Hypothèses*

### ***I. Discussion des hypothèses***

Les enfants autistes, présente des difficultés d'interaction dans la prise en charge, qui sont lie a trois symptômes, les troubles de contacte et de relation sociale, langage et communications, comportements et/ou activités répétitives, les intérêts restreint.

On souligne que les difficultés d'interaction dans la prise en charge, présents chez tous les cas, effectivement nos quatre éducatrices confirment cette hypothèse. Les éducatrices trouvent des difficultés d'interaction dans ces trois symptômes présentés chez les enfants autistes, on les résume comme suit :

#### ***I.1. Discussion de première hypothèse***

La première hypothèse de cette recherche découle du fait que les éducatrices des enfants autistes rencontrent des difficultés, telles que le problème du contact et de la relation sociale, et des difficultés qui peuvent engendrer.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien avec les éducatrices, il est apparent que, trouvent que prendre en charge des enfants autistes est très difficile, vu qu'ils manquent du contact, et ils s'intéressent pas d'avoir des relations sociales, ils vivent seuls avec des interactions sociales rares ou absentes. Et d'après les quatre cas d'enfant qu'on a analysés, tous rencontrent les troubles de contacts et des relations sociales, et sont confirmés par les éducatrices dans l'interview.

#### ***I. 2. Discussion de deuxième hypothèse***

La deuxième hypothèse de cette étude prend son origine dans le fait que les enfants autistes ont une autre difficulté que rencontrent leurs éducatrices c'est : le trouble de langage et de la communication. On a constaté que ces enfants autistes ont le langage qui est absent et introuvable, ce qui mène les éducatrices à avoir le mal à les comprendre, elles trouvent des difficultés de pouvoir les aider à se développer.

D'après l'analyse de contenu de l'entretien de chacune des éducatrices, il s'avère que la majorité où toutes les enfants présentent des difficultés de langage et de la communication, l'analyse du contenu de l'entretien des quatre éducatrices qu'on a étudiées, affirme que ce trouble reste une difficulté qu'affrontent les enfants autistes et empêchent éducatrices pour pouvoir les aidés . Il faut noter aussi que malgré ces difficultés qui rencontrent les enfants

autistes, les éducatrices elles font de leur mieux pour que les enfants puissent s'améliorer malgré l'absence du langage.

### *I. 3. Discussion de la troisième hypothèse*

La troisième hypothèse de cette recherche est : les comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints chez les enfants autistes, d'après l'analyse du contenu de l'entretien qu'on a faite avec les éducatrices qui prennent en charge ces enfants autistes et le résultat des échelles pratiquées avec les enfants. On trouve que parmi les obstacles que rencontrent les enfants autistes c'est les troubles du comportement répétitifs et les difficultés à comprendre les activités demandées à réaliser, et les divers stéréotypés présentés chez chaque un des cas...

On peut dire, après l'analyse du contenu de l'entretien, on a constaté que les éducatrices trouvent des difficultés pour corriger les comportements de ces enfants autistes, de remplacer les comportements négatifs par des comportements positifs, et essayer d'arrêter les stéréotypés présentés.

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

# *Conclusion*



### *Conclusion*

Dans le cadre de notre recherche sur « étude des interactions d'un enfant autiste avec son éducatrice de la crèche » qui nous a permis de répondre à certaines questions concernant les difficultés d'interaction que les éducatrices rencontrent dans la prise en charge des enfants autistes intégrés dans la crèche»

Notre recherche est réalisée sur la base d'une recherche bibliographique, une pré-enquête et des observations remarquées sur le terrain et la pratique de l'échelle CARS au sein de la crèche de prise en charge des enfants autistes « Ma première page », dont on a décrit les difficultés d'interaction rencontrées par les éducatrices dans la prise en charge des enfants autistes intégrés dans la crèche.

En vérité, l'autisme est un trouble complexe, traité ce problème c'est à la fois commencé à discuter sur les symptômes autistiques comme le trouble de contact et des interactions sociales, la communication et langage et les comportements, et bien d'autres. Il nécessite une prise en charge pluridisciplinaire adéquate pour les enfants autistes tout au long de leur vie. Jusqu'aujourd'hui les professionnels et les grands chercheurs n'ont toujours pas pu trouver des causes enclenchées de cette pathologie.

Les éducatrices, peuvent parvenir dans des contextes très différents, à cause des difficultés du travail avec ces enfants autistes, qui souffrent des troubles de la relation sociale, la communication et comportement.

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

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

Enfin, malgré les difficultés rencontrées dans notre recherche et le manque de la documentation qui traite les interactions d'un enfant autiste et son éducatrice dans la crèche, la limite de temps. Finalement ce travail reste une initiative à la recherche, qui peut permettre aux autres qui veulent effectuer des études concernent d'autres manières de ce sujet plus approfondi et examiné.

# *Bibliographique*

## ***Bibliographie***

### ***Ouvrage***

1. ANGERS.M (1997) « *initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* », Ed casbah université, Alger.
2. AKTOUF.O, (1987), « *méthodologie des sciences sociales et approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires* », Ed les presses de l'Université de Montréal, Québec.
3. BARRY. I, MIERMON.A, (2009), « *La prise en charge pluridisciplinaire d'enfants atteints d'un trouble envahissant du développement en entretiens de psychomotricité* »
4. BERTRAND.J, (2008) « *Autisme, le gène introuvable, de la science business* », Ed du SEIL, Paris.
5. BLANCHET.A, GOTMAN (2007) « *L'enquête et ses méthodes, l'entretien* », deuxième Ed, Paris, Armand colin.
6. BNOUNY.H, CHHRAOUI.K (2003) « *méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique* », Ed DUNOD, Paris.
7. BRUNO.V, RAPHAELE.C (1989) « *Handicap, cognition et prise en charge*
8. *Individuelle* », la maison de Verre marie France, université de Rouen.
9. CAROL.T, BRUNO.G (2003) « *L'autisme* », Paris, Ed NATHN, VUEF.
10. CAUCAL.D, BRRUNOD.R (2013) « *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme* ». AFD Édition, grasse.
11. CHAHRAOUI.K, BENONY.H (1999) « *L'entretien clinique* », Paris, DUNOD.
12. CHAHRAOUI.K, BENONY.H (2003) « *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* », DUNOD, Paris
13. CHAHRAOUI.K, BENONY.H (2003) « *Méthode, évaluation et recherches en psychologie clinique* », Paris, DUNOD.
14. CHOSSY.J.F (2003) « *Autisme, comprendre et agir* », Paris, DUNOD.
15. CYSSAU.C (2003), « *L'entretien en psychologie clinique* », Paris, IN PRESS collection concept-psy.
16. DREANO.G, (2006) « *Guide de l'éducation spécialisée* » Ed. DUNOD, 3ème édition.
17. DSM IV, Mini DSM IV (1996) « *critères diagnostiques* », Masson, Paris.

18. GABBAI.P « *Parents et professionnels devant l'autisme* » op. Cite
19. GATTEGNO.M, IN ADARIEN.J.L, (2011), « *L'autisme de l'enfant* »(Ed), MARDAGA, Belgique.
20. JUHEL, J.C, (2003) « *La personne autiste et le syndrome d'asperger* » Canada, Presses de l'université Laval.
21. LELORD.G, BARTHELEMY.C (1989) « *Les thérapies d'échange et de Développement* », Paris, Expansion scientifique française.
22. LELORD.G, SAUVAGE.D (1991) « *L'autisme de l'enfant* », MASSON, Paris.
23. LELORD, G. (1989) «*Thérapies pharmacologiques, neurologiques et psycho éducatives précoces dans l'autisme de l'enfant dans "soigner éduquer l'enfant autiste"*», Paris, Masson.
24. LELORD.G, SAUVAGE.D (1990) «*L'autisme de l'enfant*», Paris, Ed Masson,
25. LEMAY.M, CAPUL.M (2005) «*De l'éducation spécialisée*», Ed. ÈRES.
29. LENOIR.P, MALVY.CH, RETHORE.B, (2003), «*L'autisme et les troubles du développement psychologique*». Paris : Masson .
30. MOTTRON.L (2004) «*L'autisme, une autre intelligence*». Sprimont Éditions MARDAG,
26. NATHALIE.J, DANIELE.L (2009) «*Livre blanc de l'autisme*», avril
27. OULD TALEB.M, (2007) «*Le spectre de l'autisme*» Édition N° 5025 Université d'Alger,
28. PAQUET. À (2008) «*l'intégration d'élèves ayant un trouble envahissant du développement en classe ordinaire : soutien de l'éducateur et acceptation par les pairs*» QUIBEC, Canada.
29. PELICIER.Y, POROT.A, SUTTER.J (1975), «*manuel alphabétique de psychiatrie, critique et thérapeutique*» Éditions Presse Université de France Paris.
30. PRUDHON, E & TUFFREAU, R. (2012) «*Repas et autisme : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables*» (situation au aspect paradoxaux) Rééducation orthophonique.
31. PRY.R, YANI.C, & BAGHDADLI, A. (2008) «*Inclusion des jeunes enfants avec autisme et caractéristiques cliniques*». Le Bulletin scientifique de l'ARAPI,
32. RITVO.E.R, LAXER.G (1993) «*autisme la vérité refusée*», Ed SIMP, Paris.
33. ROGE.B, (2003) «*Autisme, la réalité refusée*», Paris, DUNOD.
34. ROGE.B, (2003), «*autisme, comprendre et agir, santé éducation insertion*», DUNOD.
35. ROGE.B (2004) «*Le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau*», France.

36. RONDAL.J, (1989) *“Troubles du langage diagnostic et rééducation”*, Éditeur P.MARGADA.
37. RODIER (2000), *“Les origines de l'autisme, pour la science, numéro 269”* mars.
38. SAUVAGE.D (2007) *“L'autisme et les troubles du développement psychologique”* 2ème Ed, MASSON, Paris.
39. SAUVAGE.D (1988) *“Autisme du nourrisson et de jeunes enfants”*, Paris, 3ème Ed Masson.
40. SHOPLER.E, REICHLER.RJ (1980) *“stratégie éducative de l'autisme”*, MASSON, Paris.
41. SOULAROL.P, 2003, p106-142
42. TARDIF.C, GEPNER.B (2003) *“Recherches à visée explicative: la question du comment»*, *“Prise en charge des personnes autistes et qualité de vie”* in *“L'Autisme”*, 2ème édition, Paris: Armand Colin, 71-101, 103-119.
43. TARDIF.C, GEPNER.B (2003) *“L'autisme”* VEUF, Tours.

### **Article**

1. *« Prise en charge de l'autisme »* : la France épinglée, paragraphe 52 mesures de sante.lefigaro.fr, publié le 9 octobre 2012.
2. TOUATI.B (2007) *« Quelques repères sur l'apparition du langage et son devenir dans l'autisme »* in: Touati B., Joly F., LAZNIK M.-C., *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris: Presses universitaires de France, 5-37.
3. TREVARTHEN.C (2007) *« Autisme et langage »*, in: TOUATI.B., Joly F., LAZNIK M.-C., *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris: Presses universitaires de France, 217-237.
4. 12-05,4 janvier 2012 *« partant statut type des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisé pour enfants handicapés »*, publiés dans le journal officiel de la République algérienne N05

### **Dictionnaires**

1. ALAIN.V, (1988), *« Lexique de la psychanalyse »*, Amand Colin, Ed MASSON, Paris
2. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V (2004) *« Dictionnaire d'orthophonie »*, Édition Isbergues Ortho.

3. «*Le grand dictionnaire de la psychologie* » (1999) Édition la rousse.  
NORBER.S, NORBERT.S, HESNARD (1979) « *Dictionnaire de la psychologie* »,  
Édition Librairie, Paris.
4. SYLLAMY.N, (1999), « *Dictionnaire de la psychologie* » Ed Larousse, Paris.

### ***Thèse et mémoire***

1. ZITOUNI FADILA (2007) « *Enquête sur la pratique de prise en charge de l'enfant du syndrome autistique au sein du centre médicopédagogique pour enfants inadaptés mentaux* » Université MENTOURI Constantine
2. ROUSSEAU, V. (2009). « **Étude exploratoire des perceptions des grands parents sur leur expérience d'avoir un petit enfant ayant un trouble envahissant du développement** », Université de Québec à Montréal

### ***Site internet***

*File://A:/Autisme, approche cognitive de l'autisme Le 13/02/2017 à 18h*

*<http://www.vaincrelautisme.org/content/prises-en-charge> Le 23/01/2017 à 23h*

# *Annexes*

## ***Le guide d'entretien***

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

### ***Information générale sur les éducatrices***

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

### ***Axe1 : le contact et la relation sociaux***

- 1- Qu'elle ait la réaction de l'enfant face à la séparation avec ses parents au cours des premiers jours de sa rentrée en crèche ?
- 2- Quelle est sa réaction à la nouveauté ?
- 3- Comment a été votre relation avec cet enfant durant les premiers jours ? Comment elle est actuellement ?
- 4- Pouvez-vous nous décrire la relation de cet enfant autiste avec ses pairs autistes ?
- 5- Pouvez-vous nous parler de jeu chez cet enfant autiste (la manière de jouer) ?
- 6- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de l'intégration de ces enfants avec ceux dits normaux ?
- 7- Est ce que vous avez remarqué des échanges ou des interactions entre les enfants autistes et les autres ?
- 8- Est-ce que vous remarquez une certaine adaptation de cet enfant ?



## ***Axe2 : Le langage et la communication***

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

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

- 15- Pouvez-vous nous décrire le comportement de cet enfant autiste durant les premiers jours de sa rentrée ? Comment elle est actuellement ?
- 16- Est-ce que vous avez des difficultés à tolérer le changement ou d'autre comportement restreints/répétitifs ?
- 17- Est-ce qu'il a des difficultés à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action ?
- 18- Quelles sont les activités que vous pratiquez avec cet enfant ?
- 19- Comment comporte-t-il avec vous lors des activités ? comment comporte-t-il avec ces pairs ?
- 20- Est-ce qu'il présente des difficultés à réaliser ces activités et de passer d'une activité à l'autre ?
- 21- Quelles sont les variables qui contrôlent leur comportement ?
- 22- Comment comporte-t-il cet enfant face au changement ?
- 23- Est-ce qu'il a des comportements agressifs envers autrui ou envers les objets ?
- 24- Que s'est-il passé après que le comportement soit survenu ? a-t-il augmenté ou diminué à cause de ce qui s'est passé après ?
- 25- Est-ce que vous pratiquez la stabilisation avec cet enfant ? C'est oui qu'elle est résultat ?
- 26- Quels sont les problèmes qu'il existe pour adapter son comportement ?

27- Remarquez-vous une amélioration dans les comportements et les apprentissages des enfants pris en charge ? Après combien de temps ?

***Axe4 : Les attitudes des éducatrices***

28- Comment trouvez-vous l'accompagnement de cet enfant autiste ?

29- Quelle est votre sentiment envers cet enfant ?

30- Est-ce que votre sentiment transforme en une dévalorisation ?

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

32- Est-ce que vous osez de mettre un nouveau projet et vous peurs de confronter un échec ?

# CARS-T

## ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

**Eric SCHOPLER et col.**

Traduction et adaptation française : Bernadette ROGÉ

### CAHIER DE NOTATION

|                          |              |             |             |
|--------------------------|--------------|-------------|-------------|
| <b>Nom</b>               |              |             |             |
| <b>Date de l'examen</b>  | <b>Année</b> | <b>Mois</b> | <b>Jour</b> |
| <b>Date de naissance</b> | <b>Année</b> | <b>Mois</b> | <b>Jour</b> |
| <b>Âge chronologique</b> | <b>Année</b> | <b>Mois</b> |             |
| <b>Examineur</b>         |              |             |             |

### SCORES AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES

|   |    |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     |      |     |    |             |  |
|---|----|-----|----|---|----|-----|------|----|---|----|-----|------|-----|----|-------------|--|
|   |    |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     |      |     |    |             |  |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII | XIII | XIV | XV | SCORE TOTAL |  |

|           |    |    |    |    |           |    |    |  |           |    |    |    |    |    |    |           |
|-----------|----|----|----|----|-----------|----|----|--|-----------|----|----|----|----|----|----|-----------|
|           |    |    |    |    |           |    |    |  |           |    |    |    |    |    |    |           |
| <b>15</b> | 18 | 21 | 24 | 27 | <b>30</b> | 33 | 36 |  | <b>39</b> | 42 | 45 | 48 | 51 | 54 | 57 | <b>60</b> |

**NON  
AUTISTIQUE**

**LÉGÈREMENT  
À MOYENNE  
AUTISTIQUE**

**SÉVEREMENT  
AUTISTIQUE**

**CONSIGNES D'ADMINISTRATION**

**Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui**

correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires 1,5 -2,5 - 3,5. Pour chaque item, des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du Manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

## I. RELATIONS SOCIALES

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

**OBSERVATIONS**

## II. IMITATION

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

1,5

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

2,5

3. **Imitation moyennement anormale.** L'enfant n'imité que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imité qu'après un délai.

3,5

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

### OBSERVATIONS

## III. RÉPONSES ÉMOTIONNELLES

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

1,5

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

2,5

3. **Réponses émotionnelles moyennement anormales.** L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité de ses réponses émotionnelle. Les réactions peuvent être relativement inhibé ou excessif et peuvent être sans rapport avec la

situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.

3,5

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

## OBSERVATIONS

### IV. UTILISATION DU CORPS

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

### V. UTILISATION DES OBJETS

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

## VI. ADAPTATION AU CHANGEMENT

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

|                    |
|--------------------|
| <b>OBSERVATION</b> |
|--------------------|

## VII. RÉPONSES VISUELLES

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

1,5

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



2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

### VIII. RÉPONSES AUDITIVES

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

|                     |
|---------------------|
| <b>OBSERVATIONS</b> |
|---------------------|

## **IX. GOUT-ODORAT-TOUCHER (REPONSES ET MODES D'EXPLORATION)**

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

1,5

2. *Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation légèrement anormale des 5 sens.* L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.

2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

### X. PEURS, ANXIÉTÉ

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

1,5

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

2,5

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

3,5

4. *Peur ou anxiété sévèrement anormale.* Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement difficile de calmer et de reconforter l'enfant. À l'inverse, l'enfant peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers qu'évitent les enfants du même âge.

## OBSERVATIONS

### XI. COMMUNICATION VERBALE

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

1,5

2. *Communication verbale légèrement anormale.* Le langage présente un retard global. L'essentiel du discours a une signification: cependant, l'écholalie ou l'inversion

pronominale peuvent. Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.

2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

## XII. COMMUNICATION NON-VERBALE

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

### XIII. NIVEAU D'ACTIVITÉ

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

## OBSERVATIONS

## **XIV. NIVEAU ET HOMOGENÉITÉ DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL**

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

|                     |
|---------------------|
| <b>OBSERVATIONS</b> |
|---------------------|

## **XV. IMPRESSION GÉNÉRALE**

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

1,5

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

2,5

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

3,5

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

**OBSERVATIONS**