

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

**Mémoire de fin de cycle**

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

**Option : Psychologie Clinique**

*Thème*

*Les dimensions thérapeutiques d'un conte  
chez l'enfant autiste*

*Etude de (04) cas réalisée au sein d'un centre privé à Bir Khadem,  
(Alger)*

**Réalisées par :**

**M<sup>elle</sup> : Hamitouche Zohra**

**M<sup>elle</sup> : Hamami Kahina**

**Encadrée par :**

**M<sup>me</sup> : Boucherma Samia**

2014/2015

# *Remerciement*

*Avant Tout Dieu Merci*

*A cette Occasion*

*Nos profonds remerciements à M<sup>me</sup> Boucherma Samia, pour son encadrement, son suivi, sa disponibilité, son aide et ses conseils précieux ainsi que sa patience à notre égard.*

*Nous remercions également toute l'équipe de travail du centre La Porte du bien pour l'autisme et en particulier à la directrice du centre M<sup>me</sup> Tabari Asma pour son encadrement, leur encouragement et ses conseils.*

*Nous tenons aussi à adresser nos vifs remerciements à tous ceux et celles de près et de loin, ont contribué à l'élaboration de ce présent travail.*

*Nous tenons également à remercier tous les enseignants de Science Humaine qui nous ont accompagnés tout au long de notre formation.*

*Merci pour toutes les familles : Hamami et Hamitouche.*

*« Grand merci à tous »*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A tous les enfants autistes*

*A mes très chers parents, qui m'ont toujours soutenu tout le long de ma vie que  
dieu les garde pour moi.*

*A mes chers frères et sœurs : Souhila, Ryad, Yasmina et Hamza.*

*A mes belles nièces : Hiba et Sarah.*

*A mes chers grands parents.*

*A ma tente Khoukha.*

*A mes cousines : Nabila, Nacira, Razika Samia Tinhinane, Luiza,*

*Et mon cousin Brahim qui ma vraiment soutenu.*

*A ma binôme : Kahina et toute sa famille.*

*A Ma Promotrice M<sup>me</sup> Boucherma.S.*

*A M<sup>elle</sup> Ghanem Nedjema qui nous a beaucoup aider.*

*A tous mes adorables amis. Spécialement ( V é r g i n i e , H a d j i r a , T i h a , N i n a e t A b d  
S e l a m , )*

*A tous mes camarades de la section Master II psychologie clinique.*

*Zohra*

# *Dédicaces*

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

*A mes sœurs Liliane, Sonia, Kamelia, Yamina et Sofia.*

*A mes frères Mimih, Tahar et Kouceila,  
aux quels je souhaite tout le bonheur du monde.*

*A toute cousines et cousins.*

*A mon encadreur Meme Boucherma qui nous a aidés pour réaliser ce travail,  
pour sa guidance et sa patience.*

*A touts mes amis sans exception en particulier Ghili Belkacem qui a était  
toujours présent pour me soutenir.*

*A ma binôme Zohra pour sa appartenance avec moi.*

***Kahina***

## Liste des abréviations

-**ABA** : (Applied Behavior Analysis) l'Analyse Appliqué du Comportement.

-**ART**: Article.

-**CARS**: (Hild Hood Autism Rating Scale).

-**DSM-V-TR**: (American Psychiatric Association) Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux selon la Quatrième édition révisé.

-**ECSP**: Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce.

-**LSF** : Langage Gestuel.

-**PFCS** : Système de Communication par Echange D'image.

-**PEP-R** : Profil Psycho-éducatif Révisé.

-**TED** : Trouble Envahissants du Développement.

- **TED** : Thérapie D'échange De Développement.

-**TOC** : Troubles Obsessionnels Compulsif.

-**TSA** : Trouble Spectre Autistique.

## *Liste des tableaux*

<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 1</u></b> : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude -----	61
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 2</u></b> : La grille d'observation du 1 <sup>er</sup> cas :( 22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015). -----	69
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 3</u></b> : La grille d'observation du 1 <sup>er</sup> cas : (19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015)-----	70
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 4</u></b> : La grille d'observation du 2 <sup>em</sup> cas :( 22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015) -----	80
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 5</u></b> : La grille d'observation du 2 <sup>em</sup> cas : (19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015)-----	81
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 6</u></b> : La grille d'observation du 3 <sup>em</sup> cas : (22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015)-----	89
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 7</u></b> : La grille d'observation du 3 <sup>em</sup> cas : (19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015)-----	90
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 8</u></b> : La grille d'observation du 4 <sup>em</sup> cas : (22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015)-----	99
<b><u>Tableau N<sup>0</sup> 9</u></b> : La grille d'observation du 4 <sup>em</sup> cas : (19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015)-----	100

# **Table des matières**

# Table des matières

**Remerciement.**

**Dédicaces.**

**La liste des tableaux.**

**La liste des abréviations.**

**Introduction.**

**Le cadre général de la problématique.**

<b>1-</b> Problématique-----	15
<b>2-</b> Hypothèse -----	18
<b>3-</b> Définition des concepts -----	18
<b>4-</b> Opérationnalisation des concepts-----	19
<b>5-</b> Les raisons de choix du thème -----	20
<b>6-</b> Les objectifs de la recherche -----	20
<b>7-</b> Les difficultés rencontrées -----	20

## **Partie théorique**

**Chapitre I : L'Autisme**

**Préambule.**

<b>1-</b> Historique du concept-----	23
<b>2-</b> Les définitions -----	24
<b>3-</b> Les types de l'autisme -----	25
<b>4-</b> Les signes cliniques de l'autisme-----	26
4-1-Anomalie qualitative des interactions sociales-----	27
4-2-Anomalie de la communication -----	27



4-3-des intérêts restreint, comportement répétitifs -----	28
<b>5- Autres signes cliniques -----</b>	<b>28</b>
<b>6- L'éthologie de l'autisme -----</b>	<b>31</b>
6-1- Les facteurs génétiques -----	32
6-2- Les facteurs environnementaux -----	33
6-3- Marqueurs neurobiologique et neuropsychologique d'autisme -----	34
<b>7- Diagnostic d'autisme et évaluation-----</b>	<b>35</b>
7-1- Le diagnostic -----	35
7-2- Diagnostic différentiel-----	35
7-3- Les outils de diagnostique et d'évaluation-----	36
<b>8- Les pathologies associées à l'autisme -----</b>	<b>36</b>
<b>9- Description des programmes, prise en charge et intervention -----</b>	<b>37</b>

### **Résumé.**

## **Chapitre II : Les thérapies de prise en charge des enfants autistes en Algérie.**

### **Préambule.**

<b>Section I : Les différentes thérapies de prise en charge -----</b>	<b>39</b>
I-1-programmes d'interventions à référence développementales et Comportementales-----	39
I-2- Prises en charge intégratives -----	41
I-3- Interventions focalisées -----	42
I-3-1- Interventions focalisées sur le langage et la communication-----	43
<b>Section II : La thérapie conte -----</b>	<b>44</b>
II-1-Origine du conte -----	44
II-2-Définition du conte -----	45

II-3-Les différents types de conte -----	46
II-4-Conte et psychanalyse -----	46
II-5- Block : Le conte comme nourriture -----	48
II-6- Winnicott : Le conte comme objectif transitionnel-----	48
II-7- Théorie de Pierre Lafforgue -----	49
II-8- Le conte perspective thérapeutique-----	49
II-8-1- Les fonctions du conte-----	49
II-8-2- Avec qui et comment le conte est-il utilisé ? -----	51
II-9- Le cadre de l'atelier conte -----	52

### **Résumé.**

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

### **Préambule.**

<b>1-</b> La démarche de la recherche -----	56
1-1- La pré-enquête-----	56
1-2- La méthode utilisé -----	57
<b>2-</b> Le lieu de la recherche-----	57
2-1- Des renseignements généraux sur la méthode de travail du centre-----	58
<b>3-</b> Le groupe d'étude -----	59
<b>4-</b> Les outils d'investigations-----	60
4-1- L'observation -----	60
4-2-L'entretien -----	61
<b>5 -</b> Les procédures de recueil des données -----	62
5-1-Les condition du déroulement de notre pratique-----	62
5-2-Le déroulement de la pratique-----	62

## **Résumé.**

### **Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats**

#### **I-Présentation analyse des cas**

CasN <sup>0</sup> 1 -----	68
CasN <sup>0</sup> 2-----	76
CasN <sup>0</sup> 3-----	85
CasN <sup>0</sup> 4 -----	95
<b>II- Discussion des hypothèses -----</b>	<b>106</b>

#### **Conclusion.**

Liste Bibliographique -----	112
-----------------------------	-----

#### **Annexes.**

#### **Résumé**

## **Introduction :**

L'autisme est estimé comme le plus sévère des troubles psychopathologiques du développement de l'enfant. L'ensemble du développement est affecté dès la petite enfance, et la construction de repères en fonction de l'expérience en est profondément troublée. Il ne s'ensuit pas pour autant que son étude soit toujours menée dans une perspective développementale.

L'autisme se caractérise par un repli excessif sur soi même, manque de communication et des troubles de comportements, En effet, il entraîne un véritable handicap, mais celui-ci peut être surmonté par une prise en charge précoce. Celle-ci doit faire appel à plusieurs spécialistes, elle est donc pluridisciplinaire tel que, pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotricien, et éducateurs pour une prise en charge thérapeutique ainsi que, la famille doit être impliqué. C'est un véritable travail d'équipe. L'objectif de notre recherche focalise sur la dimension psychothérapeutique d'un conte chez un autiste, pour cela on a effectué une recherche au sein d'un centre qui pratique l'atelier conte comme une thérapie pour aider l'enfant autiste a exprimé ses angoisses, et symboliser son imaginaires.

Pour réaliser notre recherche sur terrain, nous nous somme basé sur la méthode descriptive, et l'étude de cas pour décrire les différents types de prise en charge pratiqués sur l'enfant autiste, et les changements observés en lui. Et parmi les techniques de recherche et d'investigation utilisées dans notre recherche, l'observation clinique et l'entretien.

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

Notre présent travail se compose en deux parties qui se divisent comme suite :

-La première partie est consacrée à la théorie qui se divise en deux chapitres

**Chapitre I :** nous l'avons consacré à l'autisme, son définition, les types, les causes ainsi les signes.

**Chapitre II :** aborde les modalités de prise en charge en Algérie, nous avons cité les thérapies comportementale, développementale et atelier conte.

-la deuxième partie concerne la méthodologie suivie durant notre recherche.

**Chapitre III** : méthodologie de la recherche : on a présenté le lieu du stage ainsi les étapes de déroulement de notre pratique.

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

**Chapitre IV** : présentation, analyse et discussion des résultats.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion.

# **Le cadre général de la problématique**

## 1-Problématique :

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

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

L'autisme, est considéré comme trouble envahissant du développement (TED), on dit aussi Troubles du Spectre Autistique, (TSA). Il est caractérisé par un développement altéré manifeste avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interaction sociales réciproques, communication et comportement à caractère restreint, répétitif et stéréotype (par exemple, l'enfant répète de manière immuable certains mouvements, certaines routines ou s'intéresse quasi exclusivement à certains objets, etc).

Les principales autres catégories de Ted sont l'autisme atypique, le syndrome d'asperger, le syndrome de Rett et les autres syndromes dés intégratifs de l'enfance et la catégorie « autre TED ».cette dernière réunit des TED actuellement difficiles à classer. On peut diagnostiquer l'autisme avec exactitude dès l'âge de deux ans, quand les handicaps sociaux et de communication sont majeurs.

Il arrive parfois que l'évolution du nourrisson ne corresponde pas exactement à l'attente de ses parents. La mère raconte par exemple, que son bébé est étrangement calme, il reste indifférent lorsqu'elle l'embrasse, le cajole, il ne tend pas les bras quand elle veut le soulever, il semble indifférent au monde qui l'entoure et évite le regard, souvent l'enfant ne parle pas, ou mal il semble avoir certaines lubies comme par exemple : répétition de gestes stéréotypés, peur exagérée de certains bruits ...Généralement les parents se rendent compte que leurs enfant est bizarre, mais ce n'est pas si facile avant 5-6moins surtout si c'est leur premier enfant. L'évènement qui les alerte le plus souvent est que l'enfant ne répond pas quand on l'appelle, il ne cherche pas la source acoustique, Pour cela, Souvent, les parents

imaginent d'abord que leurs enfant est sourd mais comme celui-ci réagit très fort à certains bruits, cette hypothèse est rapidement écartée. Il n'existe pas d'examen médical permettant de déceler l'autisme, le diagnostic est basé sur l'observation du comportement.

Les parents commencent à se faire du souci, à pose des inquiétudes, ils cherche à comprendre ce qu'il ne va pas chez lui, et ce qui le rend ainsi pas comme les autres enfants de son âge ; plusieurs questions sont posées par les parents à cette phase : schématiquement quand les parents vont chez les différents spécialistes tels que les pédopsychiatres, les psychologues et les éducateurs spécialisées, ils ont orientés par quelqu'un, le plus souvent des membres de la famille proche ou de l'entourage, ils ont d'ores et déjà des idées sur l'état de leur enfant, en fait, afin de vérifier l'audition, l'intégrité du tissu cérébral, l'aspect génétique et métabolique et établir un diagnostic d'autisme, ils doivent mener des luttes constantes pour avoir accès à des services et pour que ces derniers soient de qualité ; et confirme le trouble ou la pathologie que manifeste leur enfant (**B. Rogé, 2002, P22**).

Dès que le diagnostic d'autisme soit posé, il faut réorganiser la vie quotidienne de l'enfant dès que possible, en mettant en place un environnement plus favorable qui permettra à l'enfant de mieux comprendre son environnement.

Environ 80.000 enfants souffrent d'autisme en Algérie et ne sont pas tous pris en charge dans des établissements sanitaires (**D<sup>r</sup> Asma Oussedik conférence débat au forum du journal DK News 2013**)

Notre recherche se base de façon générale sur la pertinence des différentes prises en charge thérapeutiques, éducatives et pédagogiques, les plus adaptées, utilisées et engagées, proposées aux enfants diagnostiqués autistes en Algérie.

La problématique actuelle de l'autisme se situe sur : la prise en charge et la thérapeutique. Les travaux dans le domaine éducatif et pédagogique constituent aujourd'hui des pistes d'intérêt majeur et nécessitent le développement des stratégies d'évaluations standardisées permettant de conclure clairement à l'adéquation de leur application dans un programme de prise en charge globale des personnes autistes.

Tous les professionnels, s'accordent à dire qu'une prise en charge précoce des enfants atteints d'autisme est nécessaire, Il existe une grande diversité des pratiques de prise en charge de l'autisme, sont des stratégies ou méthodes diverses visant à aider les personnes autistes à compenser leur handicap. Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme,



mais 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 charges sont principalement éducatives, rééducatives, psychothérapeutiques. Qui sont pour but, aider cette personne à améliorer son autonomie et sa qualité de vie, avec un accompagnement pluridisciplinaire (Psychologue, orthophonie, psychomoteur, accompagnement éducatif).

En Algérie, le **professeur Ould Taleb**, pédopsychiatre à l'EHS de psychiatrie Drid Hocine à Alger, qui fait de l'autisme sa lutte quotidienne. « **Il existe actuellement très peu de centres adaptés à la problématique très spécifique de la prise en charge de l'autisme. Les manques concernent aussi bien le tout jeune enfant autiste qui vient d'avoir son diagnostic, les enfants d'âge scolaire ou que les adultes. Un retard dans le suivi des enfants autistes peut conduire à un retard mental se répercutant sur l'acquisition de l'autonomie sur le plan comportemental, alimentaire**» (M.O. Taleb, 2010).

Il est donc important de favoriser une prise en charge globale qui aura pour objectif le développement de différents domaines d'acquisitions (compétences sociales, langage, communication non verbale, reconnaissance d'autrui, acquisition de l'autonomie). Ceci n'empêche pas que les personnes avec autisme puissent bénéficier de traitements psychothérapeutiques, mais il faut que l'intervention éducative soit précoce et structurée. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'enfant bénéficie d'une prise en charge éducative et comportementale dès ses trois ans.

Il est nécessaire de souligné que le choix du suivi et de l'accomplissement des autistes revient en priorité à la famille, aux parents ce sont eux qui devront choisir quelles modalités de prise en charge qu'ils souhaitent pour leurs enfants car c'est eux qui connaissent mieux leurs enfants quotidien, et c'est eux les premiers à être responsables d'eux durant toute leurs vie (C. Tardif & B. Gepner, 2003, P.100/102).

On va essayer tout au long de ce travail d'expliquer les diverses thérapies utilisées pour soigner les personnes autistes notamment en Algérie, quels que soient les modes de prises en charge adoptés, et appliquer tels que les programmes éducatifs spécifiques : TECCH et plus récemment ABA. Et bien entendu le conte ou l'atelier conte comme un outil thérapeutique.

Le sujet de ce travail ce centre sur l'apport thérapeutique de conte auprès des enfants autistes. La recherche de **Bettelheim** a été un point de départ pour les différents pays, qui ont souhaité d'utiliser le conte comme outil thérapeutique. Le docteur **Pierre Laforgue**,

pédopsychiatre à bordeaux dans un hôpital de jour pour enfants autistes, à partir de son expérience clinique, comment un conte pouvait devenir thérapeutique. Il publie en 1995 un ouvrage très important « **petit poucet deviendra grand** », dans cet ouvrage il expose sa théorie, sa méthodologie, et il fait une étude détaillée de plusieurs contes.

Le conte est médiateur facile d'utilisation pour entrer en contact avec les enfants et maintenir une relation de confiance. Il apparaît comme un outil thérapeutique qui permet aux enfants autistes de donner sens aux événements de leur réalité et d'être face à des solutions pensables.

L'avantage réel de ce contexte atelier conte, est d'aider les enfants en difficulté à ce structuré psychiquement et aussi présenté une médiation entre un thérapeute qui accompagne, soutien et soulage un enfant en souffrance.

Nous nous somme interrogé sur les thérapies de prise en charge des enfants autistes par la question suivante :

- ✓ Quelle est l'efficacité du conte comme outil thérapeutique dans la socialisation et la prise en charge de l'enfant autiste ?

## **2-Hypothèses**

### **- Hypothèse générale :**

-le conte comme outil thérapeutique développe la socialisation chez l'enfant autiste.

### **- hypothèses partielles :**

-Le conte développe un model communicationnel chez l'enfant autiste.

-le conte aide l'enfant à gérer ses émotions en les extériorisant sous diverses formes.

## **3-Définition des concepts clés :**

**3-1. 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 (V. Alain, 1998, p9).

**3-2. Prise en charge :** sont des stratégies ou méthodes diverses visant à aider les personnes autistes à compenser leur handicap, issues de plusieurs théorisations de l'autisme, ces prises en charge sont principalement éducatives, thérapeutiques, mais elles peuvent aussi suivre d'autres aspects.

**3-3. Conte :** est un récit court, un récit de faits qui pose un regard sur la réalité par le biais du merveilleux ou de fantastique. Le conte est généralement destiné à distraire, à instruire en amusant (**Le dictionnaire français 2012**).

**3-5. Atelier conte :** inventé par le neuropédiatre Pierre Laforgue. Exploite le concept de démantèlement chez les enfants autistes, vus comme psychotiques. Propose un travail sur les dimensions orale, anale et génitale. Cette approche ne repose sur aucune validation scientifique.

**3-6. Socialisation :** est un processus par lequel sont transmises des valeurs et des normes dans le but de construire une identité sociale et d'intégrer l'individu à la société. Elle fait de l'individu un être social, elle assure donc l'intégration de l'individu ainsi que la cohésion sociale.

#### **4- Opérationnalisation des concepts**

**4-1. Autisme :** un trouble de développement qui affecte le bon fonctionnement du cerveau. Il est habituellement diagnostiqué avant l'âge de 3 ans, et persiste pendant la vie adulte. La personne autiste a souvent des problèmes au niveau des habilités sociales, communication, et du comportement.

**4-2. Prise en charge :** il s'agit d'un cadre bien précis, afin de permettre à chaque personne autiste de retrouver la sécurité et l'estime de soi dans un projet de vie adapté.

**4-3. Conte :** un texte généralement court, qui fait la part belle à l'imaginaire, met souvent en scène des personnages qui jouent un rôle important dans l'histoire, dans le but de transmettre une morale.

**4-4. Atelier conte :** un lieu expérimenté avec des enfants positionnés en cercle autour d'une conteuse. Après le conte, les enfants jouent l'histoire en endossant chacun un rôle. L'atelier se termine par un dessin du conte par chaque enfant.

**4-5. Socialisation :** lorsque une personne acquiert des normes et des valeurs, d'une certaine société ou d'une culture spécifique pour établir des relations avec les autres.

### **5- les raisons du choix du thème :**

On s'est intéressé de plus près à ce trouble pour :

- ✓ Connaitre l'autisme qui est inconnue dans notre pays.
- ✓ Les obstacles rencontrés par les enfants autistes et leurs parents face à la prise en charge.
- ✓ Connaitre les différentes thérapies utilisées en Algérie
- ✓ Avoir des connaissances sur la pratique du conte et ses possibilités à développer l'enfant autiste.

### **6- L'objectif de la recherche :**

L'objectif de ce travail est donc de montrer l'intérêt que peut avoir l'utilisation du conte dans la prise en charge d'enfants présentant des traits autistiques.

Tout d'abord nous aborderons les fondements théoriques concernant le conte et l'utilisation du conte comme outil thérapeutique et aussi le développement de l'enfant autiste à partir de celui-ci.

### **7- Les difficultés rencontrées :**

Toute recherche scientifique se base sur une enquête de terrain, pour cela nous somme confronté à certaines difficultés :

- ✓ L'insuffisance de temps afin de réaliser ce projet.
- ✓ Le manque d'ouvrages écrits sur notre thème de recherche.
- ✓ Le manque de personnes qualifiées et formées en thérapie conte afin de nous guider.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I**

## **L'autisme**

## Préambule

L'autisme est un trouble envahissant du développement (TED) caractérisé par un développement anomal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif. La sévérité et la forme des troubles varient d'une personne à l'autre. Deux personnes qui sont autistes ne sont jamais semblables. Ce handicap peut être associé à d'autres comme : une déficience intellectuelle, des troubles sensoriels ou moteurs, des maladies génétiques, de l'épilepsie, etc. les caractéristiques de l'autisme peuvent être classées en trois catégories : les relations sociales, la communication et l'imagination. C'est ce qu'on appelle la triade.

### 1-Histoire du concept autisme :

Le terme autisme dérivé du grec « auto », qui signifie soi-même. En 1911, ce terme est employé pour la première fois par le psychiatre suisse Eugène Bleuler (1857.1930) pour décrire chez les patients adultes atteints de schizophrénie. L'évasion hors de la réalité et le retrait sur le monde intérieur.

C'est en 1943, que le psychiatre américain Léo Kanner (1894.1981) emploie le terme d'autisme infantile et publie un article. Dans cet article, il décrit 11 cas d'enfants de 2ans et demi à 8ans qu'il a observé. Kanner. L dans son article de référence de 1943, a décrit pour la première fois plusieurs symptômes qui s'appliquent au trouble du spectre autistique tel qu'il est définit aujourd'hui, et qui s'inscrivent généralement dans : le désintérêt, l'indifférence sociale et la stéréotypie.

En 1944, le psychiatre autrichien Hans Asperger publie un article où il décrit quatre enfants dont il s'est occupé présentant ce qu'il appelle « une pathologie autistique ».

Dans un livre, publié en 1967 « la forteresse vide » Bruno Bettelheim écrit que la source de l'autisme est à la recherche de la relation mère enfant.

Selon lui, le trouble autistique serait dû à l'hostilité de la mère et serai provoqué chez l'enfant par des craintes ou des carences maternelles.

Tandis que l'autisme apparait très tôt dans la première enfance, la schizophrénie est plus caractéristique de l'adolescence ou dans l'entrée dans l'âge adulte. De plus, si la

schizophrénie est composé de symptômes « négatifs » qui pourraient présenter des similitudes avec certains signes d'autisme (désintérêt, l'indifférence sociale), elle présente en revanche des symptômes « positifs » qui ne se manifestent en principe pas dans l'autisme (délires et hallucinations sur fond d'imagination fertile). Enfin, même si les syndromes autistique et schizophrénique ont des parentés sur le plan de certains mécanismes neuropsychologiques et peut être dans le monde de transmission, ces deux affections ne sont pas superposables.

Selon la quatrième édition, actuellement utilisée, du Manuel diagnostique et statistique (DSM-4), le trouble autistique apparaît avant l'âge de trois ans et est définie par la présence de déficits ou de comportements inhabituels dans trois domaines : interaction sociale réciproque, communication et intérêt, comportements limités et répétitifs.

## 2-Les définitions

### 2-1.L'Autisme :

L'autisme fait partie des troubles envahissants du développement (TED), est un trouble sévère du développement de l'enfant. Il est caractérisé par un isolement, une perturbation des interactions sociales, des troubles de langage, de la communication et des activités stéréotypées avec restriction des intérêts, le syndrome apparaît dès la toute petite enfance, et l'existence d'anomalies est généralement reconnue par les parents entre 12et18 mois : le nourrisson sourit peu et ne réagit guère à la présence des adultes, le petit enfant ne babille pas et n'acquiert pas les premiers éléments de langage.

Selon le dictionnaire de la psychologie : repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative. Le terme « autisme » vint de grec « auto » qui signifie « soi-même » (N. Sillamy, 1999, P31).

Selon la définition proposée par la Classification internationale des maladies (**CIM 10 et DSM-IV-TR**), il est défini comme un trouble envahissant du développement qui affecte l'ensemble des fonctions psychologiques qui se développent durant les premières années de vie. Les caractéristiques principales sont : les altérations qualitatives des interactions sociales, les altérations qualitatives de la communication verbale et non-verbale, la pauvreté de l'activité imaginative, des comportements stéréotypés et une limitation et une restriction des activités et des centres d'intérêt. Toutes ces altérations doivent être présentes avant l'âge de 30 mois. Chacune de ces altérations est actualisée par plusieurs manifestations comportementale telles que l'absence ou la pauvreté du contact par le regard, la recherche de



l'isolement, un langage non-communicatif insuffisamment suppléé par les gestes et la mimique, un jeu symbolique pauvre ou inexistant, des activités stéréotypées et ritualisées et une intolérance au changement.

## 2-2. L'enfant autiste :

Le terme « enfant » vient du latin « infant » qui signifie chez les romains « celui qui maîtrise pas le langage et par extension les premières années de vie. » et il désignait l'enfant dès sa naissance, jusqu'à l'âge de 7 ans. Mais cette notion a beaucoup évolué à travers les siècles et les cultures pour finalement désigner l'être humain de sa naissance jusqu'à l'âge adulte (A. Baudier, B. Celeste, 2002, P9).

L'enfant autiste, perdu dans ces activités stéréotypées évolue dans un univers privé, qui la jalonne de repères mais cet éloignement de notre monde, qui interdit toute fréquentation du milieu scolaire normal si non toute acquisition intellectuelle, conduit à une situation déficitaire grave et irréversible (N. Silamy, 2004 , P223).

## 3- Les Types de L'autisme

Selon La classification de l'organisation mondiale de la santé (CIM-10) l'autisme appartient aux troubles envahissants du développement (OMS, 1993). Les différentes catégories correspondantes à des caractéristiques spécifiques sont les suivantes :

**-Autisme infantile :** troubles envahissant du développement, dans lequel un développement anormal ou déficient avant l'âge de trois ans (3ans). 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. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte.

**-Autisme atypique :** trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'ils ne correspondent pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic de l'autisme infantile. Le recours à cette catégories diagnostique se justifie par le fait que chez certain enfants le trouble apparaissent au-delà de trois ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints de l'autisme (interactions, sociale, communication, comportement).

**-Syndrome de Rett :** trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associé à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition des mouvements stéréotypés de torsion des mains et l'hyperventilation.

**-Syndrome d'Asperger :** troubles du développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités répétitives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement du langage est de bonne qualité. Une maladresse motrice est souvent associée (B. Rogé, 2003, P14-15).

## 4-Les signes cliniques de l'autisme

### 4-1- Anomalie qualitatives des interactions sociales :

Les anomalies touchent particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contact avec les autres. Les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisés correctement. L'utilisation du regard est ainsi souvent déviante : le contact oculaire est absent, le regard transfixion (le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard périphérique (la personne regard de côté), et le regard qui n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux. Les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptés au contexte : par exemple, l'enfant rit sans que l'on comprend pourquoi ou alors il sourit en regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque l'on cherche à attirer son attention. Les stimulations physiques permettent souvent d'activer l'engagement social et cela peut être trompeur.

L'expression gestuelle est appauvrie, les gestes (exemple : pointé du doigt), lorsqu'ils existent, sont rarement utilisés dans un but social de partage d'intérêt ou de demande d'aide. L'enfant pointe en direction de l'objet convoité mais ne cherche pas le regard de l'adulte pour faire participer celui-ci à la situation. La faible compréhension des expressions des autres entraîne une difficulté à s'harmoniser avec eux et partager sur le plan émotionnel. L'enfant est donc isolé, ne recherchant pas le contact des autres et particulièrement des enfants de son âge. Il ne parvient pas à développer des jeux sociaux avec

les autres enfants et ne s'adapte pas aux situations de groupe. Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant et facilitent la situation pour lui (J.F. chossy, 2003, P23).

#### **4-2- Anomalie de la communication :**

Il existe un retard d'acquisition du langage. Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50%). Dans tous les cas, l'enfant n'utilise pas spontanément d'autres modes de communication (geste, mimiques) qui lui permettraient de composer le problème de langage, le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est abstrait, Lorsqu'un langage apparait, il se développe en générale tardivement, et comporte des anomalies :

##### **-Echolalie immédiate :**

L'enfant répète en écho ce que l'adulte dit, il peut par exemple répéter une question qui lui posées au d'y répondre. L'adulte demande : « tu veux boire ? » et l'enfant au lieu d'une réponse. Cette absence d'inversion des pré-noms et la confusion entre « je » et le « tu » montre que la fonction d'outil de communication qu'a le langage n'est pas compris.

##### **-Echolalie différée :**

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

##### **-Utilisation idiosyncrasique du langage :**

L'enfant utilise des mots ou expressions qui lui sont propres. L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme de l'intonation et du volume. Même lorsque le langage est élaboré, il est peut utiliser socialement : la personne autiste initie peu de convention à caractère purement social (pour le plaisir de bavarder). Et a du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts. Les conduites d'imitation à caractère social se mettent difficilement en place, les jeux symboliques de « faire semblant » sont absents ou apparaissent tardivement. Lorsqu'ils sont appris à partir de répétitions avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et créatif. Par exemple l'enfant a appris à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement. Il continue

à donner à manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner à boire (**B. Rogé, 2003, P24**).

#### **4-3-Des intérêts restreints, comportement répétitifs :**

L'enfant oriente son intérêt vers un objet ou un type d'objet à l'exclusion des autres, le plus souvent, les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisés dans des activités répétitives : objets ronds que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant les yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable. C'est par fois seulement une partie de l'objet qui capte l'attention. Par exemple, seule la roue de la petite voiture intéresse l'enfant qui la fait tourner au lieu de jouer à faire rouler la voiture, ou alors l'enfant s'absorbe dans l'ouverture et la fermeture répétitive de la portière.

Les activités répétitives concernent aussi 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 posture, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé (**J.F. Chossy, 2003, P25**).

#### **5-Autres signes cliniques**

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

#### **-Retard de développement :**

Dans l'enfance, et avant que l'ensemble des troubles n'ait été identifié et rattaché au tableau clinique, des problèmes non spécifiques sont fréquemment relevés. Le retard de développement psychomoteur, quoiqu'il ne soit pas systématique, se rencontre avec une fréquence non négligeable, on peut relever un décalage dans l'acquisition du maintien de la tête, de la situation assise et de la marche. L'éveil à l'environnement est tardif, le retard dans la mise en place d'un langage fonctionnel est relativement constant (**B. Rogé, 2003, P26**).

**-Troubles de sommeil :**

Les troubles de sommeil sont pratiquement la règle, l'enfant reste éveillé longuement ou se réveille dans la nuit. Le comportement est alors variable d'un sujet à l'autre. Les périodes d'insomnies peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler. Mais l'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues heures sans se manifester. Il est alors complètement passif où présente 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 stéréotypies d'objet ou simplement déambuler (**B. Rogé, 2003, P27**).

**-Troubles de l'alimentation :**

Les perturbations de l'alimentation sont également répandues. Elles peuvent être très précoces, l'enfant étant d'emblée très passif au moment de tétée et ne présentant pas les réactions de succion. Plus tard, il peut résister à toute modification, notamment au moment du passage à l'alimentation solide. Enfin, il peut manifester des préférences marquées pour une gamme très étroite de nourriture et ritualiser la situation de repas soit par l'usage d'objets spécifiques, soit par des choix très précis de produits identifiés parfois par le goût mais aussi très souvent par l'emballage (**Ibid, 2003, P28**).

**-Problèmes dans l'acquisition de la propreté :**

L'acquisition de la propreté est généralement. Des cas d'apprentissage instantané et brutal se rencontrent. Dans ce cas, l'enfant devient propre du jour au lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans 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.

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 les 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, les peurs spécifiques liées aux toilettes, les rituels ou des intérêts stéréotypés comme le fait de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté (**B. Rogé, 2003, P28**).

**-Problème moteurs :**

Des signes tels que l'hypertonie ou hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de conspiration peuvent déjà décelés précocement. Les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation de l'environnement, et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures (**B. Rogé, 2003, P27**).

Au niveau d 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 pauvre, ralentis ou différés dans leur exécution avec en particulier des difficultés de démarrages 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 par 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 où se produisant 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 le rythme des déplacements. 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.

Au niveau facial, la mobilité est souvent réduite. Les mimiques faciales sont pauvres et peu ajustées au contexte social. On observe ainsi des crispations, des mouvements parasites, des expressions faciales sans rapport apparent avec la situation, ou d'une intensité anormale (**Ibid, 2003, P29**).

**-Problème sensoriels :**

La sensorialité comporte elle aussi de multiples anomalies d'apparition précoce. Ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6 ans. Les perturbations concernant généralement toutes les modalités sensorielles. Elles se manifestent par des créations atténuées, voire absentes, ou au contraire par des réponses exagérées s'accompagnant de

réaction d'évitement, et par des conduites entraînant une autostimulation par rapport à des sources extérieures ou par rapport à la mobilisation du corps qui est source d'inputs sensoriels de nature proprioceptive, kinesthésique, ou vestibulaire. Certains enfants présentent des réponses dominées par l'hyperréactivité. Cependant, dans la plupart des cas, les deux types de fonctionnement existent chez un même sujet et c'est donc la fluctuation des réponses qui caractérise le mieux le comportement. Les récits autobiographiques livrés par des personnes atteintes d'autisme de haut niveau ont permis de confirmer l'existence de troubles sensoriels avec notamment une hyperactivité à certains stimuli ou au contraire une extrême sensibilité à des états de panique, rassemblement liés à des situations incompréhensibles ou à des sensations difficiles à intégrer dans une perception cohérente de l'environnement (**B.Rogé, 2003, P29**).

#### **-Troubles émotionnels :**

Ils sont fréquents dans le développement avec notamment des manifestations d'anxiété. Avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent. Dans certains cas cependant, les manifestations phobo-obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient. Des éléments dépressifs peuvent aussi apparaître, surtout à partir de l'adolescence et avec la prise de conscience des difficultés.

#### **-Signes d'alerte absolus :**

- Pas de babillage à 12 mois.
- Pas de gestes (pointage, au revoir de la main ...) à 12 mois.
- Pas de mots à 16 mois.
- Pas de combinaisons de deux mots spontanées (pas seulement écholaliques) à 24 mois.
- Absence du contact Oculaire (**Ibid. 2003, P30**).

### **6-L'étiologie de l'autisme**

Jusqu'aujourd'hui les causes qui déclenchent de l'autisme ne sont toujours pas identifiées, désormais ça n'a pas marqué de lui donner par des spécialistes; l'école psychanalytique rend la responsabilité des enfants autistes aux mères, Kanner dans ses travaux sur l'autisme évoquait la possibilité d'une transmission génétique mais aussi qu'il pouvait être aussi le résultat d'une mauvaise qualité de contact parents- enfants. On utilise le terme de « mère réfrigérateur » ou il met en évidence son point de vue quant au lien causal qu'il soulevait entre la relation.

### 6-1. Les facteurs génétiques :

« L'hétérogénéité clinique et d'évolution provient probablement en partie de l'hétérogénéité des facteurs explicatifs ou étiologiques sous-jacents qui ne sont toujours pas identifiés malgré les nombreuses Hypothèses. Des facteurs multiples apparaissent reliés à cette diversité de tableaux et on peut imaginer que le développement troublé, comme le développement « normal », se produit sous l'effet conjugué de contraintes internes et externes» (C.Tadif, B. Gebner, 2003, P59).

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

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

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

De même, les études familiales montrent qu'une famille où il y a un enfant autiste, le risque pour les frères et les sœurs (apparentés au premier degré) d'être aussi atteint d'autisme ou de trouble autistique est d'environ 4% (Ibid, 2003).

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée, par conséquent, cet enfant aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique, resteraient à de tels traumatismes et ils seraient normaux (E.R. Ritvo, G. Laxer, 1983, P 34).



## **6-2. Les facteurs environnementaux :**

Il s'agit de revoir les événements de l'environnement prénatal du fœtus et de l'environnement postnatal du nourrisson, qui ont pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique chez l'enfant.

### **-Facteurs anti-conventionnels :**

Quelques études épidémiologiques ont permis de retrouver parmi les mères d'enfants autistes un pourcentage significativement augmenté par rapport à la population générale de femmes ayant été exposées dans le cadre de leur profession à des agents chimiques toxiques (comme le benzène) avant la conception de leur enfant. Il est possible que ces agents chimiques aient un impact putatif sur la lignée des cellules reproductrices de la mère.

Aussi, il est considérable que ces antécédents maternels comme des conditions favorisant une dépression maternelle au cours d'une grossesse ultérieure, une dépression qui pourrait constituer un facteur de risque psycho-organique d'autisme (C. Tardif, B. Gepner, 2003, P61).

### **-Facteurs anténatals :**

La contamination de la mère par des agents infectieux, notamment les virus de la rubéole ou le cytomégalovirus, contractés pendant la grossesse, pourrait augmenter le risque de survenue d'autisme chez son enfant, soit par effet toxique direct sur les neurones du fœtus, soit par effet lésionnel indirect. Il semble aussi, que la survenue d'hémorragies utérines et de menace de fausses couches centrées sur le deuxième trimestre de la grossesse soient plus fréquentes chez les mères d'enfants autistes. En plus, rien ne peut exclure que les facteurs psycho-organique (stress, dépression maternelle, trouble de l'humeur, trouble émotionnels, l'échanges affectifs...) pourraient y avoir des répercussions sur le fœtus tel que le syndrome autistique.

### **-Facteurs périnatals :**

Certaines études épidémiologiques, des états de souffrance du nouveau-né, ayant entraîné une mise en couveuse, semblent plus fréquentes dans les antécédents périnatals d'un enfant autiste que dans la population générale. De même, une prématurité ou une post-

maturité semblent plus fréquentes dans les antécédents d'un enfant autiste que dans les antécédents d'enfants tout venant.

#### **-Facteurs postnatals :**

Il semble que, des infections postnatales par le virus de l'herpès, de la rougeole ou des oreillons sont impliquées dans certains cas d'autisme. Et aussi certaines carences environnementales majeures sur les plans éducatif et affectif, comme celles dont sont victimes les enfants élevés en pouponnière en Roumanie, soient un facteur de risque de syndromes autistique (C. Tardif, B. Gepner, 2003, P62).

#### **6-3.Marqueurs neurobiologiques et neuropsychologique d'autisme :**

Ici, il ne s'agit pas de causes d'autisme, mais d'anomalies plus ou moins étroitement, et plus ou moins spécifiquement, corrélées à l'autisme. On appelle ces anomalies des « marqueurs » d'autisme au sens où ils signalent le dysfonctionnement d'un système qui peut causer l'autisme.

#### **-Marqueurs neurobiologique :**

On trouve chez les personnes autistes :

- les monoamines (sérotonine, noradrénaline, dopamine), du fait de leurs implications dans la régulation des émotions, de l'humeur, de l'anxiété et du stress, dont sont affectées les personnes autistes.
- L'augmentation de la concentration de sérotonine dans le sang de certains sujets autistes était également retrouvée chez leurs apparentés au 1<sup>er</sup> degré (parents, frères, sœurs), ce qui maintient la théorie génétique.
- Augmentation des taux plasmatiques des neurohormones de stress comme le cortisol, bêta-endorphines, et aussi de la noradrénaline.

#### **-Marqueurs neuro-anatomique :**

- Diminution du nombre de cellules de Purkinje et des cellules granulaires dans une partie du cervelet, impliqués dans : le traitement des informations sensorielles, la motricité et les apprentissages cognitifs.

- Changement cellulaires subtils dans le circuit limbique impliqué dans la mémoire et le traitement des émotions.
- Anomalie de structure au niveau du cervelet, du cortex temporal impliqué dans l'association des percepts et dans le langage.
- Anomalie de structure au niveau du cortex frontal impliqué dans les prises de décision et les fonctions exécutives.
- Anomalies des structures au niveau de certaines régions cérébrales lors des activités cognitives, impliquées dans le traitement des visages, des émotions faciales

### **-Marqueurs neuropsychologique :**

La neuropsychologie est une discipline permettant de relier des anomalies comportementales avec leurs soubassements neurologique. Les marqueurs neuropsychologiques chez l'enfant autiste concernent essentiellement les processus perceptifs, émotionnels, ou cognitifs.

## **7-Diagnostic d'autisme et Evaluations**

### **7-1.Le diagnostic :**

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

L'enfant doit être orienté pour la confirmation diagnostique vers des professionnels formés et expérimentés. Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologique. Ce diagnostic nécessite non seulement un recours aux classifications que nous avons préalablement évoquées mais aussi aux divers outils d'évaluations, compléments indispensables pour affiner ce diagnostic clinique et le préciser dans ces diverses dimensions **(C. Tardif. B. Gepner, 2003, P 25).**

### **7-2. Diagnostic Différentielle :**

Le diagnostique de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans une première approche, le clinicien va donc recueillir les informations, le plus souvent à partir d'un entretien avec la famille et à partir de l'observation de l'enfant. Mais la confirmation du diagnostic est obtenue par des échelles

standardisées qui ne permettent pas d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec précision à quelle catégorie diagnostique appartient l'enfant porteur d'un trouble du spectre autistique (J.F. Chossy, 2003, P37).

### 7-3. Les outils de diagnostic et d'évaluations :

- Le CARS (Child Hood autism rating scale), utilisé comme Échelle d'évaluation de la "sévérité de l'autisme, graduée de (15 à 60), mise au point par Schoppler
- ✓ 15-29.5 : pas d'autisme
- ✓ 30-36.5 : autisme léger à modéré
- ✓ 37-60 : autisme sévère à profond

Certains examens doivent être systématiques pour évaluer différents secteurs du développement :

- Une observation clinique d'une durée suffisante, éventuellement répétée dans le temps pour recueillir les capacités et difficultés.
- un examen psychologique pour déterminer le profil intellectuel et socio- adaptatif. Il est recommandé d'utiliser l'échelle de Vineland pour apprécier les capacités adaptatives et le profil psycho éducatif révisé (PEP-R), pour évaluer les comportements des enfants et leur développement.
- un examen du langage et de la communication pour évaluer les aspects formel, pragmatique, écrit, voire gestuel, échelle d'évaluation de la communication sociale précoce (L'ECSP).est la grille de Whetherby sont recommandées pour décrire le profil de communication en particulier chez les enfants avec peu ou pas de langage.
- un examen du développement psychomoteur et sensorimoteur pour examiner la motricité, les praxies et l'intégration sensorielle.

### 8-Les pathologies associées à l'autisme

L'autisme peut apparaître ou en association avec d'autres pathologies qui seraient soit une cause, soit une conséquence de l'autisme, soit encore partager avec l'autisme une parenté physiopathologique.

- **Syndrome d'épilepsie** : Dans certains cas, l'épilepsie précède l'apparition d'un syndrome autistique, dans d'autre cas, l'épilepsie apparait après le syndrome autistique
- **Déficiance sensorielle** : plus fréquemment une cécité qu'une surdité.
- **Déficiance intellectuelle** : mais au sein de cette déficiance émergent généralement des îlots de compétence dans les domaines Visio-spatial et mnésique.
- **Troubles du langage** : comme la dysphasie, troubles de compréhension et d'expression du langage.....etc.
- **Troubles obsessifs-compulsifs (TOC)** : sont évoqués par les comportements stéréotypés des personnes autistes.
- **Troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité** : ces troubles pourraient partager une origine physio pathogénique commune, impliquant des systèmes corticaux et sous-corticaux attentionnels et motivationnels (C. Tardif. B. Gepner, 2003, P67-68).

## 9-Description des programmes, prise en charge et interventions

Nous proposons par notre descriptif, d'établir un premier niveau de distinction entre les « programmes » relevant d'une approche globale (c'est-à-dire visant à fournir aux personnes atteintes d'autisme un ensemble d'interventions coordonnées) et les « interventions » ayant un caractère séquentiel ou relevant d'une approche focalisée (c'est-à-dire visant à traiter une partie de la symptomatologie ou à fournir une aide éducative ou rééducative dans un domaine limité). Ces interventions peuvent faire partie des éléments constitutifs de programmes globaux différents. A un deuxième niveau, nous classons les « programmes » en fonction de leur orientation théorique principale (ex : comportementale, éducative). De la même façon, les « interventions » sont catégorisées selon la nature de leur objectif principal (ex : développement de la communication ou de la socialisation...).

### Résumé

Comme nous avons pu le voir l'autisme est un trouble complexe. Il n'est pas aisé de l'appréhender dans sa globalité. La compréhension d'un handicap nécessite des explications scientifiques concrètes et qui font l'unanimité. C'est loin d'être le cas pour l'autisme. Ceci renforce le mystère qui plane autour de ce handicap. Ceci est une difficulté supplémentaire dans la sensibilisation de la société à l'autisme. De plus, l'autisme recouvre de nombreuses réalités. Il est donc difficile de pouvoir faire une généralisation.

**Chapitre II**

**Les thérapies de prise  
en charge des enfants  
autistes en  
Algérie**

## Préambule

La prise en charge de l'enfant autiste joue un rôle dans l'admission du l'handicap. Elle permet d'intégrer l'enfant dans un projet et le sortir dans sa boucle à une organisation quotidienne.

Les prises en charge des enfants atteints du syndrome autistique constitue à la fois une priorité thérapeutique, pédagogique, éducative et sociale. Les enfants autistes sont des enfants qui font douter les parents sur leur capacité à être parents, douter les professionnels sur leur capacité à être thérapeutes ou éducateurs. Le professionnel non informé peut alors être très vite dépassé. Les techniques de prise en charge des personnes autistes ont considérablement évolué au cours des 30 dernières années avec une stratégie de collaboration entre professionnels et parents.

Dans ce chapitre on va présenter successivement les programmes et les prises en charge relevant d'une approche globale ainsi que les interventions focalisées sur un domaine donné appliqués en en Algérie.

## Section I : Les différentes thérapies de prise en charge

### I-1. Programmes d'interventions à référence comportementales et développementales :

Il s'agit généralement de programmes précoces et intensifs conçus pour susciter des progrès globaux et améliorer à long terme l'évolution des enfants atteints d'autisme. Ils sont basés sur une approche à référence comportementale ou développementale mais souvent, comme c'est le cas pour le programme TEACCH, les deux modèles sont utilisés en référence avec un estompage progressif des éléments comportementaux au profit de l'éducatif au cours de l'évolution des enfants.

- **Programme ABA (Applied Behavior Analysis) ou l'Analyse Appliquée du Comportement :**

Les professionnels travaillant dans le champ de l'ABA, auprès de personnes avec autisme, ont différentes façons d'aborder leur pratique, d'organiser l'environnement d'apprentissage et la façon d'interagir avec les enfants. Toutes ces pratiques restent guidées par l'ABA (Applied Behavior Analysis), c'est à dire que leur base scientifique est la même. ABA est l'étude du comportement reposant sur l'observation d'un stimulus et de la réponse d'un sujet. L'analyse

appliquée du comportement, ABA résulte de la recherche sur l'analyse expérimentale du comportement.

Ainsi, l'ABA repose sur le modèle du comportement opérant de Skinner. Elle est considérée comme l'une des méthodes d'intervention efficaces pour traiter les troubles du comportement, qui sont très souvent dans l'autisme. L'ABA, approche éducative et comportementale, a été créée par Ivar Lovas aux États-Unis dans les années 1960. Elle consiste en une analyse du comportement et en une intervention intensive visant l'obtention d'une meilleure intégration sociale par l'augmentation et le renforcement des comportements jugés adaptés, et la diminution des comportements estimés inadéquats. L'ABA utilise donc des stratégies éducatives permettant la réduction des comportements problématiques interférant dans l'apprentissage de l'enfant. C'est en 1987 que Lovaas décrit sa première étude fondée sur son programme ABA. L'étude de Lovaas suggère que les enfants autistes âgés de moins de trois ans qui suivent une thérapie comportementale intensive de quarante heures par semaine et ce durant deux ans ou plus, font des progrès remarquables (C. Meirieu, C. Raynal, 2009, P69).

- **Programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children ; traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication) :**

Dans les années 60, Eric Schopler (1997) postule que l'autisme n'est pas le résultat d'une pathologie parentale mais probablement le résultat d'un dysfonctionnement cérébral d'origine organique encore indéterminé. Il adopte alors une attitude opposée à celle de Bettelheim et au lieu de séparer l'enfant de son milieu familial, propose de former les parents comme Co-thérapeutes de leur enfants. Ce programme est basé sur une collaboration forte entre parents et professionnels. Il inclut également l'évaluation diagnostique, un projet individualisé ainsi qu'une éducation spéciale destinée aux enfants avec un trouble autistique ou des troubles de communication (Paneri, Ferrante & Caputo, 1997), ainsi que des structures d'accueil ou d'aide à l'emploi pour les adultes avec ces troubles. Ce programme s'adapte aux besoins, intérêts et compétences des personnes avec un syndrome autistique, il reconnaît les différences interindividuelles et intra-individuelles (Lord & Schopler, 1994). De plus, cette approche s'intéresse davantage aux capacités de l'enfant qu'à ses déficits. Il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste dans son environnement naturel en favorisant le développement de son autonomie. Afin de concrétiser l'objectif, le



programme met l'accent sur les stades de développement de l'enfant afin d'intervenir adéquatement, dans la petite enfance on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique ; à l'âge scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement, et à l'adolescence et l'âge adulte on tend vers une grande autonomie, avec une formation professionnelle.

Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leurs enfants. Pour ce faire, les parents sont initiés, orientés par les professionnels. De leur côté les parents s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant. Le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration et une reconnaissance mutuelle. L'objectif à long terme du programme TEACCH est de favoriser un fonctionnement optimal pour que, devenu adulte, la personne atteinte d'autisme s'intègre dans la société et il représente un modèle au niveau international et de nombreux pays l'ont repris avec succès (J.F, Chossy, 2003, P146).

### **I-2 prises en charge intégratives :**

Ces prises en charge font l'objet d'une section distincte en raison de leur éclectisme et de la volonté généralement d'intégrer à leurs pratiques des interventions à références théoriques multiples. Elles empruntent en effet leurs moyens à différents courants théoriques et adaptent leur utilisation au contexte de l'enfant, aux souhaits de sa famille et aux ressources des professionnels de différentes disciplines. En pratique, les interventions proposées dans le cadre de ces programmes sont multiples et variables. Dans cette section notre objectif est d'apporter aux lecteurs une illustration de ces pratiques et non pas de leur proposer un inventaire exhaustif et impossible à réaliser en raison de la diversité de ces pratiques mais surtout des difficultés d'accès (par notre stratégie de recherche) à des publications descriptives.

- **Prises en charge intégrées**

La prise en charge intégrée des enfants autistes suppose leur maintien dans leurs milieux habituels utilisé comme des supports aux projets éducatifs et de soins. Les moyens spécialisés peuvent compléter des moyens ordinaires en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille. Cette approche a été développée et utilisée par Charles Aussilloux et Marie-Françoise Livoir-Petersen à Montpellier (1998). Les principes de la prise en charge intégrée reposent sur le respect des repères permettant à l'enfant de se développer et la mise à sa portée de ceux qui lui ont manqué, le soutien de l'entourage familial et social, le rajout de moyens

spécialisés et de moyens normaux. L'intervention doit être précoce et son intensité est modulée au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant et de son projet individualisé. La cohérence et la continuité des soins doivent être assurées par une personne référente. En pratique, cette technique implique des moyens spécifiques pour faciliter le repérage de l'enfant dans ses confrontations au milieu et pour l'aider à s'appuyer sur la composante émotionnelle de ses relations (stabilité du milieu, désignation d'une personne référente, accompagnement proche lors des moments de transition).

- **La thérapie d'échange développemental :**

La Thérapie d'Echange et de Développement (TED) s'appuie sur une conception neuro-développementale de l'autisme selon laquelle les troubles du comportement qui caractérisent cette pathologie seraient la conséquence d'une insuffisance modulatrice cérébrale. (Barthélémy, Hameury, Lelord, 1995 ; Barthélémy, 2001). La TED a été développée dans le service de psychothérapie des enfants du CHU de Tours (Adrien, Blanc, Couturier, Hameury, Barthélémy, 1998). Dans un premier temps, appliquée à des enfants atteints de troubles autistiques sévères, elle a ensuite été utilisée avec des enfants présentant d'autres troubles graves du développement.

La TED est décrite comme une psychothérapie centrée sur l'échange et le développement cognitif, affectif et émotionnel (Lenoir, Malvy & Bodier-Rethore, 2003). C'est une approche spécifique organisée principalement autour de soins psycho-éducatifs individuels réalisés au cours de plusieurs séances hebdomadaires de 30 minutes chacune pendant lesquelles l'enfant est sollicité et accompagné dans différents jeux en fonction de ses intérêts et de ses capacités. Les séances s'organisent autour de trois principes généraux dont la simplification de l'environnement spatial et des stimulations, l'échange et l'imitation et, enfin, la réalisation de séquences motrices fonctionnelles (Lenoir, Malvy & Bodier-Rethore, 2003). Dans la perspective d'une prise en charge globale des enfants, une réflexion pluridisciplinaire est menée pour définir les orientations du projet individuel. Ainsi, les séances de TED sont coordonnées à d'autres actions relevant d'un éventail plus large et éclectique d'interventions incluant des rééducations (orthophoniques, psychomotrices).

### **I-3. Interventions focalisées**

A la différence des programmes qui comprennent un ensemble d'interventions coordonnées, les interventions ont un caractère habituellement plus limité dans le temps

et sont effectuées par séances ou séquences régulières. Elles peuvent faire partie des éléments constitutifs de programmes globaux différents. Ces interventions ont aussi, 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.

### **I-3-1. Interventions focalisée sur le langage et la communication :**

Des interventions variées, incluant la rééducation 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.

- **Système de communication par échange d'images (PECS) :**

La communication par échange d'images a été initialement développée dans les années 80 aux Etats-Unis par Frost et Bondy (1994) pour suppléer ou augmenter la communication des jeunes enfants d'âge préscolaire avec des troubles autistiques. Elle est principalement utilisée auprès d'enfants d'âge préscolaire présentant un diagnostic de troubles envahissants du développement ou d'autres troubles de la communication caractérisés par une absence de langage fonctionnel.

Ce programme évolue graduellement vers un système de communication alternative augmentée prenant en considération à la fois les besoins d'enfants et d'adultes avec une variété de troubles de la communication. Il a pour objectif d'apprendre à l'enfant à initier spontanément une interaction donc de développer sa communication et ses relations en présentant l'avantage d'être utilisable à l'école et à la maison. Le PECS est organisé autour de l'utilisation d'images qui constituent, par rapport à la parole, un message stable qui facilite la réception et la compréhension. L'enfant dispose d'un livre de communication constitué d'un classeur avec des images qui lui sert à s'exprimer. 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 (<http://www.vaincrel'autisme.org/content/prises-en-charge>).

- **Langage gestuel (LSF) :**

(LSF) La langue des signes, dont la structure linguistique est maintenant connue, utilise le canal visuel-gestuel, alors que, pour beaucoup d'enfants autistes, les fonctions empruntant le canal auditif sont altérées par des troubles neuropsychologiques ou par des expériences psychopathologiques négatives centrées sur la réception de signaux sonores (voix, bruits, etc.). Il s'agit d'un système symbolique utilisé pour communiquer. Il possède un système phonologique et une syntaxe utilisés comme moyens alternatifs pour communiquer, échanger et mettre en place des apprentissages en substituant le canal visuel au canal oral. La LSF présente une composante iconique qui la situe à un niveau différent de la parole dans les processus cognitifs. Les signes gestuels présentent en effet une image des choses de la réalité. Ce système nécessite l'existence d'un certain nombre de pré-requis chez l'enfant ou l'adolescent : capacités d'imitation motrice, de planification motrice, de contact visuel, de motricité fine (<http://autismes-et-potentiels.ch/langage-gestuel/>).

- **communication facilitée :**

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

## **Section II : La thérapie conte**

### **II-1.Origine du conte**

Pour P. Laforgue, les contes proviennent de la tradition orale et trouvent leur origine au coin du feu. En effet, on a découvert qu'à l'époque de la préhistoire, la vie s'organisait autour de deux foyers : un foyer pour la cuisine et un autre utilisé à des fins sociales. C'est

autour de celui-ci que se transmettaient les techniques de chasse, de pêche, les secrets médicaux. C'est là aussi que sont nés les contes. Ceux-ci avaient une fonction sociale de rassemblement mais aussi de transmission. Pendant longtemps, ils étaient destinés uniquement aux adultes et c'était un honneur d'être jugé digne d'en hériter. H. Gourgaud considère les contes comme la littérature des illettrés. Ils sont inscrits dans la tradition orale de peuples qui n'avaient pas accès à la lecture ou à l'écriture. Cette tradition orale avait pour but la transmission de l'histoire, des lois, de la littérature orale, mais aussi comme le dit P. Laforgue, l'enseignement de savoir-faire et l'initiation par des rites. Si les contes ont pu subsister jusqu'à aujourd'hui, c'est selon H. Gourgaud justement par leur particularité de ne pas avoir de forme figée : chaque conteur les a nourris, les a enrichis, tout en respectant leur structure, et les a transmis plus loin.

P. Laforgue, quant à lui, considère la notion d'inconscient collectif dans cette diversité. En partant de l'hypothèse qu'il existe des images archaïques exprimant un niveau profond de l'inconscient qui serait commun à tout individu, les contes ne sont alors qu'un moyen qui permet d'exprimer ces images archaïques. Cette théorie expliquerait donc la présence d'éléments communs dans des contes de divers pays, éléments archaïques tels que l'angoisse d'abandon, la rivalité fraternelle, la toute-puissance du héros, et bien d'autres encore (Art, P. Laforgue, 2007)

## II-2. Définition du conte :

Le conte est un récit court, un récit de faits qui pose un regard sur la réalité par le biais du merveilleux ou du fantastique. Le conte est généralement destiné à distraire, à instruire en amusant.

Le terme conte vient du mot « conter » qui est issu du latin «computare », ce qui signifie compter, énumérer, et par extension, raconter.

Le conte est un récit de faits ou d'aventures imaginaires, mais aussi un genre appartenant à la littérature de type narratif (<http://www.espacefrancais.com/le-conte/>).

**ESTIENNE (2001)** : « le conte est un récit d'aventures imaginaires qui mettent souvent en scène des personnes, des animaux qui ont à effectuer un itinéraire pour obtenir quelque chose de vital qui leur tient à cœur ».

### II-3. Les différents types de contes :

- Les contes merveilleux** : avec des choses extra ordinaires, du domaine de l'imaginaire fée, sorcières, ogres, baguette magique, boule de cristal.
- Les contes réalistes** : ils sont beau coup plus proches de la réalité.
- Les contes d'animaux** : les personnages sont des animaux, comme les trois petits cochons.
- Les contes facétieux** : type de farce du moyen âge.
- Les contes de randonnées** : ils sont répétitifs et énumératifs par exemple les jours de la semaine.
- Les contes de sagesse** : qui font réfléchir (Andersen)
- Les contes étiologiques** : les contes du pourquoi et du comment.
- Les contes d'origine** : des événements originaires origines (**pdf Chloé Simon 2008**).

### II-4. Conte et psychanalyse :

- **Freud et les contes :**

Freud s'est beaucoup intéressé aux contes. En effet, l'utilisation des contes populaires dans la pensée de Freud a servi d'argument de démonstration et d'outil de soutien aux théories psychanalytiques qu'il élaborait, en particulier dans ses recherches sur le rêve. Ainsi, pour Freud (1908), les contes possèdent la propriété essentielle de figurer des fantasmes inconscients et de transporter les fantasmes originaires (scène primitives, castration, séduction...) Dans l'un de ses principaux articles qu'il a consacré au contes, Freud (1913) mettait en évidence comment les matériaux des contes de fée constituent les restes diurnes de certains rêves; il montrait aussi comment les contes eux-mêmes peuvent être mis en place de souvenirs- écrans : « chez quelques personnes, le souvenir de leur contes préféré a pris la place de leur propres souvenirs d'enfance ; ils ont élevé les contes au rang de souvenir-écran» (**Freud, 1913, p214**).

De plus, Freud affirme que les contes traitent des questions fondamentales sur l'origine de l'être, de la différence des sexes, de la sexualité, de la naissance.....et vient répondre au désir de savoir des enfants à la question : d'où viennent les enfants ? Il fait un lien entre les théories sexuelles qu'élaborent les enfants et le contenu du conte : « la connaissance des théories sexuelles infantiles, des formes qu'elles prennent dans la pensée des enfants peut être intéressantes de différents point de vue et de façon surprenante aussi pour la compréhension des mythes et des contes » (**Freud, 1913, p. 16**).

- **Bruno Bettelheim : un sens à la vie**

Bettelheim a étudié 71 contes en dévoilant leur sens caché et leur rapport avec les problèmes de croissance de l'enfant, le répertoire de ce dernier s'attache aux contes populaires du monde entier, qui détiennent selon lui la capacité d'offrir un sens à la vie.

Pour cet auteur, les contes de fées présentent à l'enfant sous une forme imaginaire et symbolique les étapes essentielles de la croissance et de l'accession à une vie indépendante. Selon lui le conte permet à l'enfant d'affronter ses peurs, de dépasser son angoisse de séparation en lui présentant des solutions à ses conflits. Bettelheim (1976), le conte offre à l'enfant la possibilité d'extérioriser ses conflits internes et de les identifier à des personnages (fées, sorcière...), ce que lui permet à terme de mettre de l'ordre dans ses tendances contradictoires et de sortir du chaos. En fait le conte permet à l'enfant de vivre ses peurs, ses désirs et de trouver des solutions possibles.

L'une des idées de fond de Bettelheim et que les contes traditionnels constituent pour l'enfant une aide importante dans la mesure où ils portent en eux des situations qu'il vit dans son inconscient et où il pourra mettre à profit le fait de s'identifier à ces situations et à leurs héros comme source de maturation. Autrement dit leur valeur inégalée viendrait de ce qu'ils aident l'enfant à transformer en fantasmes le contenu de son inconscient, lui ouvrant ainsi de nouvelles dimensions imaginatives (A. Mespoulet, 2001.2002).

- **Marie Louis Von Franz : conte et inconscient collectif**

Pour Marie Louis Von Franz, psychanalyste autrichienne, les contes populaires sont l'expression la plus simple et la plus pure des archétypes de l'inconscient collectif, car, étant assez peu chargés en éléments propres aux différentes collectivités, il reflète fidèlement les structures psychiques inconscientes : « les contes de fées expriment de façon extrêmement sobre et directe les processus psychiques de l'inconscient collectif ». (Von Franz, 1978). Pour Marie Louis Von Franz, les contes nous invitent à l'aventure, et à trouver une autre dimension à notre vie. Selon elle, les contes populaires semblent bien exercer, par apport à l'état d'esprit d'un peuple, la fonction qui est celle des rêves par apport à l'individu : ils confirment, guérissent, compensent, modifient. C'est en cela que réside la valeur inestimable de uns et des autres, et c'est pourquoi les contes n'ont jamais disparu et n'ont jamais été non plus assimilés par un enseignement religieux de quelque ordre que ce soit.

**II-5. Block : le conte comme nourriture :**

Pour Block (1992), raconter c'est nourrir, il est vital de raconter aux enfants des histoires de bouche, d'avalement et de dévoration. Raconter, c'est l'oralité dans toute sa plénitude.

Les contes, pour le conteur et ceux qui l'écoutent doivent offrir une nourriture vitale, reflet de leur rapport personnel avec la nourriture et la manière de manger. Conter correspond à « une idée de plein ».

Le conte enseigne aussi que, dans la vie, on ne s'en sort pas tout seul. Il faut être ouvert au monde, faire des rencontres, apprendre, découvrir aussi comment accepter les autres et comment donner en échange. Beaucoup de contes d'avertissement pointent le danger de certains types de comportements. Pour les enfants il y a toujours cette nécessité d'entendre répéter des histoires, la vie des enfants est ponctuée de repas, il est donc rassurant pour eux qu'à l'intérieur du conte même on en parle. C'est une sorte de repère, quelque chose du quotidien grâce auquel le conte n'apparaît pas comme une histoire abstraite, hors du temps, mais semble au contraire très proche de la vie.

**II-6. Winnicott : le conte comme objet transitionnel**

Winnicott (1971) : le petit enfant doit être capable d'avoir peur afin d'être soulagé de ce qui est mauvais pour lui. Il a besoin de voir le mal en d'autres personnes, d'autres choses, d'autres situations.

Les travaux de Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, portent principalement sur le développement du nourrisson, la relation mère-enfant : le « holding » (c'est-à-dire la façon dont l'enfant est porté), le « handling » (la manière dont l'enfant est manipulé, soigné) et « l'objet presenting » (le monde de présentation de l'objet). Il considère également l'importance de l'environnement pour le passage de la dépendance à l'indépendance et la description des objets et phénomènes transitionnels. Ces derniers désignent l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre l'érotisme oral et la relation d'objet.

Dans le cadre de l'atelier conte, le moment du comptage où la parole est nourriture organisatrice, fait apparaître chez des enfants des phénomènes transitionnels. En effet, dans cet espace d'écoute, l'enfant accroche le conteur du regard et a des attitudes et des gestes qui



lui sont propres. Dans l'atelier conte, l'enfant en souffrance peut recréer ce lien relationnel entre lui et le monde extérieur. Le travail du préconscient va pouvoir se mettre en place. En cela, dans l'atelier conte, la création d'un récit merveilleux implique l'accès à la transitionnalité, c'est-à-dire la capacité d'investir un espace potentiel ou intermédiaire dans lequel les scénarios fantasmatiques vont pouvoir être pris en relais par l'activité du préconscient, et ensuite venir se jouer au contact de la réalité externe. En tant que médiateur, le conte offre à l'enfant un espace d'illusion, en ce sens, l'outil « conte », peut être considéré comme un outil projectif à part entier, favorisant la régression, la résurgence des fantasmes et leur symbolisation à l'aide du langage.

### **II-7. La théorie de Pierre Lafforgue**

Pierre Lafforgue, pédopsychiatre et psychanalyste, fut dès l'un des premiers à utiliser le conte dans une optique thérapeutique à l'hôpital de jour « La Pomme Bleue » à Bordeaux. Selon lui, Le conte permet aux soignants d'arriver à penser et symboliser gestes et déplacement lors des séances, grâce à un cadre bien précis. Par son contenu, il peut être, pour l'enfant un modèle d'organisation de pensée naissante. Pour Lafforgue, il s'agit d'atelier thérapeutique dans leur fonction contenante et organisatrice. L'atelier conte permet à des enfants en très grandes difficultés d'émerger de leur angoisses archaïques, de cheminer plus efficacement vers une individualisation et de mieux élaborer psychiquement leur histoire personnelle (A. Mespoulet, 2001.2002)

### **II-8. Le conte perspectif thérapeutique, le conte en prise en charge :**

#### **II-8-1. Les fonctions du conte :**

- **Une fonction contenante**

Pour P. Lafforgue la fonction contenante correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformations des contenus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation. Cette fonction considère simultanément l'existence d'une capacité d'accueil de l'angoisse et celle d'une capacité transformatrice de l'angoisse en sens. L'utilisation de la fonction contenante de l'atelier conte, la fonction organisatrice du conte et la signification dans ces mêmes ateliers. S'ajoute à ces fonctions la fonction médiatrice du conte dans la vie psychique (Art, Annick. B.C, 2005).

- **Un canal de réception du langage**

Le conte permet à l'enfant d'être mis en contact avec une syntaxe pouvant être simple ou très complexe, il a une fonction de sensibiliser l'enfant à une utilisation ludique du langage (rimes, rythmes, musicalités ...) auprès des enfants en difficultés scolaire ou en difficultés de communication, toutes leur attention s'accroche par le canal visuel, auditif, kinesthésique.

- **Compenser**

Cette fonction compensatoire est expliquée par le fait que le conte permet d'éviter au psychisme des répétitions inconscientes de peurs et d'angoisses tout en accomplissant des désirs archaïques.

- **Structurer l'intégration sociale**

Selon Bettelheim « Les métaphores peuvent aider à structurer l'individu et à encadrer son intégration dans la société en lui faisant découvrir la fonction des lois », il évoque la fonction importante de structurations personnelles et sociales que permettent les contes pédagogique.

- **Stimuler l'identification**

Certains contes travaillent directement sur les fondations de l'être à travers la représentation de plusieurs personnages du conte, et le plaisir que communique également le conteur permet à l'auditeur de rentrer dans le récit, de mieux s'identifier aux personnages et de se reconnaître en tant que « soi ».

- **Fonction fantasmatique**

On retrouve dans l'explication de cette fonction fantasmatique les idées précédemment exposées par, BETTELHEIM (1976), concernant le parallèle entre conte et processus psychiques (fantasmes, rêves, inconscient, symbolique).

- **La dimension groupale du conte**

La fonction globale du conte se situe à plusieurs niveaux. Elle s'inscrit d'abord dans sa dimension sociale : le conte est dit dans un groupe et s'adresse à un groupe. Il représente également la réalité psychique du groupe, enfin il dit ce qu'il y a de globalité en chaque sujet (Art, C. Bueche, 2010.P 18-20).

### II-8-2 Avec qui et comment le conte est-il utilisé

Le conte est utilisé aujourd'hui à des fins éducatives, pédagogiques, rééducatives et thérapeutiques, avec des enfants, des adolescents ou encore des adultes, de façon duelle ou bien en groupe. Voici trois exemples d'utilisation du conte, proposés par trois auteurs au métier différent : Françoise ESTIENNE, Pierre LAFFORGUE, psychanalyste et pédopsychiatre et enfin Jean-Marie GILLIG, inspecteur de l'Éducation nationale honoraire et docteur en sciences de l'éducation.

- **ESTIENNE le conte en orthophonie :**

Utilise le conte métaphorique avec ses patients de tous âges. Elle appelle les contes pour aides ses patient à « comprendre des notions abstraites comme la voix, l'écriture, l'oreille, une règle de grammaire », qui sert de « support pour exercer une fonction telle que la parole, la lecture, l'écriture, la voix. Estienne, décrit des effets du conte tel qu'en orthophonie : rééducation du langage (voix, bégaiement, oreille, rééducation tubaire, acquisition du langage, langage écrit, apprentissages), et les problèmes existentiels : exister, grandir, s'aimer, affirmer, Les approches thérapeutiques : voix, langage écrit, bégaiement (Art, F. Estienne. F, 2001).

- **LAFFORGUE et les ateliers-conte thérapeutiques :**

LAFFORGUE (2002) a expérimenté l'atelier-conte avec des enfants dysharmoniques (dysharmonie psychotique, névrotique ou bien déficitaire) qui se pratique par ailleurs dans de nombreuses institutions ou dans des consultations de secteur. Après le contage, les enfants jouent l'histoire en endossant chacun un rôle. L'atelier se termine par un dessin du conte par chaque enfant. Le pédopsychiatre a ainsi découvert la double dimension de l'atelier conte, à la fois thérapeutique et sociale :

- **Thérapeutique** car cet espace permet une référence tierce, sa répétition est sécurisante, l'histoire se déroule dans le temps et il faut repérer ses éléments, l'enfant est obligé de s'extraire de sa problématique pour investir le jeu, le rôle et le dessin.

- **Sociale** car il fait référence au théâtre et au spectacle qui est offert aux autres, et nécessite une écoute en groupe.

L'atelier-conte est également indiqué pour des enfants entre trois et sept ans présentant des problèmes d'immaturation : retard ou absence de langage oral et/ou écrit, difficultés d'abstraction, retard dans l'organisation du graphisme ou du dessin, instabilité et anxiété et

enfin difficultés à entrer dans la lecture/ écriture. L'auteur précise que l'atelier-conte doit s'intégrer en complémentarité avec d'autres techniques de soin (**J. Hochmann 2010**).

- **GILLIG : le conte en pédagogie :**

GILLIG (1997) met en avant les activités autour du conte qui peuvent être très utiles pour les enfants d'âge scolaire ayant des difficultés ou non. Pour lui, en effet, le conte est un excellent support pour réapprendre à lire à des enfants « mal-lisant » et pour acquérir une compétence narrative. Le conte est également prétexte à des créations littéraires (contes défaits, contes à l'envers, salades de contes, contes démarqués...) et ludiques (création de jeux à base de contes connus).

### **2-9. Le cadre de l'atelier conte**

Le cadre est défini par trois éléments :

- Le temps : les séances sont fixées dans le temps, en rythme et en durée, et cela est connu de tous.
- Le lieu : les séances ont lieu dans un espace à part, qui n'est pas utilisé par le groupe pour d'autres activités, et qui reste fixe au fil du temps.
- Les personnes : les participants sont désignés, leur nombre ne change pas à priori et ils sont attendus à chaque séance (**Art, S. Degeilh et G.Nigou, 2005**)

### **Résumé**

L'autisme est une pathologie globale du développement de l'enfant avec des déficits dans différents domaines cognitifs. Il est donc important de favoriser une prise en charge globale (TEACCH, ABA, PECS, ...), qui aura pour objectif le développement de différents domaines d'acquisitions (compétences sociales, langage, communication non verbale, reconnaissance d'autrui, acquisition de l'autonomie). Une autre thérapie, le conte qui permette aussi aux enfants de développer leurs compétences langagières. Ainsi, il apparaît comme un support qui pourrait être utilisé avec ces enfants pour échanger, s'exprimer et créer des liens avec les autres, il pourrait également être utilisé comme médiateur pour les stimuler.

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

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

# **Partie Pratique**

# **Chapitre III**

## **La méthodologie de la recherche**

## Préambule

Pour réaliser une recherche scientifique, le chercheur doit se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigations. Avant d'approcher le terrain d'étude. On est sensé d'abord faire une pré-enquête, en vue de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche intitulé « Les dimensions thérapeutiques d'un conte chez l'enfant autiste ».

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

### 1-La démarche de la recherche

#### 1-1.La pré-enquête :

C'est une phase de préparation qui est très importante dans chaque projet de recherche, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le plus possible d'informations sur notre thème de recherche ou le sujet à étudier et de l'envelopper, est aussi de tester les questions de guide d'entretien élaboré pour l'enquête, cette phase et une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à construire une problématique plus précise est surtout à formuler des hypothèses qui sont valides, fiables argumenter par la suite.

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

Au début on s'est renseigné sur les différentes associations existantes à Bejaia, on s'est présenter à l'association de prise en charge d'enfant autiste de wilaya de Bejaia ou on a effectué une petite recherche pour voir les enfants autistes est leur comportements est aussi pour s'informer de différentes prises en charge qu'ils utilisent au sein de cette association, mais comme ils n'utilisent pas le conte qui est notre base de recherche, ils nous ont orienter vers l'office de psychologie et d'orthophonie la porte du bien pour l'autisme de la wilaya d'Alger, ou on s'est présenter devant la directrice de ce centre comme étant des stagiaires en psychologie clinique de l'université Abderrahmane Mira vue de réaliser une recherche de fin de formation et préparer le mémoire de fin de cycle sous le thème les dimensions thérapeutique d'un conte chez l'enfant autiste.



Notre stage c'est dérouler durant une période de deux mois s'étalant du 15/03/2015 au 13/05/2015.

Par ses deux mois derniers, on a pu cerner notre groupe d'étude et élaborer notre problématique de recherche ainsi que, nos hypothèses, pour bien investir les données de notre recherche. On a utilisé une observation renforcée par une grille d'observation dans le but d'observer notre groupe d'étude, ainsi qu'un entretien semi directif renforcé par un guide d'entretien avec l'équipe thérapeutique.

### **1-2.La méthode utilisée :**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthodes corrélationnelles, méthodes normatives développementales, enquête.). 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, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (Beaugrand, 1988) (**kh. Chahraoui et H. Benony, 2003**).

Par ailleurs, selon (G. Rodolphe et J.F. Richard, 1999) « La démarche descriptive s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont remplacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et sa situation actuelle) et prend en compte l'engagement de l'observateur ».

### **2-Lieu de la recherche**

Notre recherche a été effectuée au sein d'un centre privé intitulé : office de psychologie « La porte du bien pour l'autisme » à Alger, adresse (60, coopérative, El mabniya Bir Khadem. Alger), est un office qui accueille des enfants atteints le trouble d'autisme, qui a été créé en 2011, et son ouverture officielle été le 15Mai 2011, sous l'agrément du ministère de la santé.

Cet office ouvre ses porte pour les autistes âgés de 3 à 18ans, et en ce moment on trouve soixante-cinq (65 entre enfants est adolescents), le temps plein de (8h30 à 15h), et la capacité d'accueil est quatre-vingt(80) autistes.

L'office contient huit (08) classes, deux (02) bureaux de séances (orthophonie + psychologie), un jardin et une Terrasse, chaque classe est équipée d'une caméra de surveillance, dans lesquels on trouve entre huit (08) à neuf (09) enfants autistes, avec une spécialiste dans l'autisme et aide éducatrice.

Dans chaque classe, les spécialistes suivent un programme particulier, ainsi qu'un projet individuel pour chaque enfant, avec la moyenne de deux (02) séances d'orthophonies par semaine, les enfants sont classés par rapport à leurs âges réels et l'âge mentale, et leurs degrés d'autisme, le programme est suivi toute au long de la semaine à part le Mardi (c'est la piscine), le Jeudi c'est la sortie pour l'intégration sociale.

Le centre, La porte du bien pour l'autisme contient vingt-cinq (25) membres du personnel, six (06) orthophonistes, neuf (09) éducatrices, un (01) psychomotricienne, et neuf (09) aides éducatrices.

### **2-1. Des renseignements généraux sur la méthode de travail du centre de soin :**

Durant notre stage on, a pu collecter des informations par un entretien avec la directrice, sur les différents types de prise en charge adoptés au lieu de notre recherche auprès des enfants autistes, d'après ses réponses, l'équipe thérapeutique applique diverses thérapies et programmes afin d'améliorer les comportements inadaptés et progresser les capacités développementales chez les autistes. Parmi ces thérapies la directrice dit : « **notre centre centré sur quelques thérapies qu'on a choisi d'utiliser selon leur efficacités afin d'obtenir des résultats positifs** », et constatant que le centre n'applique pas une prise en charge médicamenteuse suivie à l'absence d'un pédopsychiatre, mais il emploie des thérapies cognitive-comportementales et développementales tel que TEACCH de la manière suivante, expliquer par la directrice : « **chaque matin l'enfant qui se présente au centre , se dirige directement vers les casiers qui se trouvent devant les classes , la ou il dépose son cartable où se trouve sa photo d'identité , puis une éducatrice vient s'occuper de faire une tâche de cette thérapie ,de lui présenter la date de jour et de coller sa photo sur le tableau pour assurer sa présence, ainsi que montrer le programme de jour à cet enfant par exemple (l'éducatrice dit et l'enfant répète : entrer à la classe, dit bonjours, السلام عليكم, assis correctement, faire des exercices ( graphisme, coloriage, écriture), laver les mains, manger, brosser les dents, faire des dessins ou atelier cuisine et partir à la maison)et tous ça se fait avec des pictogramme** ». Par la suite elle nous a parlé

sur d'autres thérapie tel que ABA, prise en charge intégrative (des sorties, piscine, cinéma), PECS, atelier cuisine et atelier conte.

Comme notre recherche s'est focaliser sur atelier conte thérapeutique, on s'est renseigné sur la manière dont il se déroule, et les objectifs de ce dernier :

Lieu et temps de l'atelier conte : les ateliers contes ont eu lieu et temps fixés, tous les mercredi matin de 10h à 11h, dans une salle où les chaises sont déposées pour permettre aux enfants de se poser, et que rien, mis à part le classeur de comptines, durant la séance conte, la lumière tamisée pour disposer des bougies afin d'attirer l'attention d'enfants.

- Présence de l'orthophoniste comme narratrice et les éducatrices pour aider les enfants à s'installer correctement.
- Accueillir les enfants autistes, les faire entrer, les placés dans leurs places.
- Conte et la fin de l'histoire, les enfants font des jeux et des dessins (Le jeu des enfants est plus structuré donnant accès à une meilleure symbolisation et expression des affects).

#### **-Selon les conditions du conte :**

- Il n'est pas possible de quitter la pièce avant la fin de la séance.
- Chacun doit respecter l'espace et la parole de l'autre.
- Jouer un conte.
- Se faire mal et faire mal à autrui est interdit.

Pour conclure notre entretien avec la directrice, on la interrogé sur l'objectif principale de conte, elle nous a répondu, que le travail avec le conte va aider les enfants autistes à mieux comprendre les idées qu'ils ont en tête, leurs difficultés, les peurs qu'ils peuvent rencontrer.

### **3-Le groupe d'étude**

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

Nous avons retenu comme critère de sélection de notre groupe d'étude, tous les cas disponibles répondant à l'objet d'étude. Ils sont des enfants atteints d'autisme âgés entre 8 et

12ans, tous les cas caractérisés par un autisme typique, et sont pris en charge dans le même centre.

**Tableau N° 01 récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude**

Prénom	Age	Type d'autisme	Sexe	Date d'insertion
Mohamed	12 ans	Typique	Masculin	08/2011
Inès	11 ans	Typique	Féminin	08/2012
Zaki	9 ans	Typique	Féminin	10/2011
Lina	8 ans	Typique	Masculin	05/2013

## 4-Les outils d'investigations

### 4-1.L'observation :

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

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

L'observation comprend l'ensemble des opérations pas lesquelles le model d'analyse est soumis à l'épreuve des faits, confrontés à des données observables. Toutes fois aussi, l'observation est un mode d'investigation du réel très différent de la méthode expérimentale (Ch. Khadidja. H. Benony, 2003).

Notre observation clinique est renforcée par une grille d'observation qui énumère un ensemble de concepts, d'habiletés ou d'attitudes dont on note l'acquis et le non acquis du patient. Notre grille d'observation contient les axes suivants : l'imitation, langage réceptif, sociabilité, comportement et la perception de l'histoire.

#### 4-2.L'entretien clinique

Compte tenu de notre objet d'étude, l'entretien de recherche, est un outil, privilégié dans le cadre d'une relation, il permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration pour le chercheur, l'expression pour la personne interviewée. Selon A. Blanchet « il s'agit d'un dispositif par lequel une personne (A) favorise la production d'un discours d'une personne(B) » (**Ch. Khadidja. H. Benony, 2003**).

«C'est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé » (**F. Depelteau, 2000, P314**).

L'entretien de recherche à un statut particulier qui se distingue de celui de l'entretien mené lors d'investigation car cette distinction concerne non pas l'apparence des échanges. Mais le processus d'interaction entre le chercheur et le sujet qui a la recherche.

Et vue la qualité des informations recherchées on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté au sujets interrogés, ce derniers se présente comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu, pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interrogés d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations » (**A. Maurice, 1997, P144**).

Notre entretien est accompagné par un guide d'entretien 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 » (**A. Blanchet, A. Gotman, 2007, P61**).

« Le guide d'entretien c'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire ».

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

Notre guide d'entretien est composé de trois axes qui contiennent des questions correspondant à notre thème de recherche, ainsi des questions pour la collecte des données sur la méthode de travail du centre de soin.

**Axe I :** Des renseignements généraux sur l'enfant.

**Axe II :** Des renseignements sur les parents des enfants.

**Axe III :** Des renseignements généraux sur l'équipe soignante.

## **5-Les procédures de recueil des données**

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

### **5-1.Les conditions du déroulement de notre pratique :**

Au début de notre stage pratique, et après avoir l'accord favorable de la directrice de centre la porte du bien pour l'autisme, et l'autorisation de fréquenter de pré les enfants autistes, là où on a pu rencontrer les enfants autistes qui peuvent répondre à notre thème de recherche, ou dans chaque classe les enfants sont accompagnés d'une orthophoniste et une éducatrice. Après avoir présenté à l'équipe de travail l'objectif de notre recherche on a obtenu l'accord d'assister aux séances atelier conte pendant toute notre période de stage pour effectuer nos observations, ainsi qu'on a occupé un bureau afin d'assurer le bon déroulement de nos entretiens avec l'équipe thérapeutique et les parents d'enfants autistes.

On a effectué nos entretiens en langue (Arabe) et en (Français), pour faciliter la compréhension des questions. Le déroulement des entretiens ont été réalisés dans de bonnes conditions.

### **5-2. Le déroulement de la pratique :**

On s'est présentée au centre privé « la porte du bien pour l'autisme » de la wilaya d'Alger étant que stagiaires en psychologie clinique, ayant comme thème de recherche « La dimension thérapeutique d'un conte chez l'enfant autiste » dont on a expliqué à l'ensemble de l'équipe du centre l'intérêt de notre thème et on a obtenu le consentement et l'accord

d'effectuer des observations et de réaliser des entretiens avec eux dans le cadre d'une recherche scientifique.

Au cours des observations faites pendant notre stage pratique on a pu s'approcher et établir des relations avec ces enfants autistes, et de participer avec eux dans l'ensemble des activités et les tâches réalisés en classe comme le coloriage, lecture (atelier conte), écriture, sous l'encadrement de l'équipe thérapeutique.

### **Résumé**

En conclusion, afin d'entamer une recherche scientifique il est important de souligner que chaque travail scientifique est lié à une méthodologie, et dans notre recherche nous avons recouru à la méthode descriptive qui permet une observation approfondie et pour la collecte des données, nous avons utilisé comme outils de recherche l'entretien clinique qui nous a permis d'accéder à avoir le maximum d'informations sur les modalités de prises en charge des enfants autistes utilisés dans le centre de recherche et plus précisément sur l'atelier conte, et l'observation clinique qui a pour objet de collecte d'information.

**Chapitre IV**  
**Présentation, analyse**  
**et discussion des**  
**résultats**



## **Préambule**

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

## **I - Présentation et analyse des cas**

### **1-Présentation de cas :**

#### **❖ Cas Mohamed**

Mohamed est un enfant de 12ans, il est le dernier d'une fratrie ; d'une fille et un garçon, son père est un enseignant au lycée, sa mère femme au foyer. Le sujet a été diagnostiqué à l'âge de 5 ans, il présente un type d'autisme typique qui se caractérise par les signes suivants : hyperactivité, une stéréotypie et il présente une communication verbale. A l'âge de 8 ans il a été inséré dans le centre la porte du bien pour l'autisme, où il a été pris en charge par son équipe pluridisciplinaire.

**2-Présentation des grilles d'observations de cas Mohamed :****2-1. la première grille d'observation**

**La période d'observation : 22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015**

Tableau N° 02

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>	×		 × ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	 × ×	  ×	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	 ×	 ×	  ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>			 × × X
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	 ×		 × ×

**2-2. La deuxième grille d'observation :****La période d'observation : 19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015****Tableau N°3 :**

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>	×		 × ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	 × ×		 ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	 × ×		 ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>			 × × ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	 × ×		 ×

### 3-L'analyse des grilles d'observation de cas Mohamed

Les tableaux au dessus résumant les observations que nous avons fait sur l'état de Mohamed durant les deux mois de la durée de notre stage dans le centre la porte du bien pour l'autisme, de la wilaya d'Alger (Bir Khadem).

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

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

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

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

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

remarqué une petite amélioration au niveau de la stabilité et l'attention durant notre deuxième observation.

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

La perception d'une histoire (conte) est un problème majeur chez la plus part des enfants autistes, ainsi joue un rôle très important dans l'amélioration de plusieurs comportements et la capacité dont il pense un enfant autiste.

Mohamed ne présente pas des difficultés à rester calme pour écouter et regarder la narratrice, il trouve un moment de plaisir et de détente lors de la séance du conte. Durant notre première observation et les séances du contes, on a remarqué que Mohamed aime répéter derrière la narratrice pas toute l'histoire mais quelques mots flashés. Selon l'objectif de toutes les histoires racontées aux enfants, on trouve une morale, pour cela Mohamed a travers ces histoires arrive à savoir ce qu'il doit faire et ce qu'il ne doit pas faire.

#### 4-L'analyse des entretiens

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

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

Le père de Mohamed dit : « **la première étape que j'ai fais lorsque j'ai été sure que mon enfant est différent, c'est de chercher un soutien, donc on a demandé l'aide d'un psychologue pour qu'il nous dit ce qu'il a** », lors d'une consultation avec le psychologue à Alger, ce dernier a reconnu que son enfant est autiste d'après les signes observés et ce qu'il a aussi raconté de lui. Le psychologue a les parents de Mohamed vers l'hôpital de DRID HOCINE où se trouve le pédopsychiatre Ould Taleb qui a confirmé l'hypothèse du psychologue.

La réaction face à ce diagnostic a été un choc pour les parents, d'après ce que le père a confirmé : « **On a été choqué au début, mais avec le temps, sa maman et moi avons accepté le fait que notre fils soit autiste** », « **لي جا من عند الله مرحبا بيه الله غالب** ». par conséquent, à travers notre analyse de notre entretiens avec le père de Mohamed, nous avons remarqué un profond impact sur leur santé mentale depuis le diagnostic de son fils, un stress permanent, et ils ont passé des moments terribles durant leur accompagnement de leur fils (le stress, parfois le sentiment de culpabilité, et l'isolement de la famille proche et la société) mais grâce au bon dieu et un encouragement des proches leur parent ont pu s'adapter, malgré toutes ces difficultés, essayant chaque jours de faire de leur mieux pour lui.

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

#### **4-2. l'analyse des entretiens avec l'équipe soignante**

##### **4-2-1. Le bilan psychologique de cas Mohamed :**

Dans l'entretien avec l'équipe thérapeutique du cas de Mohamed, on a choisi de commencer avec le psychologue clinicien, Est un membre et gérant du centre depuis son ouverture. 4ans,



soit de fées, populaires ou islamiques afin de transmettre une idée ou la morale de cette histoire à conditionnement qu'elle doit être plus claire pour eux.

Revenons à la théorie, le psychologue n'est pas loin d'elle, il pratique le conte comme objectif d'aider les enfants et travailler leurs imaginaire « **Le conte comme appareil à penser les pensées chez les autistes** » : dit le psychologue. On note une écholalie persistante chez Mohamed, il répète la fin des phrases de la narratrice, ce qui manifeste en lui : « **بياض مسمومة أكلت تفاحة مسمومة** », à partir de là on observe que Mohamed, essaye de nouer des liens entre les événements racontés par une image afin de crier toute une histoire imaginaire à propre de ses pensées. Après plusieurs contes pratiqués avec Mohamed le psychologue a remarqué que ce dernier fait une évolution dans la chronologie des événements d'une histoire répéter, et même il arrive à raconter des petites histoires déroulées chez lui effectivement pas souvent avec détails mais des phrases bien organisées.

#### **4-2-2. Le bilan orthophoniste de Mohamed :**

L'entretien était déroulé avec une orthophoniste nommée IH ; est un membre depuis 3 ans dans le centre, elle a suivi des formations TEACCH et ABA au sein du centre par la directrice. Chaque jour elle fait des séances individuelles avec chaque enfant autiste.

On s'intéresse au cas du Mohamed, elle a répondu à nos questions, premièrement, on parle, des méthodes utilisées dans le développement langagier des enfants autistes. On a vu précédemment que Mohamed, ne présente pas de difficultés langagières, il arrive à se communiquer verbalement, sauf qu'il parle très vite, nous avons beaucoup de mal à comprendre ce qu'il dit, et on note également chez lui une importante écholalie, il répète ce que dit l'autre. L'orthophoniste dit : « **la pensée intérieure du Mohamed n'est pas mise en place, son écholalie désigne en effet un rapport en langage en bouche** » ; on observe lorsque Mohamed parle, comme s'il a de la bouillie dans la bouche, et son intonation est bizarre. L'orthophoniste dit : « **au premiers temps de son insertion dans le centre Mohamed, n'arrête pas de parler de ses parents** » ; exemple : (بابا, ماما, طونوبيل ماما بي بي) et pendant quelques mois et à force du travail qu'on lui exerce, comme l'utilisation des séquences d'événements afin de travailler la cohérence et la concentration durant un dialogue (dirigé et libre), ils ont pu régler le problème de sa communication hiérarchique.

L'orthophoniste participe dans les séances du conte, elle a observé que Mohamed montre souvent le besoin de jouer, de bouger lors des discussions puis il demande : « jouer



l'histoire » en langue arabe « نلعبو قصة » ; au cours de la séance on a observé qu'il répète tout les derniers mots des phrases de narrateur, il reste dans l'imitation du la narratrice ; et elle a observé qu'il développe des compétences langagière, grâce à la lecture faite aux autistes. Et au fil du conte lorsqu'on lui demande de répéter ce qui a enregistré dans sa mémoire parfois, il fait refaire quelques mots, et d'autres fois il dit des mots qu'ils n'ont aucun lien avec l'histoire racontée ce qui indique que Mohamed travaille son imagination durant l'écoute de l'histoire. En conclusion Mohamed, présente une concentration remarquable envers la narratrice, même l'histoire déclenche chez lui un sentiment de pesanteur, l'écoute devient en lui très fort, il se fixe beaucoup plus sur le rythme pour le refaire. Et à la fin de la séance nous notons les capacités verbales dans le discours de Mohamed

#### **4-2-3.Le bilan éducateur de Mohamed :**

On a fait un entretien avec l'éducatrice de Mohamed, un membre depuis l'ouverture du centre elle occupe une classe de 8 enfants autistes, parmi eux notre cas Mohamed.

On a commencé notre entretien avec elle, par la façon dont elle a établi une relation avec Mohamed, elle nous a répondu : « **Tout travail éducatif doit commencer par ce qu'on appelle du « pairing » en anglais, qui veut dire association en français** » il s'agit de passer un bon moment avec l'enfant, pour qu'il s'associe à un sentiment positif, ce temps peut varier de 10 à 20 minutes selon l'enfant ; et il est forcément plus long lorsque c'est la première rencontre. Et ce que elle fait avec tous les autistes et même ce qu'elle a fait avec notre cas. Elle passe un temps de plaisir et systématique, au début de chaque séance de travail, et à la fin également, pour mieux connaître les intérêts restreints de l'enfant par avance ; cela peut être la musique, les vidéos, le dessin, la peinture... peu importe, il faut s'amuser avec l'enfant, lui donner ce qu'il aime, faire avec lui l'activité favorite.

En ce qui concerne le model inspiré le travail éducatif avec les autistes précisément le cas Mohamed, l'éducatrice nous a dit « **les méthodes éducatives s'inspirent enfin de l'ABA ; TEACCH. Et conte** », d'après ce qu'elle nous a dit ainsi que notre observation ; on a constaté que le ce travail éducatif qui se pratique sur les enfants autistes a poussé à un effet et un résultat positif chez la plupart des enfants autistes spécialement le cas Mohamed. Ces stratégies permettent d'augmenter les bons comportements, de diminuer les comportements inadaptés et d'améliorer la communication de Mohamed l'éducatrice dit : « **Personnellement, je travaille aussi avec les outils TEACCH (adaptation de l'environnement de l'enfant**

**par pictogrammes et autres aides visuelles)** il n'y a pas un seul et unique « modèle » pour le travail éducatif,

En discutant du soutien apporté par l'éducatrice à Mohamed pour qu'il puisse être autonome, elle nous a répondu : « **C'est un travail plus ou moins long. Lorsqu'on parle d'autonomie, on utilise souvent des techniques de chaînage et des pictogrammes, ou autre support visuel. Il y a aussi le modelage et la guidance** », et elle nous a expliqué que le chaînage consiste en la décomposition d'une tâche en multiples étapes. Par exemple, pour se brosser les dents, on va diviser en 5 à 10 étapes : je prends le dentifrice, j'ouvre le tube, j'appuie et je mets le dentifrice sur la brosse... Chaque étape est travaillée par la guidance physique au départ, puis simplement verbale. Lorsque l'enfant sait faire seul une première petite étape, on le laisse faire puis on passe à la deuxième etc.....Mohamed a prit longtemps pour apprendre à se laver seule.

En parlant sur le travail de l'éducatrice avec une équipe pluridisciplinaire pour chaque enfant, mis en place un projet éducatif selon ses besoins, et sa réponse était plus claire durant notre observation. Le travail de l'éducatrice se focalise selon les différents intervenants de l'enfant qui sont très importants et celui de la famille aussi ; car un projet éducatif est construit selon les priorités de la famille, du moment qu'elles sont légitimes et pour le bien être de l'enfant. L'éducatrice peut avoir besoin de travailler conjointement avec l'orthophoniste, si par exemple le langage de Mohamed est une problématique à améliorer.

Revenant sur l'importance d'utilisation du conte comme une thérapie pour soigner les enfants autistes la directrice nous a dit « **Nous faisons atelier conte avec plusieurs autistes et nous lisons des histoires en séances. Même si leur niveau est différent, le conte tient une place importante pour ces autistes. Il peut leur permettre de visualiser des évènements que eux-mêmes n'ont pas vécus et d'en parler ensuite** » ; Et elle nous a dit aussi concernant les comportements observés durant la séance atelier conte : « **rarement ou j'observe un comportement inadapté chez Mohamed sauf s'il se fait gêner par le bruit des autres enfants** ».

En des séances individuelles, l'éducatrice a suivi un programme d'apprentissage durant toute la semaine. On trouve dans le programme (raconter une histoire « **تقليد و محاكاة** ») dans le but d'une reconnaissance visuelle globale des mots, en s'appuyant très souvent sur un court texte illustré. En s'aidant de l'illustration, l'enfant est appelé à mémoriser le profil graphique des mots prononcer, écoute des phrases, dont l'éducatrice lui

indique la prononciation, sans qu'on lui demande de les déchiffrer. Il s'agit d'entraîner l'enfant à la reconnaissance directe de mots qu'il aura photographiés et stockés en mémoire. Avec cette méthode Mohamed arrivera à un certain développement (mémorisation de mots, rappelle à des événements passés, le travaille imaginaire); observé par son équipe thérapeutique et ses parents.

## 5-Synthèse de cas Mohamed

Mohamed, est un enfant autiste verbale, caractérisé par des problèmes de la stéréotypie, un regard périphérique, et d'écholalie. D'après l'analyse des observations faites et nos entretiens, on s'est renseigné sur la méthode la plus efficace et la plus utilisée avec Mohamed pour améliorer leurs capacités et faciliter son apprentissage, on a obtenu une réponse que la thérapie conte à des effets positifs sur Mohamed dans son éducation, son niveau de compréhension et la diminution des comportements répétitifs. Malgré que Mohamed présente un langage verbale mais il aura mal à exprimer lui-même sa souffrance, ses idées. La capacité du conte à pu aider Mohamed dans la structuration de sa pensée, pour cela son équipe thérapeutique préfère d'utiliser le conte comme un moyen à surmonter et gérer ses émotions, angoisses, et manifeste la façon dont il pense sous forme( rires, pleurs dessins, choix des personnage dessinés), et avec le conte ont lui facilite plusieurs situations, événements, avec leurs signification en prenant l'exemple (الله, الإسلام, الخير, الشر, الحياة, الموت) ; sont des termes acquis avec des significations par Mohamed. Peu à peu, l'enfant Mohamed intègre le conte, mais aussi le déroulement des différents contes : il le suit, il le ressent, il communique, il anticipe quant à ce qui est conté.

Les parents de Mohamed jouent un rôle important dans la prise en charge de leur fils, la maman partage une relation affective avec son enfant pendant la lecture, et de bonne qualité. Le parent maintient des interactions agréables et chaleureuses tout en lisant avec expression et en montrant de l'intérêt pour le texte lu. Il recherche les contacts physiques et visuels de leur enfant. Au-delà on observe une très bonne amélioration développementale et comportementale chez Mohamed et qu'il a pu nouer des liens avec ses camarades enfants.

## ❖ Cas d'Inès

### 1-Présentation de cas

Inès petite fille âgée de 11 ans, la dernière de la fratrie, après un garçon, son père est fonctionnaire dans une usine et sa mère femme au foyer. Elle a été diagnostiquée à l'âge de 5 ans, après l'apparition de quelques signes observés par ses parents, elle présente un type d'autisme typique caractérisé par des comportements répétitifs, l'écholalie. Inès ne présente pas des difficultés langagières mais parle avec une voix très basse. A l'âge de 6ans elle a été inséré dans le centre la porte du bien pour l'autisme.

**2-Présentation des grilles d'observations de cas Inès :****2-1. la première grille d'observation****La période d'observation : 22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015****Tableau N° 04**

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>	×		  × ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	 × ×		  ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	 × × ×		   ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>			 × × X
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	 ×		  × ×

**2-2. La deuxième grille d'observation :****La période d'observation : 19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015****Tableau N° 05:**

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>	×		 × ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	× × ×		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	× × ×		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>	× ×		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	× ×		 ×

### 3-L'analyse des grilles d'observations d'Inès

Les tableaux au dessus résumant les observations faites sur le cas d'Inès durant les deux mois de notre stage, précisément dans la salle où se déroulent les séances Atelier conte.

Ce qui concerne l'imitation, Inès ne présente pas des difficultés d'imiter les activités demandées, mais elle a l'air d'une fille paresseuse. Ce qui est indiqué dans les deux grilles d'observations d'Inès, qu'elle s'est progressé dans les activités (coloriages, écritures, graphismes), grâce aux efforts de son équipe thérapeutique.

Pour le langage d'Inès, elle ne présente pas de problèmes langagiers à part sa voix basse (il faut s'approcher d'elle pour l'entendre bien), elle comprend les consignes dites par l'éducatrice ou l'orthophoniste même elle peut les répéter. Inès n'arrive pas à s'exprimer mais elle se communique avec les autres enfants d'une manière verbale et gestuelle par exemple (donne-moi accompagné de geste de tendre sa main). Avec l'encouragement, le renforcement ainsi que l'explication et la répétition des consignes dites qu'Inès s'améliore, elle répond de plus en plus aux consignes demandées ce qu'on a indiqué aux séances du conte comme la nomination du titre des histoires racontées, et les personnages.

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

Discutant de comportement d'Inès, cette dernière présente une légère agitation (se déplace d'une place à une autre), elle perd son attention d'un moment à l'autre, ou on remarque qu'au début de la séance du conte se concentre à la narratrice et aussi aux tâches exercées, par la suite on remarque un détachement entre Inès et l'activité demandée à réaliser (Inès distraite). Pour cela, on a noté dans les deux grilles d'observation qu'Inès s'améliore dans ses comportements (Stabilité et l'attention sont en voie d'acquisition), avec une très bonne progression dans ses capacités d'exécution d'actions en coloriage.

Parlant de la perception de l'histoire chez Inès, au cours de la séance du conte (début), elle fixe les yeux sur la narratrice une fois et sur les autres enfants autres fois sans bouger de

sa place, à l'aide d'une éducatrice pour qu'elle se met calme, concentrée afin d'écouter l'histoire racontée, parce que comme on a vu précédemment, Inès est un peu agitée.

Au milieu de la séance conte, Inès manifeste une certaines écholalies acquises par la narratrice, exemple (redire des mots plusieurs fois (fixe les yeux de l'éducatrice pour s'assurer)). On a aussi observé qu'Inès semble des fois déconnecté de l'atelier conte même si son regard est toujours fixé sur la narratrice, on a constaté ça parce qu'en la entendu chanter durant la récitation du conte ce qu'elle manifeste « **Frère jack dormez-vous, dormez vous** ».

Après plusieurs ateliers contes pratiqués, Inès est toujours dans le développement de ses comportements (être stable, attentive sont envois de progression), et la compréhension des consignes verbales et gestuelles autant qu'objectifs à atteindre pour la diminution des stéréotypées, écholalies fréquentes chez elle.

## 4-L'analyse des entretiens

### 4-1.l'analyse d'entretien avec les parents

« **Nous avons remarqué la différence de notre enfant à l'âge de 36 mois.** » ; ils ont observé quelques signes anormaux chez leur fille, « **présente du langage mais elle ignore de l'utiliser, l'isolement, les comportements répétitifs** » sont les signes les plus fréquentés par notre fille. » dit les parents.

Revenant aux signes autistiques, Inès présente le trouble d'autisme, mais les parents n'ont aucune idée sur la signification de ces signes. La maman dit « **تنطق شي كلمات ، و تحب تدور** » . Mais elle dit aussi « **عيب و انا نحوس واش بيها مي كونت نقول راهي غير تدير فالزكارة** ». Mais autan que femme au foyer elle n'a aucune idée de ce qu'elle a sa fille. Le père d'Inès a pu comprendre le cas de sa fille après l'explication d'une collègue de travail, il dit « **جامي راحت من** ». Cette dernière lui a conseillé une consultation chez un psychologue pour diagnostiquer le problème. « **Le premier diagnostique est fait chez un psychologue clinicien, et la confirmation du trouble été chez un pédopsychiatre à Alger** » dit le père. La réaction du diagnostic n'était pas facile et inattendue pour les parents, la mère dit : « **un cauchemar, la fin du monde pour moi** ». La maman était très angoissé pour l'avenir de sa fille, elle ajoute : « **كونت نسقسي ادا كاين علاج للتوحد** ». Pour elle avoir une réponse claire et fiable sera un soulagement pour eux.



Pour ce qui concerne la prise en charge d'Inès, les parents nous ont dit « لقينا مركز باب « الخير للتوحد ف انترنت ». Ce qui indique l'inquiétude et la recherche des parents d'une solution pour le cas de leur fille. Les parents déclarent qu'Inès suit un traitement médical remis par le pédopsychiatre, et consiste un régime (pas de produits laitiers, sucreries), pour cela Inès s'est calmée.

En discutant sur la méthode de travail qui se focalise entre les parents et l'équipe thérapeutique d'Inès, les parents dits « كي استقبلوها فالمركز و راهي تتعالج الحمد لله », ils ont senti un soulagement après l'insertion de leur fille dans le centre parce qu'ils ont remarqué une certaine amélioration comportementale (comportements inadaptés remplacés par des comportements adaptés) et développementale (un développement dans ses capacités langagières) et dans l'intégration sociale. Le père nous a aussi parlé sur les programmes exercés à la maison à la demande de l'équipe thérapeutique de leur fille, afin de l'habituer et l'entraîner à leurs méthodes, et parmi les exercices demandés : coloriage, atelier cuisine, raconter des histoires. Les parents étaient satisfaits du travail élaboré par le centre après le changement remarquable chez leur fille.

## 4-2. L'analyse des entretiens avec l'équipe soignante

### 4-2-1. Le bilan psychologique d'Inès :

« **Inès est une fille trop agitée auparavant** », dit le psychologue, elle était une fille instable, qui se déplace d'une place à l'autre pour aucune raison, elle se sent plus calme lorsqu'elle fait des tours, mais grâce au suivi de son équipe thérapeutique et ses parents ils ont pu adapter les mauvais comportements manifestés de sa part en utilisant des pictogrammes afin de lui avoir montré les situations correctes à imiter et incorrectes à diminuer (voir annexe N° 07).

Suit à l'entretien effectué avec le psychologue d'Inès, on a retiré quelques constatations concernant les points forts, et faibles de notre cas, tel que, Inès avait des difficultés d'établir une relation avec une autre personne quelque soit adulte ou enfant, elle préfère d'être attachée à sa maman, ce qui l'empêche de faciliter la tâche de la prise en charge au début de son insertion au centre de soin, « **elle avait des difficultés à s'adapter dans notre milieu puisque qu'elle est trop attachée à sa maman** » dit le psychologue. Vu le travail de l'équipe soignante, Inès a pu s'adapter à la routine entre maison et centre, et même si on remarque

chez elle un regard périphérique, elle a noué des liens avec les enfants qui se trouvent dans sa classe.

En discutant avec l'interviewé sur l'effet d'utilisation des séances conte et leur résultats chez les autistes, précisément le cas d'Inès, le psychologue nous a montré l'intérêt et l'effet du conte chez elle. Premièrement, Inès participe aux séances ateliers contes depuis presque (8) mois et ce qu'ils ont poussé à travailler le conte avec elle, c'est l'envi de dégager ses sources cognitives cachées qu'ils observent d'une période à l'autre. Prenant l'exemple chez elle qu'on a observé durant la récitation comptine « Au clair de la lune » (Voire Annexe N° 10), Inès peut jouer le rythme avec ses mains, ce qui indique un moment de plaisir et de détente chez elle. Aussi comme on a cité précédemment, Inès était une fille trop agitée, ce qui les a menés à choisir le conte comme médiateur pour attirer son attention et la rendre plus attentive, remarquant, au séances conte qu'Inès reste dans sa place, bras croisés, yeux fixés sur la narratrice un moment « **répète les mots** », sur les autres enfants un autre moment « **أنيس يبوجي طاطا** », c'est ce qui démontre l'attention et la stabilité morale et physique chez elle et c'est ce qui l'aide à la diminution de sa stéréotypie.

Le psychologue dit « **c'est très important de raconter des histoires aux enfants soit autistes ou normaux dans le but d'enrichir leur imagination et l'extérioriser dans des solutions face aux problèmes rencontrés** », à partir de là, faire écouter à Inès un conte signifiant des situations à vivre dans la vie quotidienne puisqu'elle est dans la période de la puberté, facilite la compréhension de plusieurs événements qui sont rapprochés d'elle, prenant l'exemple de l'histoire « blanche neige et les sept nains », (Annexe, N°08) avec la morale de la différenciation entre la haine et l'amour, en expliquant brièvement avec des consignes simple et des images représentant les deux situations comme, la belle mère qui présente la haine et le prince qui représente l'amour, et aussi les sept nains qui représente les liens établir entre les enfants et les adultes. Et ce qui nous indique la compréhension d'Inès à la morale de l'histoire c'est sa réaction lorsqu'on lui demandant de jouer le rôle du prince, elle s'approche directement de la narratrice pour la baiser. Aussi ce qu'on constaté chez Inès qu'elle peu exprimé des émotions retrouvé des différentes images par son visage, exemple elle peut jouer le rôle d'une fille triste, soit avec des larmes ou des mimiques tristes, puis elle demande l'aide de l'éducatrice.

Après le suivi du psychologue, en atelier conte et notre observation on distingue qu'Inès s'améliore dans ses comportements, son attention et qu'elle peut s'intégrer au d'autre milieu sociale.

#### 4-2-2. Le bilan orthophoniste d'Inès

Comme on a vu précédemment qu'Inès présente un langage verbal avec une voix très basse, mais la difficulté qu'elle fréquente c'est l'ignorance de l'utiliser dans sa vie quotidienne, pour cela l'orthophoniste s'intervient de travailler avec elle dans des séances individuelles pour lui apprendre l'utilisation de son langage verbalement ou gestuellement pour s'exprimer à l'aide des pictogrammes de différentes situations à faire quotidiennement.

Selon l'analyse de l'entretien réalisé avec l'orthophoniste d'Inès, on a pu collecter des informations sur l'intérêt d'utiliser un conte dans une prise en charge orthophonique. Premièrement, elle nous a dit : « **atelier conte comme un lieu de communication qui encourage la verbalisation** », pour cela on comprend que la pratique de conte avec Inès facilite la tâche d'améliorer son langage et exprimer ses besoins, exemple en fin de la séance, on remarque qu'Inès à le plaisir de répéter les mots que communique également la narratrice avec le même rythme, et elle demande de réécouter l'histoire.

Parmi les effets du conte sur Inès, on a remarqué une évolution sur ses compétences communicatives (gestuelle, verbale), et une très bonne acquisition et mémorisation aux nouvelles notions dénoncées dans chaque séance du conte, aussi arrive de citer les noms de sa famille, et les différentes couleurs, ainsi qu'elle arrive de distinguer entre le bien, le mal. L'orthophoniste dit : « **à l'aide de la thérapie conte et PECS, il ya un progrès satisfaisant du côté d'Inès, elle arrive à lire et à écrire quelques chiffres, lettres et même à raconter une courte histoire à la présence d'une image** ».

Le conte travaille la parole de l'enfant, il pousse l'enfant à répéter les mots dégager par le narrateur. Le conte est un espace de liberté, il donne un sens à la vie par les événements racontés que peut rencontrer chaque enfant dans sa vie, ainsi qu'il donne le sens de la vie à travers des trames. Il a le pouvoir, de réactiver son inconscience, de stimuler la mémoire, de changer le regard et l'écoute et enfin de raviver l'énergie créatrice.

### 4-2-3. Le bilan éducateur d'Inès

On a commencé notre entretien à interroger l'éducatrice sur la méthode utilisée pour établir une relation avec Inès, sachant qu'elle était une fille non sociable, trop attaché à sa mère, elle nous a dit : « **la relation avec elle n'était pas vraiment difficile, et ce que j'ai travaillé avec elle c'est de l'habituer au changement** », pour cela on a constaté que l'éducatrice joue un rôle important dans l'amélioration d'Inès dans le côté sociable, l'aider à partager son regard, ces affaires avec les autres.

En discutant de la réalisation des activités demandé à Inès, l'éducatrice a déclaré qu'elle a toujours besoin d'aide pour réaliser les activités, en disant : « **Inès est une fille autiste qui a souvent besoin de l'aide physique, surtout pour accomplir les tâches qu'on lui demande** », alors, l'éducatrice apporte un soutien à Inès pour qu'elle puisse être autonome, et la soutenir dans la réalisation des tâches de différentes façon (demander, manger, habiller, laver les mains, les dents), (voir annexe N<sup>o</sup> 07).

Revenant à l'effet du conte. L'éducatrice, nous a parlé sur l'amélioration d'Inès dans plusieurs cotés après son participation dans l'atelier conte, et qu'elle a observé un progrès remarquable chez elle dans les domaines suivants :

-la sociabilité : au début elle posse ses camarades, elle n'aime pas jouer avec les autres ni avoir le contact avec eux, mais avec la pratique de plusieurs séances conte, elle joue avec ses paires, ainsi qu'elle laisse les autres s'approchent d'elle et elle touche leurs mains.

-comportement : avant elle a été très turbulente mais avec le temps et après l'utilisation du conte Inès est devenu plus stable avec la diminution de plusieurs comportements inadaptés.

-Le langage ; même si Inès présente un langage verbal, mais avant, elle articule mal les mots, et quelques lettres et même n'arrive pas à prononcé une phrase complète et que sa voix était trop basse. Mais avec le travaille de l'équipe et son participation dans l'atelier conte Inès a beaucoup améliorer son langage, sa prononciation aux mots avec une haute voix.

## 5-Synthés de cas Inès

Inès, fille autiste non sociale qui présente un langage verbal mais ignore de l'utiliser pour exprimer ses besoins et ses souffrances. Après l'analyse de nos observations, on a remarqué qu'elle s'est amélioré dans plusieurs domaines comme son imitation, sa stabilité, et ses comportements, et durant la séance conte Inès peut partager son regard une fois avec la

narratrice et autres fois avec le groupe d'enfants, et qu'elle peut jouer le rythme du conte ou la chanson avec ses mains.

D'après les entretiens effectués avec ses parents et l'équipe thérapeutique, on a constaté que l'utilisation du conte comme une thérapie favorise le processus d'apprentissage chez Inès dans la distinction de différentes situations que la personne peut les vivre tel que (triste, heureuse) et aussi l'utiliser dans le but de travailler l'imaginaire d'Inès afin d'extérioriser ses conflits, et trouver des solutions aux problèmes qu'elle peut rencontrer.

### ❖ Cas de Zaki

Zaki, est un enfant de 11ans, il est l'aîné de sa famille, son père est un chef d'entreprise et sa mère est une secrétaire. Le sujet a été diagnostiqué à l'âge de 4 ans, il présente un type d'autisme typique qui se caractérise par l'isolement, activités stéréotypées, écholalie légère, mais il présente une communication verbale. Il a été insérer dans le centre la porte du bien pour l'autisme depuis 4ans.

**2-Présentation des grilles d'observations de cas Zaki :****2-1. la première grille d'observation**

**La période d'observation : 22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015**

**Tableau N° 06**

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>	

**2-2. La deuxième grille d'observation**

**La période d'observation : 19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015**

**Tableau N° 07**

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>	

### 3-L'analyse des grilles d'observation

Les tableaux au-dessus résument les observations que nous avons fait sur l'état de Zaki durant les deux mois de notre stage dans le centre la porte du bien pour l'autisme, de la wilaya d'Alger (BirKhadem).

Zaki, avait des difficultés à imiter, il n'arrive pas à faire les activités d'imitation demandées par l'orthophoniste ou l'éducatrice tout seul, mais avec l'aide permanent porter par l'une d'entre elles, en lui tenant toujours sa main pour le diriger, c'est ce qu'on a constaté durant notre première période d'observation. Mais avec le suivie de l'équipe thérapeutique et leur efforts, Zaki arrive à faire les activités du graphisme est de l'écriture proposées tout seul (voir annexes N°3) et (N°4), et en ce qui concerne le coloriage, il n'arrive toujours pas à le faire tout seul, et il dépend toujours de l'aide de l'équipe thérapeutique en lui tenant sa mains. C'est le résultat de notre dernière observation.

Zaki est un enfant qui ne présente pas de difficultés de langage verbal, mais une écholalie légère, il peut citer les jours de la semaine, et même les chiffres de un(01) à trente(30) en ordre, reconnaît les noms des objets est des animaux facilement, et en deux langues Arabe et Français, mais généralement il parle en français. Quand l'éducatrice donne un travail à ce dernier pour l'exécuter, il comprend la consigne facilement, ce qui signifie que Zaki n'a pas de manque dans la compréhension du langage réceptif. Pendant la séance atelier conte, l'éducatrice demande à Zaki de citer son personnage préféré, il répond par exemple dans l'histoire de petit chaperon rouge (voir annexe N° 09) Zaki dit: « **le loup** ». Zaki est un enfant qui ne se communique et ne fréquente que son équipe soignante au moment d'exécution des activités ou quand on lui demande de lire. C'est ce qu'on a remarqué durant nos deux périodes d'observation.

Concernant la sociabilité, Zaki est un enfant qui peut donner et recevoir un objet juste avec les adultes et non pas avec ses camarades, par exemple quand il termine son exercice, il remet sa feuille est son crayon à l'éducatrice et il dit : « **voilà j'ai fini mon dessin** », aussi Zaki peut partager son regard mais ne souris jamais, il ne contacte pas les autres enfants et ne partage jamais ses affaires avec eux.

Par l'assistance des thérapeutes, une amélioration remarquable dans le développement des capacités de Zaki d'aimer d'être en groupe, ainsi de sourire, avec le temps, et les efforts de l'équipe soignante dans le but de développer la sociabilité de Zaki.



En se basant sur le renforcement ainsi la répétition des consignes, Zaki arrive à sourire et échanger ses regards même dans l'atelier conte (regard de peur, regard de paix, regard d'inquiétude ...). C'est ce qu'on a indiqué dans notre dernière observation.

Dans notre première observation, Zaki n'est pas trop agité, il a une stéréotypie de sauter sur lui-même mais rarement. Zaki présente des comportements d'inattention juste pendant les cours, pour la séance d'atelier conte il devient attentif et écoute la narratrice, quand on lui demande d'exécuter une action, il la fait facilement.

Afin d'attirer l'attention de Zaki sur la séance de cour, l'éducatrice ou l'orthophoniste utilise les techniques d'interventions, tel que lever la voix, et taper sur la table avec une règle, c'est ce qui a mis son attention en évolution, aussi chaque fois qu'il essaye de quitter la table l'orthophoniste le punis en l'obligeant de se mettre au coin de la classe face au mûr, c'est ce qui a mené Zaki à devenir stable. C'est l'observation qu'on a fait durant La dernière période de notre stage.

Pour la perception de l'histoire, Zaki, lors d'une séance atelier conte prend sa place, il reste sage tout au long de la séance, il fixe la narratrice d'un regard comme si il est impliqué dans l'histoire, et il répète toujours les dernier mots avec une voie très basse qu'on ne peut pas entendre sauf si on s'approche de lui, par exemple il dit : « **il va la manger** », il reste dans la même position toute au long de la séance (croise ses pieds), comme si il est entré dans un autre monde ou comme si il joue un rôle dans l'histoire. C'est ce qu'on a remarqué chez Zaki lors de notre dernière observation.

## **4-L'analyse des entretiens**

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

Dans l'entretien avec la maman de Zaki, en parlant de son trouble elle nous a dit : « **c'est à partir de 3ans et 9mois qu'on a remarqué la différence de notre fils par rapport aux autres enfants** ». Dans cette période Zaki ne présente pas plusieurs signes, et ce qui a attiré l'attention de ses parents à penser que leurs fils n'est pas un enfant normal, c'est ce qu'il fait à chaque fois, « **chaque fois je le trouve en train de sauter sur les pointes des pieds, est-il ne se fatigue jamais** » disait sa maman, elle ajoute : « **si non il parle comme tout autre enfant de son âge** ».

Parlant de diagnostic de Zaki, ses parents ont consulté un spécialiste en pédopsychiatrie à l'hôpital Drid Hocine à Alger, en disant : « **on lui a fait le diagnostic à l'hôpital drid Hocine** ».

L'annonce de résultat de ce diagnostique leur a posé une tristesse et un grand désespoir, d'après la maman : « **sa ma causé une énorme tristesse, et un grand désespoir** ». La maman de Zaki est consciente que l'autisme ne se guéri pas, même avec des médicaments, et le mieux c'est d'être pris en charge. Pour cela, les parents de Zaki se sont informer sur les différentes associations et centres des enfants autistes proche de leur maison et leur milieu de travail, en disant : « **je sais bien que mon enfant va pas guérir même avec des médicaments** », elle ajoute aussi : « **alors on a décidé de chercher un centre plus près de chez nous pour l'intégré** ».

Pour la prise en charge le père de Zaki a décidé de l'intégrer dans le centre privé la porte du bien pour l'autisme avec l'accord de sa maman, en disant : « **j'ai décidé avec mon marie de l'intégrer dans le centre privé de la porte du bien pour l'autisme** ».

Les parents de Zaki sont toujours sous le choc de trouble de leur enfant jusqu'à ce qu'ils obtiennent un appui de la part de leurs proches, et de l'équipe soignante de leur fils, elle dit : « **au début on est resté sous choc mais الحمد لله la famille et l'équipe soignante nous ont soutenus, pour cela on est un peu soulager** ».

Parlant de l'orientation vers le centre de porte du bien pour l'autisme, la maman nous a informé que c'est grâce à une cousine à son mari qu'ils ont pu le trouver, elle déclare : « **c'est une cousine à mon mari qui nous a orienter vers ce centre** ».

Quant aux méthodes de prise en charge utilisées dans le centre, la maman nous a fait savoir que son enfant reçoit chaque jour des exercices à faire à la maison, et qu'elle l'aide à les faire, en disant : « **chaque jour j'aide mon fils à faire les exercices qu'on lui donne à faire à la maison tel que raconté raconter des histoires** ».

Pour finir on lui a demandé sur sa satisfaction de travail du centre, et son résultat sur son enfant, elle nous a dit qu'elle est très optimiste car il y a un changement dans le comportement de son fils et il est en bonne évolution depuis : « **je remercie dieu, depuis que mon enfant est pris en charge dans ce centre, j'ai remarqué un changement au niveau de ses comportements** » elle dit aussi : « **et j'espère qu'il va se développer de plus**

**en plus** ». La maman de Zaki a remercié toute l'équipe de travail de son enfant en disant : **« je remercie toute l'équipe soignante de mon fils pour leur efforts »**.

## 4-2. L'analyse de l'entretien avec l'équipe soignante

### 4-2-1. Le bilan psychologique de Zaki :

Notre entretien a été effectué avec le psychologue clinicien du centre, en parlant sur le cas de Zaki, le psychologue nous a informé que Zaki est un enfant non sociable et qui a une stéréotypie (sauter sur lui-même, tourne un objet sur la terre), il n'est pas agressif, mais refuse le contact avec les autres enfants, par contre avec l'équipe soignante il communique normal, dit le psychologue : **« le contact avec Zaki n'a pas été difficile, au contraire il m'a facilité la tâche »**, il ajoute : **« c'est un enfant qui n'est pas agressif, et non sociable juste avec les enfants, et qui a une activité stéréotypie de sauter sur lui-même »**. Zaki a juste un manque de concentration, mais une fois levé la voix sur lui il fait attention, en disant : **« il souffre d'un manque d'attention mais une fois je lève ma voix sur lui il se concentre »**.

Discutant des comportements et les relations sociales, le psychologue a dit : **« comme on a déjà dit Zaki présente un manque de sociabilité surtout en vers ses camarades, il les fréquente pas du tout, et il n'arrive pas à s'intégrer dans le groupe, il a aussi un manque d'attention qui le met toujours en dehors de la séance »**. Afin de régler ce problème le psychologue intègre Zaki a participé dans les séances atelier conte pour qu'il puisse reconnaître le monde extérieur et se mettre en relation avec ses camarades. En disant **« on utilise le conte comme utile pour l'aider à faire des liens avec les personnes qui trouvent devant lui »**, a partir de là on constate que le conte a beaucoup aidé Zaki dans ses relations et diminuer ses comportements inadaptés.

Au moment de déroulement de la séance atelier conte, Zaki prend attention, il devient très attentif, dit le psychologue : **« dans la séance conte Zaki donne toute son attention au narratrice, contrairement aux autres séances de classe »**, il ajoute : **« le conte est une thérapie avec laquelle l'enfant autiste peut développer son imaginaire et d'affronter ses peurs, et il offre à l'enfant la possibilité d'extérioriser ses conflits internes et de les identifier à des personnages »**, le psychologue donne un exemple sur Zaki en disant : **« Zaki choisit toujours les personnages méchants dans les contes (le loup, la sorcière) »** (voir annexe N° 08 et 09), ce qui indique que Zaki ne développe pas ses relations autant qu'il voit

tout le monde est méchant, ce qui a poussé l'équipe thérapeutique à pratiquer plusieurs séances du conte dans le but de lui expliquer qu'il y a une différence entre les personnages du conte et que leurs rôles renvoient aux situations existantes dans la réalité de notre vie et aussi de lui apprendre les notions (l'amour, la gentillesse, qui dominent la haine et la méchanceté). Grâce aux efforts de cette équipe thérapeutique et aux contes que Zaki arrive peu à peu à gérer ses émotions et extériorise ses peurs et accepte de s'intégrer dans le milieu social. Le psychologue rajoute : « **avant Zaki ne donne jamais de bisou même si on lui demande, mais avec le conte il arrive à le faire par l'imitation de ce qui se déroule dans les événements de l'histoire racontée, ce qui signifie qu'il est dans le bon chemin** ».

Concernant le développement chez Zaki, le psychologue nous a dit : « **Zaki de son intégration dans ce centre jusqu'aujourd'hui a marqué une amélioration au niveau comportemental, émotionnelle et d'attention, c'est ce qui nous encourage nous aussi à faire plus d'efforts pour pouvoir aider les enfants autiste** ». A travers les paroles de psychologue, on a pu comprendre que Zaki a marqué une amélioration et un développement dans plusieurs cotés.

#### **4-2-2. Le bilan orthophonique de Zaki :**

On a effectué l'entretien avec l'orthophoniste de Zaki, qui a suivi une formation spécifique à l'autisme dans le centre même où elle travaille, elle a dit : « **je travaille dans ce centre depuis 2ans, et j'ai suivi des formations de prise en charge globale de l'autisme, PECS/ TEACCH/ ABA dans ce centre même** ». D'après les réponses de l'orthophoniste on a compris qu'elle est spécialisée dans l'autisme.

A propos de langage de Zaki, l'orthophoniste nous a dit : « **Zaki est un autiste qui n'a pas de problèmes au niveau langagiers il arrive à formuler des phrases justes** », elle a ajouté aussi : « **si non avec les autres enfants qui n'ont pas un langage, on utilise le TEACCH, PECS et le conte** », donc on comprend d'après ça que Zaki a un bon langage.

Discutant de la compréhension de la consigne et la concentration, Zaki est un enfant inattentif mais qui répond aux consignes, l'orthophoniste nous a dit : « **Zaki comprend facilement la consigne mais juste il a un problème de concentration** », et face à ce problème, l'orthophoniste a dit : « **pour attirer l'attention de Zaki je lève ma voix sur lui pour qu'il revienne et se concentre sur le cours** », c'est non avec les autres enfants qui ne comprennent pas la consigne, l'équipe thérapeutique utilise plusieurs techniques,

l'orthophoniste ajoute : **« on utilise des mots simples et des phrases courtes et bien expressives avec des mots familiers, on utilise aussi la technique mot-geste c'est d'associé toujours le mot qu'on prononce avec le geste qu'il faut pour que l'enfants puisse faire la liaison entre eux »** .

En discutant sur les techniques de prise en charge orthophonique, elle nous a dit : **« on utilise l'imitation, la correction d'articulation, et selon le besoin et le degré de langage de l'enfant autiste et aussi d'autres méthodes comme le TEACH »**, d'après ce qu'elle a dit on comprend que les méthodes de prise en charge orthophonique sont diverses.

D'après l'orthophoniste, le conte joue un rôle très important dans la prise en charge orthophonique, elle a dit : **« le conte est un support pour consolider certains prés-requis au langage, tel que l'attention conjointe, l'imitation, la communication non verbale (regard, geste) »**, en donnant l'exemple de Zaki : **« il ne communique pas avec les autres sans avoir parler avec lui, mais dans atelier conte, il arrive à répéter certains mots et partage son regard aussi »**. Durant l'atelier conte Zaki jouit d'écouter la narratrice, se laisse aller psychiquement et physiquement en écoutant, et juste après la fin du conte l'équipe thérapeutique fait des jeux pour les enfants, mais Zaki ne veut pas que l'histoire soit terminée, l'orthophoniste a déclaré : **« durant la séance du conte Zaki devient prisonnier de l'histoire raconté »**, elle donne un exemple : **« encore histoire, je veux histoire, pas jeux »**.

A la suite d'utiliser les séances atelier conte, l'orthophoniste nous a dit : **« en ce qui concerne le cas de Zaki, sa communication est bonne, on remarque que lors de séance Zaki n'a jamais fait recours à son stéréotypie, ce qui prouve qu'il a aimé ce climat et il trouve un moment de détente durant cette séance »**, d'après ce que l'orthophoniste a dit, on constate que le conte peut aider les enfants autistes à gérer leurs stéréotypies.

Selon les techniques utilisées dans le centre, on constate d'après nos entretiens que, toutes les méthodes de prise en charge utilisées, ont apporté une amélioration au niveau langagiers pour les enfants autistes, précisément, même, si Zaki a déjà un langage mais ils l'en aider à diminuer son écholalie et exprimer ses besoins, et qu'il s'est développé dans des autres domaines .

### 4-2-3. Le bilan éducateur de Zaki :

On a effectué un entretien avec l'éducatrice de Zaki, notre première question était cernée sur la manière dont s'établit une relation éducateur enfants, elle nous a répondu : « **la relation s'assure progressivement, c'est vraiment difficile de faire une bonne relation avec l'enfant autiste, pour cela on fait de différentes activités (découpage, dessins ...) avec eux afin de s'amuser et de ne pas s'ennuyer, et c'est avec le temps que l'autiste s'adapte à nous** », elle a ajouté : « **Zaki est un autiste qui n'est pas agressif donc faire une relation avec lui c'était pas difficile** », d'après cela on comprend que l'éducatrice a pu effectuer une bonne relation avec Zaki.

Selon l'éducatrice, le travail éducatif s'inspire généralement du programme scolaire, elle annonce : « **personnellement je travaille avec le programme de préscolaire tel que les lettres de l'alphabet avec des images, et je l'applique avec tous les enfants et non pas seulement avec Zaki** », (voir annexe N<sup>0</sup>05). Elle rajoute : « **mais à part ça je travaille aussi sur le TEACCH, ABA et conte** ». A partir de là on comprend que le travail éducatif s'inspire de plusieurs modèles.

Passant à l'autonomie de Zaki, l'éducatrice a répondu: « **pour que l'enfant autiste soit autonome on utilise la méthode PECS qui permet à l'enfant d'associer les images à la réalité et la guidance physique.**», elle nous a donné un exemple de notre cas : « **c'est avec ces méthodes-là que zaki peut aller au toilette tout seul et même brosser ses dents** », pour cela elle nous a fait constater qu'il est un enfant autonome.

Pour le travail avec une équipe pluridisciplinaire, l'éducatrice nous a informé : « **personnellement je travaille en collaboration avec l'équipe thérapeutique (psychologue, orthophoniste, et psychomotricienne)** », ce qui veut dire que cette éducatrice applique un programme selon les besoins de l'autiste et de lui a facilité les tâches proposées par chaque membre de l'équipe.

Parlant du rôle occuper par l'éducatrice dans la séance d'atelier conte, elle a dit : « **des fois j'occupe le rôle du conteuse et d'autre fois l'auxiliaire** », on a compris qu'elle n'occupe pas un rôle stable, et lors de la séance conte, elle aide Zaki à régler les comportements ( les bons à augmenter, les mauvais à diminuer) , et de lui a expliqué brièvement la morale de chaque conte ainsi qu'elle reste attentive, si elle observe un envie de communication chez Zaki

elle intervienne pour l'encourager à s'exprimer, et tout ça nous montre que l'atelier conte vise à gérer les points intérieurs et extérieurs de l'enfant autiste.

## **5-Synthèse de cas Zaki**

Zaki est un enfant autiste caractérisé par une communication verbale, une écholalie légère, des activités stéréotypées, une difficulté dans les interactions sociales et un problème d'attention. D'après l'analyse des grilles d'observation, au début on a remarqué qu'il a des difficultés dans l'imitation, mais a un langage réceptif mais à part il communique seulement avec les personnes familiers et non avec des enfants de son âge, ce qui indique qu'il n'a pas un esprit de groupe. Zaki a un manque d'attention, mais au cours de séance atelier conte, il devient attentif et il répète les mots dits par la narratrice. A la fin de notre observation, on a constaté que Zaki a établi une amélioration au niveau de l'imitation, attention, aussi il est devenu plus stable.

D'après l'entretien effectué avec l'équipe thérapeutique, on a constaté que Zaki s'améliore sur le plan émotionnel et sociable grâce aux contes et que c'est une thérapie qui rétablit la continuité de la réalité et la fonction, en permettant à l'enfant de contrôler l'irrationnel par différenciation avec le réel tous les jours.

### **❖ Cas de Lina**

#### **1-Présentation de cas Lina**

Lina, est une fille âgée de 8 ans, elle est l'unique de sa famille, son père est médecin généraliste à Alger, et sa mère travaille dans une pharmacie. Lina, une fille trop gâtée de la part de ses parents, elle passe la plus part du temps avec sa nourrisse puisque ses parents sont souvent occupés, elle présente un type d'autisme atypique qui se caractérise par une stéréotypé marquée de tourner, et aime faire ce qu'elle veut, non ce que l'autre demande. A part ça, Lina présente un langage verbal, elle comprend la langue Française et Arabe, mais elle ne parle que Français. Elle a été insérée dans le centre la porte du bien pour l'autisme depuis deux ans.

## 2-Présentation des grilles d'observations de cas Lina

### 2-1. la première grille d'observation

La période d'observation : 22-03-2015 jusqu'à 16-04-2015

Tableau N° 08

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> <li>×</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>×</li> </ul>	



**2-2. La deuxième grille d'observation**

**La période d'observation : 19-04-2015 jusqu'au 14-05-2015**

**Tableau N° 09**

Domaines fonctionnels	Evaluations		
	Acquis	Non acquis	Envois D'acquisition
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>-graphisme</li> <li>-l'écriture</li> <li>-coloriage</li> </ul>	×		×  ×
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langage réceptif</li> <li>- compréhension de la consigne</li> <li>-l'enfant répond verbalement</li> <li>-l'enfant communique avec les autres</li> </ul>	×  × ×		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociabilités</li> <li>-donner et recevoir un objet</li> <li>-partager le regard et le sourire</li> <li>-aimer d'être en groupe</li> </ul>	×  ×  ×		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements</li> <li>-stabilité</li> <li>-attention</li> <li>-l'exécution d'une action</li> </ul>	× × X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de l'histoire</li> <li>-regarder et écouter le narrateur</li> <li>-l'enfant répète les mots</li> <li>-ce que l'enfant doit faire</li> </ul>	×  ×		×

### 3-L'analyse des grilles d'observation de Lina

Les tableaux au-dessus résument les observations que nous avons fait sur l'état de Lina durant les deux mois de notre recherche dans le centre la porte du bien pour l'autisme, de la wilaya d'Alger (Bir-Khadem).

Lina, une autiste qui a un problème dans la motricité fine, ce qui l'empêche de réaliser les activités d'imitations (coloriage, graphisme, écriture), voir annexe (N<sup>o</sup> 03.04 et 05) demandées par son équipe soignante tout seule. Elle dépend toujours de l'aide de son équipe thérapeutique en lui tenant toujours sa main pour la diriger, c'est ce qu'on a constaté durant notre première période d'observation.

Même avec le suivie de son équipe et leurs efforts, et après plusieurs séance de psychomotricité, Lina n'arrive toujours pas à faire les activités du graphisme et de l'écriture proposées toute seule, mais en ce qui concerne le coloriage, elle arrive a le fait toute seule d'une manière hiérarchique. C'est le résultat de notre dernière observation.

Lina ne présente pas de difficultés de langage verbal, elle parle couramment, quand elle veut quelques choses, elle le demande, par exemple quand elle a faim, elle dit je veux manger. Lina comprend la consigne facilement, et elle répond verbalement quand on parle avec elle, cela signifie qu'elle a une bonne compréhension du langage réceptif. On a remarqué qu'au cours de la séance atelier conte, Lina parle sans arrêt par exemple (dans l'histoire de Blanche neige) elle dit : « **non pas blanche neige, je ne veux pas, pas princesse** » puis elle commence à pleurer, et quand on lui demande d'arrêter de pleurer elle dit : « **non pas pleure je veux punis** », puis on lui dit alors tu seras puni. Lina pleure encore plus, elle dit aussi : « **non je ne veux pas puni je veux bisou, fait moi bisou ....** ». C'est ce qu'on a remarqué durant nos deux périodes d'observation.

Parlant de la sociabilité, on peut dire que Lina est une autiste sociable, car elle donne et reçoit des objets même avec ses camarades enfants, elle fait des bisous et des câlins à tout moment, et arrive de communiquer avec eux, ce qui signifie qu'elle aime être en groupe, elle partage le regard avec les autres mais sans sourire.

Par l'insistance des thérapeutes pour développer le sourire de Lina, ils ont utilisé des renforcements, en lui demandant chaque jour de leur faire un sourire mais elle refuse. La psychologue savait que les bisous sont le point faible de Lina, elle lui demande : « **fait moi**

**sourire sinon je te donnerais pas bisou** », c'est avec ce renforcement que Lina arrivait à sourire, mais seulement en cas d'une demande.

Dans la séance atelier conte Lina s'amuse de rester en groupe et être encercler, mais n'aime pas les histoires, elle dit : « **pas histoire je veux rester** », si non lors des sorties pédagogique elle joue avec les autres enfants. C'est ce qu'on a indiqué dans notre dernière observation.

Concernant les comportements, Lina est marquée par une stéréotypie de tourner, à chaque fois, elle se lève de sa place pour se faire plaisir de tourner. Elle présente aussi un manque d'attention ce qui la met toujours en dehors de la séance, et quand on lui demande de faire une action elle le fait facilement, par exemple (les exercices). Par contre dans la séance d'atelier conte, quand on lui demande quel est son personnage préféré, par exemple dans l'histoire de petit chaperon rouge elle dit : « **non pas chaperon rouge elle est méchante, le loup mange la grand-mère** », (voir annexe N° 09) elle ne précise pas exactement son personnage préféré. Pour attirer l'attention de Lina pour suivre la séance du conte, l'équipe utilisent toujours la technique de lever la voie ainsi que l'appeler par son prénom à haute voix, c'est le seul moyen qui peut rendre Lina plus attentive, et à travers les renforcements et les punitions, elle est devenu stable au niveau de ses comportements, et même a pu diminuer son activité stéréotypie. C'est l'observation qu'on a fait durant la dernière période de notre stage.

Au début de la séance d'atelier conte, Lina regarde et écoute la narratrice et s'amuse à regarder les images, mais juste après elle commence à répéter des phrases de l'histoire mais d'une manière hiérarchisée, par exemple, elle dit : « **ohhh la sorcière, je veux pas blanche neige manger la pomme** », ( voir annexe N°08 ), et quand l'histoire contient des passages de chant, la narratrice chante, Lina se met à pleurer et ferme ses oreilles en craillant : « **non je veux pas chanter, pas chanter non** », elle dit aussi : « **je veux bisou, je veux câlin, pas chater** », elle n'arrête pas de pleurer jusqu'à ce qu'elle obtient son bisou. C'est ce qu'on a pris comme remarque chez Lina lors de notre dernière observation. Les thérapeutes ont toujours dans le travaille d'aider Lina à se sentir bien dans la séance conte en trouvant les contes désirés pour elle.

#### 4-L'analyse des entretiens de cas Lina

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

Le père de Lina a accepté de participer dans notre recherche et d'effectuer l'entretien avec lui, il a dit : « **d'accord avec plaisir** ».

Pour la confirmation du diagnostic, son père a éprouvé un sentiment de tristesse, et une grande richesse émotionnelle (des soulagements des sourires de temps en temps), il a dit : « **on remarqué que notre fille est différente à l'âge de 4ans** ». En ce moment-là, elle présente juste une stéréotypie de tourner, si non sa naissance était normale, il rajoute : « **sa naissance était normal, ce qui nous a fait pensé qu'elle n'est pas normale, c'est qu'elle tourne tout au long de la journée** ». D'après le père, Lina ne paraît pas différente par rapport aux autres enfants.

Lina est diagnostiquée au centre privé de la porte de bien pour l'autisme par Daoud Tatou qui est un spécialiste en pédopsychiatrie, en disant : « **son diagnostic est fait dans ce centre par Daoud Tatou** ».

Au résultat final de ce diagnostic, les parents de Lina ont vécu le grand cauchemar de leur vie, et des nuits blanches à penser à l'avenir de leur fille, le père dit : « **c'était un cauchemar, on n'arrivait pas à dormir, on pensait à son avenir** ». Le père qui est médecin n'avait pas beaucoup d'informations sur ce trouble, il a fait des recherches sur l'autisme pour qu'il vienne en aide de sa petite fille, il a déclaré : « **je suis médecin, mais je ne connais pas ce trouble, alors j'ai fait plusieurs recherches pour pouvoir aider ma fille** ».

Les parents de Lina ont décidé d'intégrer leur fille au sein du centre la porte du bien pour l'autisme, et avant l'intégration dans ce centre, ils se sont informés sur ce dernier et les méthodes qu'ils utilisent dans la prise en charge, il a dit : « **on s'est renseigné sur les méthodes utilisées au sein de ce centre, pour pouvoir intégrer notre fille** ».

Concernant l'annonce de diagnostic, le père de Lina nous a dit : « **l'annonce de diagnostic était un choc surtout pour ma femme** ».....un silence, il ajoute aussi « **heureusement on est des personnes qui croient en dieu** », il rajoute : « **on a fini par accepter la déférence de notre fille grâce au courage que dieu nous a donné, et aux encouragements de la famille et les progrès effectués pour notre fille par l'équipe** ».

**soignante.** ». D'après ses paroles on a constaté que la maman a vécu un grand choc, et ils n'ont pas perdu l'espoir qu'un jour leurs fille va se rétablir.

Parlant de l'orientation vers le centre de porte du bien pour l'autisme, le père nous a informé que c'est un collègue à lui qui l'orienter vers ce centre, il nous a dit: « **c'est un collègue de travail qui ma orienter vers ce centre**».

Pour les méthodes de prise en charge utilisées dans le centre ,le père nous a avoué que l'équipe de travail effectue de bonnes méthodes de prise en charge, et que chaque jours sa fille reçoit des exercices à faire à la maison avec l'aide de la maman , en disant : «**les techniques de prise en charge utilisées dans le centre me plaisent , tous les jours je participe avec ma femme à aider notre fille à résoudre les exercices proposés par son équipe soignante** ». D'après ces réponses on a remarqué que le père est convaincu du travail effectué au sein de ce centre.

Le père de Lina est satisfait du travail de l'équipe thérapeutique du centre , de leurs efforts à aider tous les enfants autistes, et surtout pour l'amélioration de sa fille Lina, il a dit : «**le centre fait du bon travail à venir en aide pour les enfants autiste** », il a ajouté aussi : « **ma fille s'est progresser grâce aux efforts apporter par le centre** », il a fini par remercier dieu et toute l'équipe soignante de sa fille en disant : « **je remercie dieu est toute l'équipe de ce centre** ».

#### **4-2-2.Le bilan psychologique du Lina :**

Durant l'entretien avec le psychologue clinicien du centre, et en parlant du cas de Lina, le psychologue nous a fait savoir que Lina est une autiste sociable, pas agressive, qui présente juste une stéréotypie de tourner en rond. Le psychologue a dit : « **le premier contact avec Lina était excitant, car elle ne présentait pas de problèmes de sociabilité même avec ses camarades** », il a ajouté : « **c'est une fille qui n'est pas agressive, elle est marquée juste par une activité stéréotypie de tourner en rond** ».

Lina présente un manque d'attention et de stabilité, pour cela, le psychologue clinicien utilise des renforcements pour qu'elle se remet en place, il a dit : « **elle a juste un manque d'attention est de stabilité** ».Il a ajouté aussi : « **pour ajuster ses comportements on utilise des renforçateurs pour améliorer son attention et la remettre en place** ».

En ce qui concerne les comportements est les relations sociales, le psychologue a dit : « **Lina et une fille sociable, elle peut communiquer même avec ses camarades, elle n'a pas de difficultés de s'intégrer dans le groupe** ». Il ajoute : « **Lina présente des problèmes d'inattentions, mais pas dans la séance atelier conte, car elle arrive même à répéter des passages au hasard** ». Par là, on a constaté que Lina est attentive dans la séance du conte par la répétition des phrases, par exemple elle dit : « **le prince et son cheval, sauver la princesse** », (voir annexe N° 08).

Discutant des troubles de comportements et des relations sociales chez Lina, on trouve que le centre utilise plusieurs méthodes dans la prise en charge, le psychologue dit : « **on utilise les punitions, l'ABA et TEACCH afin de régler les comportements répétitif pour qu'elle devienne stable** ». Il a dit aussi : « **on utilise aussi l'atelier conte pour régler l'attention des enfants autistes à travers les images et les sons** ».

D'après ce qui est dit par le psychologue, dans la séance atelier conte, Lina au début de l'histoire reste attentive, un moment après, elle présente une sorte de crise de peur et elle commence à répéter les phrases en pleurant, dit le psychologue : « **dans la séance atelier conte Lina donne toute son attention au narratrice au début, juste après elle présente des crises de peur, elle pleure sans arrêt** », il rajoute : « **on utilise le conte pour permettre à l'enfant autiste d'affronter ses peurs** », il donne un exemple de Lina qui a dit : « **non, j'ai peur, pas manger grand-mère** ».

Parlant des émotions, le psychologue nous a dit : « **on fait travailler les émotions juste avec les enfants autistes verbaux de bon niveau** », il a ajouté aussi : « **atelier conte permet aux enfants autistes de mieux percevoir leur émotions** », et à propos de Lina, il a affirmé qu'elle peut arriver à gérer ses émotions, car le conte extériorise ses conflits internes en pleurant et en hurlant, il annonce : « **le conte a permis à Lina d'extérioriser ses conflits internes en se référant à pleurer, hurler** ».

En ce qui concerne le développement chez Lina, le psychologue nous a dit : « **Lina a marqué une évolution au niveau émotionnelle, d'attention, comportemental et de stabilité** », et par continuité et la participation de Lina dans les séances conte on observe chez elle une très bonne amélioration (attention conjointe, le contacte visuelle, la sociabilité, et l'échange verbal avec les thérapeutes de ce qui la fait peur).

#### 4-2-2. Le bilan orthophonique de Lina :

On a effectué notre entretien avec l'orthophoniste de Lina qui est la même avec celle de Zaki . Parlant de langage de Lina, l'orthophoniste nous a dit : « **Lina arrive à parler à un autiste qui présente un langage au niveau de la communication** ». Par cela on a déduit que Lina ne présente pas de difficultés de communication.

Parlant de la compréhension de la consigne et la concentration de Lina, l'orthophoniste a dit : « **quand on demande à Lina de faire un travail elle le fait vite, pour qu'elle ne rester pas dans le vide** », ce qui veut dire que Lina comprend vite la consigne. Et concernant la concentration, elle a dit : « **des fois elle n'arrive pas à se concentrer sur les cours elle a la tête ailleurs, par contre au cours de la séance atelier conte, elle écoute attentivement la narratrice** », et cela nous emmène a constaté que Lina présente un petit problème de concentration, qui l'ont poussé à l'intégré dans l'atelier conte. On ce qui concerne les techniques de prise en charge orthophonique, elle a dit : « **on utilise l'imitation, la correction d'articulation, et selon le besoin et le degré de langage de l'enfant autiste et aussi d'autres méthodes come le TEACH** », d'après ce qui est dit, on comprend que les méthodes de prise en charge orthophonique sont divers et multiples.

Dans la prise en charge orthophonique, le conte joue un rôle intéressant, elle a dit : « **le conte permet à l'enfants de mettre de l'ordre en soie, et d'extérioriser ses émotions, angoisses et ses peurs** », elle nous a donnée l'exemple de Lina : « **au cours de la séance conte avant que l'histoire se termine Lina éprouve des sentiments de peur, et souvent elle pleure** », alors on a constaté que c'est à travers le conte que Lina arrive à extérioriser ses émotions.

En ce qui concerne l'évolution de la communication verbale dans la situation conte, l'orthophoniste a dit : « **dans la séance conte Lina présente une bonne communication, mais à part, elle n'arrête pas de répéter les phrases** », d'après elle, Lina présente déjà un bon langage, et a une communication trop excessive dans l'atelier conte.

A la suite de la pratique des techniques utilisées dans le centre, l'orthophoniste nous a déclaré que : « **le centre utilise de divers méthodes de prise en charge qui ont pu effectuer une amélioration dans tous les niveaux** », elle a ajouté aussi : « **d'après les séances du conte ; Lina s'est améliorée au niveau émotionnel** », cela indique que Lina s'est progressée à la suite de prise en charge utilisée dans le centre.

#### 4-2-2. Le bilan éducateur de Lina:

Au cours de notre entretien avec l'éducatrice de Lina, on a débuté par la manière avec laquelle s'établit une relation entre éducateur et enfant autiste, elle nous a répondu : « **Lina comme une autiste sociable s'était pas difficile de construire une relation avec elle, mais avec d'autres enfants on utilise de différentes techniques, comme organiser un climat de jeux, dessin, atelier cuisine, atelier conte et sorties pédagogiques dans le but de mettre l'enfant aise et qu'il ne se sent pas en danger** », alors l'éducatrice a pu construire une relation avec Lina.

En ce qui concerne l'autonomie de Lina, l'éducatrice a dit: « **c'est à travers les PECS, le TEACCH et la guidance qu'on fait travailler l'autonomie de Lina** », elle a dit aussi : « Lina n'arrive toujours pas à faire ses besoins urinaires, et même de s'habiller toute seule », elle nous a fait comprendre que Lina n'est pas autonome.

Selon l'éducatrice, le travail avec les enfants autistes doit être fait en collaboration entre l'éducatrice et l'équipe pluridisciplinaire, elle a dit: « **d'enfant autiste doit être pris en charge par une éducatrice qui doit travailler en collaboration et en succession avec une équipe pluridisciplinaire en se mettant d'accord sur les différents programmes et méthodes qu'on peut effectuer pour chacun**», on a constaté qu'un travail d'éducateur se complète en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire.

Discutant du rôle que l'éducatrice occupe dans la séance atelier conte, elle a dit : « **parfois je prends le rôle de narrateur et autres fois j'occupe le rôle d'un support de la narratrice** », on a pu constater par ses réponses qu'elle n'occupait pas un rôle stable. Pendant la séance atelier conte, selon l'éducatrice, l'équipe thérapeutique doit analyser tous comportements effectués et observés par les enfants autistes, elle a dit : « **on analyse tout comportement introduit par les enfants autistes durant le conte**», elle a donné un exemple de Lina ,elle a dit : « **Lina par exemple aime les histoires mais à chaque fois qu'elle les écoute elle pleure, en quelque sorte s'est une méthode par laquelle elle extériorise ses émotions**», d'après ce que l'éducatrice nous a dit, on a compris que le conte a une visée d'extérioriser ses peurs et les surmonter, pour qu'elle soit aise d'écouter autres histoires avec une détente psychique et physique.



## 5-Synthèse de cas Lina

Lina est une autiste sociable, présente une communication langagière, des activités stéréotypées, et un problème d'attention. D'après l'analyse des grilles d'observation, on a observé qu'elle présente des problèmes de motricité fine qui l'empêche de réaliser les activités d'imitation, et ce qui nous a indiqué qu'elle a un langage réceptif c'est sa sociabilité et sa manière, sa communication et qu'elle aime d'être en groupe. Lina souffre d'un manque d'attention qu'on ne remarque pas dans la séance atelier conte, elle est très attentive, et écoute la narratrice, mais juste au passage musicale Lina met les mains dans ses oreilles, ferme ses yeux et se met à pleurer. Lina redit les mots de la narratrice d'une manière à l'envers. A la fin de notre observation, on a constaté que Lina, extériorise ses angoisses, ses émotions et qu'elle établit une très bonne amélioration au niveau d'imitations, attention et stabilité. On a déduit que le conte comme une thérapie qui propose des solutions aux problèmes de l'enfant autiste qui ne peut s'établir que dans son imaginaire.

## 6-Synthèse et analyse générales des cas

Initialement, s'occuper d'un enfant autiste à l'âge précoce au sein d'un centre spécialisé motive les parents, et l'équipe thérapeutique à intégrer des thérapies plus efficaces et adaptées à l'autisme comme la thérapie conte.

L'analyse du contenu de nos entretiens ainsi, les observations réalisées durant notre période de recherche avec notre groupe d'étude, nous ont permis de dégager quelques constatations sur l'impacte d'atelier conte sur les enfants autistes.

D'abord, nous retrouvons que la plus part des stéréotypies et les comportements inadaptés sont diminués, et nous remarquons globalement durant le conte un temps calme sans agitations de la plus part des enfants exemple le cas du Mohamed, Zaki et Lina, qui ressentent d'un moment de plaisir et de détente au cours de la séance conte, leurs stéréotypies est en cours de diminution.

Le conte vise à faire entrer l'enfant dans la communication en développant son expression, qu'elle soit verbale, corporelle, ou symbolique (dessin, jeux), prenant l'exemple de Mohamed qui est en développement au niveau de son langage pour une meilleure compréhension de ce qu'il veut dire, aussi Inès qui travaille son imagination à la présence d'une image, en racontant une courte histoire.

Enfin, on peut dire que le conte est un moyen par lequel l'enfant autiste peut se confronter à leurs angoisses exemple le cas de Lina ; et de trouver des solutions à leurs problèmes d'une manière indirecte.

## II-Discussion des hypothèses

Rappelons l'objectif de ce travail qui est de déterminer l'intérêt de l'utilisation du conte dans la prise en charge d'enfants présentant des traits autistiques.

Au vu de nos analyses, nous allons maintenant confirmer ou infirmer les différentes hypothèses que nous avons émises. Pour cela on a supposé l'hypothèse générale suivante : **«Le conte comme outil thérapeutique développe la socialisation chez l'enfant autiste ».**

D'après les observations que nous avons fait au sein du centre de notre recherche et durant les séances et les entretiens effectués avec les parents de notre groupe d'étude et leur équipe thérapeutique, nous avons constaté que lors du temps conte, les enfants autistes peuvent supporter la présence de l'autre à leur côté, en prenant l'exemple des cas suivants : Mohamed, qui était avant un enfant qui refusait tout contact avec l'autre et qui ne supportait aucune personne à ses côtés, ainsi, le cas d'Inès, au départ elle a été une fille repliée sur elle-même, aussi Zaki, qui a été non sociable ; et après leur participation dans l'atelier conte, ils ont pu développer des liens avec leurs camarades enfants, et supportent d'être les uns à côté des autres dans le temps du conte. Notre cas Mohamed fixe son regard face à la narratrice et Inès, elle regarde une fois la narratrice et autres fois le groupe d'enfants. Notre groupe d'étude a pu être positionné en cercle autour de la narratrice. Pour cela on peut penser qu'une relation possible grâce au conte, qui joue un rôle de médiateur permettant une relation moins directe donc moins angoissante avec les autres personnes, et qui permet à l'enfant autiste d'établir des liens entre lui et son entourage. Revenant à la théorie de pédiopsychiatre **P. Lafforgue « la double dimension de l'atelier conte, à la fois thérapeutique et sociale »**, ainsi que tous ces résultats indiquent que notre première hypothèse générale est **confirmée**.

Dans les hypothèses partielles, on va bien expliquer comment le conte aide l'enfant autiste à se communiquer et gérer ses émotions.

La première hypothèse partielle de notre recherche, découle sur la manière dont le conte pourrait aider l'enfant autiste à développer et organiser son langage. De ce fait on a



elle se cache derrière les volets, et met les mains sur les oreilles pour la éviter, mais elle préfère les histoires qui contiennent des animaux, parce qu'elle exprime son amour à son animal le chat. Aussi, Inès a pu transformer ses pensées, et surmonter ses conflits internes en les extérioriser par un besoin de jouer et de bouger, même elle sent un plaisir de faire imiter le narrateur, ainsi le cas de Zaki, qui arrive à comprendre les différentes situations de la personnalité dont la joie, la colère et peut les exprimer d'une manière correcte. Même avec Mohamed le psychologue préfère d'utiliser le conte afin de surmonter et gérer ses émotions, angoisses, et manifeste la façon dont il pense sous forme (rires, pleurs, dessins, choix des personnages dessinés), C'est ce qui a **confirmé** notre hypothèse.

# Conclusion

## Conclusion

Dans le but de répondre aux questions contenues dans notre problématique de recherche, nous nous sommes penchés sur les différentes prises en charge utilisées au milieu de notre recherche, précisément la dimension psychothérapeutique d'un conte chez les enfants autistes.

Certes, l'autisme est un trouble complexe, qui exige une prise en charge pluridisciplinaire, adéquate pour l'enfant autiste tout au long de sa vie, pour cela nous nous sommes intéressés au conte en tant qu'outil thérapeutique, et selon l'analyse de nos grilles d'observations ainsi les réponses d'équipe thérapeutique interviewée, nous ont permis de constater l'effet d'utilisation d'un conte dans une prise en charge thérapeutique auprès des enfants autistes.

Le conte, en tant qu'objet de la tradition orale, mais aussi en tant qu'outil thérapeutique, envisage le développement de l'enfant autiste dans des différents domaines (cognitifs, comportementale, développementale, et au niveau de langage). L'utilisation du conte dans une prise en charge thérapeutiques d'enfants présentant des traits autistiques nous semble tout à fait pertinente, et peut être très bénéfique pour ces enfants, ainsi que le conte médiateur facilite la relation avec l'autre.

Dans cette étude nous avons constaté que l'insuffisance des centres spécialisés et des personnes qualifiées dans la thérapie conte reste l'une des difficultés les plus majeures en Algérie.

Enfin, malgré les difficultés rencontrées dans notre recherche et le manque de la documentation qui traite le conte comme thérapie chez les enfants autistes, la limite de temps, mais ce travail reste une initiative à la recherche, qui peut permettre aux autres qui veulent effectuer des études dans le même sujet plus approfondi.

# Liste Bibliographique

## La liste bibliographique :

### ➤ Les ouvrages :

- 1-A. Maurice, (1997), « Initiation à la méthodologie des sciences humaines », ed casbah université, Alger.
- 2-Amy. M-D, (2009),« Comment aider l'enfant autiste, Approche psychothérapeutique et éducative »,2<sup>em</sup> Ed, Masson, Paris.
- 3- Amy. M-D, (2004),« Mettre en place le soin, comment aider l'enfant autiste :approchepsychoth érapeutique et éducative »,Dunod, Paris.
- 4- A. Boudier, B. Celeste, (2002), « Le développement affectif et social du jeune enfant »,2<sup>em</sup> Ed, Nathan.
- 5- American Psychiatric Association DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4<sup>e</sup> Ed (version international. Washingot DC. (1995), traduction francais par J-D Guelfi et al. Paris, Masson.
- 6- B. Rogé, (2003),« Autisme, comprendre et agir », Ed dunod, Paris.
- 7-A. Blanchet, et A. Gotman, (2007), « l'enquete et ses méthodes, l'entretien, 2<sup>em</sup>ed », Paris, arnaud Colin.
- 8- Kh. Chahraoui, et H. Benony, (2003), «Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris. Dunod
- 9- C. Tardif, B. Gepner,(2009), « L'autisme », Ed Nathan Veuf, Paris.
- 10-C. Meirieu, C. Raynal, (2009), « Scolariser les élèves autiste », Ed Corinne, Paradas.
- 11- D. Baghdali, Am. Noyer, (2007), « Interventions pédagogiques et thérapeutiques propoeées dans l'autisme », Edition Crai.
- 12-De. R. Villard, (1984), « Psychoses et autisme de l'enfant », Ed Masson, Paris.
- 13-E. R. Rivo, G.Laxer, (1983), « Autisme, la réalité refusé », Ed Simep, Paris.
- 14- F. Depelteau, (2000), « La démarche d'une recherche en sciences humaines », Ed, De Boeck, Bruxelles.
- 15- J. F. Chossy, (2003), « Autisme comprendre et agir »,Ed Dunod, Paris.



16- J. Hochman, (2010), « Pour soigner l'enfant autiste », Ed Odile Jacob, Paris.

➤ **Articles :**

1-A. Boulé-croisan, « La fonction thérapeutique du conte », le coq-héron, 2005/2 (n°181), P128-136. Dot, 10.3917/cohe.0128.

2-C. Bueche, (2010), « Questionnement sur l'utilisation du conte dans le cadre d'une prise en charge orthophonique d'enfant présentant des traits psychotique », ou conte d'une rencontre, Université Henri Poincaré, Nancy1.

3-Degeilh Simone et Nigou Genevière, « Un atelier conte », VST-Vie sociale et traitements, 2005/4 no 88, p.92-95. DOI : 10.3917/vst.088.95.

4- D<sup>r</sup> Asma Oussedik, Conférence débat au forum du journal DK News, 2013.

5- F. Estienne, (2001), « La part des contes », Isoscelparyrus, Paris.

6- Haute autorité de santé (HAS), (2010), « Autisme et autres trouble envahissant au développement ».

7-Langenfeld Solange, « Un conte pour soigner », Accompagnement d'une personne ayant subi un avortement dans un contexte de chantage affectif. VST-Vie social et traitements, 2008/1 n° 97.p85-91 DOI: 10.3917/VST.097.0085.

8-M. Ould Taleb (2005-2008), Traitement d l'autisme de l'enfant et de l'adolescent : mis en place d'un programme à Algérie, Elsevier Masson. France.

9-P. Lafforgue, « l'atelier conte thérapeutique traditionnel en groupe, quelsgroupe thérapeutique ?, pour qui ? », 2007, ERES « Groupe thérapeutique », P59-68. DOI : 10.3917/eres. queli. 2007. 01. 0059. - Picard Chatrine, « Contes et thérapie », Dialogue, 2002/2 no156, P.15-22. DOL : 10.3917/dia. 156.0015.

10- S. Freud, 1913, « Le thème du trois coffrets », Texte publique originellement en 1983. Paris.

➤ **Dictionnaires :**

- 1-« **Le petit Larousse** », (2008), Ed Larousse, Paris.
- 2-N. Sillamy, (2004), « **Dictionnaire de la psychologie** », Ed Larousse, Paris.
- 3- N.Sillamy, (1999), « **Dictionnaire de la psychologie** », Ed Larousse, Paris.
- 4- « **Le dictionnaire de français** », (2001), Ed Eclairs Plume.
- 5-V.Alain, (1998), « **le lexique de la psychanalyse** », Amand Colin, Ed Masson, Paris.

➤ **Thèses :**

- 1-Aud. Mespoulet, (2001/2002), « **Contes contenance : L’atelier conte à visé thérapeutique** », Université Toulouse le Mirail.
- 2-Heitz. Aline, (2011), « **Questionnement sur l’utilisation du conte en orthophonie dans le cadre d’un atelier de langage en maison de retraite, Tout conte fée, le conte est bon ?** », Université Henri Poincaré.

➤ **Site internet**

- 1-[http://www.vaicrelautisme.org /content/prises-en –charge.](http://www.vaicrelautisme.org/content/prises-en-charge)
- 2-[http://autisme-et-potentiels.ch/langage-gestuel/.](http://autisme-et-potentiels.ch/langage-gestuel/)
- 3-<http://www.espacefrançais.com/le-conte/>
- 4-[pdf Colé Simon 2008.](#)
- 5-[www.psychologies.com/Dico-pasycho/socialisation.](http://www.psychologies.com/Dico-pasycho/socialisation)

## Résumé

L'objectif de ce travail est de déterminer l'intérêt de l'utilisation du conte dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique auprès des enfants autistes.

Nous partons de l'idée que le conte dans une prise en charge favorise une rencontre avec l'autre et l'apparition d'innovation langagières par l'intégration d'un model ancrant le langage dans une expérience de plaisir.

Nous avons tenté dans un premier temps de définir l'autisme ainsi les différentes prises en charge de celui-ci, en nous intéressant particulièrement sur le conte en tant que outil thérapeutique dans cette prise en charge.

Dans un deuxième temps nous décrivons la mise en place d'un atelier conte avec quatre enfants entre 8 et 12 ans présentant des traits autistiques, et nous avons établi des grilles d'observations pour chaque enfant ainsi que, des entretiens avec leur équipe thérapeutique afin de collecter des résultats fiables sur l'apport d'utiliser le conte dans une prise en charge des enfants autistes.

La dernière partie nous présentons les résultats d'analyse et les interpréter en lien avec les données théoriques, ces analyses montrent que le conte à un effet d'apaisement sur ces enfants autistes, et que cet apaisement à des conséquences sur le langage et la relation à l'autre.

# **Annexes**

## Annexe N° : 01

### Présentation de guide d'entretien :

- **Des renseignements sur la méthode de travail du centre de soin :**

- Actuellement quels types de prises en charge utilisez-vous au sein de votre établissement ?

- prise en charge médicamenteuse ou psychiatrique

- TEACCH

- ABA

- Prise en charge intégratives

- Prise en charge focalisé sur la communication et le langage

- Atelier du conte thérapeutique

- Autres

- Autant qu'ils existent divers thérapies dans l'autisme, pourquoi vous avez choisi les thérapies signées en dessus ?

- Quels professionnels prenant en charge les enfants autistes au sein de votre établissement ?

-Ya t-il un travail de collaboration entre l'équipe thérapeutique et les parents de ces enfants ?

Oui

Non  . Si oui comment ?

-Quelles améliorations avez-vous observé sur les autistes après l'application de ces thérapies ?

**- 1<sup>er</sup> axe : Des renseignements généraux sur l'enfant:**

- Nom :

- Sexe : Masculin  Féminin

- L'âge actuel : ..... ans.

- Cet enfant a-t-il reçu un diagnostic d'autisme ?

Oui  . Non

- Quel âge avait-il lors du diagnostic ? ..... Ans et ....mois .

- Le type d'autisme dont il souffre :

- Autisme typique

- Autisme atypique

- Syndrome de Rett

- Syndrome d'Asperger

- Depuis quand cet enfant est prit en charge ? .....Ans et .... Mois.

- Date d'insertion dans le centre ?

**- 2<sup>eme</sup> axe : Des renseignements sur les parents des enfants autistes :**

- Pouvez-vous nous parler sur la confirmation du diagnostic d'autisme de votre enfant ?

- Après l'annonce de trouble de votre enfant, avez-vous cherchez un soutien dans des milieux professionnels ?

- Pouvez vous nous dire comment et par qui vous- étiez orienté vers le centre la porte de bien pour autisme ?

- Est ce que vous suivez des programmes (exercices à la maison) reçu par l'équipe thérapeutique de votre enfant ?
- Etes- vous satisfait de la visée thérapeutique et l'objectif de travail du centre ?

**-3<sup>eme</sup> Axe : Des renseignements généraux sur l'équipe soignante :**

**• L'aide apporté par le psychologue clinicien :**

- Lors de votre parcours professionnel avez-vous suivi une formation spécifique de l'autisme ? Oui  - Non  Si oui, laquelle ..... ?
- Depuis quand êtes vous un membre soignant dans ce centre ?
- quelles difficultés rencontrez vous lors des premiers contacts avec les enfants autistes ?
- Face à un enfant refusant tout contacte, quelle attitude adoptez-vous ?
- Utilisez-vous la thérapie conte pour évaluer les troubles de comportements et des relations sociales ?
- Pensez vous que la thérapie atelier conte peut aider l'enfant à gérer ses émotions ?
- Avez-vous remarqué une amélioration chez les autistes après l'insertion et la pratique de la prise en charge ?

**• L'aide apporté par l'orthophoniste**

- Avez-vous suivi une formation spécifique de l'autisme ?

Si oui, laquelle ..... ?

- Depuis quand êtes vous un membre soignant dans le centre ?

- Quelles méthodes utilisez-vous pour développer le langage chez les autistes?
- Comment réagissez-vous devant la présence des problèmes liés à la compréhension des consignes, et de concentration chez les autistes ?
- Quelles sont les techniques utilisées dans une prise en charge orthophonique ?
- Quel est l'intérêt d'utilisation du conte dans une prise en charge orthophonique ?
- Avez-vous remarqué une évolution d'une communication verbale et /ou non dans la situation de conte ?
- A la suite de la pratique des séances conte, avez-vous l'impression d'avoir un développement au niveau langagière auprès ces autistes ?

- **L'aide apporté par l'éducateur :**

- Comment s'établi une relation éducateur -enfant ?
- Quels modèles dont peut s'inspirer le travail éducatif ?
- Comment apportez-vous un soutien pour un enfant porteur d'autisme pour qu'il puisse être autonome ?
- Comment un travail avec une équipe pluridisciplinaire met en place pour chacun enfant un projet éducatif selon son besoin ?
- Quel rôle occupez-vous dans la pratique d'un atelier conte ?
- Analysez-vous des comportements inadaptés et des situations perturbantes au cours de la séance atelier conte ?



## Annexe N° 02

La grille d'observation :

Domaines fonctionnels	Evaluation		
	Acquis	Non acquis	Envoie d'acquisition
<ul style="list-style-type: none"><li>• imitation</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- le graphisme</li><li>- l'écriture</li><li>- coloriage</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• langage réceptif</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>-la compréhension de la consigne</li><li>- l'enfant répond verbalement</li><li>-l'enfant communique avec les autres</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• sociabilité</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>-donner et recevoir un objet</li><li>-partager le regard et sourire</li><li>-aimer d'être en groupe</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• comportement</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>-stabilité</li><li>-attention</li><li>-l'exécution d'une action</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• la perception de l'histoire</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- regarder et écouter le narrateur</li><li>- l'enfant répète les mots</li><li>-- ce que l'enfant doit faire</li></ul>			

# Annexe N°03

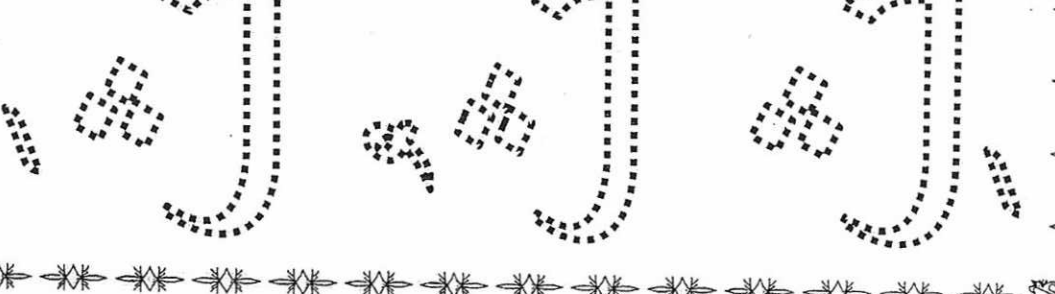
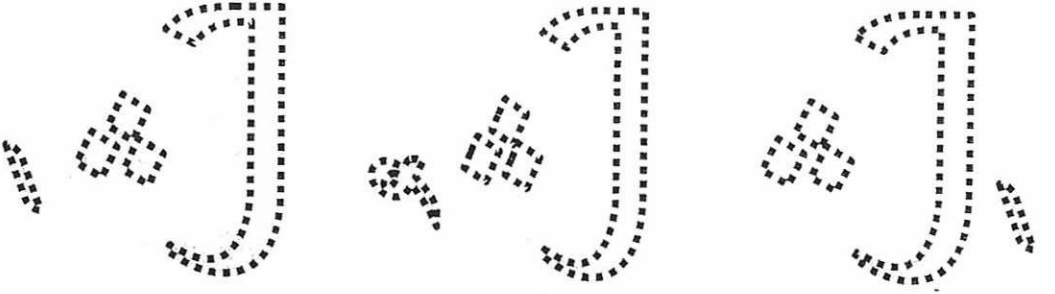
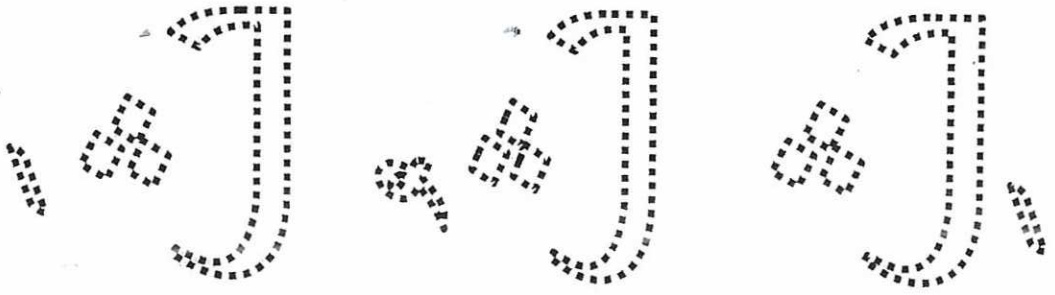
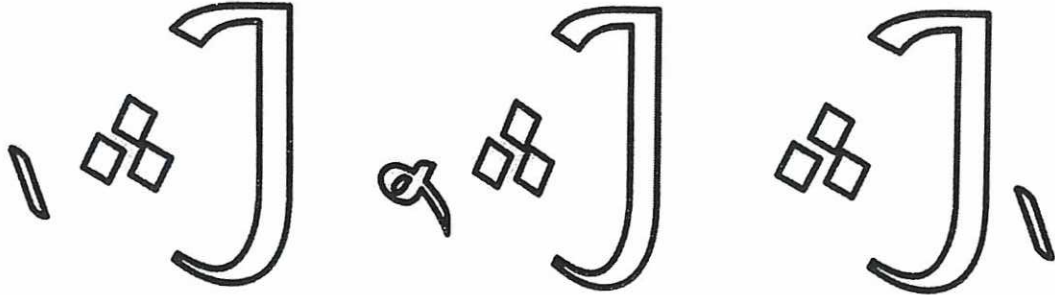
التخطيط

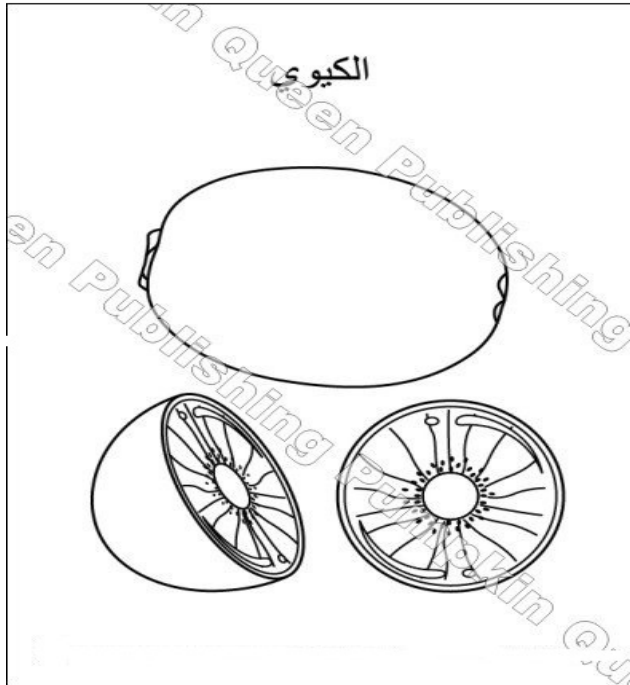
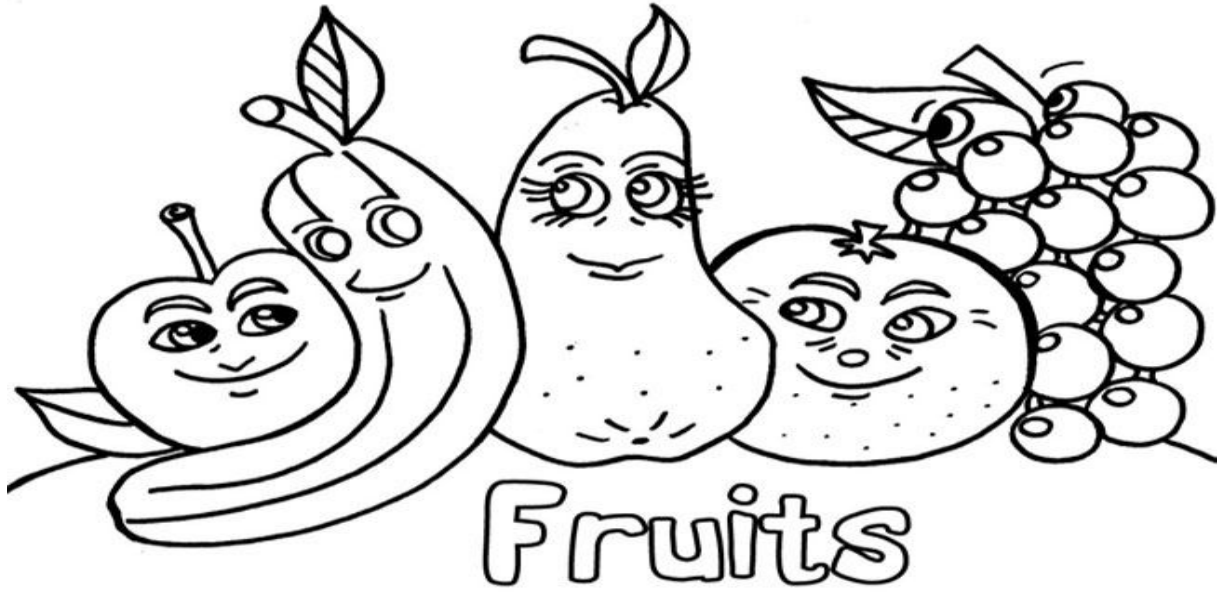
- كسر الخطوط

A handwriting practice sheet featuring several rows of dashed patterns for tracing. The patterns include horizontal lines, vertical lines, diagonal lines, 'X' shapes, zigzag lines, curved lines, and circles. A horizontal grey bar is drawn across the middle of the page, partially obscuring some of the patterns. The patterns are arranged in a grid-like fashion, with each row containing six examples of a specific pattern. The patterns are designed to help children learn to break down and trace different types of lines and shapes.

# Annexe N°04

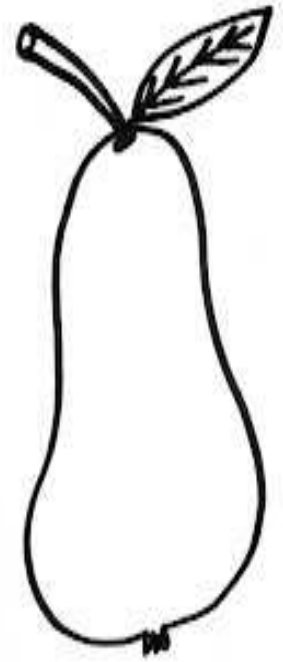
- اكتب ما يلي:



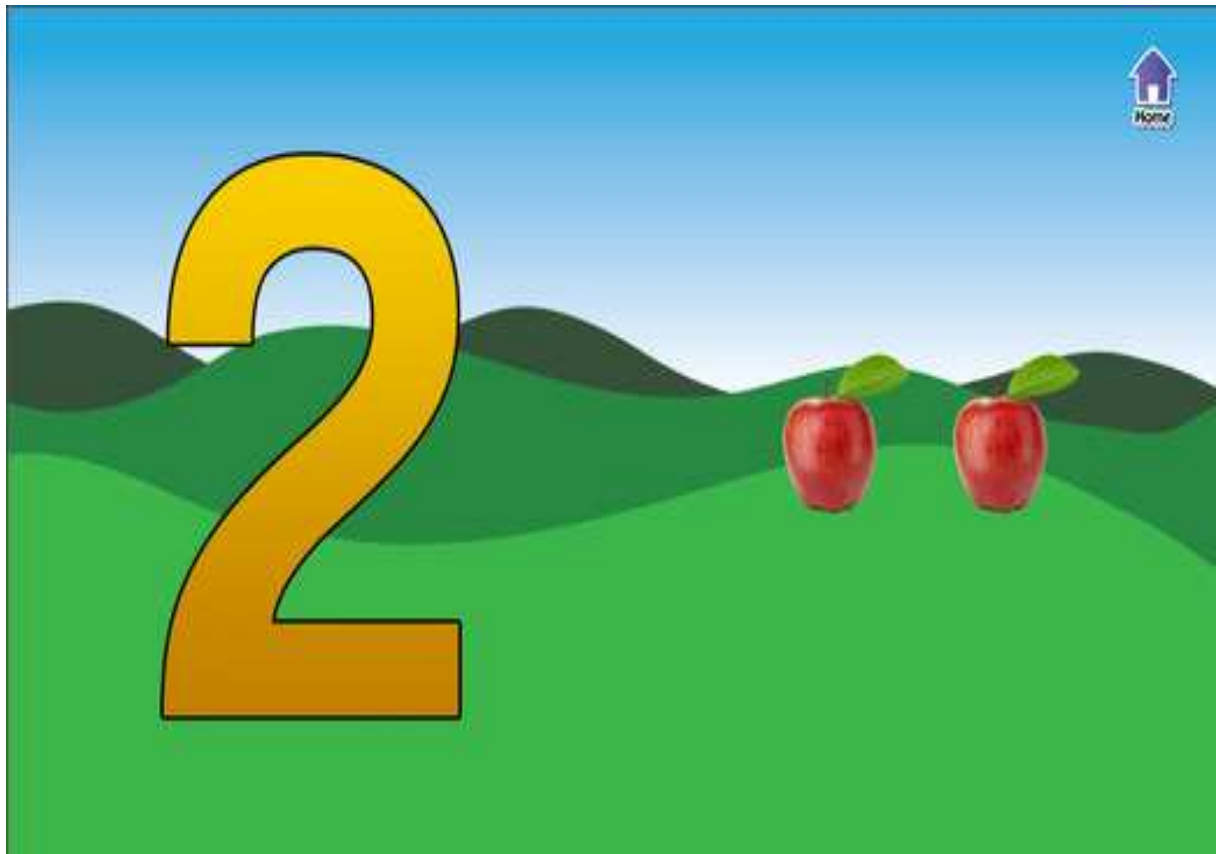
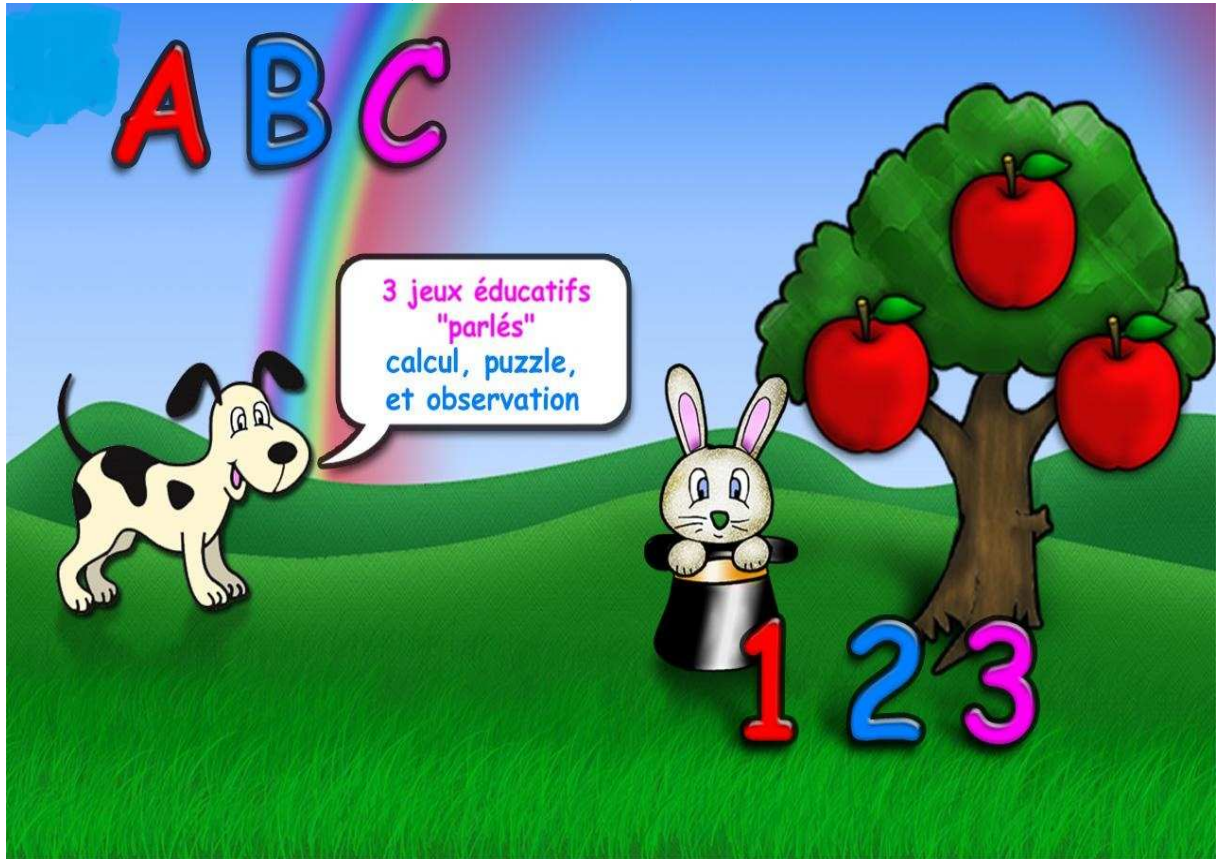


POIRE

Poire



AnnexeN<sup>0</sup> : 06  
(Les calculs)





AnnexeN° : 07  
(L'autonomie)

allumer le robinet



mouiller les mains



prendre du savon



laver les mains



fermer le robinet



essuyer les mains



Mets ton manteau



Habillage



## Annexe N° 08

### (بياض الثلج)

في قديم الزمان كانت تعيش ملكة وقد جلست قرب النافذة تخطط الملابس, فشكت إصبعها

بالإبرة فسقطت من إصبعها ثلاث قطرات

من الدم على الثوب الذي كانت تخطيه فأعجبها جمال لون الدم الأحمر مع الثلج الأبيض فقالت: لبنتي أرزق مولوداً أبيض كالثلج وأحمر كالدم

وأسود كالليل . وبعد مرور فترة من الزمن رزقت الملكة بطفلة أسمتها بياض الثلج, وبعد ذلك توفيت الملكة



تزوج الملك من ملكة جديدة جميلة وكانت شديدة الإعجاب بجمالها, وكانت للملكة مرآة سحرية معلقة على الجدار

وتقول لها أيتها المرآة المعلقة على الجدار من هي أجمل سيدة بين سيدات هذه البلاد ؟



فكانت تقول أيتها الملكة أنت أجملهن جميعاً وأقسم أن بياض الثلج أجمل فتنة. فغضبت الملكة فطلبت من الصياد أن يأخذ بياض الثلج إلى الغابة ويقتلها هناك ولكن بياض الثلج توسلت للصياد أن لا يقتلها ويدعها تذهب لحال سبيلها فتركها تذهب بعيداً في الغابة. شاهدت بياض الثلج كوخ للأقزام السبعة

وحكت لهم قصتها وطلبت منهم أن تبقى معهم بشرط أن تنظف الكوخ وتطهي الطعام



وقفت الملكة قبالة المرأة يوماً وسألتها : من هي أجمل سيدة بين سيدات هذه البلاد ؟ لم تصدق أذنيها عندما سمعت  
الجواب الآتي : أيتها الملكة إنك جميلة جدا

قائم فوق تله . , ولكنني يجب أن أقول الحقيقة , أقسم أن بياض الثلج لم تمت , وهي لا تزال حية في بيت صغير بعيد  
ومع أنك أيتها الملكة جميلة حقاً فإن جمال

تلك الفتاة الفائق يجعلها أكثر جمالاً



وحاولت الملكة عدة مرات قتل بياض الثلج ولكن الأقزام ينفذونها في كل مرة , إلا أن آخر محاولاتها نجحت وظلت بياض  
الثلج فاقدة وعبها

بسبب أكلها للفتاحة المسمومة التي أعطتها لها الساحرة



وحسبها الأقزام أنها ماتت ووضعوها في تابوت زجاجي وكان الأقزام يتناوبون على حراستها في كل يوم إلى

أن جاء ابن أحد الملوك ووجد التابوت الزجاجي فلم يستطع أن يرفع عينيه عن تلك الفتاة الجميلة جداً في داخله وحدق  
النظر إليها لأنه أحبها جداً

فتوسل للأقزام أن يعطوه التابوت ويعطيهم ما يريدون. وفي بادئ الأمر رفض الأقزام طلبه وظل يتوسل إليهم حتى أشفقوا  
عليه وأعطوه التابوت





وبينما كان الحراس يحملون التابوت تعثروا بجذور إحدى الأشجار فاهتز التابوت وخرج قطعت التفاحة التي كانت في فم الفتاة , وفتحت الفتاة عينيها ورفعت غطاء التابوت وصاحت أين أنا



غمرت الفرحة قلب الأمير عندما رأى الفتاة حية , ثم أخبرها بكل ما حدث وطلب منها أن يتزوجها فوافقت الفتاة وأقام الملكة حفل

زواج كبير ودعا له كل الناس ومن بينهم الملكة زوجة أبيها , وعندما وصلت إلى مكان الاحتفال عرفت أن العروس بياض الثلج أصيبت

بنوبة قلبية أوقعتها على الأرض وماتت بعد فترة قصيرة من الزمن . وعاشت بياض الثلج حياة سعيدة ورزقت بأولاد وبنات.



## Annexe N° 09

(قصة ذات الرداء الأحمر)

كان أهل القرية يسمون الطفلة " ذات الرداء الأحمر " لأنها كانت تلبس دائماً رداء من الصوف الأحمر شغلته لها أمها

... وكانت تبدو فيه جميلة لطيفة ، فأحبها جميع أهل القرية



وذات يوم أرسلتها أمها لتزور جدتها المريضة التي كانت تعيش في الطرف الآخر من الغابة ، وملأت لها سلة بالفاكهة ... والطعام ، وأوصتها ألا تتوقف في الطريق والأحداث أهدأ لا تعرفه



وسارت " ذات الرداء الأحمر " في طريقها وسط الغابة ، وكان الجو بديعاً والطيور تغرد ، فراحت تقطف الزهور وتصنع ... منه باقة لجدتها ، وبين وقت وآخر كانت ترفع رأسها إلى الأشجار لتراقب العصافير طائرة تمرح بين الأغصان

وسمع الذئب الشرير خطوات " ذات الرداء الأحمر " فتقدم يُحييها ، ويحدثها عن أخبار حيوانات الغابة ، ونسبت

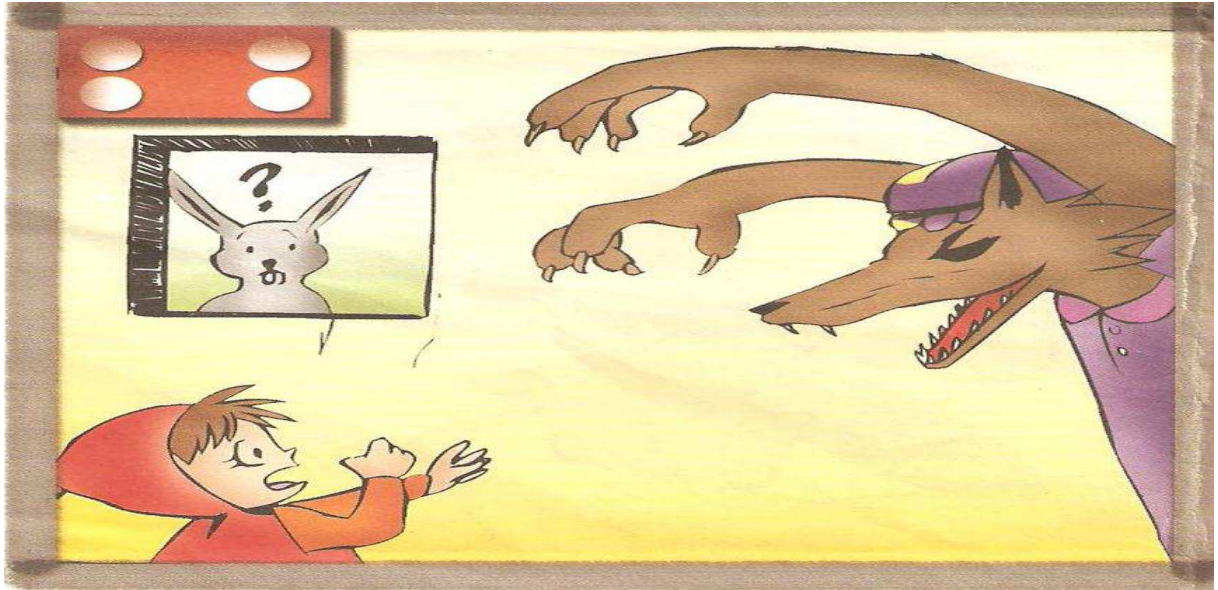


الطفلة نصيحة أمها فقالت للذئب أنها ذاهبة لزيارة جدتها ، وفكر الذئب في حيلة شريرة فحياها وانصرف بسرعة

وسبقها الذئب إلى منزل الجدة ، فطرق الباب وقلد صوت الطفلة ففتحت له الجدة ، وعلى الفور هجم عليها وابتلعها في ... جوفه ثم لبس ملابسها وغطى رأسه بقبعتها ووضع النظارة على عينيه ونام في سريرها



وبعد قليل وصلت " ذات الرداء الأحمر " إلى منزل الجدة وطرقت الباب ، فقلد الذئب صوت الجدة وطلب إليها أن تدخل ... فدخلت ، وفي الحال هجم عليها وابتلعها كما ابتلع الجدة قبلها ثم خرج لينام تحت شجرة قريبة



ومر الحارس بمنزل الجدة فوجد الباب مفتوحاً ولم يجد الجدة ، ورأى الذئب نائماً تحت الشجرة وبطنه منتفخ جداً ، ... وأخبرته بومة تقف على أحد الأغصان بما فعل الذئب كما رآته من شباك المنزل

وأسرع الحارس وأخرج سكيناً شقّ بها بطن الذئب النائم وسحب منها " ذات الرداء الأحمر " وجذتها سالمين ثم ترك ... الذئب مقتولاً لتراه حيوانات الغابة وتتعلّم من موته ألاّ نعتدي على حياة سكان الغابة

وما أن رأت الجدة حفيدتها " ذات الرداء الأحمر " حتى أخذتها في حضنها ثم قصت كل منهما قصتها مع الذئب

... الشّرير وشكرت الجدة و" ذات الرداء الأحمر " حارس الغابة الذي أنقذهما من الموت

ودعت الجدة حارس الغابة إلى وليمة فاخرة اعترافاً بجميله في إنقاذها وحفيدتها من الموت في بطن الذئب ،

أما " ذات الرداء الأحمر " فقد تذكرت نصيحة أمها وعرفت جزاء من يخالف تعاليم والديه

**Annexe N° 10**  
**(Comptine, chanson)**

**Au clair de la lune**

Mon ami Pierrot  
Prête-moi ta plume  
Pour écrire un mot.

Ma chandelle est morte,  
Je n'ai plus de feu  
Ouvre-moi ta porte  
Pour l'amour de Dieu.

Au clair de la lune,  
Pierrot répondit :  
« Je n'ai pas de plume  
Je suis dans mon lit.



Va chez la voisine,  
Je crois qu'elle y est  
Car dans sa cuisine  
On bat le briquet. »

Au clair de la lune  
On n'y voit qu'un peu  
On chercha la plume,  
On chercha le feu.

En cherchant d'la sorte  
Je n'sais c'qu'on trouva,  
Mais j'sais que la porte,  
Sur eux se ferma.