



*Université Abderrahmane Mira - Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie*

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Psychologie Clinique*

Thème

L'AUTISME ASSOCIÉ À UN TROUBLE DE MÉMOIRE ET LA PROPRIÉTÉ CHEZ LES ENFANTS

Étude de quatre (04) cas, réalisée au sein de la clinique *El Amel* à Akbou

Réalisé par :

AYACHA Sonia

ALIMRINA Tafsout

Encadré par :

Dr. KHELOUFI Sihem

Soutenu le 22 juin 2023

Devant le jury composé de

SLIMANI Naima-----Présidente

KHELOUFI Sihem-----Rapporteur

AMROUCHE Nassima-----Examinatrice

Année universitaire 2022/2023

Remerciements

En premier lieu nous remercions Dieu qui nous à accorder le courage, la patience pour réaliser ce travail qui est le résultat final de notre parcours.

Tout d'abord nous aimerions remercier infiniment notre promotrice madame Kheloufi Sihem, ses conseils, ses expériences, son savoir-faire, sa patience, sa disponibilité, et la confiance dont nous avons pu réaliser, le travail.

On tient également à adresser nos remerciements à l'équipe de la clinique de psychologie "El Amel" d'Akbou qui nous à permet de concrétiser et effectuer notre stage pratique dans des conditions agréables.

Enfin nous tenons à remercier chaleureusement nos familles, amies et enseignants et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'études.

« Grand merci à tous »

Dédicaces

C'est avec une très grande émotion que je dédie mon travail à mes chers parents qui m'ont soutenu tout au long de mon parcours d'étude

À ma cher sœur Sirine

À ma promotrice Mm kheloufi Sihem

À l'équipe thérapeutique EL AMEL

À ma cher binôme TAFSOUT et tous ces proches

A toutes mes copines et amis que je ne pourrais pas tout citer

Aussi qua toute personne qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de notre travail.

Sonia

Dédicaces

Avec un cœur plein d'amour et de fierté Je dédie ce travail :

A la mémoire de mon cher Grand-père qui nous a quittés récemment « paix a son âme et que dieu l'accueille dans son vaste paradis »

Et que dieu protège et procure la bonne santé et une longue vie pour ma grand-mère maternelle.

À mes très chers parents qui sont la source de mon existence et qui m'ont accompagné durant tout mon parcours et je leurs dit MERCI énormément pour votre soutien, encouragement et amour que vous m'avez offert.

Et A mon cher frère Fatah,

À mes chères sœurs Adouda, Kahina, Tinhinan, Dihiya, Thiziri, Ines

Que dieu les protèges.

À mes tantes, et à mes cousins et cousines

Ainsi toute ma famille.

À ma chère binôme Sonia ainsi tous ces proche,

À tous mes amis qui m'ont toujours encouragé et je leurs souhaite tout le bonheur et la réussite durant toute leurs vies.

Et à tous ceux qui m'aime et J'aime et ceux qui m'ont encouragé a réaliser à la réussite de ce travail.

Tafsout

Table des matières

Remerciements	I
Dédicaces	II
Dédicaces	III
Liste des Abréviations.....	VII
Introduction	1

PARTIE THÉORIQUE

Cadre général de la problématique	4
Problématique	5
Chapitre I : L'autisme et Trouble de la mémoire	10
Partie 1 : L'autisme.....	11
Préambule	11
1. L'apparition et l'évolution du terme «autisme».....	11
2. Définition de l'autisme :.....	12
3. Symptômes de l'autisme :.....	14
4. L'étiologie de l'autisme.....	16
5. Le diagnostic de l'autisme.....	19
6. Les critères du diagnostic selon le DSM-IV :.....	20
3. Le fonctionnement de la mémoire :.....	22
4. Les types de mémoires :.....	22
Partie II : Trouble de la mémoire	24
1. Définition de trouble de la mémoire :.....	24
2. Les causes possibles du trouble de la mémoire :.....	24
3. Les différents types de troubles de la mémoire :	24
(Serge N. 2002 ; P 73)	24
4. Les symptômes courants du trouble de la mémoire :	25
5. Les traitements possibles pour le trouble de la mémoire :	25
Partie III. Trouble de la mémoire et l'autiste :.....	26
1. Définition de trouble de la mémoire et l'autisme :	26
2. La mémoire autobiographique :	26
3. La mémoire autobiographique dans l'autisme :	28

4. La prise en charge des enfants autistes (TSA) ayant un trouble de mémoire :	30
Synthèse.....	32
Chapitre II : L'acquisition de L'autonomie et de la propreté.....	33
Préambule	34
1. Évolution de l'autonomie selon les différents stades de développement :	34
2. L'autonomie et L'apprentissage de la propreté chez l'enfant autiste :	38
3. Le programme TEACCH :	39
4. L'apprentissage au niveau d'urine :	40
5. L'apprentissage d'autonomie pendant "les repas"	44
6. Le rôle des parents dans l'acquisition de l'autonomie :	47
Synthèse.....	48
PARTIE PRATIQUE	
Chapitre III : Méthodologie de la recherche	50
Préambule	51
1. La pré-enquête :	51
2. L'enquête :	52
3. Guide d'entretien.....	54
4. Présentation de lieu de la recherche :	55
5. Population de groupe d'étude :	55
6. Les outils de la recherche :	56
7. Guide de l'entretien :	56
8. Le questionnaire :	56
Synthèse :	57
Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses	58
Préambule	59
1er cas Maylin:.....	59
2 ^{eme} Cas de Djalil :	65
3 ^{ème} Cas de Dania :	69
4 ^{ème} Cas de Axel :	73
Discussion des hypothèses	77
Conclusion	80

Références Bibliographiques	83
Annexes	87
Résumé	

Liste des Abréviations

ABA	Applied Behavior Analysis
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale
APA	American Psychiatric Association
CIM-10	Classifications internationales des maladies
DSM	Manuel diagnostiques et statistiques des troubles mentaux
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
TEACCH	Treatment and education of autistic and related communication handicapped children
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Troubles de spectre autistique

Introduction

Introduction

L'autisme est utilisé dans des expressions courantes, qui renvoient à une personne solitaire qui vit dans un monde propre à lui, et isoler socialement.

C'est un trouble qui touche le développement de l'enfant dans tous ces axes essentiels mais de façon inégal. Il est prescrit comme un trouble neurodéveloppemental de conduite, entraîne un déficit permanent de fonction cognitive linguistique et psycho relationnel, diagnostiqué à l'Age de 3 ans. Pour l'enfant atteint d'autisme il apparaît difficile de s'adapter à la vie quotidienne dont la réalisation de ces tâches dépend toujours des autres, dans notre cas cela revient à l'oublier ou bien la mémoire qui ne fonctionne plus.

La mémoire est un carrefour qui mobilise l'ensemble des fonctions cérébrales ou l'enfant aura la capacité de développer ces compétences. Pour l'enfant autiste ayant un trouble de mémoire il apparaît difficile d'apprendre et réaliser ces tâches et devenir indépendant.

Parler de l'indépendance nous fait penser à l'autonomie et l'acquisition de la propreté qui reste un obstacle qui entrave la vie d'un enfant et celle de ses parents.

La prise en charge des enfants autistes est essentielle, en tenant compte à la dimension pluridisciplinaire adaptée pour chacun leurs permet d'acquérir une autonomie afin de les intégrer dans le milieu social.

Les différents programmes d'apprentissage et éventuellement, d'acquisition d'autonomie et de la propreté, utiliser par le groupe thérapeutique est pour objectif d'aider l'enfant à affronter la vie.

L'objectif de notre étude porté sur l'acquisition de l'autonomie et de propreté chez les enfants autistes ayant un trouble de mémoire. Pour cela on a effectué la pratique au sein de la clinique de psychologie EL AMEL. Pour la réalisation de notre travail sur le terrain nous sommes basés sur la méthode clinique et sur l'étude de cas pour décrire un enfant autiste ayant un trouble de mémoire et l'acquisition de la propreté.

On a utilisé l'entretien (semi directif et le questionnaire) comme outils de recherche pour récolter l'ensemble d'informations concernant l'enfant afin de les étudier et les analyser.

Et pour cela notre travail se compose de deux parties :

-La première partie théorique ou on a traité deux chapitres, le premier concernant l'autisme et le trouble de mémoire

Dans le deuxième chapitre on va mettre l'accent sur l'acquisition de la propreté chez les enfants autistes, on va définir l'autonomie, la propreté, le développement d'autonomie chez l'enfant selon l'âge, puis le programme d'apprentissage.

-La partie pratique qui aussi divisée en deux autres chapitres, un sur la méthodologie de la recherche suivie pendant notre étude et un autre chapitre qui concerne la description et l'analyse des résultats de l'hypothèse.

On finira notre travail par une conclusion.

Partie Théorique

Cadre général de la problématique

Problématique

L'enfant est un être en évolution permanent, défini en fonction de l'âge et du niveau de développement par rapport aux différentes dimensions cognitives physiques et sociales. Mais ce n'est pas le cas d'un enfant autiste, qui présente une altération des interactions sociales et de la communication au niveau de l'acquisition de langage qui se manifeste par des comportements inadaptés, d'une intensité différente d'un enfant à un autre.

L'état de connaissances marqué par la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en janvier 2010 quelques données sur l'autisme et les troubles envahissants de développement, ou la prévalence estimée des TED (trouble envahissant du développement) a été estimée en 2009 de six à sept mille personnes moins de 20 ans pour l'autisme infantile elle est de deux pour mille personnes moins de 20 ans.

Selon l'HAS (2010), on note une augmentation du nombre des personnes avec TED par rapport aux années 1960-1970, ce qui peut être expliqué par la modification des critères diagnostiques et l'amélioration du repérage par les professionnels et le développement des services spécialisés pour évaluer et prendre en charge cette population.

(Haute autorité de santé, 2010).

Ce trouble de développement est plus fréquent chez les garçons que les filles. L'autisme infantile est 4 fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles, On estime 2 garçons pour une fille quand il y a un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme, et 6 garçons pour 1 fille dans l'autisme sans retard mental état de connaissance

(Haute autorité de santé, 2010).

En Algérie, Selon les dernières estimations du ministère de la Santé, environ 80.000 enfants âgés entre 15 mois et 17 ans sont autistes, une pathologie méconnue du grand public et pourtant sa prévalence est estimée à 4 cas pour 1.000 naissances.

Devenu un réel problème de santé publique, la plupart des enfants atteints de ce désordre neurologique ne bénéficient d'aucun suivi thérapeutique leur permettant d'envisager une scolarité normale, d'où la nécessité

d'augmenter la capacité d'accueil en établissements spécialisés en pédopsychiatrie et de former le personnel qualifié pour le traitement de ce trouble par la diversification des méthodes de prise en charge et de dépistage précoce.

En Algérie les moyens mis à la disposition de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont limités, ils posent de nombreuses contraintes en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Le parcours thérapeutique de ces enfants est chaotique et semé d'embûches, l'accès aux soins est rare ou même indisponible. Le personnel qualifié fait défaut, ce qui rend aussi la formation de nouvelles équipes médicaux-psychologiques aléatoire.

Pour une population de 36 millions d'habitants, nous disposons de trois structures en pédopsychiatrie avec une capacité globale de 150 places organisées en hôpital de jour auxquelles il faut ajouter une dizaine de consultations avec une vingtaine de « pédopsychiatres » formés grâce à l'aide de l'OMS et qui travaillent dans des conditions précaires

(Taleb.M.O, 2010, P159).

L'autisme est un désordre développemental sévère qui se caractérise principalement par une incapacité de communication verbale et non verbale, des manques dans le jeu symbolique, et des comportements obsessionnel et ritualisé.

(Tommen. E, 2001, P152)

L'OMS (l'organisation mondiale de la santé) le définit comme : "un trouble envahissant du développement ou déficience, manifeste avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines : interaction sociale, communication, comportement.

Les enfants atteints du syndrome autistique vivent dans un monde propre à eux, ne comprennent pas ce qu'on leur dit, lorsque on les interpelle par le geste ou la parole, souvent ne parlent pas mais émettent des sons ne peuvent pas lire, écrire, ni établir une relation sociale.

(Zitouni. F, 2007, P08)

La majorité des études cognitive ont été réalisées avec des personnes autistes, ces derniers n'ont pas une implication du moi dans son récit, une

incapacité de se souvenir, de mémoriser les fait de sa vie, son enfance. Des performances diminuer en se rappelons d'image de mot lus et entendu, l'absence de l'implication de moi, et l'incapacité de mémoriser et retenir les faits, les événements qui est dû au carrefour qui mobilise l'ensemble des fonctions cérébrales, qui permet de se référer à des moments fondateur de sa vie avec une richesse d'évocation, en associant; sens, émotions, mémoire de lieux et mémoire de temps.

Mais dans le cas d'un enfant autiste ayant un trouble de mémoire n'ont pas la capacité à s'imaginer en train de faire une expérience future ou de se rappeler d'un événement passé.

Les souvenirs peu correspondre à des sensations exacerbée sans une richesse contextuelle sui permet bien évidemment de les rétablir dans le temps et le lieu, ce qui rend le retient et la compréhension environnementale plus difficiles, et l'absence de contexte qui déterminé le sens empêche d'attribuer plus au moins grande, dans le récit de sa vie.

La mémoire sémantiques est souvent mieux conservé, tel que la mémoire photographique qui reproduit de manière littéral les sensorialités à la fois d'intérêt restreints à certains sujets : manger, jouer et faire du sport.

Cette pathologie d'autisme présente des caractéristiques polyhandicapées (mental, communication verbale et non verbale, sociabilité).

Les formes clinique pouvant prendre plusieurs formes, des retards de l'apprentissage au début avant l'âge de 30 mois, des troubles du développement social qui répondant à certains caractéristiques précises et qui sont en rapport avec le niveau intellectuelle de l'enfant, un retard et anticipée dans l'acquisition du langage, ce qui rend difficile d'acquérir l'autonomie, comme les difficultés des activités de la vie quotidienne, mangé seul, apprendre l'hygiène corporelle, se lavé, S'habiller, et déshabiller se déplacer seul.

(Baker. B, Brightman.B, 2008, PP 8 -10)

L'autonomie renvoie à une réalisation des tâches de base de la vie quotidienne, sans aide, et géré sa vie tout en devenant indépendant.

L'apprentissage et l'acquisition de l'autonomie se développe petit à petit dans plusieurs sphère de la vie qui se fait en harmonie avec le milieu extérieur

culturel qui prend des dimensions différents, ou ce milieu géographique culturel impacte le développement de l'enfant tel que : apprendre à être propre, on faisant sa toilette et on magnant sans se salir. mais le développement de l'activité motrice ce diffère d'un enfant à un autre, qui dépend de sa propre personnalité, l'intérêt apporté et de grande partie les parents.

La conception d'acquisition d'autonomie apparaît étrange, pour les enfants ayant un trouble autistique vue le retard du développement dans les trois premières années de la vie.

Une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable pour améliorer cette déficience comportementale. L'autonomie et l'apprentissage de la propreté est considérée comme l'objectif principal de l'entourage de l'enfant atteint de l'autisme associé à un trouble de mémoire, pour cela les parents ont une responsabilité spécifique.

Plusieurs organisations ont été créé afin d'améliorer et aider l'enfant autiste pour atteindre l'objectif d'être indépendant d'autrui.

(Baker. B, Brightman. A, 2008. PP8-10)

A la lumière de ce qui intéresse notre champ de recherche on va montrer comment la présence d'une prise en charge thérapeutique au sein de la clinique EL AMEL impact sur l'acquisition de la propreté des enfants autiste ayant un trouble de mémoire, la raison pour laquelle on a posé la question suivante :

Est-ce que les enfants ayant un trouble autistique associé à un trouble de mémoire intégré dans la clinique EL AMEL arrivent il à acquérir la propreté ?

Hypothèses

- L'autisme associé à un trouble de mémoire impact sur l'acquisition de la propreté chez l'enfant.
- Les enfants autistes ayant un trouble de mémoire peuvent acquérir l'autonomie avec une bonne apprentissage et suivi thérapeutique

Opérationnalisation des concepts :

Autisme : est un trouble précoce qui touche le développement de l'enfant apparaissant, la perturbation d'interaction et de la communication liée à un trouble de langage et des comportements restreints et répétitifs, sont variables en fonction du niveau intellectuel de l'enfant.

Mémoire : la capacité d'acquérir de nouvelles informations des enfants qui est construite par morceaux ou les souvenirs peuvent correspondre à des sensations exacerbées, ce qui permet de les restituer dans le temps et le lieu par différentes méthodes permettant d'acquérir un apprentissage.

Trouble de la mémoire : Les troubles de la mémoire appelés également troubles mnésiques ou perte de mémoire concernent, soit la capacité à mémoriser un fait nouveau, soit la capacité à retrouver un souvenir, soit les deux. Ainsi, la personne ne se rappelle plus de certains faits récents ou des souvenirs anciens, ou les deux à la fois.

La propreté : Les enfants autistes ayant un trouble de mémoire apprennent plus lentement, de ce fait il est fondamental de répéter et de renforcer chaque notion apprise.

L'objectif de la recherche :

L'objectif principal de notre recherche s'intéresse à comprendre comment l'autisme associé à un trouble de la mémoire peut affecter l'acquisition de la propreté chez les enfants atteints d'autisme. Plus spécifiquement, on cherche à déterminer les différents facteurs qui peuvent influencer l'apprentissage de la propreté, et explorer différentes études et recherches sur le sujet afin de comprendre les symptômes d'autisme associés à un trouble de la mémoire qui pourraient entraver l'apprentissage de la propreté. Chercher à identifier les possibles obstacles à l'acquisition de cette compétence chez ces enfants, en analysant notamment les problèmes de communication, les difficultés de compréhension, la perception sensorielle et les troubles comportementaux qui peuvent y contribuer ainsi les meilleures méthodes pour aider les enfants atteints d'autisme et de troubles de la mémoire, à surmonter ces obstacles et à apprendre la propreté de manière efficace et appropriée. Et mieux comprendre comment l'autisme associé à un trouble de mémoire peut affecter l'apprentissage de la propreté chez les enfants, et comment nous pouvons développer des stratégies pour aider ces enfants à surmonter ces difficultés et acquérir cette compétence importante.

Chapitre I : L'autisme et les trouble de la mémoire

PARTIE 1 : l'autisme

Préambule

Dans ce chapitre on a élaborer deux partie, la première vise à parler sur le trouble autistique et la deuxième sur le trouble de la mémoire, ainsi la prise en charge des enfants autiste ayant un trouble de mémoire

1. L'apparition et l'évolution du terme «autisme»

Le mot « autisme » Vient du grec ancien « autos » signifiant, « soi-même » cette terminologie a été proposée dès 1911 par Eugène Bleuler, et est réapparu dans les écrits en 1943 sous la plume de Kanner bien que plusieurs auteurs (Carbonneau et Rousseau, 2012, Fédération québécoise de l'autisme, 2015) affirment que l'autisme est un trouble connu depuis le début du XX siècles, la première étude scientifique a eu lieu en 1943.

L'autisme a été décrit neuf ans avant la première parution du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et cette description fut établie par Leo Kanner, le pédopsychiatre américaine ou il a décrit le repli sur soi même, l'observation de Kanner suivie sur la présentation des onze cas (8 garçons et 3 filles, âgé de moins de 10 ans) en insistant sur les descriptions concordance des parents considérant leurs enfants comme « se suffisant à lui-même » , « parfaitement inconscient de tout ce qui l'entoure » , « échouant à développement sociabilité normale » . Le retrait constaté chez ces enfants n'était pas une rupture de relations préalablement établies et succédant à une participation sociale (comme dans la schizophrénie) mais un repli autistique d'emblée, ce qui a conduit Kanner à écrire que « les enfants autistes sont venus au monde avec une incapacité innée à développer les contacts affectifs habituels avec les personnes, biologiquement prévues, de la même manière que d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels ».

Il est important de restituer le contexte dans le qu'elle le terme d'autisme a été choisi et utilisé par KANNER puisque des confusions ont pu naitre du choix de ces appellation. Ce terme lui permettait alors de distinguer ce tableau clinique différent des entités cliniques préexistante celles : d'arriérations mental pour laquelle ses enfants lui étaient adressé.

(Gepner. B, Tardir. B, 2003, p9).

Les recherches de multiples dans le secteur des sciences du comportement et en particulier sur l'étude de développement de l'individu, puis sur la comparaison entre Le développement normal et pathologique. Le concept d'autisme est alors revisité et s'engagent de nouveaux travaux portant sur l'étude fine et systématique des comportements observé à la recherche de leurs causes éventuelles a travers des modèles inspiré à la fois de la biologie et à la fois de la psychologie.

(Gepner. B, Tardif. B, 2003, p11).

En 1980 la troisième édition du DSM-III APA (Diagnostic and statistique manuel) fait figurer l'autisme dans les troubles globaux du développement. Le DSM-III dans des critères spécifiques pour guider chaque diagnostique.

Aujourd'hui l'autisme est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les, interactions sociales et la communication, contraignant la personne a un retrait du monde social faute des moyennes adapté pour pouvoir communique de façon adéquate.

(Gepner. B, Tardif. B, 2003, p11).

2. Définition de l'autisme :

Il existe de nombreuses définitions de l'autisme et ses noms ont varié. Ou le mot autisme a été utilisé par le psychiatre allemand Eugen Bleuler pour la première fois en (1911), en désignant une forme clinique de schizophrénie, avec un repli intense sur soi.

(Gepner.B, Tardif.B, 2003, p9)

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

Comme défini par (Gerlach 2003) c'est l'un des troubles du développement de base qui affecte les enfants dès le moment de la naissance, et ils montrent des comportements stéréotypés et répétitifs, et généralement leur diagnostic commence (Diagnoses) à des âges allant de deux ans et demi à quatre

ans en raison de la clarté des symptômes sur eux à ce moment-là. Cependant, leur état est assez clair dès la naissance.

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

(Thommen. E, 2011, P 152)

Selon le dictionnaire de la psychologie : c'est un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative.

Et pour la classification internationale des maladies (dont l'appellation complète est : la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé) ainsi pour le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (CIM-10 et DSM- IV), ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication, des perturbations dans la relation avec les autres, des activités et des intérêts restreints répétitifs, souvent stéréotypés. La théorie il n'y a pas de retard mental associé, mais dans la réalité clinique, le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités. Au plan psychopathologique, les troubles envahissants du développement (TED) se caractérisent par une altération de l'organisation progressive de la personnalité avec une capacité d'adaptation à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'angoisse de l'enfant.

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, révision (DSM-IV-R) : Les troubles envahissants du développement (TED) sont caractérisés par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement, capacités d'interactions sociales réciproques, capacités de communication, ou par la présence de comportement, d'intérêts et d'activités stéréotypés.

Les déficiences qualitatives, qui définissent ces affections sont en nette déviation par rapport au stade de développement ou à l'âge mental du sujet, ces troubles apparaissent habituellement au cours des premières années de la vie et sont souvent associés à un certain degré de retard mental ils sont parfois associés à des affections médicales générales, (par exemple : anomalies chromosomiques, lésions structurelles du système nerveux central, maladies infectieuses, maladies infectieuses congénitales) .

Selon L'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale) : « le syndrome d'autisme est un trouble et global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et, ou retardé dans chacun des trois domaines suivants interaction sociales, communication verbale et non verbale, les interactions sociales sont perturbées en quantité et qualité. Il existe un retrait social (retrait autistique) caractéristique du syndrome indifférence au monde. La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité.

Les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés. De plus, les autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colères et des comportements agressifs.

3. Symptômes de l'autisme :

a. Comportement, stéréotypés répétitifs :

- Intérêt inhabituel et trop prolongé pour les jeux de mains devant les yeux.
- Sensibilité particulière pour les rythmées non signifiantes.
- N'embrasse pas, ne met pas les bras autour du cou, rires ou colères sans raison.
- Auto-agressivité.
- Colère, opposition bizarreries du comportement. (VILLARD. R, 1984, p 50, 52).
- Les objets sont utilisés de façon détournées ou stéréotypée, par exemple l'enfant fait tourner longuement les roues de la petite voiture près de son oreille au lieu de la faire rouler sur le sol.
- Il aligne inlassablement des jouets. (LENOIR. P, COL, 2007, p12).

b. Les interactions sociales :

- Absence de mimétisme affectif avec visage figé, ne répond pas aux stimulations.
- Absence d'intégration de ce qui est vu ou entendu entraînant : une absence de sourire, réponse ou peu de sourires discriminatifs, mais par contre, sourires aux anges, sourires par hasard qui se prolongent normalement.
- Troubles du regard avec évitement : détourne son regard si on le regarde de près, regard absent, vide comme un aveugle, coups d'œil fugitifs, sur observation du détail (regard périphérique).
- Reconnaît probablement la voix de la mère, mais ne le manifeste pas, et ne l'interprète pas. Ne répond pas à l'appel de son nom. Pas de manifestation de joie à la vue des proches. (VILLARD. R, 1984, p 50, 52)
·Il ne joue pas avec les autres enfants.
- Il ne partage pas l'émotion avec autrui.
- Un manque de réactivité aux autres, ou d'intérêt pour eux.
- Il peut utiliser l'adulte comme un objet pour parvenir à ses besoins (prend la main de l'adulte sans le regarder pour ouvrir une porte par exemple).

(Lenoir.P, AL, 2007, p 11)

c. Communication :

- Absence de langage ou langage n'ayant pas valeur de communication.
- Répète des mots sans signification (écholalie), mais n'utilise jamais à bon escient les petites phrases « au revoir, bravo ».
- Absence de compréhension des idées abstraites.
- Difficulté à imiter les expressions du visage ou gestes, comme montrer du doigt, applaudir ou saluer.
- Prosodie particulière (absence d'intonation appropriée). (VILLARD. R, 1984, p 50, 52). Le développement : absence du langage, retard du langage.
- Syntaxe : inversion des pronoms (utilisation de « Tu » ou « Il » à la place de « Je »).

(Lenoir. P, COL, 2007, p 12).

4. L'étiologie de l'autisme

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs, Ces recherches étiologiques sont multiples en raison de l'hétérogénéité des tableaux et des cas rencontrés mais aussi de la variabilité importante des signes et des diverses pathologies associées ainsi que des difficultés liées à des pratiques d'explorations sophistiquées sur les enfants.

(Rogé. B, 2003, P23).

Il est possible que l'autisme résulte de plus d'une cause, plusieurs pistes de recherches sont développées actuellement privilégiant l'hypothèse neuro-développementale pour des raisons encore mal connues, mais incluant sans doute une vulnérabilité génétique, le cerveau de l'autiste se structure et se développe de manière différente.

(Caroull. A, 2010, p23).

Ci-dessous sont présentés les différents facteurs de l'autisme :

a. Les facteurs obstétricaux et postnataux :

Les complications durant la grossesse et à l'accouchement sont fréquemment, les risques obstétricaux les plus fréquemment rapportés sont l'élévation de l'âge de la mère, la prématurité, les saignements durant la grossesse, une souillure du méconium durant l'accouchement (Bernadette. B 2003, p53).

Dans les études des jumeaux. La paire non concordante présente des différences significatives au niveau de la périnatalité, l'enfant atteint d'autisme ayant le plus souvent souffert de complication. indépendamment de l'étude des jumeaux, les données issues de l'anamnèse des enfants autistes confirment la fréquence très élevée de complication obstétricale et périnatale, bien que ces éléments fassent couramment partie de l'histoire des patients autistes, il reste difficile d'établir clairement une relation de cause à effet entre ces complications périnatales et l'étiologie de l'autisme, alors on a cependant émis l'hypothèse que ces facteurs seraient à l'origine de besoins cérébraux pouvant entraîner l'autisme chez les enfants manifestant des signes de cette pathologie

de la naissance pour les forme d'adaptation plus tardives, qui suivent une période d'évolution apparemment normale.

(Bernadette. B, 2003, p53).

b. Les facteurs génétiques

Les recherches génétiques ont été suggérées par Kanner lui-même puisqu'en 1954 il pose la question de l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme ayant pour conséquence un défaut de relation entre l'enfant et le monde environnant. Depuis, des études ont partiellement confirmé un déterminisme génétique.

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p 59).

Les premiers arguments prouvant avec une quasi-certitude que des facteurs génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux données épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, portant sur des jumeaux monozygotes (vrais jumeaux, qui ont en commun la totalité de leur patrimoine génétique) et dizygotes (faux jumeaux, qui n'ont en commun que 50 % de leur patrimoine génétique, comme les frères et sœurs d'une fratrie). Ces études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un 70 % d'être lui aussi atteint d'autisme ou de troubles apparentés.

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p 59).

Pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, le risque pour l'autre d'être lui aussi atteint tombe à environ 4 %, donc comme dans une fratrie sans jumeau. Cette grande différence dans les taux de concordance d'autisme selon la monozygote ou le dizygote constitua alors un argument décisif pour invoquer une influence génétique dans l'autisme.

De même, les études familiales montrent que dans une famille où il y a un enfant autiste, le risque pour les frères et sœurs (apparentés degré) d'être aussi atteints d'autisme ou de troubles autistiques est d'environ 4%. Cette récurrence intrafamiliale (4 %) est 20 à 40 fois supérieure à la fréquence de la maladie dans la population générale (estimée à 0,1% 0,2%). au premier.

Il existe d'autres arguments en faveur d'une atteinte génétique dans l'autisme, notamment le fait que l'autisme soit significativement associé des

pathologies chromosomiques comme le syndrome d'X fragile (s'exprime par un retard mental), ou encore la sclérose tubéreuse de Bourneville (maladie neurodégénérative identifiée sur le plan génétique) ou la phénylcétonurie (maladie métabolique également d'origine génétique).

Pour autant, si l'on est maintenant certain que des facteurs génétiques soient en cause dans l'étiologie des syndromes autistiques, les gènes à cause ne sont pas encore identifiés. Des études génétiques internationales regroupant de grandes quantités de données sur des familles ayant au moins deux enfants atteints d'autisme ou de troubles apparentés sont actuellement en train d'identifier certains gènes candidats, c'est-à-dire susceptibles de générer ou favoriser la survenue d'un syndrome autistique (certains de gènes seraient localisés sur les chromosomes 7, 11, 15 et X).

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p 59).

Ces gènes de susceptibilité, ou de vulnérabilité, auraient subi une mutation spontanée induite par des facteurs indéterminés (environnementaux toxiques). Ces gènes défectueux seraient responsables de la pathologie autistique seuls ou association, et conjointement avec d'autres facteurs d'environnement. Il pourrait exister de deux ou trois à une vingtaine de gènes de susceptibilité

Dans les désordres autistiques. Certains de ces gènes défaillants seraient impliqués dans des étapes cruciales du développement du cerveau, comme Recherches à visée étiologique : la question du pourquoi » (tels que la sérotonine ou le glutamate), ou la mort neuronale. Les recherches en génétique sont longues et coûteuses, mais elles devraient dans les années à venir apporter des informations décisives pour la compréhension étiopathogénique des désordres autistiques. Les résultats de ces études génétiques doivent également servir à conseiller les familles avec enfant autiste dans le cadre du conseil génétique. À plus longue échéance, elles devraient pouvoir ouvrir des pistes pour le traitement génétique, ou en tout cas précoce, de ces affections. Kanner observe que certaines troubles neurologiques surviennent de manière concomitante en effet, dans les cas de cinq de ses onze enfants, une légère macrocéphalie accompagne l'autisme, près de 50 ans plus tard, COURCHESNE, et al (2001) corroborent les observations de Kanner. Ses auteurs ont comparé la grosseur de tête de 60 participants neuroleptiques comparé ou regroupé témoins, le groupe d'enfants autistes de 2 à 4 ans présentait une macrocéphalie, COURCHESNE et

PIERCE (2005) ont avancé que 90% des enfants atteints d'autisme souffrent d'une macrocéphalie.

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p 58).

c. Les facteurs environnementaux

Que dans associé à Comme nous l'avons souligné, les facteurs de risque environnementaux de l'autisme sont à considérer ici au sens large. Il s'agit de passer en revue 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 un enfant. Parmi ces facteurs de risque environnementaux. Certains sont de nature organique (chimique ou infectieuse), d'autres sont de nature psychologique, d'autres enfin peuvent être interprétés en termes organiques ou psychologiques.

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p61).

5. Le diagnostic de l'autisme

Établir le diagnostic de l'autisme est une tâche complexe qui nécessite temps et compétence de la part de nombreux professionnels, Parents, ainsi les professionnels ne doivent pas oublier qu'il est nécessaire d'avoir la même compréhension du handicap, sinon leurs efforts n'aboutiront pas, Ce dernier nous permet de se renseigner sur la nature et de syndrome constitue la pierre angulaire de ce processus évaluatif.

Le diagnostic d'autisme (PDD ou TED) est établi entre l'âge de 2 et 3 ans. Même si les signes très précoces peuvent déjà être décelés par des praticiens avertis autour de 15 mois.

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p26).

Un diagnostic clinique et médical effectuée par le pédopsychiatre au moyen des classifications et des échelles de spécification des troubles et complété par des explorations fonctionnelles à visé étiologique, biochimique, physiologique, neurologique génétique). (Tardif. C, Gepner. B, 2003, p25).

Un bilan développementale réalisé par le psychologue à partir de l'observation approfondie de l'enfant dans divers contexte, des entretiens familiaux avec recueil des données anamnestiques et des outils

psychométrique adaptée (teste échelles, questionnaire, épreuve) un examen du langage par l'orthophoniste, un bilans de motricité fine globale et des coordinations par psychomotricien, si nécessaire en fonction du niveau de l'enfant et de son projet individualisé spécifique, un bilan pédagogique et d'autonomie personnelle et collective par un instituteur et éducateurs spécialisé.

(Tardif. C, Gepner. B, 2003, p25).

6. Les critères du diagnostic selon le DSM-IV :

- Altération qualitative des interactions sociale par exemple le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses besoins avec d'autre personne.
- Altération qualitative de la communication, retarde ou absence totale de Développement du langage.

Cette observation est incluant par l'observation du clinicien qui exige un bilan psychologique et un examen précisée de la demande de la famille ainsi l'anamnèse établie avec la famille ou les personnes en charge du sujet. (DSM- 5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, p59).

Partie I : La mémoire

1. La définition de la mémoire :

Peut se définir d'une manière très générale comme la capacité d'un organe à assimiler, conserver et redonner des informations. On distingue différents types de mémoire correspondant a diverses taches du cerveau. (Frédérique. B, 2011. P171).

Elle désigne aussi : « un ensemble des systèmes biologiques et psychologiques qui permettent à codage, le stockage et à la récupération des informations, la mémoire est composée de nombreux modules reliés par des systèmes de communication ».

(Lieury. A, 1997.p 148).

Et selon Plotnik : « La mémoire est l'ensemble des opérations mentales qui permettent de retenir l'information et de s'en souvenir pendant un certain temps, ce processus comprend trois phases : l'encodage, le stockage et la récupération, les souvenirs sont non pas des copies exactes, mais les

représentations du monde dont la précision varie et qui sont sujettes à l'erreur et aux influences ».

(Plotnik.R ,2007 p 145).

Le terme « mémoire » est communément utilisé pour désigner une faculté mentale permettant de conserver dans l'esprit une qualité de données dont l'une des propriétés essentielles est de pouvoir être accessibles. Ne dit-on pas « avoir de la mémoire » quand on est capable d'évoquer certains événements qui se sont produits dans un passé proche ou lointain.

Pour le psychologue, la mémoire ne se réduit pas à un réservoir de connaissance. C'est un système cognitif dynamique qui, avec le système perceptif, régule le comportement. (Christiane. 1994, P6).

Alors la mémoire est la capacité d'un individu à stocker, maintenir et récupérer des informations. Elle peut être divisée en plusieurs types c'est ce que on va aborder dans le chapitre. La mémoire est essentielle pour la cognition humaine et joue un rôle important dans l'apprentissage, la prise de décision et la résolution de problèmes.

2. L'historique des travaux sur la mémoire :

Depuis l'Antiquité, la mémoire humaine a attiré un nombre impressionnant de penseurs et de chercheurs. Jusqu'au Haut Moyen Age, elle fut une fonction psychique adulée, surtout dans ses aspects de mnémotechnie, avant que l'on ne réserve à d'autres notions la faveur des analyses et des réflexions théoriques. Si la fin du 19^{siècle} fut une période où se sont développés les premiers travaux expérimentaux sur sujet, l'arrivée du béhaviorisme en psychologie a réorienté les investigations dans ce domaine de la recherche. En effet, la psychologie néo-associationniste «écarta pendant près de quarante ans ce concept parce qu'il était associé aux études introspectives mais étudia cette fonction à travers la question de l'apprentissage et du conditionnement. Il fallut attendre le début des années 1960 avec recherches soient entreprises. Le développement de théorique et paradigmatique du béhaviorisme et, d'autre part, du développement des sciences de la cognition.

(Serge, 2002, P10)

3. Le fonctionnement de la mémoire :

3.1. L'encodage :

Le processus de conversion des informations de la mémoire sensorielle. Elle consiste à convertir des informations dans le format utilisable en mémoire de travail, dans le but d'être éventuellement transférée en mémoire à long terme. (GODEFROID, J, 2001, P441).

3.2. Le stockage :

Les traces enregistrées après chiffrement peuvent être temporaires et peuvent disparaître après avoir été utilisées ou jugées non pertinentes, ou inversement, éventuellement après traitement pour archivage.

3.3. La récupération de l'information : (ou recouvrement)

Le processus de rappel des informations stockées dans la mémoire à long terme nécessite souvent de rappeler la structure organisationnelle servi pendant le stockage. (GODEFROID. J, 2001,441).

4. Les types de mémoires :

La mémoire occupe une place centrale dans nos vies, dans la construction de notre identité, dans nos comportements, dans la façon dont nous nous exprimons et nous imaginons. Elle peut être divisée en deux grands systèmes : la mémoire à court terme et la mémoire à long terme, qui regroupent Cinq (5) types de mémoire différents.

4.1. La mémoire de travail (MDT) :

C'est un système à capacité limitée permettant le maintien temporaire d'information en mémoire et leur manipulation.

(Baddeley, 2003).

4.2. La mémoire à court terme(MCT) :

Elle permet de mémoriser des informations pendant une courte durée, généralement de quelques secondes à quelques minutes. Elle joue un rôle important dans la vie quotidienne, elle permet le maintien de l'attention sur l'information en attendant que le cerveau décide de la garder ou pas

(Godeforoid. J. 2001. P422).

C'est un système où le contenu est soudainement supprimé en peu de temps, cette mémoire se compose de plusieurs modules avec une courte durée de fonctionnement. (Lieury. A, 1997, P146)

4.3. La mémoire à long terme :

Elle permet de stocker des souvenirs de manière permanente.

Ce type compose :

- De la mémoire épisodique : qui est la mémoire explicite. Elle permet de se souvenir de moments passés et de prévoir le lendemain.
- Les détails des souvenirs épisodiques se perdent avec le temps, et ces souvenirs se transforment donc, à terme, en connaissances générales (mémoire sémantique).
- De la mémoire sémantique : qui est la mémoire contient nos connaissances sur le monde, la signification des mots, les règles linguistiques.
- De la mémoire procédurale : elle stocke les savoir-faire et les habiletés, comme faire de vélo ou jouer d'un instrument de musique.

4.4. La mémoire sensorielle :

Elle permet de traiter les informations reçues par les sens à travers les récepteurs sensoriels. Elle est subdivisée en plusieurs types :

- La mémoire sensorielle visuelle : elle conserve les images visuelles perçues à travers les yeux.
- La mémoire sensorielle auditive : elle conserve les sens perçus à travers les oreilles.
- La mémoire sensorielle tactile : elle conserve les sensations tactiles perçues à travers la peau.

Partie II : Trouble de la mémoire

1. Définition de trouble de la mémoire :

Les troubles de la mémoire (ou troubles mnésique) sont multiples et contiennent à la fois les troubles de l'acquisition d'un souvenir (encodage), les troubles de maintien de ce souvenir à long terme (stockage), et les troubles de la réutilisation de l'information stockée (récupération). Ils peuvent exister dans des circonstances très diverses chez l'enfant et l'adolescent. Ils sont parfois isolés ou bien associés à d'autres troubles cognitifs (dysphasie, dyspraxie visuo-spatiale...). Dans d'autres cas, ils s'inscrivent dans le cadre d'une pathologie ou d'une déficience (IMC, hydrocéphalie, séquelle de traumatisme crânien, trisomie 21, autres déficiences intellectuelles...). Par ailleurs, certains traitements médicamenteux peuvent entraîner des troubles de mémoire.

2. Les causes possibles du trouble de la mémoire :

Les déficits mnésiques constituent une des séquelles les plus fréquentes d'une lésion cérébrale. Ainsi, des troubles de la mémoire durables apparaissent dans 50% des cas de traumatisme crânien grave, une des causes organiques les plus fréquentes de la perte de mémoire.

Les perturbations mnésiques sont une des conséquences les plus graves d'une maladie ou d'un traumatisme car elles peuvent réduire considérablement l'autonomie et les capacités d'insertion familiale et sociale d'un patient. En plus des problèmes de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété et le stress chronique et aussi effets secondaires des certains médicaments.

(Christane. K, 1994 ; P 73)

3. Les différents types de troubles de la mémoire :

On peut décrire deux grands types d'amnésies :

a. L'amnésie antérograde :

Une amnésie antérograde (incapacité plus ou moins sévère à se souvenir d'événements récents survenus depuis le début de la maladie.

(Serge N. 2002 ; P 73)

b. L'amnésie rétrograde :

À l'inverse de la précédente, la personne ne se souvient plus d'événements survenus avant le début de sa maladie ou avant la date du traumatisme. (Perte plus ou moins étendue de souvenirs antérieurs à l'événement pathologique)

Ces deux types caricaturaux d'amnésie sont rarement vus chez les enfants pour lesquels les difficultés se situent surtout à la phase initiale de la mémorisation. Les informations stockées sont ensuite correctement stockées et restituées.

Démence : Perte progressive de la mémoire dans le cadre d'une maladie.

Trouble de la mémoire à court terme : difficulté à se souvenir des choses qui se sont produites récemment.

Trouble de la mémoire à long terme : difficulté à se souvenir des choses qui se sont produites il y a longtemps.

4. Les symptômes courants du trouble de la mémoire :

- Oubli fréquent des choses importantes.
- Difficulté à se souvenir des détails des événements passés.
- Répétition des questions ou des histoires.
- Confusion et désorientation.
- Perte de capacités cognitives telles que la capacité de raisonner, de planifier et de résoudre des problèmes.

5. Les traitements possibles pour le trouble de la mémoire :

Il existe des types de méthodes qui ont parfois été efficaces sous certaines conditions, pour certains patients, avec certains types de matériel. Mais dans tous les cas, les progrès ont été modestes. Deux méthodes principales de rééducation ont été examinées depuis une vingtaine d'années : les exercices de répétition et l'enseignement de stratégie, complétées par l'utilisation des aides externes destinées à restructurer l'environnement interne et externe du patient.

Partie III. Trouble de la mémoire et l'autiste :

1. Définition de trouble de la mémoire et l'autisme :

Les troubles du spectre autistique de haut niveau est caractérisés par une atteinte massive de la conscience de soi et des troubles cognitifs, émotionnels et sociaux.

(Lind SE, 2010, P430)

Des troubles de mémorisation sont communément évoqués, liés à des déficits exécutifs ou attentionnels contrastant avec des compétences extraordinaires dans certaines activités par exemple la mémoire des dates ou des chiffres, la mémoire visuelle ou auditive chez certains autistes.

Concernant la mémoire autobiographique, les déficits portent sur la composante épisodique tant dans la schizophrénie que dans l'autisme.

Non seulement les souvenirs sont peu détaillés, mais ils sont rappelés davantage avec un sentiment de familiarité qu'avec un sentiment de reviviscence subjective. Certaines études ont révélé, chez les enfants autistes, des déficits de sémantique personnelle.

(Speranza M, 2002).

La mémoire n'échappe pas à cette hétérogénéité. Après environ 50ans de travaux sur le fonctionnement mnésique dans l'autisme, il apparait que le système de mémoire complexes, intégratifs et tournés vers soi, tels que la mémoire autobiographique(MAB), sont très sensible à cette pathologie. Le fonctionnement de la MAB et des processus cognitifs qui lui sont associés avant de détailler les anomalies rapportées dans l'autisme.

2. La mémoire autobiographique :

La MAB recouvre à la fois la mémoire des événements, correspondant à la composante épisodique, et celle des connaissances personnelles et identitaires, renvoyant au composant sémantique, propre à un individu et accumulés dès le plus jeune âge mais la MAB permet également de se projeter dans le future à partir de ses expériences passées. La MAB ressemble ainsi les souvenirs et les connaissances sur soi, constituant l'histoire personnelle à l'origine du sentiment d'identité (Tulving. E, Fivush. R, 2004).

La MAB émerge tardivement, vers 5ans, et son développement se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence. La construction de la MAB nécessite d'avoir au préalable un développement suffisant de fonctions de haut niveau. (Nelson et Fivush, en 2004), pointent tout d'abord l'émergence, dès la première année, de la conscience de soi, de la mémoire implicite et explicite et de capacités à interagir avec autrui. Plus précisément, la conscience de soi implicite, qui représente la faculté d'un être à interagir avec son environnement, se développe rapidement après la naissance.

Le trépied qui compose la MAB : « la composante épisodique, la composante sémantique ».

a. Composante épisodique :

Elle comprend l'ensemble des événements personnels situés dans un contexte donné. Ce système de mémoire implique un voyage mental dans le temps : à la fois dans le passé, permettant de revivre les souvenirs, mais aussi dans le futur renvoyant à la conscience auto noétique qui sous-tend notre capacité à prendre conscience de nous-mêmes au travers d'un temps subjectif (Tulving. E, 1985).

La MAB épisodique comprend une dimension subjective et identitaire essentielle, impliquant la compréhension de son propre état mental et celui d'autrui.

Chez l'enfant, il est possible d'observer un effet de l'âge d'encodage sur la composante épisodique : plus les souvenirs sont anciens, moins ils vont contenir de détails et plus ils sont anciens, moins ils vont contenir de détails et plus ils ont tendance à être généraux, y compris chez l'enfant de 7ans. Ce phénomène de distance temporelle est également retrouvé dans le cas de projection future d'événement. la mémoire épisodique se décentralise avec le temps et la répétition et se transforme en connaissances personnelles, la reviviscence est moindre, la perspective d'acteur s'efface pour devenir celle d'un observateur extérieur. Aussi, la plupart des souvenirs plus anciens se basent essentiellement sur les connaissances personnelles alors que les souvenirs récents sont plutôt sous-tendus par des compétences de mémoire épisodique antérograde.

b. Composante sémantique :

Selon Conway, deux sources de connaissances sémantiques peuvent être distinguées : les périodes de vie et les événements généraux. (Conway. M A,

1987). Les périodes de vie rassemblent les schémas et représentations génériques. Les événements généraux sont une représentation unique d'événements répétés, d'événements étendus dans le temps ou encore de séquences d'événements apparentés.

3. La mémoire autobiographique dans l'autisme :

Composante épisodique : la mémoire épisodique est affectée dans l'autisme. Les premières hypothèses émises, dès 1970, évoquent un défaut des stratégies de mémorisation. Cette hypothèse a largement été documentée depuis et a donné lieu à différentes théories telles que l'hypothèse du support de la tâche de Demot Bowler, (2004) ou le modèle de traitement des informations complexes de Nancy Minchex.

Enfants : chez les enfants avec TSA, de nombreuses difficultés sont retrouvées, autant dans l'encodage que dans la récupération des souvenirs, ainsi que dans la projection d'événements futurs (Goddard ; 2014). Ces éléments suggèrent que la mémoire épisodique aurait un fonctionnement « primaire », proche de la mémoire événementielle des jeunes enfants

(Terrett. G ; 2013).

Les enfants avec TSA rapportent proportionnellement moins de détails colorés alors que la quantité de détails perceptifs est similaire dans les deux groupes.

Les anomalies de cognition sociale, intégrant notamment la reconnaissance de leurs propres états mentaux et de ceux d'autrui, perturbent le fonctionnement du langage intérieur avec une diminution du vocabulaire décrivant les états internes qui appauvrit la narration chez l'enfant mais aussi l'adulte avec autisme (Crane L ; 2010). S'ajoutent également des difficultés de recollection et de reconstruction narrative des scènes détaillées. Cependant, il est possible d'identifier des conditions dans lesquelles les performances sont améliorées. Ainsi, les personnes avec autisme montrent de meilleures performances à des questionnaires à choix forcé (Bruck. M ; 2007), dans des tâches de reconnaissance (Anger M, 2012) et lorsqu'on leur demande d'écrire le souvenir plutôt que de le rappeler à l'oral. Il est également rapporté une amélioration en multipliant les modalités perceptives (auditives, visuelles, pratiquées...), en répétant les informations, en les verbalisant auprès de quelqu'un d'autre, mais

aussi en les écrivant, ce qui permet de structurer et de prendre du recul sur ses souvenirs.

a. Défaut de la composante épisodique :

Les enfants autistes TSA ont des difficultés de MAB-E, autant dans l'encodage, la récupération d'un souvenir que dans la projection dans le futur. La MAB-E chez ces enfants semble avoir un fonctionnement proche de la mémoire événementielle des jeunes enfants

(Bon et al, 2012).

Composante sémantique :

Enfant : la composante sémantique de la MAB est également perturbée chez les enfants avec autisme.

(Goddard. L ; 2014)

En effet, il semble qu'ils aient des difficultés à fournir des connaissances sur leur passé tels que des noms d'enseignants, de lieux fréquentés... Ces enfants donneraient également moins de détails sur leur interaction sociale relative à des événements généraux (Brown. B ; 2012). L'étude longitudinale de Bon et al. 2012 a montré l'existence d'un oubli progressif des connaissances personnelles chez les enfants avec autisme, suggérant un défaut de sémantisation qui pourrait être lié à un manque de consolidation et de réactivation de ses connaissances. L'oubli des connaissances personnelles pourrait également expliquer la construction identitaire fragile chez ses enfants.

En outre, Robinson et al. En 2016 ont montré que les enfants avec TSA pensent que leurs proches connaissent plus leurs comportements, qu'eux-mêmes ne connaissent le comportement de leur proche. Ces auteures précisent ensuite qu'il n'existe pas chez les enfants avec TSA de relation entre leurs traits de personnalité et la MAB épisodique, l'introspection et enfin la capacité de mentalisation, contrairement aux témoins du même âge. L'origine de ces difficultés de mémoire sémantique autobiographique est de nouveau multifactorielle impliquant possiblement des troubles de consolidation, du langage, du développement de l'identité. Aussi, le développement du langage, des fonctions exécutives, autorisant la mise en place de stratégies

compensatoires, permettait sans doute d'améliorer le fonctionnement de cette composante sémantique à l'âge adulte.

4. La prise en charge des enfants autistes (TSA) ayant un trouble de mémoire :

Les enfants autistes peuvent éprouver des difficultés de mémoire dans divers domaines, notamment la mémoire de travail, la mémoire à long terme, la mémoire épisodique et la mémoire procédurale. La prise en charge de ces difficultés de mémoire peut être réalisée à travers des méthodes d'intervention spécifiques.

a. Le 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.

(C. MEIRIEU, C. RAYNAL, 2009, p 69).

b. 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) :

Ce programme est basé sur une forte collaboration 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 avec 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 d'avantage 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. (CHOSSY.JF, 2003, p 146).

c. Les méthodes centrées sur le langage et la communication PECS :

Le système de communication par échanges PECS ou l'apprentissage de communication ; est élaboré par Bandy et Frost en 1994, pour améliorer la communication des enfants autistes il s'agit de faire intégrer à l'enfant une attitude communicationnelle facilement identifiable, en l'habituant à prendre des initiatives d'échange d'images. L'expérience a montré que cet échange d'images, il est ensuite relayé par un travail sur les échanges verbaux, peut faciliter l'apparition du langage. La méthode comporte un certain nombre d'étapes chacune faisant l'objet d'un apprentissage spécifique (on ne peut passer à l'étape suivante que si l'on a satisfait aux exigences de la précédente). Il s'agit donc d'une véritable progression éducative. Mais dans laquelle, au différent de L' ABA et TEACCH la structure peut être aussi bien un parent convenablement formé, un éducateur ou un enseignant

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

Étape 2 : l'enfant s'habitue à chercher lui-même l'image pour effectuer une demande.

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

Étape 4 : apprendre à composer des phrases en confiant les images.

Étape 5 : l'enfant apprend à répondre à la question « qu'est-ce que tu veux ? ».

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

(MEIRIEU. C, RAYNAL. C, 2009, p 80).

La prise en charge des enfants autistes ayant des difficultés de mémoire doit être individualisée en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant et peut inclure une combinaison de techniques d'apprentissage multi sensorielles, de soutien social et d'un environnement stable et cohérent.

Synthèse

Dans ce chapitre nous avons traité le trouble autistique et le trouble de la mémoire. Au ce dernier rend le développement de l'enfant difficile par rapport à plusieurs niveau est parmi celui de l'acquisition de la propreté qu'on va élaborer dans le prochain chapitre.

Chapitre II : L'acquisition de L'autonomie et de la propriété

Préambule

L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même, c'est à dire la capacité d'un individu de conserver son intégrité de son indépendance. Et l'apprentissage de la propreté est une grande étape de la vie d'un enfant, ou il va acquérir son autonomie sur différents aspects (affectifs, intellectuelle, psychique) et du développement moteur qui permet à l'enfant de devenir habille dans son environnement. Cela constitue un vrai défi pour ceux qui ont atteint d'autisme associé à un trouble de mémoire, ces enfants apprennent plus lentement que d'autres, et prennent beaucoup de temps. Ils sont entravés par leurs particularités de cet apprentissage.

1. Évolution de l'autonomie selon les différents stades de développement :

L'autonomie chez l'enfant, comprend, plusieurs aspects, (affectifs, intellectuelles, psychiques.) En plus du développement moteur qui permet à l'enfant de devenir habille dans son environnement.

À la naissance d'un enfant, la famille passe par une régression psychologique, importante indispensable pour l'accueillir la dépendance totale de nourrisson installe des liens très fusionnelles qu'on appelle lien mère enfant, pour les premières étapes de la construction psychologique de l'enfant, et ce n'est pas ce qu'il y a un vécu fusionnel satisfaisants qu'une séparation psychique est possible fondée sur l'autonomie du lien

(André, Fustier, Francin, 2002, p11-24).

Selon la théorie d'attachement développée par Bowlby. L'attachement est une relation affective. Profonde entre l'enfant et ou plusieurs adultes, le plus souvent les parents ou un aidant c'est un besoin primaire fondé sur un socle biologique, l'attachement procure aux enfants un sentiment de sécurité et leur permet d'explorer leurs environnements pour retourner vers l'adulte en cas de détresse, le développement de lien affectif ou attachement exige des parents qu'ils apportent amour, soin, confiance, sécurité, et respect à leurs enfants, qu'il répond avec sensibilité aux besoins de ces derniers, bien que l'attachement s'exprime par des comportements différents, selon les cultures, il constitue un phénomène universel chez l'être humain

(Bowlby 1969, Levine et Miller 1990).

Dans la plupart des cultures l'attachement du nourrisson obéit à un ordre de performance, qui commence souvent par la mère, puis le père et ensuite les frères et sœurs, les effets de cet attachement premier se font sentir tout au long de la vie, le lien qui unit très tôt l'enfant et les parents interfère et s'agit sur le développement bien que l'éducation parentale ne soit pas la seule influence exercer sur le développement elle s'avère tout à fait essentielle.

(Euwema, M., 2006, p17).

Vue l'importance du développement de l'enfant surtout dans les premières années de sa vie, qui permet son autonomie plus tard, les chercheurs du domaine ont décrit et analyse ce développement sous plusieurs angles, telle que le développement psychosexuel, cognitif, affectif, sociale et psychomoteur.

En premier lieu Freud qui était le premier à s'intéresser au développement de l'enfant dans le but de mieux comprendre le fonctionnement des adultes, l'enfant est au centre de la théorie psychanalytique mais c'est un enfant construit à partir d'introspection d'adulte, concernant leurs vécu l'enfant ses personnes avait des problèmes d'ordre clinique et était vue par Freud dans un contexte de cure, la perspective choisie par Freud est celle du développement psychosocial. Freud cherchait à mettre en lien l'organisation de la personnalité avec l'évolution de la sexualité, selon lui les bases de la personnalité adulte et la façon dont une personne compose avec la réalité sont déterminer par la manier dont cette personne à traverser les divers stades de son développement psychosexuelle est fonction de l'évolution biologique de l'individu, à titre d'exemple dès la naissance a 1 an c'est l'investissement de la zone orale (bouche, lèvres, langue) vue de libéré les tentions sexuelle, la zone de la bouche et la premier médiateurs de contact avec l'environnement ensuite l'investissements des organes aux pour satisfaire les besoins d'ordre libidinal, conflit œdipienne, pulsions sexuel les dirigées principalement vers le parents de sexe opposé, identification au parents du même sexe mais sentiments ambivalent d'amours et de haine envers ce dernier (rivalité et culpabilité) des conduite décrit par Freud sont généralement observable par exemple on retrouve souvent chez l'enfant de 2 ou 3ans l'opposition de nom, et par cela selon Freud et la théorie psychanalytique, l'accès à l'autonomie prend du temps et nécessite l'aide de l'autre, il faut souligner que cette dépendance concerne aussi bien le suivie organique que psychique, en effet le psychique surgit également dans une relation de dépendance à l'autre

(Source, simon, S, 2005.p49.54).

D'après tous ce qui précède selon Freud, l'autonomie en termes de processus qui accompagne le développement de l'enfant depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte en mettant l'accent sur le rôle de l'environnement sur le quel dépend l'enfant et dans le quelle il se constitue son enveloppe psychique en tant qu'être autonome.

(Simon.S, 2005.p49.54).

D'autre part Piaget voit que le développement de l'autonomie chez l'enfant dépend de développement des fonctions intellectuelles, c'est dernier une fois acquissent permettent l'acquisition des activités adéquate qui favorise l'autonomie pour lui il existe des liens entre l'action et opérations intellectuelles, le changement au niveau de processus intellectuelles de l'enfant se produit une fois que ce dernier avance en âge l'enfant passe par la période sensori-motrice(de la naissance à l'âge de 1 ans) exercices de réflexions, des réaction circulaire, effort de coordination de geste, c'est actions permettent à l'enfant de se déplacer, de prendre une tasse, tiré une nappe c'est actions procure à l'enfant une certaine autonomie qui va se développer autrement dit après l'acquisition de la fonctions symbolique du langage et de la représentation mentale, en 2 période décrit par Piaget (la période préparatoire à la pensée conceptuelle(2ans a 11/12ans), et stade de la pensée cognitive proprement dit (pensée conceptuelle et représentative), le stade pré opératoire(2ans/7ans) le développement, de la fonction symbolique du langage et de la représentation mental. La fonction symbolique une fois acquise va permettre à l'enfant de faire résigner le passé et l'anticipé le future, Piaget c'est focalisé sur le développement intellectuelles est omis une partie important du développement de la personnalité qui permit à l'enfant de s'autonomisé.

(Evena. M, 2006, p28).

Dans la théorie de Wallon, le développement psycho affectifs de l'enfant, n'est pas continu mais plutôt constitué d'oscillations de mouvement d'une direction à une autre et de mutation ces oscillations et ces changements relever. D'un inter influence entre l'évolution de l'intelligence et de l'affectivité à titre d'exemple à âge de 5 à 11 ans le stade catégorielles, acquisitions de l'attentions, capacité faire varier les classements les propriété des objets ou des situation, et après le point de vue de Wallon L'enfants âgé entre 3 et 6 ans quand à lui développe son autonomie, il découvre sa personne, il s'oppose en vue de protéger son autonomie naissante il revendique ses droits, il tente de se faire

falloir, parce que à ce stade l'enfant progresse au niveau de l'intelligence pratique, il devient sociable développe une indépendance, en fine la capacité d'identifier de manier mécanique (par combinaison) des lien de cause à effet.

(Proulx. R, 1994, p24).

GESELL, vienne pour compléter les travaux de (Freud, Piaget, wallon, Erikson) dont on va exposer sa théorie au tant que notre recherche se focalise sur le développement psychomoteur et l'acquisition de l'autonomie telle que (hygiène corporel, habillage, allez aux toilette, repas, locomotion et continence).

Gesell ne parlait pas de tant de stade mais plutôt de niveaux d'âge sont des niveaux de maturité qui sous entendent certains conduits propres C'est des premier adaptation végétatif, et l'expression des besoins végétatif par des manifestation sensoriel motrice, ensuite à l'âge de (1-7 mois) c'est le contrôle des muscles oculomoteur, position assise sourire à l'âge de (7-18 mois)c'est l'établissement de la position debout de la marche et de cours (l'imitation la manifestation de divers affectifs dont l'anxiété a la jalousie et la sympathie, l'intelligence logique pratique, dans le 4eme stade à partir de (18mois a 3ans) c'est le développent de la motricité fine et le début de l'autonomie motrice (manger avec une cuiller, d'bétonner ses vêtements, ce tenir sur un pied quelque seconde, contrôle des sphincters, déploiements des capacités langagiers) ensuite dans le s stade entre 3et Sans c'est la période de fléchissement du contrôle moteur, incertitude des gestes, tendance au bégaiements (a 4 ans marché sautiller sur un pied, distingué les termes, a Sans: (marché en équilibre, ce brosse les dents, compter des objets, dessiné un bonhomme...) d'autre part dans le 6 stade entre 6 et 10 ans les comportements de l'enfant bipolarisé relia a des transformation physique et psychologique c'est la période d'intériorisation et de replier sur soi suivi d'une période d'extériorisation et de sociabilité, la capacité intellectuelle nouvelles (anticipation, établissement de rapports, conceptualisation et dans le dernier stade dans cette théorie qui est entre 10 et 16 ans la période de tensions reliée à des grandes transformation physique et psychologique comme l'instabilité de humeur et de la conduit, émotions intense (10/11ans) affirmation abstraite.De soi, quête d'autonomie, pensé abstraite.

(Proulx. R, 1994, p35)

2. L'autonomie et L'apprentissage de la propreté chez l'enfant autiste :

Pour les enfants autistes il apparaît difficile d'acquérir l'autonomie ce qui rend leur vie compliqué et difficile par rapport à celle des enfants normaux. Donc ses enfants ont besoins des parents qui leurs transmettant les valeurs, les limites, Actuellement ils ont une grande difficulté à reconnaître leurs enfants comme un enfant et non pas comme un adulte mature, cette situation crée une insécurité qui empêche de construire l'autonomie.

Chaque personne manifestes très tôt son désir d'autonomie le bébé attrape son doudou, essaye d'attraper un objet, finit par faire ses premier pat. Vers 3 ans, il peut s'exprimé à travers les mots tel que (non) ou (moi tout seul) plus il grandit, plus il devient libre il va choisir ses vêtements, porter son capable, avoir un scooter peut-être. L'acquisition de l'autonomie lui procure de la liberté mais elle correspond d'apprendre de nouvelles choses, d'autant que cela demande de l'effort et que ce n'est pas toujours très agréable.

(<https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/enfant/proprete>)

La propreté inquiète les parents car chaque enfant est différent et il n'existe pas de méthode miracle. Des astuces et des bonnes habitudes peuvent néanmoins être inculquées à l'enfant pour l'accompagner au mieux dans son apprentissage et devenir propre au quotidien.

L'apprentissage de la propreté pour l'enfant autiste ayant un trouble de mémoire ni pas toujours facile. Mais il peut l'apprendre on utilisant les bonnes moyennes et recommandations. L'apprentissage de la propreté peut prendre plus ou moins de temps selon les capacités et le rythme de développement des enfants. Des professionnels sont formés et spécialisés dans l'accompagnement des enfants autistes : psychomotricien, thérapeute, éducateur spécialisé. Ils apporteront des méthodes pour travailler sur l'autonomie en général, sur la motricité fine ou les troubles sensoriels par exemple. Ces interventions faciliteront l'acquisition de gestes utiles dans la vie quotidienne : apprendre à manger seule, à faire sa toilette à se laver. C'est la capacité à se prendre en charge sans être dépendant d'autrui, il s'agit de la capacité à décider et à réaliser divers activités de la vie quotidienne. Être autonome et apprendre à être propre donne une meilleure qualité de vie et facilite son intégration sociale et professionnelle.

(Bernadette. R, 2006, P 58).

3. Le programme TEACCH :

Il est développée en 1980 par Eric Shoppler en Caroline du nord aux Etats-Unis

C'est une méthode qui donne aux enfants la possibilité d'apprendre dans un cadre d'éducation structuré et de développer l'autonomie de chaque enfant par la structuration et la compréhension d'un environnement à travers différents stratégies éducatives et des modalités d'apprentissage sous formes d'exercice réaliser par l'enfant autiste.

Il repose sur les efforts de l'ensemble des professionnels des différents spécialités (pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, éducateur, psychomotricien).

Le programme TEACCH éclaire l'environnement de la personne TSA, pour cela elle utilise des supports visuels et les répétitions des tâches qui favorisent l'acquisition de l'autonomie.

(ZENAD. D., PP73-74)

L'enfant autiste pourra alors décider de travailler sur une activité à l'âge de 3 ans dans des tâches d'autonomie comme boutonner déboutonner, habiller, déshabiller, manger avec une cuiller, se brosser des dents, distinguer ce qui est comestible et ce qui ne l'est pas, se laver ses mains, prendre la propreté comme hygiène personnelle.

(Schopler, E, Lansing, M, Waters, L, 1983, P 1)

Le programme visuel constitue des supports visuels avec des images, des pictogrammes ou des photos pour rappeler l'enfant de chaque étape dans un ordre défini. Dans chaque pièce de la maison propose un apprentissage, et démontre ce qui arrivera durant la journée ou pendant une activité. Il est utile durant des visites aux toilettes pour diminuer l'anxiété et la difficulté avec les transitions en communiquant clairement à votre enfant la succession de certaines activités.

En premier Décidez quelles activités vous souhaitez programmer, essayez d'alterner les activités préférées avec les moins préférées, puis affichez les symboles représentant les activités que vous avez choisies sur un support portable (sur un classeur ou une écritoire à pince). Le programme doit être à la disposition de votre enfant dès le début de la première activité, et durant toutes

les activités. Et Quand arrive le moment d'initier une des activités du programme, faites-en part à votre enfant avec une Instruction verbale brève avant de commencer la prochaine activité. Quand cette tâche sera terminée, Félicitez votre enfant. Puis faites référence au programme et au symbole de la prochaine activité. C'est important de Félicitez votre enfant et/ou offrez-lui d'autres récompenses pour avoir suivi le programme pour avoir Terminé les activités. Incluez une activité préférée à la fin du programme pour encourager votre enfant avec La promesse de quelque chose de positif après avoir accompli toutes les tâches du programme.

En deuxième, la verbalisation de la situation Lors de sa toilettes pointez et nommez les parties du corps de votre enfant au fur et à mesure. Précisez également le nom de l'action faite (pipi) en utilisant le mot seul ou en faisant une phrase, en fonction du niveau de compréhension de l'enfant. Il assimilera ainsi le vocabulaire et vous faciliterez sa compréhension. Attention à ne pas trop parler (ou à simplement utiliser des mots clés) pour ne pas ajouter un élément supplémentaire à assimiler dans une situation déjà peu aisée.

En troisième, proposer des supports ludiques qui facilitent l'apprentissage à partir des jeux de déguisement pour apprendre à s'asseoir sur le siège de toilette, à se laver dès qu'ils finissent. En jouant aux cartes, en coloriant, en recopiant que l'enfant s'entraînent sur des thèmes variés et révisent les apprentissages.

(Partipate, devenir autonome,2017)

4. L'apprentissage au niveau d'urine :

Chaque enfant atteint de troubles autistique est unique, mais ces enfants ont certains problèmes communs qui peuvent engendrer des difficultés à maîtriser la propreté.

Le fait d'être conscient de ces problèmes vous aidera à envisager des manières diverses pour aider votre enfant. Pour cela on prend en considération :

Le Physique :Pourrait être la raison pour lequel l'enfant n'arrive pas à maintenir ces urines ou bien médicale et pour cela une discussions de ces thèmes avec le pédiatre de votre enfant est important

Le Langage : Des difficultés à comprendre et à utiliser le langage. Ne vous attendez pas qu'un enfant autiste vous demande d'utiliser les toilettes.

Les habits : Des difficultés à baisser ou à remonter leurs pantalons.

Les Craintes : Peur de s'asseoir sur les toilettes ou d'entendre le bruit de la chasse d'eau. Le fait de les habituer aux toilettes en se servant d'un programme visuel, et de l'intégrer à la routine, rend ce besoin moins fréquent.

Les Signaux du corps: Sont pas forcément conscients d'avoir besoin d'aller aux toilettes, ou d'avoir mouillé ou souillé leurs habits.

Besoin d'uniformité (autrement dit, d'une routine) : Les enfants avec des TSA ont parfois déjà une façon particulière d'uriner ou de déféquer. L'idée d'apprendre une nouvelle manière d'utiliser les toilettes peut être difficile.

Emploi des toilettes différentes : Certains enfants autiste apprennent à utiliser les toilettes soit à la maison ou à l'école, mais ont des difficultés à s'en servir à d'autres lieux, tels que les toilettes publiques. Le cerveau de l'enfant autiste est construit différemment. Tous les apprentissages vont se faire d'une manière un peu différente et particulière. Pour cela le respect de la structure, des conditions et manifestations est importante. Et de bien connaître le fonctionnement de ces enfants. (Guide des parents. la propreté pour les enfants autistes)

Nous vous présentons ici un programme où on doit mettre en place un planning régulier pour le « pipi » qui représente la première étape vers l'indépendance. Le planning devra prendre en compte :

- a. **Les horaires :** Emmener votre enfant régulièrement aux toilettes, Respectez des horaires fixes à intervalles précis. Basez-vous le plus souvent sur le rythme de votre enfant :

Par exemple, si votre enfant est capable de se retenir de faire pipi au moins une heure, fixez-vous comme départ un intervalle d'une heure entre chaque passage aux toilettes. Si votre enfant fait « pipi » 15mn après le repas, un passage aux toilettes à ce moment-là est essentiel.

Là encore votre période d'observation vous donnera ces indications. Ainsi Les moments clé de la journée comme le repas, la sieste, le lever doivent également être en adéquation avec votre planning. Ainsi un passage aux toilettes au lever, avant la sieste ne doivent pas être négligée.

- a. **Les renforçateurs:** Lorsque votre enfant comprend et réalise (ou tente de réaliser) la consigne conformément à son planning de propreté, il est important de le féliciter par un bravo ou de le laisser accéder à quelque chose qu'il apprécie tout particulièrement, façon régulière (tous les $\frac{1}{4}$ d'heure, toutes les $\frac{1}{2}$ heure) faites constater à votre enfant qu'il n'a pas fait « pipi » dans sa couche ou ses vêtements et de la même manière félicitez le par un bravo ou en le laissant accéder à quelque chose qu'il apprécie tout particulièrement.
- b. **Procédure en cas d'accident:** Rester neutre et calme le faire aider au nettoyage en restant neutre (neutre + peu d'attention, peu d'interaction et peu de contact).

Certains enfants apprécient le fait de nettoyer, dans ce cas ne le faites pas participer au nettoyage, cela aurait un effet inverse et encouragerait les « accidents ».

Lui montrer l'endroit où il aurait dû faire « pipi » en suivant le protocole suivant : Votre enfant fait pipi dans la cuisine par exemple :

Dites lui : « c'est interdit de faire pipi dans la cuisine », Dirigez-vous vers les toilettes et dites-lui « tu fais pipi dans les toilettes ». Baissez son pantalon, le faire asseoir sur les toilettes, relevez le de suite, remontez culotte et pantalon et retournez dans la cuisine.

Certains enfants peuvent utiliser le fait de faire « pipi » ou sur eux comme moyen d'attirer votre attention pour maîtriser votre présence auprès d'eux.

Une bonne analyse du comportement en amont durant votre période d'observation vous aidera à déterminer cela.

Si c'est le cas, n'intervenez pas immédiatement, laissez un laps de temps de quelques minutes sans attention, rapprochez-vous de votre enfant tout en vaquant à vos occupations. Une fois près de lui constater de façon neutre l'accident : « tu as fait « pipi » ou « caca » » et utilisez le protocole du Docteur Richard Fox expliqué ci-dessus. Votre comportement neutre ne doit pas faillir, faites attention à votre visage, vos gestes, votre discours. Tout cela doit rester inexpressif.

- c. **Allongement des intervalles** : Lorsque vous observerez moins d'un accident par jour, vous pourrez augmenter la durée entre deux passages aux toilettes. Conservez cependant les passages essentiels à son rythme

Par exemple si le rythme de votre enfant vous montre qu'il fait « pipi » une heure après le déjeuner, conservez ce passage et rallongez les passages intermédiaires (par ex votre programme initiale mentionnait un passage aux toilettes pour faire « pipi » à 8h, 8h 30 puis 9h, allongez l'intervalle en emmenant votre enfant à 8h, 8h35 puis 9h05 et cela sur au moins une semaine, 10 jours). Si durant cette nouvelle période vous observez moins d'un accident par jour, continuez à augmenter les intervalles.

- d. **Développer la demande pour aller aux toilettes à ce stade votre enfant doit être capable de** : Suivre le rythme de son programme de propreté si la propreté le motive, pouvoir adresser au moins 10 demandes différentes si la propreté ne le motive pas, pouvoir adresser au moins 25 demandes différentes être autonome dans l'habillage tout du moins pour baisser pantalon, culotte et/ou couche.

Laissez à votre enfant la possibilité de montrer son envie d'aller aux toilettes, Par exemple :

Attendez qu'il dan dine. Dîtes-lui : « Qu'est-ce que tu veux ? », attendez 5 secondes environ dites-lui d'« aller aux toilettes » ou montrez lui le picton aller aux toilette faire pipi ou faites lui le signe.

Félicitez le immédiatement lorsqu'il amorce la réponse ou répond complètement à la question par: « Bravo tu veux aller aux toilettes »

Accompagnez-le aux toilettes. Après avoir fait « pipi » félicitez le par un SUPER bravo ou l'en laisser accéder à quelques choses qu'il apprécie tout particulièrement.

<https://mumandpsychomot.fr/favoriser-lautonomie-de-lenfant-pour-ses-repas/>

5. L'apprentissage d'autonomie pendant "les repas"

Le repas est un moment qui permet à l'enfant de découvrir des textures, des saveurs, des odeurs, des formes, pour que l'enfant puisse développer sa motricité fine et sa coordination main-bouche. Il va comprendre ainsi, avec un peu de temps, qu'il faut amener les aliments à sa bouche pour pouvoir les goûter.

Pour rendre l'autonomie pendant les repas accessible aux enfants autistes ayant un trouble de mémoire sans difficultés, nécessite la présence d'une pluralité de dispositif, les parents doivent prendre en charge l'enfant en parallèle avec le suivi de la psychologue.

(Sol, E, 2014, p34)

Le travail sur l'apprentissage demande le temps et de l'attention pour pouvoir créer une solution simple et évolutive permettant de développer leur autonomie en cuisine.

On doit établir un programme reposant sur la motivation de l'enfant, le renforcement du comportement attendu, et sur l'enchaînement des différentes étapes qui permet la progression et l'évolution. On prend en compte la coordination entre l'œil et la main qui se développe progressivement, et lorsque l'une des phases n'a pas été accomplie, il apparaît le retard d'apprentissage qui se manifeste chez l'enfant autiste à travers l'incapacité d'accomplir les tâches quotidiennes. Qui est l'impossibilité partielle ou totale d'effectuer sans aides les activités de la vie.

(Bernard, M.,2004, p1095).

a. Développement de la coordination œil-main selon l'âge :

Lorsque l'enfant vient au monde Le bébé ne sait pas encore que sa main lui appartient. En grandissant, il prend peu à peu conscience de son corps et apprend la coordination de ses membres. Lorsqu'un bébé étire sa main pour attraper la cuillère de légumes que l'on approche de sa bouche, il utilise sa coordination œil-main. Cela signifie que ses yeux guident semaine vers l'objet qui l'intéresse. Avec la pratique, le bébé réussit à effectuer des mouvements avec de plus en plus de précision.

L'enseignement de la cuillère débute bien avant que bébé soit en mesure de tenir cet instrument seul. En fait, dès que ses parents commencent à le nourrir avec une cuillère, bébé débute son décodage de la forme de l'outil et à ouvrir la bouche en anticipation de la cuillère. Il apprend rapidement à tourner sa tête pour mieux s'orienter face à la cuillère et enfin, à participer à la sortie de la cuillère en pressant avec ses lèvres sur le bol de la cuillère. Entre 9 et 12 mois, on peut lui offrir une cuillère qu'il pourra tenir dans ses mains pour jouer pendant qu'on le nourrit. Par la suite, il entreprendra un long parcours d'apprentissage jusqu'à la maîtrise de l'utilisation de cet ustensile. Voici les stades qui composent l'apprentissage de l'utilisation de la cuillère:

- ✓ **Vers 3 à 4 mois**, le bébé réalise que sa main est une partie de son corps qu'il peut contrôler. Il regarde d'ailleurs beaucoup ses doigts et il les touche. Petit à petit, il commence à diriger sa main vers un objet, mais ses gestes manquent encore de précision.
- ✓ **Vers 6 mois**, le bébé aime beaucoup s'amuser avec des hochets et des jeux qu'il peut faire bouger en les touchant.
- ✓ **Vers 8 à 9 mois**, l'enfant est capable de prendre des objets entre son pouce et son index en formant une pince. Il apprend aussi à faire passer l'objet d'une main à l'autre.
- ✓ **Vers 10 mois**, il devient de plus en plus habile pour attraper de petits objets et pour effectuer certains gestes, comme faire tourner un cylindre ou faire glisser un objet sur un rail.
- ✓ **Vers 18 mois**, le tout-petit peut insérer de grosses pièces dans des trous d'un jeu de blocs (trieur de formes) ou faire des casse-têtes simples à encastrement en bois. Sa vision lui permet en effet de reconnaître la forme et l'orientation de la pièce pour ensuite la tourner avec sa main. L'enfant peut placer des cubes dans un contenant ou encore faire tomber des objets dans une bouteille. Il commence aussi à gribouiller avec un gros crayon.
- ✓ **Vers 2 ans**, il empile des cubes les uns sur les autres, il peut commencer à utiliser des ciseaux en les tenant à deux mains et assembler de gros blocs de construction qui s'encastrent. À cet âge, l'enfant commence à tourner les pages d'un livre en papier. Il peut diriger le lancer d'un ballon

vers une personne placée devant lui. Il arrive aussi à boire seul avec un verre et à utiliser la cuillère.

- ✓ **Vers 3 ans**, il peut enfiler de petites perles pour faire un collier. Il arrive maintenant à visser et à dévisser un couvercle. Lors des repas, il peut manger seul et renverse peu de nourriture.
- ✓ **Vers 4 à 5 ans**, l'enfant développe une préférence pour la main droite ou gauche et il est plus précis lors du coloriage. Il peut aussi relier des points ensemble, dessiné des carrés, des rectangles et, par la suite, des triangles. Il est de plus en plus habile avec les ciseaux et la pâte à modeler. Il s'améliore pour lancer et attraper le ballon et peut même s'amuser avec une balle.
- ✓ **Vers 6 à 8 ans**, l'enfant apprend à écrire les chiffres et les lettres de l'alphabet. Les dessins de personnages sont de plus en plus élaborés. Lors des repas, il apprend à utiliser le couteau et la fourchette en même temps.

https://lalaboom.toys/tout_savoir_sur_la_coordination_oeil_main_et_apprendre_a_la_developper/

Mais pour l'enfant autistes ce ni pas toujours le cas, car le développement des coordinations peuvent être à un âge très avancé ou même pas encore acquérir. Introduire un objectif qui est l'analyse de la tâche (arriver apporter la cuillère jusqu'à la bouche) est indispensable. On a :

b. Adapter l'environnement :

Organiser l'espace et l'activité, changer la place de la table afin qu'il ait plus personne en face mettre une boîte type « curver » près de la chaise afin de poser ses pieds et ainsi de ne pas les balancer mettre la nourriture dans un bol plus confortable pour Protègera les enfants qui peuvent abimer leurs dents ou se blesser dû à une difficulté à contrôler la force du mouvement vers la bouche ou encore pour ceux qui mordent la cuillère. Utiliser un set de table anti-g lisse afin que le bol ne bouge pas utiliser une cuillère adaptée avec un manche plus gros afin de faciliter sa préhension.

Cuillère lourde : Idéale pour les enfants qui ont de la difficulté à ressentir la position de leur corps dans l'espace (enfants généralement maladroits dans leurs mouvements et déplacements).

Bol de la cuillère texturé : Augmentera la détection de la cuillère dans la bouche chez les enfants qui ont une faible capacité de discriminer ce qui se trouve dans leur bouche.

Cuillère avec bol peu profond : Utile pour les enfants qui ont tendance à mettre trop de nourriture dans la cuillère ou pour réduire les risques d'étouffement.

Puis analysé la tâche en prenant la cuillère en main puis remplir la cuillère d'aliment et la porter à la bouche, ensuite remplir de nouveau la cuillère. Lorsque l'enfant porte la cuillère à sa bouche seule, les parents passent à la 2^{ème} étape, l'enfant devra remplir lui-même sa cuillère. Les parents utiliseront les mêmes stratégies : passer d'une guidance totale, si c'est nécessaire, à une aide de moins en moins intense.

À ce moment, l'aide n'intervient que pour remplir la cuillère ; porter la cuillère à la bouche seule.

Où les parents doivent d'abord Remplir la cuillère pour que l'enfant la prenne et l'aider à la porter à la bouche. Dans un 1^{er} temps, une aide physique totale peut être nécessaire. Petit à petit, ils diminuent l'aide donnée :

- Desserrer la main ;
- Tenir le poignet ;
- Descendre doucement vers le coude ;
- Donner une petite impulsion au coude.

Les parents pouvant commencer l'apprentissage avec le plat préféré de l'enfant car c'est ce qui va le motiver de plus.

https://lalaboom.toys/tout_savoir_sur_la_coordination_oeil_main_et_apprendre_a_la_developper/

6. Le rôle des parents dans l'acquisition de l'autonomie :

L'acquisition de l'autonomie est progressive, elle commence dès les premiers mois de la vie du bébé et se termine quelque année plus tard, dans ce domaine comme dans tous les autres chacun va à son rythme. Et certains deviennent autonomes très tôt, d'autres auront besoin du plus de temps, il existe des enfants très attachés à leurs parents. Lorsqu'il leur faut faire 100 mètres seul.

Dans la rue et d'autre déjà très émancipée et désireux d'aller acheter la baguette de pain a 4/5 ans, c'est aux parents, de comprendre leur attentes, de les accompagner sur ce chemin, en respectant leurs capacités, leurs âge; leurs maturité ni trop ni trop peu, de la présence de la distance, de la bienveillance, de la confiance : toutes les difficultés de l'éducation.

(Brigitte Prole. B, p295).

L'enfant n'est plus un petit qui a besoins de ces parents pour l'aider à se responsabiliser, les astuces sont nombreuses à acheter le pain, participer aux tâches ménagères on le fait participée a une multitude de petites choses on sait que c'est un service à leur rendre, ça les fait grandir.

(Brigitte Prole. B, p295).

À l'arrivé d'un enfant dans la famille, les parents se projette dans leurs futurs rôles, ils idéalisent l'enfant a maitre et se construisent une image à travers de leurs rêves, en effet d'objectif d'une famille et d'élevée, apprendre et éduquée leurs enfants à devenir un adulte autonome et indépendante apparaitre de, la famille se focalise sur des éléments afin d'atteindre leur objectif et de laissé, une empreinte sure l'autonomie de leurs enfants.

(Brigitte Prole. B, p295).

Synthèse

Dans ce chapitre on a élaboré l'acquisition de l'autonomie et la propreté des enfants autiste ayant un trouble de mémoire à travers les différents méthodes qui leurs permet l'apprentissage de l'hygiène de vie.

Partie Pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

Pour la réalisation d'une recherche scientifique, le chercheur doit se baser sur une méthodologie spécifique, avoir un terrain de recherche et un groupe d'étude, et des outils d'investigation, avant de commencer sur le terrain, on doit faire une pré-enquête, pour pouvoir acquérir un maximum de connaissances et d'informations sur notre thème intitulé « l'autisme associé à un trouble de mémoire et de propriété ».

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute démarche de recherche scientifique, elle est considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'investigation et de se familiariser de façon la plus complète possible avec le groupe de recherche. Selon GRAVEL, le but de la pré-enquête est tout d'abord de vérifier sur le terrain, si l'instrument élaboré, d'une part suffisant d'autre part, correcte pour recueillir les données dont on a besoin, on verra donc si les questions sont comprises dans le sens où elles ont été élaborées.

(GRAVEL ROBERT J.1978.P.20).

Notre pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments pour effectuer l'enquête, et de cerner notre thème de recherche, on a commencé notre pré-enquête sur la base des lectures exploratoires effectuées sur le thème, au début on avait une idée générale sur la propriété des enfants autistes après plusieurs observations au sein de la clinique. Nous avons tracé et ciblé notre population d'étude et on a défini le champ de notre investigation aux enfants porteurs d'autisme ayant un trouble de mémoire avec l'aide des informations recueillies auprès de l'équipe pluridisciplinaire (psychologues et orthophoniste) qui nous ont expliqués les modalités de la prise en charge et d'accompagnement et de consultation qu'ils utilisent avec les sujets autistes. Ces observations nous ont permis de choisir notre thème de travail qui est l'acquisition de la propriété des enfants autistes après une prise en charge thérapeutique, qui nous a permis de construire la problématique et ainsi les hypothèses. Selon GRAVEL, le but de la pré-enquête est tout d'abord de vérifier sur le terrain, si l'instrument élaboré, d'une part suffisant d'autre part, correcte pour recueillir les données dont on a besoin, on verra donc si les questions sont comprises dans le sens où elles ont été élaborées.

(GRAVEL ROBERT J.1978.P.20).

2. L'enquête :

L'enquête est une technique de recueil de données primaires à partir d'un questionnaire administré à un échantillon issu d'une population cible. Il est nécessaire de préciser les caractéristiques précises de cette population.

On peut intégrer des critères d'inclusion ou d'exclusion. Les critères d'inclusion sont les caractéristiques que doivent détenir les sujets ciblés par l'enquête. Les critères d'exclusion sont les caractéristiques que ne doivent pas posséder les personnes concernées par l'enquête.

L'un des buts les plus courants d'une enquête, c'est de permettre au vérificateur d'en arriver à une conclusion générale (de faire une généralisation) à propos d'une population sur un sujet relié aux objectifs de la vérification.

a. Méthode de la recherche :

Dans notre recherche on a opté pour la méthode descriptive. selon Lagache D (1949), la méthode clinique est l'étude des faits ou des Événements psychologiques qu'ils soient normaux ou pathologiques, et ceci Indépendamment de sa cause, connue ou supposée. Cette méthode consiste à S'accommoder à la manière d'être original de l'autre. Avec cette méthode on peut Utiliser des tests, des échelles d'observation, et l'entretien clinique. La méthode clinique fait appel à l'étude de cas, afin que nous puissions décrire la situation Actuelle du sujet, en tenant compte de son histoire, mais aussi elle prend en Compte les relations de ce dernier avec autrui.

(Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).

La méthode clinique se base essentiellement sur l'étude de cas clinique, qui Est : « L'étude qui fait des méthodes descriptives, elle consiste en une Observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, l'étude de cas Est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font. Souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers Psychologues (Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).

Selon LASRRE 1978 « une méthode est une démarche complète issue des Objectives d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la Recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leurs vérification»

Événements psychologiques qu'ils soient normaux ou pathologiques, et ceci indépendamment de sa cause, connue ou supposée. Cette méthode consiste à s'accommoder à la manière d'être original de l'autre. Avec cette méthode on peut utiliser des tests, des échelles d'observation, et l'entretien clinique. La méthode clinique fait appel à l'étude de cas, afin que nous puissions décrire la situation actuelle du sujet, en tenant compte de son histoire, mais aussi elle prend en compte les relations de ce dernier avec autrui.

(Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).

La méthode clinique se base essentiellement sur l'étude de cas clinique, qui est : « L'étude qui fait des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues » (Chahraoui Kh., et Benoney H., 2003, P.124).

Selon LASRRE 1978 « une méthode est une démarche complète issue des objectifs d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leur vérification »

b. Étude de cas :

C'est une technique de recherche en psychologie clinique qui permet d'explorer avec les participants leur capacité d'analyse des situations et des résolutions de problèmes. L'étude de cas peut être élaborée de plusieurs façons par exemple à partir du recueil auprès des acteurs de situations qui leur posent, des matériaux recueillis aux prés de formateur.

En générale on a choisi cette méthode vue, la fiabilité de ces résultats, et on particulier parce que elle est utilisé dans le domaine de la psychologie clinique, car elle touche et traite ses sujets étudier cas par cas.

c. L'entretien clinique

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien clinique, qui nous à permet l'accès aux représentations personnelles des sujets. L'entretien clinique est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet.

(Fernández. L, J, L. Pedinielli, 2006, p48)

On peut ainsi le définir comme une interaction essentielle verbal qui se déroule entre l'enquêteur et l'enquêté pour un objectif bien déterminé dans le cadre de la recherche de l'information.

L'entretien, comme technique d'enquête, d'établir un suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier ne rapporte pas comme un interrogatoire, contraint de donner des informations. L'entretien qui modifie les rapports entre interviewer et interviewé modifie aussi la nature de l'information.

(Blanchet.A., Cotman, A, 2007, p7).

d. L'entretien clinique semi-directif :

Ce type d'entretien nous a aidés pour recueillir plus de données à l'aide de leur réponse libre et guidée.

L'entretien semi-directif implique de la part du chercheur une attitude d'empathie, facilitant chez le sujet l'expression de ses sentiments.

(Grawitz. M, 2004, p237).

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien semi-directif qui se base sur le guide d'entretien.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien consiste à regrouper l'ensemble des questions auxquelles le chercheur doit les élaborer auprès des sujets qui représentent la population d'étude.

Il est défini comme un ensemble d'organiser de fonction d'opérateur et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention et d'interviews.

(Blanchet. A., Hotmail, à, 2007, P61)

- Axe 1 : information sur l'enfant
- Axes 2 : guide d'entretien avec la psychologue.
- Axes 3 : guide d'entretien avec les parents

4. Présentation de lieu de la recherche :

Notre recherche a été effectuée au sein de la clinique El Amel à AKBOU qui a été créée en 2020. Sa structure est composée de plusieurs bureaux, trois bureaux pour les consultations et une salle d'activités pour les enfants. Offre un large éventail de services avec des professionnels tels que : La Psychologue, l'orthophoniste, psychomotricien, psycho-éducateur, psychologue scolaire et enseignants. Leur équipe offre aux enfants, aux adolescents, aux adultes, aux couples et aux familles des services d'évaluation, sur différentes approches. Pour répondre aux attentes spécifiques de la prise en charge et d'optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogiques à suivre pour chaque enfant ou groupe d'enfant dont l'objectif est :

- Développer les capacités de l'enfant à être attentif et imiter, communiquer avec les personnes qui l'entourent.
- Développer les capacités de l'enfant à demander de l'aide et exprimer ces difficultés.
- Faciliter la compréhension et l'utilisation du langage
- Favoriser le développement des relations affectives et sociales.
- Favoriser le développement de la construction et la création imaginaire.

5. Population de groupe d'étude :

La population d'étude se constitue de quatre cas qui sont les enfants autistes ayant un trouble de mémoire et de propriété dont l'âge est déterminé entre 4 ans et 11 ans, leurs scolarisation et leurs mode de vie sont différents. En effet notre groupe de recherche se compose de deux (2) filles, et deux (2) garçons, intégrés au niveau de la clinique où nous avons pu mener notre entretien.

a. Les caractéristiques de groupe de recherche :

Nom	Age	Genre	Niveau scolaire
Maylin	4 ans	Féminin	La crèche
Dania	5 ans	Féminin	La crèche
Djalil	10 ans	masculin	Scolarisé
Axel	11 ans	Masculin	Scolarisé

Tableau N°1 : représentatifs des cas

6. Les outils de la recherche :

L'instrument de la recherche est le support, l'élément, et l'intermédiaire particulier dont va se servir par un ensemble de techniques spécial, que le chercheur devrait le plus souvent élaborées pour répondre aux besoins, ainsi de manière prétendue scientifiquement acceptable et réunissant de qualité objective et de rigueur pour être soumises au traitement analytique.

(Aktouf. O, 1987.p81).

Pour répondre à notre problématique et vérifier nos hypothèses nous avons opté pour un entretien clinique suivie par un questionnaire.

7. Guide de l'entretien :

Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien, ou la liste des questions préparer doivent être semi-ouvertes et porté une attention particulière par rapport à la formulation de cette dernière, ainsi d'éviter l'utilisation du (pourquoi) qui appel à une réponse rationnelle, et ce ni pas étonnant que la communication soit coupée. Cela pour le but d'aider le sujet à s'intégrer et à donner des réponses et un avis propre, c'est à partir de là que nous allons formuler notre guide d'entretien qui constitue quatre axes et dans chaque axe, on trouve des questions relatives.

- Axe 1 renseignement général sur les parents
- Axe 2 renseignement général sur l'enfant
- Axe 3 renseignements sur la propreté de l'enfant.

8. Le questionnaire :

Le questionnaire se compose d'une pluralité de questions, pré rédigés et préparé auparavant. Cette dernière permet de récolté une série d'avis, de témoignages, d'opinions. Ces informations obtenues pouvant être étudié et analysés.

Le questionnaire consiste à répondre aux questions posées qui pouvant tout fois être sous forme (de questions ouvertes, questions fermés, questions mixtes), le recueil de réponse se fait d'une façon rapide qu'il soit lors d'un entretien ou bien une observation. Dans notre cas le questionnaire nous a permis d'assemblée une série de réponses sur différents aspects concernant bien évidemment notre

champ de recherche d'étude, qui est l'autisme associé à un trouble de mémoire et de propreté. Elle est utile durant tous les phases de développement de l'outil : avant sa création pour connaître les souhaits et besoins des utilisateurs pendant l'évolution du prototype (sa première construite) pour déterminer ce qui doit être amélioré. Pour mesurer le degré de satisfaction des chercheurs.

Notre questionnaire a été effectuée sur le terrain avec les deux responsables essentiels de l'enfant autiste ayant trouble de mémoire qui sont : les parents et le groupe thérapeutique.

Où on a élaboré 21 questions organisées de façon suivantes :

- Deux questions sur l'attention
- Deux questions sur la mémoire
- Six questions sur la motricité
- Cinq questions sur l'autonomie en général
- Trois questions sur la propreté
- Trois questions sur le manger

Synthèse :

Dans ce chapitre de la méthodologie on a élaboré des critères afin de sélectionner notre population d'étude et on a présenté le déroulement et les techniques d'investigation utilisées, ainsi que leurs analyses dans le cadre de notre recherche, afin de collecter des informations et des données qui permettent de mieux comprendre l'acquisition de l'autonomie et le trouble de spectre de l'autisme.

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Dans ce chapitre, on va présenter les résultats des entretiens effectués avec les parents et les thérapeutes de notre groupe d'étude, suivi par un questionnaire. Ensuite analysé leurs contenu, en faisons référence aux hypothèses élaborées au début de notre recherche.

1er cas Maylin:

Maylin est une fille âgée de 4 ans, diagnostiqué autiste au même âge, par un pédopsychiatre à Akbou. Maylin fait partie d'une fratrie composée de 2 enfants avec un frère de 5 ans, sa mère est une avocate, son père est un enseignant, ils habitent à Akbou.

Selon notre entretien, Maylin éprouve un retard de langage et ne parle pas comme les autres enfants ayant le même âge, elle a été intégrée à la crèche à l'âge de 2 ans jusqu'à ce moment actuel.

L'explication de notre sujet de recherche et l'objectif de l'entretien, nous a permis d'avoir l'accord de la maman, pour nous raconter comment elle a su l'apparition du trouble spectre de l'autisme, ainsi sur l'autonomie et la propreté de sa fille.

La maman de Maylin est âgée de 37 ans occupe un poste de travail comme avocate avec 2 enfants.

Enfin pour les trois dernières questions qui se pose sur la propreté « en mangeant » la maman disait « au moment des repas maylin frappe la cuillère sur la table et elle le fait avec répétition » elle met partout la nourriture, elle mange un tiers avec ces mains et Sali tous ces vêtements et met aussi par terre.

Par contre actuellement elle nous a dit qu'elle arrive à tout faire comme manger son plat le terminer sans se salir et mettre par terre, elle s'assoit convenablement devant la table et tient bien sa cuillère .

Lors de l'entretien, la maman nous a paru calme, stable, très motivée avec un discours bien cohérent en répondant à nos questions.

Au début elle a commencé à nous parler sur le développement de sa fille ou elle a arrivé à maintenir sa tête à 3 mois et demi et s'assoit à 8 mois, elle a

commencé à faire ces premiers pas à 16 mois, ainsi qu'elle arrive toujours pas à former une phrase ou à parler, elle rajoute que « mon enfant ne marque aucun intérêt au jeu et aux activités suggérées » « yelli otarara lebalis mara ayilin les jouer » elle se met à regarder et faire des comportements inadéquates, et sans raison. En disant : « Maylin crie d'un moment un autre ». « maylin t3agid bla seba » Mais cela n'a pas été cause de la prise de conscience sur le trouble.

La maman a sur l'apparition du trouble, à partir des comportements qui ne conviennent pas à son âge, et cela été à partir de l'âge de 20 mois, ou elle a dit « lorsque j'appelle Maylin par son prénom, elle ne réagit pas et regard ailleurs, comme si elle n'a rien entendu » « masla3igh i maylin otarara awal amaken odsseli ikra » le contact visuel été absent.

De plus la maman a également remarquer le manque d'interaction avec autrui et préfère s'isoler et rester seule.

Ce terme autisme apparu comme étrange, pour elle au début. Puis c'est d'après les comportements inadéquats qu'est l'absence de contact visuel, et le retard de langage, son isolement, qui a fait que les parents intégrés Maylin dans une crèche pour développer ces capacités à faire de nouvelles connaissances et améliorer sa communication avec les autres enfants.

C'est à partir de là que les deux parents ont commencé leurs parcours pour faire face à ce trouble afin d'assurer le bien-être de leurs enfants, en commençant la consultation chez un psychologue qui les a orientés de son côté à un pédopsychiatre qui a établi un diagnostic final à l'âge de 3 ans.

En revanche son intégration à la clinique « EL AMEL » et la prise en charge de l'équipe thérapeutique « psychologue, orthophoniste, psychomotricien » Maylin a pu acquérir de bonne conduite, habitude concernant son comportement et plus précisément son autonomie et sa propreté, elle réalise ses tâches quotidiennes avec une petite aide, fait sa toilette correctement, elle apprend la propreté comme se laver les mains après les repas, lors des repas elle maintient sa cuillère correctement elle disait « Maylin arrive maintenant à manger tout seule sans aide, et sans qu'elle mette la nourriture partout, elle mange avec la cuillère et une fourchette avec l'usage correct des objets » « maylin tesath Imakla wahdas s la fourchette et la cuillère tssen ahntskhem »

D'autre part Maylin arrive à ouvrir son porte mangé toute seule avec une cuillère. Elle distingue ce qui est comestible de ce qui n'est pas.

Qui rajoute « ma fille à enlever la couche et me demande d'y aller aux toilettes avec des gestes » . « tekass la couche et troho toilettes whdass juste tkhdmyid avec les gestes » elle arrive en l'aidant à s'asseoir sur le siège, dès que je lui nettoie elle tire la chasse d'eau, puis met ses vêtements tout seule.

En concluant, le changement de maylin était remarquable pour la maman ainsi pour la clinique ou elle disait « je me suis rassuré depuis que ma fille est prise en charge par la clinique , ou elle a marqué des changements dans son comportement ». « gasmi yelli tlla dayi tvdal »

L'analyse de l'entretien avec la thérapeute

D'après notre entretien avec l'équipe thérapeutique de la clinique EL AMEL. El nous a répondu et parler sur l'autonomie et la propreté de Maylin.

Dans les premiers temps de l'intégration de Maylin au niveau de la clinique elle était dans un état d'instabilité et déséquilibre, elle ne peut pas rester dans un seul endroit, et ne reconnaît pas le danger, ainsi son autonomie n'était pas développé.

D'après les dites des thérapeutes maylin est une fille dynamique, curieuse, aime tout toucher, prennent en considération son âge de 4 ans y aura des éléments qu'elle pourra apprendre au fur à mesure.

D'autre part, cette enfant a pu évoluer qu'à partir différents programmes appliquées dans la clinique.

On utilisant un ensemble d'images qui se compose de 20photo et se constitue d'élément concernant la propreté : La cuillère, la fourchette, le bol, l'assiette, la nourriture, le pot, lavabo, chasse d'eau, le robinet, le savon.

Parlons sur la propreté de Maylin ils nous ont dit qu'il y a une amélioration remarquable et s'évoluer depuis sont arriver à la clinique, et malgré son âge qui est très jeune, ainsi vu la durée de la prise en charge qui est un mois et demi, cette dernière à marquer un développement positif, réagi au programme appliquer et ces consignes.

Maylin contenu toujours à manifester de bons comportements, elle arrive à acquérir une certaine stabilité et autonomie.

Enfin pour conclure notre entretien avec l'équipe thérapeutique elle nous ont informé que l'autonomie et l'état d'acquisition de la propreté est actuellement très développer même ci il reste certaine tache a accomplir, en disant (Elle arrive à réaliser les taches plus qu'avant, c'était presque impossible, cela est basée sur un bon plan tels que l'autonomie en mangent , en tenant sa cuillère et avoir une coordination entre œil-main, se lavé les main,mais pas souvent seule et apprend la propreté meme ci des fois avec une aide, ce qui la rend prête à suivre de nouveau programme sur de nouveau plan concernant d'autres activités correspondant à son âge.

Analyse de questionnaire de Maylin

Pendant notre entretien avec la maman de maylin, ou on a posé des questions afin d'avoir des réponses sur : l'attention, la mémoire et la propreté de sa fille.

Concernant les deux premières questions la maman a répondu que avant la prise en charge sa fille était dans un état difficile ou elle n'arrive jamais à nous regarder lorsque on lui parle, elle semble désintéresser, et fixe le regard dans des endroits limité. Puis après la prise en charge par la clinique maylin arrive à tenir son regard et sait que on 'est entrain de l'appeler en disant « si je vois ma fille entrain de faire une chose qu'il ne faut pas, je l'appel par son prénom et elle se retourne à moi »

Puis les réponses sur la mémorisation contient trois questions ou la maman nous a dit que maylin ne se souvient de rien « même lorsque je lui dis attention à cela, elle ne le fait pas » actuellement je suis surpris du changement pendant cette petite durée elle a pu se rappeler de certain processus.

Ensuite arrivant à la question qui concerne la motricité et la sociabilité dont le quelle la maman avoue que avant cette dernière était dans un état de déséquilibre, elle marque aucun intérêt pour les jeux et le sport ainsi lors d'une activité elle ne joue avec personne elle préfère rester seul dans un coin, et actuellement elle arrive à jouer et profiter elle a l'humeur d'une activité avec une communication gestuelle (elle tient la main avec les autres filles).

Concernant l'autonomie général de maylin la maman nous a répondu sur six question ou elle nous a dit qu'elle ne fait aucune chose tout seule même les choses les plus facile « c'est toujours moi quelle lui fait tout, pour l'habillage pour le brossage des dents » et actuellement elle est de plus en plus autonome.

En revanche les deux questions concernant la propreté et sa toilette, elle ne le fait jamais tout seule la maman nous a dit « ma fille porte la couche et c'est dans la clinique quelle a pu l'enlever », en faisant un programme d'apprentissage partager avec les parents, ou la maman et censé le suivre comme on la prennent chaque 5 minute au toilette tout en fessant des gestes et on prononcent des mots bien déterminer pour définir l'action afin que maylin arrive à réaliser que c'est dans cette endroit quelle doit

Enfin pour les trois dernières questions qui se pose sur la propreté « en mangeant » la maman disait « au moment des repas maylin frape la cuillère sur la table et elle le fait avec répétition » elle met partout la nourriture, elle mange un tierce avec ces main et Sali tous ces vêtement et met aussi par terre.

par contre actuellement elle nous a dit qu'elle arrive à tout faire comme manger son plat le terminer sans se salir et mettre par terre, elle s'assoit convenablement devant la table et tien bien sa cuillère .

2^{eme} Cas de Djalil :

Est un enfant âgé de 10 ans c'est le plus grand de sa famille constituée de 2 enfants. Sa mère est une femme au foyer et son père est un fonctionnaire d'état. Djalil a été scolarisé à l'âge de 5 ans. Et diagnostiqué autiste par un pédopsychiatre à l'âge de 4 ans.

L'analyse de l'entretien avec la maman

Pendant l'entretien avec la maman de djalil qui est âgée de 47 ans, elle nous a paru calme et intéressée et prête à répondre à nos questions. Elle était très attentionnée et cultivée, essaie d'adapter le meilleur moyen pour aider son fils.

Au début de parcours médical de son fils elle nous a déclaré qu'il était pris en charge par plusieurs orthophonistes mais sans effet, ce qui fait qu'elle était désorientée et mal informée.

Discutons sur l'autonomie, et de propreté de djalil, la maman semble inquiète en disant « mon fils n'arrive toujours pas à se laver tout seul lorsque il se sali » et mange de un peu partout et non juste dans son assiette.

Elle disait qu'elle peut compter sur lui mais pas souvent, lors de la présence d'autre enfant, djalil se sent agité et prend la nourriture d'un peu partout sans demander la permission.

Par contre lorsque il se retrouve tout seul il s'installe sur la table à manger et attend la nourriture, il tient convenablement la cuillère, mais dès que il commence à manger il met partout autour de lui : ces vêtements. Il boit dans une tasse et distingue ce qui est comestible.

Concernant sa toilette, djalil s'en va tout seul, mais dès que j'entends qu'il a fini, je le suis directement pour lui laver, car il n'arrive toujours pas, et lorsque j'essaie avec lui, il met l'eau partout sur lui, en disant « mon fils ne tire pas la chasse d'eau et ne lave pas ces mains ». « oykhdemara aman et oyssiridara ces mains »

Dans notre entretien avec la maman de djalil, nous avons constaté qu'il est inquiet, sur ce qui concerne la propreté de son enfant, vu les enfants de son âge ont déjà acquis cela, en disant « peut-être je n'étais pas à jour avec mon fils

vu les différents avis des spécialistes, j'étais perturbé, j'ai consacré mon temps à chercher d'autres orthophoniste au lieu de lui faire apprendre à être indépendant » « ollighara ajour dites à cause n bzaf les spécialistes itwigh au lieu ashafdegh assired »

Elle a déclaré que ce dernier est tellement agité qu'il met ces vêtements à l'envers et n'attend pas les conseil et interactions.

Concernant son hygiène. Djalil ne fait pas grand-chose, et lorsque sa maman lui fait savoir comment il doit faire, il le refait avec une rapidité et tension. Ce qui fait que ces gestes deviennent anarchiques.

Bien plus tard la maman nous exprimé sa joie envers l'équipe thérapeutique de la clinique, dans lequel. Elle a remarqué un changement intense. Djalil arrive à être stable et pas agité. Mais pas encore indépendant dans son hygiène corporelle et celui en mangent. Ce qui facilite la tâche pour elle.

L'analyse de l'entretien avec psychologue

Au moment de l'entretien avec l'équipe thérapeutique on a constaté qu'elles ne sont pas totalement satisfaite du résultat obtenu vu qu'il n'a pas vraiment progressé dans son développement depuis qu'il ses intégrer à la clinique, en disant « on attend plus, même si il arrive à réaliser certain activités d'hygiène mais il reste certain à accomplir ».

Au début djalil manifeste un comportement d'instabilité, il cour de partout dans faire attention à ses amis, lors de repas il s'assoie puis essaie de prendre la partie des autres en étant agressifs .

Lors de sa toilette il s'en va sans nous dire et revient sans se lavé, et parfois ces vêtements il les rend pas convenablement.

Après un mois de prise en charge djalil arrive à se stabiliser, et n'est pas agité. En mangent il le fait doucement sans jeté aucune chose.

Concernant sa toilette, il a changé certain comportement inadéquate, ou il est devenu plus autonome. Oû il a dit « djalil à arriver à apprendre et faire ces tache concernant sa toilette » « djalil izmer adikhem sa toilette whdas »

Car ce dernier à marquer un changement ou il arrive a tirer la chasse d'eau, et laver ses main à chaque fois qu'il faut.

En conclusion, l'entretien effectué avec l'équipe thérapeutique son a résumé que l'évolution de Djalil est toujours en cour.

Analyse de questionnaire de Djalil:

Pendant le questionnaire passer à la maman de Djalil, elle nous a répondu que son attention est moyen il arrive a regardés et a fixé le regarde lorsque on lui parle mais cela ne dure pas très longtemps car il a toujours quelque chose à faire avec des gestes ou à jouer , c'est à dire que la prise en charge actuel lui a permet d'être plus stable , en suite la capacité à se souvenir de Djalil est limite , car il touche tout a ce qui est devant lui sans connaitre les conséquences , après la prise en charge Djalil arrive à se souviendre de tout ce que on lui interdit .

Concernent ces tâche quotidienne, il n'arrive toujours pas à enchaîner les gestes pour accomplir une activité car il se focalise sur plusieurs choses en même temps en disant. « je sentais que mon fils est trop rapide en faisant une tache. », « zrighed djalil zay madikhdem les taches ndaylasd » mais il disait aussi : « actuellement Djalil arrive à se stabilisé et prenne son temps pendant une tache jusque ce qu'il finisse. » « toura djalil itghama tranquille et itfaka chghlis » Et cela c'est qua à partir de son intégration auprès de clinique.

Puis concernant l'autonomie de son fils elle nous a répondu en disant « il arrive à habiller à mettre ces chaussure mai d'une façon anarchique il est toujours agité, »mais d'après le programme utilisé dans la clinique « mon fils arrive à se tenir et à mettre ces vêtement avec ordre , sans être rapide ni agité » « toura djalil itlouso lqchis avec ordre et doucement »le travail était en parallèle , ou elle disait « j'ai utilisé un programme visuel avec des images qui correspond a comment faire la tache et a toujours lui répéter les étapes de cette apprentissage » « J'ai utiliser les images aken adihfed les taches itikhossen »

Ensuite la question sur l'acquisition de la propreté au niveau d'urine, la maman nous a répondu pendant la pose de question son fils s'en va au toilette tout seul, et peut se lave, et tiré la chasse d'eau après le programme utilisé par le groupe thérapeutique avec le suivi parentale équipe d'un programme d'apprentissage en disant, « mon fils a atteint son plein autonomie »

3^{ème} Cas de Dania :

Dania est une fille âgée de 5 ans, la première de sa famille diagnostiquée autiste à l'âge de 3 ans par un pédopsychiatre à Akbou après plusieurs consultations chez d'autres spécialistes il a enfin trouvé son lieu de prise en charge. Sa mère est une femme au foyer et son père est un commerçant. Ses parents ont repéré ses signes autistiques à l'âge de 17 mois, où elle a marqué une altération de langage, des intérêts restreints, des gestes répétitifs.

Elle est prise en charge par la clinique depuis 2022.

L'analyse de l'entretien avec la maman

Au moment de notre entretien avec la maman de Dania M.K âgée de 40 ans, mère d'un seul enfant. La maman est calme, elle parle avec une voix basse, et nous a répondu avec spontanéité.

Cette dernière a confirmé l'apparition de l'autisme chez sa fille à travers le retard de langage et l'utilisation des mots répétitifs sans sens, aussi son isolement total, et ses interactions dans le milieu familial où elle dit : « ma fille a des moments d'absence où elle peut rester comme ça pendant des heures » « yelli troho zksent tghama akni pendant des heures ». Elle disait aussi « elle a un retard de langage puisque elle n'arrive pas à exprimer ses besoins ».

Au début c'était flou pour elle, mais après l'avoir diagnostiqué, j'ai pu constater et savoir ce trouble il s'agit de quoi, elle a ajouté que sa fille ne fréquente pas la crèche et cela pour pouvoir la suivre et prendre soin d'elle-même.

On a assimilé que la maman de Dania était sympathique, elle a pu accepter le trouble de sa fille.

On lui a demandé sur le suivi de sa fille, et elle lui a fallu combien de temps pour diagnostiquer sa fille, elle a déclaré qu'elle partait chez plusieurs spécialistes avant, pour donner sens au comportement anormal de DANIA, qui inquiète évidemment la maman, puis cette dernière avoue que au début c'était un peu difficile d'accepter cela, mais avec beaucoup de compréhension et d'explication sur ce trouble elle a pu faire face, mais reste toujours inquiète pour elle, surtout son isolement. Grâce à la clinique EL AMEL, la maman nous a dit qu'elle ne ressent plus la même inquiétude.

En revanche l'autonomie et la propreté de DANIA n'étais pas adéquate avec son âge, elle n'arrive pas à manger toute seul, si elle le faite, elle jeté de partout la nourriture sur elle, sur la table et sur terre, elle marche et bave en même temps, elle nous a dit : « je change des vêtements pour DANIA au mois 5fois par jour ». « tvdilghas i dania 5 fois par jour »Concernant sa toilette, elle dit : « ma fille fait pipi partout sans me prévenir ou faire de geste ». « yelli tkhmed pipi bla matnayid nagh khmed geste

A la fin de notre entretien la maman de DANIA nous a dit que le retard de développement est dû au trouble de mémoire, car elle n'arrive jamais à ce rappelé des actions quotidiennes.

En concluant, l'entretien avec la maman de DANIA elle a marqué sa reconnaissance en vers la clinique EL AMEL ou le progrès et l'évolution obtenue est tellement satisfaisant et positive.

L'analyse de l'entretien avec la psychologue

Au coure de notre entretien avec l'équipe thérapeutique on a constaté que ces dernières sont satisfaites du résultat obtenu, car DANIA était au début de ses première consultation atteints du degré sèvres, puis après plusieurs consultation au sein de la clinique, ou elle était bien entouré, elle a bénéficies des différents avantage de la clinique puisque elle a était prise en charge plus de 4mois, avec la continuité de programme actuel.

Au début de l'intégration de DANIA elle a manifesté des comportements tel que l'isolement, les moments d'absence et d'attention.

Pendant les activités guidé par la thérapeute, psychométricien, en intégrant d'autres enfants pour lui apprendre à jouer et à faire du sport les activités psychomoteur en l'intégrant avec d'autre enfants pour jouer, faire du sport ce qui fait que son état est améliorées et devenu sociable. A travers, le programme visuel utilisé au sein de la clinique qui se focalise sur la stabilité, et d'apprendre à développer son autonomie.

À l'application de ce programme qui se focalise sur la répétition et l'habitude des processus, comme rester à côté d'elle en fessant un son pour chaque geste concernant le manger « prendre la cuillère la mettre dans la bouche », tout en lui demandant de faire la même chose avec la répétition.

Ce qui fait que DANIA a pu développer une certaine autonomie, car le travail était quotidienne, avec celui adapté ainsi à la maison.

Enfin, le parcours de DANIA n'a pas été facile, mais pas impossible, elle a pu développer une autonomie et des propretés. Pour la communication elle s'est intégrée au sein du groupe.

Pour terminer l'entretien, l'équipe thérapeutique a résumé que l'état de DANIA est développé, et évolue

Analyse de questionnaire de Dania:

À la suite de l'entretien avec la maman de Dania la première question concernant l'attention, ou ces réponses ont été directes en disant « ma fille ne me semble pas qu'elle m'écoute lorsque je lui parle, Sauf si je fais un bruit immense ». « yelli oydsllara masshadrgh sauf mayla khmghed un bruit mekar »

Après la prise en charge actuelle, elle a remarqué un énorme changement, si elle entend quelqu'un parler elle regarde vers lui.

Puis la capacité de retenir et mémoriser était absente en disant « Dania n'a jamais retenu ce que je lui dis » « dania ochfoyara fayen je lui dit » actuellement, lorsque elle vient de faire une chose que je lui dis toujours interdites, elle prend du recul.

Lorsque on a passé à la question de l'autonomie générale de Dania, la maman nous a répondu ainsi « ma fille n'arrive toujours pas à mettre ces vêtements brosser ces dents, c'est moi qui lui fait tout » « yelli mazal ozmir ara atles et atssired ces dents » .et lorsque on a posé la question sur comment elle voit son état actuel, elle nous a dit qu'elle a beaucoup changé, et évolue, elle arrive à prendre son cartable pour aller à la clinique à mettre ces chaussures, ainsi à fermer la porte. Puis la propreté de Dania pendant les repas était désorganisée ou elle met tout par terre, elle s'assoie pas convenablement sur la table et mange pas avec la cuillère et la fourchette et connaît pas son utilité. Après la prise en charge thérapeutique, Dania a pu s'organiser, et donner sens à l'objet qui concerne la nourriture, sa soie bien dans la chaise, et mange avec la cuillère.

A ce qui paraît la maman nous a répondu sur la propreté de sa fille sur la toilette, qu'elle fait ces besoins sur ces vêtements et ne sait pas que ce n'est pas

l'endroit même si je lui a fait apprendre, et actuellement elle ressent une assurance ver cella après une prise charge de deux cote ou elle dit «le programme visuel nous a aider à lui faire comprendre les changement à travers le support utiliser tout en prennent en considération ces aspect et en se basent sur la répétition et une routine concernant le processus d'apprentissage qui est la propreté et comment elle doit être autonome dans ces activité quotidienne ». « le programme visuel inkhdem syes i3awnit atvdel ver le mieux g la propreté et meme gwayen naden » ce qui fait que sa fille est devenu indépendante et fessait sa toilette tout seul sans aide et remet ces vêtement ainsi lave ces main.

4^{ème} Cas de Axel :

Il s'agit de Axel enfant autiste âgé de 11 ans c'est le plus grand de sa famille qui est construite de 2 enfants sa mère est une couturière son père commerçant il a été diagnostiqué autiste à l'âge de 4 ans par un pédopsychiatre à Akbou. Le retard de l'apprentissage et de langage sont cause de prise de conscience des parents. Depuis cette âge Axel est mené d'un spécialiste à un autre il est toujours scolarisé, accompagné d'une AVS (auxiliaire de vie scolaire).

La maman de Axel est âgée de 39 ans, d'un niveau d'instruction et une formation en TS (Technicien supérieur), pendant notre entretien, la maman apparaît souriante et prête à répondre à toutes nos questions elle était spontanée et à l'aise dans ces réponses sur le trouble de sa fille ainsi sur ses propriétés car elle considère l'autonomie comme une priorité dans le développement d'un enfant autiste.

L'analyse de l'entretien avec la maman

Durant l'entretien avec la maman d'Axel nous avons constaté qu'il est inquiet par rapport à l'autonomie de sa fille.

Au départ elle nous a annoncé qu'elle : « essaye souvent de lui faire apprendre comment il doit se faire propre en mangeant, en habillant et on se lave ». Car il consacre beaucoup de temps en faisant cela, alors qu'elle a plusieurs tâches à accomplir à la maison. D'autre part elle nous informe que son enfant est calme et gentil.

En ce qui concerne sa propriété la maman nous a dit : « mon fils essaye de suivre ce que je lui dis, mais à un certain moment il oublie carrément ». Elle a rajouté que « ce qui m'inquiète le plus c'est son âge actuel et son niveau de développement ». « *ayen iyicheghben dlkhilaf* entre l'âge réel et amek il se comporte »

Son hygiène corporelle est moyenne, car même si il rentre au toilette tout seul mais c'est toujours moi qui lui lave.

En mangeant, Axel tient bien sa cuillère, mais la moitié de la nourriture la met par terre, car ils se contentent à regarder ailleurs que son assiette Axel peut faire la

différence entre le mal et le bien, ce qui me soulage d'un côté, surtout son autonomie, et cela que d'après la prise en charge de l'équipe thérapeutique.

L'analyse de l'entretien avec la psychologue

Lors de notre entretien avec l'équipe thérapeutique de la clinique EL AMEL il nous semble tellement content de changement apporté chez l'enfant placé au sein de leurs clinique. Car elles utilisent différents technique et méthodes de prise en charge afin d'apporter des changements au niveau de développement de l'enfant pour qu'ils arrivent à être indépendant dans tout ces actions quotidienne.

D'après les dites des thérapeutes, Axel dans le premier temps de son intégration à la clinique il n'était pas autonome par rapport à son âge et son hygiène corporelle, il n'était pas vraiment propre, il faisait jamais sa toilette seul, et ne lave jamais ces main même si elle sont sale , c'était toujours avec une aide partiel au total de sa maman , Dans son autonomie, en mangent il jeté partout la nourriture même si il tien convenablement sa cuillère mais n'arrive pas à mettre la nourriture dans sa bouche, ce qui fait que tous ces vêtements sont pas propre.

D'après l'équipe thérapeutique. Depuis son arrivé jusqu'à aujourd'hui, Axel a tellement changé et évoluer ou son comportement et ces habitudes.

Il est devenu plus autonome et indépendant dans ces gestes, dans sa toilette, en mangeant et cela d'après le programme utilisé qui se base sur la motricité, afin de pouvoir contrôler les gestes tel que celui de œil-main et une coordination entre les deux afin d'atteindre cette maitrise, et contrôler ces geste en mangent, le seconde c'est celui de limitation au il répète les même processus fait par l'équipe pour lui apprendre à se lavé les main après chaque toilette ce qui a rendu axel plus autonome .

Cela que d'après les différentes méthodes utiliser ainsi les techniques tel que la répétition des processus que ce dernier n'arrive pas à faire tel que d'accomplir les tâches, imitation de ces amis autour de lui et celle de l'équipe thérapeutique ce qui fait que axel actuellement arrive à manger à tenir sa cuiller convenablement et mange comme tout les enfants de cette âge.

L'habitude est les bonnes recommandations ont fait que Axel puisse récupérer un niveau d'autonome satisfaisant, et c'est l'objectif principal de

l'équipe thérapeutique qui mettent accent sur tout les plans ou axel continue à manifeste des comportements qui sont adéquate avec son âge actuel qui est 11 ans qui est l'âge ou l'enfant a acquière toute son autonomie concernant sa propreté générale et son automne au niveau de sa toilette et celle en mangeant sans aide ni manifestation des autres.

Analyse questionnaire de Axel:

Lors de la discussion avec la maman de Axel, cette dernière nous a répondu sur les deux premières questions concernant son attention ou elle nous a dit : « mon fils a une attention dans des moments où il porte intérêt ». « emi itwilih sauf gwayen igthabi »

Puis on lui interroge sur la mémoire de Axel elle nous a répondu ainsi « mon fils fait la différence entre le bien et le mal car il retient ce que je lui dis ». « ikhdem la différence entre ayen ilaqen et ayen oyla9en ara « mais cela est juste pour les objets ou quelle j'insiste, car pour le reste il retient juste à un moment précis puis le lendemain il ne se souvient plus.

Par contre lors de la prise en charge « mon fils arrive à se rappeler même des choses qui lui semblent pas importantes ou bien désintéressantes à lui ».

Elle nous a dit que même à la maison il lui fait le programme qui ressemble à ce qu'il intègre à la clinique qui est celui de la répétition d'un comportement.

Hors que son autonomie générale est compliquée car Axel arrive à tout mettre et faire, mais dès que on lui demande de refaire il oublie c'est à dire il arrive à mettre ses vêtements et à se laver lors de sa toilette, ainsi même en mangeant mais c'est juste périodiquement dès que il s'agit de refaire il ne le fait pas en disant « mon fils lorsque il est en train de faire une tâche il me semble comme un enfant normale le moment où il doit refaire la même chose comme manger son jeter la nourriture et tenir la cuillère ainsi d'être face à son assiette, je trouve qu'il ne l'a pas fait comme la dernière fois ou je lui montrer ». « mazdssa3engh lhaja ikhdmit asma asniwed itetou ».

Mais après les outils et le programme utilisé par l'équipe thérapeutique de la clinique et celui élaboré à la maison avec son frère « j'utilise des images correspondantes sur comment se faire propre, comment s'asseoir sur la chaise en mangeant comment faire lorsque on se lave et les étapes par lesquelles il doit passer pour se faire propre ». « skhdemgh dides les images symboliques pour chaque apprentissage ».

Mon fils change, apprend et développe cette capacité et comportement.

Discussion des hypothèses

Discussion de l'hypothèse :

Dans notre recherche notre objectif est de vérifier notre hypothèse, soit de la confirmer ou bien de l'infirmer.

Hypothèse

Après l'intégration des enfants autistes ayant le trouble de la mémoire à la clinique « El Amel », arrivent à acquérir la propreté, après l'application de programmes (TEACCH) ce programme consiste à mettre en place un environnement structuré afin de favoriser la compréhension d'un environnement par l'enfant autiste, et favoriser son autonomie, à travers les différents (stratégies éducatives et des modalités d'apprentissage). Sous forme d'exercice, qui se repose sur (pédopsychiatrie, psychologue, orthophoniste, éducateur et les parents). Ou on s'est focalisé sur ce programme de l'autonomie afin de pouvoir confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Après la prise en charge thérapeutique dans la clinique El Amel en appliquant le programme (TEACCH). Qui se base sur (l'hygiène corporelle, habillage allé aux toilettes, repas) ainsi pendant les différentes activités motricité avec les autres enfants.

La passation des entretiens avec les thérapeutes et les parents nous a aidé à posséder des données importantes sur l'attention, la motricité et la mémoire, ce qui nous a permis de construire le questionnaire, qui possède une pluralité de questions sur l'autonomie qui procède l'objectif dans notre recherche est de vérifier l'hypothèse.

La prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire avec les enfants autistes ayant un trouble de la mémoire les a permis d'acquérir une autonomie et une propreté, et cela en collaborant avec le suivi parental. Parmi les quatre cas étudiés lors de l'analyse et le questionnaire effectué, on a trouvé que ses derniers en acquerraient la propreté et cela est dû au travail collectif entre la clinique et le programme d'apprentissage contribuant aux parents, même si parmi eux Maylin qui n'a pas atteint son plein autonomie mais d'après l'équipe thérapeutique cela revient à son âge qui est 4 ans, et vu que la propreté ne peut pas être apprise pendant un mois ou bien deux, elle continue alors toujours à marquer un développement et une évolution jusqu'à maintenant.

À partir des entretiens effectués avec les parents et les thérapeutes on a constaté que les résultats obtenus sont en parallèle avec les réponses de questionnaires, ce qui a permis d'infirmé notre hypothèse.

On conclusion, pour que les enfants autistes ayant un trouble de la mémoire pouvant acquérir l'autonomie et la propreté qua travers la disponibilité et les différents méthodes utilisés ainsi à la participation des parents dans la prise en charge. Donc notre hypothèse qui dit que l'autisme associer à un trouble de mémoire et son impact sur l'acquisition de la propreté chez les enfants est infirmé.

Conclusion

Conclusion

Notre thème d'étude porte sur l'autisme associé à un trouble de mémoire et sur l'acquisition de la propreté chez les enfants autistes après une prise en charge thérapeutique par la clinique EL AMEL, où se trouve la thérapeute, la psychologue, l'orthophoniste et l'éducatrice.

Cette recherche est pour nous l'occasion d'approfondir nos connaissances, sur le plan théorique et pratique, et atteindre notre objectif qui est de répondre à notre hypothèse :

L'autisme associé à un trouble de mémoire impacte sur l'acquisition de la propreté chez l'enfant.

C'est dans la première partie que nous avons présenté le cadre théorique dont on a deux chapitres, où la première partie parle du trouble du spectre de l'autisme et le deuxième on a parlé du trouble de la mémoire.

Dans le deuxième chapitre on a mené notre recherche sur l'apprentissage et là l'acquisition de la propreté chez l'enfant autiste ayant un trouble de mémoire, ainsi l'évolution de l'autonomie selon les différents stades de développement.

Dans notre recherche la méthode utilisée c'est la méthode clinique appuyant sur un guide d'entretien et le questionnaire.

Au début de notre travail, on a commencé par l'observation des comportements d'enfant durant leurs activités quotidiennes au sein de la clinique, dans la salle d'activité, pendant les activités motrices ainsi au moment des repas au moment du lavage, pour l'objectif de recueillir d'avantage les informations.

Après avoir analysé l'entretien on a pu construire un questionnaire avec lequel on s'est appuyé pour recueillir les informations concernant l'acquisition de la propreté chez les enfants autistes ayant un trouble de mémoire étudiés qui se constituent de (4) cas.

Ces derniers ont acquies l'autonomie et la propreté qui reviennent à la prise en charge thérapeutique, ainsi en parallèle avec le travail parental.

Le cas de maylin a développé et évoluer mais y reste un travail en cour et cela revient à son âge qui est (4ans) ce qui fait que nous avons infirmé l'hypothèse que les enfants autiste ayant un trouble de mémoire influence sur l'acquisition de l'autonomie.

En revanche, les résultats obtenu dans notre recherche, reste limité par rapport au cas étudier dans notre travail. Ce qui ouvre le champ a d'autres études dans le même ordre.

Références Bibliographiques

Liste bibliographique

1. Alain Lieury, 1997, « *Mémoire et réussite scolaire* », Dunod, Paris
2. Alain Lieury, 1997, *Mémoire et réussite scolaire*, Dunod, Paris
3. American psychiatric association DSM -IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (1995) 4eme éd paris : Masson.
4. American psychiatric association DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (2012-2013), 5eme édition.
5. American psychiatric association DSM-IV Mini DSM-IV, (1996), « *Critères diagnostiques* », Masson, paris.
6. Anger M, Bon L, Hamel-Des bruères A, Bensaber F, « *Recollection in autism Spectrum disorder* », 2012, Paris.
7. Baddeley, A. D. (2003). "Working memory: looking back and looking forward". *Nature Reviews Neuroscience*, P4.
8. Blanchet, A., Gotman, A. (2007). " *l'enquete et ses methods, l'entretien* » 2eme éd, paris: Armand Colin.
9. Bon L, Baleyte JM, Piolino P, et al. « *Growing up with Asperser's syndrome: developmental trajectory of autobiographical memory narratives of children with and without Aspetger's disorder*". *J Autism de disord* 2012
10. Bowler D, Gardiner JM, Berthollier N. " *Source memory in adolescents and adults with Asperger's syndrome*". *Autism Dev Disord* 2004; P34
11. Brown B, Morris G, Nida R, et al. Brief report: " *making experience personal: internal states language in the memory narratives of children with and without asperser's disorder*". *J Autism Dev Discord* 2012
12. Bruch M,y London K, Landa R, et al. « *Participation, l'autisme jour après jour comprendre et agir* », 2006, p 58).
13. Chahraoui, K.H., Benony, H. (1999). " *L'entretien clinique* », éd paris : Dunod.

14. Chahraoui, kh et Bénony, (2003), « méthode évaluation et recherche en Psychologie clinique », Paris, dunod
15. Chossy. J-F, (2003), « *Autisme comprendre et agir* », Dunod, Paris
16. Chossy. J-F, (2003), « *Autisme comprendre et agir* », Dunod, Paris
17. Christiane Kekenbosch, « *La mémoire et le langage* », 1994 ; Paris
18. Conway, M.a., & Bekerian, D.A. (1987). Organisation in autobiographical memory. *Memory and Cognition*, 15, pp 119-132.
19. Corinne, Paradas.
20. Crane L, Goddard L, Pring L. "*self-defining and everyday autobiographical memoires in adults with autism spectrum disorders*". 2010 ,P40
21. Goddard L, Dritschel B, Robinson S, et el. « *Development of autobiographical memory in children with autism spectrum disorders: deficits, gains, and predictors of performance*". *Dev Psychopathology*; 2014
22. HAS, Haute autorité de santé autisme et autres troubles envahissants du développement, janvier. (2010)
23. https://lalaboom.toys/tout_savoir_sur_la_coordination_oeil_main_et_a_pprendre_a_la_developer/
24. <https://mumandpsychomot.fr/favoriser-lautonomie-de-lenfant-pour-ses-repas/>
25. <https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/enfant/proprete>
26. Jo GODEFROID, 2001, « *psychologie science humaine et science cognitive* », Boeck université, Belgique
27. Lenoir, P., Malvy, J. (2007). » *L'autisme et les troubles du développement psychologique* », 2eme ed, Hesrtal, masson.
28. Lieury, A, « *psychologie de la mémoire* », Paris, Dunod, 1997
29. Meirieu. C, Raynal. C, (2009), « *Scolariser les élèves autiste* », Ed

30. Nelson K, Fivush R. *"The emergence of autobiographical memory: a social cultural developmental theory"*. Psychol Rev 2004; P 111
31. Rob Plotnik, 2007, « *introduction à la psychologie* », Chenelière Education, canada.
32. Robinson S, Howlin P, Russell A. *Personality traits, autobiographical memory and Knowledge of self and others: a comparative study in young people with autism spectrum disorder*. Autism 2016.
33. Roge, B. (1993). *L'autisme, comprendre et agir*, éd. paris : Dunod.
34. Serge Nicolas, « *La mémoire et ses malades selon Théodule Ribot (1881)* », Paris, Le Harmattan, 2002.
35. Serge Nicolas, « *la mémoire* »; 2002, Paris
36. Speranza M, Younes N. *"Developmental disorders and schizophrenia"*. Rev Part 2002
37. Tardif, C., Gepner, B. (2003). « *L'autisme* », paris : Nathan.
38. Thomen, E. (2001). « *L'enfant fac a autrui* », Paris
39. Tulving E. *"Memory and consciousness"*. Can Pcyhol Can, 1985; P26
40. Zenad, D. (2020). *Le programme TECCH dans la prise en charge des enfants autistes*. Université Alger 2.
41. Zenad, D. (2020). *Le programme TECCH dans la prise en charge des enfants autistes*. Université Alger 2.

Annexes

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Dans le cadre de notre recherche sur l'autisme associé à un trouble de mémoire et la propreté chez les enfants, nous sommes très heureux de vous demander de répondre au questionnaire proposé et d'apporter une contribution collaborative à notre travail de recherche.

En comptant sur votre disponibilité et votre contribution, messieurs, nous recevrons non plus sincères salutations.

Nom :

Prénom :

Questionnaire

1. Est-ce que votre enfant vous regarde lorsque vous lui parlez ?
2. Est-ce que votre enfant a une attention dans la plus part des moments ?
3. Est-ce que votre enfant se rappelle lorsque vous lui interdisez quelque chose ?
4. Votre enfant fait-il une différence entre ce qui est interdit et ce qui n'est pas ?
5. Votre enfant a-t-il une difficulté à accomplir ces tâches quotidiennes ?
6. Votre enfant arrive-t-il à enchaîner des gestes pour réaliser une activité ?
7. Est-ce que votre enfant fait du sport et comment vous voyez son interaction avec les autres ?
8. Est-ce que votre enfant joue avec les autres pendant une activité ?
9. Est-ce que votre enfant a une motricité et contrôle lors de l'utilisation des tâches minutieuses ?
10. Tient-il des objets convenablement ?
11. Votre enfant fait-il ce que vous lui demandez lors d'une tâche ?
12. Votre enfant arrive-t-il à accomplir ces tâches quotidiennes ?
13. Arrive-t-il à se déplacer et faire des activités qui lui semblent intéressantes ?
14. Arrive-t-il à s'habiller tout seul ?
15. Fait-il ces besoins tout seul ?
16. Votre enfant arrive-t-il à passer à la toilette tout seul ?
17. Votre enfant vous demande d'y aller à la toilette lorsqu'il le faut ?
18. Fait-il ces besoins en dehors des toilettes ?
19. Votre enfant arrive-t-il à manger seul ?
20. Est-ce que votre enfant a une coordination entre œil-main ?
21. Votre enfant est-il propre lors des repas au début et vers la fin ?

Guide d'entretien :

Informations sur l'enfant :

- Nom:
- Date et lieu de naissance :
- Âge :
- Diagnostique : -léger -moyen -sévère -trais autistique.
- Par:
- Date de diagnostique:
- Age:
- Nombre de fratrie:
- Place de l'enfant dans la fratrie :
- Scolarisé: oui. Non.
- Si oui, à quel âge votre enfant est rentré à l'école ?
- Est-ce qu'il a des difficultés scolaires ?
- Lesquelles?

Guide d'entretien avec la psychologue:

- Combien d'années d'expérience avez-vous dans le domaine de la psychologie ?
- Est-ce que les autistes présentent des troubles associés ?
- Vous travaillez souvent avec des enfants autistes?

- Avez-vous un protocole de rééducation particulier que vous utilisez avec les enfants autistes ?
- Est-ce qu'il présente des difficultés à maintenir son attention dans moments?
- Fait-il attention aux détails?
- Quel sont les répercussions de ces derniers troubles attentionnels sur leur apprentissage?
- Dans quoi réside la difficulté à enseigner les personnes autistes?

Guide d'entretien avec les parents:

- Est-ce qu'il oublie certains événements récents ?
- Est-ce qu'il oublie ce que on lui demande à la maison ?
- C'est quoi la réaction de l'enfant lorsque la réalisation de l'oubli ?
- Est-ce qu'il présente des difficultés à maintenir son attention dans certains moments?
- Ait-il attention aux détails?
- Est-ce qu'il ne semble pas écouter quand on lui parle ?
- A-t-il des difficultés à réaliser une tâche qui demande du temps?
- Est-ce qu'il arrive à réaliser les tâches nécessitant un effort mental soutenu (tâches ennuyantes)?
- Est-ce qu'il est organisé dans ses tâches et ses activités ?
- Suit-il correctement les instructions et termine-t-il les tâches?
- Oublie-t-il facilement ce qu'on lui demande de faire ?
- A-t-il des difficultés à attendre son tour ?
- Est-ce qu'il interrompt ou dérange les autres lors de la réalisation d'une tâche ?

- Est-il distrait par des stimuli externes ?
- Est-ce qu'il perd ses affaires scolaires ?
- Répond-t-il avant que les questions soient complètement posées ?

L'AUTISME ASSOCIÉ À UN TROUBLE DE MÉMOIRE ET LA PROPRETÉ CHEZ LES ENFANTS

Étude de (04) quatre cas, réalisée au sein de la clinique *El Amel* à Akbou

Résumé

L'autisme est un trouble de développement neurologique qui affecte la communication et les interactions sociales, des études en suggèrent que l'autisme pourrait également être associé à un trouble de mémoire ce qui entrave la capacité des réalisations des tâches. Et parmi l'acquisition de l'autonomie et de la propreté qui est une étape importante vers le développement qui permet de donner une meilleure image en soi et une meilleure qualité de vie. On a utilisé l'entretien semi directif et le questionnaire qui nous a permis de récolter un ensemble de données, suivi par la prise en charge thérapeutique qui a intégré un programme déterminé ce qui fait qu'on a infirmé notre hypothèse qui dit « l'autisme associé à un trouble de mémoire impacte sur l'acquisition de l'autonomie et la propreté ».

Abstract

Autism is a neurodevelopmental disorder that affects communication and social interactions, studies suggest that autism may also be associated with memory impairment, which impairs the ability to perform tasks. In addition, among the acquisition of autonomy and cleanliness which is an important step towards the development, which allows giving a better self-image and a better quality of life. We used the semi-directive interview and the questionnaire, which allowed us to collect a set of data, followed by the therapeutic management, which uses a program to determine that we invalidate our hypothesis, which says, « autism is associated with a disorder of memory impact on the acquisition of autonomy and cleanliness.

ملخص

التوحد اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التواصل والتفاعل الاجتماعي، وتشير الدراسات إلى أن التوحد قد يرتبط أيضاً بضعف الذاكرة مما يضعف القدرة على أداء المهام. ومن بين اكتساب الاستقلالية والنظافة التي تعد خطوة مهمة نحو التطور الذي يسمح بإعطاء صورة ذاتية أفضل ونوعية حياة أفضل. استخدمنا المقابلة شبه موجهة والاستبيان الذي سمح لنا بجمع مجموعة من البيانات، تليها التكفل العلاجي التي تستخدم برنامجاً من خلاله استطعنا أن نرفض الفرضية التي تقول "يرتبط التوحد باضطراب الذاكرة بتأثير على اكتساب الاستقلالية والنظافة".