

Pour une intervention précoce et développementale d'enfants autistes: renforcer la coopération entre praticiens et chercheurs par la formation continue

Fatima Zinet eps Benoumechira

Département de Psychologie, des Sciences de l'Education et
d'Orthophonie; Université Alger 2

Abstract:

Si l'autisme présente de nombreuses incertitudes, en particulier ce qui concerne l'étiologie et l'évaluation des modèles thérapeutiques et modes de prise en charge, il est certain qu'une prise en soins précoce modifie le destin de ces enfants et de leurs familles.

Notre objectif vise à améliorer la qualité de vie de nos sujets atteints d'autisme au sein de l'environnement familial et éventuellement scolaire et de favoriser leur intégration dans la communauté sociale.

L'optique de ce travail réside aussi dans l'espoir de réaliser l'un des objectifs de base tracés pour améliorer la recherche dans les sciences orthophoniques en Algérie et la pratique au sein de nos institutions.

La condition d'une meilleure articulation entre théories et pratiques réside dans une coopération entre praticiens et chercheurs et passe par une amélioration de la formation. Cette démarche de coopération permet de répondre aux exigences d'une population spécifique.

Mots clés : autisme – étiologie- évaluation- méthodes de prise en charge.

الملخص:

رغم تعدد الدراسات التي تسعى الى معرفة الأسباب المؤدية للإصابة بالتوحد، و رغم اختلاف نماذج الاتجاهات العلاجية، فيبقى من المؤكد أن التكفل المبكر بالأطفال المتوحدين قد يغيّر مصيرهم و مصير أوليائهم.

يكمن هدفنا في تحسين وضع الطفل المتوحد بصفة عامة، في المحيط المعيشي ضمن الأسرة و ربّما المدرسة، وبه يتم تحقيق ادماجه في الوسط الاجتماعي.

كما أن المسعى من هذا الانشغال هو تحقيق هدفا من بين الأهداف المسطرة لتحسين و تطوير البحث في العلوم الأرتوفونية في الجزائر، و التكفل الميداني عبر المراكز المتواجدة.

وتستلزم العناية و المساعدة للطفل المتوحد، الارتباط بين الأبحاث النظرية و الميدانية التي تتم من خلال تطوير التكوين المتواصل حتى نتمكن من تغطية متطلبات هذه الفئة الخاصة.

الكلمات المفتاح:

التوحد - الأسباب الممكنة - التقييم - طرق التكفل.

Introduction:

Les autistes ont des difficultés à organiser l'information, ils mémorisent difficilement ce qui n'est pas directement lié à leur propre intérêt et ont du mal à traiter l'information verbale. En contrepartie, leurs points forts sont l'intégration de l'information visuelle et la mémorisation des informations simultanées, surtout lorsqu'elles sont liées à leurs préoccupations.

Nul n'ose jusqu'à aujourd'hui prétendre guérir l'autisme. En revanche, certaines méthodes permettent d'atténuer l'immense détresse des sujets autistes et de leurs proches en leur enseignant comment communiquer et comment vivre ensemble dans les meilleures conditions possibles.

Si l'on doit aider le sujet à mieux s'adapter à son environnement en améliorant ses capacités de communication, de socialisation et son autonomie, l'entourage a aussi à s'adapter aux difficultés du sujet afin de faciliter et de guider les efforts qui lui sont demandés.

Principe's théoriques:

Problématique de l'étiologie & de diagnostic:

Maladie pour les uns, handicap pour les autres, l'autisme suscite de nombreuses controverses quant à son étiologie et aux différentes formes de prise en charge.

Le problème du diagnostic se pose pour plusieurs sortes de raisons: des raisons scientifiques mais aussi des raisons idéologiques et économiques, bien que dans son article PIERRE DELION, (1997), cite que MISES a rappelé qu'il existait des corrélations très précises entre les classifications internationales et la classification française.

L'autisme apparaît avant 36 mois entrave l'évolution normale des fonctions intellectuelles, émotionnelles, sensorielles et motrices liées au développement du jeune enfant. Il se manifeste par des perturbations dans trois domaines: l'interaction sociale (anomalie du regard, difficulté à partager des émotions, etc.); la communication verbale (50 % des autistes ne parviennent jamais à parler) et non verbale (imitation, jeux de « faire semblant »); les comportements (répétitifs et ritualisés, avec un intérêt restreint pour certains objets ou types d'objets). Les formes cliniques sont très variées. Lorsque le retard existe (70 % des cas), il peut aller du léger (29 % des cas) au profond, (statistiques françaises, 2004). Le sujet peut ainsi avoir une intelligence supérieure à la moyenne, souvent assortie de compétences exceptionnelles dans un domaine (la mémorisation, le dessin, etc.).

Les études épidémiologiques récentes affichent un taux de prévalence de 0,6 %. Or, il y a 30 ans, l'autisme était considéré comme une maladie rare avec un taux de prévalence d'environ 0,004 %.

Les facteurs environnementaux sont régulièrement accusés de favoriser l'autisme sur la base d'une susceptibilité génétique. On a incriminé le rôle que peut jouer certains pesticides comme les organophosphates, les vaccins, ou encore des métaux lourds présents dans les vaccins, le mercure notamment. Mais à l'heure actuelle, leur impact sur le développement cérébral et le rôle qu'ils pourraient jouer dans une éventuelle recrudescence de l'autisme n'ont pas été véritablement validés scientifiquement.

La piste génétique par contre, se confirme de jour en jour. L'augmentation du risque observée dans les fratries a été le premier indice. Les études de jumeaux ont régulièrement montré une concordance significative chez les monozygotes. Un deuxième élément est venu conforter la thèse génétique: l'association relativement fréquente de l'autisme avec d'autres maladies génétiques (sclérose tubéreuse de Bourneville, syndrome de Rett, etc.) ou des anomalies chromosomiques comme le syndrome de l'x fragile.

Des données récentes montrent l'altération des gènes NLGN3 et NLGN4 dans des familles dont deux membres sont atteints. D'autres études situent ces gènes dans des régions du chromosome x ce qui induirait un défaut dans la formation des synapses, qui constituerait une prédisposition à l'autisme.

Signes cliniques de l'autisme:

La grande majorité des signes cliniques propres à l'autisme permet d'évoquer la présence des dysfonctionnements cérébraux. L'anatomie pathologique a montré l'existence d'un poids et d'un volume cérébral au-dessus de la moyenne. Cette anomalie n'apparaît pas à la naissance; elle a été repérée vers l'âge de 4 ans. Elle serait due à la subsistance de cellules et de synapses qui disparaissent habituellement chez l'enfant à

un stade précoce de son développement. Une telle persistance pourrait affecter la connexion entre certains neurones.

Certains enfants autistes, dont le début du développement paraissait normal, perdent ensuite des capacités qui semblaient acquises, comme le langage, des gestes de communication, etc.

L'étude rétrospective fait apparaître l'existence de particularités parfois discrètes (passivité, manque de curiosité et de réactivité à l'égard de l'environnement) préfigurant le développement ultérieur du désordre. De jeunes enfants diagnostiqués comme autistes ont aussi quelquefois des régressions, par exemple: ils disent quelques mots puis ne parlent plus jamais, ou ne possèdent plus qu'un langage incomplet.

Les symptômes de l'autisme et sa gravité peuvent être différents d'un cas à l'autre. Les enfants qui souffrent d'un autisme sévère manifestent peu d'intérêts pour les interactions sociales, ils sont renfermés et ne réagissent pas aux sollicitations, ils peuvent résister si on veut les prendre dans les bras et quand on les appelle ils ne répondent pas ou regardent celui qui les interpelle avec un regard vide. Les enfants moins sévèrement atteints peuvent être affectueux avec quelques personnes seulement et quand ils le décident, ou bien ils sont affectueux avec n'importe qui et de façon inappropriée. Les enfants autistes « hyperverbaux » peuvent monologuer sur un sujet sans se préoccuper de l'entourage, par contre d'autres enfants sont timides et craintifs et ne savent pas instaurer une communication avec leurs camarades, ils restent rigides dans les circonstances de la vie sociale.

Les sujets appartenant au spectre autistique, quel que soit leur âge, éprouvent une difficulté à comprendre que les autres ont des états mentaux. Ils ne peuvent imaginer la pensée d'autrui, l'impact des états mentaux sur le comportement et l'impact de leurs propres comportements sur autrui. Cette absence a été formalisée en tant que théorie de l'esprit.

Un déficit qui contribue à expliquer que le trouble est l'absence de balayage de la face de l'interlocuteur par le regard et de reconnaissance du visage, associée à un défaut de sensibilité à l'expression faciale et au ton de la voix (KLIN et coll., 2002), cité par RAPIN, dans l'ouvrage de CHEVRIE-MULLER et NARBONA, 2007.

L'un des signes les plus précoces de l'autisme est un déficit de l'attention conjointe, une difficulté à centrer son attention sur un stimulus introduit par quelqu'un d'autre, (CHARMAN, 2003), cité par RAPIN, dans l'ouvrage de CHEVRIE-MULLER et NARBONA, 2007.

Ce déficit représente l'une des principales difficultés qui requiert une prise en charge spécifique, en plus des troubles du maintien de l'attention et l'hyperactivité. On peut observer une attention anormalement prolongée et limitée aux activités et objets favoris.

Bien que la majorité des enfants autistes aient une déficience mentale, la symptomatologie autistique peut se manifester chez des sujets de niveau intellectuel élevé. Il existe une relation entre la sévérité de l'autisme, le degré de la déficience mentale et l'association d'autres signes de dysfonctionnement cérébral ainsi que la sévérité du pronostic. Le profil cognitif le plus fréquent dans l'autisme est un profil « dysharmonique » avec un niveau verbal inférieur au niveau de performances (SIGMAN, et coll., 1997, cité par RAPIN, dans l'ouvrage de CHEVRIE-MULLER et NARBONA, 2007. En dépit de leur intelligence et leurs dons, ces sujets rencontrent des difficultés pour la réalisation des tâches et lors de la prise d'une décision, ceci reste un obstacle pour leur insertion sociale.

Troubles associés et langage:

Dans l'autisme, le risque d'épilepsie est élevé surtout lorsque sont associés une déficience mentale et des déficits moteurs (TUCHMAN et RAPIN, 2002), in: Le langage de l'enfant CHEVRIE-MULLER &

NARBONA, 2007. La prévalence des crises varie avec l'âge, elle est élevée dans la petite enfance et augmente de nouveau à l'adolescence. L'importance causale de l'épilepsie dans la survenue de la régression autistique et dans celle du langage reste indéterminée tant que les enfants ne sont pas adressés pour études encéphalographiques et bilan cognitif et neuropsychologique au moment de la régression.

Parmi les troubles de la communication qu'on note chez l'enfant autiste, l'incapacité de montrer du doigt et l'impossibilité de reconnaître son propre nom, alors que ces performances sont les caractéristiques d'un enfant ordinaire à l'âge d'un an. Ces signes sont le présage de déficits pragmatiques importants qui permettent de différencier l'autisme des autres causes de perturbations du développement du langage. Il est à noter que tous les types de troubles de développement du langage peuvent être observés chez ces enfants. RAPIN 2007, insiste sur le fait que les déficits pragmatiques qui portent sur l'usage communicatif du langage constituent une caractéristique universelle de l'autisme, à tous les âges et quel que soit par ailleurs le niveau de compétences linguistique.

Les troubles du langage impliquent son retard d'apparition, les bizarreries d'expression ou le mélange des deux. La forme la plus extrême de retard est celle de l'enfant qui ne parle même pas comme un bébé et qui émet des sons au hasard, sans finalité de communication franche. Certains enfants semblent écouter et comprendre un peu le langage, et s'expriment au moyen de quelques mots tels que « mama », « bye bye ». Entre 2 et 3 ans, ces mots disparaissent et sont remplacés par un jargon. D'autres enfants vont acquérir des mots nouveaux, des phrases et parfois des discours qui ne seront jamais un langage normal.

La connaissance du développement des enfants porteurs de déficience contribue à enrichir notre connaissance du développement de l'enfant ordinaire.

Problématique de méthodes d'examen et de prise en charge:

Le choix d'une méthode mérite pour chaque sujet une réflexion approfondie. S.LEBOVICI, cité par R DAILLY, 1983, disait qu'il était temps de disposer d'un instrument de travail qui fait le tour de la question du handicap mental et nous par conséquent, nous précisons tous les troubles envahissants du langage et de la communication. Il ne s'agit pas de défendre seulement la nécessité d'un abord multidisciplinaire, mais de souligner l'intérêt d'une approche transdisciplinaire; en effet, aucun spécialiste ne saurait prétendre répondre tout seul à certaines exigences spécifiques qui tiennent à la complexité du problème.

De ce fait, il n'existe pas de techniques ou de méthodes spécialement adaptées à l'éducation et à l'épanouissement des jeunes en difficultés. Aucun geste éducatif n'est bon ou mauvais en soi. Aucune action n'a le pouvoir à elle seule de lui venir en aide.

Consciemment ou inconsciemment nous rêvons tous d'être celui ou celle, qui par sa relation privilégiée à la personne en difficulté, l'aura aidée à se tirer en avant.

F. CHAUMON, 1997, précise que les autistes ne posent pas de problèmes spécifiques, ils portent à leur comble nos difficultés, nos impuissances. Nous ajoutons aussi, la difficulté de trouver des places dans les institutions qui restent très insuffisantes en Algérie, malgré les efforts fournis face à l'ampleur de ce problème.

Toutes les études convergent pour montrer qu'avec une prise en charge précoce et intensive, dès l'âge de 2 ans, les enfants voient leurs compétences intellectuelles, notamment le langage, se développer d'une manière significativement supérieure à ce qui est observé chez

des enfants ne bénéficiant pas de ce type de traitement. Les signes caractéristiques de l'autisme diminuent, les chances d'insertion en milieu scolaire ordinaire augmentent avec des perspectives d'insertion sociale à l'âge adulte. La qualité de vie de l'enfant et celle de sa famille s'améliorent.

Tout d'abord, il est indispensable de dépister le plus tôt possible les enfants autistes, chez qui on sait maintenant que les premiers signes apparaissent au cours de la première et de la seconde année. Ce sont donc toutes les professions en contact avec les jeunes enfants qui sont concernés. Il convient de conseiller une consultation avec des spécialistes, dans une dynamique la moins angoissante possible; il vaut mieux un avis négatif précoce qu'une découverte tardive.

Procédures utilisées:

L'examen de l'enfant avec autisme ne peut se dérouler que dans des conditions particulières psychologiques et écologiques organisées autour de trois principes: sobriété, tranquillité et disponibilité (ADRIEN, 1988), cité par RAPIN, dans l'ouvrage de CHEVRIE-MULLER et NARBONA, 2007. La salle d'examen doit être silencieuse, sobrement décorée et discrètement éclairée. L'enfant doit être calme, intéressé et disponible. Il doit se sentir en sécurité. Le praticien doit faire preuve d'une grande disponibilité et d'une grande souplesse. Notre patience, notre ingéniosité et notre persévérance sont nécessaires pour recentrer l'enfant sur la tâche et le motiver. Nous devons nous adapter au niveau communicatif de l'enfant, respecter son temps de réponse. Il est opportun de fractionner la séance ou d'alterner les phases de travail et de détente pour optimiser l'investissement de l'enfant dans les tâches proposées.

Un temps préalable d'observation est important, non seulement pour la familiarisation de l'enfant, mais aussi pour ajuster le choix des

épreuves au niveau développemental de l'enfant. Ces épreuves doivent être choisies par rapport au niveau supposé de l'enfant pour ne pas le mettre en situation d'échec qui peut générer un refus total de la situation. Les consignes doivent être adaptées au niveau de compréhension de l'enfant. Les encouragements, voire l'accompagnement dans la réalisation de certaines tâches peut faciliter l'implication de l'enfant et maintenir sa motivation.

La première étape de la prise en charge consiste à expliquer aux parents ce qu'est l'autisme, et qu'ils ne sont pas responsables de cet état. Il faut leur rappeler aussi qu'il n'y a pas de traitement miracle mais que le comportement peut être amélioré si on met en œuvre une intervention précoce et bien adaptée.

L'intervention consiste donc, en un travail intensif portant sur l'acquisition des capacités de communication, sur l'interaction sociale et sur les adaptations comportementales. Ce qui est nécessaire à un enfant autiste est un environnement stable sur lequel il peut compter. Les consignes doivent être simples et explicites, en tenant compte du trouble de compréhension du langage et des difficultés d'interprétation de l'intonation, de la mimique et des gestes utilisés dans la communication. Les parents doivent essayer de ne pas surprotéger leur enfant ni tolérer les comportements socialement inacceptables. Ils doivent obtenir le contrôle du comportement lorsque l'enfant est encore jeune, car plus tard il devient difficile de maîtriser physiquement un enfant grand et fort jusqu'à ce qu'il soit calmé.

Nous citons **le cas de S.H.** à l'âge déjà de **11ans en 2002**, la maman ne pouvant plus le maîtriser ni à la maison ni pendant les séances, éclatait en sanglots puis par moments de désespoir, lui promettait de lui acheter du coca et de la pizza pour le calmer.

On leur apprend donc à être fermes et logiques dans leur éducation. Les parents doivent s'engager dans le projet thérapeutique pour mettre en œuvre à la maison les techniques apprises. L'objectif est de permettre au sujet autiste qu'il soit discrètement ou gravement atteint, de vivre dans les meilleures conditions et avec le moins de restrictions possibles, compte tenu de ses capacités cognitives.

Le principe fondamental de la prise en charge est d'utiliser les points forts pour compenser les déficits dans un contexte de jeu. Il est essentiel d'utiliser une «communication totale» associant voie visuelle et voie auditive pour les enfants les plus atteints. Nous devons noter l'intérêt des symboles, comme la représentation visuelle du mot par l'image ou par sa forme écrite, lorsqu'il s'agit d'un âge scolaire. Ainsi le sujet autiste apprend que les personnes et les objets ont un nom. Les jeux qui consistent à trouver des mots à l'intérieur d'une catégorie sémantique (animaux, locomotives, fruits et légumes, etc.), peuvent améliorer les capacités d'évocation et enrichir le vocabulaire. Cette méthode est mise en œuvre pour apprendre les noms de personnes, les verbes d'action et pour désigner des situations familières pour associer les mots en courtes phrases. Cette méthode aide les enfants à segmenter le flux continu de la parole qu'ils perçoivent. Bien que certains restent dépendants du canal visuel et leur parole demeure inintelligible, l'acquisition par cette méthode transforme la vie de ces enfants et de leur famille et permet de diminuer les frustrations et les comportements inacceptables.

Bien que la majorité des autistes soient déficients mentaux, il y a ceux qui ont des capacités cognitives sur lesquelles la rééducation peut s'appuyer.

Le travail effectué par SCHOPLER (2000), repose sur l'expérience de professionnels issus de multiples disciplines: l'éducation spéciale,

la psychologie du comportement, la pathologie du langage, la psychiatrie, la psychopharmacologie, l'animation, etc. La pratique et l'intérêt de plusieurs spécialistes ont permis de construire des techniques très précises. Cependant beaucoup d'entre elles ont été d'une grande importance pour développer des projets éducatifs individualisés. La plupart de ces techniques suivent une logique simple, d'autres proviennent de la pratique empirique de l'essai et de l'erreur. Malgré l'efficacité de ces techniques chez certains enfants, aucune d'entre elles ne convient à tous.

En matière de prise en charge, la première approche consiste à choisir les meilleures techniques. Une démarche qui est destinée à déterminer l'étiologie et à produire des méthodes corrigeant les déficits. Cette optique a pour effet d'asseoir des techniques scientifiques qui deviennent souvent plus importantes que les enfants qu'elles cherchent à aider.

La deuxième approche, empirique par contre, part de l'enfant et non de la technique. L'intervenant prend en compte les différences individuelles des enfants, ainsi que celles de leur milieu familial, et devient conscient de la multitude de facteurs complexes qui déterminent la capacité d'apprentissage et les difficultés de chaque enfant. De cette manière, l'essai d'adapter les connaissances disponibles aux besoins d'un enfant demeure un guide indispensable à la mise en place des programmes individualisés.

La prise en charge naît de l'étroite collaboration entre professionnels et parents. Les premiers apportent à leurs partenaires leur compétence et leur expérience auprès de plusieurs enfants. D'un autre côté, les parents apportent leur connaissance minutieuse et spécifique de leur enfant et du contexte familial, ainsi que leur motivation pour élever cet enfant en difficulté, sans tension inutile.

Lorsqu'on travaille conjointement sur les mêmes buts, il devient plus facile de faire la différence entre un manque de motivation pour une tâche et un déficit cognitif qui la rend particulièrement difficile à réaliser.

L'aspect positif de la multidisciplinarité réside dans l'éventail d'intervention et de services disponibles, puisqu'il n'existe pas de technique spécifique valable pour tous. En même temps, les parents continueront à jouer un rôle essentiel dans le choix d'une méthode éducative qui convient à leur enfant.

Les possibilités d'adaptation des enfants ainsi que l'expression de leurs déficits dépendent en partie de leur âge et de leur niveau de développement. Cela signifie qu'il faut être attentif au niveau atteint par l'enfant dans différentes fonctions mentales (motricité- imitation-langage-etc.) et formuler en conséquence les solutions éducatives.

Il est clair que les thérapeutes et les parents souhaitent tous voir les acquis et les comportements sociaux qu'ils apprennent aux enfants transposés et extrapolés aux situations de leur vie. Plus l'enfant est capable de généraliser ce qu'il a appris, plus l'effort pédagogique et thérapeutique est valable et durable.

La volonté de pouvoir généraliser aussi bien les modalités d'apprentissage que les savoirs- faire eux-mêmes est à l'origine de bien des efforts pour établir des méthodes « scientifiques » visant à définir quelles sont ces acquisitions générales. Malheureusement, pouvoir généraliser n'est pas toujours possible, surtout chez les enfants ayant des troubles du développement.

L'instrument dont on se sert comme exemple est le PEP (Profil psycho éducatif) (SCHOPLER et REICHLER, 1979). Il convient à des enfants opérant à des niveaux d'âge pré-scolaire avec un âge

chronologique de 1 à 12 ans. Le PEP visualise le développement des fonctions mentales de l'enfant:

- 1) l'imitation,
- 2) la perception,
- 3) la motricité fine,
- 4) la motricité générale,
- 5) la coordination oculo- manuelle,
- 6) les performances cognitives,
- 7) les cognitions verbales et le langage.

Les scores de l'enfant sont répartis sur les échelles qui correspondent aux sept domaines, en traçant un profil qui fait apparaître les forces et les faiblesses relatives dans les différentes aires du développement et de la pathologie du comportement.

Le succès éducatif est basé sur le fait de se servir des compétences les plus solides pour développer les domaines les plus lacunaires.

Il est essentiel de savoir exactement ce qu'un enfant peut ou ne peut pas faire dans tous les domaines mentionnés. Il est important également de reconnaître, quelle que soit la situation du test, ce que le sujet peut réaliser facilement et ce qu'il ne peut pas.

Entre ces deux extrêmes (activités possibles ou impossibles) se situe le champ critique de la pédagogie. Alors que la plupart des tests n'évaluent l'enfant que sur deux critères: la réussite ou l'échec, le PEP en fournit un troisième original, connu comme « émergence ».

Une réponse « émergente » signifie qu'un enfant possède une certaine notion de ce qu'on lui demande, mais n'a pas complètement compris ou ne possède pas encore les compétences requises pour réussir complètement la tâche. Lorsqu'un enfant se fait une idée de ce qu'on lui

demande ou s'il peut répondre en partie ou s'il le fait d'une façon particulière, sa réponse est notée dans les « émergences ». Le programme éducatif doit se centrer sur ces « capacités émergentes », ce qui permet à l'enfant d'être à même de réussir lorsqu'on lui demande de se concentrer sur l'apprentissage d'une nouvelle acquisition. Les items de la PEP suivent la chronologie du développement, mais peuvent ne pas être présentés dans un ordre déterminé, ce qui nous permet de suivre les intérêts de l'enfant et ses réponses.

Comme le langage est la lacune principale des enfants autistes, faire progresser ce domaine est généralement une des principales visées pédagogiques.

Comme dans tous les domaines de l'apprentissage, les bases des programmes individualisés de langage reposent sur une évaluation précise de ce que l'enfant peut comprendre couramment et exprimer, et une connaissance des étapes suivantes qui sont dans l'éventail de ces émergences.

Le langage est un processus extrêmement complexe qui englobe de nouveaux comportements et compétences particulièrement difficiles pour un enfant autiste: écouter, regarder les autres, attendre, imiter, se souvenir, intégrer des images, des sons et des sensations tactiles.

Au cours de la prise en charge, l'anxiété diminue et l'enfant peut améliorer la qualité de son contact avec son entourage; des comportements compulsifs et ritualisés persistent, la résistance aux changements peut diminuer; les rapports particuliers avec les objets sont souvent observés. Le langage, quand il existe, se développe.

À l'adolescence, le syndrome autistique peut perdurer et il peut y avoir recrudescence des troubles au moment de la puberté (avec des symptômes compliqués à gérer) mais il arrive que certains adolescents

autistes deviennent apathiques. Cette période est très sensible pour la famille.

À l'âge adulte, une autonomie relative peut être observée chez les autistes pris en charge précocement et intensivement, ceci est démontré par (LEBOVICI, DIATKINE, cités par DELION 1997); ils peuvent conserver les caractéristiques de l'autisme avec des troubles du contact et de l'intégration sociale, mais peuvent développer des capacités qui leur permet de travailler dans des milieux de travail protégés (Centre d'Aides par le Travail, Atelier Protégés, etc.). Ils peuvent développer des capacités d'échanges relationnels certes limités mais néanmoins existants. C'est donc, la complémentarité des différentes aides dont ils ont besoin.

Conclusion:

Notre travail réalisé auprès des sujets atteints d'autisme, s'appuie sur une approche développementale et s'inspire des théories comportementales et cognitives. La progression est planifiée en fonction de la maturité du sujet et de son degré de préparation pour aborder une nouvelle étape. La dimension cognitive ne se limite pas uniquement à des apprentissages de bases liés à l'adaptation à l'environnement physique, mais elle touche aussi les aspects plus sociaux du fonctionnement et permet de travailler sur le développement de la communication et des échanges sociaux.

Quel que soit le programme éducatif choisi, la stratégie consiste à organiser et structurer l'environnement matériel et humain pour diminuer l'anxiété, favoriser les anticipations et optimiser l'apprentissage de nouvelles compétences chez ces enfants. Un ajustement constant aux besoins de l'enfant est essentiel.

L'objectif est de permettre au sujet autiste, quel que soit son degrés d'atteinte, de vivre dans les meilleures conditions et avec le moins de

restrictions possibles, compte tenu de ses capacités cognitives, (DUNN, 2004-2005), in: CHEVRIE-MULLER & NARBONA, 2007.

L'aide que nous devons apporter aux personnes autistes s'effectue dans deux directions complémentaires. Si nous devons aider l'enfant à mieux s'adapter à son environnement en améliorant ses capacités de communication, de socialisation et son autonomie, nous avons-nous aussi, en tant qu'entourage, à nous adapter aux difficultés du sujet afin de faciliter et de guider les efforts qui lui sont demandés.

ROGÉ B. & NADEL J., 1998, expriment que l'approche du sujet est globale et les rôles assumés par les différents professionnels ne sont pas déterminés à priori par la discipline dans laquelle ils ont été formés. Ils doivent avoir une connaissance globale de l'autisme et des différents problèmes qu'engendre cette pathologie. Ils ont à comprendre la personne aux différents niveaux de son fonctionnement et à ajuster leur pratique en fonction de ses besoins, comme il a été déjà cité plus haut.

La condition d'une meilleure articulation entre théories et pratiques demeure dans une coopération entre praticiens et chercheurs et passe par une amélioration de la formation. Certains praticiens peu formés à l'évaluation et parfois isolés dans leur pratique, se trouvent démunis devant la demande concernant des enfants en situation de handicap. Par ailleurs, les chercheurs doivent soumettre les nouveaux outils qu'ils élaborent à la pratique et confronter leurs modèles à la réalité et à la complexité des faits. Le dialogue entre praticiens et chercheurs se trouve donc dans les actions de formation initiale et aussi continue qui apportent de nouvelles perspectives et enrichissent la pratique.

Il faut donc essayer de lutter contre la solitude du praticien par une réactualisation de connaissances. Cette démarche nous permet de prendre en compte et répondre aux exigences d'une population spécifique.

Bibliographie:

1 - CHAUMON F., 1997, L'autisme aujourd'hui, revue Santé mentale, n°18, p.31,

2- CHEVRIE-MULLER C. & NARBONA J., 2007, Le langage de l'enfant, Aspects normaux et pathologiques, Elsevier Masson, 3^{ème} Éd.

3- DAILLY R., 1983, Les déficiences intellectuelles de l'enfant, Ed. Privat,

4 - DELION P., 1997, L'autisme aujourd'hui, revue Santé mentale, n°18, p.19,

5 - RAPIN I., 2007, Troubles de la communication dans l'autisme infantile, (in: Le langage de l'enfant, Aspects normaux et pathologiques, Elsevier Masson, p. 535,

6 - ROGÉ B. & NADEL J., 1998, Autisme: l'option biologique, prise en charge, Psychologie française, n° 43-3,

7 - ROGÉ B., 2004, Le syndrome en dix questions, revue la Recherche, n°373, p.38,

8 - SCHOPLER E., 2000, Stratégies éducatives de l'autisme, Masson, Paris.

9- TOURETTE C., 2006, Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement, Dunod, Paris.