

Apport de l'orthophoniste dans la prise en charge d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) placé dans une famille nombreuse. (Etude longitudinale)

Contribution of the speech –language pathologist in the care of a child with autism spectrum disorder (ASD) placed in a large family. (Longitudinal study)

Dr. Kalli Djenat *

Université Oum El Bouaghi, email :bouzid_kalli@yahoo.com.

Date de réception : 2021-05-07 , Date de révision, 29/06/2021 Date d'acceptation : 2021-08-01

Résumé

Aider un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) qui affecte toute sa sphère de développement et demeure présent tout au long de sa vie, cela nécessitera des efforts multiples pour l'aider à développer des relations interactives, tel que le cas de notre étude. Ce dernier qui avait des difficultés à comprendre les relations sociales, et à nouer des relations avec son entourage, malgré sa prise en charge précoce qui a donné de bons résultats de son évolution sur plusieurs plans (autonomie, cognitif, sommeil, etc.) Ce qui a permis son intégration totale dans une école publique. Ce travail a pour but de déterminer le rôle important des différents acteurs qui sont l'orthophoniste, les parents et la famille nombreuse (d'accueil) et leur action sur le changement du comportement nocif de l'enfant. Ce qui lui a facilité d'aller vers autrui et de réaliser des relations avec ses pairs réguliers .Cette façon de faire permettra d'aider d'autres enfants portant un TSA et de réaliser des relations concrètes dans tous les domaines de leur vie.

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme (TSA), Orthophoniste, Famille nombreuse.

Abstract:

Help a child with autism spectrum disorder (ASD) which affects their entire developmental sphere, and will remain present throughout their life. This will require multiple efforts to help him develop interactive relationships such as the case of our study, who had difficulty understanding social relationships, and build relationships with those around him, despite his early care which gave good results in his development on several levels (autonomy, cognitive, sleep, etc...). which allowed its full integration into public school. This work aims to determine the important role of the different actors who are speech therapist, parents and large (host) family and their action on changing the harmful behavior of the child. This has made it easier for her to reach out to others and build relationships with her regular peers .This will help other children with ASD and build meaningful relationships in all areas of their lives.

Keywords: Autism spectrum disorder (ASD), speech therapist, large family,.

* Auteur correspondant : bouzid_kalli@yahoo.com

Introduction :

L'autisme est un trouble du neurodéveloppement, caractérisé par l'isolement, le mutisme ou l'existence d'un langage pauvre, un comportement répétitif et stéréotypé. Le nombre et le type des symptômes, le degré d'aggravation, l'âge de son apparition varient d'un enfant à l'autre, mais les troubles du comportement et les difficultés liées aux interactions sociales sont des facteurs communs au spectre d'autisme (TSA). En Algérie l'orthophoniste ne dispose, aujourd'hui encore, que de critères basés sur des observations comportementales pour établir le diagnostic, ce qui rend la procédure d'évaluation complexe. Pour contribuer à l'émission d'un diagnostic et à la prise en charge orthophonique, l'orthophoniste utilise les outils classiques de l'orthophonie tels que : l'observation, les entretiens cliniques, les tests psychométriques et un examen du dossier médical. Le rôle de l'orthophoniste consiste également à assurer un suivi hebdomadaire avec le patient tel qu'une rééducation, ainsi qu'un soutien à la famille et à son environnement.

Dans le cadre de ses fonctions, l'orthophoniste est amené à prendre en charge les différentes pathologies du langage et de la communication .Par rapport aux autres troubles complexes de la communication, tel que le TSA qui est un trouble envahissant se caractérisant par des difficultés touchant les habiletés sociales, la communication verbale et non verbale. Compte tenu de sa complexité, la procédure du diagnostic nécessite une intervention pluridisciplinaire. L'orthophoniste, de par ses connaissances au plan développemental ainsi que ses connaissances en matière de langage et de communication, et par la maîtrise de différents outils de mesure, peut contribuer de façon opérationnelle au processus décisionnel entourant l'établissement du diagnostic et de la prise en charge.

A notre connaissance, les études concernant l'intégration sociale des enfants qui présentent un TSA, sont encore limitées en Algérie. Or, une meilleure connaissance de leur intégration sociale permettrait d'en accumuler des informations importantes et de suggérer de nouvelles avenues thérapeutiques. L'objectif de cette étude est de répondre à la question suivante : comment peut-on intégrer un enfant autiste (TSA) dans la société ? Cette question a été à l'origine de l'élaboration de notre étude.

L'hypothèse est la suivante : placer un enfant présentant un TSA dans une famille nombreuse où se trouvent ses pairs réguliers lui fournit des occasions d'interaction sociale et de communication positive.

Objectifs :

- 1-Encourager l'intégration d'un enfant présentant un TSA à un groupe de pairs réguliers.
- 2-Réaliser l'interaction d'un enfant présentant un TSA avec ses pairs réguliers.

Terminologie :

En 1943, le psychiatre Leo Kanner décrivait les enfants verbaux ou non verbaux présentant des comportements d'indifférence sociale et affective. A la même

époque, et sans contact avec le précédent spécialiste, le pédiatre Hans Asperger faisait état de comportements voisins chez des adolescents verbaux. Ce n'est que récemment (1980) que « l'autisme infantile » a fait son apparition dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM –III). Depuis lors, cette appellation est couramment utilisée (Collège des Médecins du Québec, 2012, p 6,7).

Nosographie de l'autisme et des troubles envahissants des développements :

Leo Kanner décrit en 1943 l'autisme infantile sous l'entité « autisme infantile précoce » qui relève actuellement de la catégorie des troubles envahissants du développement (TED) et qui se définissent par l'expression d'une triade symptomatique : anomalies qualitatives des interactions, intérêts et stéréotypes.

Les TED regroupent les pathologies suivantes :

- Autisme infantile.
- Autisme Atypique.
- Syndrome de Rett.
- Autres troubles désintégratifs de l'enfance.
- Troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et des mouvements stéréotypés.
- Syndrome d'Asperger.

Chacun de ces syndromes est caractérisé par les anomalies de la triade symptomatique mais celle-ci s'exprime à des degrés de sévérité variables et peut se manifester différemment selon les cas. Cela a conduit à parler des troubles appartenant au « spectre autistique ». La distinction entre ces pathologies dépend de l'âge d'apparition et des signes cliniques associés (Coudougnan, 2012, p 79).

Définition :(DSM-IV).

Le DSM-IV exige pour la reconnaissance du trouble autistique :

- A) Une altération qualitative et une interaction sociale.
- B) Une altération des capacités de la communication.
- C) Des intérêts et des activités restreintes et stéréotypés. (Borremans, 2009, p24)

Parmi les définitions proposées, nous retenons celle de **(DSM-IV)**. Elle propose : la triade reconnue par toute personne qui s'occupe de l'enfant présentant un TSA.

Symptômes d'autisme :

Les symptômes varient d'une personne à l'autre. Les autistes présentent un certains nombre de symptômes communs dans les trois sphères suivantes : les interactions sociales, la communication et les comportements stéréotypés (Denis, 2013, p 25).

Le syndrome d'Asperger :

Les critères diagnostiques du syndrome d'Asperger sont similaires à ceux du trouble autistique, sauf en ce qui concerne le développement du langage. Les personnes présentant ce syndrome acquièrent généralement le langage parlé de façon précoce et présentant peu d'écholalie, d'inversion pronominale ou de langage stéréotypé (Mottron, 2004). De plus, elles ont généralement un niveau d'intelligence normal, sauf dans de rares cas où une déficience intellectuelle légère est observée. (Poirier, 2008, p3).

Trouble des interactions sociales :

Les personnes autistes présentent d'importantes difficultés à entrer en relation avec leur entourage, à **montrer** une réciprocité sociale ainsi qu'à utiliser et traiter de manière appropriée les comportements verbaux et non verbaux tels que le contact visuel et les expressions faciales.

Ces perturbations se manifestent par des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle et des déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations sociales.

Les enfants autistes ne savent pas comment jouer de façon interactive avec les autres enfants, ils ont tendance à s'isoler, ils ne répondent pas à l'appel de leur prénom et fuient le regard. (Huss, 2016, p14).

La conception du jeu social :

La conception du jeu social entre les enfants d'âge préscolaire rejoint celle de Wallon (1945) concernant l'interaction entre les domaines cognitifs et moteurs. Selon Wallon « l'intégration intellectuelle n'est pas un fait qui se limite aux rapports mutuels des opérations intellectuelles quand elles changent de niveau. Elle peut aussi avoir son expression organique ». Cet auteur précise qu'un « acte ou mieux, un progrès est intégré à un autre lorsqu'il fond dans son unité organique ou fonctionnelle comme un élément désormais subordonné. »

Selon Wallon toujours, on peut penser qu'en stimulant l'activité motrice, les enfants parviendraient à mieux se représenter les différentes configurations de la tâche et à mieux planifier leurs actions pour résoudre un problème. (Herbé et al, 2007, p407)

Outils diagnostiques et d'évaluation :

Cars est utilisable comme échelle d'évaluation infantile incluant 15 items comportementaux. Elle a été élaborée pour identifier les enfants autistiques et pour les distinguer d'enfants porteurs d'autres troubles du développement sans syndrome autistique associé. Elle permet aux cliniciens d'établir un diagnostic plus objectif de l'autisme et dans une forme plus facilement utilisable. Les 15 items du CARS réunissent :

- Les traits décrits initialement par Kanner.
- D'autres caractéristiques notées par CREAK, qui sont retrouvées chez beaucoup d'enfants autistiques mais pas chez tous.
- Des éléments additionnels utiles pour le repérage des symptômes caractéristiques des enfants autistiques plus jeunes. (Schopler, Reichler, Renner, s, année, p7)

Méthode de prise en charge :

Les méthodes utilisées ont été relevées d'une approche globale.

La méthode Teach :

Principe de la méthode :

Elle consiste d'abord à adapter l'environnement pour tenir compte des déficits cognitifs constatés. Il s'agit notamment :

De structurer le cadre spatial et temporel à l'intérieur duquel on va chercher à développer des « compétences en émergence » en organisant :

- L'espace : cela revient à diviser la classe en espaces de travail distincts et identifiables :
- Les aires d'apprentissage individualisé.
- Les aires d'apprentissage duel.
- Des aires de transition entre ces deux types d'activités de groupe.
- Cette organisation vise à faciliter pour l'enfant la compréhension de l'environnement et la construction mentale de repères qui vont vite dépasser le domaine spatial.
- Le temps : des plannings sont réalisés à l'aide des supports visuels.
- Les tâches : on les aménage de façon à ce que l'enfant repère visuellement ce que l'on attend de lui.
- De se référer à des intérêts particuliers des enfants.
- D'évaluer régulièrement l'évolution de leurs compétences.

L'ABA (entre thérapie comportementale et apprentissage) :

L'ABA repose sur trois principes de base :

- Le comportement est largement produit par l'environnement immédiat (en modifiant l'environnement, on modifie le comportement).
- Le comportement est structuré par les conséquences qu'il produit.

-L'ABA propose de développer :

- Le premier temps: les capacités d'attention et d'imitation des enfants.
- Le deuxième temps est celui de l'acquisition d'un langage réceptif.

- Le troisième correspond au développement des compétences prérequis pour les apprentissages scolaires.
- Cette méthodologie se développe dans un cadre très structuré, en relation duelle, avec un professionnel spécifique formé, qui va déterminer une progression, une évaluation et des réajustements. L'entraînement est systématique et intensif (entre 20 et 40 heures par semaine). (Beaupied, et al, 2009, pp63-73)

Ces méthodes issues des programmes d'intervention comportementale sont différentes entre elles selon des variables telles que l'âge de l'enfant lors de l'intervention, la participation des parents dans la prise en charge, leur disponibilité, leur niveau intellectuel et socio-économique et l'environnement de l'enfant. Tous ces facteurs favorisent un milieu favorable ou défavorable pour l'épanouissement de l'enfant sur le plan émotionnel, relationnel et éducatif. Les parents, qui sont considérés des co-thérapeutes, ainsi que l'environnement, favorisent une intervention intensive sur le comportement de l'enfant autiste. La compréhension des parents des altérations cognitives et émotionnelles de leur enfant autiste permet de bien les gérer tout au long de son existence.

Méthodologie :

Cette partie parle de la méthode de travail utilisée pour réaliser cette étude.

Des informations sont apportées sur le type de recherche que nous avons choisis et les objectifs.

Type de recherche :

Le type de recherche qui a été privilégié est une recherche expérimentale menée à travers une étude de cas (longitudinale) à travers laquelle on s'est basé sur l'entretien et l'observation de l'enfant et ses parents. Les données sont en rapport avec les différents plans de développement de l'enfant (langage, cognition, interaction sociale, etc.)

La prise en charge de l'enfant B.Youcef a commencé le 10 juin 2013- 2021 (actuellement), il est en troisième année primaire dans une école publique.

Le bilan orthophonique :

Dans le cadre de la présente étude, la mère et le père de Youcef étaient invités à se joindre à cette prise en charge en se présentant tous les deux à une entrevue semi-directive dont les questions posées portaient sur le développement, les expériences et les activités réalisées avec leur enfant, ainsi que sur l'observation de l'enfant en temps libre et en compagnie de ses parents. A travers ces deux outils, on a essayé d'obtenir le maximum de renseignements sur le comportement de l'enfant et son vécu, ainsi que la façon d'agir des parents face aux différentes crises

de colère de leur enfant qui ne s'exprimaient pas par le langage. Ce qui a permis l'évaluation régulière du développement de l'enfant, de remettre un compte rendu au médecin traitant et de donner un pronostic aux parents.

Au fur et à mesure, on informait les parents des bienfaits et des méfaits de la rééducation, car en travaillant avec l'enfant des comportements néfastes émergent de ses profondeurs, ce qui rend les parents malheureux, alors on leur expliquait que la rééducation s'attaque aux profondeurs et pas aux symptômes ce qui leur permettra de mieux saisir la réalité de leur enfant. L'interaction orthophoniste, parents et enfant cette triade formait une force qui permettrait à l'enfant de se secouer et de donner le meilleur de lui-même. Tout en soulignant le rôle primordial des parents dans la prise en charge de leur enfant.

La première indication donnée, c'était de retirer tous les appareils qui pouvaient soustraire l'attention de Youcef tels que (télévision, portable, ordinateur et autres..) de la chambre d'enfant.

L'anamnèse :

On se renseigne sur les modes de communication de l'enfant et sur ses capacités à se faire comprendre. Les parents ont détecté les premières difficultés de leur enfant.

Présentation de cas

Nom : B

Prénom : Youcef

Date et lieu de naissance : 18/04/ 2011.

Nombre de frères et sœurs : une sœur.

L'âge des parents à la naissance de Youcef : la mère 24ans, le père 27ans.

Classement dans la fratrie : l'ainée.

La fonction des parents : les deux sont fonctionnaires.

Niveau d'instruction des parents : des universitaires.

Le déroulement de la grossesse :

Le déroulement de la grossesse était normale, elle était désirée. La mère n'a pas souffert de maladies pendant la grossesse de Youcef, elle n'a pas eu de menace d'avortement, ni de problèmes psychologiques. L'accouchement était à terme par voie normale. Le cri du nouveau né était immédiat. Son allaitement était naturel.

Le développement psychomoteur de l'enfant :

On a noté un retard dans ses acquisitions des habiletés motrices et du langage et un trouble global du développement :

-L'absence de mots à 18 mois.

- Il ne réagit pas quand on l'appelle par son prénom.
- Absence de gestes sociaux conventionnels.
- Pas de sourire social, pas de contact visuel.
- Il ne pointe pas du doigt, ne fait pas « au revoir de la main ».
- Il marche sur la pointe des pieds.
- Il semble préférer jouer seul : il fait tourner un objet en rond toute la journée. Si on essayait de le lui enlever, il se mettait en colère. Il était dans son monde à lui. Il nous ignorait.

-Il restait fixé sur certains objets un bon moment ou de manière répétitive (il suivait la lumière du regard par exemple).

-Les difficultés de langage de Youcef, en ce qui concerne l'élocution ainsi que la compréhension provoqueraient chez lui, selon ses parents, des crises importantes et à répétition.

Les parents exprimaient leur inconfort quant au regard de leur proches face aux comportements de leur enfant.

Diagnostic différentiel :

Pour éliminer tout élément d'organicité tel qu'une surdité non détectée, un retard mental ou une épilepsie, on l'a orienté vers différents médecins spécialistes. Plus la prise en charge est précoce, plus le diagnostic sera fiable et la rééducation sera prometteuse.

La rééducation orthophonique :

C'est une prise en charge précoce et intensive qui demande beaucoup d'attention et de coopération de la part des parents pour une socialisation familiale d'abord, ensuite, extrafamiliale (l'entourage, les grands-parents et l'école).

Au début de la prise en charge orthophonique, Youcef n'avait pas de langage, on était obligé de commencer par l'acquisition des prérequis en utilisant des exercices de psychomotricité.

Programme d'intervention comportemental :

On a utilisé toutes les thérapies qui se basent sur la modification du comportement de l'enfant présentant un TSA (ABA, Teach..), ce qui a apporté une amélioration fonctionnelle et cognitive. Youcef n'utilisait même pas ses mains pour manger. Il était en position accroupie.

L'intervention des parents était efficace. Ils étaient de véritables co-thérapeutes. Ils travaillaient sans relâche, ils répétaient les activités chez eux à raison de 3 heures par jour. La mère était dans l'obligation de prendre une mise en disponibilité pendant une année pour rester aux côtés de son enfant afin de l'aider à sortir de sa

coquille car vraiment, il était renfermé sur lui-même. Les parents ont compris la situation grave de leur fils, alors ils ont décidé de se serrer les coudes.

La présence du père dans la prise en charge de son fils était spectaculaire. Sa femme et lui s'alternaient en fournissant les efforts. Leur relation était forte, très forte même pour aider leur enfant. Et leur objectif était l'épanouissement de leur enfant.

1-La motricité globale :

Dans un groupe de petits enfants, on leur a appris à sauter, grimper, marcher sur la corde. On leur a demandé de faire des exercices d'orientation spéciale : devant, derrière, en haut, en bas, entre les objets et les quilles. Aller vers l'avant, lancer la balle dans différentes corbeilles (petites et grandes). Effectuer un saut dans différents cerceaux. On utilisait beaucoup d'exercices physiques du corps, pour stimuler le maximum des voies nerveuses et pour permettre aux enfants de nouer des relations entre eux et avec l'orthophoniste.

2-Motricité fine :

-Youcef enfilait des perles à travers un fil. Il laçait et délaçait ses chaussures. Ceci avait pour but d'assurer la stimulation des terminaisons nerveuses.

-Il encastrait les cubes, puis il en faisait une pyramide.

On multipliait les activités pour attirer son attention et l'habituer au travail.

3-Structuration temporelle :

On profitait des activités réalisées dans la journée en les photographiant pour les lui montrer à chaque fois comme suit :

-Prendre son petit déjeuner, après on va à la crèche.

-L'après-midi : on planifiait des sorties, et on intégrait Youcef à des groupes d'enfants du même âge pour jouer au ballon, et du vélo à petites roues.

-Le soir : une douche chaude, puis un massage d'huile d'olive ou d'amande avant le sommeil.

Pour l'acquisition de la notion de temps pendant les jours de semaine, on a établi un calendrier dans lequel on a mentionné les activités. (La crèche, le ménage, le sport, la prière et les séances d'orthophonie). Avant de dormir, on vérifie ce qu'on a le lendemain. Tout est programmé et organisé afin de lui inculquer la notion de temps.

4-La stimulation sensorielle :

On a essayé de stimuler les sens de Youcef d'une manière ludique et interactive, afin d'éveiller son intérêt avec des moyens faciles. Par exemple : les ustensiles de cuisine, la sélection des fruits et des légumes et l'identification des saveurs et des odeurs.

a /Les stimulations visuelles : On lui apprend à distinguer entre les deux couleurs rouge et jaune parce qu'elles sont plus facilement aperçues. On lui apprend à utiliser des objets de son environnement familial pour les reconnaître facilement. Il apprendra à les utiliser. Exemples : le verre, la cuillère, la fourchette, etc.

b/ Les stimulations auditives : il recevait des stimulations bien déterminées (associer des bruits à des objets) pour stimuler sa mémoire.

c/ Les stimulations de l'odorat : il a appris à reconnaître des odeurs, différencier les parfums agréables ou au contraire les odeurs désagréables.

d/ Les stimulations tactiles : on développait ce sens chez lui par l'argile, le sable, la pâte à sel. Il apprend à déterminer et à différencier la taille des objets et leur forme, leur aspérité ou lisse (lisse, rugueux, bosselé, ondulé...), leur consistance (mou, métal, papier, tissu...). Il découvrira des sensations agréables, ou au contraire des textures désagréables.

c/ Les stimulations du goût : ceci permet à l'enfant d'apprendre à reconnaître les différents saveurs et à distinguer le sucré, le salé, l'amer et l'acide. Et reconnaître les goûts et les arômes en fermant les yeux.

d/ Développement moteur et sensoriel : on a travaillé sur des activités sensori-motrices pour développer chez lui deux aspects afin de pouvoir s'orienter et se développer dans son environnement. Après un travail dur, Youcef a commencé à reconnaître ses vêtements et ceux de ses parents. Il cherchait les chaussures de son père avant de sortir. Il prenait son sac à dos aussi pour l'accompagner car il aimait sortir.

La stimulation psychomotrice et sensori-motrice favorisent chez l'enfant la manipulation et la stimulation de tous ses organes sensoriels ce qui favorise l'éveil de l'enfant.

5-La démutisation de Youcef :

Nous avons utilisé le terme de démutisation car Youcef ne prononçait aucun mot pendant trois mois. Suite à un travail acharné avec l'aide de ses parents, Y est arrivé à prononcer des voyelles (a, u, i).

-Pour sa démutisation on a fait recours au mode de suppléance comme l'association son- image.

On a commencé par la méthode analytique :

-Les voyelles (a, u, i) : c'était pénible de lui faire prononcer les voyelles. Alors, on a associé les voyelles aux différentes consonnes avec un support écrit, riche en

image. A chaque fois il prononçait un mot, on fixait une image en face du mot prononcé et écrit, on associait l'oral à l'écrit. On a réalisé un album riche en mots-images ce qui lui a facilité la lecture plus tard.

A l'âge de 5 ans, il a acquis une bonne discrimination visuelle, ce qui a fait de lui un bon penseur visuel. Il colorait bien sans dépasser le paramètre de la forme proposée, seulement, il réalisait cette activité avec son père. On a fait beaucoup d'efforts pour généraliser cet apprentissage en rééducation et à la crèche afin de l'aider à s'habituer à répondre aux autres personnes autres que son père.

Le développement des compétences sociales :

L'insuffisance des compétences sociales de Youcef était remarquable. Ses parents et nous nous efforcions d'obtenir des progrès dans le développement des compétences sociales. Pour l'intégrer à des enfants sans difficultés, le rôle du père était de l'emmener chaque soir, à la fin du travail, dans un jardin public où il rencontra des enfants du même âge et sans difficultés. Le père encourageait les enfants à aller vers son fils. Ils le tenaient par la main pour jouer au ballon. Ils changeaient de jeux à chaque fois. Ils obligeaient Youcef à courir et le secouaient. C'était une tâche harassante pour le papa car il constata les difficultés de son fils sur le terrain en le comparant à ses pairs sans difficultés. Le papa renouvelait ses efforts pour améliorer l'état de son fils.

L'exploration des contextes naturels en intensifiant les programmes de loisirs, parcs, forêts manèges, la plage, etc. pour favoriser la généralisation des comportements appris dans les milieux structurés tels que la maison, la crèche, le jardin d'enfants et enfin l'école publique qui était l'espoir des parents. La coopération des parents a été identifiée comme un facteur important de succès.

Youcef a appris de nouvelles compétences sociales, communicatives ce qui a permis la disparition de certains symptômes autistiques. Mais, malheureusement, Youcef n'a pas progressé sur le plan socio-adaptatif.

L'intervention précoce intensive a donné des résultats positifs aux changements de comportement de Youcef. Il est devenu autonome car il mangeait à table avec ses parents, il acceptait la nourriture variée. Son sommeil s'est équilibré. Ce changement radical dans son comportement a encouragé ses parents à multiplier les efforts.

A l'école publique, avec ses pairs, sans aucun accompagnement psychopédagogique en classe, Youcef faisait ses devoirs seul, le seul problème qu'on a soulevé chez lui était qu'il n'arrivait pas à nouer des relations avec ses camarades de classe. Youcef n'a pas progressé sur le plan socio-adaptatif. Ni l'équipe pédagogique ni les élèves n'essayaient de l'aider à s'intégrer à ses pairs. Pour cela et avec l'accord des parents, nous l'avons placé dans une famille située

dans un quartier populaire stimulant, où se trouvaient des enfants des deux sexes. Ils étaient tous presque du même âge.

La transition vers la famille nombreuse :

Pour préparer les enfants de la famille d'accueil à l'arrivée de l'enfant autiste, l'orthophoniste et la famille de l'enfant présentant un TSA faisaient beaucoup de sensibilisation auprès des enfants et leurs parents afin de les inciter à l'aider en jouant avec lui à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, à nouer des relations avec lui et leur expliquer l'importance du jeu de groupe des enfants de 5-6 ans favorisant un bain cognitif qui stimule l'activité motrice, ce qui permet à l'enfant de surmonter ses difficultés.

Le revenu du père de la famille d'accueil ne suffit pas aux besoins de sa famille, ce qui les a poussé à accepter facilement Youcef parmi eux, et on leur a expliqué son problème, on leur a demandé de jouer avec lui et de l'emmener là où ils allaient jouer ou se promener. La maman de Youcef encourageait les enfants à jouer avec son fils, elle leur offrait des confiseries. A la fin de chaque mois, les parents de Youcef donnaient une somme d'argent à la famille qui assurait la garderie et l'intégration sociale de leur fils. Cette façon de faire a encouragé Youcef à jouer avec les enfants, ce qui a amélioré son langage et sa communication. Ses parents sont soulagés et satisfaits de cette intégration dans le milieu ordinaire. Les parents et l'orthophoniste travaillaient en une alliance ferme et continue. On discutait le moindre problème qui puisse l'affronter afin d'assurer son épanouissement.

Conclusion :

Cette étude a permis de montrer l'apport positif de l'orthophoniste auprès de l'enfant autiste et ses parents. Ces derniers sont arrivés à placer leur enfant dans une famille nombreuse avec ses pairs réguliers, ce qui lui a permis d'apprendre à être autonome, à développer sa communication verbale et non verbale. C'était une bonne occasion aux parents de se soustraire de leur enfant, car ils se retrouvaient dans un réel isolement social. A la lumière des résultats obtenus de cette expérience, nous avons observé qu'en premier lieu Youcef s'était habitué à se séparer de ses parents, il est devenu autonome. Il fait des courses, il allait chez ses grands-parents tout seuls. La communication chez lui s'est bien développée. Il a acquis un bon langage oral et il a appris à se défendre. Un des éléments intéressants dans cette expérience ce que Youcef a commencé à raconter à ses parents les événements de sa journée, chose qui était impossible, que ce soit pour lui ou pour les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Bibliographie :

Annie, Poirier. (2008). *Processus d'évaluation diagnostique et annonce du diagnostic en trouble envahissant du développement au Québec : Expérience et perception des parents*. Essai présenté comme exigence partielle du Doctorat en psychologie : Université du Québec à Montréal.

Borremans, N. (2009). *Les caractéristiques influençant l'intégration des élèves ayant un trouble envahissant du développement à l'école primaire : une étude de cas*, université de Sherbrooke, faculté d'éducation, Québec.

Beaupied, et al.(2009). *Scolariser les élèves autistes ou présentant des troubles envahissant du développement*, collection Repères Handicap.

Coudougnan.E. (2012). *Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : de la recommandation à la pratique*, service de pédopsychiatrie, hôpital Necker-enfant malades. Paris

Collège des médecins du Québec et de l'ordre des psychologues du Québec. (2012). *les troubles du spectre de l'autisme l'évaluation clinique*.

Denis, J. (2013). *Etre parent d'un enfant autiste ; difficultés vécues et répercussions sur sa santé et sur sa vie personnelle, conjugale ; familiale, sociale et professionnelle*. Mémoire présenté à l'université du Québec Chicoutimi dans le cadre de la maîtrise en travail social.

Eve, Lafontaine. (2015). *Apport de la neuropsychologie clinique dans la prise en charge diagnostique du trouble du spectre de l'autisme : contribution des fonctions executives*. Essai de 3^e cycle présenté à l'université du Québec à trois rivières.

Eric Schopler, Robert J.Reichler., Barbara., Renner. (s, a). *Echelle d'évaluation de l'autisme infantile*, traduction et adaptation française ; Bernadette Rogé.

E.Huss.(2016). *La pratique du diagnostic de l'autisme en psychiatrie*. Médecine humaine et pathologie, HAL ID, Dumas-01564705.

Herbé, D et al. (2007). *La coopération dynamique entre enfants de 5-6 ans : Effet de la complexité cognitive et de l'activité motrice sollicitée par les situations de résolution de problème*, PUF, France.