

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE

FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE

DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH CENTRE AND
TRAINING SCHOOL IN SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING
SCHOOL IN EDUCATION AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

FACULTY OF EDUCATION SCIENCES

**ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE DES ENFANTS A
BESOINS SPECIFIQUES ET ACQUISITION DES
CAPACITES DE MEMORISATION : CAS DES ENFANTS
AUTISTES**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master

Filière : Education Spécialisée

Spécialité : Handicap mental, habileté mentale et conseils

Présenté par :

LEKA Eugénie Mireille

Titulaire d'une licence en Psychologie

Matricule : 22V3876

Sous la supervision de :

Pr BANINDJEL Joachen

Maître de conférences



Septembre 2025

Note d'avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.



SOMMAIRE

LEKA Eugénie Mireille.....	1
Septembre 2025	1
SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	v
RESUME.....	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
<i>INTRODUCTION GENERALE</i>	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 2 : REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE	23
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE.....	55
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	66
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	67
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES.....	88
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DES RESULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS.....	128
CONCLUSION GENERALE.....	157
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	159
ANNEXES	163
TABLE DES MATIERES.....	170

DEDICACE

**A
MA MERE
LEKOUA MARIE VICTOIRE**

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement de plusieurs mois de travail, de réflexion et d'investissement personnel. En effet, nous n'aurions jamais pu réaliser ce travail sans la grâce de l'Éternel à qui nous disons merci ; mais aussi sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard de notre recherche autour du handicap n'a cessé d'évoluer chaque jour. A ce titre, nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude à tous ceux-là, de près ou de loin, pour la réalisation de ce projet.

En premier lieu, nous tenons à remercier notre directeur de mémoire, le Professeur BANINDJEL Joachen, pour la confiance qu'il nous a accordée en acceptant d'encadrer ce travail de master, pour son soutien indéfectible, ses multiples conseils, son expertise et pour toutes les heures qu'il a consacrées à diriger cette recherche. Nous aimerions également lui dire à quel point nous avons apprécié sa grande disponibilité, nous avons été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de cette rédaction.

Nous tenons également à remercier tous les enseignants de la FSE et du Département d'EDS pour la qualité de leurs enseignements et les échanges enrichissants durant ces années.

Nous exprimons également notre reconnaissance aux personnels de l'IPE, y compris les personnes en situation de handicap de toute la coopération qu'elles ont apportée à ce travail qui est aussi le leur. Nous nous sommes efforcé d'être leur interprète la plus fidèle possible puisqu'elles sont à la fois l'Alpha et l'Omega de cette démarche.

Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance à nos camarades de promotion pour le soutien, leurs encouragements et les moments de convivialité partagés. Leur présence a été une source de motivation et de réconfort.

Nos remerciements vont aussi à nos frères et sœurs : Ngono Arielle Rose, Lekoua Armel Ulrich, Eloundou Ghislain et Lekoua Aimé pour leur présence, leur apport et leur soutien moral, les encouragements et les conseils.

A nos merveilleux enfants bien aimés : Lekoua Victoire Stéphane, Ngono Eloundou Rose Maella, Leka Eloundou Keren Daniel pour leur accompagnement avec amour, attention, patience, encouragements et soutien inconditionnel multiformes.

Sans oublier notre deuxième maman Madame Agoumé Lydie pour son soutien inconditionnel, son amour et ses encouragements, ainsi que ma sœur Assen A Mbamba Rose Sandrine pour sa grande amitié indescriptible.

Un doux et tendre merci à M. Avela Koa Henri Sosthène.

Un merci particulier à Mme Ekani Huguette, pour son encouragement.

Un sincère remerciement à ZOBO ONONO Zachée, qui a été mon guide durant toute cette période, son aide et son soutien sont indescriptibles.

Nous ne cesserons de dire merci à ces oints de l'éternel pour leur soutien spirituel dans l'aboutissement de ce travail.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

- ABA** : Applied Behavior Analysis
- APA** : American Psychological Association
- ASK** : Société Kenyane de l'autisme
- CDC** : Centers Diseases Control and Prevention
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CRDPH** : Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
- ECSEJ** : Enquête sur la Sante des Enfants et Jeunes
- EDS** : Education Spécialisée
- FSE** : Faculté des Sciences de l'Education
- HAS** : Haute Autorité de Sante
- HR** : Hypothèse de recherche
- IMC** : Infirmité Motrice Cérébrale
- IPE** : Institut Psychopédagogique Einstein
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- OMS** : Organisation Mondiale de la Sante
- PECS** : Picture Exchange Communication System ou Dispositif de communication par Echange d'Images
- PSH** : Personne en Situation de Handicap
- QI** : Quotient Intellectuel
- UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la science et la culture
- UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- TEACCH** : Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children ou Traitement et Education des Enfants autistes ou souffrant de Handicaps de Communication Apparentés
- TED** : Trouble Envahissant de Développement
- TCC** : Thérapie Cognitivo- Comportementale
- TSA** : Trouble du Spectre Autistique
- VD** : Variable Dépendante
- VI** : Variable Indépendante

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Le modèle socioconstructiviste.....60
Tableau 2: Tableau synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : mémorisation des consignes simples.....98
Figure 2 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles99
Figure 3 : acquisition des règles de l'autonomie99
Figure 4 : mémorisation des consignes simples105
Figure 5 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles105
Figure 6 : Acquisition des règles de l'autonomie106
Figure 7 : mémorisation des consignes simples.....110
Figure 8 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles111
Figure 9 : Acquisition des règles d'autonomie111
Figure 10 : mémorisation des consignes simples.....116
Figure 11 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles116
Figure 12 : Acquisition des règles d'autonomie117
Figure 13 : mémorisation des consignes simples.....121
Figure 14 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles121
Figure 15 : Acquisition des règles d'autonomie122
Figure 16: mémorisation des consignes simples.....125
Figure 17 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles125
Figure 18 : Acquisition des règles d'autonomie126

LISTE DES SCHEMAS

Schémas 1 : Schéma sur la zone proximale de développement (ZPD)59

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche164
Annexe 2 : Grille d'observation des capacités de mémorisation.....165
Annexe 3 : Grille d'intervention.....166
Annexe 4 : Guide d'entretien :169

Cette recherche est intitulée : « Accompagnement clinique des enfants à besoins spécifiques et acquisition des capacités de mémorisation : cas des enfants autistes ». Le principal problème est celui de la faible capacité de mémorisation due au manque d'accompagnement clinique. L'étude est guidée par la question de recherche suivante : comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ? Pour répondre à cette question, nous avons formulé une hypothèse de recherche comme suit : L'accompagnement clinique favoriserait l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Nous avons utilisé cinq (4) théories à savoir : l'apprentissage social de Bandura, le socioconstructivisme selon Vygotski, l'approche humanitaire de Rogers et les approches cognitives et comportementales de Beck et Ellis. L'étude a utilisé un design de recherche qualitative de type clinique dans lequel la population échantillon est composée de six (6) enfants avec TSA des niveaux I et II obtenus de manière ciblée à l'Institut Psychopédagogique Einstein. Pour recueillir les données, nous avons utilisé l'observation (dans une situation de classe) et les entretiens semis directifs (menés avec les enseignants). Les données ont été catégorisées et analysées selon les observations faites sous les différentes pédagogies et suivant les divers thèmes. Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste est fonction de l'accompagnement individuel, pour lequel nous devons mettre l'accent sur l'interaction, la proximité, le respect des limites de l'enfant. Ensuite, il faut une intervention directive et/ou non directive en créant une bonne relation pour diminuer les symptômes spécifiques afin de mieux vérifier la progression des apprentissages selon les tâches à exécuter. Enfin, il faut un soutien verbal et non verbal à travers les encouragements afin d'améliorer le langage corporel et la posture simple et la fourniture du feedback positif. Tout ceci réuni permet à l'enfant de mémoriser les consignes simples, d'imiter les modèles appris et d'acquérir les règles d'autonomie. L'étude a suggéré que le gouvernement devrait encourager le recrutement des éducateurs spécialisés qui vont mettre en place le plan d'éducation spécialisée, mettre en place des structures spécialisées pour accueillir et encadrer les enfants à besoins spécifiques. Les enseignants, quant à eux, devraient être formés en tant qu'éducateur spécialisé pour l'accompagnement individuel, encourager l'interaction dans le processus enseignement-apprentissage. Les parents devraient scolariser les enfants à l'âge précoce après l'annonce du diagnostic, participer activement à la prise en charge de l'enfant en collaboration avec les enseignants.

Mots clés : accompagnement clinique, enfants à besoins spécifiques, acquisition, capacité de mémorisation, autisme.

ABSTRACT

This research is titled: "Clinical support for children with special needs and acquisition of memory skills: the case of autistic children." The main problem is that of low memory skills due to the lack of clinical support. The study is guided by the following research question: how does clinical support promote the acquisition of memory skills in autistic children? To answer this question, we formulated a research hypothesis as follows: Clinical support promotes the acquisition of memory skills in autistic children. The main objective of this study is to understand how clinical support promotes the acquisition of memory skills in autistic children in order to examine this problem. We used five (4) theories namely: Bandura's social learning, Vygotski's socioconstructivism, Rogers' humanitarian approach and Beck and Ellis' cognitive and behavioral approaches. The study used a clinical-type qualitative research design in which the sample population consisted of six (6) children with ASD levels I and II obtained in a targeted manner at the Psychopedagogical Institute Einstein. To collect the data, we used observation (in a classroom situation) and semi-directive interviews (conducted with teachers). The data were categorized and analyzed according to the observations made under the different pedagogical and following the various themes. The results we obtained show that the acquisition of memorization skills in autistic children depends on individual support, for which we must emphasize interaction, proximity, respect for the child's limits. Then, directive and/or non-directive intervention is required by creating a good relationship to reduce specific symptoms in order to better verify the progress of learning according to the tasks to be performed. Finally, verbal and non-verbal support is required through encouragement to improve body language and simple posture and the provision of positive feedback. All this together allows the child to memorize simple instructions, imitate learned models and acquire the rules of autonomy. The study suggested that the government should encourage the recruitment of specialized educators who will implement the special education plan, set up specialized structures to welcome and supervise children with special needs. Teachers, for their part, should be trained as specialized educators for individual support, encourage interaction in the teaching-learning process. Parents should enroll children early after the diagnosis is announced, actively participate in the child's care in collaboration with teachers.

Keywords: *clinical support, children with special needs, acquisition, memory capacity, autism.*

INTRODUCTION GENERALE

L'autisme ou trouble du spectre autistique est un trouble neurodéveloppemental qui affecte la communication, les interactions sociales et les comportements. Parmi les nombreuses manifestations de ce trouble, les difficultés liées au processus de mémorisation occupent une place centrale, notamment dans le parcours d'apprentissage des enfants autistes. En effet, la mémoire joue un rôle fondamental dans le développement des compétences langagières, scolaires et adaptatives. Pourtant chez ces enfants, l'acquisition des capacités de mémorisation peut s'avérer fragmenter, hétérogène ou atypique. Ces difficultés ne relèvent pas d'un déficit global de la mémoire, mais plutôt d'un fonctionnement cognitif particulier, marqué par des forces (mémoire procédurale) et des faiblesses (mémoire de travail, mémoire sémantique ou généralisation des apprentissages).

Les recherches ainsi menées dans le domaine des apprentissages ont été pour la plupart développées avec les enfants neurotypiques. Pour Bandura (1977), l'apprentissage social a été développé pour décrire l'apprentissage des comportements humains en général. Ces comportements sont appris à travers l'observation et l'imitation de modèles. Les enfants apprennent de nouvelles compétences et comportements en observant les autres et en les imitant. Cependant Vygotsky (1930), pense que l'importance de l'apprentissage social est au niveau de l'interaction sociale et du langage dans le développement cognitif. Grâce au langage, l'enfant peut communiquer et partager ses connaissances et ses expériences. La zone de développement proximal est définie comme la zone où l'enfant peut apprendre avec l'aide d'un adulte ou d'un pair plus expérimenté. L'enfant peut aussi, par l'échafaudage, avoir un soutien temporaire fourni par l'adulte ou le pair pour l'aider à apprendre et à développer ses compétences. Ainsi il considère que l'apprentissage actif est un processus actif qui nécessite la participation et l'engagement de l'enfant.

Les travaux de ces chercheurs sur l'apprentissage social ont contribué de manière significative à notre compréhension de l'apprentissage et du développement cognitif chez les enfants normaux. Mais, ils n'ont pas pris en compte l'enfant vivant avec autisme dans l'acquisition des capacités de mémorisation. Toutes ces études ont rarement insisté sur les enfants atypiques comme ceux qui ont des troubles neurodéveloppementaux,

La théorie de Bandura (1977) n'a pas pris en compte les particularités de l'autisme telles que les difficultés de communication et d'interaction sociale. Ainsi, avec les limites de l'apprentissage par observation, les enfants autistes peuvent avoir des difficultés à apprendre par observation en raison de leurs difficultés de traitement de l'information sociale. Vygotsky (1934), quant à lui, accorde de l'importance excessive au langage dans l'apprentissage, ce qui n'est pas adapté aux enfants autistes qui ont des difficultés verbales. Il y a aussi manque de prise en compte des difficultés de régulation émotionnelle chez ces enfants, ce qui peut avoir un impact sur leur capacité à apprendre et à interagir avec les autres.

Le présent travail est effectué dans l'optique de démontrer que la pratique d'un accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant vivant avec autisme. Ce dernier doit être accompagné de manière individuelle, en tenant compte de l'interaction, de la proximité et du respect des limites pour être capable de mémoriser les consignes simples. Il a aussi besoin des interventions pour faciliter la progression dans les apprentissages et des tâches à exécuter en créant une bonne relation avec l'enseignant, et c'est qui permettra à ce qu'il soit attentif en diminuant les symptômes spécifiques afin d'imiter les modèles appris. Par ailleurs, l'apport d'un soutien par l'utilisation des images, des vidéos, du matériel visuel et adapté est une bonne stratégie d'apprentissage, mais aussi les encouragements, le langage corporel et la posture et la fourniture du feedback positif peuvent permettre l'acquisition des règles d'autonomie.

C'est pourquoi notre étude cherche à comprendre ces spécificités essentielles pour adapter les approches éducatives, thérapeutiques et pédagogiques afin de favoriser l'inclusion et le développement global de ces enfants. Cette étude vise, entre autres, à explorer les mécanismes sous-jacents des troubles de mémorisation chez les enfants autistes et identifier les manifestations cliniques afin de proposer des pistes d'accompagnement adaptées à leurs besoins singuliers. L'enfant autiste étant au centre de nos préoccupations, il est question de tenir compte de sa personne, de son handicap, du cadre des apprentissages, la temporalité, les interactions avec les acteurs et le contexte de vie, cela pourrait davantage contribuer et favoriser l'acquisition des capacités de mémorisation.

Notre travail s'articule autour de deux grandes parties. La première partie dénommée cadre théorique a pour sous parties trois chapitres, à savoir : la problématique, la revue de la littérature et insertion théorique. La deuxième partie appelée cadre méthodologique et opératoire contient aussi trois chapitres, à savoir : la méthodologie de l'étude, la présentation des données et analyse et interprétation des résultats, discussion et suggestions.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Cette partie parle de la problématique de l'étude, la revue critique de la littérature et l'insertion théorique.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1.1. Contexte de l'étude

Le handicap est de nos jours au centre de nos débats sociaux. Selon l'OMS (2001), « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis ». La situation des personnes vivant avec un handicap a donc toujours été préoccupante dans toutes les sociétés du fait de la marginalisation, de la discrimination, de la stigmatisation, de la limitation substantielle, du désavantage et de la restriction, de la non-participation à la vie en société. Ainsi c'est à cause des déficiences physiques et/ou mentales dont ces personnes sont victimes, que leur intégration à la vie sociale est plus difficile induisant aussi pour eux des conditions de vie en deçà de celles des autres. Dans notre étude, en parlant du handicap, nous faisons allusion au handicap mental en référence au sort des enfants vivant avec autisme.

1.1.1.1. Contexte Local

Dans les années 1980, le handicap était considéré au Cameroun comme un problème de santé individuelle. La loi no 2010\002 portant protection des personnes en situation de handicap stipulait en son article 1, qu'une personne en situation de handicap est « toute personne qui, frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou accidentelle éprouve des difficultés à s'acquitter des fonctions normales de toute personne valide ». L'effort sociétal d'intégration et de prise en compte des spécificités des personnes handicapées était minimaliste et non contraignant.

Avec la signature de la CRDPH, la république du Cameroun promulgue la loi N 2010\002 du 13 Avril 2010 portant sur la protection et la promotion de la personne handicapée. Selon l'article 2, abroge toutes les dispositions antérieures contraires et prend en compte l'interaction entre le problème de santé et l'environnement de vie. Le handicap se définit donc comme « une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience a une activité dans un environnement donné ». Toutefois, le décret d'application de cette loi n'a été publié que huit ans plus tard et la prise en compte du handicap reste encore très partielle (République du Cameroun, 2018). Ainsi est considérée comme personne handicapée

« toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience physique ou mentale congénitale ou non ». Cependant, au Cameroun, comme pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les programmes visant à améliorer l'éducation, la santé et les moyens de subsistances des personnes vivants avec un handicap sont pour la plupart des programmes à petite échelle confiés à des organisations confessionnelles ou caritatives (Jolley, et al 2018 ; Moute, 2021).

C'est ainsi donc qu'en 2014, le nombre d'enfants estimé vivant avec autisme était de 100.000, un chiffre qui inclut tous les types d'autisme. Les chiffres de 2015, du Ministre de la santé publique disponible dans l'article en ligne « Cameroun : ELA, une école porteuse d'espoir pour les enfants autistes », indique près de 3.000 naissances autistes chaque année au Cameroun. La maladie est mal connue du fait du faible niveau de sensibilisation. Il n'y a pas de statistique sur le nombre de personnes vivants avec autisme. Le diagnostic est difficile à poser car les spécialistes manquent. Les laboratoires camerounais ne font pas d'examens génétiques. (Mbassi et al. 2017).

1.1.2. Justification de l'étude

Le choix de ce sujet a été motivé par des facteurs scientifiques, sociaux et personnels.

Sur le plan scientifique, nous avons choisi ce thème par rapport à la littérature assez fournie sur le phénomène étudié à savoir : l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste, parce qu'il présente de nombreux défis et enjeux à relever.

Nous verrons tout d'abord que ce phénomène permet d'étudier les différentes approches thérapeutiques et éducatives qui peuvent être mises en place pour aider ces enfants à s'épanouir et à développer leur potentiel. Cela peut impliquer l'observation des comportements des enfants, l'élaboration de programmes individualisés, l'implication des parents et des enseignants. En outre, nous pouvons mettre en avant plusieurs éléments, comme les recherches en neurosciences, avec des études menées, cela permettra de comprendre le fonctionnement du cerveau des enfants autistes et les mécanismes de mémorisation. En plus, nous pouvons avoir des méthodes d'évaluation et d'intervention basées sur des données probantes à savoir dans le domaine de la psychologie et de la neuropsychologie, il existe des outils et des techniques d'évaluation des capacités de mémorisation. Validées scientifiquement, ces méthodes permettent d'adapter les interventions cliniques de manière efficace et personnalisée. Enfin, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) (2012), émet des recommandations basées sur des données

scientifiques pour l'accompagnement de ces enfants, en incluant souvent des stratégies pour favoriser le développement de ces capacités de mémorisation.

Sur le plan social, nous savons cependant que les enfants autistes ont des difficultés à cause des interactions sociales. Le contact avec autrui n'est pas chose aisée parce qu'ils sont considérés comme des personnes vivants dans leur monde à part. Au Cameroun comme partout ailleurs, ils sont victimes de discrimination au sein de la société en étant taxés de tous les noms, d'enfants de malheur, sorcier et serpent, etc. En Algérie, Gardou (2013), pense qu'avoir un enfant handicapé est considéré comme une malédiction des parents qui poursuit la progéniture ou au mauvais œil causé par des forces mystérieuses selon l'idéologie sociale traditionnelle. Dans certaines zones rurales, il existe des rites d'accompagnement pour supprimer ces enfants qui représentent la honte. Les moyens dont disposent ces familles sont destinés aux enfants valides et cela cause la baisse de l'estime de soi et le rejet familial. Certains parents cachent ces enfants dans des domiciles pour fuir le regard social et méprisant, les commentaires déplacés, les questions incongrues ; ce qui a emmené Banindjel (2021) à poser l'hypothèse d'une parentalité affectée par le polyhandicap de son enfant. Il y a donc un manque d'information criard au sujet de l'autisme, il est question pour nous de tout faire pour lever le voile sur cette forme de handicap, et à travers notre étude pour permettre à cette catégorie de la population d'être autonome et utile à la société : en renforçant les capacités de mémorisation, en développant les compétences cognitives, en favorisant l'indépendance et en renforçant la confiance en soi.

Ainsi, étant donné qu'il y a un impact direct sur la qualité de vie des enfants autistes et leurs familles, l'aide apportée pour développer leurs capacités de mémorisation favorise leur intégration sociale, leur autonomie et leur épanouissement. L'éducation est donc un axe fort, c'est un moyen de permettre à l'enfant de parcourir la vie et il lui faut saisir toutes les occasions, voire les opportunités d'apprentissages. L'accompagnement clinique sur ce plan permet donc de mieux comprendre leurs besoins spécifiques, en tenant compte de leurs points forts et faibles afin d'adapter les interventions pour surmonter leurs difficultés, ainsi que les aspects singuliers de leur développement. Le processus de l'acquisition des capacités de mémorisation est à long terme pour ces enfants à cause de la différence au niveau de la spontanéité des apprentissages. Ils ont besoin des outils pour permettre la communication et l'autonomisation, dans un contexte approprié afin de les exciter à s'adapter et faire valoir leurs compétences. Au cas contraire, ils n'apprendront pas ou n'auront que des acquisitions partielles et peu ajustées aux demandes de

l'environnement. Pour y parvenir, ils ont besoin d'un suivi particulier, pour la réussite de leur éducation.

Sur le plan personnel, c'est une priorité dans le processus d'accompagnement mis en place pour ces enfants, pour leur bien-être et leur développement. En tant que future professionnelle de la santé, nous ressentons une motivation intrinsèque de porter une attention particulière vers ces enfants chez qui nous avons relevé des difficultés d'ordre intellectuel. Toutefois, tout le monde a droit à l'éducation d'une manière ou d'une autre, il y a le besoin et la responsabilité d'une bonne formation pour un accompagnement au mieux. L'acquisition des capacités de mémorisation est un point important, conscient de l'importance de la mémoire dans les études et la carrière future car cela permet aussi en même temps d'assimiler des connaissances plus facilement pour mieux comprendre les patients que nous devons accompagner et être plus efficace dans notre pratique professionnelle. C'est aussi un moyen d'apporter une réelle valeur ajoutée dans l'exercice de notre fonction.

1.2. CONSTAT ET PROBLEME DE L'ETUDE

1.2.1. Constat

La situation dans laquelle les familles ayant à leur sein un enfant vivant avec un handicap constitue une problématique majeure dans la société en général. Le vécu du handicap est une réalité sociale qui tire sa raison d'être dans sa vulnérabilité. Dans notre étude, nous nous intéressons aux enfants en situation de handicap mental. C'est ainsi que, selon la loi de 2005, le handicap mental peut se définir comme la conséquence d'une déficience intellectuelle, considérée comme une capacité plus limitée d'apprentissage et un développement intellectuel significativement inférieur à la moyenne. Le handicap que constitue l'autisme est une situation d'autant plus difficile à accepter ou à vivre dans la réalité que ce soit en société ou dans des familles. Il est donc question de les aider en leur permettant d'accéder à des conditions dignes de vie qui vont de paire avec une insertion sociale de qualité. Ainsi donc, nous avons fait notre stage à l'Institut Psychopédagogique « EINSTEIN », à Yaoundé au quartier dit Montée du parc MELEN, pendant trois mois, de la période allant du 17 janvier au 19 Avril 2024.

Pendant notre enquête sur le terrain, nous avons fait des constats concernant les enfants autistes qui se retrouvent en milieu scolaire. Nous savons que l'autisme est une affection qui perturbe très profondément les relations sociales et la communication, ces enfants autistes ont donc besoin de soutien adapté à leurs besoins spécifiques afin de pouvoir s'épanouir et être capable de mémoriser certaines notions à l'école. Il pourra s'agir entre autres d'un

environnement structuré et prévisible, d'un soutien émotionnel et social, d'un plan individualisé d'intervention, des stratégies d'enseignement, d'une collaboration étroite entre l'école, les professionnels de la santé et les parents. Ils ont aussi besoin d'un accompagnement spécifique pour développer leurs compétences sociales, notamment en matière de communication et d'interaction sociale. Il est aussi important que tous les intervenants travaillent ensemble pour soutenir de manière cohérente et complémentaire l'enfant autiste, car ils ont besoin d'être dans un cadre peu stimulant pour pouvoir se concentrer et s'adapter.

Ainsi donc, ces enfants ont des performances inattendues. Ils donnent des réponses de manière fulgurante, il y a des absences apparentes, la restitution de détails d'une situation difficile et du coup les apprentissages sont difficiles. L'observation de manière attentive est difficile lors des enseignements, même si la demande est faite. Ils font surtout preuve d'une attention anormalement forte et prolongée à certaines situations qui semblent très éloignées souvent de ce qui est socialement admis, parce qu'elles sont de prime abord sans intérêt. Ils n'ont pas la capacité d'imiter un geste, un mouvement, une action qui a été fait soit par l'enseignant ou par leur pair. Lorsque cela est susceptible de se produire c'est après maintes répétitions. L'analyse des informations est d'autant plus difficile parce qu'ils n'ont pas la capacité cognitive qui permet de se représenter les états mentaux d'autres individus et d'utiliser ces représentations afin d'expliquer ou de produire leur comportement. L'assimilation n'est pas facile même si les notions ont été vues, lues ou entendues pour pouvoir les restituer. La lenteur se fait voir et ressentir dans la capacité de reproduire ce qui leur est demandé de faire.

Durant des semaines, nous avons pu assister aux déroulements des activités. La journée de classe se passait comme suit : dès la matinée, après l'accueil et le rassemblement, ces enfants sont dirigés dans les différentes salles de classe. Nous sommes dans une section spécialisée où il n'y a que des enfants ayant des handicaps mentaux. Dans notre salle d'initiation IIA, c'est la maternelle, l'âge varie entre 6 et 14 ans. Ils sont des autistes légers, moyens et sévères, certains sont des IMC (infirmité motrice cérébrale) et d'autres ont juste des retards mentaux. Une fois la classe intégrée, la première leçon est l'éveil des capacités automatiques. Sur leurs tables, l'enseignant verse des jouets d'assemblage pour les occuper, certains y parviennent à assembler correctement ces objets, tandis que d'autres jouent en lançant partout dans la salle. Après cela, il faut faire la leçon du jour à savoir français ou mathématique, en présentant par exemple l'image pour observer, identifier et faire répéter à plusieurs reprises, en groupe et individuellement. A ce moment précis, les enfants sont agités, distraits, moins attentifs pour ceux qui semblent fixer le tableau, ils donnent l'impression d'avoir l'esprit ailleurs. Pour un

enfant autiste, l'autonomisation est un élément clé pour son avenir. Il est donc question d'apprendre à l'enfant à réduire les troubles de comportements, mais également à développer de nouveaux comportements adaptés. C'est à partir de là qu'il pourra être capable d'assimiler au mieux les enseignements.

Par ailleurs, nous avons constaté que lors des activités d'apprentissages en classe, pour une séance de 30 minutes, les enfants autistes ne parviennent pas à soutenir l'attention pour observer une situation problème. Avant de commencer une nouvelle activité, ils n'arrivent pas à se souvenir de la séance de la veille. Ils ne peuvent pas imiter si facilement un comportement, à savoir par exemple après avoir mangé, il faut aller se laver les mains. Ils ont des difficultés à acquérir une compétence, s'accommoder, retenir, reproduire correctement sans aide, mettre en pratique un savoir, se souvenir, se réapproprier des anciennes connaissances et de recueillir de nouvelles leçons. Pendant que l'enseignant dispense la leçon, après la découverte, lors de l'analyse, ils ne répondent pas aux questions comme attendu. De même à l'évaluation, restituer ce qu'ils ont étudiés est difficile pour la plupart sans l'aide de l'enseignant. Par exemple, relire un chiffre, un nombre, un mot ; identifier une lettre, une couleur ; donner le nom d'un fruit ; reconnaître l'objet ; compter et donner le nombre exact d'objets se trouvant sur l'image ; dessiner et colorier ; tracer selon les consignes données sont autant d'activités qui leur semble difficile de reproduire, voir même impossible pour certains. Pour qu'ils parviennent à manipuler des objets, en les rangeant, c'est un exercice de longue haleine, à force de faire ensemble, au bout de quelques jours, ou une à deux semaines, ils s'y plaisent et finissent pour certains par le faire tout seul. Ils peuvent classer et ranger les objets, mais pour écrire il faut les guider, ou reproduire. L'enseignant doit répéter un mot, une lettre plusieurs fois pour pouvoir répéter aussi après plusieurs essais.

C'est alors que, nous avons remarqué que les enseignants ne sont pas aptes parce qu'ils éprouvent des difficultés à adapter leurs pratiques aux particularités de ces enfants présentant des besoins éducatifs particuliers. Il y a un manque de qualification pour s'adapter aux besoins des enfants autistes. Ils ne parviennent pas à maîtriser suffisamment la classe au moment où ces enfants s'agitent, la punition choisie est le châtement corporel. La formation des enseignants est inadaptée pour le suivi et pour la gestion et la maîtrise des difficultés liées à la prise en charge des enfants en situation de handicap surtout mental. Il y a une distance entre l'enfant autiste et l'enseignant d'où le rejet et l'éloignement de celui-ci, or il faut un rapprochement pour créer une atmosphère de mise en confiance de l'enfant. Pendant la dispense des leçons, les techniques utilisées pour amener chacun à agir et à participer ne sont pas du tout adaptées, recommandées,

appréciables. De même, les pratiques d'enseignement et d'apprentissage sont inefficaces, inadaptées et non conformes à leurs besoins. La démarche opérée par les enseignants ne tient pas compte des besoins. Le temps imparti pour les activités est très court et il ne faut pas surcharger le programme de la journée. L'effectif de la classe ne permet pas un suivi individuel pour la réalisation des différentes tâches. Les outils ou matériels didactiques sont inappropriés, inadaptés. Le système est élaboré de manière générale, les curricula ne tiennent pas compte de la réalité du terrain. Les programmes d'enseignement / apprentissages sont générés, ne tiennent pas compte des enfants à besoins spécifiques, il y a le non-respect du rythme, du temps pour la dispense des leçons.

Chaque enfant autiste est unique et son accompagnement clinique doit prendre en compte sa singularité, ses forces, ses difficultés et ses particularités. Il doit y avoir une relation de confiance avec l'enfant et sa famille afin de favoriser un accompagnement personnalisé de qualité. Il n'y a donc pas un accompagnement propice qui leur permet de pouvoir s'adapter normalement afin d'acquérir des connaissances de manière convenable ; car la prise en charge n'est pas centrée sur l'apprenant mais sur le groupe classe. Cependant, les craintes sont à ce niveau de la prise en charge réelle, effective et efficace, individualisée, thérapeutique pour ces enfants. Puisque le temps de la dispense d'une leçon est normal selon le planning, il n'est pas question que l'attention qu'ils sont incapables de soutenir, leur soit demandée plus longtemps. Il faut pour cela gérer toutes les étapes de la leçon pendant ce temps pour permettre à tous de bénéficier. Et lors de l'évaluation, l'accent doit être mis davantage sur le suivi individualisé. En ce qui concerne les enseignements, les méthodologies cognitives et éducatives sont adaptées mais la prise en charge n'est pas bien adaptée pour ces enfants. Il est question de prendre en compte la situation de cas par cas, et non les considérer comme un tout. Ces enfants ont des besoins qu'il faudrait au préalable identifier. Nous avons profité de l'occasion offerte durant le stage pour amener les enseignants à comprendre que ces enfants étaient différents des autres et qu'ils ont des besoins spécifiques, et leur prise en charge est individualisée.

Partant donc de ces constats, nous verrons que plusieurs auteurs ont abordé la problématique de l'autisme qui est une préoccupation depuis des décennies et qui suscite des questionnements, des points de vue. C'est ainsi que Rogé (2003) pose le problème de l'aide apportée aux personnes atteintes d'autisme adaptée à des meilleures stratégies d'accompagnement. Il faut qu'il y ait donc un accompagnement clinique pour ces enfants autistes, afin de parler d'une éventuelle réussite dans l'acquisition des capacités de mémorisation, et pour cela, il serait bien de prendre en compte la singularité, les forces, les

difficultés et les particularités de chacun. Etablir une relation de confiance avec l'enfant et sa famille, se centrer sur leurs besoins et leurs aspirations en favorisant leur participation active et en valorisant leurs compétences.

I.2.2. Formulation et positionnement du problème

Dans une situation d'apprentissage, tout apprenant acquiert les compétences. Selon Reyshav et Wu (2015), l'apprentissage constructiviste est un paradigme centré sur l'apprenant, qui permet à chacun de contrôler son rythme d'apprentissage et de construire ses propres connaissances. Cependant, l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste est une problématique qui fait l'objet d'approches diversifiées.

Selon Clément (2013), l'apprentissage est la possibilité d'apprendre en écoutant le maître, en regardant la télévision, en se brûlant les doigts, ou en repensant à son passé. Cependant observer le changement dans un comportement, que celui-ci augmente ou baisse, est une constante pour caractériser l'apprentissage. En revanche cela s'avère délicat.

Pour Malcuit et al. (1995), l'apprentissage est comme le processus ou l'ensemble des processus qui sous-tendent les modifications de comportements survenant à la suite de l'expérience ou de contact avec l'environnement.

Tandis que Lieberman (2000), met l'accent sur les conséquences de l'apprentissage en disant que l'apprentissage se traduit par un changement relativement permanent dans notre capacité à effectuer, changement dû à des types particuliers d'expériences.

Mais selon la perspective de Thomas (2018), l'apprentissage est défini comme un changement adaptatif observé dans le comportement de l'organisme. Il résulte de l'interaction de celui-ci avec le milieu. Il est indissociable de la maturation physiologique et de l'éducation. La littérature sur l'apprentissage offre de nombreuses approches et modèles d'apprentissage.

Le terme behaviorisme a été créé à partir du mot anglais « behavior » qui signifie « comportement », et le behaviorisme définit donc l'apprentissage comme une modification durable du comportement résultant de la conséquence d'un entraînement particulier. Ainsi, Skinner (1950) développa le concept de conditionnement opérant qui a été initié au départ par Edward Thorndike, (1913), qu'il distingue du conditionnement Pavlovien (1901). Selon lui, le comportement peut être structuré par l'utilisation appropriée des conditionnements appropriés. Par contre Skinner rejette toute explication mentale ou cognitive, il accorde de l'importance au stimulus et la réponse en décrivant le lien qui les unit. Il s'intéresse de façon particulière au

« reflexe » qui est une « corrélation observée entre le stimulus et la réponse ». Pour Skinner (1953), l'apprentissage se définit donc comme une modification du comportement provoquée par les stimuli venant de l'environnement, Il affirme que l'apprentissage peut être obtenu par l'utilisation de récompenses appelées « renforcements positifs » (par exemple de bonnes notes chez l'élève) et de punitions appelées « renforcements négatifs » (exemple : des mauvaises notes chez l'élève). Pour le behaviorisme, il était question de proposer une théorie complète de l'apprentissage : apprendre c'est devenir capable de donner la réponse adéquate, c'est encore construire un comportement adapté à un environnement.

Vygotsky (1934), développe cette approche, qui est basée sur le modèle social de l'apprentissage, appelée aussi socioconstructivisme, elle introduit des interactions, des échanges, du travail de verbalisation, de construction et de Co élaboration. Pour lui, l'apprentissage est considéré comme le résultat des activités sociocognitives liées aux échanges didactiques entre enseignant / élèves et élèves/élèves. Il met en avant le rôle de la culture dans l'apprentissage, à partir de son hypothèse centrale qui est le fonctionnement fondamental social de l'être humain, dans son approche historico-culturelle. Il affirme que l'homme est un acteur culturel et social et qu'il se développe grâce au processus social et historique. Pour lui, la vraie direction du développement ne va pas de l'individu au social, mais du social à l'individu. C'est l'apprentissage qui active le développement mental en réveillant les processus évolutifs qui ne pourraient être actualisés sans lui grâce à la médiation socioculturelle. Ainsi donc, ce que l'enfant sait faire aujourd'hui en collaboration, il saura le faire tout seul demain en imitant les autres, ce qui constitue un processus d'apprentissage social et culturel. Carre (2007) affirme que les sujets sociaux ne sont pas des organismes réactifs par ses contingences socio psychologiques ou dominés par des pulsions dissimulées au plus profond de leur psychè. Ils sont disposés à s'auto organiser, à se comporter de façon proactive, à activer des mécanismes d'auto réflexion et d'autorégulation. Il est question d'accorder une importance aux interactions réciproques qui relient la personne, son comportement et son environnement.

Au regard de tout ce qui précède sur ces différentes approches sur l'apprentissage, nous voyons que pour apprendre, il faut nécessairement un certain nombre d'éléments pour y parvenir, en fonction des différentes conceptions. Cependant, pour le behaviorisme, apprendre, c'est devenir capable de donner la réponse adéquate, c'est encore transmettre des savoirs en renforçant des comportements via des stimuli positifs ou négatifs qui vont conditionner l'apprenant à donner de bonnes réponses. Tandis que le modèle constructiviste considère que l'apprentissage est le résultat d'une construction des savoirs définis par des paramètres

biologiques qui définissent un développement naturel de l'enfant. Par ailleurs le socioconstructiviste affirme que l'apprentissage active le développement mental de l'enfant, en réveillant les processus évolutifs qui ne pourraient être actualisés sans lui, grâce à la médiation socioculturelle. Force est de constater que tout apprenant acquiert des compétences par l'apprentissage, mais pour les enfants atteints d'autisme aucune de ces approches ne permet leur acquisition des capacités de mémorisation et cela est certainement dû à des difficultés liées à leur prise en charge qui devrait être individualisée et centrée sur leurs besoins. A ce niveau, l'accompagnement clinique sera d'une très grande importance pour l'acquisition des capacités de mémorisation.

Nous nous situons dans le domaine d'étude du handicap mental, et dans notre sujet, nous nous intéressons à l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Cependant, les constats que nous venons de faire tant empirique que théorique, montrent que le suivi et la prise en charge des enfants autistes dépend de plusieurs paramètres en particulier des besoins individuels pour permettre à ce que ces derniers soient à mesure de s'autonomiser, et dans la mesure où ils peuvent assimiler les informations, à bien les sauvegarder pour les utiliser plus tard. Ces constats ont attiré notre attention et nous ont amené à nous intéresser de plus près au problème lié aux difficultés de mémorisation dû à une mauvaise prise en charge éducative ou à l'absence d'accompagnement clinique.

En partant donc du postulat de l'apprentissage social Bandura (1977), selon lui presque tous les comportements sont acquis à la suite de l'apprentissage, ceci repose sur le concept de l'apprentissage par observation et imitation. Il soutient que les individus peuvent apprendre des comportements en observant les actions des autres, en particulier des modèles significatifs tel que les parents, des enseignants, des figures d'autorités ou des pairs. Il met en avant le rôle de la modélisation et de l'imitation dans les processus d'apprentissage, en soulignant l'importance des récompenses et des punitions dans le renforcement ou l'affaiblissement des comportements observés.

Par contre, pour Vygotsky (1934), L'apprentissage est considéré comme le résultat des activités sociocognitives liées aux échanges didactiques entre enseignants\élèves et élèves\élèves. C'est ainsi que le concept d'une construction sociale de l'intelligence est la continuité d'une auto socio construction des connaissances par ceux qui apprennent.

Par ailleurs, le constat fait est le suivant, l'enfant autiste a des difficultés à anticiper ce que les autres pensent de ses propres comportements, à concevoir la tromperie, à reconnaître la

motivation des autres, à faire certains gestes. Il a aussi une insensibilité aux émotions d'autrui, une incapacité à discerner les intentions d'autrui, une inhabileté à considérer les connaissances d'une autre personne, une inhabileté à vérifier l'intérêt des autres. Selon Baron Cohen et Howlin (1993), tout ceci renvoie à un déficit représentationnel affectant la théorie de l'esprit de l'enfant autiste, qui est la capacité de se représenter les désirs, les croyances et intentions des autres.

En considérant l'apprentissage des enfants autistes, nous constaterons qu'il passe par l'emploi plus fréquemment des méthodologies cognitives et/ou éducatives telles que : l'ABA, le Teacch, le Pecs dans le souci de rééducation, d'adaptation et d'acquisition par le sujet de compétences sociales et de normes permettant sa singularité. Or, même en procédant de cette manière, ces enfants ont une incapacité à utiliser les stratégies d'organisation censées faciliter l'encodage et la récupération et il ressort donc qu'ils ont de faibles capacités de mémorisation des connaissances dues au manque des pratiques d'accompagnement clinique.

1.3. CHAMP ET PROBLEMATIQUE SPECIFIQUE DE L'ETUDE

La plupart des recherches faites parlent de la personne handicapée, comme nous pouvons le constater le handicap est situationnel par rapport aux besoins qui sont différents et il faut évaluer, réévaluer et sur évaluer le contexte de vie. Selon Ancet (2011), il est question de voir l'individu en tant que sujet qui est dans une situation de handicap et dans un moment où il faut tenir compte de ses besoins pour permettre de s'autonomiser et cela aidera au changement de regard et de considération de la personne porteur de handicap. Notre angle d'approche est sur l'étude des cas par cas pour un accompagnement clinique des enfants autistes et l'acquisition des capacités de mémorisation. Ces recherches sont le plus souvent faites en occident ou les chercheurs s'attellent à trouver comment inclure la personne en situation de handicap dans les écoles et dans la société.

Beaucoup de chercheurs ont abordé les différentes notions qui sont mises en exergue dans notre sujet dans des différentes approches : psychologique clinique, cognitive, comportementale, psychoéducative, sociologique etc. et dans le champ de l'inclusion, l'autonomie, les interactions... Chacun dans son étude a soulevé un phénomène selon son orientation et l'objectif visé. En prenant l'exemple de Blanchard (2013), il s'agit d'une approche psycho clinique dans un champ de l'accompagnement thérapeutique. La capacité négative est perçue en tant que concept psychanalytique et philosophique, c'est la manière dont les personnes sont abordées dans le processus de la thérapie et comment ces aspects peuvent être utilisés comme moteur de transformation et de croissance personnelle, plutôt comme des

obstacles à surmonter. C'est aussi une ressource importante, permettant de travailler sur les blocages et les souffrances profondes, favorisant ainsi un véritable travail de transformation et de guérison.

Cependant, pour Cifali (2010), l'approche est celui de la psychologie clinique ou l'accompagnement est basé sur la prise en charge des personnes en difficultés et dans un processus de transformation et d'évolution. Ceci est un moyen essentiel pour aider les individus à traverser les épreuves de la vie, à mieux se comprendre et à trouver des solutions à leurs problèmes, C'est aussi un moyen qui permet également de favoriser le développement personnel et la résilience des personnes en difficulté. Pour Casado (2020), son approche est psycho clinique et son champ d'étude se concentre sur les interactions entre le sujet autiste, son environnement et les professionnels de santé ou éducatifs qui l'entourent. Pour ce chercheur, il y a la difficulté à accompagner de manière adaptée les personnes atteintes de TED, en raison de la diversité des symptômes et des besoins individuels. Chacun est unique et cela nécessite une approche individualisée pour favoriser son épanouissement et son inclusion sociale, permettant de développer leur potentiel et de participer pleinement à la vie en société.

Ainsi, nous verrons donc que ces auteurs qui abondent dans le sens de l'accompagnement surtout clinique, soulève chacun un phénomène par rapport à leur orientation et cherche à trouver des solutions au problème soulevé. Cependant, nous nous intéressons aux enfants autistes dans un processus d'accompagnement clinique qui pourra favoriser l'acquisition des capacités de mémorisation. Dans notre champ de l'inclusion, il est question de renforcer les collaborations interdisciplinaires dans une approche holistique dans cet accompagnement, personnaliser les interventions en tenant compte des besoins de chacun et en adaptant les stratégies d'accompagnement et d'apprentissage en fonctions des spécificités et de préférences. Si possible, il faudrait intégrer les nouvelles technologies en rendant les apprentissages plus interactifs et ludiques ; mettre en place des évaluations régulières pour ajuster les interventions en conséquence. L'implication des familles est nécessaire, en leur fournissant des outils et des conseils pour soutenir les apprentissages à la maison, aussi l'encouragement de la recherche-action pour favoriser une approche participative et collaborative dans l'amélioration des pratiques.

1.4. QUESTION DE RECHERCHE

1.4.1. Question principale de recherche

La question principale qui guide cette étude est de savoir : Comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

1.4.2. Questions de recherche secondaires

QRS 1 : Comment l'accompagnement individuel favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

QRS 2 : Comment les interventions directives et/ ou non directives facilitent l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

Q.RS 3 : Comment Le soutien verbal et/ ou non verbal facilite l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

1.5. OBJECTIF DE L'ETUDE

1.5.1. Objectif général

Il consiste à guider l'ensemble du processus de recherche et aide à définir les objectifs spécifiques, la méthodologie et les résultats attendus. Il est donc question de comprendre comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Il s'agit en d'autres termes de comprendre la manière selon laquelle les enfants autistes peuvent être pris en charge pour développer l'acquisition des capacités de mémorisation.

1.5.2. Objectifs spécifiques

O.S.1 : Examiner comment l'accompagnement individuel favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

O.S.2 : Analyser comment les interventions directives et/ou non directives facilitent l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

O.S.3 : Expliquer comment le soutien verbal et/ ou non verbal facilite l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

1.6. INTERET DE L'ETUDE

Les intérêts de cette étude sont à trois niveaux, à savoir : l'intérêt scientifique, l'intérêt social et l'intérêt personnel.

En ce qui concerne l'intérêt scientifique, nous avons une compréhension des mécanismes sous-jacents. Chercher comment les enfants autistes apprennent et mémorisent l'information, cela permet tout d'abord de mieux comprendre les différences dans les processus cognitifs et neurologiques par rapport aux personnes neurotypiques. Ensuite, Il y a la possibilité de développer des interventions efficaces, dans l'identification des meilleures pratiques en matière d'accompagnement clinique pour une aide dans l'amélioration de leurs capacités de

mémorisation, et cela contribue au développement d'interventions efficaces et adaptées aux besoins spécifiques de ces enfants. Il peut suivre une amélioration de la qualité de vie, les professionnels de santé peuvent contribuer à améliorer leur autonomie, leur adaptation sociale et leur réussite scolaire pour un impact positif sur leur qualité de vie globale. Enfin, il y a la contribution à l'inclusion scolaire, grâce aux outils et stratégies fournis aux enseignants et éducateurs pour une réussite au sein du système éducatif.

L'intérêt social, quant à lui, favorise l'autonomie dans leur apprentissage et leur vie quotidienne, permettant de mieux s'intégrer à la société et de gagner en confiance en eux. Cela améliore aussi la qualité de vie pour mieux se repérer dans leur environnement, se souvenir des consignes données et des activités à réaliser en réduisant l'anxiété et profiter de leur scolarité et de leur vie en général. Par là aussi, cela favorise leur inclusion sociale pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion auxquelles ils peuvent être confrontés. Enfin, le développement des compétences utiles permettra d'ouvrir des opportunités et de s'insérer plus facilement dans le monde du travail à l'avenir.

L'intérêt personnel est celui de notre contribution dans les travaux sur l'acquisition des compétences de mémorisation pour renforcer le lien affectif avec l'enfant, dans l'acquisition des capacités cognitives et à la réussite scolaire, la relation de confiance et de complicité se développe. Enfin, en tant qu'accompagnateur clinique, nous prenons part à l'évolution et au développement des enfants autistes, cela peut également être perçu comme une forme d'épanouissement personnel afin de se sentir utile en donnant un sens à notre travail.

1.7. DELIMITATION DE L'ETUDE

Cette étude se fera sur une délimitation sur les plans thématique, spatial et temporel.

1.7.1. Au plan Thématique

Notre étude porte sur l'accompagnement clinique des enfants autistes et acquisition des capacités de mémorisation. Du point de vue de cette thématique, il est question de présenter certains termes.

- Accompagnement clinique
- Capacité de mémorisations des enfants autistes

1.7.2. Au plan Spatial

Le Cameroun, pays de l'Afrique Centrale, situé aux creux du golfe de Guinée est la circonscription générale de notre étude. Avec plus de 25 millions d'habitants, 10% au moins vivent dans la ville de Yaoundé, capitale politique, cadre opérationnel de notre étude. La ville

de Yaoundé est située dans la région du centre et dénombre plusieurs personnes en situation de handicap mental. Au regard des difficultés matérielles de mener notre étude sur toute la ville, nous avons choisi l'Institut psychopédagogique « Einstein ». Il a été créé en 2001 par Madame Gisèle Marianne NJONKOU, Sur le plan géographique, il est situé dans le département du Mfoundi, précisément au périphérique ouest de la ville de Yaoundé VI, quartier dit montée du PARC MELEN, derrière le transformateur de la Sonel (ENEO). L'IPE est limitée au Nord par l'Ecole Normale Supérieure des Travaux Publics. Cependant, les données seront récoltées auprès des enseignants, les élèves et parents ayant un enfant vivant avec autisme.

1.7.3. Au plan temporel

La recherche a été conduite dans un espace-temps de deux ans, le temps de notre formation académique en vue de l'obtention du Master 2 en Handicaps Mentaux, Habiletés Mentales et Conseils. Période pendant laquelle nous nous sommes familiarisés avec les méthodes de prise en charge psychoéducatives et thérapeutiques des enfants à besoins spécifiques. Les données seront récoltées auprès des enseignants et parents ayant un enfant vivant avec autisme.

1.8. CLARIFICATION DES CONCEPTS

1.8.1. Accompagnement

Selon Cifali, (2010) l'accompagnement est une présence intelligente aux situations singulières. Construction intellectuelle en action, il restaure l'accompagné dans le déroulement de son histoire. Il implique, de la part de l'accompagnateur, un abandon du pouvoir pour un rapport partenarial.

Pour Rogers (1951), l'accompagnement est un processus qui vise à aider l'individu à se comprendre lui-même et à trouver ses propres solutions à ses problèmes. L'accompagnateur doit créer un climat de confiance, d'empathie et de non-jugement, qui permet à l'individu de se sentir libre d'explorer ses pensées et ses sentiments.

Cependant, Ricoeur (2004), pense que : l'accompagnement est un processus qui consiste à être avec l'autre, à partager son expérience et à l'aider à trouver son propre chemin. C'est un processus de reconnaissance et de validation de l'expérience de l'autre qui vise à renforcer son autonomie et sa capacité à prendre des décisions.

Par ailleurs pour Salomé (2003), l'accompagnement est un processus qui consiste à être présent à l'autre, à l'écouter, à le soutenir et à l'aider à trouver son propre chemin.

L'accompagnateur doit être capable de créer un espace de confiance et de sécurité qui permet à l'individu de se sentir libre d'explorer ses pensées et ses sentiments.

1.8.2 Accompagnement clinique

Selon Sudres (2011), l'accompagnement clinique est un processus qui vise à aider les personnes à trouver des réponses à leurs difficultés, à travers une relation thérapeutique basée sur la confiance, l'empathie et la compréhension. L'accompagnateur clinique doit être capable de créer un espace de sécurité et de liberté qui permet à la personne de sentir entendue et comprise.

Pour Merinfeld (2008), l'accompagnement clinique est un processus qui vise à aider les personnes à comprendre et à gérer leurs difficultés psychologiques, à travers une relation thérapeutiques basée sur l'écoute, l'empathie et la compréhension. L'accompagnateur clinique doit être capable de créer un espace de confiance et de sécurité qui permet à la personne de se sentir libre d'explorer ses pensées et ses sentiments.

Ainsi, L'heuillet (2005), l'accompagnement clinique peut être défini comme un processus interactif, individualisé et continu visant à soutenir une personne en difficulté dans la gestion de ses émotions, de ses comportements et de ses relations interpersonnelles. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne qui vise à favoriser l'autonomie et le bien être psychologique de celle-ci.

1.8.3. Enfants à besoins spécifiques

Pour Tremblay (2015), les élèves à besoins spécifiques sont ceux qui nécessitent des adaptations particulières dans leur parcours scolaires en raison de leurs difficultés, handicaps ou besoins particuliers. Ces adaptations visent à assurer une égalité des chances et une meilleure inclusion scolaire.

Selon la convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée Générale des Nations unies en 1989, les enfants à besoins spécifiques se réfèrent à tous les enfants qui, en raison de leurs capacités physiques, mentales, sociales ou émotionnelles, ont besoin d'une attention particulière ou de services spécifiques pour atteindre leur plein potentiel et participer pleinement à la société. Ces troubles peuvent être liés à des handicaps, des troubles de développement ou des situations de vulnérabilité telles que la pauvreté, la violence, ou les discriminations.

1.8.4. Acquisition

Selon Vygotski (1978), l'acquisition est un processus par lequel l'enfant construit ses

onnaissances et ses compétences à travers l'interaction avec son environnement social et culturel. Selon lui, l'acquisition est un processus social et collaboratif qui implique l'apprentissage par le biais de la médiation d'autrui, notamment les adultes et les pairs plus expérimentés.

Pour Bruner (1966), l'acquisition est un processus actif et intentionnel qui implique la découverte et l'exploration.

1.8.5. Capacités

Selon Gardner (1983), les capacités sont des compétences cognitives spécifiques qui permettent aux individus de traiter et de comprendre l'information de manière efficace.

Sternberg (1985), les capacités sont des compétences cognitives qui permettent aux individus de résoudre des problèmes et de prendre des décisions de manière efficace.

1.8.6. Capacités de mémorisation

Selon Ebbinghaus (1885), les capacités de mémorisation sont des processus cognitifs qui permettent de stocker, de retenir et de récupérer des informations.

Pour Dehaene (2010), les capacités de mémorisation sont définies comme la capacité du cerveau à enregistrer, stocker et récupérer des informations. Ces capacités de mémorisation sont influencées par différents facteurs tels que l'attention portée à l'information, la répétition, la consolidation de la mémoire et l'utilisation de stratégies mnémoniques.

1.8.7. Autisme

Selon Kanner (1943), l'autisme est un trouble de développement caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales, la communication verbale et non verbale et des comportements répétitifs.

Selon Asperger (1944), l'autisme est un trouble du développement caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales et des comportements répétitifs, mais avec des capacités intellectuelles et linguistiques préservées.

Pour l'OMS (2019), Organisation Mondiale de la santé, l'autisme est un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : l'interaction sociale réciproques, communication, comportements aux caractères restreints et répétitifs.

Dans le Grand Dictionnaire de la Psychologie, Bloch et al (1993), l'autisme est défini comme un repliement sur son monde intérieur du sujet qui refuse le contact avec le monde extérieur.

Au terme de ce chapitre ou nous avons parlé de la problématique de l'étude, il a été question de ressortir le problème qui nous amène à nous intéresser à cette recherche. Par la suite il sera question de continuer avec la revue critique de la littérature, en identifiant les différents auteurs qui ont parlé du même phénomène, à savoir l'accompagnement clinique des enfants autistes et l'acquisition des capacités de mémorisation.

CHAPITRE 2 : REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

La question de la difficulté de mémorisation des connaissances est préoccupante pour les milieux de recherche en pédagogie et en psychologie car elle impacte directement l'efficacité de l'apprentissage et de l'enseignement. En effet, la capacité des enfants autistes à mémoriser et à stocker des informations de manière efficace influence leur capacité à comprendre, appliquer et retenir des connaissances. Il sera question ici de parler d'autisme, l'accompagnement clinique, les capacités de mémorisation.

2.1. AUTISME

2.1.1. Définition

L'autisme également appelé trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés dans la communication sociale, l'interaction sociale, les comportements répétitifs et les intérêts restreints.

Selon Wing (1981), l'autisme est un trouble de développement caractérisé par des difficultés dans les domaines suivants : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale et les comportements répétitifs.

L'autisme est un trouble de neurodéveloppement, c'est-à-dire des altérations du cerveau qui se mettent en place avant la naissance et sont impliqués dans le langage, la motricité, la perception, les émotions, les interactions sociales, ainsi que les intérêts restreints et stéréotypés... C'est pourquoi, depuis 1996, l'autisme est reconnu officiellement comme un handicap.

2.1.2. Historique et évolution de l'autisme

La définition de l'autisme se spécifie de plus en plus au fil du XXe siècle. Passant du statut de symptôme à celui de trouble neurologique distinct.

C'est le psychiatre Eugene Bleuler, en 1911, qui est le premier à utiliser le terme « autisme » pour désigner un enfant et son comportement. Selon lui, l'autisme est intimement lié à la schizophrénie infantile, dont il serait en fait un symptôme, une manifestation. Cependant, l'autisme a été décrit pour la première fois par les psychiatres Kanner, en 1943 et Asperger en 1944. Depuis, la définition de l'autisme et ses critères diagnostiques ont évolué et les mécanismes biologiques impliqués, principalement génétiques, sont de mieux en mieux connus. Dès les années quatre-vingt, la psychiatre Lorna Wing rompt avec la conception de l'autisme

comme une entité binaire (soit présent, soit absent), et suggère que l'autisme correspond davantage à un ensemble de symptômes dont l'intensité se situe sur un continuum. Par exemple, si l'on considère la communication sociale, les troubles peuvent varier d'une difficulté dans l'établissement des interactions avec autrui à un retrait social majeur. Avec cette nouvelle approche, Lorna Wing a émis l'hypothèse que l'autisme serait une condition plus fréquente qu'on ne le supposait à l'époque.

2.1.3. Causes de l'autisme

Selon l'Institut Pasteur (2024), « tout savoir sur l'autisme », pour la majorité des personnes autistes, il n'existe pas une seule cause identifiée via un examen médical. Certains facteurs environnementaux ont été mis en évidence : neuro-inflammation, virus, prise de certains médicaments (cf. Deprakine) durant la grossesse...cependant, ni les vaccins, ni la maladie cœliaque, ni les caractéristiques psychologiques des parents ne sont facteurs de risques d'autisme chez les enfants. La composante génétique prédomine avec, dans certains cas, une seule mutation responsable de l'autisme qui peut apparaître de novo- c'est-à-dire apparaître chez l'enfant alors qu'elle était absente chez les parents. Dans d'autres cas c'est la combinaison de plusieurs variations génétiques qui vont augmenter la probabilité de développer l'autisme.

Pour Howlin, (2013), une autre source de recherches et de controverses concerne les causes de l'autisme. Les croyances sur les causes ont évolué régulièrement au cours de ces années, à commencer par Kanner. Au départ, il pensait qu'étant donné la précocité des signes de l'autisme dès les premières années de la vie, ces symptômes s'expliquaient par une « perturbation innée du contact affectif » (Kanner, 1943). Toutefois, par la suite, il écrivit de nombreux ouvrages sur « la personnalité des parents qui démontraient une certaine froideur et des tendances obsessionnelles », des caractéristiques qu'il avait observées chez de nombreux parents (Kanner, 1949). Bien que contestée par ceux qui reconnaissent l'autisme comme un trouble du développement dès la naissance, cette notion de parents « réfrigérateurs » ne s'est dissipé qu'après plusieurs années, provoquant un grand désarroi dans de nombreuses familles. Les premières suggestions qui avançaient que les causes de l'autisme pouvaient également être aussi d'ordre génétique ont également été écartées (par ex. Rutter, 1967), mais les études menées dans les années 1970 et 1980 sur les jumeaux et les familles ont commencé à donner de solides indices sur la nature fortement héréditaire de l'autisme. Néanmoins, en dépit des affirmations qui apparaissaient de temps à autre dans les médias, prétendant la découverte du « gène de l'autisme », les mécanismes génétiques en question restent incertains. Les variations génétiques, aussi bien rares que communes, ont été identifiées dans les familles d'enfants

autistes, mais le rôle de ces variantes est inconnu. En outre, plusieurs de ces variantes ont également été identifiées dans d'autres affections psychiatriques, comme la schizophrénie, la dépression, le trouble bipolaire et le THDA (Smoller et al. 2013).

Un peu paradoxalement peut-être, les résultats des récentes recherches en génétique ont conduit à une prise de conscience accrue quant à l'importance des facteurs environnementaux. Dès les années 1970, les recherches ont montré que le virus de la rubéole était associé au risque considérablement accru d'autisme. Dans les années 1990, les études menées sur les orphelins roumains ont mis en lumière les découvertes selon lesquelles les symptômes très semblables à l'autisme (ce que l'on appelle « quasi autisme ») pouvaient être le résultat de sévères privations physiques et émotives. Plus récemment, l'autisme a également été associé à un âge plus avancé de la mère et du père. Par exemple, il est suggéré que les mutations de novo pourraient provenir des effets environnementaux (par ex. l'âge du père : Sanders et al. 2012), et que ces nouvelles mutations spontanées pourraient être transmises, augmentant encore le risque de développement de l'autisme pour la génération suivante. Un nombre croissant de recherches étudient d'autres facteurs environnementaux susceptibles d'avoir une incidence en périodes prénatale et postnatale. Ceux-ci comprennent les polluants et les toxines de différentes sortes, bien qu'aucun lien direct n'ait été trouvé jusqu'à présent. La supposée association entre l'autisme et les vaccins a été largement réfutée également.

2.1.4. Manifestations de l'autisme

Un enfant autiste est une personne atteinte d'un trouble du spectre autistique (TSA) qui affecte son développement social, émotionnel et communicatif. Les enfants autistes peuvent avoir des difficultés à interagir avec les autres, à comprendre les émotions, à communiquer de manière efficace, et peuvent présenter des comportements répétitifs ou restreints. L'autisme est un trouble neurodéveloppemental précoce qui dure toute la vie. Il affecte chaque individu de manière unique. Ce n'est pas une maladie, c'est un handicap dont les manifestations sont décrites sous l'intitulé de trouble du développement d'origine neurologique. L'autisme se manifeste principalement par des troubles de la communication, des intérêts ou activités obsessionnels, des comportements à caractère répétitif, ainsi qu'une forte résistance au changement. La personne présente aussi souvent des hyper ou hypo sensibilités sensorielles (sons, lumière, couleurs, toucher...). Tous ces signes s'expriment avec des intensités variables. Il est souvent associé à d'autres troubles (épilepsie, hyperactivité, déficience intellectuelle, trouble de sommeil, troubles alimentaires...).

Cependant, chez toutes les personnes atteintes d'autisme, le DSM-IV-TR (2000-2003) repère un certain nombre de caractéristiques communes : les intérêts restreints et stéréotypés, les troubles perceptifs et sensoriels, les troubles du langage et de la communication, une altération des compétences sociales.

2.1.4.1. Intérêts restreints et stéréotypés

Les centres d'intérêts des personnes atteintes d'autisme seront restreints, répétitifs et stéréotypés. Ils ont besoin de routines ou de rites. Le moindre changement provoque de l'angoisse. Ils sont parfois préoccupés par des objets bien précis et ont de la peine à s'en séparer. Le mouvement les fascine ; certains peuvent rester des heures devant une lumière qui clignote où regarder des feuilles tomber. Leurs postures sont souvent anormales, ils battent des mains, se balancent, oscillent.

2.1.4.2. Troubles du comportement

Le DSM-IV-TR (2000-2003) souligne que les problèmes comportementaux peuvent survenir tels que de l'agressivité, l'automutilation, les crises de colère, l'impulsivité ou un déficit attentionnel. « Leur manque de compréhension d'eux-mêmes et des autres peut même les rendre plus enclins à souffrir de ces perturbations affectives et comportementales. » (Jordan et Powell, 1997, p.137).

2.1.4.3. Troubles perceptifs et sensoriels

Les cinq sens des enfants autistes sont normaux et tout à fait fonctionnels. Mais leur comportement nous fait penser parfois que ce n'est pas le cas. Certains bruits, certains détails, certains goûts, certaines stimulations tactiles peuvent les obséder et provoquer un état d'excitation et d'euphorie (sentiment de grande joie, de satisfaction) qu'ils n'arrivent plus à contrôler et à éliminer. Selon Ritvo (1983) cité par Juhel (2003) le degré de réaction et le type de stimuli sensorium peuvent varier dans le temps. En effet, par exemple, l'enfant entendra de manière très forte certains bruits alors qu'il n'entendra que très faiblement d'autres, comme par exemple le son de la voix. Dans le premier cas, on parle d'hypersensibilité et dans l'autre cas d'hypo sensibilité. Celles-ci peuvent être olfactives, gustatives, auditives, vestibulaires, visuelles ou tactiles. Les enfants autistes présentent, dans la plupart des cas une hypersensibilité visuelle. Ils préféreront les objets qu'ils peuvent utiliser à l'aide de gestes simples ou des objets qui peuvent être actionnés en mouvements répétitifs.

2.1.4.4. Troubles du langage et de la communication (écholalie)

Chez certaines personnes atteintes d'autisme, on peut observer un retard ou une absence totale du langage alors que, chez d'autres, le langage est stéréotypé et répétitif. Pour les enfants qui savent parler, le fait d'engager une conversation avec autrui, de la soutenir et de la relancer peut-être très difficile. Souvent, la grammaire de leurs phrases est simple. Le rythme de voix, l'intonation et la prononciation peuvent être altérés. Ils présentent souvent de l'écholalie (répétition des derniers mots) (Schopler, et al., 2002). Le langage est souvent appris de manière mécanique et les mots sont utilisés qu'en faisant référence au contexte initial. Par exemple, le mot « table » signifie uniquement la table sur laquelle l'enfant a appris ce mot. Si on l'utilise dans un autre contexte, il ne verra pas de quoi il s'agit. Ils ont de la peine à généraliser le langage d'une situation à une autre.

Les enfants atteints d'autisme ne développent pas de communication gestuelle pour compenser la parole et leur expression du visage reste toujours la même quelle que soit la discussion ou la situation (Schopler et al, 2002). Ils peinent souvent à comprendre un message verbal (consignes, plaisanteries...). Il est important de vérifier leur compréhension dans des contextes variables. En effet, les autistes ont une très bonne mémoire des habitudes et ils peuvent comprendre une consigne sans même y mettre du sens. Par exemple : si nous disons : « éteins la lumière ! », en montrant l'interrupteur du doigt lorsque l'enfant s'apprête à sortir, il l'éteindra. Par contre, sans aucun geste et à un moment inhabituel, nous donnons la même consigne, il ne va pas se lever pour l'éteindre. Il s'agit donc de déterminer quel est le niveau de compréhension de l'enfant et de fixer des objectifs en fonction.

2.1.4.5. Altération des compétences sociales

Les personnes autistes, au contraire des neurotypiques (personnes ayant un fonctionnement du cerveau dit normal), se focalisent sur la bouche et la partie inférieure du visage. Ils éprouvent alors des difficultés à percevoir certaines émotions telles que la peur chez les autres individus et à reconnaître les visages. Hadjikhani (2008), a mis en évidence que les neurones miroirs (neurones actifs lors de l'exécution d'une même action et l'observation de celle-ci) sont moins actifs chez les personnes autistes que chez les personnes non-autistes. Chez les personnes atteintes d'autisme, les zones du cerveau qui contiennent les zones miroirs sont amincies. Ces neurones miroirs permettent à l'enfant d'imiter, ce qui, par la suite, donnera la possibilité à l'individu de se mettre à la place de l'autre et donc de le comprendre. Hadjikhani (2008), souligne que la bonne compréhension de la personne qui est en face de soi se fait par le visage. Les personnes autistes n'ont pas cette mimique automatique qui renvoie l'expression

que l'autre donne. Ce qui pourrait entre autres, être à la base des difficultés de reconnaître les émotions des autres et explique le manque d'empathie.

L'altération des interactions sociales est donc importante chez les personnes atteintes d'autisme. Les autistes n'utilisent pas ou peu de comportements non-verbaux. Il se peut qu'ils n'établissent aucune relation avec leurs pairs et ne comprennent pas ce qu'est l'amitié. Les enfants autistes préfèrent les jeux solitaires. Les échanges sociaux peuvent être impossibles pour eux. L'enfant peut ignorer les personnes qui l'entourent et ne réagit pas si la personne est en danger par exemple (DSM-IV-TR, 2000-2003).

2.1.4.6. Emotions

Selon Jordan et Powell (1997), il semblerait qu'il existe une aptitude biologique qui permet de reconnaître les émotions des autres. L'empathie pourrait être aussi réalisée par l'imitation « des signes extérieurs de comportement ». C'est ainsi que l'on répond par un sourire à un sourire. Si, dans le développement normal d'un enfant, ces comportements se manifestent très tôt, ils sont perturbés dès le début chez l'enfant autiste. Quelques personnes autistes douées sont capables de comprendre certaines règles de vie sociale et affective mais elles ne comprennent pas totalement les émotions. Parmi elles, certaines ont plus de facilité à comprendre les états émotionnels simples tels que la joie ou la tristesse mais elles éprouvent des difficultés à comprendre des états mentaux.

Baron-Cohen, Leslie et Frith (1986) cités par Peeters (1996) ont expérimenté les émotions d'une personne atteinte d'autisme. Ils ont proposé trois histoires différentes présentées sous la forme d'une bande dessinée (quatre vignettes) sans texte. La première, de type mécaniste, présente un enfant qui se promène avec un ballon, il le lâche, le voit s'envoler et s'éclater sur les branches d'un arbre. La deuxième histoire, de type comportemental, est celle d'un enfant qui va au magasin, il achète des bonbons, il les paie et sort du magasin. Ces deux premiers scénarios n'ont absolument pas posé de problèmes aux enfants atteints d'autisme. Ils ont facilement pu restituer le sens de l'histoire. Cependant, la dernière histoire de type mentaliste leur a été difficile à comprendre. Elle montre un enfant qui se sert d'un chocolat dans une boîte. Celui-ci, après avoir pris son chocolat, sort de la pièce. En son absence, une femme s'approche de la boîte et mange un chocolat. Lorsque l'enfant revient, il est très surpris de constater qu'il manque un chocolat dans sa boîte. La surprise du petit garçon, son état mental pose problème aux enfants atteints d'autisme. Ils ont de la peine à se représenter la surprise (la bouche ouverte) qui est trop abstraite pour eux.

Les personnes autistes peinent à percevoir l'image complète de l'expression du visage, ce qui fait qu'ils ont des difficultés à faire des liens entre la position du corps, le ton de la voix et l'expression du visage. Pour eux, les gestes leur servent surtout à indiquer ce qu'ils veulent et non à exprimer un sentiment, un ressenti. Leurs propres émotions sont également souvent difficiles à identifier pour les gens qui l'entourent mais également pour eux-mêmes (Peeters, 1996).

2.1.5. Typologie de l'autisme

Il existe une classification variée des troubles du spectre autistique (TSA), mais nous retiendrons dans ce travail les plus présentées dans la littérature à savoir celle basée sur l'intensité des symptômes, celle basée sur la date d'apparition des symptômes, celle basée sur les modalités de combinaison des symptômes et basée sur les rapports à la déficience intellectuelle (DI).

- **La classification basée sur l'intensité d'expression des symptômes.**

L'expression des symptômes est un élément central qui donne des indications quant aux besoins du sujet porteur du TSA et à l'organisation de la prise en charge. Selon ce critère nous pouvons citer :

- **L'Autisme léger** : il renvoi à la modalité du TSA dont l'expression des symptômes n'affecte pas d'une manière prononcée la vie sociale du sujet. Ici, les symptômes autistiques apparaissent le plus souvent pendant des moments d'évasion solitaire du sujet et à une intensité très faible. Dans la plupart de temps, le sujet a l'acquisition (compréhension et expression du langage) et peut comprendre et exécuter les consignes.

- **L'Autisme moyen** : Les symptômes sont un peu plus prononcés que chez le sujet porteur d'un autisme léger. Les interactions sociales sont perturbées, mais surtout pendant des moments de crise.

- **L'Autisme grave** : Ici les symptômes sont très prononcés et quasi permanents. L'autonomie du sujet est très difficile à obtenir. Il y a persistance de beaucoup d'autres troubles dans ce cas (automutilation, hyperactivité). En ce qui concerne cette modalité de classification, il est à noter qu'en dehors des comportements défis typiques de l'autisme peuvent s'associer d'autres symptômes (déficit d'attention, hyperactivité, ...) pouvant jouer un rôle fondamental dans la classification du sujet soit dans la catégorie des légers, des moyens ou de graves.

- **Classification basée sur la date d'apparition des symptômes**

- **L'autisme infantile** : c'est un trouble envahissant du développement qui apparaît avant trois ans ; il altère le domaine de la communication, des interactions sociales, et le domaine du comportement, des activités et des intérêts, prenant un caractère restreint, répétitif et stéréotypé.
- **L'autisme tardif** : les symptômes apparaissent après l'âge de 3 ans.

- **Classification basée sur les modalités de combinaison des symptômes**

- **L'autisme atypique** : Il se distingue de l'autisme infantile par l'âge de survenue plus tardif ou par la symptomatologie incomplète ou par les deux ensembles.

- **Syndrome de Rett** c'est un syndrome génétique septique.

- Autre trouble désintégrait de l'enfance : Trouble caractérisé par un développement normal jusqu'à deux ans, suivi d'une perte des acquisitions, associée à des anomalies qualitatives de fonctionnement social.

- **Syndrome d'Asperger** : il décrit un sujet ayant toute la symptomatologie de l'autisme, mais ayant le plus souvent acquis le langage et disposant des potentialités intellectuelles normales et parfois supérieures.

- **Classification basée sur les rapports à la Déficience Intellectuelle (DI)**

- **L'autisme haut niveau**, dont les symptômes préservent les possibilités du sujet de poursuivre sa scolarisation normale. Généralement léger, c'est un sujet capable de mener à bien le projet éducatif dans un cadre normal ou inclusif. On y répertorie les porteurs d'une intelligence normale ou d'une intelligence supérieure ou portant un DI légère.

- **L'autisme bas niveau**, c'est la catégorie des sujets porteurs d'une DI de moyenne à grave. Ils sont des sujets éducatibles mais leur capacité d'acquisition des connaissances est beaucoup plus faible que pour le groupe précédent et les objectifs éducatifs moins complexes, surtout pour des sujets porteurs de la DI grave à profond. Nous devons noter que, dans la plupart des cas, l'intelligence normale évoquée ci-haut ne l'est qu'en termes de potentialités ; c'est-à-dire des possibilités latentes du sujet. En effet, les caractéristiques des porteurs des TSA constituent un frein à l'éducation de ces sujets, au point où un défaut de prise en charge adéquat empêche le sujet d'acquérir les compétences sociales et peut même induire l'aggravation des symptômes le rapprochant à s'identifier comme un psychotique et surtout un schizophrène.

2.1.6. Diagnostic de l'autisme

Le diagnostic de l'autisme est clinique. Il est basé sur une évaluation multidimensionnelle précise, détaillée et individualisée, portant sur les différents aspects du développement et du fonctionnement de l'individu ainsi que sur son environnement, et ce, dans des contextes variés. Cette évaluation relève d'une démarche coordonnée entre la personne, sa famille, ses proches et les professionnels concernés, et permet d'établir le projet d'accompagnement personnalisé. Elle repose sur :

- Des observations recueillies à l'aide de questionnaires auprès des proches de la personne (en particulier ses parents, dans la mesure du possible), mais aussi auprès des professionnels qui l'entourent au quotidien ; dans les divers lieux de vie qu'il ou elle fréquente, à la crèche, à l'école, ou au travail, pour les plus âgés.
- Des tests standardisés (tests de langage, des habilités motrices, etc.) appropriées à l'âge de l'individu, à son profil de développement, à son comportement et au contexte de test, tout en privilégiant les tests et les échelles validés (recommandation de la Haute Autorité de Santé).

Selon Dupuis (2011), en matière d'investigation diagnostique, le Troisième Plan Autisme (2013-2017) recommande le déploiement du réseau national de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce dès l'âge de 18 mois. Les investigations recommandées sont deux façons différentes de recueillir des éléments cliniques dans la recherche des troubles en faveur du spectre de l'autisme :

1) l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview ; Lord, Rutter et Lecouteur, 1994) ;

2) l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule).

- L'ADI-R s'établit à partir d'entretiens dirigés, auprès des parents invités à se remémorer le début des troubles de l'enfant. Ce temps de consultation fournit une somme d'éléments cliniques très précieux, reconstituant des souvenirs, des représentations des parents du développement et des débuts des troubles de leur enfant. L'observation directe de l'enfant à partir de l'ADOS investigate les capacités de l'enfant à se mettre en interaction avec l'examineur, capacités à communiquer sur un mode ludique avec des objets et des figurines humaines et animales. Les capacités de l'enfant sont évaluées sur un mode quantitatif et qualitatif. Ces investigations diagnostiques sont souvent utilisées par les Centres Ressources Autisme.

Selon Suarez (2015), pour un approfondissement des constructions du fonctionnement psychique des enfants et des adolescents, les propositions sont les suivantes : un bilan psychologique comprenant des épreuves psychométriques, des épreuves neuropsychologiques (Nepsy), des épreuves mesurant le degré d'attention (TEA-CH), les épreuves visuospatiales (Figure de Rey B ou Complexe, selon l'évolution de l'enfant), des épreuves de dessin, la Dame de Fay ainsi que les échelles d'intensité des autismes (la Cars ou l'Ecar-T). Les épreuves projectives (Rorschach, TAT, CAT, Patte Noire, Scéno-Test) participent à défricher le traitement qualitatif du fonctionnement psychique et ses articulations avec le fonctionnement cognitif. L'intrication des processus primaires et secondaires est bien difficile à apprécier à partir de l'observation clinique stricto sensu. L'intérêt des épreuves projectives est ici indéniable, leur complémentarité montrant, au fil de l'évolution, la nature des constructions psychiques et cognitives.

Leurs gains trop souvent méconnus soutiennent le réajustement des traitements, l'approfondissement des modalités relationnelles développées par l'enfant au service de sa croissance, ou pas. La question de la personnalité post-autistique pose des questions multiples : nous nous référons à la définition de Meltzer (1975, p. 26) « entendant à la fois la personnalité qui existe en dehors de l'état autistique proprement dit et les séquelles de l'autisme infantile précoce ». Cette définition permet de distinguer ce qui perdure comme traces du noyau autistique, comme facteurs primaires, ce qui par ailleurs ouvre vers les articulations de l'image du corps, l'intégration des différenciations d'espaces. Les épreuves projectives contribuent par leurs sollicitations manifestes et latentes à donner des repères sur l'état de la psycho sexualité et ses potentialités de développement si précieuses pour l'avenir du fonctionnement psychique des autismes.

2.1.7. Prise en charge de l'autisme

Selon Oussama (2019), la prise en charge de l'autisme est multidisciplinaire, faisant appel à plusieurs disciplines et méthodes et il est très difficile de ne pas se perdre devant la multiplicité des modes de prises en charge proposées pour répondre aux difficultés des personnes atteintes d'autisme. Il est couramment recommandé que leur prise en charge repose sur trois grands volets dont la part relative est à adapter en fonction des caractéristiques de chaque personne et de son évolution (projet personnalisé).

□ Ces trois volets sont les suivants :

- Educatif, avec pour objectif l'autonomie du sujet.

- Pédagogique, avec pour objectif les apprentissages.
- Thérapeutique, avec pour objectif la santé mentale et physique du sujet.

Le diagnostic posé, la prise en charge de l'enfant autiste, dès le plus jeune âge, constitue une priorité pour lui permettre de continuer toute sa vie, y compris à l'âge adulte. Cette prise en charge est focalisée sur des axes essentiels. Les approches divergent selon les sensibilités théoriques mais il est aujourd'hui unanimement reconnu que la prise en charge se doit d'être individualisée, c'est-à-dire adaptée aux particularités de chaque personne et régulièrement réévaluée en fonction de l'évolution ; suffisamment intense, multidisciplinaire et la plus précoce possible, ainsi que le soulignait en 2008, le rapport du Conseil Consultatif National d'Éthique.

Il n'y a pas aujourd'hui de traitement curatif, mais une série de données qui indiquent depuis plus de quarante ans qu'un accompagnement et une prise en charge individualisés, précoces et adaptés, à la fois sur les plans éducatif, comportemental, et psychologique augmentent significativement les possibilités relationnelles et les capacités d'interaction sociale, le degré d'autonomie, et les possibilités d'acquisition de langage et de moyens de communication non verbale par les enfants atteints d'autisme. Une déclaration des Nations Unies soutenue par la Commission Européenne en février 2005, rappelle le droit des personnes atteintes d'autisme à accéder « à une prise en charge adaptée, à une éducation appropriée, à une assistance qui respecte leur dignité, à une absence de discrimination, à l'intégration sociale, à la protection de leurs droits fondamentaux, à une information honnête concernant les traitements dans leur diversité, et à un accès à ces traitements ».

Le plan autisme (2008-2010) se donne d'ailleurs deux objectifs dans le domaine de la prise en charge :

- Promouvoir une offre d'accueil, de services et de soins cohérents et diversifiés ;
- Expérimenter de nouveaux modèles de prise en charge en garantissant le respect des droits fondamentaux de la personne.

De même, elle préconise également que l'accès aux différentes modalités de prise en charge éducatives, comme l'accès aux différentes modalités thérapeutiques associées, doit se faire dans le cadre d'un véritable processus de choix libre et informé des familles. Les Centres de Ressources Autisme devraient favoriser des partages d'expérience entre les différentes équipes, afin de favoriser, autour du projet éducatif, l'émergence d'alliances indispensables

entre différentes compétences et différentes disciplines centrées sur les besoins de l'enfant et de sa famille.

- **Les différents types de prise en charge chez l'autisme**

- **Prise en charge thérapeutique : la thérapie institutionnelle**

Elle concerne les établissements du secteur médico-social et hospitalier où la prise en charge de l'enfant autiste est globale et assurée par une équipe pluridisciplinaire. Elle est inspirée des théories psychanalytiques. Dans ces établissements, la psychanalyse est utilisée dans le cadre de pratiques très diversifiées, associant des actions de nature éducatives, rééducatives et pédagogiques. La psychothérapie institutionnelle n'est plus alors l'action thérapeutique dans une institution unique, mais l'action entreprise avec tous les acteurs des différentes institutions amenés à s'occuper de l'enfant dans des lieux scolaires, de loisirs et de socialisation. La prise en charge thérapeutique peut également introduire différentes sortes de psychothérapies qui selon Jacques Hochmann « doivent favoriser chez les enfants autistes la relation à autrui et à eux-mêmes en leur donnant les moyens de construire des capacités de représentation et de réinvestir leur appareil psychique. ». On peut citer :

- La psychothérapie individuelle et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique ;
- Les thérapies familiales systémiques qui permettent l'analyse des communications et le rôle de chacun dans la famille ;
- Les thérapies cognitivo-comportementales qui vont chercher à modifier certains comportements inadaptés, dangereux ou source de souffrance.

- **Prise en charge psycho-éducative : programme d'échange et de développement**

Le programme d'échange et de développement a été conçu et mis en place en 1998 par Adrien, Blanc, Couturier, Hameury et Barthélémy du service de pédopsychiatrie du CHU de Tours. Il s'appuie sur une conception neurodéveloppementale de l'autisme selon laquelle les troubles du comportement qui accompagnent cette pathologie seraient la conséquence d'une insuffisance du système nerveux central. Il vise à stimuler des fonctions déficientes, à mobiliser l'activité des systèmes intégrateurs cérébraux pour réaliser des rééducations fonctionnelles. Suivant le terme utilisé par les auteurs, il tend à « débrouiller l'enfant, lui faisant découvrir qu'il peut regarder, écouter, associer. ». La thérapie est individuelle et fait appel à deux thérapeutes spécialisés qui accompagnent et sollicitent l'enfant dans les différentes activités proposées. Les

domaines mobilisés sont l'attention, la perception, l'imitation, l'intention, la communication, le contact, et l'association.

Trois principes règlent la prise en charge :

- La sérénité : il ne doit pas y avoir de source de distraction pour l'enfant. Les objets lui sont présentés un par un ;
- La disponibilité : elle oriente l'enfant vers l'extérieur et facilite les acquisitions libres ;
- La sociabilité : elle favorise l'échange et l'imitation libre. Elle concerne les gestes, la mimique et la voix.

La théorie d'échange et de développement s'intègre le plus souvent dans un cadre pluridisciplinaire. Ainsi les prises en charge sont conjuguées à d'autres actions, comme des rééducations orthophoniques, psychomotrices, des activités scolaires ou encore des séances de psychanalyse.

– - **Prise en charge comportementale et éducative globales**

Aujourd'hui, les prises en charge à visée éducative bénéficient d'une médiatisation importante. Ce sont également les plus demandées par les familles. Ces mouvements ont vu le jour dans les années 1990, dans les pays anglo-saxons avant d'être relayés et développés en France depuis une dizaine d'années seulement. Cette expansion des théories et pratiques éducatives s'est faite sous la pression des familles et des associations désireuses de dépasser la vision purement psychanalytique de l'autisme pour offrir à leur enfant la prise en charge la plus complète et la plus adaptée qui soit. Le recours à des méthodes éducatives globales structurées et adaptées à l'enfant autiste est fondé sur la compréhension des faiblesses et des aptitudes de l'enfant autiste ainsi que sur la connaissance du développement de l'enfant normal. Ces méthodes visent à aider l'enfant autiste à développer au mieux ses compétences tout en trouvant des moyens de compenser ses handicaps. Il existe aujourd'hui de nombreuses méthodes éducatives parmi lesquelles on peut distinguer :

2.1.7.1. Programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children).

Créé aux États-Unis il y a plus de trente ans par Schopler (1966), le programme a pour objectif premier d'améliorer la qualité de vie des autistes au sein de l'environnement familial et scolaire, et de favoriser leur intégration dans la communauté sociale. Il s'appuie sur plusieurs principes fondamentaux :

- La compréhension des sujets se fait à partir de l'observation et non par simple référence à une théorie. Les descriptions cliniques de plus en plus précises, et les outils d'évaluation qui ont été élaborés durant de nombreuses années de recherche permettent de saisir le fonctionnement d'un sujet et d'en tirer les enseignements indispensables pour la mise en place d'une aide efficace.
- L'aide apportée aux personnes autistes demande une adaptation. L'adaptation requise s'effectue dans deux directions complémentaires. Si l'on doit aider l'enfant 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. Les besoins spécifiques de chaque enfant doivent être pris en compte.
- Le travail réalisé avec la personne autiste repose sur une collaboration entre parents et professionnels. D'une part parce que l'adaptation nécessaire pour un plus grand confort de vie des personnes autistes ne concerne pas seulement le milieu spécialisé dans lequel l'enfant est pris en charge. Tous les environnements dans lesquels l'enfant est amené à évoluer doivent être aménagés pour faciliter la compréhension des situations et permettre la progression. Ainsi les apprentissages réalisés dans un contexte doivent pouvoir être transposés à un autre cadre et prendre ainsi du sens parce qu'ils deviennent fonctionnels et sont utilisés dans la vie de tous les jours. D'autre part parce que les parents connaissent leur enfant mieux que quiconque et qu'il vit avec eux au quotidien. Les objectifs à atteindre et les stratégies à mettre en œuvre pour l'épanouissement de l'enfant sont donc définis en commun.
- L'enseignement proposé aux personnes autistes est structuré. Les effets de la structuration de l'environnement sur l'apprentissage et l'adaptation des personnes autistes sont maintenant bien connus. Il s'agit de connaître leurs points faibles (organiser l'information, comprendre l'environnement) tout en utilisant leurs points forts : l'intégration de l'information visuelle et la mémorisation des informations simultanées, surtout lorsqu'elles sont liées à leurs préoccupations. Ainsi les systèmes d'aide visuelle sont beaucoup utilisés car ils permettent d'adapter le milieu en le rendant plus lisible.
- L'approche est positive et vise la valorisation des potentialités mais avec l'acceptation des déficits. Les points forts et les capacités en émergence sont les premiers centres d'intérêt car ils permettent de renforcer plus facilement l'enfant mis en situation de réussite. Les compétences particulières des autistes, même si elles s'attachent souvent à des intérêts restreints et

stéréotypés, sont ainsi source de valorisation et doivent constituer un point d'appui pour l'apprentissage.

- Le travail réalisé avec les personnes autistes s'appuie sur une approche développementale. Les compétences à acquérir sont toujours replacées dans le contexte du développement individuel. La progression est planifiée en fonction de la maturité du sujet et de son degré de préparation pour aborder une nouvelle étape. Les situations d'apprentissage sont organisées de manière à favoriser la réussite rapide et le renforcement qui en résulte. La généralisation des compétences acquises n'est pas spontanée chez les personnes autistes. Elle est partie intégrante du programme d'apprentissage, la transposition à d'autres situations étant toujours préparée afin de rendre l'apprentissage fonctionnel. Les techniques issues du modèle comportemental (fractionnement des tâches et modelage, participation guidée, etc.) sont utilisées dans les séquences d'apprentissage.

- L'approche du sujet est globale, c'est la garantie d'une aide la plus efficace possible. L'optique développée à la Division TEACCH est dite « généraliste » tous les professionnels intervenants doivent avoir une connaissance globale de l'autisme et des différents problèmes qu'engendre cette pathologie pour agir au plus près des besoins du sujet.

Ce programme obtient actuellement un vif succès auprès des professionnels et des familles. Ses détracteurs lui reprochent cependant de travailler plus à l'adaptation de l'environnement à la personne autiste qu'à l'adaptation de la personne autiste à l'environnement et donc de laisser des comportements inadaptés se cristalliser et faire barrage à une pleine insertion dans la société.

2.1.7.2. L'ABA (Applied Behavior Analysis, ou Analyse Comportementale Appliquée)

La méthode ABA est initiée par Lovaas (1960), docteur en psychologie. L'objectif est de permettre aux enfants autistes de progresser naturellement dans leurs apprentissages grâce aux relations qu'ils entretiennent avec leur environnement. Elle aide l'enfant à gérer ses comportements pour qu'il devienne de plus en plus autonome et à s'intégrer dans la société. La méthode ABA est un traitement comportemental de prise en charge des enfants autistes, et il fait partie des programmes d'intervention précoce. Cette approche vise la modification du comportement via le renforcement, avec l'utilisation de procédures (guidances, chaînages, incitations...). L'ABA se définit comme étant un traitement comportemental reposant sur les sciences du comportement. L'analyse appliquée du comportement est une branche de la psychologie qui s'appuie donc sur les principes de l'apprentissage pour résoudre des problèmes

de la santé mentale et pour améliorer la façon dont les individus agissent au quotidien (Baer et al, 1967, 1987, Fawcett, 1991). L'ABA se concentre sur le comportement manifeste plutôt que sur des états mentaux supposés, et cherche à identifier ce qui, dans l'environnement influence le comportement des individus.

Ce programme est actuellement le plus médiatique concernant la prise en charge de l'autisme. Il est également, selon ses partisans, le plus efficace auprès des jeunes enfants. Le programme ABA applique les théories de « l'apprentissage par conditionnement opérant » de Skinner et Watson. Il s'appuie sur le principe selon lequel les enfants qui se développent de façon normale apprennent spontanément dans leur environnement naturel (apprentissage du jeu, du langage, des relations sociales) alors que les enfants autistes sont capables d'apprendre, mais dans un cadre particulièrement structuré, dans lequel les conditions sont optimales pour développer les mêmes compétences que les autres enfants.

L'ABA comporte un programme intensif de techniques de modification du comportement par l'augmentation des comportements jugés adaptés, la diminution des comportements jugés inadaptés et de développement de compétences dans les domaines de l'attention, le langage réceptif et expressif, l'association, les habiletés motrices globales et fines, les jeux et loisirs, les compétences sociales, l'autonomie, l'intégration en communauté, les connaissances préscolaires et scolaires. Elle se base sur ces différents principes :

- L'enseignement se fait par petites étapes : chaque compétence que l'on souhaite développer chez l'enfant est analysée en petites unités mesurables et enseignée par étapes. On passe idéalement de la situation d'apprentissage « un pour un » (un adulte pour un enfant), à la situation de petits groupes puis à la situation en groupe plus large ;
- L'environnement doit être structuré dans un premier temps sans trop de stimulations parasites. Puis, les acquisitions émergentes sont répétées et renforcées dans des situations moins structurées. Celles-ci doivent cependant être préparées avec soin et se reproduire fréquemment ;
- Lors de tout apprentissage, il est primordial de toujours tenir compte de la motivation et des intérêts de l'enfant pour qu'il prenne plaisir à apprendre et à découvrir ce qui l'entoure. C'est le moteur même de sa réussite et de ses progrès. De plus, les progrès, les encouragements constants, les félicitations vont donner à l'enfant une image valorisante et structurante de lui-même ce qui contribuera encore à favoriser son développement et son envie d'apprendre ;

- Les parents pourront participer activement en recevant conseils et orientation du psychologue et du personnel encadrant ainsi qu'éventuellement une formation spécifique pour pouvoir appliquer le programme à domicile dans un but de généralisation, de continuité et de cohérence. C'est la généralisation des apprentissages concrets acquis dans l'établissement et extrapolés dans l'environnement quotidien/social qui viendra participer au développement et renforcement des mécanismes et compétences recherchés.

Cette méthode propose deux types d'enseignement :

- D'une part **l'enseignement « structuré »** : lors duquel l'enfant est assis au bureau comme lors d'enseignement classique. L'apprentissage est décomposé initialement en séances, répétées en successions rapides jusqu'à ce que l'enfant réussisse à répondre correctement sans guidance ou aide particulière.
- D'autre part, **l'enseignement « incidentale »** (qui s'applique partout et à tout moment) : il s'agit ici de guider l'enfant lors d'activités, de jeux, de loisirs afin de l'aider à jouer, à expérimenter et à découvrir son environnement. Il intervient aussi lors des moments propices à l'apprentissage de l'autonomie personnelle comme les repas, la toilette, la propreté et enfin lors des moments concernant l'autonomie et l'intégration sociale comme les repas en collectivité, les activités de groupe, les sorties en société...

L'ABA connaît aussi ses détracteurs qui lui reprochent d'utiliser le conditionnement de manière trop intensive et parfois trop « âpre » auprès d'enfants fragiles, en ignorant leurs problèmes sensoriels ou leurs difficultés de fonctionnement.

2.1.7.3. Méthode PECS (Picture Exchange Communication System ou Système de communication par échange d'image)

Bondy et Frost, (1994), (Delaware US) ont développé un outil de communication appelé PECS. La méthode PECS consiste pour l'enfant à remettre à son interlocuteur l'image de l'objet qu'il désire obtenir en échange. La méthode PECS aide à initier le langage. Elle vise les déficits sociaux et de communication de l'autisme. Elle est appropriée pour les enfants non verbaux ou préverbaux et pour les enfants avec un QI non-verbal plus élevé que le QI verbal. La sémantique de la méthode PECS ressemble davantage à un langage parlé au langage par signes. Lorsque l'enfant n'acquiert pas le langage verbal, il faut lui proposer des moyens alternatifs et augmentatifs de la communication. Dans l'autisme, ce sont toutes les facettes de la communication qui sont atteintes.

Selon le niveau de handicap, les trois principales approches sont :

1. Améliorer le langage verbal (c'est l'idéal, mais pas toujours faisable)
2. Enseigner l'utilisation d'images pour communiquer (PECS)
3. Enseigner le langage des signes

La méthode PECS est un système de communication par échange d'image qui permet de suppléer ou d'augmenter la communication des enfants ayant des troubles autistiques ou présentant un déficit de la communication sociale.

- Les objectifs de la méthode PECS sont de permettre à l'enfant d'apprendre à initier lui-même une interaction communicative de manière spontanée, aider l'enfant à comprendre les fonctions de la communication, développer ses compétences pour la communication.

- Implantation et application du PECS sont de reconnaître que les jeunes enfants autistes ne sont pas vraiment influencés par les récompenses sociales, de débiter l'apprentissage par des actions fonctionnelles qui mettent l'enfant en contact avec des récompenses significatives, de commencer avec des échanges assistés et de procéder selon une hiérarchie en huit phases. En utilisant le P.E.C.S., les enfants apprennent à venir chercher leur interlocuteur pour lui remettre l'image de l'objet ou de l'activité qu'ils désirent, en échange de cet objet ou activité. Dans un premier temps, l'enfant initie un comportement de communication pour faire une demande. Puis on va lui enseigner à étoffer cette demande en construisant une phrase simple en images (ou pictogramme). Ensuite, on apprend à l'enfant à faire un commentaire sur ce qu'il voit et perçoit. Enfin, on enseigne à l'enfant de nombreux concepts linguistiques :

- Couleur • Taille • Espace • Différenciation des différentes questions posées (qu'est-ce que c'est ? qu'est-ce que tu vois ? etc...) • Oui/non • Suivre une consigne avec images • Suivre un emploi du temps (en images).

On peut poursuivre les apprentissages en créant des phrases de plus en plus longues et en introduisant des concepts permettant à l'enfant d'établir une communication de plus en plus précise. Après un certain temps d'utilisation du P.E.C.S., une grande proportion d'enfants développe le langage oral. La méthode PECS fait partie des méthodes comportementales puisqu'elle utilise des techniques de renforcement positif pour augmenter l'occurrence des comportements souhaités (communication). Le PECS a été validé dès l'âge de dix-huit mois, et peut être amorcé à tout âge de la vie.

2.2. ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE

2.2.1. Accompagnement clinique selon les travaux de Cifali (2010)

Cifali (2010), s'intéresse à une approche de la psychologie clinique. Il est question de la prise en charge des personnes en souffrance et de la nécessité d'accompagner leur processus de transformation et d'évolution. Elle soutient tout d'abord que l'accompagnement psychologique est essentiel, il faut mettre l'accent sur l'importance de la présence et de l'écoute empathique du thérapeute pour aider les individus à traverser les épreuves de la vie, à mieux se comprendre et à trouver des solutions à leurs problèmes. Il faut permettre également de favoriser le développement personnel et la résilience des personnes en difficulté. Il est aussi question de prendre en compte le vécu, les émotions et la singularité de la personne à prendre en charge pour favoriser le bien-être et l'évolution des individus. Elle souligne également l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et sociale dans l'accompagnement, ainsi que la nécessité d'une approche collaboratrice et participante où le patient est acteur de sa propre guérison. Enfin, elle met en avant l'importance de la créativité et de l'innovation dans les pratiques d'accompagnement pour permettre une réponse adaptée aux besoins et aux spécificités de chaque individu. Elle déclare que : « quelle que soit la difficulté ou l'épreuve, l'accompagnant a la nécessité de s'y repérer pour ne pas sombrer avec, d'être dedans mais aussi dehors, de s'engager sans s'y perdre : travail psychique afin de maintenir une bonne distance, une juste mesure. Certaines qualités d'être et de savoir sont importantes : fiabilité, authenticité, sincérité, discernement, fidélité, capacité de sortir de soi, intelligence de l'instant sont nécessaires ».

L'intention principale de Cifali est de favoriser la réflexion et l'auto analyse des praticiens pour améliorer leur pratique et leur posture professionnelle. Elle propose des interventions centrées sur la prise de conscience des processus internes qui influencent les interactions avec les patients, les équipes et les institutions. Ses résultats sont marqués par une amélioration de la qualité des pratiques professionnelles, une meilleure compréhension des dynamiques relationnelles en jeu et une évolution positive des compétences des praticiens.

Cependant, les limites dans les travaux de recherche de Cifali peuvent notamment résider dans les difficultés à mettre en place des interventions individualisées et adaptées à chaque personne, en raison des contraintes organisationnelles et de ressources limitées dans les cliniques. De plus le manque de formation spécifique des professionnels de l'accompagnement peut également être considéré comme une limite car cela peut limiter leur capacité à mettre en pratique une approche centrée sur la personne de manière efficace. Enfin, certaines personnes

peuvent ne pas être réceptives à ce type d'approche et préférer des approches plus directes ou structurées.

Ainsi, il serait intéressant d'intégrer des approches systémiques et interdisciplinaires dans la réflexion sur l'accompagnement. En tenant compte des interactions entre l'individu, son environnement social, culturel et institutionnel. Développer des pratiques d'accompagnement plus holistique et inclusif serait une possibilité. De même, la collaboration avec des professionnels issus des différents domaines pourrait enrichir la réflexion et permettre de concevoir des dispositifs d'accompagnement plus adaptés aux enjeux contemporains.

Selon la pensée de Cifali (2010), en lien avec notre sujet de recherche, elle met en avant l'importance de la prise en compte de la singularité de chaque individu dans l'accompagnement clinique. De même, cette approche, permet de mieux comprendre les spécificités de chaque enfant autiste et les stratégies d'adaptation de l'accompagnement clinique en conséquence qui aident à développer les capacités de mémorisation. La singularité aussi favorise le bien être psychique et sa confiance en lui.

2.2.2. Accompagnement clinique selon les travaux de Basco (2012)

Selon Basco (2012), ses intérêts sont portés sur l'éducation et la formation professionnelle, ainsi que la difficulté rencontrée par les individus à maintenir leur vigilance et persévérance tout au long de leur parcours de formation. Il pense que la démarche clinique basée sur l'écoute et l'observation des besoins et des réactions de l'apprenant permet de mieux accompagner les individus dans le développement de leur vigilance et persévérance ; ce sont des qualités essentielles pour garantir un accompagnement efficace des apprenants. Il encourage les accompagnateurs à être attentifs aux besoins et aux progrès des apprenants, et à persévérer dans leur démarche malgré les obstacles rencontrés.

Cependant, cette approche a un risque, celui de mettre beaucoup plus l'accent sur les performances et les résultats, au détriment du bien-être et du développement global des apprenants. Cela pourra nuire à la prise en compte des dimensions relationnelles, collectives et émotionnelles de l'accompagnement en formation. Il y a une possibilité que cela entraîne une pression accrue sur les apprenants et une focalisation excessive sur la réussite individuelle, au détriment des valeurs telles que la collaboration, la créativité et l'autonomie.

Ainsi, pour combler ces limites, il est question d'adopter une approche plus holistique et inclusive de l'accompagnement en prenant en compte les besoins et les aspirations des apprenants dans leur globalité. Cela pourrait impliquer de favoriser le développement des

compétences relationnelles, collaboratives et émotionnelles des accompagnateurs, afin de favoriser des relations de confiance et d'empathie avec les apprenants. Par ailleurs, l'intégration des approches plus diversifiées et inclusives dans les pratiques d'accompagnement en formation est importante dans la prise en compte de la diversité des apprenants sur le plan social et culturel et en favorisant des modes d'accompagnement adaptés pour chacun. Enfin, la réflexion critique serait utile sur les pratiques d'accompagnement, en favorisant le questionnement, l'ouverture à la diversité des points de vue et la remise en question des modèles préétablis. Cela pourra enrichir les pratiques d'accompagnement en les rendant plus inclusives.

L'approche clinique préconisée par Basco (2012), dans notre sujet d'étude peut contribuer à améliorer l'efficacité de l'accompagnement des enfants autistes dans l'acquisition des capacités de mémorisation, en permettant aux accompagnants d'adapter leurs interventions de manière personnalisée et adaptée aux besoins spécifiques de chacun. La vigilance permettra de détecter les éventuels blocages ou difficultés rencontrées par l'enfant tandis que la persévérance les aidera à mettre en place des stratégies efficaces pour favoriser son apprentissage et sa mémorisation.

2.2.3. Accompagnement clinique selon les travaux de Blanchard (2013)

Selon Blanchard (2013), ses travaux en psychologie clinique concernent l'étude de l'accompagnement thérapeutique. L'auteur explore la notion de capacité négative en tant que concept psychanalytique et philosophique, dans la manière dont les aspects négatifs des personnes sont abordés et intégrés dans le processus de thérapie. Elle évalue comment ces aspects peuvent être utilisés comme moteur de transformation et de croissance personnelle, plutôt comme étant simplement les obstacles à surmonter. Elle pense donc que la capacité négative des individus peut-être une ressource importante dans le processus thérapeutique, permettant de travailler sur les blocages et les souffrances profondes et favorisant ainsi un véritable travail de transformation et de guérison. Elle met en avant la nécessité de reconnaître et d'accepter la souffrance, la résistance ou les difficultés rencontrées par les patients afin de les accompagner de manière plus adaptée et bienveillante. Son intention est de souligner l'importance de savoir être présent aux côtés des patients dans leurs moments de difficulté, sans chercher à les guider ou à leur imposer des solutions. Elle propose une vision de l'accompagnement clinique qui met l'accent sur la collaboration et l'autonomie des patients et qui prend en compte la dimension humaine et relationnelle de la relation thérapeutique.

Les résultats de cette approche sont multiples, à savoir le renforcement du lien thérapeutique, la diminution de la souffrance psychique, l'augmentation de la résilience des patients, l'amélioration de leur capacité à gérer leurs émotions

Par ailleurs. Le risque à ce niveau est de tomber dans une forme de complaisance ou de victimisation, ou les patients seraient encouragés à se cantonner dans leur souffrance, sans chercher à s'en libérer ou à la dépasser. En effet, l'accent mis sur les aspects négatifs et les limites des patients pourrait parfois occulter le potentiel de résilience et de transformation de ces derniers.

Dans l'accompagnement de Blanchard (2013), il serait important d'intégrer une approche plus globale et équilibrée, qui prendrait en compte à la fois les difficultés et les ressources des patients. Il conviendrait notamment d'encourager ces derniers à explorer leurs capacités de résilience, d'adaptation et de changement, tout en les accompagnant dans la reconnaissance et la gestion de leurs limites et de leurs souffrances. Il s'agirait ainsi de favoriser un équilibre entre la prise en compte des aspects négatifs et des potentiels positifs des patients, dans une perspective de croissance et d'évolution personnelle.

Selon Blanchard (2013), l'importance de la prise en compte des difficultés et des limitations des personnes en situation de handicap sont mis en avant, notamment chez les enfants autistes. Elle souligne que l'accompagnement clinique doit être personnalisé, adapté aux besoins spécifiques de chaque individu et permettre de trouver des solutions adaptées à leurs capacités et leurs contraintes. Cet accompagnement permet de développer des stratégies d'apprentissage adaptées en tenant compte des spécificités et en valorisant leurs capacités. Cette approche centrée sur l'accompagnement clinique pourra donc favoriser une approche individualisée et bienveillante tout en se concentrant sur le développement des compétences et des ressources de chacun.

2.2.4. Accompagnement clinique selon les travaux de Casado (2020)

Selon Casado (2020), ses travaux se concentrent sur les interactions entre le sujet autiste, son environnement et les professionnels de santé ou éducatifs qui l'entourent. Le problème posé est la difficulté à accompagner de manière adaptée les personnes atteintes de TED, en raison de la diversité des symptômes et de leurs besoins individuels. Il soutient que la micro clinique constitue un outil efficace pour mieux comprendre et accompagner les sujets autistes. En se concentrant sur les interactions et les dynamiques à petite échelle, cette approche permet aux professionnels de santé et éducatifs de mieux cerner les besoins spécifiques et adapter leur

accompagnement en conséquence. Cela favorise donc une prise en charge individualisée et holistique permettant ainsi de développer leur potentiel et de participer pleinement à la vie en société.

Cependant, cette approche peut parfois manquer de rigueur scientifique et de cadre théorique solide. En effet, l'auteur ne précise pas toujours les bases théoriques sur lesquelles il s'appuie pour élaborer son dispositif d'accompagnement. De plus, il est important de rappeler que les TED sont des troubles complexes et hétérogènes, qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire et individualisée. Pour se faire, il serait utile d'intégrer des théories et des données scientifiques issues de la recherche en psychologie et en neurosciences pour étayer les propositions de Casado. Il serait bénéfique d'inclure d'autres professionnels de la santé mentale dans la réflexion et la mise en place de ce dispositif d'accompagnement, afin de garantir une approche complète et pluridisciplinaire. Enfin, mener des évaluations régulières serait important, de même des études de cas pour évaluer l'efficacité et la pertinence de ce dispositif.

L'approche de Casado permet de fournir un soutien spécifique et adapté aux besoins des sujets atteints de troubles du spectre de l'autisme. Elle propose une approche individualisée et personnalisée pour accompagner les enfants autistes dans leur développement cognitif, sensoriel et émotionnel. Elle offre également des outils et des ressources pour aider à renforcer les capacités de mémorisation de ces enfants, en favorisant leur développement global, en adaptant les informations et en favorisant des stratégies d'apprentissage adaptées à leurs besoins spécifiques. Cela pourra aussi être un outil précieux pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie de ces enfants.

2.2.5. Accompagnement clinique selon les travaux de Vergnaud (1998)

Vergnaud (1998), examine les procédés selon lesquelles les individus peuvent être aidés à apprendre de manière efficace et à progresser dans leurs apprentissages. Le problème est celui de l'efficacité des dispositifs d'accompagnement dans les processus d'apprentissage. Il soutient que l'accompagnement est un élément clef dans les processus d'apprentissage et de formation. Les formateurs et accompagnants ont un rôle essentiel à jouer pour aider les apprenants à développer leurs compétences et à atteindre leurs objectifs d'apprentissage. La prise en compte des besoins spécifiques et des caractéristiques individuels des apprenants dans l'élaboration des dispositifs d'accompagnement est importante pour favoriser leur développement cognitif.

Cependant, il peut surgir le risque de sous-estimer l'importance des dimensions affectives et sociales dans le processus d'apprentissage. En effet, l'accompagnement ne se

réduit pas uniquement à une transmission de savoir et de compétences, mais doit également prendre en compte les émotions, les interactions sociales et les contextes dans lesquels se déroulent les apprentissages. Il serait donc intéressant d'intégrer des approches plus globales et holistiques de l'accompagnement, en tenant compte des dimensions affectives, sociales et motivationnelles des apprenants. Il serait également pertinent d'inclure des méthodes et des outils permettant de prendre en compte des aspects dans la conception des dispositifs de formation. Enfin, la collaboration avec les professionnels de différents domaines (psychologie, sociologie etc.), pourrait enrichir la réflexion sur l'accompagnement et permettre de développer des pratiques plus inclusives et efficaces.

Pour Vergnaud (1998), il est question de prendre en compte les spécificités de chaque individu dans son processus d'apprentissage et de formation ce qui est crucial dans le domaine de l'autisme ou les besoins peuvent être différents d'un enfant à l'autre. De même les professionnels de la santé en se basant sur ses principes d'enseignement pourront adapter leur approche pour favoriser une meilleure acquisition des capacités de mémorisation des enfants autistes et pourront mieux comprendre les spécificités de chacun et mettre en place des stratégies et des outils adaptés à leurs besoins.

Au regard de tout ce qui précède sur l'accompagnement clinique, plusieurs auteurs s'y intéressent et révèlent chacun sa pensée pour trouver des solutions ou pour chercher à améliorer la prise en charge que ce soit pour les enfants en situation, pour les formations ou pour les apprentissages. Il s'avère que les limites s'y trouvent dans chacune des pensées. Cependant, leur objectif visé est la prise en compte des enfants autistes basée sur l'accompagnement clinique pour favoriser l'acquisition des capacités de mémorisation dans un soutien adapté, personnalisé et individualisé. Pour développer leurs compétences sociales, améliorer leur communication, renforcer leur estime de soi et leur permettre de s'autonomiser, il faut une approche globale et cohérente qui permet d'optimiser les progrès de l'enfant sur tous les plans. Apporter de l'aide pour surmonter les difficultés et s'épanouir dans leur environnement scolaire grâce à un suivi régulier, individualisé en rapport à leurs besoins spécifiques.

2.3. MEMOIRE ET ACQUISITION DES CAPACITES DE MEMORISATION CHEZ L'ENFANT AUTISTE

2.3.1. La mémoire

2.3.1.1. Définition

Selon Chacter (1996), la mémoire est la capacité de se souvenir du passé, de retenir des informations et de les récupérer lorsque cela est nécessaire. La mémoire est un terme qui fait

référence à une capacité mentale dont la fonction est d'encoder, de stocker et de récupérer des informations. Autrement dit. Elle nous permet de stocker des expériences telles que des sentiments, des évènements, des images ou des idées en nous. Bref, tout élément qui appartient à notre passé.

Baddeley (1997), pense que la mémoire est un système complexe qui permet de stocker, de retenir et de récupérer des informations, et qui est essentiel pour l'apprentissage, la perception et la cognition. La mémoire est une aptitude cognitive qui nous permet d'acquérir des informations, de les stocker et de les rappeler tout au long de notre vie. Grâce à elle, nous emmagasinons des savoir-faire, des connaissances sur notre vécu et sur le monde qui nous entoure. En plus de participer à notre identité, la mémoire a une fonction adaptative car nous sommes capables de réutiliser des informations mémorisées pour ajuster notre comportement présent et anticiper nos actions futures. Dans ce domaine de recherche, une des questions les plus actuelles des Neurosciences est de comprendre comment un souvenir se forme et où il est stocké dans le cerveau pour être ensuite rappelé à des moments clés de notre vie.

2.3.1.2. Types de mémoire.

Selon l'Institut Nationale de la santé et de la Recherche Médicale (2019), la mémoire permet d'enregistrer des informations venant des expériences et des évènements divers, de les conserver et de les restituer. Différents réseaux neuronaux sont impliqués dans de multiples formes de mémorisation. La meilleure connaissance de ces processus améliore la compréhension de certains troubles mnésiques et ouvre la voie à des interventions auprès des patients et de leur famille. C'est donc la fonction qui nous permet d'intégrer, conserver et restituer des informations pour inter agir avec notre environnement. Elle rassemble les savoir-faire, les connaissances, les souvenirs. Elle est indispensable à la réflexion et à la projection de chacun dans le futur. Elle fournit la base de notre identité. La mémoire se compose donc de cinq systèmes interconnectés, impliquant des réseaux neuronaux distincts : la mémoire de travail (à court terme) est au cœur du réseau, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique sont deux systèmes de représentation consciente à long terme, la mémoire procédurale permet des automatismes inconscients, la mémoire perceptive est liée aux différentes modalités sensorielles. C'est ainsi qu'en dehors de la mémoire de travail, les autres sont rassemblées sous le nom générique de mémoire à long terme. Par ailleurs, on distingue souvent les mémoires explicites (épisodique et sémantique) des mémoires implicites (procédurale et perceptive).

Ainsi donc, en fonction des types de mémoire, Baddeley (2007) a proposé une classification de la mémoire en 5 :

- La mémoire sensorielle est un type de mémoire qui concerne les informations sensorielles qui sont stockées brièvement dans la mémoire après la fin de la stimulation sensorielle. Selon lui c'est une composante importante du système de traitement de l'information, car elle permet de maintenir les informations sensorielles pendant une courte période de temps pour permettre leur traitement et leur interprétation. Il distingue deux sortes à savoir : la mémoire iconique qui concerne les informations visuelles et la mémoire échoïque qui concerne les informations auditives qui sont stockées brièvement dans la mémoire.
- La mémoire à court terme est un système de stockage temporaire qui permet de maintenir des informations pendant une période courte de temps, généralement quelques secondes ou minutes. Selon lui c'est une composante importante de la mémoire de travail qui est responsable de la manipulation et du traitement des informations.
- La mémoire de travail (MT) est un système cognitif qui permet de maintenir et de manipuler des informations temporaires pour effectuer des tâches cognitives complexes. C'est un système qui joue un rôle central dans la cognition humaine, car elle permet de stocker et de traiter des informations de manière temporaire pour prendre des décisions, résoudre des problèmes et effectuer des tâches cognitives. Elle est composée de plusieurs sous-systèmes : boucle phonologique, calepin visuo-spatial, administrateur central.
- La mémoire épisodique est un type de mémoire à long terme qui concerne les événements spécifiques et les expériences personnelles qui sont stockées dans la mémoire avec leur contexte temporel et spatial. C'est un système qui permet de se souvenir d'événements passés et de les revivre mentalement.
- La mémoire procédurale est un type de mémoire à long terme qui concerne les compétences et les habitudes motrices. C'est un système qui permet d'acquérir et de stocker des procédures et des compétences motrices, telles que la conduite d'un véhicule, le jeu d'un instrument de musique ou la pratique d'un sport.

2.3.1.3. Fonctionnement de la mémoire

Selon Atkinson et Shiffrin (1968), le fonctionnement de la mémoire est décrit comme un processus en trois étapes à savoir : la mémoire sensorielle où les informations sensorielles sont stockées brièvement ; la mémoire à court terme : les informations sont stockées temporairement

et peuvent être répétées pour être consolidées ; et la mémoire à long terme : les informations sont stockées de manière permanente.

Selon Baddeley (1986), le fonctionnement de la mémoire est décrit à travers le modèle de la mémoire de travail (la mémoire à court terme) qui comprend : l'administrateur central qui est responsable de la coordination et du contrôle des informations, la boucle phonologique qui est responsable du traitement et de la rétention des informations verbales, le calepin visuo-spatial qui est responsable du traitement et de la rétention, des informations visuelles et spatiales.

Pour Mottron (2004), les mécanismes fonctionnels qui sous-tendent les perturbations de la mémoire chez les sujets avec autisme étudiés semblent être des anomalies des stratégies d'organisation du matériel à mémoriser, moins lors de l'encodage de l'information que lors de sa récupération. Ces anomalies sont d'autant plus apparentes que sont requises des capacités de traitement de l'information complexe. Ces anomalies du fonctionnement de la mémoire des sujets avec autisme pourraient être reliées au déficit des fonctions exécutives, comme la flexibilité cognitive et la planification de l'action, décrites chez ces sujets, mais des études testant spécifiquement cette hypothèse sont nécessaires. La théorie du manque de cohérence centrale dans l'autisme, qui rend compte de la supériorité du traitement de l'information locale et factuelle sur le traitement de l'information globale et contextuelle, pourrait également expliquer les anomalies de la mémorisation de certains types d'information contextuelle, en particulier ses aspects sociaux qui sont les plus complexes.

Le lien entre des déficits repérés et les symptômes cliniques de l'autisme reste à approfondir. Le profil des points de force et de faiblesse de la mémoire chez les sujets avec autisme explique leurs difficultés à retenir toutes les informations de stimuli complexes comme des scènes sociales, des phrases compliquées ou des histoires. Ces difficultés peuvent contribuer à un fonctionnement moins bien adapté dans la communication sociale et la résolution de problèmes. Leur mémorisation pourrait être améliorée en réduisant la quantité d'informations présentées simultanément, en les simplifiant ou en augmentant le temps de traitement de ces informations. Les déficits retrouvés pour l'effet de référence à soi et la mémorisation des événements personnellement vécus sont sans doute à mettre en lien avec les difficultés dans les processus impliquant la conscience de soi et la construction de leur identité personnelle. Le déficit dans le développement d'une théorie de l'esprit, décrit chez les enfants avec autisme, leur rend difficile l'accès à une expérience consciente de savoir ce que soi-même ou l'autre sait et pourrait permettre d'expliquer les anomalies en mémoire épisodique personnelle.

L'étude des capacités mnésiques des sujets avec autisme permet de mieux comprendre leur fonctionnement psychique, encore difficilement appréhendable par bien des aspects. D'où l'intérêt de poursuivre ces études cognitives afin de repérer les compétences préservées voire supérieures, comme certaines capacités mnésiques, qui peuvent être utilisées pour favoriser les apprentissages et servir de support dans un travail d'insertion sociale.

2.3.1.4. Mémoire et cognition dans l'autisme

Selon Fritz (2003), les personnes autistes présentent des forces et des faiblesses spécifiques dans le traitement de l'information. Certains peuvent avoir une excellence mémoire pour les détails qui appelée la mémoire détaillée. D'autres par contre ont des difficultés avec la théorie de l'esprit car ils éprouvent des difficultés à comprendre les pensées et les intentions des autres.

La mémoire et plus largement l'identité impliquent des processus discutés dans les théories cognitives majeures de l'autisme : l'hypothèse de défaut de théorie de l'esprit, de dysfonctionnement exécutif, de cohérence centrale et les particularités perceptives. Le défaut de la cognition sociale se traduit notamment par des difficultés de compréhension de ses propres croyances et ressentis émotionnels, ainsi que ceux des autres, participe à réduire la production de détails phénoménologiques. Les difficultés de communication verbale, d'interactions sociales et de socialisation perturbent également l'élaboration et la consolidation des souvenirs. Un lien a également été mis en évidence entre le défaut du « contrôle exécutif » et les performances en mémoire et plus particulièrement, dans l'accès à l'information stockée ou l'organisation de l'information en mémoire. Dans les TSA, une corrélation positive a été observée entre les performances à une tâche de fluence autobiographique et les capacités de flexibilité cognitive. Ainsi, les souvenirs vécus comme des faits généraux pourraient résulter en partie de difficultés de flexibilité et d'inhibition des informations interférentes. Par ailleurs, les difficultés de projection ont été associées à un défaut d'initiation, de planification, de flexibilité et à la capacité de régulation de soi qui gênent la recombinaison d'éléments de plusieurs souvenirs pour imaginer un nouvel événement. À ces difficultés, s'ajoutent des anomalies de perception du temps rendant difficile le voyage mental dans le temps et une diminution de l'imaginaire.

Mottron (2006), pense que l'autisme n'est pas simplement un déficit, mais plutôt une forme d'intelligence différente avec des forces et des faiblesses. Les personnes autistes peuvent présenter une perception et une mémoire renforcée en ayant des capacités de perception et de

mémoire supérieures pour certains types d'informations. Ils peuvent aussi utiliser des stratégies cognitives différentes pour traiter les informations,

La perturbation de la mémoire tant pour les souvenirs que les pensées futures, pourrait également provenir de difficultés d'association des éléments constitutifs du souvenir autobiographique. Ce manque d'association et d'organisation des souvenirs fragiliserait leur stockage et leur récupération. En effet, les souvenirs seraient stockés comme des éléments isolés, par ordre chronologique et sans lien avec des connaissances dans des domaines thématiques similaires ou connexes et cela ne permettrait pas de créer une représentation cohérente. Par exemple, les enfants autistes ne présentent pas d'amélioration de leurs performances quand les items à encoder sont liés sémantiquement, contrairement aux témoins. Ces anomalies renvoient au défaut de cohérence centrale, les enfants autistes voient et enregistrent des informations isolées mais font difficilement le lien entre ces différentes informations ou situations.

En effet, un enfant normal qui se retrouve face à une situation nouvelle va tout d'abord rechercher si cette situation ressemble à une autre déjà vécue pour adapter son comportement, notamment en mobilisant ses fonctions exécutives. Le comportement est ainsi sans arrêt modifié pour nos expériences. A contrario, chez les enfants autistes, il n'y a pas de comparaison avec une situation proche ou équivalente, toutes les situations sont vécues comme étant nouvelles. Ce processus est très coûteux et angoissant, ce qui expliquerait leur peur du changement et la mise en place de routines qui rassurent.

La mémoire est donc un processus complexe et dynamique mobilisant différentes fonctions cognitives. Pour ces raisons, la mémoire se révèle être un objet tout à fait pertinent de prise en charge, permettant de travailler de multiples processus cognitifs, émotionnels et identitaires.

2.3.2. Capacités de mémorisation dans l'autisme.

2.3.2.1. Les capacités de mémorisation selon Baleyte (2021)

Baleyte (2021), dans « mémoire et autisme, des liens particuliers : vers une piste de traitement ? » pense que l'autisme n'est pas une maladie de la mémoire et qu'en revanche la mémoire est un carrefour qui mobilise l'ensemble des fonctions cérébrales, une fenêtre ouverte sur la pensée et l'identité de l'individu. Elle permet de se référer à des moments fondateurs de sa vie avec une richesse d'évocation en associant les sens, les émotions, la mémoire des lieux et du temps. En effet, dans l'autisme, ses associations qui constituent la mémoire

autobiographique sont altérées et cela a des conséquences sur la construction de l'identité de la personne. La mémoire chez la personne autistique a certaines particularités. Elle est construite comme le relève Baleyte (2021) en morceaux, un peu à l'emporte-pièce, comme des mémoires partielles. Les souvenirs peuvent correspondre à des sensations exacerbées (une lumière, un bruit, un son, un mot, une phrase, un rire...) sans la richesse contextuelle qui permet de les restituer dans le temps et dans le lieu. En revanche, la mémoire sémantique est souvent conservée car chez certains l'on observe une mémoire photographique qui permet de reproduire de manière littérale les sensorialités ou les connaissances apprises. Cela résulte à la fois d'intérêts restreints et des facultés sensorielles exceptionnelles. Comme certains jeunes qui ont l'oreille absolue ou un jeune artiste capable de redessiner de mémoire tous les détails d'une ville qu'il a juste survolée. Ce sont des performances qu'on voit notamment chez les personnes avec autisme comme les « Asperger », c'est-à-dire sans déficience intellectuelle associée.

2.3.2.2. Les capacités de mémorisation mémoire selon Bowler (2013)

Sur la problématique de la mémoire, Bowler (2013), aborde une approche axée sur la psychologie cognitive et les neurosciences. Son champ d'étude est concentré sur la mémoire et les processus de traitement de l'information chez les individus atteints d'autisme. Le problème soulevé est la supposée faiblesse de la mémoire des personnes autistes qui est souvent mal comprise et stigmatisée. Selon lui, les autistes possèdent une capacité de mémoire exceptionnelle, souvent sous-estimée par la société. Il remet en question les idées reçues selon lesquelles les autistes auraient des difficultés importantes en matière de mémoire et fait valoir que celles-ci peuvent plutôt être liées à des stratégies de traitement de l'information différentes. Il pense que les personnes autistes ne présentent pas nécessairement des déficits de mémoire, mais qu'elles peuvent avoir des capacités de traitement l'information atypiques qui influent sur leur façon de mémoriser et de se rappeler des informations. Il met en lumière la nécessité de prendre en compte ces spécificités cognitives dans la compréhension des capacités mnésiques des autistes et souligne l'importance de développer des approches adaptées pour soutenir leur mémoire et leur apprentissage. La mémoire est souvent développée dans des domaines spécifiques, tels que les chiffres, les dates ou les détails visuels.

Cependant, nous devons savoir que la mémoire des autistes n'est pas uniforme et peut varier d'un individu à l'autre. De plus, cette capacité de mémoire exceptionnelle peut parfois être accompagnée des difficultés à comprendre et à interpréter les informations mémorisées.

En revanche, en ce qui concerne la capacité de mémorisation des autistes, il est important de reconnaître et valoriser les compétences et les talents des personnes autistes, tout en leur offrant un soutien et des outils adaptés pour les aider à développer leurs compétences de compréhension et d'interprétation. Il est également essentiel d'encourager une meilleure compréhension et acceptation de la diversité des profils cognitifs des personnes autistes dans la société sans oublier l'accompagnement au cas par cas pour permettre une meilleure prise en charge.

2.3.2.3. Les capacités de mémorisations selon Picard et al. (2009)

Selon Picard et al. (2009), le problème soulevé est celui de la compréhension de la transformation de la mémoire épisodique en mémoire autobiographique au cours du développement. Ils soutiennent que la mémoire autobiographique se construit à partir des expériences épisodiques de la vie et est influencée par des facteurs tels que la culture, l'identité et le contexte social. La mémoire épisodique, qui est la capacité de se rappeler des événements passés spécifiques, est un aspect crucial de la mémoire autobiographique. Cependant, ils reconnaissent également que la mémoire autobiographique est plus complexe que la simple récupération d'événements individuels et doit également inclure une compréhension de soi et de son histoire personnelle.

Par ailleurs, cette approche développementale de la mémoire autobiographique est limitée parce qu'elle ne prend pas pleinement en compte les aspects émotionnels et motivationnels de la mémoire. Par exemple, la façon dont nous nous rappelons et interprétons nos expériences passées.

C'est ainsi qu'il est important d'inclure une perspective plus holistique de la mémoire autobiographique, en tenant compte à la fois des aspects cognitifs et émotionnels. Cela peut inclure des études qualitatives pour explorer en profondeur les expériences subjectives des individus, ainsi que des études longitudinales pour comprendre comment la mémoire autobiographique évolue tout au long de la vie. De plus des recherches interdisciplinaires entre la psychologie cognitive, la psychologie du développement et les neurosciences peuvent également apporter des éclairages nouveaux et approfondis sur la mémoire autobiographique.

2.3.1.4. Les capacités de mémorisation selon Marcaggi et al. (2010)

Par ailleurs, Marcaggi et al. (2010), abordent une approche en psychologie cognitive où l'étude est centrée sur la mémoire chez les individus autistes, en mettant l'accent sur les avancées scientifiques et les nouvelles découvertes réalisées au cours des quatre dernières

décennies. Ils pensent que la mémoire chez les individus autistes présente des particularités et de spécificités qui nécessitent une approche spécifique. Ils mettent en avant l'importance de continuer à étudier ce domaine de recherche pour mieux comprendre les mécanismes de la mémoire chez les personnes autistes et ainsi contribuer à l'amélioration des stratégies d'accompagnement et d'intervention. Ils pensent que la mémoire dans l'autisme est souvent sous-estimée et mal comprise. Ils soulignent que les personnes autistes ont parfois une mémoire exceptionnelle pour certains types d'informations, mais qu'elle peut être sélective ou spécifique à certains domaines.

Cependant, reconnaissons-le, la recherche sur la mémoire dans l'autisme comporte certaines limites, notamment en ce qui concerne la diversité des profils autistiques et des capacités mnésiques. De plus, les études sur la mémoire dans l'autisme sont souvent basées sur des tests standardisés qui peuvent ne pas être adaptés à la population autiste.

Pour combler cette limite, il faut utiliser des méthodes de recherche plus adaptées aux spécificités cognitives des personnes autistes, telles que des tâches expérimentales plus écologiques ou des études longitudinales pour mieux comprendre l'évolution de la mémoire dans l'autisme. Il faut encourager également la collaboration interdisciplinaire pour approfondir la compréhension de ce domaine de recherche.

Dans ce chapitre, nous avons mis l'accent sur l'autisme, l'accompagnement clinique et les capacités de mémorisation. Il découle de ce qui précède que l'autisme est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés de communication et d'interaction sociale. Cependant les hypothèses sont émises sur les causes, les manifestations sont visibles, la typologie, le diagnostic et la prise en charge est suggérée. L'accompagnement clinique prend la forme d'une thérapie cognitivo-comportemental. La capacité de mémorisation est fonction de l'accompagnement individuel. Les auteurs ont mis l'accent sur la perturbation de la mémoire chez l'enfant autiste surtout lorsque les tâches imposent les exigences plus lourdes à la mémoire de travail. Un enfant autiste ne présente pas nécessairement des déficits de mémoire, mais il peut avoir des capacités de traitement de l'information atypique qui influe sur sa façon de mémoriser et de se rappeler les informations. Nous nous allons parler de l'accompagnement dans un cadre individuel selon les besoins spécifiques pour favoriser l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE

Il sera question ici de recenser les théories de notre étude concernant l'accompagnement clinique des enfants à besoins spécifiques et acquisition des capacités de mémorisation : cas des enfants autistes. L'accent sera donc mis sur les théories liées à l'apprentissage et celles liées à l'accompagnement clinique.

3.1. LES THEORIES LIEES A L'APPRENTISSAGE

3.1.1. L'apprentissage social Bandura (1977)

L'apprentissage est défini comme un changement adaptatif observé dans le comportement de l'organisme. Il résulte de l'interaction de celui-ci avec le milieu. Il est indissociable de la maturation physiologique et de l'éducation. C'est ainsi que, la théorie de l'apprentissage part des travaux de Pavlov (1890) et de Skinner (1930), sur le conditionnement. Ce courant théorique a ensuite dominé les recherches en psychologie durant la première moitié du XXème siècle. L'apprentissage se résume donc ici à l'établissement d'une connexion entre un stimulus et une réponse comportementale.

Cependant Bandura abonde un peu dans le même sens que Sears (1957), où ses recherches ont été principalement axées sur la théorie du stimulus-réponse. Une grande partie de ses efforts théoriques ont été consacrés à comprendre la manière dont les enfants en viennent à intérioriser les valeurs, les attitudes et les comportements de la culture dans laquelle ils sont élevés. Il a concentré la plupart de ses recherches sur l'agressivité tout comme Bandura, mais aussi sur le développement de la résistance à la tentation et à la culpabilité et sur l'acquisition de comportements sexuels culturellement approuvés. Selon lui, les parents ont une place importante, un grand rôle à jouer dans l'éducation de l'enfant, il voulait le prouver en se concentrant sur les caractéristiques du comportement parental qui faciliteraient ou entravaient le processus. Ces caractéristiques incluent donc à la fois des variables relationnelles générales telles que la chaleur et la permissivité parentales et des comportements spécifiques tels que la punition sous forme de retrait de l'amour et d'affirmation du pouvoir.

A cela, Bandura (1977), l'auteur de la théorie de l'apprentissage social, lui il a fait progresser ces travaux en incluant l'individu et l'environnement dans le processus d'apprentissage et d'imitation du comportement. En fait, les enfants et les adultes apprennent ou modifient leurs comportements en imitant les comportements observés chez les autres. Bandura mentionne que l'environnement joue un rôle important car c'est le stimulus qui

déclenche le processus d'apprentissage. Selon lui, les gens apprennent un comportement agressif à travers trois sources à savoir : les membres de la famille, la communauté et les médias de masse. Les recherches montrent que les parents qui préfèrent une solution agressive pour résoudre leurs problèmes ont tendance à avoir des enfants qui utilisent des tactiques agressives pour traiter avec les autres. De même que les communautés dans lesquelles les prouesses au combat sont valorisées ont un taux plus élevé de comportement agressif. De plus, le fait de regarder la télévision peut avoir au moins quatre effets différents sur les gens : 1) cela enseigne un style de conduite agressif, 2) cela modifie les contraintes sur le comportement agressif, 3) cela désensibilise et habitue les gens à la violence et 4) cela façonne l'image de la réalité des gens. L'environnement permet également aux individus d'apprendre à travers l'expérience d'autrui, par exemple, le fait qu'un étudiant ne triche pas de manière ouverte est parce qu'il connaît les conséquences subies par les autres.

De même, Bandura (1977) parle de l'influence continue avec le processus interne (pensées individuelles, valeurs etc.), qui va déterminer à quelle fréquence et à quelle intensité un individu va imiter et adopter un certain comportement. Les parents jouent en fait un rôle important dans l'éducation d'un enfant pour deux raisons : la première est la fréquence et l'intensité des interactions et la seconde est que les enfants admirent souvent leurs parents et les prennent comme modèle. Par conséquent, même si les stimuli sont les interactions des parents avec leurs enfants, si leur enfant ne les admirait pas, leurs enfants ne reproduiraient pas leur comportement aussi souvent. C'est la principale différence entre la théorie de l'apprentissage social précoce et le point de vue de Bandura. Ce principe est appelé déterminisme réciproque qui s'explique par le fait que le processus de développement est bidirectionnel et que l'individu doit valoriser son environnement afin d'apprendre pour lui. Il affirme également que ce processus commence à la naissance, car les nourrissons sont plus réceptifs à certaines expériences et moins à d'autres. Il dit aussi que la plupart des comportements humains sont motivés par des objectifs et que nous régulons notre comportement en évaluant les avantages et les problèmes dans lesquels nous pouvons nous retrouver à cause d'un comportement particulier.

Par ailleurs, Bandura (1977) décrit comment l'enfant peut apprendre de nouveaux comportements en observant d'autres personnes, il imite les modèles de comportement qui font l'objet de récompenses et non de punitions. Il accorde une importance aux interactions réciproques qui relient la personne, son comportement et son environnement. Les individus peuvent apprendre des comportements en observant les actions des autres, en particulier des

modèles significatifs, des figures d'autorité ou de pairs. Bandura souligne également l'importance des récompenses et des punitions dans le renforcement ou l'affaiblissement des comportements observés. C'est ainsi que sa thèse repose sur le concept de l'apprentissage par observation et imitation. Il souligne l'importance des variables cognitives, telles que les attentes et les croyances dans le processus d'apprentissage se déroulant dans le contexte social. Ils se produisent uniquement par observation ou instruction directe, également en l'absence de reproduction motrice ou de renforcement directe.

C'est la raison pour laquelle aujourd'hui, nous apprenons en regardant, en écoutant et en faisant, en mélangeant les styles d'apprentissages visuel, auditif et kinesthésique pour comprendre de nouveaux concepts, conserver les connaissances et les appliquer aux défis quotidiens, au travail et à la maison. L'apprentissage social se concentre sur la façon dont nous interagissons avec nos pairs pour un apprentissage et une acquisition des compétences. La plupart des comportements humains sont appris par l'observation à travers le modelage : en observant les autres, nous nous faisons une idée de la façon dont de nouveaux comportements sont appliqués, et ces informations codées serviront ensuite de guide à l'action. Pour ce faire, nous avons quatre principes qui sont : tout d'abord, l'attention, nous ne pouvons pas apprendre si nous ne sommes pas concentrés sur la tâche à accomplir. Ensuite, la rétention, les humains apprennent en internalisant les informations. La reproduction, nous reproduisons les informations précédemment apprises (comportement, compétence, connaissances) lorsque cela est nécessaire. Enfin, la motivation, nous en avons besoin pour faire quoi que ce soit.

Ainsi donc, le processus d'apprentissage d'un nouveau comportement commence par l'observation d'un comportement, ensuite l'assimilation des informations et enfin l'adoption de ce comportement. Les contextes environnementaux qui favorisent l'apprentissage social sont l'école, les médias, les membres de la famille et les amis. L'apprentissage est donc considéré comme social parce qu'on démontre qu'un changement de compréhension a eu lieu, que ce changement va au-delà de l'individu et se situe au sein d'unités sociales ; de même que ce changement se produit à travers des interactions et des processus sociaux entre les acteurs au sein d'un réseau social. Il est question d'un système théorique qui met l'accent sur le développement de l'enfant et sur la façon dont la pratique et l'entraînement affectent ses compétences de vie.

Le point de vue de Sears (1957) se résume en ces termes que, L'éducation de l'enfant part de la famille, du milieu de vie et de l'encadrement de ces derniers, grâce à cet accompagnement, l'enfant part d'un milieu de vie sentimental pour intégrer la société dans

laquelle, il est appelé à vivre en interaction. Cela sera donc un avantage pour lui de mieux s'intégrer, s'adapter et acquérir davantage et mémoriser les connaissances qui lui seront enseignées puisqu'il a déjà intériorisé en lui certains savoirs et acquis certains comportements spécifiques.

De tout ce qui précède, nous constatons que tous ces auteurs abondent dans le même sens en parlant de la théorie de l'apprentissage social, ils mettent en exergue l'importance de l'observation, de l'imitation et de l'interaction dans l'environnement social. Mais chacun l'aborde à sa manière en faisant ressortir les caractéristiques y afférentes. En ce qui concerne notre sujet de recherche, il est à noter ici que l'enfant autiste tout comme ses pairs normaux peut s'adapter dans la société, il est aussi capable de mémoriser les connaissances grâce à un apprentissage social à l'aide d'un accompagnement clinique qui lui permettra d'être autonome.

3.1.2. Le socioconstructivisme selon Vygotski (1934)

Pour lui, apprendre c'est construire ses connaissances avec autrui. Cette théorie a été initiée par les travaux de Vygotski dans les années 1930, le socioconstructivisme reprend les idées principales du constructivisme de Piaget (1950), en y ajoutant la dimension sociale des apprentissages. Cette approche met davantage l'accent sur l'importance de l'environnement social et culturel dans l'apprentissage. Si la construction d'un savoir est personnelle, celle-ci s'effectue toujours dans un cadre social. L'apprenant n'est donc pas seul : il est entouré d'autres personnes qui ont un impact sur lui et le développement de ses connaissances. De ce fait, Vygotski considère l'apprentissage comme l'acquisition de connaissances grâce aux échanges entre l'enseignant et les apprenants, ou entre les apprenants, ou encore par le biais de toute personne extérieure (ex : amis, famille). C'est ainsi qu'il va théoriser la zone proximale de développement (ZPD). Celle-ci est ainsi définie comme l'écart entre, d'une part, la capacité à résoudre un problème seul et, d'autre part, la possibilité d'y parvenir avec l'aide d'autrui (enseignants, pairs apprenants) (Martin & Savary, 2008).

Schémas 1 : Schéma sur la zone proximale de développement (ZPD)

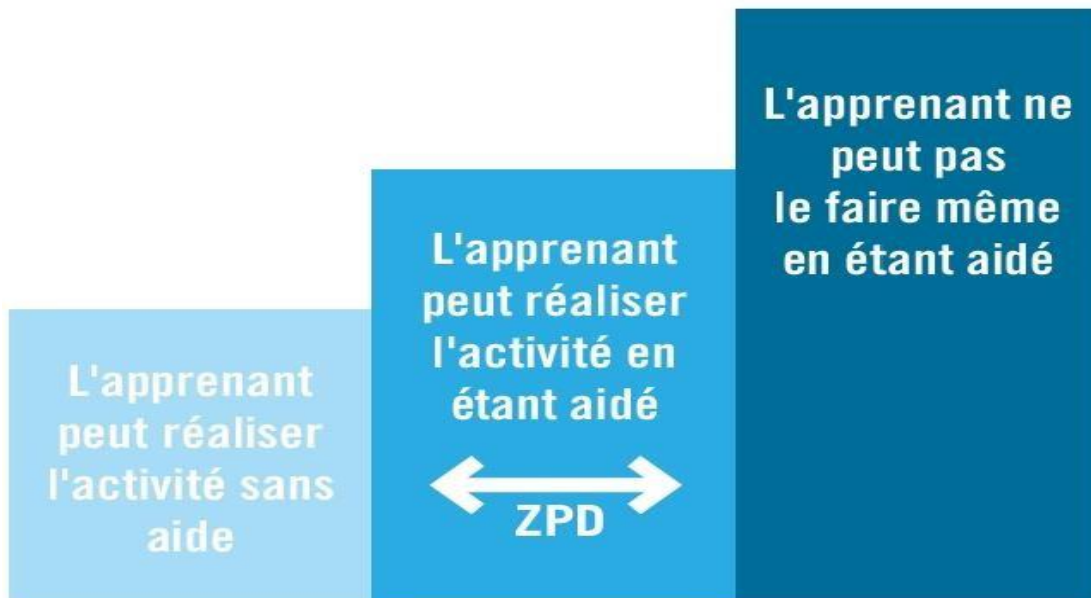


Schéma réalisé par la DACIP en se basant sur la zone proximale de développement (ZPD) de Vygotski (1960)

Vygotski a également théorisé le conflit socio-cognitif. Pour Doise et Mugny (1997), il se définit comme la confrontation entre des avis divergents qui est constructive dans l'interaction sociale. Autrement dit, le conflit socio-cognitif est provoqué par une dualité entre la conception initiale d'un apprenant et à une autre réalité observée par ses pairs, notamment lors d'un travail de groupe. L'avantage principal de ce modèle est qu'il met l'accent sur les activités coopératives et collaboratives des apprenants. Toutefois, en pratique, cela demande à l'enseignant la nécessité de pouvoir mettre en place des situations favorables, ce qui peut s'avérer compliqué selon le contexte d'enseignement dans lequel il se trouve. A titre d'exemple, les lieux d'enseignement et le nombre d'apprenants présents peuvent ne pas favoriser ces pratiques pédagogiques.

Tableau 1 : Le modèle socioconstructiviste

LE MODÈLE SOCIO-CONSTRUCTIVISTE : CENTRÉ SUR L'APPRENTISSAGE DANS L'INTERACTION AVEC AUTRUI	
Que fait l'enseignant ?	Que fait l'apprenant ?
<p>Il accompagne et soutient l'apprenant dans son processus d'apprentissage en étant attentif au niveau de difficulté de la tâche et de l'activité : ni trop simple, ni trop complexe, en recherchant la zone proximale de développement. Il favorise le conflit socio-cognitif à travers des modalités pédagogiques collaboratives et coopératives : travaux de groupes, projets, tutorat et évaluation entre pairs.</p>	<p>Il construit ses connaissances par l'échange, avec autrui et, plus largement, son environnement. Ses représentations se confrontent notamment avec celles de ses pairs, permettant une élaboration collective.</p>
<p>Et si l'apprenant fait une erreur ?</p> <p>L'erreur a le même statut que dans le modèle du constructivisme : elle est révélatrice du processus d'apprentissage. Elle peut également être un indicateur d'une complexité trop élevée de l'activité à accomplir. Dans tous les cas, elle peut être retravaillée et traitée de manière collective.</p>	

La théorie socioconstructiviste qui s'appuie sur les fondements du constructivisme tout en intégrant des dimensions sociales et culturelles est principalement associée aux travaux de Vygotski. Cette approche souligne que l'apprentissage est un processus social qui se déroule dans un contexte social donné, où les interactions avec les autres jouent un rôle central dans le développement cognitif de l'individu. Selon Vygotsky (1978), les individus construisent leur compréhension du monde non seulement à travers leurs expériences personnelles, mais aussi grâce aux échanges sociaux et aux dialogues avec leurs pairs et adultes. Cette interaction est cruciale pour les enfants vivants avec autisme, car elle leur permet de développer des compétences sociales et communicationnelles souvent sous-développées.

L'un des concepts clés de la théorie socioconstructiviste est la zone de développement proximal (ZDP), qui désigne l'écart entre ce qu'un apprenant peut accomplir seul et ce qu'il peut réaliser avec l'aide d'un partenaire plus compétent. Cette notion implique que l'enseignement devrait se concentrer sur des tâches qui se situent dans cette zone, permettant ainsi aux élèves de progresser avec un soutien approprié. Pour les enfants vivant avec autisme, cela signifie que des stratégies pédagogiques adaptées, telles que le tutorat par des pairs ou l'utilisation de supports visuels, peuvent favoriser leur engagement et leur compréhension.

En outre, la théorie socioconstructiviste met l'accent sur l'importance de l'environnement d'apprentissage. Un cadre collaboratif, où les élèves sont encouragés à partager leurs idées et à travailler ensemble, cela peut non seulement améliorer la compréhension des contenus

académiques, mais aussi renforcer les compétences sociales des enfants vivants avec autisme. Des approches telles que l'apprentissage par projet et les activités de groupe permettent aux élèves d'interagir, de négocier des significations et de construire des connaissances collectivement, ce qui est essentiel pour leur développement global.

Enfin, cette approche souligne également le rôle de l'enseignant en tant que facilitateur de l'apprentissage. Au lieu de se contenter de transmettre des connaissances, l'enseignant doit créer un environnement stimulant qui encourage la curiosité, l'exploration et la collaboration. En intégrant des stratégies socioconstructivistes dans l'enseignement de ces enfants, il est possible de promouvoir non seulement leur performance académique, mais aussi leur bien-être émotionnel et social.

3.2. LES APPROCHES LIEES A L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE

3.2.1. Approche humaniste

L'approche humaniste est un courant de la psychologie fondé sur une vision positive de l'être humain. C'est également un modèle de psychothérapie qui s'appuie sur la tendance innée de la personne à vouloir se réaliser, c'est-à-dire à mobiliser les forces de croissance psychologique et à développer son potentiel. Cette approche apparaît à partir des années 1940 aux Etats Unis, principalement sous l'impulsion Maslow, en ce sens qu'il était intéressé par le développement de soi, et il met au point une théorie de la motivation et du besoin, connue sous le nom de pyramide des besoins de Maslow. Cette théorie repose sur une confiance fondamentale dans l'être humain, dans sa tendance vers un développement constructif et positif, de plus en plus complexe ; et dans sa capacité à réaliser toutes ses possibilités intrinsèques, comme n'importe quel organisme vivant qui tend vers la croissance (growth), tel le gland qui contient déjà en potentiel l'immense chêne qu'il deviendra pourvu qu'existent des conditions favorables : que la graine repose sur la bonne terre, qu'elle reçoive de l'eau et de la lumière. C'est la tendance actualisante ou tendance à la réalisation de soi, notion clé qui rapproche du besoin d'accomplissement de soi ou autoréalisation. Cette tendance est universelle et foncièrement axée sur l'essence même de l'individu.

Ainsi, l'un des premiers courants psychothérapeutiques appartenant à cette approche a été développé par Carl Rogers (1940- 1950), créateur de l'approche centrée sur la personne (ou thérapie centrée sur le client), qui est une relation d'aide et de l'accompagnement thérapeutique. C'est une approche initialement fondée sur le principe du non directive. Elle vise à libérer les tendances positives naturelles de l'être humain pour relancer les puissantes forces de changement. Le principe de cette approche est qu'il s'appuie sur l'expérience consciente du

patient et introduit le postulat de l'autodétermination. Il s'agit de développer chez la personne qui consulte la capacité de faire des choix personnels. Pour lui, l'être humain est fondamentalement bon, dans le sens où il évoluera toujours positivement s'il suit sa propre expérience et se débarrasse des conditionnements qui limitent sa liberté. La violence et la prédation ne sont que les fruits de la désespérance et en aucun cas un choix de comportement dicté par la rentabilité, la facilité ou le principe du plaisir.

Dans son premier ouvrage d'importance en 1942, « *conselling and psychotherapy* » qui jette les bases de sa méthode, Rogers s'oppose à l'objectivisation du patient, au diagnostic, à l'interprétation et au conseil psychologique. Il considère que : « le rôle du thérapeute n'est pas de résoudre les problèmes du client, mais de l'aider à déterminer ses propres buts » (Rogers 1970, p.32). L'objectif étant de permettre au patient d'acquérir une compréhension de lui-même telle qu'il devient capable de résoudre ses difficultés par lui-même et cela est possible s'il existe une relation thérapeutique libre et permissive. Cela confère une haute valeur à l'indépendance psychologique de chaque individu et au maintien de son intégrité psychique. Par la suite, en 1951, dans son second ouvrage, il réaffirme qu'il ne s'agit pas de se centrer sur le problème, mais sur l'individu lui-même, c'est l'individu et non pas le problème qui est au centre. L'objectif n'est pas de résoudre un problème particulier mais d'aider l'individu à se développer afin qu'il puisse faire face aux problèmes actuels et à des problèmes ultérieurs d'une façon mieux intégrés. Cette thérapie se centre donc sur le monde subjectif de la personne et sur la manière dont elle vit et ressent son vécu.

L'hypothèse fondamentale de l'approche centrée sur la personne est formulée par Rogers, (1979), en ces termes : l'individu a en lui de vastes ressources qui lui permettent de se comprendre lui-même, de modifier la représentation qu'il a de lui-même et partant, ses attitudes et le comportement qu'il se dicte à lui-même. Cependant, ces ressources psychologiques ne sont pas accessibles que si l'on peut offrir un certain climat définissable fait d'attitudes psychologiques facilitatrices. Cette approche ne se situe pas dans un modèle médical, mais plutôt dans un modèle de développement ou d'apprentissage. L'individu qui souffre est une personne dissociée, qui est en conflit entre des modèles sociaux figés et introjectés et une tendance non consciente qui le pousse à la réalisation de soi. L'objectif à ce niveau est de permettre au patient de prendre conscience de ses conditionnements et de s'en désaliéner. A travers ce processus, l'individu en vient à avoir plus de confiance dans les orientations internes de son organisme, ce qui lui permet d'affronter les difficultés de la vie de façon plus intégrée et de manière plus souple, spontanée et changeante, et finalement de vivre la vie de manière

plus harmonieuse. Les trois attitudes fondamentales que le thérapeute tente de mettre en œuvre sont : l'empathie, qui est la capacité de comprendre le monde intérieur de l'autre ; la congruence, qui est la capacité du thérapeute à prendre conscience du flux des sentiments et émotions qui le traversent ; la considération positive inconditionnelle est la capacité de considérer l'autre (le patient) de manière positive, c'est-à-dire sans jugement, ni évaluation. L'acceptation du thérapeute n'est pas conditionnée par telle ou telle conduite du patient.

3.2.2. Approches cognitives et comportementales

L'approche cognitivo- comportementale est un modèle théorique qui repose sur l'idéologie selon laquelle les processus d'apprentissages jouent un rôle formateur dans le développement et le maintien des comportements additifs. C'est une pratique en psychologie qui prend en compte à la fois les pensées et les émotions éprouvées (dimension cognitive) et les comportements qu'une personne adopte (dimension comportementale). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est donc une forme de traitement comportemental à court terme. Elle aide les personnes à résoudre leurs problèmes. Cette thérapie révèle également la relation entre les croyances, les pensées, les sentiments, et les comportements qui en découlent. Grâce à la TCC, les personnes apprennent que leurs perceptions influencent directement la façon dont ils réagissent à des situations spécifiques. En d'autres termes, les perceptions d'une personne influencent ses comportements et ses actions.

La thérapie cognitivo- comportementale a commencé essentiellement dans les années 1950 et 1960 par deux éminents psychologues : Beck et Ellis. A ce moment, la psychologie était dominée par la psychanalyse de Freud, la thérapie psychodynamique et le behaviorisme. Ces thérapies tendaient à se centrer sur des facteurs qui étaient hors de contrôle du patient. Soit l'inconscient du patient causait toutes sortes de problèmes émotionnels (psychanalyse) ou l'environnement déterminait chaque action (behaviorisme). Dans chaque cas, l'attention donnée aux pensées était très peu, de même les croyances du patient. Ces psychologues ont changé leur façon de concevoir les problèmes émotionnels de « choses sur lesquelles nous n'avons aucun contrôle, ni aucune conscience », à des pensées et comportements du moment présent. Elle est devenue une thérapie qui cherche en premier à expliquer et corriger des problèmes psychologiques en se centrant sur les pensées et les comportements.

C'est ainsi que la thérapie cognitivo- comportementale repose sur l'hypothèse que la façon dont une personne perçoit les événements détermine la façon dont elle agira. A l'exemple d'une personne anxieuse, elle peut croire que sa journée sera entièrement négative. Ses pensées

peuvent influencer sur sa concentration et elle peut alors ne percevoir que les éléments négatifs qui se produiront tout au long de la journée. Si pendant la journée, rien ne semble aller, la personne peut se sentir plus anxieuse qu'auparavant. Le système de croyances négatives peut alors se renforcer. La personne risque d'être piégée dans le cercle vicieux et continu d'anxiété. Les thérapies cognitivo-comportementales admettent que nous pouvons ajuster nos pensées. Cela influencerait directement nos émotions et notre comportement. Le processus d'ajustement est appelé restructuration cognitive. Beck (1950-1960), psychiatre considéré comme le père de la thérapie cognitive, admet que le schéma de pensée d'une personne s'établit durant l'enfance. Il a découvert que certaines erreurs cognitives pouvaient conduire à des hypothèses dépressives ou dysfonctionnelles. Ce processus est basé sur un modèle éducatif. Les personnes en thérapie sont aidées à désapprendre les réactions négatives et à en apprendre les nouvelles. C'est l'assimilation des réactions positives à des situations difficiles. La TCC aide à décomposer les problèmes dits accablants en petites parties gérables. Les thérapies aident les personnes à se fixer et à atteindre des objectifs à court terme. Ensuite, le thérapeute ajuste progressivement la façon dont la personne en traitement pense, se sent et réagit dans les situations difficiles. Le changement d'attitude et de comportement peut aider les gens à apprendre et à aborder des problèmes spécifiques de manière productive.

Le modèle comportementaliste, fondé sur les travaux de Skinner (1953) et Watson (1913), se concentre sur l'observation et la modification des comportements à travers des stimuli externes. Skinner, avec son concept de conditionnement opérant, a démontré que les comportements sont influencés par leurs conséquences, où le renforcement positif joue un rôle crucial pour encourager la répétition des comportements souhaités. Cette approche est particulièrement pertinente dans le cadre de l'Analyse Comportementale Appliquée (ABA), qui est largement utilisée pour aider les enfants avec des troubles du spectre autistique (TSA). L'ABA repose sur des évaluations initiales des compétences et des comportements, permettant d'identifier les domaines à travailler Lovaas (1987). Les objectifs d'apprentissage sont clairement définis et mesurables, ce qui facilite le suivi des progrès. Par exemple, un enfant peut être encouragé à utiliser des phrases complètes pour demander de l'aide, et chaque succès peut être renforcé par des récompenses, telles que des éloges ou des objets (Cooper, Heron, & Heward, 2007).

Cependant, dans le contexte de la différenciation pédagogique, le modèle comportementaliste permet aux éducateurs d'adapter leur enseignement aux besoins spécifiques des élèves vivants avec l'autisme. En établissant des objectifs clairs et mesurables, les

enseignants peuvent suivre les progrès individuels et ajuster leurs méthodes en conséquence (Tomlinson, 2001). L'utilisation de renforcements pour encourager la participation active et l'engagement des élèves est essentielle pour améliorer leur performance scolaire. De plus, le suivi personnalisé, qui est crucial pour répondre aux besoins uniques de chaque enfant, peut être réalisé à travers des plans d'intervention individualisés (PII). Ces plans, basés sur des évaluations comportementales, définissent des stratégies spécifiques pour chaque enfant, et des évaluations régulières permettent d'ajuster les interventions en fonction des progrès observés (Horner et al., 2005).

L'utilisation de ressources éducatives, telles que des supports visuels et interactifs, s'inscrit également dans une approche comportementaliste. Ces outils aident à clarifier les attentes et à renforcer les apprentissages, en rendant l'environnement d'apprentissage plus structuré et prévisible (Schwartz et al., 2013). En créant un cadre où les comportements appropriés sont renforcés, les éducateurs contribuent à réduire l'anxiété chez les enfants TSA, ce qui favorise leur apprentissage. Cependant, il est important de reconnaître les limites de cette approche. Bien qu'efficace pour enseigner des compétences spécifiques, le modèle comportementaliste peut parfois être perçu comme rigide ou déshumanisant s'il ne prend pas en compte les besoins émotionnels des enfants (Kohn, 1993). Il est donc essentiel de combiner ces stratégies avec d'autres approches pédagogiques pour répondre de manière holistique aux besoins des enfants. En somme, le modèle comportementaliste offre un cadre solide pour développer des stratégies de remédiation adaptées aux enfants TSA, en se concentrant sur les comportements observables et en utilisant des techniques de renforcement pour améliorer leur niveau de performance scolaire dans les centres spécialisés.

De tout ce qui précède, nous retenons que ces théories de l'apprentissage et ces approches liées à l'accompagnement clinique nous apportent plusieurs avantages pour les professionnels et les apprenants : il y a la compréhension des processus d'apprentissage, le développement des stratégies d'accompagnement, l'amélioration de la relation thérapeutique, la prise en charge personnalisée. Elles peuvent être utilisées dans l'éducation thérapeutique, l'accompagnement personnalisé, le développement des compétences, l'évaluation et l'amélioration de la qualité. L'apprentissage social permet de développer des programmes d'éducation thérapeutique qui mettent l'accent sur l'apprentissage par observation et imitation. Tandis que l'approche centrée sur la personne peut être utilisée en mettant l'accent sur l'empathie et la compréhension et la théorie de l'apprentissage cognitif met l'accent sur la compréhension et la résolution de problèmes.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

Après les trois premiers chapitres de la première partie consacrée à la problématique, à la revue littéraire et à l'insertion théorique, nous pouvons désormais aborder le chapitre suivant qui parle de la méthodologie de l'étude.

Selon Campenhout et Quicy (2011. P15) : « une démarche est une manière de progresser vers un but ». Il est donc question, tout au long de ce chapitre, de démontrer, et faire l'illustration de comment est-ce qu'on a cheminé pour parvenir à un résultat précis. Ainsi donc, ce chapitre permet d'apporter la crédibilité, la fiabilité à ce travail. Nous présenterons la question de recherche, l'hypothèse générale pour éclairer nos variables. Ensuite nous évoquerons le type de recherche effectué, nous aurons aussi les différentes procédures méthodologiques permettant de collecter et d'analyser les données à savoir le choix du site de recherche et des participants ; les variables ayant permis la formulation des hypothèses. Nous parlerons enfin la démarche de collectes et les techniques d'investigation.

4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES

Dans cette section, il s'agira de rappeler les éléments clés de la problématique entre autres le problème de l'étude, la question de recherche, l'hypothèse générale et d'éclairer nos variables.

4.1.1. Rappel des questions de recherche

4.1.1.1. Question principale de recherche

La question qui guide cette étude est de savoir : comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

4.1.1.2. Questions de recherche secondaire

QRS 1 : Comment l'accompagnement individuel favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

QRS 2 : Comment les interventions directives et\ou non directives facilitent l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

QRS 3 : Comment le soutien verbal et\ ou non verbal facilite l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste ?

4.1.2. Description des hypothèses de recherche et Variables

L'hypothèse émise dans cette étude est que : l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

- Variable indépendante (VI) : Accompagnement clinique

Elle compte trois modalités qui sont :

❖ **Modalités 1** : accompagnement individuel

➤ **Indicateurs :**

- Qualité de la relation
- Progrès du patient dans la résolution des problèmes
- Respect des limites

➤ **Indices :**

- Confiance, empathie, respect mutuel
- Renforcement des capacités et amélioration du bien-être global
- Confidentialité et auto-évaluation

❖ **Modalités 2** : Interventions directives et \ou non directives

➤ **Indicateurs pour directives :**

- Atteintes des objectifs fixés
- Diminution des symptômes spécifiques

➤ **Indices :**

- Evaluation
- Observation

➤ **Indicateurs pour non directives :**

- Qualité de la relation thérapeutique

➤ **Indices :**

- Observer la relation, empathie et collaboration

❖ **Modalités 3** : Soutien verbal et\ou non verbal

➤ **Indicateurs pour verbal :**

- Utilisation de langage simple et clair
- Répétition et reformulation
- Fourniture de feedback positif
- Utilisation des questions ouvertes

➤ **Indices :**

- Paroles, langage verbal

- Encouragements et validation

- Questions ouvertes

➤ **Indicateurs pour non verbal :**

- Utilisation des gestes et des signes

- Utilisation d'images et symboles

- Langage corporel

➤ **Indices :**

- Gestes et signes

- Images et symboles

- Proximité physique

- Variable dépendante (VD) : Acquisition des capacités de mémorisation, elle comporte une modalité.

❖ **Modalité 4** : Acquisition des capacités de mémorisation

➤ **Indicateurs :**

- Apprentissage des nouveaux comportements

- Acquisition des formules simples

- Rétention

- Apprentissage de l'autonomie

➤ **Indices :**

- Capacité à être attentif et à comprendre les consignes simples ;

- Capacité à mémoriser et à imiter régulièrement les modèles de comportements appris ;

- Acquisition des règles d'autonomie.

	<p>4) Acquisition des capacités de mémorisation</p>	<p>2) Fourniture de feedback positif</p> <p>3) Langage corporel et posture simple</p> <p>1- Apprentissage des nouveaux comportements</p> <p>2- Acquisition des consignes simples</p> <p>3- Rétention</p> <p>4- Apprentissage de l'autonomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité physique • Capacité à être attentif et à comprendre les consignes simples • Capacité à mémoriser et à imiter régulièrement les modèles de comportements appris • Acquisition des règles d'autonomie
--	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ce tableau est un récapitulatif des principaux éléments manipulés dans notre étude. Il présente d'une part notre variable indépendante (VI) : « accompagnement clinique » qui est la variable cause, celle que nous manipulons. D'autre part, la variable dépendante (VD) : « acquisition des capacités de mémorisation » qui est l'élément de mesure de l'impact de notre VI.

4.1.4. Rappel des hypothèses de recherche spécifiques

Elles sont plus concrètes que l'hypothèse générale. Elles sont des propositions des réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale sous une forme facilement mesurable, avancée pour guider une investigation, elles constituent une opérationnalisation de l'hypothèse générale. Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu trois hypothèses secondaires.

HRS1 : l'accompagnement individuel favoriserait l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

HRS 2 : Les interventions directives et \ou non directives faciliteraient l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

HRS 3 : Le soutien verbal et\ou non verbal faciliterait les capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

4.2. TYPE DE RECHERCHE

En sciences sociales, il existe plusieurs types de recherche : expérimentale, descriptive, analytique etc. Chacune de ces recherches obéit à une logique scientifique qui nécessite parfois des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche sans toutefois rentrer en marge de la dialectique scientifique. Nous avons opté pour la recherche qualitative comme notre étude vise à expliquer comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

4.2.1. Méthode qualitative de la recherche

Cette étude vise à comprendre l'impact de l'accompagnement clinique dans l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant vivant avec autisme, une recherche qualitative et plus précisément l'étude des cas serait la mieux indiquée.

4.2.2. La recherche documentaire

La recherche documentaire joue un rôle central dans une recherche. En effet, dans ce travail nous avons utilisé plusieurs types de documents qui sont en rapport avec notre sujet. Les premiers que nous avons consultés étaient dans les bibliothèques universitaires : thèses et mémoires qui nous ont permis d'appréhender ce qui existe sur le sujet de l'étude. Ensuite les documents de références sur les approches et des informations liées au sujet de recherche consultés la plupart dans les sites de recherche comme Google Scholar et bien d'autres qui nous ont éventuellement éclairé sur certains points qui nous ont permis d'intervenir auprès de notre population d'étude et enfin des articles scientifiques.

4.3. PRESENTATION DU SITE DE RECHERCHE : INSTITUT PSTCHOPEDAGOGIQUE « EINSTEIN »

L'institut a été créé en 2001 sous l'initiative de Madame Gisele Marianne NJONKOU, une éducatrice spécialisée. Elle a d'abord été assistante sociale où elle va s'inquiéter du sort des enfants à besoins éducatifs spéciaux, étant donné que le système éducatif Camerounais ne prend toujours pas en charge ces enfants. Après ses études à l'institut Supérieur de Montessori de Paris, elle revient au pays natal et se rend compte de l'absence de structures spécialisées pour la prise en charge de ces enfants. Elle constate également les échecs scolaires sans cesse croissants au niveau de l'enseignement normal. C'est à ce moment qu'elle va s'engager dans une prise en charge psychopédagogique afin d'aider des jeunes Camerounais présentant des difficultés à intégrer un système éducatif normal. Elle va donc mettre sur pied l'Institut psychopédagogique « Einstein » qui s'occupe principalement des jeunes et enfants à besoins éducatifs spécifiques. Installée au départ au carrefour EMIA, elle va débiter dans un cabinet, par la suite le centre est créé avec un effectif qui sera croissant au bout de quelques années, ce qui va la pousser à déménager pour le quartier Melen à la montée du parc. Le cadre est spacieux, ce sera pour elle une occasion de recruter le personnel pour la prise en charge de ces enfants en situation de handicap mental. Le champ d'activité va donc s'agrandir davantage.

4.3.1. Justification du choix du site de l'étude

Parler de la justification du choix de notre site, revient à répondre d'une manière ou d'une autre, à la question de savoir : pour quelles raisons avez-vous décidé de faire votre terrain à l'Institut Psychopédagogique Einstein alors qu'on trouve également ces enfants vivants avec autisme dans d'autres centres ? Pour la collecte des données, la recherche a privilégié l'Institut Einstein, d'abord pour son caractère inclusif. Le choix de l'Institut comme entrée de terrain pour cette étude se justifie également dans la mesure où il regorge en son sein une école inclusive destinée à recevoir la majorité des enfants en situation de handicap mental pouvant

suivre un cursus scolaire leur permettant de s'autonomiser dans l'avenir en les formant. Cela permet de lutter contre la marginalisation, la discrimination, l'exclusion du handicap. Le choix de la ville de Yaoundé se justifie par le fait qu'elle abrite non seulement l'Institut, mais aussi le Ministère des Affaires Sociales qui est en charge de la protection sociale de ces personnes.

De plus, l'Institut accueille tout type de handicap mental, il y a une continuité dans la prise en charge du point de vue rééducation, réadaptation et réhabilitation. Enfin, les critères d'inclusion ou d'exclusion de notre étude sont également une des raisons majeures du choix du site.

4.1. DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNEES

Au terme de l'analyse théorique, nous avons conçu notre outil de collecte de données à savoir une grille d'observation des capacités de mémorisation et une grille d'intervention pour les enfants et une grille d'entretien pour les enseignants. Une fois cet outil validé, l'étape de descente sur le terrain a été envisagée. Munie de notre autorisation de recherche délivrée dans notre université, nous sommes allés à l'Institut Psychopédagogique Einstein, le site de notre étude afin d'obtenir une autorisation pour pouvoir recueillir les données. Accompagnée d'une demande de collecte adressée à la fondatrice, nous l'avons rencontrée pour lui remettre. Après un entretien portant sur la thématique d'étude, elle a accepté et nous a mis en contact avec la directrice pour passer le temps nécessaire afin de collecter nos données. Nous avons été aussi présenté aux enseignants pour identifier notre population d'étude.

4.1.1. La pré-enquête durant le stage

Il était question pour nous de visiter les lieux pour connaître là où se trouvait notre population d'étude afin de détecter ceux qui pouvaient nous intéresser. Nous avons vu les différentes salles de classes spécialisées et inclusives de la maternelle au cm2 où les enfants avaient différents types de handicaps mentaux. Nous avons trouvé satisfaction car il s'agit tout d'abord d'un milieu scolaire où nous trouvons au préalable tout ce dont nous avons besoin.

Cette étape de notre stage nous a permis d'avoir aussi quelques éléments d'anamnèse des enfants et le point de vue des enseignants sur l'acquisition des capacités de mémorisation.

4.1.2. L'enquête proprement dite

La technique de recherche utilisée dans la collecte des données émane de la nature même de l'objet de recherche. Comprendre l'expérience quotidienne des enfants vivants avec autisme est notre principal objectif et expliquer en les analysant. Munie de l'autorisation de recherche, nous avons rencontré la fondatrice. Après quelques échanges, elle a fait appel à la directrice pour lui faire part de notre présence afin qu'elle nous introduise dans les salles de

classe selon nos attentes et nos besoins. Nous avons donc été présenté aux enseignants, pour entrer en contact avec ces enfants avec lesquels ils y vivent au quotidien, les côtoient et sont chargés de leur éducation et leur prise en charge et pour nous fournir une base d'information sur ceux que nous cherchons ceci à l'aide d'un guide d'entretien. Les enfants sont les principaux acteurs, ceux choisis sont observés en classe lors des apprentissages. Nous avons pris du temps pour voir comment ils se comportent pendant la dispense des différentes leçons, leurs réactions, leur participation, leur intervention, l'acquisition, la mémorisation, l'interaction, mesurer les performances. Nous avons noté tout cela dans une grille d'observation qui nous a servi de support pour nos futures analyses pour chacun.

4.8 TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES

Le type de recherche que nous avons effectué, (qualitative), les objectifs et notre hypothèse ainsi que la nature des données collectées nous ont permis de recourir à l'analyse de contenu pour analyser nos observations et nos entretiens. Dans la grille d'observation, à partir des modalités, nous avons choisi des indicateurs permettant d'annoter les performances pour voir si la mémorisation est effective.

4.1.3. Le modèle d'analyse pour notre étude

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus.

L'analyse de contenu permet de définir des catégories thématiques et formelles pertinentes pour la vérification de l'hypothèse et de coder un discours, un texte, des interactions sociales en groupes de ces catégories

La place de l'analyse de contenu des items ou thèmes est de plus en plus grande dans la recherche sociale, notamment parce qu'elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d'entretiens semi-directifs (Raymond et Luc, 2006). Mieux que toute autre méthode de travail, l'analyse de contenu des items ou thèmes dans la recherche permet lorsqu'elle porte sur un matériau riche et pénétrant, de satisfaire harmonieusement aux exigences de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui ne sont pas toujours facilement conciliables.

4.1.4. L'analyse de contenu de type thématique

Selon Pedinieli (1994 : P 115) : « l'analyse thématique est avant tout descriptive et peut être associée à d'autres modes de dépouillement. Elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par découpage du discours et recensement des thèmes principaux et secondaires qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes selon les hypothèses ».

Equivalente à l'analyse de données pour les données qualitatives, l'analyse de contenu est une méthode utilisée pour le traitement des données qualitatives. Elle est définie par Aktouf (1987), comme une technique d'étude détaillée des contenus de documents. Elle a pour rôle d'en dégager les significations, associations, intensions non directement perceptibles à la simple lecture des documents. L'analyse de contenu repose sur le principe que la répétition d'unités d'analyse de discours signale les préoccupations, les centres d'intérêt des auteurs du discours. Elle nous a permis de dépouiller, de classer, d'analyser les informations contenues dans nos entretiens.

Le choix de faire une analyse de contenu cas par cas est dû à cause de la description explicite et concise des participants ainsi que des données recueillies lors de entretiens. Cela permet une meilleure compréhension des cas analysés, et une aisance dans la description des mécanismes importants du processus d'accompagnement clinique afin de proposer les stratégies pour l'acquisition des capacités de mémorisation. Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis, qui s'utilise dans le cadre de l'analyse d'un parcours dans la pratique de classe. L'enjeu de cette étude, est de comprendre les techniques d'adaptation des enseignements, les stratégies éducatives et de remédiation, les procédés d'enseignement, la prise en charge éducative.

4.2. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION D'ETUDE

Il est question dans cette section de procéder à la présentation de la population sur laquelle a porté cette recherche. La recherche s'est adressée aux personnes en situation de handicap mental en général et beaucoup plus les enfants vivant avec autisme et enseignants à l'Institut Psychopédagogique Einstein à Yaoundé.

4.2.1. Population de l'étude

Le choix de la population s'impose par lui-même à nous. Nous sommes dans un champ bien précis, celui du handicap mental. Pour ce faire, nous devons recueillir des informations d'une certaine nature. Notre population est constituée des enfants vivant avec autisme scolarisés, âgés entre 6 ans et 14 ans, c'est un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquels portent les observations. Nous avons choisi cette tranche d'âge parce que, les enfants autistes ont du mal à s'adapter et il est préférable de choisir ceux-là qui sont inscrits depuis trois ans, qui ont déjà fait aux trop dix ans. Pour la mise en œuvre de l'observation, il sera question d'assister à la dispense des leçons avec ces enfants et leurs enseignants pendant la pratique de classe.

4.2.2. Technique d'échantillonnage

Dans notre étude, le choix des participants obéit à la technique d'échantillonnage par choix raisonné en raison des différences intersubjectives au sein de notre population. Fortin et Gagnon (2016), dans ce type d'échantillonnage, pensent que les éléments de la population sont choisis à partir des critères bien précis afin que les éléments soient représentatifs du phénomène à étudier. Ceux-ci en effet, sont choisis suivant les critères de faisabilité, de ressemblance à la population cible, ainsi que des critères subjectifs dépendants du choix de l'enquêteur. Notre étude s'adresse aux enfants vivants avec autisme. A partir de cette technique, notre échantillon est donc composé de six enfants, parmi lesquels nous aurons des filles et des garçons dont l'âge varie entre 6 ans et 14 ans des classes spécialisées et inclusives. Notre critère de choix était donc de voir les classes où les enfants vivants avec autisme se retrouvent en situation classe, dans un contexte d'apprentissage, mis ensemble sans tenir compte des différents types d'autisme et d'autres handicaps mentaux. Cette technique nous a permis de prélever l'échantillon de telle sorte qu'il représente toutes les caractéristiques de la population d'étude.

4.2.3. Procédure et critères de sélection des participants

Nous nous intéressons aux enfants vivant avec autisme en âge scolaire dans la ville de Yaoundé tout sexe confondu. Nous avons choisi l'Institut psychopédagogique Einstein où nous avons effectué notre stage académique.

❖ Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion désignent l'ensemble des caractéristiques propres à la population définie par le chercheur qui la rend apte à participer à l'étude. Ils décrivent selon Fortin (2016), les caractéristiques que doit posséder un sujet pour faire partie de la population cible. Pour cela, les critères sont :

- Être identifié comme un enfant vivant avec autisme sur la base du dossier médical, diagnostiqué par un spécialiste et ayant répondu aux critères d'identification d'autisme à travers les tests utilisés (Emchat et Cars) ;
- Avoir des difficultés à établir des relations avec les autres ;
- Avoir des problèmes de communication verbale et ou non verbale (langage, gestes, expressions faciales) ;
- Avoir des différences dans le développement moteur (coordination, équilibre) ;
- Être élève inscrit à l'Institut Psychopédagogique Einstein dans la section spécialisée ou inclusive, peu importe le sexe ;
- Être âgés entre 6 ans et 14 ans ;
- Avoir une ancienneté à l'Institut d'environ trois ans ;
- Être dans la catégorie d'autisme léger, moyen et sévère sur la base du dossier médical.

❖ Critères d'exclusion

Selon Fortin et Gagnon (2016), ils servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de la population cible en raison de leurs caractéristiques différentes. Notre étude élimine :

- Tout élève n'ayant pas de trouble du déficit de l'attention\ hyperactivité (TDAH) ;
- Tout élève n'ayant pas de trouble spécifique de langage ;
- Tout élève n'ayant pas de trouble de la coordination motrice ;
- Tout élève n'ayant pas de trouble obsessionnel compulsif (TOC) ;
- Tout élève n'ayant pas de trouble bipolaire.

4.3. OUTILS ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES

En sciences humaines, plusieurs instruments permettent de collecter les données. Ainsi, le chercheur doit-il s'assurer que l'instrument qu'il va choisir mesure effectivement ce qu'il est sensé mesurer. En fait, il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique.

4.3.1. L'observation

Il existe plusieurs types d'observation : observation participante ou non participante, observation structurée ou non structurée, observation occasionnelle, systématique, en laboratoire etc. Celle qui fait l'objet de notre étude est l'observation non participante.

❖ L'observation non participante

Elle exclut l'observateur du cadre social étudié, il peut se faire le plus discret possible pour ne pas modifier la situation naturelle. Il n'est pas vu par les individus observés et peut faire recours à une caméra par exemple. On parlera d'observation instrumentée qui a pour but de remédier aux inconvénients de l'observation (perception subjective de l'observateur) en faisant appel à des instruments.

Grille d'observation des capacités de mémorisation

Identification de l'enfant

Nom :

Prénom :

Age :

Type de trouble :

Observateur :

Date :

Capacités de Mémorisation		1-Jamais	2-Rarement	3-Souvent	4-Toujours
Apprentissage des nouveaux comportements Acquisition des consignes simples	Capacité à être attentif et à comprendre les consignes simples				
Rétention	Capacité à mémoriser et à imiter régulièrement les modèles de comportements Appris				
Apprentissage de l'autonomie	Acquisition des règles d'autonomie				

Cette grille d'observation contient les modalités et les indices de la VD et une échelle de 1 à 4. Ces modalités nous ont permis d'observer les compétences de mémorisation des élèves lors de la pratique de classe. Comme le souligne Alami et al. (2019), Si les États se sont dotés de structures de recherche, c'est pour mieux comprendre et réguler les sociétés sur lesquelles ils intervenaient. L'EDS étant un domaine d'étude, notre recherche sur « l'accompagnement clinique des enfants à besoins spécifiques et acquisition des capacités de mémorisation : cas des enfants autistes » nous a permis de développer une méthodologie de recherche permettant de comprendre le comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste en contexte camerounais actuel. Nous avons mené une étude qualitative. Les enquêtes qualitatives permettent d'appréhender plus finement l'écart entre ce que disent, ce que pensent, ce qui se passe sur le terrain. Elles permettent de comprendre réellement ce qui se vit dans le milieu scolaire inclusif et l'impact que cela a vis-à-vis de ces enfants vivants avec autisme. Elles mettent l'accent sur les réalités du système éducatif qui ne tiennent pas compte de certains paramètres concernant la personne vivant avec autisme.

4.4.2 Protocole ou dessein expérimental A-B

Le dessein expérimental est un plan expérimental qui vise à vérifier que les changements de la variable dépendante sont bien dus aux procédures expérimentales introduite par le programme d'intervention et non d'autres variables parasites étrangères. Il consiste à effectuer en ligne de base (A) plusieurs mesures du comportement (observation des capacités de mémorisation) et ensuite en effectuer autant ou davantage durant la phase d'intervention (B). Ce protocole permet de vérifier s'il y a changement entre les deux conditions à savoir la phase de pré-intervention qui est la ligne de base et la phase d'intervention. Ensuite faire les inférences sur l'efficacité de l'intervention. Il est utilisé pour montrer que la personne a changé son comportement dans le sens attendu.

4.3.2. L'entretien

L'entretien est l'action d'échanger des propos avec une ou plusieurs personnes, c'est une conversation suivie sur un sujet. Il y a plusieurs types d'entretiens, mais nous avons choisi l'entretien semi-directif.

❖ **Entretien semi-directif avec les enseignants en charge avec les enfants autistes**

Par cet entretien, nous avons saisi au travers de l'interaction entre les enseignants chargés de la prise en charge des enfants en situation de handicap mental et surtout les enfants vivants avec autisme et nous. Nous avons eu des informations à partir de leur expérience particulière de la situation de handicap vécu au quotidien, leur vision par rapport à ces enfants, les émotions de ces enfants, les jugements, leurs affects, le regard social, leur vécu et les stratégies éducatives, d'autonomisation, de prise en charge. L'entretien semi-directif avec ces personnes nous a permis de mieux comprendre quels sont les obstacles et les difficultés à l'acquisition des capacités de mémorisation des enfants vivants avec autisme, qui ont des différents types d'autisme, venant chacun de familles différentes, vivants dans des contextes différents. Nous retenons que, l'entretien semi-directif est un moyen efficace permettant de comprendre une réalité sur la base de l'expérience vécu sur le terrain pour favoriser la communication, la réflexion et le développement des compétences sociales et cognitives de l'enfant.

4.4. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est aussi l'instrument qui nous a permis de collecter nos données du terrain. Il désigne un outil de collecte de données qui sert à recueillir un témoignage verbal des personnes interviewées. Il est constitué d'un ensemble organisé de thèmes et des sous-thèmes uniquement que l'on souhaite explorer. C'est un ensemble d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation est fonction de l'objet d'étude, de l'usage et du type d'analyse que l'on projette de faire. Un guide d'entretien se prépare de manière toute aussi rigoureuse qu'un questionnaire même si l'élaboration d'un guide est plus concise que celle d'un questionnaire.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé le téléphone comme matériel de collecte de données. Le téléphone nous a permis d'enregistrer les conversations que nous avons eu avec les participantes, à savoir les enseignants rencontrés. Cela nous a permis de faire la retranscription des informations obtenues en vue de faciliter l'analyse.

4.4.1. Présentation du guide

Le guide d'entretien se présente comme suit :

Thème1 : Accompagnement individuel

Sous-thème 1 : Qualité de la relation

Sous-thème 2 : Progrès dans la résolution des problèmes

Sous-thème 3 : Respect des limites

Thème 2 : Interventions directives et\ou non directives

Sous-thème 1 : Atteintes des objectifs fixés

Sous-thème 2 : Diminution des symptômes spécifiques fixés

Sous-thème 3 : Qualité de la relation thérapeutique

Thème 3 : Soutien verbal et\ou non verbal

Sous-thème 1 : Utilisation de langage simple et claire

Sous-thème 2 : Fourniture du feedback positif

Sous-thème 3 : Langage corporel et posture simple

Thème 4 : Acquisition des capacités de mémorisation

Sous-thème 1 : Apprentissage des nouveaux comportements

Sous-thème 2 : Acquisition des formules simples

Sous-thème 3 : Rétention

Sous-thème 4 : Apprentissage de l'autonomie.

4.4.2 Présentation des éducateurs interviewés dans l'enquête

Pour mener à bien notre étude et avoir un ensemble d'informations sur la problématique soulevée (accompagnement clinique et acquisition des capacités de mémorisation) nous avons mené une série d'entretiens auprès des éducateurs chargés de la prise en charge des enfants à l'institut Einstein. Le but de ces entretiens était de mieux appréhender comment ces éducateurs développent des stratégies de prise en charge pour permettre ou faciliter l'acquisition des compétences chez l'enfant autiste. De plus par ces entretiens, nous avons eu l'occasion de saisir en profondeur les techniques, les méthodes d'accompagnement clinique favorisant l'acquisition, la mémorisation des connaissances chez l'enfant vivant avec autisme. Nous trouvons alors mieux de présenter dans cette sous-section des éducateurs ayant servi de relai à la compréhension des stratégies de prise en charge pour booster la capacité mnésique de ces enfants.

❖ Cas d'Helene

Madame Helene, enseignante du niveau 1, dont l'âge est d'environ 55 ans. Elle est mariée de régime monogamique et mère de cinq enfants. Ressortissante de la région du centre, d'ethnie Manguissa. Cette enseignante a commencé sa carrière dans un groupe scolaire bilingue Maranatha, une école ordinaire de son quartier à l'âge de 37 ans. Puis elle fait son entrée entend qu'enseignante des enfants à besoins spécialisés au centre ELA à 40 ans ou elle a exercé pendant huit ans, ensuite elle est recrutée au centre Einstein. Titulaire d'un CAP en Economie Sociale et Familiale (ESF), cette enseignante ne disposant d'aucuns diplômes professionnels comme le CAPIEMP ou le CAPIET, encore moins une formation d'Éducateur spécialisé ou de psychologue a su s'imposer comme enseignante dans une école spécialisée ou inclusive pour répondre au mieux aux attentes des parents, de l'école, des enfants présentant un handicap. Toute fois ses débuts de carrière comme enseignante lui ont permis d'acquérir les compétences dans la pratique d'accompagnement et de prise en charge des enfants à besoins éducatifs particuliers. L'on peut l'entendre dire :

Il est vrai que je n'ai aucune base de formation dans le métier de l'enseignement, encore moins celui d'éducateur spécialisé ou de psychologue, mais je me suis formée étant sur le terrain. Car, je maîtrise mieux que certains qui sont formés les méthodes pédagogiques, les techniques les procédés, les stratégies et pratiques d'enseignement, pour l'accompagnement des enfants handicapés ou différents comme vous pouvez le voir avec les enfants autistes là... En fait, je me demandais pourquoi ne pas aller aussi découvrir la prise en charge de ces enfants différents ?

Notons qu'elle a eu à suivre des formations continues pour l'acquisition des connaissances dans ce domaine. Bien que ce choix d'enseigner les enfants à besoins spéciaux, Madame Helene raconte au départ avoir rencontré beaucoup de difficultés : la peur de travailler avec des enfants autistes, la gestion des émotions pour faire face aux comportements de l'enfant vivant avec autisme, les difficultés liées à l'inclusion des enfants dits « normaux et handicapés », les problèmes d'adaptation aux mutations des pratiques pédagogiques etc.

❖ Cas d'Alvine

Madame Alvine, enseignante du niveau I est âgée d'environ 25 ans. Originnaire de la région de l'ouest, elle est célibataire et n'a pas encore d'enfants. Elle a un CAPIEMP (Certificat d'Aptitude Professionnel pour les Instituteurs le l'Enseignement Maternel et Primaire). Elle a commencé sa carrière d'enseignante à la fin de sa formation dans un groupe scolaire bilingue pour asseoir les pratiques pédagogiques apprises pendant la formation. Elle n'a pas pu continuer ses études à l'université, d'où ses déclarations :

Je ne suis pas allée à l'université, je n'ai pas non plus fait un master en Education ou psychologie de l'enfant. L'école dans laquelle j'ai eu à enseigner, la fondatrice a vu que comme j'avais l'amour des enfants, elle m'a recommandé à un ami pour voir avec la fondatrice actuelle si je pouvais intégrer son école afin de prendre en charge les enfants handicapés.

Elle a donc postulé à l'institut Einstein où elle s'y trouve depuis trois ans. Mais elle a suivi une formation pendant une année pour prendre en charge les enfants à besoins spécifiques. Depuis lors, elle s'attèle à suivre des formations continues pour s'informer davantage sur la prise en charge de ces enfants. Elle a d'abord commencé avec le niveau 3 pour ensuite se retrouver au niveau 1. Pour elle, c'est plus une passion qu'un métier de prendre en charge ces enfants. Il est vrai que les débuts n'ont pas été facile, se retrouver en présence de ces enfants aux comportements atypiques, agressifs et violents, cela suscitait la peur. Mais pour ceux qui viennent étant encore tous petits entre 3 et 4 ans, ils sont plutôt adorables, elle dit : « celui-là ne sait pas ce qui se passe dans le monde, donc il n'est pas situé dans l'espace et dans le temps »

Au moment de nos entretiens, madame Alvine présentait certains signes de frustration, de culpabilité, de regret, car malgré toutes les connaissances qu'elle a pu acquérir sur le terrain pour prendre en charge des enfants en situation de handicap et davantage ceux avec un TSA, cette enseignante se réclame quelque chose. Quelque chose lui manque, ce qui est à l'origine de son regret et peut compromettre à sa motivation à enseigner et à sa compétence : cet objet manquant est : le fait qu'elle ne soit pas partie à l'université, qu'elle n'a pas un Master, une licence académique ou professionnelle, voir même un Baccalauréat pour recadrer ses connaissances dans une discipline comme la psychologie, l'éducation spécialisée, la médecine ou bien tout autre spécialité qui a trait aux métiers du travailleur social. C'est ce qui s'explique par ses propos : « *Je ne suis pas allée à l'université, je n'ai pas non plus fait un master en Education ou psychologie* ».

Ces propos semblent autant pertinents pour expliquer ses inquiétudes. Car le travail social, définit comme une profession visant à améliorer le bien-être des individus, des groupes et des communautés est cette branche pluri disciplinaire, interdisciplinaire et multidisciplinaire dont le but est d'aider les personnes à surmonter leurs difficultés et les obstacles qui les empêchent de réaliser leurs pleines potentialités. Définit comme pratique professionnelle ; les travailleurs sociaux (psychologues, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie scolaire, les aidants, les accompagnateurs ...) aident les personnes en difficulté ou vivant des situations extrêmes de vulnérabilité à identifier et à résoudre les problèmes qui les affectent. Ils aident également à promouvoir le changement social, à développer les capacités, les compétences pour qu'elles puissent prendre en charge leur vie et faire des choix éclairés,

Au regard de ce qui est dit, nul ne peut remettre en doute les compétences de madame Alvine., ou nier l'effort qu'elle fournit pour prendre en charge les enfants vivant avec autisme dans leur parcours scolaire malgré d'énormes difficultés qu'ils présentent (crises, retrait social, l'isolement, communication, interaction social) lies à leurs différents troubles et aux variations terminologiques qui caractérisent l'autisme : trouble envahissant de développement, trouble d'apprentissage, trouble de communication, trouble de mémoire, isolement social.

❖ Cas d'Elise

Madame Elise est une enseignante du niveau 2, elle est âgée de 35 ans et plus, mariée et mère d'enfants. Elle est originaire de la région de l'ouest, elle n'a pas un diplôme professionnel à la base. Elle a plutôt un diplôme académique qui est un BEPC (Brevet d'Etude du Premier Cycle). Elle n'a jamais eu à enseigner auparavant dans une école ordinaire, mais elle s'est fiée à son instinct de mère et du fait qu'elle a pour habitude de suivre ses enfants à la maison. Elle déclare :

Je ne sais pas la nature peut être, en moi j'avais cette compétence-là, je suis une mère d'enfants, lorsqu'on m'a recruté ici, j'ai passé un entretien avec la fondatrice, elle m'a parlé d'amour, j'ai répondu que Madame moi-même je suis une maman et l'amour que je transmets à mes enfants, je vais aussi le transmettre à ces enfants. Mes enfants que j'ai eus, lorsque celui-là commence à la maternelle, je suis sa maitresse, je commence à tenir sa main. Donc lorsque j'arrive ici c'est comme si j'avais déjà ce brin de la maitresse qui sommeillait en moi, et ça ressurgit.

Une fois recrutée au centre, elle a reçu une formation sur le terrain, Et de temps en temps, il y a des journées pédagogiques organisées pour le recyclage afin d'améliorer les méthodes d'enseignement. Quand elle a des difficultés, elle se rapproche de ses collègues pour demander de l'aide. C'est par amour et instinct de maternité qu'elle se retrouve à prendre en charge des enfants à besoins spécifiques qui ont besoin d'aide et à qui on doit tendre la main.

Lors de notre passage au centre et pendant notre entretien, nous avons constaté que madame Elise est bien motivée dans sa manière de prendre en charge ces enfants à besoins spécifiques. Elle manifeste beaucoup d'amour à leur égard comme le fait généralement une mère, Mais les difficultés auxquelles elle fait face sont énormes dans le processus d'enseignement apprentissage pour ces enfants. Il faut déjà reconnaître qu'elle n'a aucune formation à la base entend qu'enseignante, cela a un impact dans le suivi de ces enfants. Elle doit faire recours aux autres à chaque fois qu'elle a une difficulté, elle déclare :

Lorsque je viens ici, Je me suis rapprochée de mes collègues quand j'étais bloquée, buté à un niveau. Parce que je voulais aussi apprendre, c'était un monde qui était nouveau pour moi. Donc j'allais vers mes collègues, je demande ici ça se passe comment ? Je veux passer la leçon en classe et même pendant la leçon, je vais vers ma collègue, je lui dis viens un peu m'aider, vient un peu dans ma classe, ici-là, comment je peux faire ? Même jusqu'à présent je vois la directrice, je vois la fondatrice, ici ça se passe comment ? Et là j'acquiert donc des techniques et autres. Passer des leçons ce n'est pas comme à l'école ordinaire, c'est différent. On a quand même le même canevas.

Cependant le domaine dans lequel se retrouve madame Elise est d'autant plus difficile parce que ces enfants, loin d'être considérés comme leurs pairs normaux, leur accompagnement nécessite davantage la maîtrise des techniques et procédés d'enseignement adaptés pour une bonne réussite scolaire. Le suivi auquel doivent bénéficier ces enfants est déjà incomplet, voir même inadapté, car l'enseignante doit pouvoir elle-même apprendre, comprendre et savoir ce qu'il y a lieu de faire pour les accompagner. Mais elle s'appuie sur les sentiments d'amour qu'elle éprouve vis-à-vis de ces enfants. Elle joue beaucoup plus le rôle de mère qu'enseignante dans l'exercice de ses fonctions cela se fait ressentir dans ces propos lorsqu'elle déclare :

Ici, il faut avoir un cœur d'amour, beaucoup d'amour pour faire ce travail. Parce qu'au-delà du salaire, Il y a un salaire pour chaque travail mais on met d'abord ce salaire à côté, c'est pour aider ces enfants, pour tendre la main. Et à la fin quand nous voyons l'enfant au fil des ans comme il change, ça fait énormément plaisir, énormément plaisir. Le temps que j'aie passé ici ce sont des enfants tellement attachant, lorsque tu vas vers eux, tu vois que ce sont des enfants qui ont besoin de beaucoup, beaucoup d'amour, donc lorsqu'il ressent cela ou voit cela en vous, il vient vers vous. Donc c'est un travail que moi je fais avec beaucoup d'amour.

En ce qui concerne les compétences de madame Elise dans la gestion d'une classe inclusive, à première vue sont appréciables, mais dans une logique cela manque de tact et de maîtrise. Car La maîtrise et la gestion d'une classe inclusive nécessitent une approche pédagogique et organisationnelle spécifique pour garantir que tous les élèves, y compris ceux ayant des besoins spécifiques, puissent apprendre et participer de manière efficace. Il est question de comprendre les besoins et les capacités de chaque élève pour adapter l'enseignement et les activités. Il faut aussi planifier les leçons et les activités qui prennent en compte les besoins et les capacités de tous les élèves ; utiliser aussi les méthodes pédagogiques variés pour répondre aux différents styles d'apprentissage des élèves ; créer un environnement de classe positif et respectueux où tous les élèves se sentent valorisés et inclus. Et dans la même lancée, mettre en place des stratégies de gestion des comportements pour prévenir les problèmes et promouvoir un climat de classe positif.

En somme, dans ce chapitre il a été question de faire un certain rappel sur la question de recherche, l'hypothèse générale afin d'éclairer nos variables. Mais aussi, nous avons présenté le type de recherche, les différentes procédures méthodologiques qui ont permis de collecter les données et de les analyser.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES

Ce chapitre est dédié à la présentation des données collectées au cours de notre recherche. Il est constitué des sections suivantes :

5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Nous allons dans cette partie présenter les différents participants de notre étude. Ils sont au nombre de six (6). Les pseudonymes qu'on leur a attribués sont les suivants : Malick, André, Paul, Anicet, Arsena, Mael.

5.1.1. Cas Malick

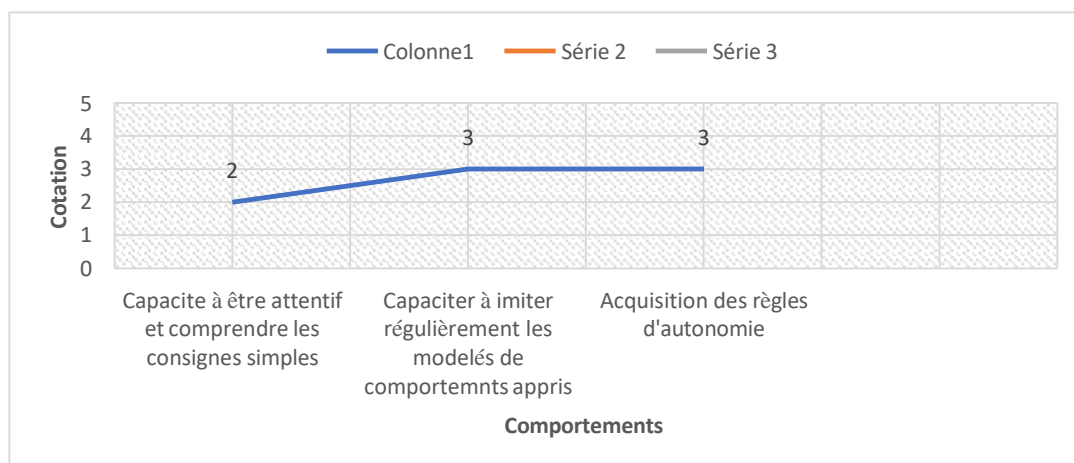
Il s'agit d'un petit garçon âgé de 6 ans au niveau 1, à savoir la section d'Initiation au Langage (SIL). Il est l'aîné d'une fratrie de trois dans une famille monogamique, qui a été diagnostiqué comme enfant vivant avec autisme de type léger. Il est originaire de l'ouest Cameroun. Sa mère au début a observé des changements de son enfant dès son jeune âge. Telle qu'elle le décrit, Malick à 1 an, présentait des signes différents. D'après sa mère, « il était différent des autres enfants autour de lui, trop calme, il n'interagissait pas, s'il y a un objet devant lui, il ne s'intéressait pas du tout. Même le verbiage des bébés, il ne le faisait pas ». Ces comportements qu'affichait Malick, ont suscité chez ses parents et davantage chez sa mère des réactions de peur, de craintes, d'inquiétude et d'étrangement. Toutes ces réactions l'ont poussé à se rapprocher d'abord auprès de certains membres de sa famille, ensuite les tradipraticiens et grâce aux conseils de ses amies, elle est amenée à faire recours aux professionnels de santé.

C'est à partir des séances d'observations, d'entretiens et de techniques de diagnostiques que le pronostic est annoncé. La découverte de handicap de Malick (autisme) a été une épreuve traumatique pour toute la famille et même pour le professionnel qui n'arrivait pas à annoncer et à expliquer les réelles causes de cette pathologie. Pour les parents, déni, rejet, abandon, frustration et pleurs sont des éléments que manifestait chaque membre de la famille, et plus tard vient l'épreuve de l'acceptation, de la réalité grâce aux aides psychologiques. C'est ce qui ressort des propos de la mère de Malick, révélés par l'enseignant, lorsqu'elle dit : « Vraiment ça n'a pas été du tout facile pour nous parce qu'on n'arrivait pas à comprendre ce qui arrivait à notre enfant. Pour comprendre son état, j'ai fait recours à tous les spécialistes : les marabouts, les pasteurs, les prêtres exorcistes... C'est après qu'une connaissance à moi, après avoir

observé Malick meconseille de l'amener dans un hôpital... C'est de là que la mauvaise nouvelle m'a été annoncée, et que jusqu'à présent je n'arrive toujours pas à supporter ».

Le parcours scolaire de Malick commence à l'âge de trois ans, bien qu'à cette période, que ce soient le père ou la mère de l'enfant personne d'entre eux n'avait une représentation pour l'école. Les déclarations de sa mère réaffirment sa pensée : « ... c'est vrai qu'au départ je ne savais pas pourquoi il fallait l'envoyer à l'école, parce que dans ma tête, il fallait d'abord voir mon enfant comme les autres c'est-à-dire réagissant de la même manière que les autres, à savoir : parler, répondre quand on l'appelle, demander à boire, réclamer qu'on le porte, exprimer l'envi de manger, en bref, qu'il se comporte comme un enfant normal ». Au moment de notre collecte des données, Malick est à sa troisième année de scolarisation. D'après les informations récoltées auprès de son enseignant, Malick, dès son entrée à l'école avait des difficultés dans les relations sociales et la communication. Elle dit : « J'avais constaté que Malick ne réagissait pas à l'appel de son nom, il n'articulait aucun son, aucun mot, il ne pouvait rien faire. Enfant totalement désintéressé, hyper actif, il touchait à tout, il cassait tout, déchirait tout document qui était rangé sur les étagères et qui était à sa portée de main, il aimait regarder les dessins collés au mur ou faits au tableau. Au fur et à mesure, avec la prise en charge, nous avons constaté certains changements de sa part ». C'est ainsi que depuis deux ans qu'il est là, il prononce déjà certains mots et il joue mais très peu avec ses pairs, et à des moments il aide ses camarades à faire certains exercices comme l'identification les lettres de l'alphabet.

Graphique 1 : présentation des capacités de mémorisation avant l'intervention



Les données de ce graphique montrent que cet enfant a 2 capacités de mémorisation qui sont au niveau 3 de l'échelle (souvent) et 1 capacité au niveau 2 de l'échelle (rarement).

LEGENDE : 1- jamais 2- rarement 3- souvent 4- toujours

5.1.2. Cas André

André est un garçon âgé de 14 ans. Il est au niveau 2, c'est-à-dire CE1 et CE2, dans une classe spéciale. Il est le troisième enfant d'une fratrie de trois, originaire de la région du centre et d'ethnie Ewondo, né au moment où les parents étaient en instance de divorce. Quelques temps après sa naissance, c'est-à-dire six mois après, sa mère a fait le constat selon lequel l'enfant présentait des comportements différents. Aux dires de sa mère, après avoir pris son bain et son biberon ou le lait maternel, André pouvait rester là sans réaction. D'où ses propos :

« c'est peut-être après six mois que j'ai observé les réactions bizarres d'André, ses agissements, parfois ses comportements égarés (...). Il pouvait rester là toute la journée, tu sais qu'il est réveillé s'il a les yeux ouverts, ne se retourne pas, ne s'agite pas... je ne craignais même pas qu'il pouvait tomber, il ne te poursuivait pas du regard, ne s'intéressait pas aux personnes autour de lui ».

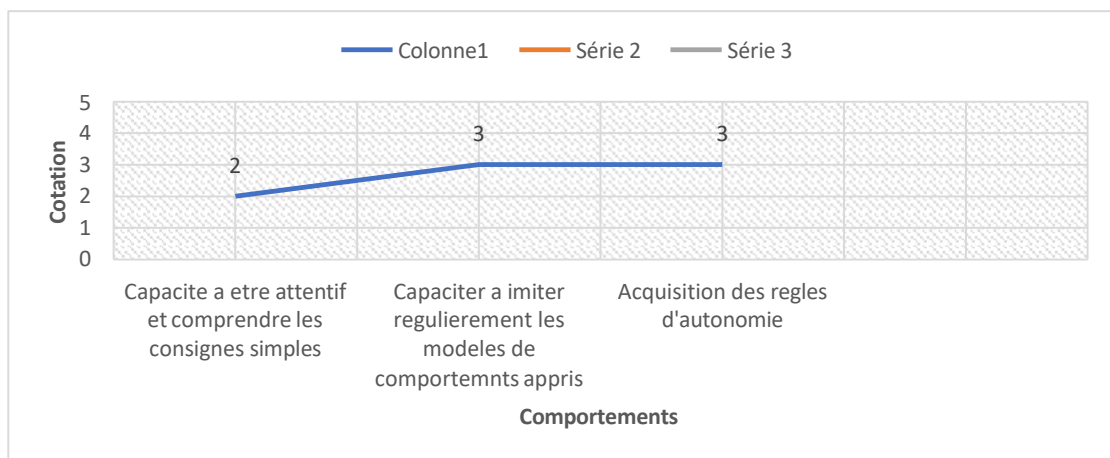
Sa mère ayant constaté que l'enfant avait toutes ces difficultés a fait recourt à la médecine de son côté. Lorsque le diagnostic est annoncé que l'enfant est autiste moyen, le père de l'enfant l'a pris aussi affirmant que ce n'était pas le bon diagnostic et que la mère avait négligé certains détails, il fallait recommencer de son côté. Les parents d'André vivent à l'étranger et dans différents pays. Au niveau de son père, après les entretiens, les tests, le diagnostic était le même. André a des difficultés dans les relations sociales et la communication. Les parents d'André ont consacré plus de temps dans la prise en charge médicale pour connaître l'origine des difficultés de l'enfant espérant une éventuelle guérison de celui-ci. Le volet éducatif n'était pas une priorité pour ces derniers. C'est ce qui témoigne qu'il soit scolarisé à l'âge de 8 ans.

Le handicap de l'enfant a eu d'énormes conséquences dans la vie sociale et professionnelle des parents. Car, il fallait choisir : soit de la prise en charge médicale, soit le choix d'inscrire l'enfant à l'école, en même temps réfléchir qui pouvait les aider dans cette mission en accompagnant l'enfant à l'école. Cette dernière option s'accompagnait aussi des inquiétudes du parent à cause du handicap de l'enfant. Car elle ne s'imaginait pas qu'une personne de l'extérieur puisse accepter être avec André. En dernier il fallait aussi choisir de vaquer aux occupations professionnelles. C'est ce qu'elle exprime en disant : « si André est parti à l'école à 8 ans, c'est parce que j'étais ignorante de son handicap. Je me disais qu'il fallait d'abord le soigner... C'est après qu'on a commencé à réfléchir à sa scolarisation...Ce n'était pas facile... Il fallait réfléchir, d'un côté sur mon travail, de l'autre comment l'inscrire à l'école et surtout qui pouvait m'aider dans cette tâche, il ne marchait pas bien, qui pouvait le tenir par

la main... Tout était confus entre son handicap, son école, mon travail, sans oublier ma vie de couple ».

A cause de l'indisponibilité des deux parents, de leur problème de divorce et le traumatisme lié à l'autisme d'André, elle l'a confié à sa sœur aînée pour qu'elle soit sa tutrice au Cameroun, dans le but de l'inscrire dans un centre spécialisé pour un suivi permanent. Cette dernière, une jeune dame d'une vingtaine d'années vit dans un cadre familial. Il est inscrit au centre depuis 4 ans et son suivi n'est pas chose facile. Selon les propos de son enseignant : « Avec André, il y a beaucoup de travail à faire, son hyper activité est intense, il est agressif, il a du mal à rester sur place et à se concentrer vraiment, ce qui est important c'est l'autonomie complète pour se détacher des autres ». La prise en charge d'André nécessite donc beaucoup de travail.

Graphique 2 : présentation des capacités de mémorisation avant l'intervention



Les données de ce graphique montrent que cet enfant a 2 capacités de mémorisation qui sont au niveau 3 de l'échelle (souvent) et 1 capacité au niveau 2 de l'échelle (rarement).

LEGENDE : 1- jamais 2- rarement 3- souvent 4- toujours

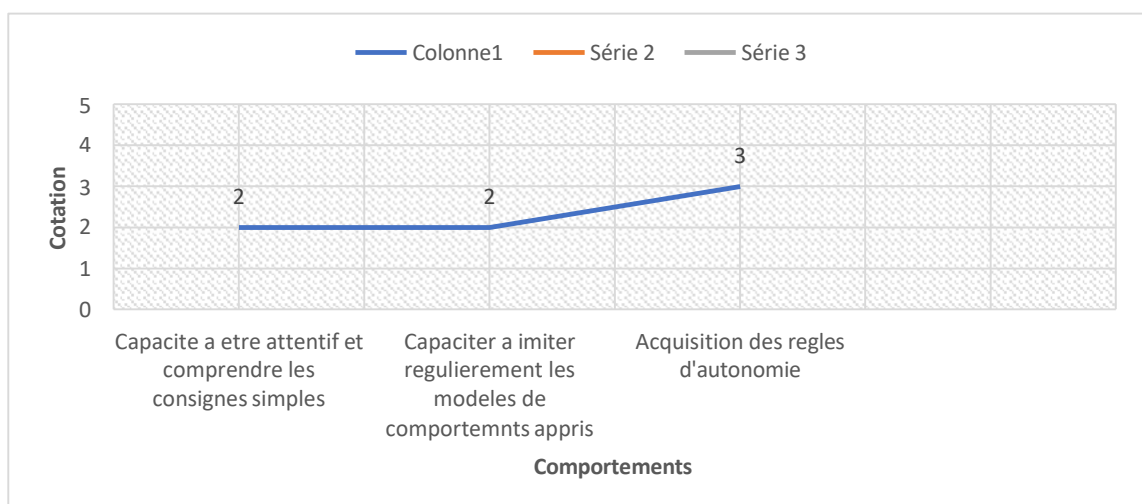
5.1.3. Cas Paul

Paul est un élève âgé de 6 ans, il est originaire de l'ouest Cameroun. Il vit avec ses deux parents. Il a été diagnostiqué autiste de type léger. Il est jumeau, jusqu'à l'âge de 2 ans il ne présentait aucun signe anormal selon les propos de sa mère : « Paul prononçait déjà certains mots mais il était hyper actif, il jouait avec sa sœur mais s'intéressait un peu plus aux images ». Quelques temps après, elle a constaté que par rapport à sa sœur jumelle, non seulement il avait des comportements atypiques, mais il ne réagissait plus comme avant. Il avait des difficultés d'interaction sociales et de communication.

Lui, qui au départ semblait prononcer quelques mots ne disait plus rien et avait un regard évasif et se concentrait sur ce qui n'intéressait pas plutôt sa sœur, il était replié sur lui-même, il semblait être coupé du monde et de la réalité. Elle a donc cherché à comprendre ce qui n'allait pas auprès des spécialistes. Elle l'a amené au départ au village pour faire le rite des jumeaux espérant que c'était des perturbations dues au non-respect des traditions. Au regard de tout ce qui a été fait, ayant constaté qu'il n'y avait aucuns changements au bout de quelques mois, elle a suivi le conseil d'un proche de se rapprocher des spécialistes, pour voir s'il y a une solution à ce niveau.

Elle-même étant infirmière de profession n'a pas trouvé un problème à ce niveau. Bien que l'annonce du diagnostic fût un choc pour eux mais ils n'ont pas hésité à se renseigner sur ce qu'il y avait lieu de faire. Paul a été aussitôt scolarisé à l'âge de 3 ans comme sa sœur, sauf que lui c'était dans un centre spécialisé. Il se retrouve actuellement avec les enfants du niveau I, mais il suit le programme de la maternelle.

Graphique 3 : présentation des capacités de mémorisation avant l'intervention



Les données de ce graphique montrent que cet enfant a 1 capacité de mémorisation qui est au niveau 3 de l'échelle (souvent) et 2 capacités au niveau 2 de l'échelle (rarement).

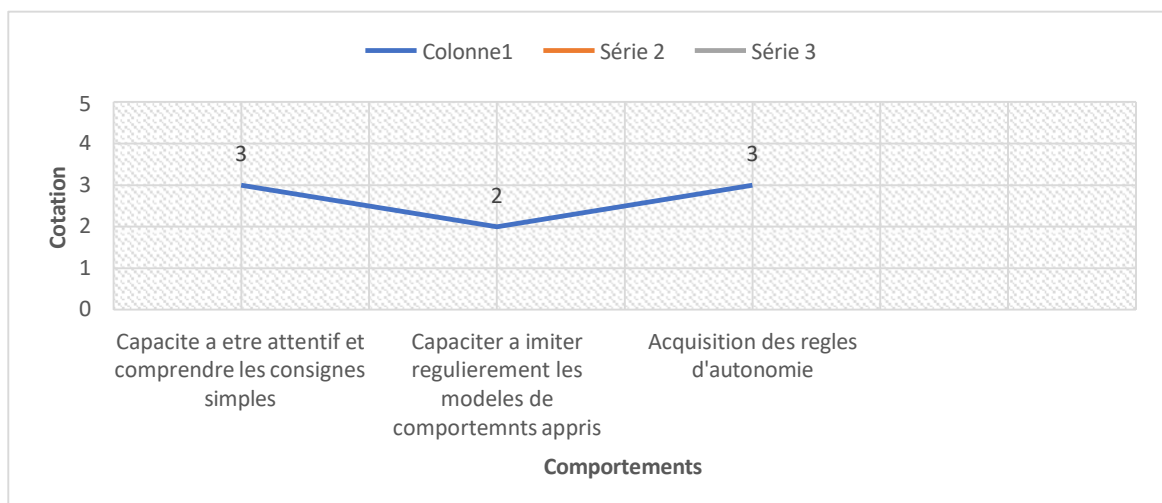
LEGENDE : 1- jamais 2- rarement 3- souvent 4- toujours

5.1.4. Cas Anicet

Anicet a 11 ans, élève au CE2, il a été diagnostiqué autiste léger à l'âge de 2 ans. Ses parents avaient trouvé qu'il était trop replié sur lui et les interactions sociales étaient un véritable problème, il ne semblait pas s'intéresser à sa mère comme les autres frères et sœurs. Troisième d'une fratrie de quatre, il est l'unique albinos dans sa famille en plus de son autisme. Il est originaire de l'ouest Cameroun. Il s'exprime depuis qu'il est petit, il est scolarisé depuis 4 ans,

parce qu'il venait d'un autre centre où il a été pris en charge à l'âge de trois ans. Anicet n'a pas de difficultés de communication, il est très calme. Au départ ses parents ont pensé que c'était lié à l'albinisme et qu'il fallait recourir à la tradition. Ce qui n'a pas porté de fruits. Anicet observe tout ce qui est à portée de ses mains, sur une étagère où sont posés des documents et d'autres objets, il se passionne exclusivement sur les livres avec images sans intérêt pour autre chose. Il a des répétitions verbales (écholalie) des mots et phrases entendues de manière répétée, il parle sans interruption même si personne ne s'intéresse à lui ou au sujet, sans écouter les autres ou les laisser parler, il a un regard furtif. C'est à cause de ces constats qu'ils l'on conduit vers les spécialistes ou le diagnostic a été prononcé.

Graphique 4 : présentation des capacités de mémorisation avant l'intervention



Les données de ce graphique montrent que cet enfant a 2 capacités de mémorisation qui sont au niveau 3 de l'échelle (souvent) et 1 capacité au niveau 2 de l'échelle (rarement).

LEGENDE : 1- jamais 2- rarement 3- souvent 4- toujours

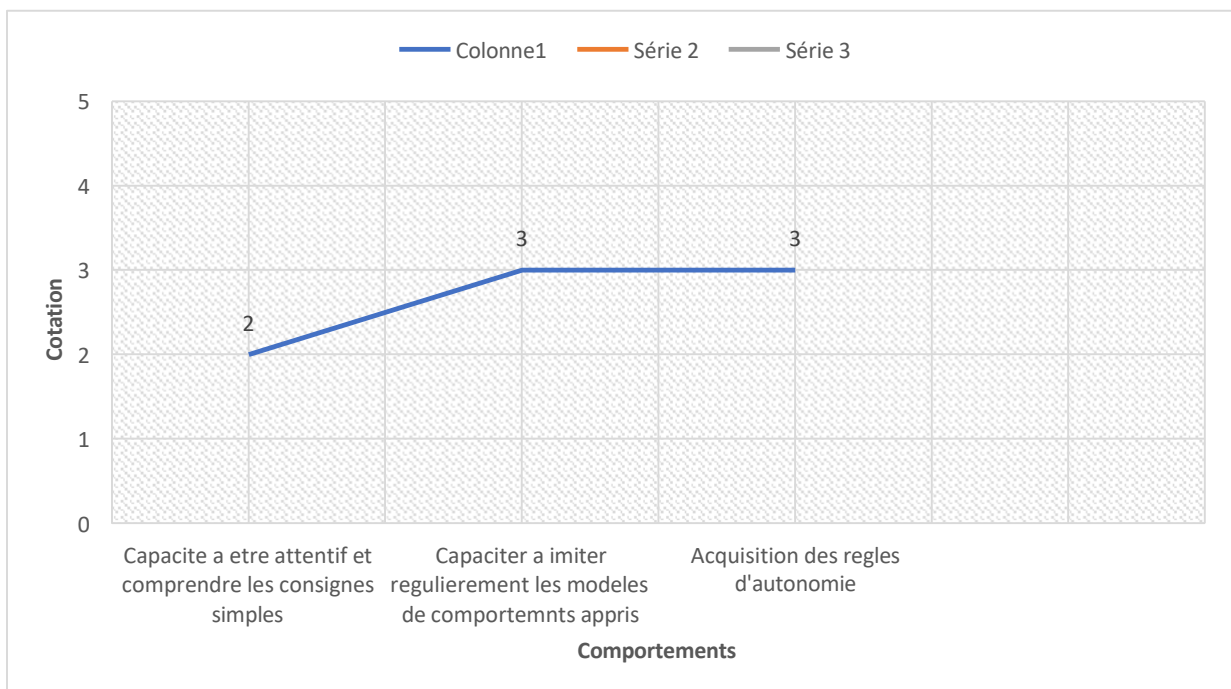
5.1.5. Cas Arsena

Arsena est une élève âgée de 8 ans. Elle est originaire de l'Est Cameroun. Elle vit en famille avec ses proches mais sa mère est en service à Douala. Enfant unique de sa mère pour le moment, elle a été diagnostiquée autiste léger à l'âge de 2 ans parce qu'elle avait des difficultés d'interaction sociales et de communication. L'hyperactivité est également l'une des caractéristiques observées chez elle. Elle avait des intérêts très spécifiques et était fascinée à regarder les gens de près comme si elle cherchait un détail particulier. Elle répétait des activités de manière répétitive et certains gestes, elle avait du mal à utiliser le langage pour communiquer ou pour comprendre les autres. Grâce à la rencontre de l'un de ses proches à qui elle avait confié les difficultés rencontrées avec sa fille, le conseil lui a été donné de se rapprocher des

spécialistes de la santé. Elle se contentait des recettes de grand-mère pour faire parler l'enfant avec des potions qu'il fallait boire et se purger. A des moments, elle pensait juste que c'était un simple retard qui sera réglé par la nature et le temps.

L'annonce du diagnostic n'a pas été chose facile à accepter pour une jeune mère de son âge (20 ans), la représentation du handicap a été perçue comme une malchance, à travers les propos recueillis auprès de son enseignante qui disait que la mère s'est exprimée lors de leur rencontre en ces termes : « mes parents m'avaient prévenu de cette relation et n'avaient pas appréciés le père de l'enfant, voilà alors ce qui ressort de là, un enfant handicapé, un poids dans ma vie et toute ma vie durant ». Sa prise en charge a été immédiate à l'âge de trois ans jusqu'à ce jour et se passe bien grâce aux améliorations observées à savoir qu'elle parle déjà et interagit avec les autres.

Graphique 5 : présentation des capacités de mémorisation avant l'intervention



Les données de ce graphique montrent que cet enfant a 2 capacités de mémorisation qui sont au niveau 3 de l'échelle (souvent) et 1 capacité au niveau 2 de l'échelle (rarement).

LEGENDE : 1- jamais 2- rarement 3- souvent 4- toujours

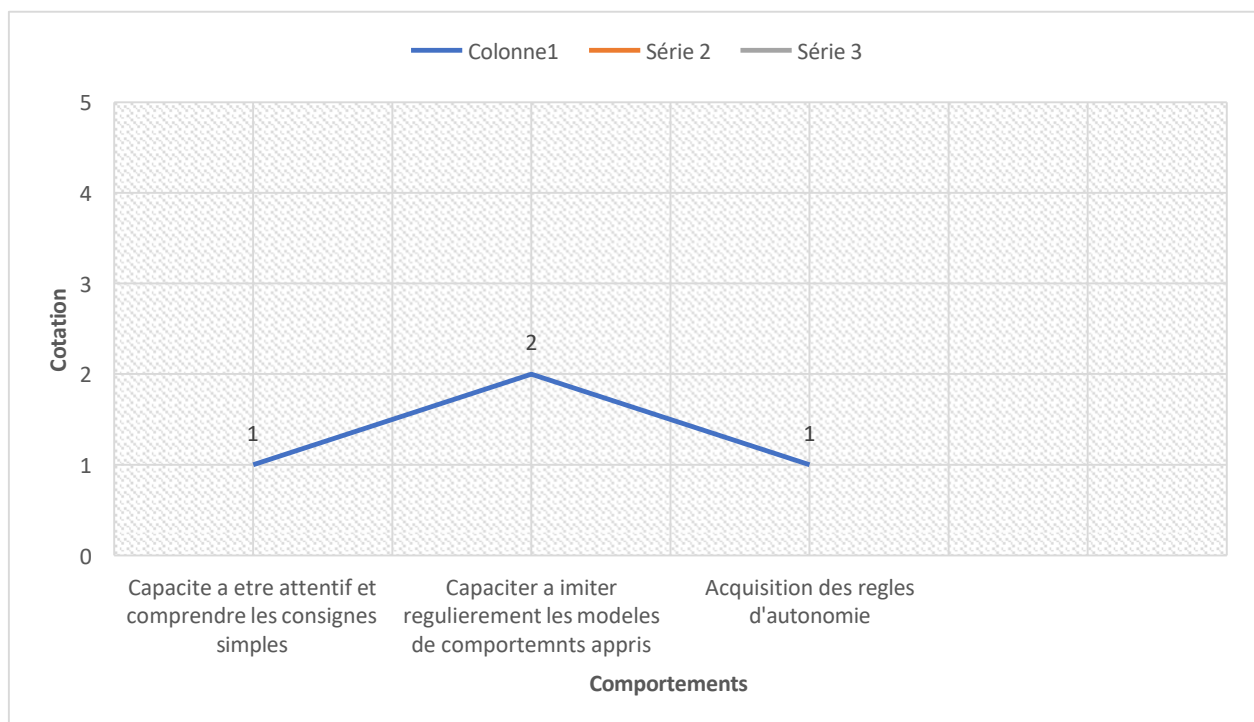
5.1.6. Cas Mael

Mael est un élève âgé de 11 ans. Il est originaire du littoral. Il vit avec ses parents. Troisième enfant d'une fratrie de Cinq, à sa naissance, tout se passait bien jusqu'au moment où les parents constatent qu'il ne réagit pas comme ses aînés à son âge. Il ne s'assoit pas, reste

couché, à deux ans quand les autres parlent, même le babillage ne semblait pas l'intéresser. Il a des difficultés de communication, aucun son ne sort de sa bouche, il est comme coupé du monde et de la réalité. Il manifeste des comportements restreints et stéréotypés. Après diagnostic, il s'est avéré qu'il est autiste moyen. Mais il a eu à faire des séances de rééducation pour marcher. Il est scolarisé depuis l'âge de quatre ans dans le centre.

A son arrivée au centre, l'on a constaté qu'il a des difficultés à comprendre, à déceler les sentiments des autres, il a des troubles de langage, il a des comportements répétitifs à savoir le balancement et torsion des membres. Il est hyper actif et n'arrive pas vraiment à se concentrer.

Graphique 6 : présentation des capacités de mémorisation avant l'intervention



Les données de ce graphique montrent que cet enfant a 2 capacités qui sont au niveau 1 de l'échelle (jamais) et 1 capacité au niveau 2 de l'échelle (rarement).

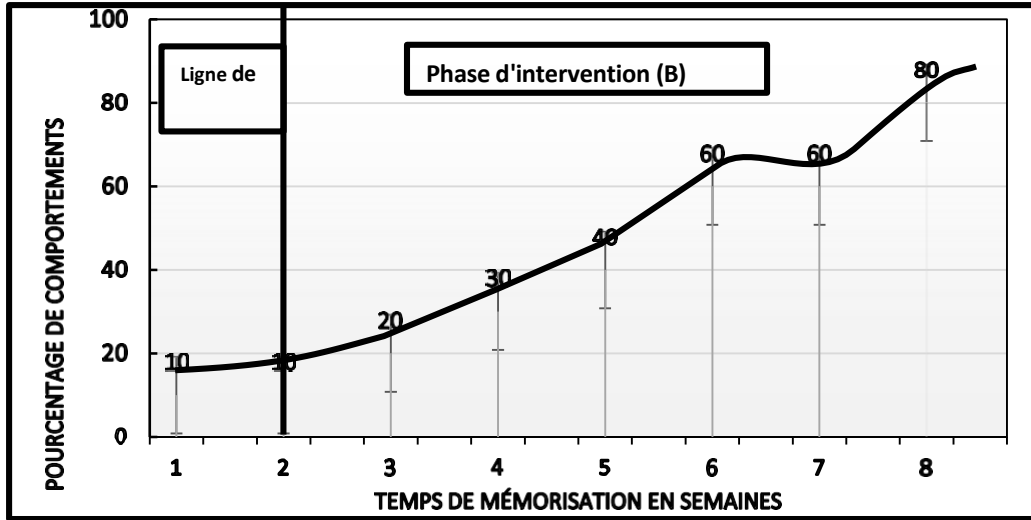
LEGENDE : 1- jamais 2- rarement 3- souvent 4- toujours

. Il a été question dans ce chapitre de présenter les données des différents participants choisis pour notre étude. Leur anamnèse collectée auprès des enseignants lors de nos entretiens ainsi que leurs performances des capacités de mémorisation avant l'intervention, afin de connaître leur niveau de départ pour mener à bien les analyses des résultats

<p>Capacité à mémoriser et à imiter les modèles appris Dispositif : Interventions directives et\ ou non directives ✓ Qualité de la relation ✓ Diminution des symptômes Spécifiques</p>	●				●										●			●
<p>Progression dans les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter</p>																		

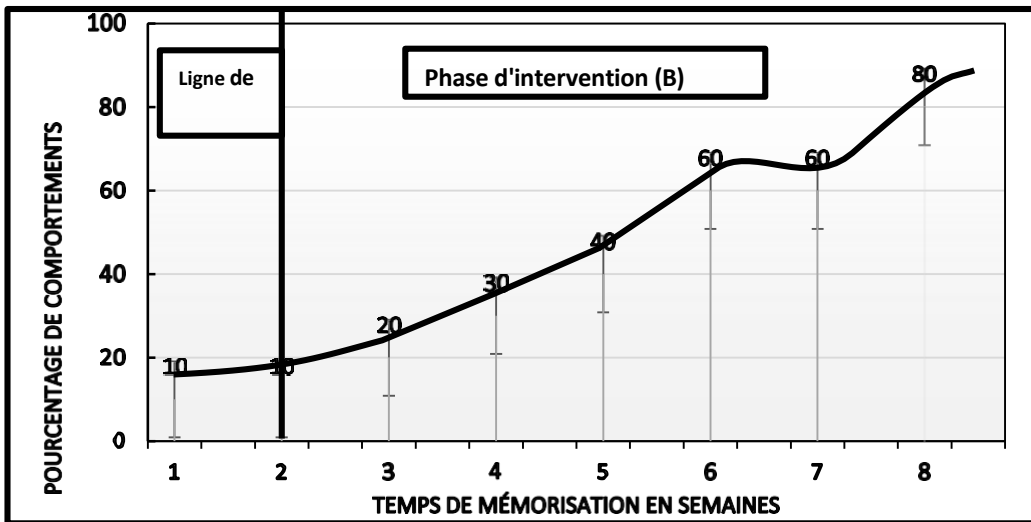
Le graphique montre qu'avec la motricité fine sur l'activité de préhension, prendre le crayon avec les doigts, c'est à partir de la quatrième semaine qu'il commence à tenir le crayon sans lâcher. Le comportement est repris plusieurs fois jusqu'à l'acquisition correcte.

Figure 2 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles



Le graphique montre qu'avec l'exercice sur la formation du rond, il forme un demi-cercle à la quatrième semaine. La compétence est en cours d'acquisition.

Figure 3 : acquisition des règles de l'autonomie



Le graphique montre qu'il parvient à aller aux toilettes mais il ne parvient pas à se nettoyer. La compétence est en cours d'acquisition.

Lors de l'observation, on a constaté que Malick est un élève de nature calme, qui a su au fil du temps prendre ses marques au sein de l'établissement, auprès de ses enseignants, ainsi que ses camarades. Son accompagnement est progressif dans la mesure où les améliorations sont visibles selon son enseignant. Il dit qu'à son arrivée à l'institut, il ne parlait pas, il était replié sur lui-même, il n'acceptait personne à ses côtés. Mais de nos jours, il parle déjà et il apprécie la compagnie de ses camarades, surtout de l'enseignant.

Quand il arrive à l'école, il entre et range son sac, sans toutefois oublier de dire bonjour et de répondre gentiment à son interlocuteur. Tout en se dirigeant à sa place où il s'assoit sagement. La journée commence par l'exécution de l'hymne national, ils sont tous réunis, lui il chante même s'il ne prononce pas tous les mots, mais parvient tout de même à être dans la cadence. Du retour dans les classes, la leçon d'éveil est lancée par les chansons, les récits et il faut par la même occasion danser. Malick chante parce qu'il a pris l'habitude d'écouter ces sons, et il répète avec joie même si tous les mots ne sont pas prononcés exactement, le rythme y est, il se sent à l'aise et danse aussi. Les règles morales sont mémorisées, il parvient à restituer ce qu'il a appris, dès lors qu'il est en compagnie de ses pairs et de l'enseignant qui l'encourage. Les compétences sont développées et sont progressives dans les différents domaines, tels que la communication, les interactions sociales, les habiletés motrices et la gestion des émotions, il s'adapte.

Pendant la dispense de la leçon sur la formation du rond, il doit d'abord identifier, soit la lettre O, ou lire le chiffre 0 se trouvant au tableau, ce qu'il fait à la troisième semaine sans éprouver beaucoup de difficultés. Pendant ce temps, la leçon qui consiste à former le rond pour écrire la lettre ou le chiffre, à la quatrième semaine, il réussit à former le demi-cercle. Les étapes ont été parcourues, pendant l'évaluation, il est question à la sixième semaine de former le rond, les petits objets de forme géométrique sont dessinés au tableau, il faut former le rond pour les encercler Il parvient à le faire mais le rond n'a pas la forme attendue et il y a l'intervention de l'enseignante. Celle-ci continue à le guider pour y parvenir mais après plusieurs explications. En présence de l'enseignant, il est très attentif, et se sent bien pendant qu'ils travaillent ensemble, il y a une convivialité. Pour les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter, il faut prendre du temps pour lui expliquer et cela se fait de manière progressive.

En dehors des manifestations de l'autisme, Malick a des difficultés en mathématiques et cela peut être dû aux troubles associés à la dyscalculie, à partir des signes observés tels que difficultés lors de l'utilisation fréquente des doigts ou objets pour compter. Il parle et lorsqu'il est question de mémoriser les connaissances, il faut le faire de manière visuelle et la plupart du temps en chantant ou par des petites histoires. Bien qu'il n'interagi pas beaucoup avec ses camarades, Malick souri lorsque d'autres enfants l'encouragent et même l'enseignant par un bravo. Cela montre qu'il apprécie le soutien social, même s'il ne s'engage pas activement dans

les échanges. Il démontre une bonne compréhension de l'activité et parvient à le faire, tout en faisant face à des moments d'anxiété.

Ses progrès dans la gestion de ses émotions et son engagement dans l'activité sont des aspects positifs qui pourraient être renforcés par des encouragements supplémentaires dans ses interactions sociales.

En classe, Il y a une amélioration du langage corporel et posture, que ce soit au niveau des gestes, des mouvements, les expressions faciales, le regard. Malick parvient à saisir les subtilités du langage corporel, il exprime son désir, de même lorsque l'enseignant est fâché, il le ressent par l'expression de son visage ou par la consigne donnée. Mais lorsqu'il est ignoré ou incompris, il exprime sa frustration. Par exemple, lors des apprentissages sur l'autonomie, il est question pour lui que dès lors qu'il a fini qu'on le nettoie. En présence de nouvelles personnes, il s'amène avec sa culotte baissée pour un nettoyage, il n'est pas compris et cela le frustre, et il a une crise de colère. Son autonomie est en cours d'acquisition.

Il prend l'habitude de répéter comme le fait l'enseignant à chaque fois et parvient à retenir. Pour apprendre l'alphabet, il y a un livre dans lequel les lettres s'y trouvent et en dessous un mot commençant par la lettre. A force d'identifier, reconnaître et lire les lettres, il a fini par maîtriser cela. Il récite par exemple les 26 lettres de l'alphabet et donne un exemple à chaque fois, soit un fruit ou un mot. Et à ce moment, il a une confiance en ses capacités parce qu'il partage cela avec ses pairs. Il est très propre, Il va aux toilettes seules après avoir exprimé son besoin à l'enseignant. De même à l'heure du goûter, récupère son sac et sort sa gamelle, il s'installe et mange sans se salir.

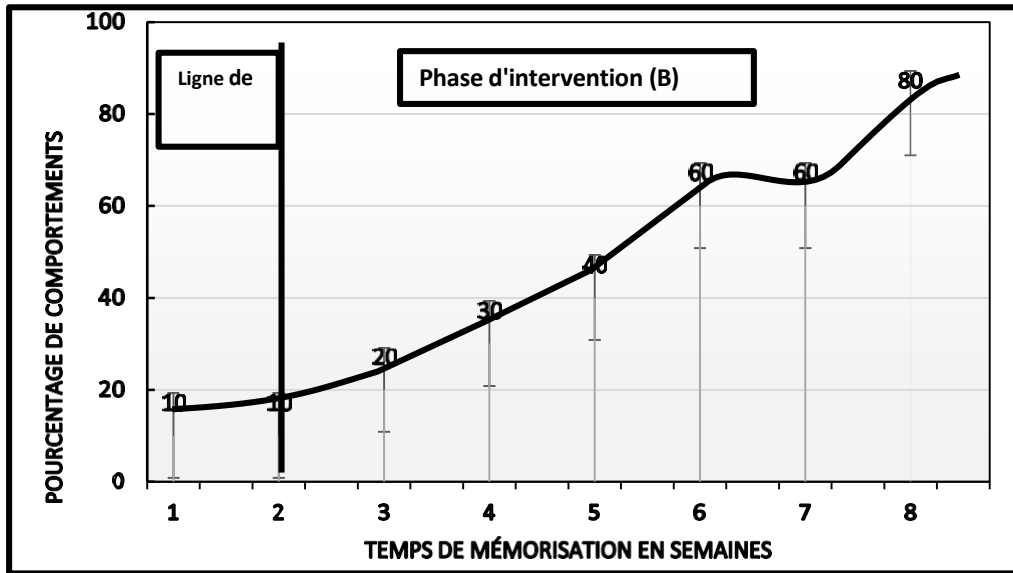
Malick n'éprouve pas assez de difficultés à mémoriser les consignes simples. Car après plusieurs répétitions, il y parvient. Le changement n'est pas aussi facile, pour apprendre des nouveaux Comportements, il faut s'adapter au préalable. Le conditionnement est le moyen par lequel les enseignements sont instaurés, si bien que pour intégrer d'autres il faut prendre du temps pour qu'il soit à mesure d'assimiler ; pour imiter les modèles appris, il faut adapter de nouvelles stratégies. Par exemple, lorsque l'enseignant explique simplement, la compréhension n'est pas aisée, il faut passer par une histoire ou un chant pour que la notion soit acquise.

Il faut le mettre dans des conditions qui l'arrangent lors des apprentissages et ceci se passe sans heurts. Il s'exécute à la tâche et restitue ce qui lui est demandé. Par la manière de faire de l'enseignant, il a des compétences, bien que cela prenne le temps qu'il faut, mais sa

<p>✓ Diminution des symptômes spécifiques</p> <p>Progression dans les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter</p>																		
<p>Acquisition des règles d'autonomie</p> <p>Dispositif :</p> <p>Soutien verbal et\ ou non verbal</p> <p>✓ Encouragement\ renforcement</p> <p>✓ Amélioration du langage corporel et posture simple</p> <p>✓ Fourniture du feedback positif</p>																		

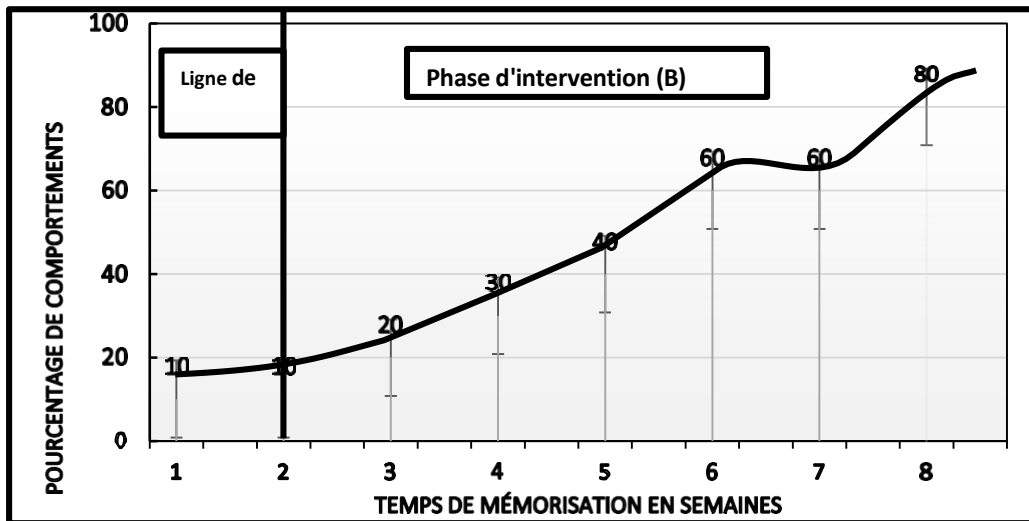
Légende : S= Semaine NA= Non Acquis ECA= En cours d'Acquisition A= Acquis

Figure 4 : mémorisation des consignes simples



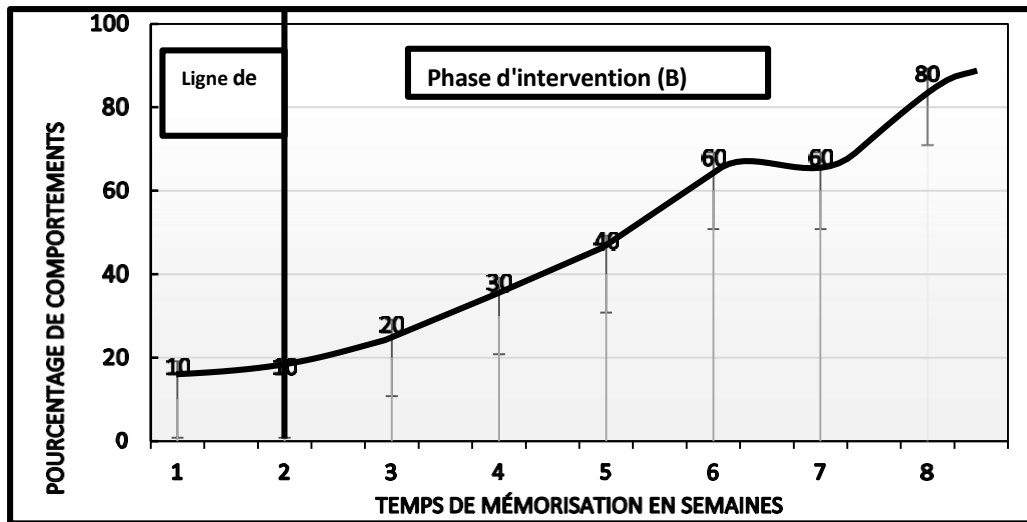
Le graphique montre que pour l'exercice sur l'identification des métiers à partir des images, la compétence est en cours d'acquisition.

Figure 5 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles



Le graphique montre que pour reproduire la forme géométrique représentée sur l'image, c'est à la troisième semaine qu'il commence à vouloir donner la forme, mais la compétence est en cours d'acquisition à l'évaluation.

Figure 6 : Acquisition des règles de l'autonomie



Le graphique montre qu'avec l'exercice sur le lavage des mains à la sortie des toilettes, la compétence est en cours d'acquisition.

André est un élève hyper actif et violent, qui avait des difficultés d'interactions sociales et de communication. Pour le maintenir sur place, il faut utiliser certaines stratégies sous forme de punitions telles que rester assis face à l'enseignant, le garder dans un coin où il ne peut pas sortir facilement. Dès son arrivée à l'école, il sait où ranger son sac. Il dit un bonjour à la volée, après avoir répété plusieurs fois, si tu le fixes du regard en disant : » André bonjour, bonjour André », à ce moment, il s'avance et te tend rapidement la main puis s'en va en courant. Il a petit à petit réussi à prononcer, à formuler certaines phrases. Il a réussi à mémoriser des consignes comme débarrasser après avoir mangé, mais laver les mains avant et après le repas ou laver les mains à la sortie des toilettes est encore à revoir à chaque fois. Au fil des temps ses compétences sont développées.

Il a démontré une meilleure compréhension et il faut utiliser davantage de stratégies de communication orale et visuelle au cours des apprentissages. Cependant, il a encore besoin d'incitatifs physiques pour communiquer avec les autres. En outre Lorsque'il est anxieux, André manifeste encore des comportements perturbateurs. Il est agité, il n'accepte pas qu'on lui impose une tâche durant un long moment. Quand on lui refuse quelque chose, il manifeste son mécontentement par des cris, ou il tire ses doigts, il a tendance à vouloir courir dans toute la classe. Il manifeste aussi par la stimulation des battements des mains en cambrant son dos en position assise.

Au niveau de l'autonomie, André va tout seul aux toilettes, il mange seul, il est propre, il sait se laver les mains et prendre soin de son corps. De même, il comprend les consignes qu'on lui demande mais il manque de volonté à accomplir des tâches. Il communique par moment par des gestes et par des mots, par des phrases, bien que cela soit difficile. Pour comprendre qu'il veut se mettre à l'aise, il va juste se lever et se diriger vers les toilettes. A l'heure du goûter, il prend juste son sac et se sert. André a d'énormes difficultés en mathématiques, on a constaté que c'est la dyscalculie, en dehors du trouble neurodéveloppemental, celui-ci est d'autant plus sévère dans les apprentissages numériques, les signes chez lui sont, la difficulté lors du dénombrement, difficulté à lire et à écrire de nombres, difficulté à effectuer les opérations arithmétiques.

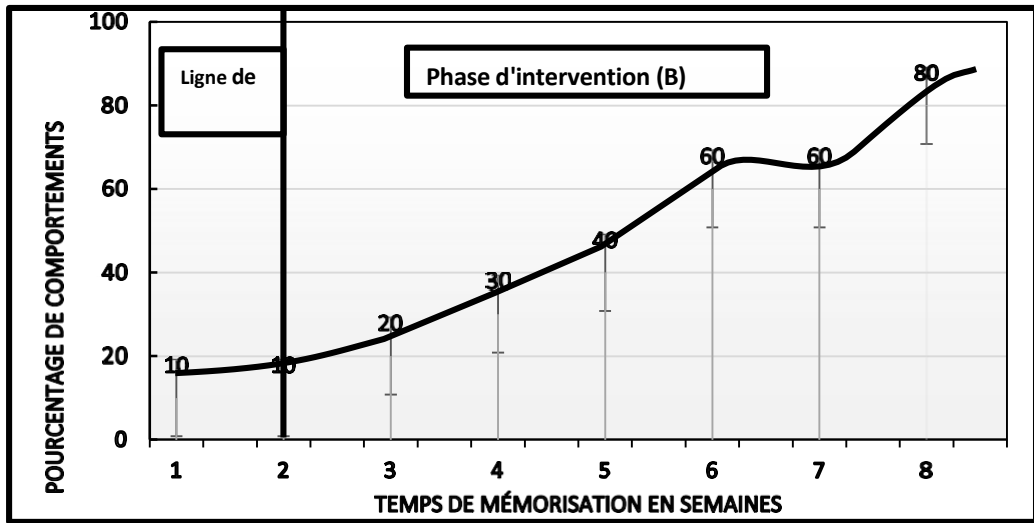
L'attention d'André est de 2 minutes, après cela c'est la distraction totale. Il ne parvient pas à se concentrer pendant une longue période. La relation avec l'enseignant est bonne, il respecte la consigne donnée, et se met en règle comme il se doit. La réalisation d'une opération mathématique est encore difficile pour lui, il ne parvient pas à le faire malgré l'intervention de l'enseignant. La situation problème est donnée : sur la table se trouve des boules de couleurs différentes. La consigne est de trouver le nombre exact d'objets (boules) posés sur la table. Il y a des boules de couleur rouge et des boules de couleur jaune, il est question de regrouper par couleur, donner le nombre de boules au total. Il parvient à regrouper par couleur, parvient à compter chaque lot mais donner le total devient difficile. L'apprentissage des leçons et des tâches à exécuter est en cours d'acquisition, à force de répéter, il garde en mémoire quelque chose. De temps en temps cela resurgit et le répète à tout moment.

André ne s'exprime pas de manière courante, Il mémorise des réponses après maintes répétitions. Lors d'un exercice sur l'identification des métiers, il faut représenter par des images et là il y parvient : le docteur, l'enseignant, le cultivateur, le policier. Quand la question est posée encore une ou deux fois, il s'énerve. Il apprécie lorsqu'il est applaudi par ses camarades après la réalisation d'une tâche, il saute de joie en souriant et les accompagne avec des battements de mains. Il a une bonne mémoire, il capte rapidement l'information, l'enregistre. Mais, il ne restitue pas toujours au moment où on lui demande, parfois, il le fait en temps voulu et très bien. Il éprouve des difficultés au niveau des apprentissages.

L'exercice sur la reproduction des formes géométriques n'est pas facile même jusqu'à la semaine d'évaluation. Avec des techniques phonétiques, l'enseignant forme la lettre enseignée pour dessiner. Le P par exemple est utilisé pour dessiner une plante qui servira pour la leçon de science. Il parvient à identifier la lettre et dessine la plante selon son imagination. André mémorise certaines leçons mais à cause de l'inattention, cela rend

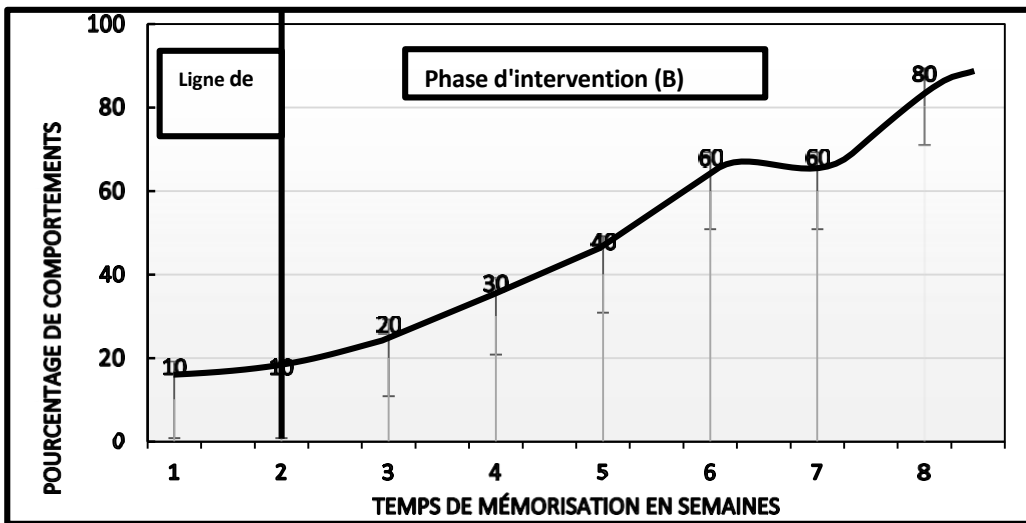
<p>Capacité à mémoriser et à imiter les modèles appris</p> <p>Dispositif : Interventions directives et\ ou non directives</p> <p>✓ Qualité de la relation</p> <p>✓ Diminution des symptômes spécifiques</p> <p>✓ Progression dans les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter</p>	●			●		●			●			●			●
<p>Acquisition des règles d'autonomie</p> <p>Dispositif : Soutien verbal et /ou non verbal</p> <p>✓ Encouragement\ renforcement</p> <p>✓ Amélioration du langage corporel et posture</p>	●			●		●		●			●				●

Figure 8 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles



Le graphique montre que l'identification des lettres de l'alphabet A et B, c'est à la quatrième semaine mais la compétence est en cours d'acquisition à l'évaluation.

Figure 9 : Acquisition des règles d'autonomie



Le graphique montre qu'il manifeste le besoin d'aller aux toilettes mais il veut être accompagné. La compétence est en cours d'acquisition à l'évaluation.

Quand Paul arrive le matin, il dit bonjour mais il accompagne du geste de la main, mais il faut d'abord l'interpeller. Il balance son sac comme pour se débarrasser de la charge. Il est autiste non verbal et s'exprime beaucoup plus les gestes. Il est hyper actif et selon son enseignant, il a du mal à rester sur place. Il se lève pour observer tout autour de lui Avec l'éveil, il se sent bien

en dansant et en sautant dans la classe en mimant les chants. Il joue avec ses pairs. Il respecte les règles données par l'enseignant. Paul parvient à prononcer certains mots qu'il a mémorisés. Lorsque l'enseignant intervient, en lui demandant de compter les objets posés devant lui, il y parvient mais avec des difficultés. Ne pouvant pas répondre de manière verbale à chaque fois, la consigne est donnée soit d'entourer le nombre exact de ronds ou de carrées, soit de souligner.

Son attention n'est pas très longue mais pendant la période de travail, il y parvient. Et il se sent bien en présence de l'enseignant. L'exécution des tâches n'est pas un problème, il s'y met avec un sourire. Il est vrai que l'apprentissage des leçons est pour lui un jeu mais il s'adapte. Pour une leçon sur l'identification des lettres de l'alphabet A et B, il a tendance à montrer d'autres lettres à la place parce qu'il n'est attentif, avec les encouragements de l'enseignant, il est à son aise parce qu'il est entouré des personnes qu'il a l'habitude de voir et cela le motive. Cela l'amène à faire des progrès dans les apprentissages, de même quand l'enseignant lui donne une tâche à faire, il exécute.

Paul restitue ce qu'il a appris après plusieurs essais et répétitions lors de l'évaluation. Et parfois, il faut le stimuler avec des encouragements et cela le motive davantage, des applaudissements ou lui-même participe, avec un bravo de la part de la maîtresse, il saute de joie. On lui présente une image représentant un objet dont la lettre correspond à la lettre de l'alphabet pour lire, par exemple l'image d'un âne correspondant à la lettre A. - Vas-y Paul, lis, à ce moment il se rappelle et commence à lire les lettres et les mots.

Il ne retient pas si facilement, et lorsqu'on répète plusieurs fois et on lui demande d'en faire autant, il devient agité, il est anxieux, il manifeste par des grimaces, par le refus d'exécuter la tâche, par des battements de mains, à des moments il agite ses doigts vers les yeux. Il faut attirer son attention pendant la leçon. La concentration n'est pas facile. Lors de l'activité de mathématique sur la lecture des nombres, il faut utiliser le mot désignant un objet concret : 1 crayon par exemple, et tu présentes ce crayon. Il interagit, il commence par identifier certains objets quand l'enseignant pose la question, par exemple où est le livre ? Il montre du doigt, bien que ce ne soit pas le cas avec tous les objets. Il éprouve d'autres difficultés, comme la dyscalculie où il a du mal à lire les nombres, il a aussi la dyslexie qui se manifeste par les difficultés pour lire, avec des erreurs d'identification des lettres A et B. Il est autonome, il va aux toilettes tout seul après avoir exprimé son besoin, mais il veut être accompagné, il est propre même au sein de l'établissement.

5.2.1.4. Du cas Anicet

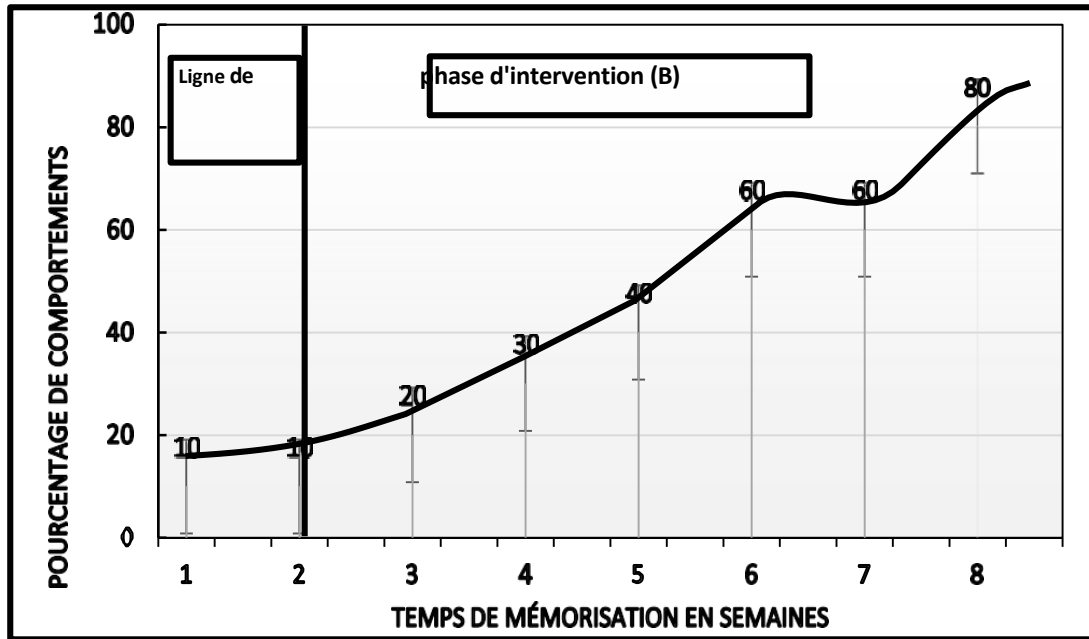
Il est question du tableau des résultats des analyses de capacité de mémorisation pendant six semaines.

<p>Capacité à mémoriser et à imiter les modèles appris</p> <p>Dispositif : Interventions directives et\ ou non directives</p> <p>✓ Qualité de la relation</p> <p>✓ Diminution des symptômes spécifiques</p>	●				●			●			●			●	
<p>✓ Progression dans les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter</p>															

Acquisition																
des règles																
d'autonomie																
Dispositif :																
Soutien verbal																
et																
/ou non verbal																
✓ Encouragement\																
renforcement																
ent																
✓ Amélioration du																
langage																
corporel																
et																
posture																
simple																
✓ Fourniture																
du																
feedback																
Positif																

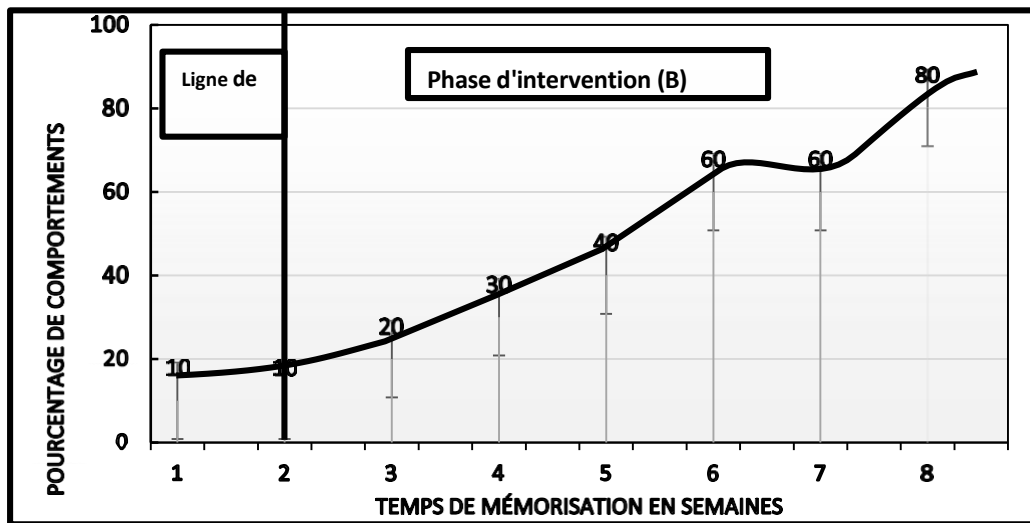
Légende : S= Semaine NA= Non Acquis ECA= En Cours d'Acquisition A= Acquis

Figure 10 : mémorisation des consignes simples



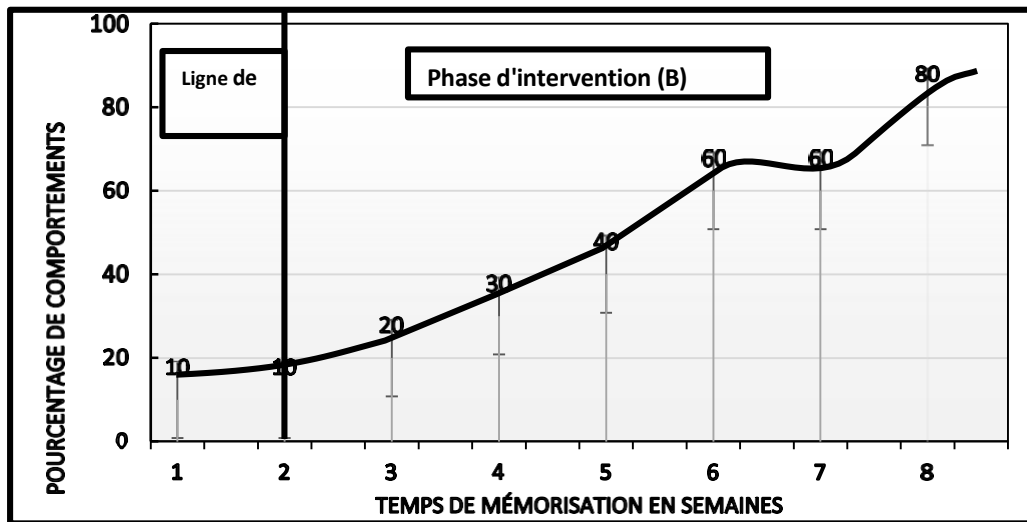
Le graphique montre qu'avec la leçon sur la plante, il parvient à identifier les parties la compétence est en cours d'acquisition.

Figure 11 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles



Le graphique montre qu'il parvient à dessiner des formes géométriques et à colorier, la compétence est en cours d'acquisition à la sixième semaine.

Figure 12 : Acquisition des règles d'autonomie



Le graphique montre qu'il est autonome, il mange seul mais la propreté du corps est encore à travailler, la compétence est en cours d'acquisition.

Anicet est autiste verbal, il s'exprime couramment. Il y a une interaction tant avec ses enseignants que ses camarades. Quand l'enseignant entre en classe ou un étranger, il sait qu'il faut se lever et dire bonjour. Il sait ce qu'il doit faire quand il arrive à l'école et comment se comporter lors du rassemblement. Il n'éprouve pas de difficultés majeures en classe. Pendant la lecture des nombres et l'écriture, il le fait à merveille. L'exercice sur le dessin des formes géométriques et le coloriage est en cours d'acquisition car l'identification n'est pas facile lors de la reproduction.

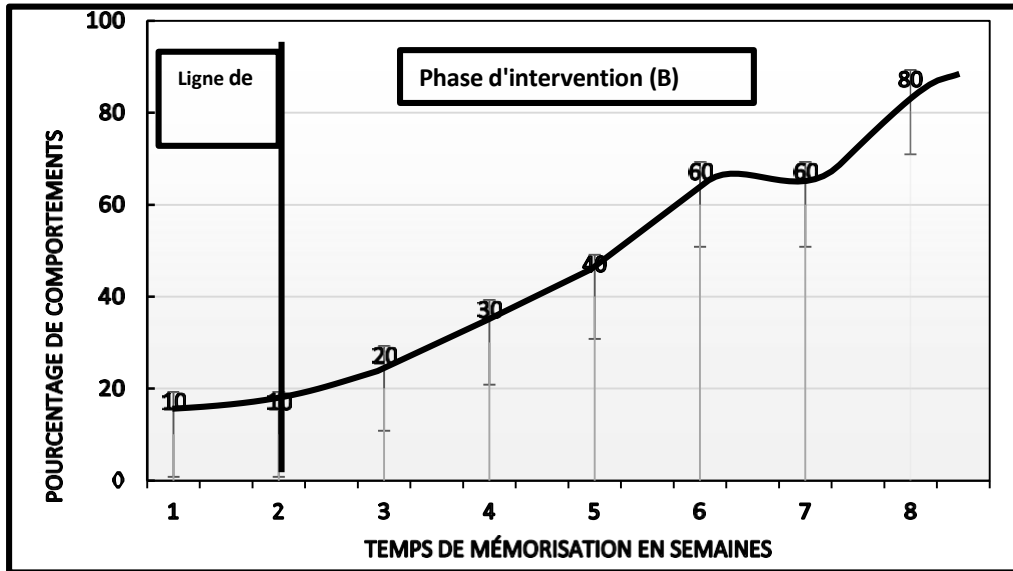
Par ailleurs, il est un élève très attentif qui n'interagit pas beaucoup avec ses camarades, parce que certains ont toujours tendance à le menacer à cause de son albinisme. Mais il sourit lorsqu'ils l'encouragent. Cela montre qu'il apprécie le soutien social. Il apprécie davantage la relation avec ses enseignants. Anicet démontre une bonne compréhension dans ses apprentissages, tout en faisant face à des moments d'anxiété.

Ses progrès dans la gestion de ses émotions et son engagement dans des tâches à exécuter sont des aspects positifs qui pourraient être renforcés par des encouragements supplémentaires dans ses interactions sociales. Il a cette capacité à mémoriser des consignes simples et les restituer en temps opportun, comme l'identification des parties de la plante. Il est calme, mais

Acquisition																
des règles d'autonomie																
Dispositif :																
Soutien verbal et/ ou non verbal	●			●			●			●			●			●
✓ Encourage ment\ renforcem ent																
✓ Améliorati on du langu ge corporel et posture simple																
✓ Fourniture du feedback Positif																

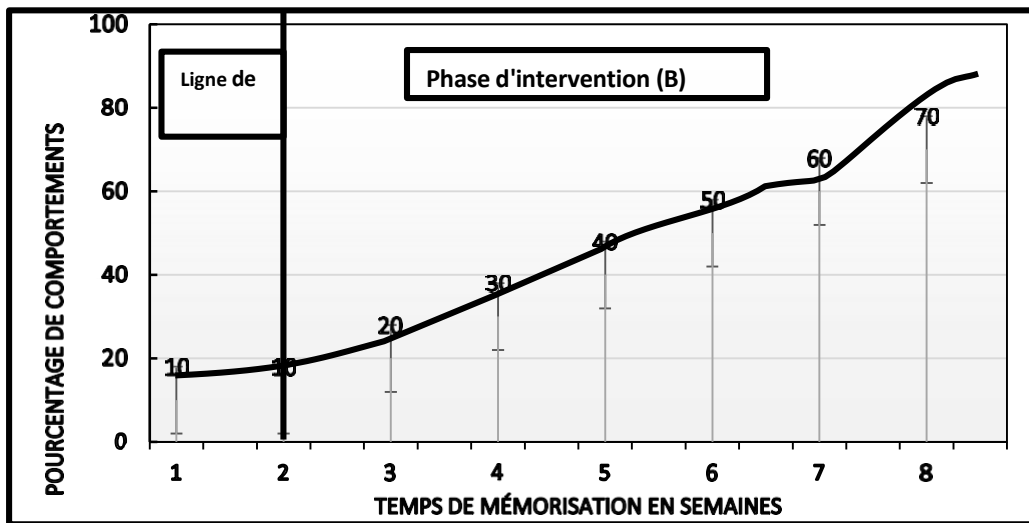
Légende : S= Semaine NA= Non Acquis ECA= En cours d'Acquisition A= Aquis

Figure 13 : mémorisation des consignes simples



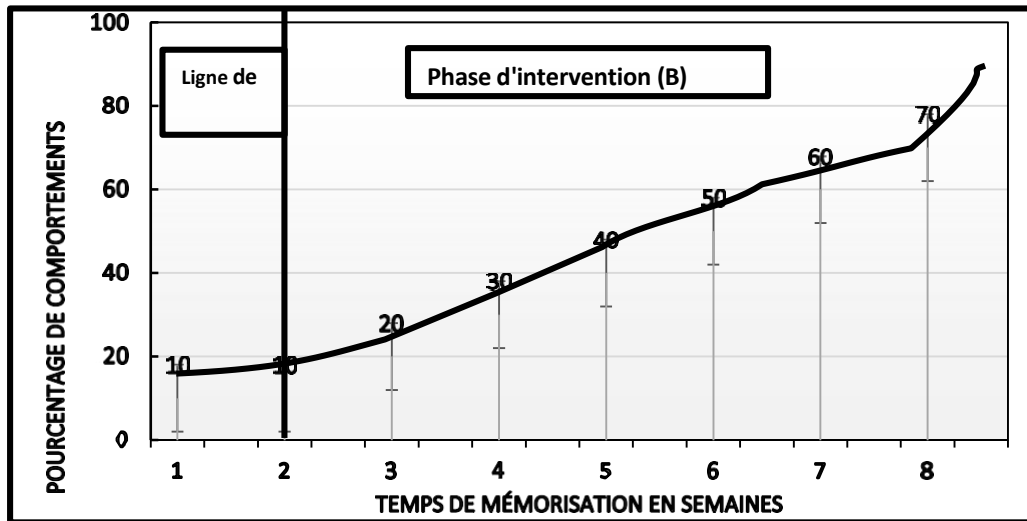
Le graphique montre que la consigne d'identifier et montrer les pièces d'argent parmi les objets, la compétence est acquise.

Figure 14 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles



Le graphique montre que l'exercice sur : former les lettres de l'alphabet, la compétence est en cours d'acquisition.

Figure 15 : Acquisition des règles d'autonomie



Le graphique montre que la compétence est en cours d'acquisition, elle ne parvient pas à se laver toute seule et s'habiller.

Arsena s'exprime déjà mais avec de petites difficultés d'articulation de certains mots. Elle forme des phrases, il lui arrive de répéter certains mots ou certaines phrases plusieurs fois. Elle sait comment se comporter une fois dans l'enceinte de l'établissement. Les règles morales sont acquises, bien qu'elle soit agitée, il lui arrive de ressentir de l'excitation et elle se met à sautiller. Elle s'attelle à respecter certaines règles, très active en classe, elle manifeste toujours la volonté de travailler à chaque fois que l'enseignant donne un exercice à faire. Lors de l'exercice de maths, elle est attentive et s'intéresse vraiment. La leçon concernant la monnaie, l'enseignant a dessiné les pièces de 100f au nombre de deux et un billet de 500f, elle a cette monnaie posée aussi sur la table. Il faut identifier chaque somme, elle reconnaît déjà que c'est l'argent, et elle parvient après maintes explications par l'enseignant.

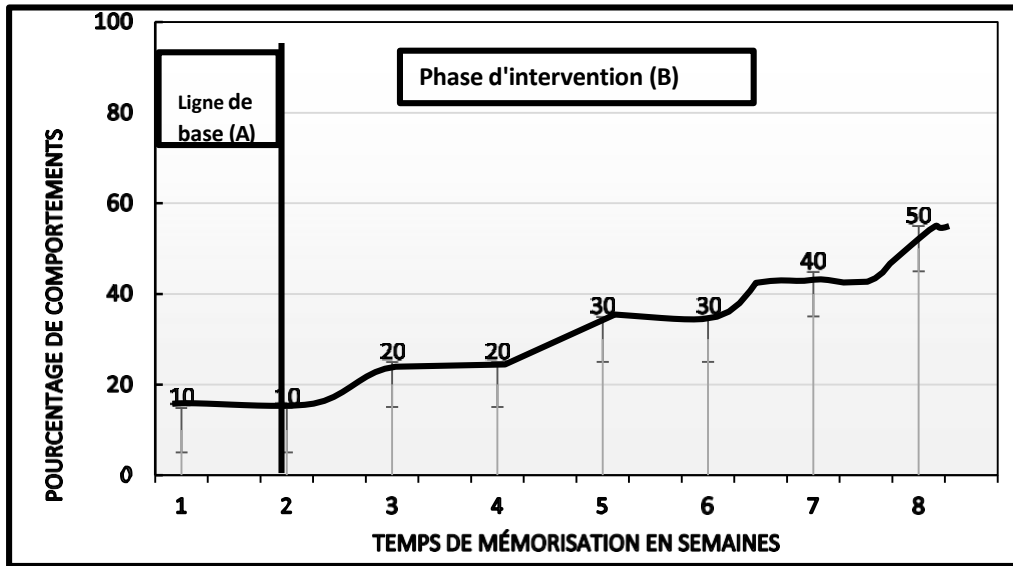
La relation avec l'enseignant est une chose qu'elle apprécie bien et le manifeste en sa présence. L'éveil avant le début de la leçon est tellement motivant qu'elle s'y plait et de temps en temps peut interrompre la leçon pour distraire ses camarades en répétant ce que l'enseignant a eu à dire, ou ce chant qu'elle a tellement aimé : « on roule, on roule, on roule, on roule et on tire boom ! ». Elle se sent bien en présence des autres et progresse dans les apprentissages, elle exécute des tâches demandées.

Lorsque l'enseignant l'amène à travailler avec du matériel visuel et concret, son attention est beaucoup plus accentuée, et à ce moment, elle parvient à mémoriser et à imiter les modèles. Les encouragements la motivent davantage et surtout quand l'enseignant l'amène à

<p>Capacité à mémoriser et à imiter les modèles appris Dispositif : Interventions directives et\ ou non directives ✓ Qualité de la relation ✓ Diminution des symptômes spécifiques ✓ Progression dans les</p>	●				●			●			●			●	
<p>Acquisition des règles d'autonomie Dispositif : Soutien verbal et/ou non verbal ✓ Encouragement\ renforcement ✓ Amélioration du langage corporel et posture simple ✓ Fourniture du feedback Positif</p>	●			●			●		●			●		●	

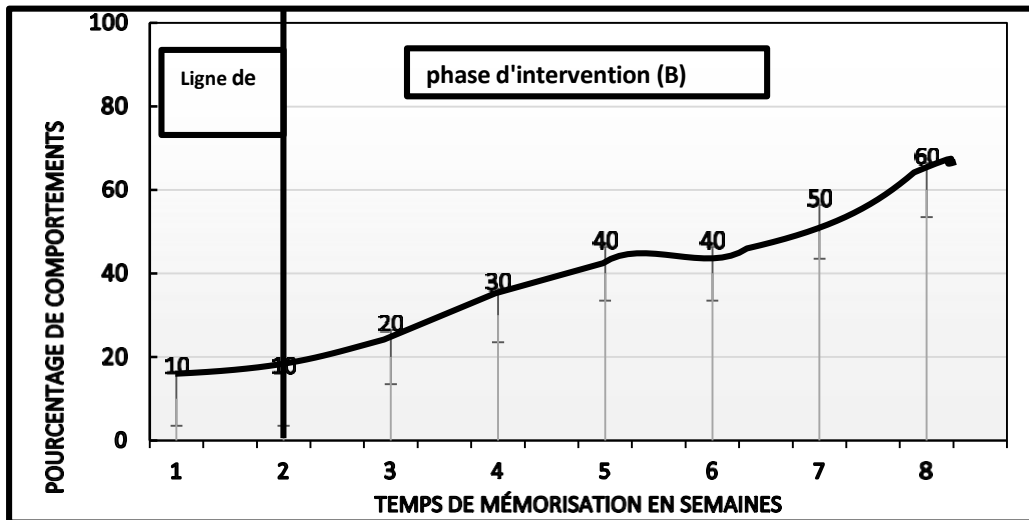
Légende : S= Semaine NA= Non Acquis ECA= En Cours d'Acquisition A= Acquis

Figure 16: mémorisation des consignes simples



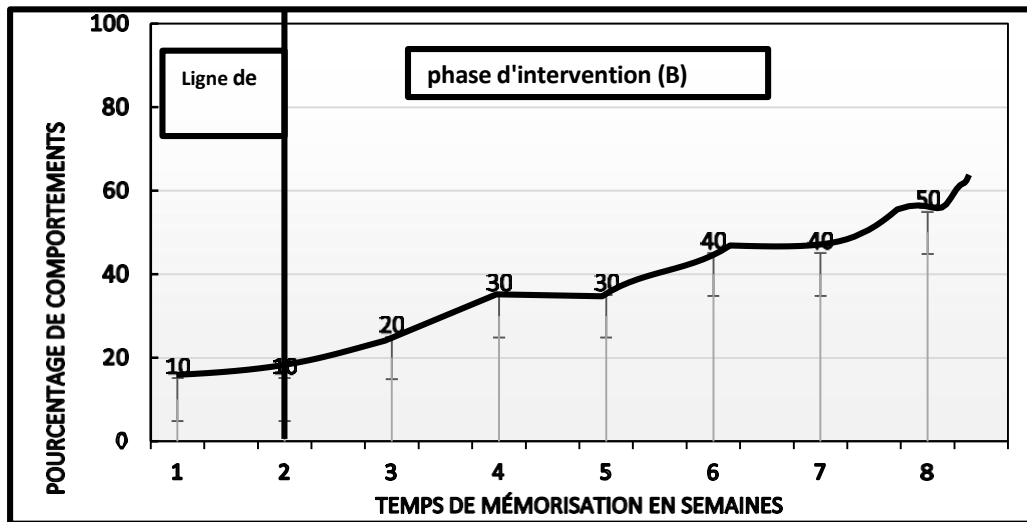
Le graphique montre qu'il a du mal à tenir correctement un crayon pour former le rond, la compétence est en cours d'acquisition.

Figure 17 : Capacité à mémoriser et à imiter les modèles



Le graphique montre que la compétence est en cours d'acquisition, il y a des lettres A, D, H et des chiffres 5, 7, 2, écrits en désordre, entoure des lettres de l'alphabet. Il ne parvient pas tout seul.

Figure 18 : Acquisition des règles d'autonomie



Le graphique montre que la compétence est en cours d'acquisition. Il n'arrive pas à laver les mains tout seul.

Bien qu'il n'interagisse pas toujours verbalement, Maël observe ses camarades et parfois imite leurs actions. Cela est un signe d'apprentissage social. Il est hyper actif. Il réagit au bonjour par le geste de la main. Tout ce qu'il fait c'est d'ailleurs avec les gestes et il faut toujours une présence pour réussir à mémoriser les consignes simples, après plusieurs répétitions ou à exécuter une tâche. Il a réagi positivement aux encouragements de ses pairs durant les leçons et même de l'enseignant. Cela indique qu'il est sensible aux interactions sociales, même s'il ne s'engage pas toujours. Le soutien des adultes et des enfants est crucial pour lui. Cela l'aide à se sentir en sécurité et à s'engager davantage dans les apprentissages.

De même, Maël comprend les consignes qu'on lui demande mais il manque de volonté à accomplir des tâches. Il communique par moment par des gestes et rarement par des mots. Il est autonome, pour comprendre qu'il veut se mettre à l'aise, il va juste se lever et se diriger vers les toilettes. A l'heure du goûter, quand il a faim, il prend juste son sac et se sert. Pendant les séances il peut lâcher quelques mots. Il présente des problèmes attentionnels, sensoriels, des comportements stéréotypés, de motricité et des troubles du schéma, image corporelles, d'espace et de temps. Cependant nous pouvons noter qu'il est sociable. Ainsi pour son attention et sa concentration des activités d'enfilages vont l'aider.

Dans un premier temps, il paraît intéressé par les objets qui lui sont présentés, puis dans un second temps, il se désintéresse des objets assez rapidement et ne cherche pas à aller plus loin dans ses manipulations. Il se déplace alors souvent dans la pièce, regarde ce qui se trouve sur les étagères et veut ramener d'autres objets. Après un petit moment de pause, il est capable de remobiliser son attention sur les objets de départ.

Les objets symboliques physiquement présents sur la table mobilisent son attention plus que les objets immatériels qui sont contenus dans son cahier de communication. Mais cela pour environ 3 minutes, le temps qu'il prenne une pause ou soit orienté vers un autre apprentissage. Il différencie les objets en fonction de leurs propriétés et de ses expériences. Produit des actions simples sur les objets (prend, déplace, fait tourner), il est aussi capable d'effectuer des organisations spatio-temporelles comme « mettre dans » ainsi que des actions renversables, comme « vider puis remplir ».

Maël a une posture de balancement, il passe la plupart du temps à se balancer d'avant en arrière en position assise ou debout. Ce mouvement est accompagné de maniérisme des doigts, à savoir des claquements des doigts, des battements des mains. Il a une stimulation visuelle, manifestée par une tentative de regarder quelque chose de côté. Il a des difficultés de mémorisation. C'est grâce à la consigne donnée qu'il parvient avec l'aide de l'enseignant. Lors de l'exercice de maths qui consiste à identifier les pièces d'argent mélangées aux boules de mêmes couleurs, déjà, il ne s'y intéresse pas vraiment, après plusieurs rappels à l'ordre, il envoie la main sans prêter vraiment attention. Quand il sent que l'enseignant n'est pas content, il fixe et réussit à prendre les pièces. C'est un exercice à répéter plusieurs fois pour un résultat satisfaisant.

Grâce aux encouragements de ses pairs, il y parvient à progresser dans les apprentissages. Par exemple au tableau, il y a des lettres A, D, H et des chiffres 5, 7, 2, écrits en désordre, entoure des lettres de l'alphabet. Il parvient avec le soutien des autres. Il s'adapte et exécute des tâches. Nous avons observé que Maël a des difficultés à mémoriser, des difficultés à s'adapter aux changements de routine et d'environnement, il a besoin davantage d'un accompagnement pour pouvoir mémoriser. L'acquisition se fait avec le temps et la répétition est le quotidien en tout. Il y a encore du chemin à faire, c'est-à-dire beaucoup de travail à faire pour y parvenir.

Il a été question dans ce chapitre de présenter les données des différents participants choisis pour notre étude. Leur anamnèse collectée auprès des enseignants lors de nos entretiens ainsi que leurs performances des capacités de mémorisation avant l'intervention, afin de connaître leur niveau de départ pour mener à bien les analyses des résultats

CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DES RESULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS

Il sera question dans ce chapitre de l'analyse thématique des résultats obtenus auprès des enseignants, ainsi que des rappels des théories, interprétation des résultats et enfin nous présenterons la discussion et les suggestions.

6.1. ANALYSES THEMATIQUES DES RESULTATS ISSUS DES ENTRETIENS

6.1.1. Accompagnement individuel

L'accompagnement dans un premier temps vise à être à côté d'une personne, lui tenir la main, le guider ou lui apporter une aide quelconque. Il ne vise certainement pas à résoudre les problèmes que vivent les personnes, mais c'est le soutien afin qu'elle puisse traverser ses problèmes, avancer et passer à autre chose. C'est aussi un procédé qui consiste à apporter de l'aide à celui qui est dans le besoin.

- **Interaction avec l'enfant et mémorisation des consignes simples**

Les enfants interagissent, que ce soit entre eux ou avec les enseignants. En présence de l'un ou de l'autre, ils réagissent face aux situations courantes. Les savoirs qui sont appris sont en fonction des besoins mais aussi dans la prise en compte de ses spécificités. L'enfant vivant avec autisme éprouvent certaines difficultés et il est question de trouver des moyens pour l'amener à la compréhension et à la mémorisation.

Pour les enfants à besoin spécifiques, cela consiste donc à une prise en charge, et c'est dans cette logique que madame Helene déclare que, concernant l'accompagnement centrée sur le développement de la motricité de l'enfant :

Dans ce processus d'accompagnement, concernant la motricité fine, il y a plusieurs façons de guider l'enfant, il ne sait pas former le rond, tu peux dans un premier temps l'accompagner, soit en prenant toute sa main, soit le dos de sa main, et tu le guides dans son mouvement. Quand tu vois déjà que ça se passe bien, tu commences à te détacher, tu viens, tu fais semblant de poser la main sur le dos, mais tant qu'il n'a pas encore essayé de le faire ta main reste là, même si ça doit prendre dix ans.

A ce niveau, l'enfant va mémoriser les consignes à force de manipuler, de toucher, d'observer. L'accompagnement individuel est donc une approche pédagogique qui consiste à fournir un soutien personnalisé à un apprenant pour l'aider à atteindre ses objectifs d'apprentissage. Il est question de mieux comprendre les difficultés de l'apprenant et de trouver les solutions adaptées. C'est dans ce sens que madame Elise affirme que l'accompagnement est une aide parce que c'est le fait de tendre la main à celui qui demande et cela ne se limite pas à

ce niveau car dit elle : « lors de la théorie, c'est le moment de parler, montrer ceci, on touche, on va au tableau maintenant, et au niveau de la pratique, ce sera le cas par cas, ça diffère, celui par exemple qui ne parle pas, on lui dit va entourer, va reconnaître, va toucher, fait le coloriage du rond... Celui qui peut écrire, il va écrire, mets le mot ».

C'est un échange entre l'apprenant et l'enseignant dans le but de mémoriser un savoir, que celui-ci soit à mesure par lui-même de le reproduire plus tard sans qu'il ne soit toujours assisté. De même pour certains apprentissages, que l'enfant qui est scolarisé, qu'au bout d'un certain temps soit capable comme Malick d'aller aux toilettes tout seul, se nettoyer et revenir étant propre.

- **Accompagnement de proximité et mémorisation des consignes simples**

Les enfants vivant avec autisme sont pour la plupart non verbaux et les enseignants utilisent des techniques pour communiquer. Il faut fournir un soutien individualisé et adapté à leurs besoins. Il faut être près d'eux, les soutenir émotionnellement dans les apprentissages et à structurer leur environnement. Quand ils arrivent à l'école, ils ne maîtrisent aucune notion à la base et c'est à l'enseignant de s'en occuper pour qu'il connaisse tout d'abord les règles morales. Etant donné que ces enfants choisis comme population d'étude avaient une ancienneté d'au moins trois ans, nous avons constaté qu'ils savaient dire bonjour. Paul par exemple qui n'articule pas facilement, à son arrivée le matin, accompagné d'un sourire, il fait un geste de la main pour répondre au bonjour de ses camarades ou de l'enseignant qu'il croise sur son chemin en allant ranger son sac.

Pour Helene, l'accompagnement de proximité est indiqué pour les enfants autistes parce que c'est un moyen de mémoriser plus facilement lors des apprentissages et cela est plus adapté pour eux. A ce moment la consigne lui est donnée et il garde cela et ceci devient automatique à chaque fois comme par exemple lorsqu'elle dit :

Tu accompagnes l'enfant, on ne veut pas savoir si le matin il peut dire bonjour. De temps en temps on lui dit bonjour, en accompagnant la parole aux gestes, comme il n'a pas un problème auditif, il retient quand même chaque fois qu'on lui dit bonjour, on fait ce geste. Donc chez les enfants autistes les enseignements sont très simplifiés puisque tu ne vas jamais lui poser une question et il va te répondre. Le vrai ou faux là c'est le hasard qui le conduit, donc l'enfant autiste ne comprends rien. Pour celui qui essaie, ça va prendre du temps.

- **Respect des limites et mémorisation des consignes**

L'accompagnement clinique se réfère à une approche qui met l'accent sur l'observation du détail dans l'interaction avec une personne, particulièrement pour des personnes atteintes de

troubles du spectre de l'autisme. Elle vise à mieux comprendre les besoins spécifiques de ces individus et à développer des interventions plus adaptées. Une attention particulière sur leurs réactions, aux comportements, aux expressions non verbales de la personne afin d'identifier des indices importants qui peuvent guider l'accompagnement. C'est dans cette optique que les enseignantes pensent que l'accompagnement est individuel dans leurs propos, parce qu'on accompagne chacun selon son comportement, sa manière de se présenter, son rythme. Tout le monde doit être à l'aise, dans un cadre bien accueillant et non frustrant. Ce type d'accompagnement est différent des autres. Madame Helene déclare donc :

L'accompagnement se fait cas par cas pour les enfants différents. Car ils n'ont pas le même niveau, mais pour les enfants normaux on expose en groupe. L'accompagnement est individuel chez les enfants différents et les enseignements se passent aussi individuellement. Le travail se fait dans un espace bien aéré, on enlève tout ce qui va attirer son attention inutilement. Tu es là pour l'accompagner avec des petits mouvements, soit par la parole en disant, laisse, on ne regarde pas ceci, on ne fait pas ceci, regarde ici, de temps en temps l'interpeller. Il ne faut pas dire que je lui ai donné du travail à faire, parce qu'il est bouleversé, il a un trouble envahissant, donc il ne se comporte pas comme nous autres.

L'enseignant cadre l'élève à ce niveau. Ces enfants ont des problèmes d'adaptation, il faut identifier certains signaux de stress et respecter l'espace personnel pour permettre de mémoriser. Ces signaux de stress sont les cris, les pleurs ou des comportements agressifs et il faut gérer cela. Madame Helene pense que :

L'enseignant doit identifier au départ chacun des enfants. Les parents donnent les informations portant sur l'état de l'enfant en spécifiant la crise, la maladie, s'il est épileptique, on reste en éveil et quand il commence, il y a une commission, on crie alerte, secours pour qu'ils viennent retirer l'enfant et l'amener. Quand c'est une crise comme ça là, des cris par exemple, celui-là tu le fais juste sortir parce que c'est une caractéristique qui va avec sa maladie. Il le fait sciemment, comme ça va avec sa maladie : « Allez dehors mon ami ». S'il n'a pas l'habitude de le faire, tu vas vers lui pour essayer de le calmer, la cajoler, lui montrer ton affection, ton amour, tu as la solution, il se calme. Mais si ça fait plus d'une minute, dehors, mais avant tu poses la question s'il ne parle pas il va peut-être prendre ta main pour toucher la gamelle ou l'eau, ou toucher son sexe, il est entrain de te donner une information. Donc les crises sont parfois des messages à passer.

Lors des apprentissages, ils ont par exemple une heure précise pour ceux du niveau 1 et la maternelle pour aller se mettre à l'aise dans les toilettes, avant de prendre leur goûter. C'est devenu une routine quotidienne, dès 9h 45mn, la sonnerie retentit pour qu'ils sortent. A la sortie des toilettes, chacun se dirige vers le robinet où se trouve un savon, pour laver les mains et prendre son goûter dans son sac. Bien après, ils vont relaver les mains et ranger les gamelles.

L'accompagnement individuel est donc une approche pédagogique qui consiste à fournir un soutien personnalisé à un élève ou à un apprenant pour l'aider à atteindre ses objectifs d'apprentissage. Il est question de prendre en compte les besoins et les capacités spécifiques de chaque apprenant, de mieux comprendre les difficultés de l'apprenant et de trouver les solutions adaptées. C'est dans ce sens que madame Elise affirme que : « l'accompagnement est une aide parce que c'est le fait de tendre la main à celui qui demande », et cela ne se limite pas à ce niveau car dit elle : « lors de la théorie, c'est le moment de parler, montrer ceci, on touche, on va au tableau maintenant, et au niveau de la pratique, ce sera le cas par cas, ça diffère, celui par exemple qui ne parle pas, va lui dire d'entourer, va reconnaître, va toucher, faire le coloriage du rond... Celui qui peut écrire, il va écrire, mets le mot ». Cela va au-delà, puisque certains parents ne parviennent pas à gérer les enfants en âge pubertaires et surtout les filles qui ne maîtrisent pas les périodes surtout de menstrues. A savoir comment utiliser une serviette hygiénique, se nettoyer, laver les sous-vêtements et rester propres. L'enseignant l'aide à acquérir cette notion pour continuer à le faire, d'autant plus que ce sera durant toute sa vie.

6.1.2. Les interventions directives et \ou non directives

Les interventions directes et non directes sont deux approches pédagogiques qui peuvent être utilisées pour soutenir les élèves dans leur apprentissage.

- **La qualité de la relation et capacité à mémoriser et à imiter les modèles**

L'intervention non directive est une approche centrée sur la personne, elle consiste à créer un climat de confiance et de sécurité qui permet à un individu de prendre des décisions et de trouver ses propres solutions. C'est une approche qui implique une écoute active, une empathie et une acceptation inconditionnelle de l'individu. C'est dans ce sens que madame Elise affirme que la relation entre enseignant et élève va au-delà de l'enseignement, elle précise que : « c'est plus maman et enfant, à cause de l'amour pour cet enfant, ce qui t'aidera à devenir professionnel, parce que, eux ils ont toujours besoin d'attention, de compréhension ». C'est l'enseignant ici qui amène l'enfant à agir, réagir en procédant de manière subtile et indirecte. Elle aide l'enfant par des indices et des pistes à trouver les réponses. Une fois le climat de confiance est créé, l'enfant se sent bien et trouve la réponse en fonction de la consigne donnée.

Pour madame Helene, concernant cette relation, elle dit :

Il faut d'abord aimer l'enfant, parce que si tu n'aimes pas, tu ne peux pas être auprès de lui et l'accompagner. Par exemple, tu vas dire à un enfant de former le rond, le rond là, un enfant différent va peut-être l'acquiescer un an après, les autres ne pourront jamais. Il faut d'abord aimer et être à la place des parents qui sont marginalisés tout comme ces enfants qui portent la maladie. Quand un enfant se présente devant toi, il faut l'évaluer, tu ne peux pas te lever un matin et dire que je travaille avec toi. Ton évaluation doit prendre plusieurs détails de l'humain. Quand je suis face à un enfant, la première des choses que l'enfant doit faire c'est peut-être m'embrasser, peut-être s'intéresser à moi, aller à l'intérieur dire qu'il y a un étranger ou bien te regarder en souriant ou venir vers toi. Est-ce que l'enfant réagit à l'appel de son nom, est-ce que l'enfant te regarde ? Comment je dois faire ? ».

Nous avons constaté que les enseignants aiment ces enfants, par exemple lors d'une crise, au lieu de les refouler ou les chasser, ils les attirent et les mettent dans un coin pour pouvoir les calmer. Il va reprendre avec les activités plus tard comme dans le cas d'André quand il est anxieux.

Pour madame Alvine, il faut trouver des stratégies pour entretenir la relation surtout pendant les enseignements, elle s'exprime en ces termes :

Sans mentir, il y en a certains qui sont hyper actifs du genre ce n'est pas évident de le faire asseoir pour dispenser le cours, les autres même aiment distraire. Toi-même tu n'as pas capacité de te donner à fond ce n'est pas évident. Ce que j'ai l'habitude de faire c'est scinder, on fait la table ronde pour mettre les enfants autour avant de dispenser. Ceux qui sont hyper actifs, c'est de faire une petite rééducation, du genre donner un temps de pause, un temps de jeu pour se défouler avant de revenir faire le travail.

Lors des enseignements, la manière selon laquelle l'enseignant procède pour permettre à ce que l'enfant vivant avec autisme parvienne à intervenir pendant les opérations mathématiques est toute une procédure. Il est question de combiner des nombres ou des quantités pour obtenir un résultat. Cette relation entre les nombres doit être comprise et pour ce faire, il est question d'amener l'enfant à s'intéresser, à aimer les chiffres et les nombres pour commencer. Cet exercice est différent des autres parce qu'il faut utiliser des stratégies de mémorisation adaptées pour lui permettre de retenir telles que la répétition, la visualisation ou l'utilisation de moyens mnémotechniques. Madame Alvine pense donc que pour des leçons de mathématique, il y a plus de sérieux et une différence. C'est l'exercice qui inclue l'addition, la soustraction, la multiplication et la division ; il est possible de l'aider à développer ses compétences, à imiter les modèles et il faut s'avoir s'y prendre. Selon elle :

La base d'abord c'est que l'enfant doit aimer ce que tu apportes comme information nouvelle dans son cerveau. Si tu parviens à l'amener à aimer les chiffres à travers le jeu, les comptines, les chants. Ça sera évident pour l'enseignant de la classe supérieure de faire comprendre, aimer et faire certains calculs, les additions. Pour compter par exemple, j'utilise le matériel visuel, que l'enfant peut toucher, qu'il peut compter comme des dominos, du matériel adéquat pour faire passer la leçon.

Les enseignements tout comme les apprentissages ne sont pas chose aisée chez l'enfant

vivant avec autisme. A ce niveau, il faut user de beaucoup de tact et de procédés pour amener l'enfant à une compréhension et à une mémorisation Avec Anicet par exemple, pour trouver la dépense totale des achats fait par maman en rentrant du travail, l'enseignant pose sur la table les billets de 500f, 1000f et les pièces de 100f. Il sait désormais que pour faire des achats voilà ce qu'on utilise.

- **Diminution des symptômes spécifiques et capacité de mémorisation et à imiter les modèles**

L'accompagnement est dans certains cas source de protection et une aide pour une personne qui est dans le besoin. C'est une sorte d'alliance qui lie le professionnel (l'enseignant) et le bénéficiaire (l'apprenant). Une sorte d'alliance thérapeutique qui définit la relation de confiance entre le thérapeute et son patient. Certains enfants TSA observés lors de notre stage de collecte des données éprouvent d'énormes difficultés de communication, d'attention, d'hyperactivité, de retrait ou isolement social, de comportements répétitifs, ces difficultés sont aussi significatives sur le plan scolaire. Madame Alvine recommande par exemple pour ce cas spécifique de recourir aux stratégies et procédés consistant à susciter ou à capter l'attention de l'apprenant : « tu attires l'enfant vers toi, tu le mets dans un cadre de confiance, en lui disant que je suis ta maman, dans ce sens-là et puis il se met à l'aise, il est plus à l'écoute ». Le rôle de mère joué par la maîtresse auprès de l'enfant, est une forme de garanti pour l'enfant et une stratégie opérée par l'enseignant pour attirer l'attention de l'apprenant sur l'objet d'apprentissage.

L'attention conjointe rend donc un concept important dans le développement social et cognitif chez l'apprenant avec TSA. Déjà, le manque d'attention aux objets est une des caractéristiques propres à ces enfants. L'attention conjointe fait référence à la capacité qu'à chacun de partager son attention avec une autre personne sur un objet ou un évènement spécifique. Elle implique la présence de deux personnes, généralement l'enfant et l'adulte. Elle est donc importante pour l'apprentissage car elle permet aux enfants de suivre les instructions et de comprendre les informations transmises par l'enseignant. Le déficit d'attention et de communication chez l'enfant TSA nécessite un acte d'accompagnement en ce sens que l'attention conjointe est une base de communication efficace car elle permet aux personnes de partager des informations et des idées. En situation classe, l'enseignant pour attirer l'attention de l'enfant vivant avec autisme opère par plusieurs stratégies d'accompagnement en l'occurrence des images, des pictogrammes, des vidéos. Cette stratégie permet de concentrer

l'attention de l'apprenant autour de l'objet d'apprentissage. Comme dans le cas de Maël, l'enseignant lui montre alors une série d'objets visuels, ce qui lui permet d'être attentif le temps de faire passer la notion à étudier.

Le processus d'accompagnement chez l'enfant vivant avec autisme est d'autant plus difficile, qu'il est question de recourir à des stratégies pouvant leur permettre de soutenir l'attention lors de la dispense des leçons. L'assistance doit être permanente jusqu'à ce qu'ils prouvent qu'ils ont acquis certaines compétences et l'autonomie. L'hyper activité est récurrente chez la plupart et pour réussir à les maintenir sur place, il faut utiliser des punitions en fonction des cas. Paul par exemple aime distraire les autres. Madame Alvine trouve des moyens pour dispenser la leçon, elle dit : « j'essaie de l'isoler des autres ». Pour elle, il y a des punitions telles que les mettre à l'écart, ou faire une table ronde pour les mettre tout autour. Elle continue en disant : « Mais à des moments, nous faisons une rééducation en prenant une pause pour jouer, se défouler avant de continuer avec la leçon. Avec ces procédés l'enfant capte au maximum ». Nous avons aussi constaté que c'est par l'éveil à travers des chants beaucoup plus qu'ils y parviennent à être attentifs.

Pour madame Helene, certains résistent aux mauvais comportements mais des changements sont possibles. Elle dit :

Il y a toujours des changements. Quand l'enfant arrive au centre, il vient avec mille mauvais comportements, il rentre avec une bonne partie réduite. Quand il rentre, vraiment, à la maison on est satisfait, à l'école on est satisfait. Tu vois comment l'enfant s'est détaché des mauvais comportements. Parce que pour ces mauvais comportements, Il n'y a pas un médicament, c'est un travail physique. Tu as vu par exemple l'enfant se mordre, tu dis stop, on ne fait pas ça, on ne se mord pas, on ne se tape pas. On ne roule pas par terre, on ne fait pas telle chose. Toujours voilà le médicament des mauvais comportements. Et on ne le brime pas parce qu'il ne comprend pas, ce que toi tu lui racontes là. Ce qui fait la force, c'est la routine là, la répétition qui réduit les mauvais comportements. Ce n'est pas la brutalité non, si tu utilises la brutalité, tu risques être le meilleur perdant. Parce que quelque part ces enfants ont un petit sens parce qu'ils savent, comprennent. Les choses de Dieu sont vraiment un mystère, je ne sais pas quel mot utiliser. Tu vois que l'enfant-là n'arrive pas à faire telle ou telle chose mais il comprend que là où tu es là tu es dans le mauvais état, tu m'as brimé. Mais il est incapable d'imiter le modèle, il sait que là où je suis là je suis déjà menacé, j'arrête. C'est le travail que les enseignants abattent, il y a toujours le changement même les parents le reconnaissent et viennent dire merci, que Dieu vous bénisse, continuez comme ça c'est lui qui va vous payez.

- **Progression dans les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter et capacité à mémoriser et à imiter les modèles**

L'intervention directive quant à elle consiste à prendre des décisions pour les autres, à leur dire ce qu'ils doivent faire ou penser. C'est une approche qui implique une certaine forme de contrôle et de direction. Pour madame Elise, par exemple, en les amenant dans la nature pour étudier la plante, elle procède de la manière suivante en disant : « va toucher la plante, il faut qu'il touche et qu'il ressente, va humer les odeurs ». Cela lui permet d'apprendre davantage.

De même dans la classe, elle lui dit : « va entourer la bonne réponse, va colorier les feuilles de la plante avec la couleur verte, va colorier les racines avec le feutre de couleur noire... ». Avec ces procédés, l'enfant capte au maximum en fonction de ses capacités.

De nos jours, avec la méthode d'enseignement des curricula, l'un des objectifs est de préparer les élèves pour le marché du travail. Il est question de les amener à avoir des compétences professionnelles et techniques. Bien que cela ne soit pas évident pour un enfant vivant avec autisme, l'enseignant s'attèle à lui apprendre à progresser dans les apprentissages, il y a certaines tâches à faire qui pourront déjà l'aider pour son développement personnel et qui pourront contribuer plus tard au développement socio-économique du pays. Pour cela, l'enfant est amené à exécuter certaines tâches. Madame Alvine donne certaines explications :

Nous avons une cantine pour apprendre à manger à table et manger propre, lorsqu'il fait mal tu lui dis que ce n'est pas comme ça. Après tu montres avec le geste, toujours, dès que tu finis de manger tu pars déposer dans la bassine pour la vaisselle. C'est grâce à cette cantine qu'il sait ce qu'il doit faire. En donnant des consignes, quand je dis à l'enfant, va prendre ceci, va faire cela, le fait d'exécuter prouvent que même dans les exercices scolaires, il va pouvoir comprendre de quoi il s'agit.

Dans cet exercice, l'enfant s'attèle à réaliser une action ou un ensemble d'actions spécifiques pour atteindre un objectif, un résultat déterminé. C'est un moyen pour l'enseignant d'évaluer les compétences et les connaissances de l'enfant, ainsi que pour développer leurs capacités à planifier, organiser et réaliser les projets.

L'âge d'inscription à l'école peut avoir des effets aussi positifs que négatifs sur la capacité de mémorisation chez l'enfant vivant avec autisme. Au sens de Madame Alvine, l'enfant inscrit à l'école à un âge avancé aura d'énormes difficultés à s'adapter à l'école et à comprendre les leçons par rapport à celui qui a été inscrit à l'âge de 4ans. Ces capacités peuvent considérablement varier d'un individu à l'autre. Toutefois, tous ces enfants partagent certaines caractéristiques communes dans leurs compétences à stocker les informations. Certains autistes peuvent donc avoir des mémoires exceptionnelles dans les domaines spécifiques tels que les dates, les lieux, les faits sociaux, les chiffres. D'autres par contre seront confrontés à des difficultés de généralisation des connaissances d'un contexte à l'autre.

6.1.3. Soutien verbal et\ou non verbal

Le soutien verbal et non verbal sont deux composantes essentielles de la communication humaine. Le soutien verbal se réfère à l'utilisation des mots, du langage pour transmettre un message ou soutenir une personne. Tandis que le soutien non verbal utilise les gestes, expressions faciales, posture et autres éléments non verbaux pour communiquer et apporter un soutien.

- **Encouragement\ renforcement et acquisition des règles d'autonomie**

La communication est inhérente à la vie. L'on se réfère au fait que tout comportement est une forme de communication en soi, à la fois implicite et explicite. Même garder le silence implique une information ou un message. Il est donc impossible de ne pas communiquer. Dans le processus d'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste, la communication est la clé de la transmission, et pour ce faire, surtout pour un enfant non verbal, il faut user des techniques pour la compréhension. Chacun des enseignants utilise la méthode appropriée pour faire passer le message à l'enfant, cela se fait tout d'abord par ce lien qui semble unir l'enseignant à l'élève, sa considération de lui.

Pour madame Elise, elle déclare que :

Si tu n'as pas d'amour, il te sera difficile de prendre en charge ces enfants. Quand celui-là se sent bien, même au niveau de la pédagogie, la transmission se passe bien, le moment de passer les leçons, il y l'ambiance. Quand il a donné une bonne réponse, on le félicite par un bravo, et quand l'enseignant l'embrasse, il est content et rassuré. Certains parents arrivent le matin et disent que l'enfant a eu à refaire le même exercice avec joie, et même le lendemain. Je lui dis que c'était la leçon d'hier et comme il a trouvé la bonne réponse, il le manifeste de cette manière.

Le langage utilisé à ce niveau permet en sorte qu'il soit motivé davantage, que ce soit pour les enseignements ou les apprentissages, il éprouve de la joie à le faire et ce sera aussi un moyen pour qu'il se rappelle de cette leçon.

Les encouragements chez l'enfant vivant avec autiste le motivent davantage. Quand tu applaudi, l'embrasse, souri ou dit bravo, c'est comme s'il avait gagné à une compétition. Il est tellement content. Arsena a reçu des encouragements de sa maitresse parce qu'elle a réussi à donner les parties de la plante. Le lendemain, pendant l'activité de travail manuel en observant les plantes qu'elle devait arracher, elle répète : « les feuilles, le tronc et les racines ». Elle était toute excitée et contente de le répéter. Elle a fini par arracher la plante pour courir vers l'enseignante pour la lui présenter, tout en souriant.

Pour madame Helene :

Les encouragements peuvent être en nature. Si tu travailles bien, tu auras le bonbon, avec les mots juste un bravo ! Toi-même tu participes à ton bravo, un bravo, un bravo. Il faut que tu lui montres que ce bravo là c'est son effort qu'il vient de fournir, le bravo ne doit pas être silencieux, il faut qu'il sente la valeur, le poids dans ta façon de dire bravo. Peut-être toi-même tu peux te lever et l'amener à danser le bravo. Le bravo doit vraiment être ça, perceptible. Qu'il sente que oui j'ai fourni un effort et voilà ce qu'on me donne comme encouragement ou récompense.

Le soutien de l'enfant vivant avec autisme passe par l'utilisation des stratégies d'enseignement-apprentissage. Car ce dernier n'a pas la même capacité de compréhension que

ses pairs normaux. Dans le processus enseignement apprentissage les enseignants procèdent de plusieurs manières de l'optique d'atteindre les objectifs visés. Pour madame Alvine par exemple, elle dit : « Que l'enfant soit verbal ou non, j'adopte des méthodes pour la mémorisation, comme les chants, la danse, la musique, donc tout ce qui est joie, amusement. A travers des jeux, comptines, tout ce qui lui permet de rester en éveil ». Elle prend l'exemple de Yoan, un autiste non verbal « il est entrain de chanter, mimé. Si l'enfant parviens déjà à ouvrir la bouche, mimé, l'enseignant a fait des progrès au-delà de l'impossibilité ». C'est un grand pas et ça veut dire que le travail est déjà en cours, à force de le faire, l'enfant finit par mémoriser les réponses, acquérir les règles.

Pour les enfants vivant avec autisme, l'image est un moyen de communication alternatif ou complémentaire surtout pour ceux qui ont des difficultés avec la communication verbale. C'est aussi un outil de compréhension pour des concepts abstraits ou des situations complexes en les rendant plus concrets et visuels, un moyen de structurer l'environnement et à comprendre les routines et les attentes, un outil de créativité leur permettant d'exprimer leurs pensées et leurs émotions de manière visuelle. Il peut s'agir des pictogrammes, des agendas visuels ou des livres d'images. Tout ceci pour leur permettre la mémorisation.

Le constat fait sur le terrain est que les enseignants passent par la répétition. Les activités menées sont reprises tant que l'enfant n'a pas encore assimilé ou mémorisé, même si le programme n'est pas respecté selon le timing. Les enseignants utilisent beaucoup plus les images pour faire passer les enseignements ou les apprentissages. Pour la leçon de science sur la plante par exemple, en dehors de la plante qui a été prise dans un champ, l'image se trouve collée au tableau accompagné de celle d'un animal. Maël qui est hyperactif parvient à soutenir son attention et identifie, reconnaît la plante. Dans la nature, il parvient à reconnaître la plante et montre les parties lorsque l'enseignant demande, ou sont les feuilles ? le tronc ? Grâce à ce procédé, il mémorise, mais après beaucoup de temps de répétitions.

L'enfant vivant avec autisme ne peut pas répondre aux questions ouvertes comme ses pairs, il est question d'utiliser un langage simple et clair. Madame Helene explique : « étant donné que la compréhension est difficile pour eux, il n'est donc pas indiqué de leur poser des questions ouvertes parce qu'ils ne comprennent rien à la base. Par exemple que vois-tu sur l'image ? ».

- **Amélioration du langage corporel et posture simple et acquisition des règles d'autonomie**

Le soutien non verbal inclue la posture et le langage corporel chez l'enfant vivant avec autisme. Ces enfants ont des difficultés et des comportements atypiques qui font obstacles lorsque l'enseignant n'est pas assez outillé ou avisé pour faire face à ces situations. Ces difficultés peuvent être : avec le contact visuel des autres, la posture rigide ou figée dû à des difficultés avec la régulation sensorielle ou à des problèmes de motricité. Nous avons aussi des mouvements répétitifs, avec des battements de mains dans le cas d'André, ou balancement du corps comme dans le cas de Maël où ils n'arrivent pas à se concentrer et à rester sur place. Les difficultés avec les gestes sociaux comme les signes de la main ou les hochements de tête pour communiquer avec les autres. Il y a aussi la proximité et espace personnel, où ils ont des difficultés à comprendre les normes et sociales concernant la proximité et l'espace personnel, ce qui les amène à se tenir trop près ou trop loin des autres.

Pour madame Alvine, en dehors de ces difficultés rencontrées au quotidien avec ces enfants, elle relève l'aspect de violence et d'agressivité qui est un problème majeur chez certains. « Anouck par exemple m'a mordu lors de notre première rencontre. Il cassait les cuillères et tordait le métal. Il était considéré comme un animal. Mais quand il s'approche de toi, tiens-le par la main, caresse-le et il se sent bien, il s'accroche à toi davantage. Au fil des ans, avec la prise en charge, il a été possible de l'amener à changer et à se comporter bien ». C'est à cause de la difficulté de communication pour exprimer leurs besoins, leurs émotions, leurs limites, leur douleur, leur inconfort, la frustration et l'anxiété ; le manque de compréhension et de soutien que ces enfants incompris ont tendance à réagir de la sorte. Mais aussi, il peut aussi s'agir de la surcharge sensorielle ou des comorbidités en lien avec des troubles de comportements ou de l'humeur. C'est l'enseignant qui est amené à gérer toutes ces difficultés en prenant en compte les besoins individuels et les circonstances spécifiques pour comprendre et traiter.

De même, le soutien se fait aussi voir lorsque l'enfant doit apprendre à être propre. C'est une routine parce qu'il y a des heures pour les amener au pot. Donc ne pas se salir, et au fur et à mesure, cette notion est acquise, quand tu lui demandes d'aller prendre le pot, il sait de quoi il est question. Quand il s'agit aussi de laver les mains du retour des toilettes ou avant et après avoir mangé, il comprend déjà que c'est pour être propre et ne pas tomber malade.

Pour madame Alvine, elle explique en disant :

Je suis à la maternelle, ce sont les tous petits, c'est la base. Donc il y a des heures de propreté, qui devient une routine et a un moment eux-mêmes ils savent qu'ils doivent aller au pot, c'est à partir des petits détails. Ils observent tout et ils enregistrent énormément. Ce qui fait en sorte que quand l'heure arrive, je les amène au pot en groupe à partir de 9h- 30- 10h. Ils font leurs selles, ça c'est la propreté. Au fur et à mesure quand tu lui demande d'aller prendre le pot, il sait de quoi on parle. Quand il s'agit de laver les mains du retour des toilettes, avant de prendre son goûter ou son repas, il sait le faire. C'est une autonomie au premier degré.

Madame Helene, pense que :

Pour la lecture et pour d'autres apprentissages, il faut beaucoup utiliser les images, même pour la propreté. Il faut présenter l'objet ou l'image comme le pot des toilettes par exemple en disant voici le pot. Là il faut vraiment t'investir, chercher tes images et ça c'est l'or que je te donne comme ça. Quand tu vas rencontrer un enfant différent, il faut utiliser des images surtout pour celui qui ne parle pas, ils sont d'ailleurs nombreux. Pour la propreté, image toilette. Pour écrire, tu présentes les images sur un papier blanc et crayon. Pour manger, il faut un plat, une cuillère, une fourchette, peut-être un verre d'eau si c'est pour boire. Mais aussi il doit avoir sa bouteille d'eau, son jus, son gobelet, avec lui. Parce que Les enseignements là-bas se passent plus avec les images.

Avec le temps, l'enfant acquiert l'autonomie. Avec le cas de Maël et André, ils ne parviennent pas à articuler facilement, et lorsqu'ils ont un besoin, ils sortent simplement de la classe et se dirigent vers les toilettes. Celui la sait comment se comporter face à la situation à laquelle il s'y trouve et il s'adapte aisément.

- **Fourniture de feedback positif et acquisition des règles d'autonomie**

La fourniture du feedback positif est un élément essentiel dans l'accompagnement et le soutien des enfants autistes. Il est question de renforcer des comportements positifs et à l'encourager à continuer à travailler vers ses objectifs. Il faut améliorer la confiance en soi en l'encourageant à prendre des risques. Et en plus, développer de la motivation, cela aide à poursuivre ses objectifs. Pour Helene, elle pense que :

Les encouragements peuvent être en nature. Si tu travailles bien, tu auras le bonbon, avec les mots juste un bravo ! Toi-même tu participes à ton bravo, un bravo, un bravo. Il faut que tu lui montres que ce bravo là c'est son effort qu'il vient de fournir, le bravo ne doit pas être silencieux, il faut qu'il sente la valeur, le poids dans ta façon de dire bravo. Peut-être toi-même tu peux te lever et l'amener à danser le bravo. Le bravo doit vraiment être ça, perceptible. Qu'il sente que oui j'ai fourni un effort et voilà ce qu'on me donne comme encouragement ou récompense.

Ceci est un moyen de renforcer ses compétences.

6.1.4. Acquisition des capacités de mémorisation

- **Capacité à mémoriser les consignes simples**

Les enfants autistes rencontrent aussi des difficultés de rétention à long terme et surtout lorsque l'information véhiculée n'est pas présentée de manière répétitive ou si elle n'est pas

exploitée de manière concrète. Difficultés également en termes de structure et de routine. On comprend pourquoi au travers de ces difficultés Madame Alvine opte pour des situations d'apprentissage direct ou centrée. La répétition, l'association et la visualisation sont des stratégies pour stimuler les compétences mnésiques de l'enfant.

Madame Elise utilise beaucoup plus l'apprentissage par le visuel qui consiste à apprendre et à retenir des informations en utilisant des images, des diagrammes, des graphiques, des vidéos et d'autres supports visuels. Cela permet une compréhension plus rapide des concepts complexes, suscite une motivation accrue, un apprentissage plus efficace. Il est vrai que pour certains qui sont non verbaux, la rétention n'est pas mesurable, on ne sait pas si oui ou non il a mémorisé et surtout s'il est profond. Elle prend l'exemple de l'un de ses élèves en déclarant :

Je voulais ajouter par rapport à leur mémoire, certains ont une mémoire qui enregistre pendant un temps précis. Comme dans le cas d'Abigaël, elle a fait cinq ans dans une même classe mais du jour au lendemain, elle a retrouvé la parole. Il faut préciser qu'elle est autiste non verbal. Donc du jour au lendemain, elle a commencé à injecter des mots, des phrases. Donc ils ont des moments d'enregistrement et après ils viennent retransmettre quand le moment est arrivé. C'est comme un déclic après beaucoup de temps et plusieurs répétitions.

Il est question ici de donner du temps nécessaire à l'enfant, en continuant à utiliser des approches permettant à ce qu'un jour, il puisse sortir de cette situation et évoluer aussi. L'acquisition de mémorisation est un processus qui nécessite de la patience avec ces enfants et beaucoup de répétitions pour capter certaines connaissances, et surtout que l'objectif est aussi plus l'autonomie.

L'enfant vivant avec autisme commence à capter les informations de l'extérieur, les décode, stocke au bout d'un effort prolongé. L'acquisition des savoirs passe par un long processus d'observation, assimilation, accommodation, encodage, transformation, manipulation et enregistrement des données. Ce travail nécessite également pour l'enseignant une certaine patience, tolérance, disponibilité pour éveiller l'enfant et le faire avancer dans son parcours scolaire afin de le rendre plus autonome.

L'on peut dire que, que ce soit au niveau de la rétention ou des autres apprentissages, le travail auprès l'enfant vivant avec autisme consiste à répéter les enseignements et aussi à consacrer beaucoup de temps pour y parvenir. Cela se fait pendant une période indéterminée pour pouvoir amener l'enfant à comprendre, à mémoriser et à assimiler certaines notions ou apprentissages. Et tant qu'il ne parvient pas, on ne peut vraiment pas évoluer.

La capacité de mémorisation de l'enfant se développe à travers un long processus de répétition. Une sorte d'apprentissage par essai-erreur, répéter autant de fois que possible, un mot, une phrase à un enfant c'est lui permettre de comprendre la notion à étudier, c'est aussi

une forme de stimulation du cerveau, activation des schèmes comportementaux. La répétition ici peut prendre le sens d'un conditionnement. Comprendre l'enjeu de mémorisation c'est voir le niveau d'autonomisation de l'enfant à exercer une tâche comme : écrire un mot sans l'intervention de l'enseignant, aller aux toilettes tout seul, identifier les lettres de l'alphabet, former le rond, colorier.

C'est l'enfant qui fait la plupart du travail, ce que l'enseignant lui apporte, ce sont les petites conduites dans l'éducation, la rééducation. Il y a plusieurs étapes et l'Idéal est d'amener l'enfant tout petit et à travers le temps, et là tu peux observer son évolution.

- **Capacité à mémoriser et à imiter les modèles appris**

Le changement n'est pas aussi facile chez l'enfant vivant avec autisme parce qu'il s'adapte après beaucoup de temps. Il est vrai que le programme selon les curricula est juste un guide, madame Alvine selon sa méthodologie, procède de la manière suivante : tout au long de la journée, plusieurs ateliers sont faits parce que selon elle, les enfants sont aux aguets, à l'écoute, ils sont attentifs, ils sont captivés. A eux, on ne leur demande pas de faire grand-chose, mais l'enseignant sait qu'il y a des périodes d'observation, des périodes d'assimilation, des périodes sensibles, il doit maîtriser cela pour pouvoir introduire la notion à étudier plus vite et facilement afin qu'il assimile et acquiert aisément la notion à apprendre.

En ce qui concerne l'acquisition des capacités de mémorisation des enfants vivant avec autisme, madame Helene pense qu'il y a des possibilités à faciliter l'apprentissage des nouveaux comportements pour ces enfants en situation de handicap, surtout pour ceux présentant des troubles de type léger et moyen. Pour ceux-là qui sont donc à mesure de mémoriser certaines connaissances, il faut beaucoup de temps d'apprentissage pour l'assimilation. Même comme il est vrai que d'autres présentent des difficultés d'apprentissage. D'où ces propos : « La maladie touche le cerveau qui est le moteur, le temps des apprentissages est long pour eux. Parce qu'il faut assez de temps et ceci pendant une durée d'un mois au moins... On peut se retrouver avec un enfant sur 7 qui a pu mémoriser quelque chose ». Avec un enfant vivant avec autisme, Madame Helene soulève que leur prise en charge éducative n'est pas du tout aisée parce que le temps des apprentissages est généralement assez long. Car pour elle la mémoire autistique est d'abord une mémoire endommagée. L'activité à apprendre et à mémoriser sera donc fonction des défaillances intellectuelles de l'enfant.

Madame Helene continue en disant :

Parlant du comportement, l'enfant passe le temps à crier, il ne veut pas que tu l'approches. En ce moment, c'est toi l'enseignant, le maître de ta classe, quand l'enfant braque, tu ne devrais pas aussi braquer, tu acceptes qu'il soit malade, c'est pour ça que tu es là, tu es un auxiliaire de vie. L'enseignant d'un enfant handicapé est comme l'auxiliaire de vie, donc tu ne dois pas braquer. Sois-tu le laisses, sois tu l'amènes un peu se promener en entonnant un petit chant qu'il aime mais et aussi j'ai oublié de préciser que pour faire ce travail, on doit être dans un espace très bien aéré, si on est quelque part à la maison et même à l'école.

Ainsi, cet apprentissage est aussi en fonction du type, car chaque enfant a son comportement et à des moments ils ont des crises qu'il faut savoir gérer, mais pour la plupart, avec le temps, il s'adapte.

Il n'est pas aussi facile pour l'enfant vivant avec autisme de s'adapter, déjà il faudrait que l'environnement soit favorable et agréable pour son apprentissage. Il doit être soumis au centre de l'apprentissage. L'enfant doit être à mesure une fois scolarisé, d'adopter de nouvelles habitudes. Ce qu'il avait l'habitude de faire, qu'il y ait un changement, et pour ce faire, cela nécessite un travail de longue haleine. Madame Helene explique que l'enfant doit être amené à faire ce qu'on lui demande de faire pour apprendre à nouveau. Elle dit :

A l'école, tu enlèves tout ce qui va attirer son attention. S'il faut utiliser du papier, un crayon, que sur la table de travail, que nous ayons seulement cela. Tu es là pour l'accompagner avec des petits mouvements, soit la parole en disant, laisse, on ne regarde pas ceci, on ne fait pas ceci, laisse, regarde ici. Il faut de temps en temps l'interpeller, ne dis pas que je lui ai donné le travail, non. Parce qu'il est bouleversé, il a un trouble envahissant, donc, il ne se comporte pas comme nous autres.

L'enfant doit adopter des nouvelles habitudes car ce dernier est dans un processus d'enseignement-apprentissage pour favoriser l'acquisition des capacités de mémorisation.

Pour madame Elise, il est question de prendre énormément de temps pour qu'ils comprennent et beaucoup de répétitions. Ils ont un temps très limité pour l'attention et dès lors qu'ils sont distraits, on cherche à les maintenir en éveil : elle s'exprime en ces termes : « il y a un timing pour faire passer les leçons, ce sont les enfants qu'on ne peut pas contenir pendant une longue période, et parfois quand tu sens qu'il est fatigué tu lances l'éveil ». Et selon elle, la pratique est mieux adaptée pour leur permettre de mémoriser, imiter en utilisant les objets concrets, tels que les boules, les dominos etc. Il doit pouvoir toucher, compter le nombre d'objets. Pour celui qui peut écrire, l'amener à le faire et pour l'autre, il faut l'aider à le faire en trouvant d'autres procédés adaptés pour lui permettre de comprendre et de mémoriser.

- **Acquisition des règles d'autonomie**

L'autonomie désigne la capacité d'une personne à prendre des décisions et à agir de manière indépendante, sans dépendre de la volonté ou du contrôle d'autrui. Cette autonomie

pour les enfants vivant avec autisme est tout un apprentissage dans la mesure où les enseignants s'attellent à ce que ces derniers parviennent à vivre sans toutefois dépendre des autres. Dans le cadre de notre recherche, le constat fait est que les enfants sont autonomes. Bien que cela ne soit pas totalement acquis, mais l'autonomie au premier niveau est une réussite. En les observant, nous n'avons pas vu un qui a fait pipi sur lui ou a été incapable d'aller aux toilettes. Il est vrai que pendant les repas, le vêtement pouvait se salir mais de manière accidentelle. Madame Helene parlant de l'autonomie déclare que :

L'autonomie est vaste, le premier travail est de savoir est ce que l'enfant se contrôle ? Est-ce qu'il peut aller aux selles seules ? Est-ce qu'il sait que c'est déjà là ? Je peux faire ceci ? En tout cas. Après sa toilette, on passe à la nutrition : est ce qu'il est capable de se nourrir seul ? Est-ce qu'il est capable d'aller vers les autres ? Donc après cette évaluation, toi l'enseignant tu es orienté pour pouvoir déceler certaines difficultés sur l'autonomie pour pouvoir travailler avec l'enfant.

Apprendre à être autonome c'est la base chez l'enfant vivant avec autisme.

Elle continue en disant :

Pour l'autonomie, comment est-ce que tu peux résoudre le problème de la propreté ? C'est par petites séances, dans un premier temps. Tu fais asseoir l'enfant au pot pendant 15 mn parce qu'il ne faut pas qu'il sache que c'est une corvée. 15 mn parce que tu as ton objectif, qu'il dépose le pipi ou le caca. S'il n'a pas déposé, tu le laisses. Après tu reviens avec lui, tu le fais encore asseoir et s'il n'a toujours pas déposé, tu le laisses encore partir. Donc il faut l'aider en lui donnant peut être un jouet pour qu'il oublie que comme il se dit qu'il est sous pression là, qu'il oublie et qu'il croit qu'il est en train de jouer aussi. Et c'est la routine, pour la toilette. De temps en temps, on ne se fatigue pas jusqu'à ce que tu ailles lui enlever les couches. C'est comme ça qu'on gère la propreté chez eux.

Cet accompagnement est centré sur l'apprenant. Il met l'accent sur ses intérêts, ses besoins, ses expériences, dans le but de l'amener à prendre conscience dans l'activité d'apprentissage, de développer lui-même ses capacités à apprendre, à être indépendant, de le mettre dans un conflit cognitif pour créer, analyser, réfléchir et proposer des solutions par lui-même. C'est un conflit envers lui-même et l'objet d'étude. C'est une manière de rendre l'apprentissage plus pertinent et plus efficace pour les élèves, il est l'acteur de son apprentissage. C'est dans cette logique que madame Alvine s'appuie du slogan de Montessori qui dit : « aide-moi à faire seul ». L'apprenant doit être encouragé à prendre la responsabilité dans son apprentissage et à développer son autonomie.

L'enfant doit aussi être impliqué dans des activités d'apprentissage actives telles que les projets, des discussions, des expérimentations, pour être plus tard utile à la société et se prendre en charge. Madame Helene le souligne ici en disant :

Nombreux sont ceux qui sont partis, ils sont dans les collèges. Même si c'est difficile, certains se sont lancés dans les formations professionnelles par exemple ceux qui partent fabriquer les pots de fleurs avec les perles, les babouches, les bracelets, les bagues. Pour la cérémonie de fin d'année, on invite les anciens parents, ils viennent avec les enfants et font le témoignage. Certains ont évolués à partir

de ce que le centre a fait pour eux. Vraiment, ils utilisent ça, beaucoup de parents gardaient les enfants à la maison à cause de l'autonomie, maintenant, ils sont contents de sortir avec eux. Il y a insertion sociale, certains sont satisfaits parce que l'enfant est devenu propre.

L'apprentissage de l'autonomie à ce niveau est plus pertinent et plus engageant. Les enfants ont des potentialités, ce sont des petits génies, ils maîtrisent eux aussi beaucoup de choses. L'enseignant se charge tout simplement de le guider, l'aider pour favoriser l'acquisition des capacités de mémorisation.

L'accompagnement est aussi centré sur l'apprenant. Il met l'accent sur ses intérêts, ses besoins, ses expériences, dans le but de l'amener à prendre conscience dans l'activité d'apprentissage, de développer lui-même ses capacités à apprendre, à être indépendant, de mettre l'apprenant dans un conflit cognitif pour créer, analyser, réfléchir et proposer des solutions par lui-même. C'est un conflit envers lui-même et l'objet d'étude. C'est une manière de rendre l'apprentissage plus pertinent et plus efficace pour les élèves, il est l'acteur de son apprentissage. C'est dans cette logique que madame Alvine s'appuie du slogan de Montessori qui dit : « aide-moi à faire seul ». L'apprenant doit être encouragé à prendre la responsabilité dans son apprentissage et à développer son autonomie. Il doit être impliqué dans des activités d'apprentissage actives telles que les projets, des discussions, des expérimentations.

En somme, dans ce chapitre des analyses des résultats, il a été question de mettre tout d'abord dans des tableaux des données qui ont été collectées afin de connaître les performances au niveau des capacités de mémorisation de chaque participant pendant six semaines. Par la suite, il y a des graphiques présentant le temps de mémorisation et le pourcentage de comportement. Enfin, nous avons les analyses thématiques issus des entretiens avec les enseignants.

6.2. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES

Pour cette recherche, nous avons fait recours à quatre (4) grandes théories qui sont :

La théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura stipule que l'apprentissage se produit à travers l'observation et l'imitation des comportements des autres. Les individus apprennent les comportements et les nouvelles compétences en observant les autres, en imitant leurs actions et en recevant des renforcements ou des punitions pour leurs propres comportements. D'autres principes clés sont inclus. Ainsi, pour l'enfant vivant avec autisme, l'acquisition des capacités de mémorisation se fait ici par le renforcement des comportements qui peuvent aussi être affaiblis en fonction des conséquences qui suivent leur exécution. Il a

aussi l'auto efficacité en leur fournissant des opportunités de réussite et en les encourageant à prendre des risques et à essayer de nouvelles choses. Les individus développent une perception de leur propre capacité à exécuter des comportements spécifiques, ce qui influence leur motivation et leur performance. Plusieurs facteurs influencent donc cet apprentissage à savoir : l'attention, la rétention, la reproduction et la motivation.

Le socio constructivisme selon Vygotski, il pense que l'apprentissage et le développement cognitif sont des processus sociaux qui se produisent à travers l'interaction entre l'individu et son environnement social. Donc la connaissance et la compréhension du monde sont construites à travers les interactions sociales et la collaboration avec les autres. Ses principes étant l'importance du contexte social, le rôle du langage, la zone de développement proximal, l'étayage sont aussi des moyens pour aider l'enfant vivant avec autisme d'acquérir des capacités de mémorisation, ainsi que l'apprentissage collaboratif.

L'approche humanitaire en éducation et en psychologie met l'accent sur la valeur et la dignité de l'individu, ainsi que son potentiel de croissance et de développement personnel. Les principes incluent sont la concentration sur la personne qui est une approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers qui se concentre sur les besoins, les sentiments et les expériences de l'individu, il met l'accent sur l'importance de l'empathie, de la congruence et de l'acceptation inconditionnelle. Il y a aussi la promotion de l'autonomie, la valorisation de la créativité, le développement personnel. De même, cette approche est une aide pour l'enfant vivant avec autisme parce qu'elle met l'accent sur les besoins et les intérêts en faisant preuve de compréhension, en respectant l'individualisation et en se focalisant sur les forces de l'enfant.

L'approche cognitive et comportementale stipule que les comportements et les pensées d'un individu sont influencés par des processus cognitifs et ses expériences. Elle a ses principes clés qui sont l'apprentissage, les processus cognitifs, la modification du comportement, la restructuration cognitive. Concernant l'enfant vivant avec autisme, cette approche permet de comprendre les processus cognitifs qui sous-tendent la mémorisation et de développer des stratégies pour l'améliorer.

6.3. RAPPEL DES RESULTATS

La capacité de mémorisation d'un enfant vivant avec autisme est fonction d'un accompagnement individuel. On doit mettre l'accent sur l'interaction qui est plus personnalisée et adaptée à leurs besoins. Il y a un contact avec eux, ce qui permet un échange favorable dans la pratique d'enseignement-apprentissage. Ensuite il faut un accompagnement est de proximité, car l'enfant à partir des connaissances transmises à la capacité de réagir favorablement en

mémorisant des consignes simples quand il a fait une mauvaise action de s'excuser pour celui qui parle et pour le non verbal de le faire par un geste d'excuse de la main. Enfin, cet enfant à l'aide de la communication visuelle, les supports concrets, cela permettra aussi de travailler sur les comportements et les réactions en l'aidant à gérer les émotions et à développer les compétences sociales, tout en respectant ses limites.

Il faut une intervention pour maîtriser l'attention car l'hyperactivité est un comportement courant chez l'enfant vivant avec autisme. Cette approche directive est le seul moyen qui lui permet d'être attentif. Lorsque son attention est captivée, il est moins actif et cela favorise sa capacité à mémoriser et à imiter les modèles. La relation de l'enfant avec l'enseignant part du principe de l'acceptation et de l'amour, plus il est à l'écoute, cela aide à ce que l'enfant assimile mieux. C'est aussi un moyen de diminuer les symptômes spécifiques. L'enseignant doit donc créer une bonne relation afin de mieux vérifier la progression des apprentissages des leçons et selon les tâches à exécuter ceci grâce aux différentes stratégies d'enseignements.

Les enfants vivant avec autisme, qu'ils soient verbaux ou non, ils ont besoin d'un soutien, c'est un moyen pour eux de communiquer afin de mémoriser des connaissances apprises. A travers les encouragements et les renforcements, quand ils ont réussi à donner une bonne réponse cela non seulement les motivent davantage mais peut permettre à ce qu'ils acquièrent des règles d'autonomie. Étant donné qu'ils ont des difficultés et des comportements atypiques, le soutien apporté grâce à l'accompagnement peut aider à l'amélioration du langage corporel et la posture. A force d'apprendre à l'enfant à bien se comporter, à lui donner certaines directives pour un renforcement des comportements positifs, ceci facilite l'amélioration de la confiance en soi et le développement de la motivation par la fourniture d'un feedback positif.

Tout ceci réuni permet à l'enfant d'avoir des capacités à mémoriser les consignes simples, à imiter les modèles appris et d'acquérir des règles d'autonomie.

6.4. INTERPRETATION DES RESULTATS

Il est question ici de donner un sens aux résultats de nos investigations par rapport aux hypothèses de recherche que nous avons émises.

6.4.1. Interprétation des résultats par rapport à l'hypothèse de recherche 1

Les résultats qui ont un lien avec notre sujet de recherche stipulent que : l'accompagnement individuel favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez les enfants autistes. A partir des observations du terrain pendant le stage, les enfants ont eu à faire plusieurs

apprentissages et enseignements, ce qui nous a permis de pouvoir collecter les données de notre recherche. Etant donné que cet accompagnement est fondamental, nous avons insisté sur l'interaction avec l'enfant, l'accompagnement de proximité et la nécessité du respect des limites de l'enfant pour la mémorisation des consignes simples. Plus pratiquement sur Paul, nous voyons que si l'enseignant n'est pas à côté de lui, non seulement la consigne ne sera pas respectée, mais aussi, il ne pourra pas mémoriser. Pour cela, madame Helene propose d'accompagner l'enfant au niveau de la motricité en prenant toute sa main, soit le dos de la main pour le guider, cela se fait selon les difficultés et le comportement de chacun.

Ces résultats s'inscrivent dans la perspective faite par Mottron (2004), qui selon lui, l'accompagnement individuel des enfants autistes est défini comme « un processus qui vise à soutenir l'enfant autiste dans son développement en tenant compte de ses besoins spécifiques, de ses forces et de ses difficultés, et en lui offrant un environnement adapté et soutenant qui lui permet de développer ses compétences et d'améliorer sa qualité de vie ». Pour sa part, l'accent est mis sur l'importance de la prise en compte des forces et les intérêts des enfants. Il met aussi en relief le développement de leurs compétences cognitives, telles que la mémoire, l'attention et la résolution des problèmes. Il y a aussi le développement de la communication et l'augmentation de l'autonomie, la réduction des comportements problématiques, l'amélioration de la qualité de vie.

C'est dans cette mesure que ces enfants sont pris en charge cas par cas, selon les propos de Madame alvine qui dit : « au niveau de la pratique, ce sera le cas par cas, ça diffère, celui par exemple qui ne parle pas, va lui dire d'entourer, va reconnaître, va toucher, faire le coloriage du rond... Celui qui peut écrire, il va écrire, mets le mot ». Pour leur permettre de pouvoir mémoriser chacun selon ses capacités et ses potentialités. Les enseignants utilisent des méthodes d'enseignement qui aident en tenant compte des besoins et en développant les stratégies qui permettent la mémorisation et l'amélioration de la compréhension et la rétention des informations. Au bout d'un certain temps, le constat est fait par l'évolution de l'enfant qui parvient à assimiler, comprendre et à mémoriser les connaissances.

Dans la même optique, Frith (1989) aborde l'accompagnement individuel des enfants vivant avec autisme dans le cadre de ses recherches sur la cognition et le développement. Il met en évidence l'importance de comprendre les difficultés cognitives et sociales pour développer les stratégies d'accompagnement efficaces. Pour ce faire, il est question de la compréhension des difficultés cognitives dans le traitement de l'information et l'importance de la prise en compte des différences individuelles,

Au regard du lien qui existe entre nos résultats et les théories sur l'autisme et la cognition, nous concluons que HR1 est confirmée.

6.4.2. Interprétation des résultats par rapport à l'hypothèse de recherche 2

Les résultats qui ont un lien avec l'hypothèse stipulent que : les interventions directives et\ ou non directives facilitent l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Ces interventions sont des approches pédagogiques utilisées pour soutenir et guider les élèves dans leur apprentissage de manière structurée et directive. Nous avons mis l'accent sur la qualité de la relation entre l'enseignant et l'élève, qui permet à l'enfant d'être attentif, ce qui permet la diminution des symptômes spécifiques pour faciliter une bonne progression dans les apprentissages des leçons lors de l'exécution des tâches.

Les enseignements tout comme les apprentissages ne sont pas faciles pour ces enfants, il est donc question de les amener d'abord à aimer ce que tu as envie de leur transmettre par l'utilisation des procédés adaptés à leurs besoins. En prenant l'exemple d'André, il est hyperactif et agressif. Lorsqu'il est accompagné d'une personne qui lui témoigne de l'amour et de l'affection, quand l'enseignant au départ crée une ambiance joviale de confiance, il est compris, il est de plus en plus calme et attentif, il parvient à faire la consigne demandée, et au fur et à mesure dans la progression de l'apprentissage, il capte la notion à étudier. C'est un moyen de faciliter l'apprentissage pour la mémorisation. C'est pour cette raison que madame Alvine dit que la base d'abord c'est que l'enfant doit aimer ce que tu lui apportes comme information nouvelle dans son cerveau. Et utiliser le matériel visuel, que l'enfant peut toucher, qu'il peut manipuler, comme les dominos, les images, du matériel adéquat pour faire passer la leçon.

L'enseignant étant donc ce guide aide l'enfant à se concentrer sur des tâches spécifiques, ce qui aide pour la mémorisation. Il dit à l'enfant ce qu'il faut faire ou penser, ou le met face à une situation afin qu'il prenne des décisions ou qu'il trouve ses propres solutions. Les enseignants sont à l'écoute et guident les élèves lors de la pratique des classes. Etant donné que ceux-ci ne peuvent pas, pour la plupart et dans les débuts, le faire seuls, les enseignants apportent leur intervention pour leur permettre d'assimiler, stocker et mémoriser. Les propos de madame Elise permettent donc de vérifier et de comprendre la pertinence d'une telle approche quand elle dit : « va entourer la bonne réponse, va colorier les feuilles de la plante avec la couleur verte, va colorier les racines avec le feutre de couleur noire ».

Pour l'intervention non directive, elle laisse place à l'initiative et à l'autonomie. L'enseignant encourage l'enfant à explorer et à apprendre par lui-même, cela peut lui permettre de développer sa créativité et son autonomie. L'approche centrée sur l'autonomie (Empowerment) avec des enfants TSA est un processus qui vise à leur donner les moyens de prendre en charge leur vie, de développer leur autonomie et de renforcer leur confiance en soi. Les approches de ce genre permettent de développer des compétences socio cognitives, à favoriser la communication et à permettre à l'enfant de faire les choix. Le renforcement des capacités de mémorisation est un long processus de conditionnement, d'attention, de sensibilité et prend en compte les différentes étapes en jeu dans l'élaboration de la pensée de l'enfant : l'assimilation, l'accommodation et l'équilibration. Pour permettre à l'apprenant d'accéder à son autonomie les enseignants de l'institut Einstein opèrent comme suit : apprentissage par images, apprentissage par conditionnement, initialisation à la propreté. Le cas le plus récurrent est celui de Madame Elise qui apporte la plante pour dispenser de la leçon, en dehors de l'image collée au tableau pour les amener à observer de près et de pouvoir toucher par la même occasion.

Ces résultats s'inscrivent dans la perspective des résultats faits par Schopler (1986), qui a développé l'approche TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) où il met l'accent sur la compréhension des besoins et des capacités de chaque enfant autiste et propose des stratégies pour les soutenir à développer leurs compétences sociales, communicationnelles et cognitives. Ceci doit être adapté à leurs besoins en fonction de leur âge, de leurs capacités et leurs objectifs.

De même pour Loovas (1981), il met l'accent sur l'enseignement des compétences spécifiques tel que ; la communication, les compétences sociales et les comportements adaptatifs, l'importance de la structure et de la routine, la nécessité d'une approche intensive, à savoir que ceux qui reçoivent une intervention intensive et précoce ont de meilleures chances de développer des compétences et de réduire les comportements problématiques.

Ainsi, l'âge d'inscription à l'école peut avoir des effets aussi positifs que négatifs sur la capacité de mémorisation chez l'enfant vivant avec autisme. Au sens de Madame Alvine, l'enfant inscrit à l'école à un âge avancé aura d'énormes difficultés à s'adapter à l'école et à comprendre les leçons par rapport à celui qui a été inscrit à l'âge de 4ans.

Les interventions directives et/ou non directives bien que n'étant pas efficace tel que nous avons observés sur le terrain, mais elles facilitent néanmoins l'acquisition des capacités de mémorisation des enfants TSA, en fournissant une structure et une organisation, en encourageant l'autonomie et l'autodétermination et en développant la motivation intrinsèque.

Lorsque les enseignants amènent les enfants vivant avec autisme à effectuer des tâches et qu'ils sentent que c'est passionnant, ils sont contents. La combinaison de ces approches peut être particulièrement efficace pour aider ces enfants ainsi qu'avec l'approche constructiviste, l'enfant est en interaction avec l'environnement, il construit sa connaissance et sa compréhension du monde grâce aux enseignements et apprentissages auquel il est soumis. A force d'amener l'enfant à faire une tâche, ce dernier s'habitue en respectant la consigne donnée ce qui permet en sorte qu'au bout d'un moment, peu importe la durée, il parvient à le faire.

Au regard du lien qui existe entre nos résultats et les approches éducatives de ces auteurs, nous concluons que HR2 est confirmée.

6.4.3. Interprétation des résultats par rapport à l'hypothèse de recherche 3

Les résultats qui ont un lien avec l'hypothèse stipulent que : le soutien verbal et\ ou non verbal facilite sur la capacité de mémorisation chez l'enfant autiste. L'enfant autiste a souvent des difficultés à comprendre et à traiter l'information de manière conventionnelle. Le soutien verbal est donc le moyen par lequel les enseignants passent pour expliquer clairement les informations à mémoriser en utilisant un langage simple et en donnant des instructions concises. Le soutien est un élément très important, nous avons insisté sur le moyen de communiquer afin de mémoriser les réponses, sur les encouragements et le renforcement pour améliorer le langage corporel et la posture. Cette pratique est la mieux abordée par Madame Alvine à travers des consignes : « lave tes mains, prend ton sac, sors ta gamelle ». Cela lui permet d'apprendre davantage, en disant aussi : « Va entourer la lettre A, ramasse la boule de couleur jaune ».

Tandis que le soutien non verbal qui peut s'utiliser à travers les gestes, les expressions faciales et la posture, peut également aider à renforcer la communication et à faciliter l'apprentissage. Aussi avec l'utilisation des images, il y a un renforcement des informations verbales et la facilitation de la compréhension et les connaissances sont mémorisées facilement. Cette approche s'applique habituellement avec Madame Helene qui utilise les images, des pictogrammes, des vidéos, l'enfant capte et enregistre. Elle explique en disant : « Les enseignements sont simplifiés et on utilise beaucoup plus les gestes, pas le langage des gestes ou des signes et aussi les images. Si tu n'as pas ça, vraiment je ne sais pas comment tu vas t'en sortir. Donc tu accompagnes l'enfant, on ne veut pas savoir si le matin il peut dire bonjour. De temps en temps on lui dit bonjour, en accompagnant la parole aux gestes, comme il n'a pas un problème auditif, il retient quand même chaque fois qu'on lui dit bonjour, on fait ce geste de la main.

Ce soutien est aussi au niveau des enseignements, pour celui qui ne parle pas c'est un moyen de communiquer, d'apprendre. En prenant l'exemple de la lecture, madame Helene a ses procédés : elle dit que pour la lecture et pour d'autres apprentissages, il faut beaucoup utiliser les images, même pour la propreté. Il faut présenter l'objet ou l'image comme le pot des toilettes par exemple en disant voici le pot. Là il faut vraiment t'investir, chercher tes images et ça c'est l'or. Quand tu rencontres un enfant différent, il faut utiliser des images surtout pour celui qui ne parle pas, ils sont d'ailleurs nombreux. Pour la propreté, image toilette. Pour écrire, tu présentes les images sur un papier blanc et crayon. Pour manger, il faut un plat, une cuillère, une fourchette, peut-être un verre d'eau si c'est pour boire. Mais aussi il doit avoir sa bouteille d'eau, son jus, son gobelet, avec lui. Parce que Les enseignements là-bas se passent plus avec les images.

Ces résultats s'inscrivent dans la perspective des résultats fait par Baron-Cohen (2003), il a constaté que les personnes autistes ont des difficultés à ressentir de l'empathie pour les autres, ce qui peut être lié à leurs difficultés à comprendre les états mentaux des autres tels que les pensées, les émotions, les intentions. Il met en relief les stratégies de communication adaptées à leurs besoins, telles que l'utilisation de langage clair et concis, l'utilisation de support visuels et le développement social, la réduction du stress et de l'anxiété.

De même, Attwood (1998), dans ses travaux met l'accent sur la compréhension des besoins individuels des enfants autistes, le développement les stratégies de communication, le soutien émotionnel, le développement de compétences sociales, l'importance de la flexibilité.

Pour l'enfant autiste, comprendre les autres et se faire comprendre n'est pas une situation à gérer en un temps record. Les enseignants utilisent donc des procédés et des techniques permettant en sorte que la communication aide à la compréhension. Par le renforcement positif, l'enfant a la capacité de se souvenir de ce qu'il a eu à voir récemment, un bravo par exemple amène l'enfant à mémoriser la notion à étudier. Ces approches éducatives permettent non seulement de développer les capacités de mémorisation mais aussi d'améliorer leurs performances cognitives de manière significative.

Au regard du lien qui existe entre nos résultats et ceux des auteurs, nous concluons que notre HR3 est confirmée.

6.5. DISCUSSION DES RESULTATS

Il est question au cours de cette étude de comprendre l'apport de l'accompagnement clinique des enfants à besoins spécifiques sur l'acquisition des capacités de mémorisation chez

l'enfant vivant avec autisme. Les résultats obtenus montrent que l'accompagnement individuel favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste, de même que les interventions directives et \ou non directives, ainsi que le soutien verbal et \ou non verbal jouent aussi sur cette acquisition. Cette partie se concentrera sur l'interprétation des résultats, leur comparaison avec d'autres études et les implications éducatives. Elle est beaucoup plus axée sur la dynamique des interactions en situation classe.

Selon le postulat de l'apprentissage social Bandura (1977), presque tous les comportements humains sont acquis à la suite de l'apprentissage, ceci repose sur le concept de l'apprentissage par observation et imitation. Il soutient que les individus peuvent apprendre des comportements en observant les actions des autres, en particulier des modèles significatifs tel que les parents, des enseignants, des figures d'autorité ou des pairs. Il met en avant le rôle de la modélisation et de l'imitation dans les processus d'apprentissage, en soulignant l'importance des récompenses et des punitions dans le renforcement ou l'affaiblissement des comportements observés. Donc les individus apprennent de nouvelles compétences et comportement en observant les autres et en imitant leurs actions.

Cependant, avec les travaux de Bandura, nous constatons qu'ils sont adaptés pour les enfants normaux, pour le développement des enfants typiques, elles sont développées pour décrire l'apprentissage des comportements humains en général. Or Les enfants autistes éprouvent des difficultés dans le processus d'enseignement-apprentissage à cause de la communication et des interactions sociales. Cette théorie ne tient donc pas en compte ces difficultés, et elles ne peuvent pas permettre l'acquisition des capacités de mémorisation des enfants autistes. Cette théorie est dépassée et même pour les enfants normaux, elle ne tient pas compte de l'importance des nouvelles technologies. Car elle ne prend pas en compte les particularités de l'autisme, telles que les difficultés de communication, les troubles de la régulation émotionnelle et les différences de traitement de l'information. Il n'y a pas l'adaptation des besoins individuels de l'enfant autiste, les stratégies de mémorisation spécifiques telles que l'utilisation des supports visuels, la répétition et la pratique régulière. Elles ne prennent pas en compte les difficultés de généralisation ainsi que l'intégration de la technologie pour soutenir l'apprentissage et la mémorisation. Par contre, on privilégie de nos jours des stratégies éducatives connues, adaptées et adoptées basées sur notre sujet de recherche comme l'ABA, le TEACCH, le PECS pour permettre l'acquisition de l'enfant autiste et qui sans cela l'enfant va sombrer et il n'y aura pas de résultat positif en lien avec les attentes de la société.

Les travaux en lien au Behaviorisme, selon Pavlov (1901), « behavior » signifie « comportement », et le behaviorisme définit l'apprentissage comme une modification durable du comportement résultant de la conséquence d'un entraînement particulier. Selon lui, le comportement peut être structuré par l'utilisation appropriée des conditionnements appropriés. Etant donné que l'enfant vivant avec autisme a des comportements atypiques et il est question d'opérer des changements, de le discipliner, cette technique d'apprentissage basée sur les comportements observables et mesurables passe par le conditionnement. L'accent est mis sur l'apprentissage par observation, la répétition de comportements positifs, en incluant la pratique pour renforcer la mémoire.

Cependant, quand nous observons les travaux en lien avec le behaviorisme, nous nous constatons qu'ils sont dépassés, ils sont certes importants mais déjà vieux. Le conditionnement classique de Pavlov était utilisé pour des enfants normaux ou les animaux. Nos recherches sont basées sur l'accompagnement clinique des enfants à besoins spécifiques et l'acquisition des capacités de mémorisation : cas des autistes, ce qui ne sied plus avec cette théorie. A l'heure actuelle, il est question d'actualiser, les théoriciens pratiquent donc un conditionnement développé à travers l'utilisation des images, des gestes des pictogrammes, des vidéogrammes, des ordinateurs pour accompagner l'enfant autiste et en fonction de ses besoins spécifiques. L'enfant est acteur et producteur. Il ne sait pas qu'il est conditionné mais s'adapte dans ces conditions qui l'amène à réagir positivement grâce aux attentes de la société, et pour l'acquisition de l'autonomie. Le développement de nouvelles technologies facilite donc l'acquisition qui se fait dans un accompagnement de qualité.

L'originalité de notre étude est que les auteurs cités plus haut n'ont pas parlé de l'accompagnement clinique, ni de l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Ceux qui ont parlé de l'accompagnement n'ont pas abordé l'aspect de l'accompagnement individuel sur l'interaction, la proximité pour la mémorisation des consignes et le respect des limites de l'enfant. Ils n'ont pas évoqué les interventions qui peuvent permettre l'attention de l'enfant dans la qualité de la relation entre enseignant et élève pour diminuer les symptômes spécifiques afin de mieux vérifier la progression dans les apprentissages des leçons afin qu'ils exécutent les tâches. Ils n'ont pas parlé de soutien qui aide à la mémorisation à travers les encouragements et les renforcements qui permettent l'amélioration du langage corporel et la posture simple, mais aussi la fourniture du feedback positif. Ceux qui parlent de l'apprentissage n'ont pas fait allusion à la capacité à mémoriser des consignes simples, à imiter

les modèles appris, à l'acquisition des règles d'autonomie pour l'acquisition des capacités de mémorisation.

Nous sommes en éducation spécialisée, beaucoup plus dans le domaine du handicap mental, si nous avons emprunté les approches théoriques relevant d'autres études, c'est pour que nos travaux viennent plutôt compléter les aspects manquants dans ces travaux. Bandura, Vygotski et même Pavlov n'ont pas travaillé sur les enfants déficients ou autistes, concernant leurs travaux sur l'apprentissage ou l'accompagnement. Mais nous avons travaillé avec eux et c'est ça qui montre que nos travaux viennent apporter quelque chose de nouveau à la science.

6.6. LIMITES ET SUGGESTIONS

6.6.1. Limites de l'étude

Même si les résultats de l'étude sont positifs, cette étude présente certaines limites, notamment la taille de l'échantillon et la durée limitée de l'intervention. Elle s'est juste intéressée à une tranche d'âge allant de 6ans à 14ans. En élargissant la population d'étude, cette recherche pourrait avoir d'autres résultats. A l'avenir, les recherches devraient inclure des études sur une période plus étendues et un échantillon diversifié pour confirmer et étendre ces résultats. Il serait aussi important de voir et d'explorer l'impact des différentes formes d'accompagnement et de faire une comparaison de leur efficacité relative. Aussi l'absence de certains élèves, certains jours a perturbé la recherche. Et des crises de certains étaient un obstacle pour l'avancement dans la recherche.

6.6.2. Suggestions

L'accompagnement clinique est une approche qui contribue pour l'acquisition dans la mémorisation des connaissances et pour le développement des compétences cognitives. Pour maximiser son impact, une collaboration étroite entre les pouvoirs publics, les enseignants et les parents est essentielle. Il est important de mettre en place des actions concrètes et coordonnées pour garantir le bien-être et le développement de ces enfants. Le travail ensemble peut créer un environnement inclusif et favorable qui permet à chaque enfant d'acquérir, et mémoriser des connaissances.

Aux pouvoirs publics

Le gouvernement est le premier acteur responsable de la protection des populations. Il est l'organe exécutif responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques.

- Encourager le recrutement des éducateurs spécialisés qui vont mettre en place le plan

-

-

d'éducation spécialisé ;

- Financer des programmes de sensibilisation sur l'autisme et sur les bonnes pratiques à adopter pour accompagner ces enfants ;
- Mettre en place des structures spécialisées pour accueillir et encadrer les enfants autistes ;
- Assurer un suivi régulier des interventions mises en place pour évaluer leur efficacité ;
- Mettre en place des programmes officiels adaptés à leurs besoins spécifiques ;
- Encourager l'accompagnement individuel en intégrant les spécialistes sur le terrain ;
- Prendre en compte les besoins spécifiques des enfants en situation de handicap mentaux dans l'élaboration des programmes officiels.

Aux enseignants

L'enseignant est une personne qui a pour profession de transmettre des connaissances, des compétences et des valeurs à des élèves ou des étudiants dans un cadre éducatif. Il doit donc

- Être formé en tant qu'éducateur spécialisé pour l'accompagnement des enfants à besoins spécifiques ;
- Encourager l'interaction dans le processus d'accompagnement individuel ;
- Favoriser l'accompagnement individuel selon les besoins spécifiques de l'enfant ;
- Avoir un accompagnement de proximité avec l'élève ;
- Utiliser les approches interventives pour la progression dans les apprentissages des leçons et des tâches à exécuter ;
- Utiliser un matériel adapté et concret pour les apprentissages ;
- Créer une bonne relation avec chaque apprenant et contribuer activement à l'acquisition de l'autonomie ;
- Apporter un soutien verbal ou non verbal pour la mémorisation et l'amélioration du langage corporel et la posture ;
- Mettre en place le plan d'éducateur spécialisé dans le processus enseignement-apprentissage ;
- Collaborer avec les professionnels de santé pour garantir un suivi adapté de chaque enfant, ainsi que les parents pour un bon suivi.

Aux parents

- Scolariser les enfants à l'âge précoce après l'annonce du diagnostic sur le handicap ;

- Participer activement à la prise en charge de l'enfant en collaboration avec les enseignants et les personnels de santé ;
- Chercher les informations et des ressources pour mieux comprendre les besoins spécifiques de leur enfant autiste ;
- Accompagner individuellement l'enfant dans le processus enseignement-apprentissage ;
- Encourager et soutenir leur enfant dans l'apprentissage de stratégies de mémorisation.

CONCLUSION GENERALE

Notre étude intitulée « Accompagnement clinique des enfants à besoins spécifiques et acquisition des capacités de mémorisation : cas des enfants autistes », s'insère dans le champ de l'éducation spécialisée. Tout au long de ce travail, nous nous sommes intéressés à la problématique selon laquelle les enfants autistes ont de faibles capacités de mémorisation des connaissances dues au manque des pratiques d'accompagnement clinique. L'objectif général de cette recherche est d'expliquer comment l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Il s'agit en d'autres termes d'expliquer la manière selon laquelle les enfants autistes peuvent être pris en charge pour développer l'acquisition des capacités de mémorisation dans des centres agréés. Pour y parvenir, nous avons formulé trois hypothèses de recherche à savoir :

HRS1 : l'accompagnement individuel favoriserait l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

HRS 2 : Les interventions directives et \ou non directives faciliteraient l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

HRS 3 : Le soutien verbal et\ou non verbal faciliterait les capacités de mémorisation chez l'enfant autiste.

Le cadre théorique a été construit sur les modèles tels que l'apprentissage social de Bandura (1977), le socio constructivisme de Vygotski (1934), l'approche humanitaire de Rogers (1940), et enfin les approches cognitives et comportementales de Aaron et Albert (1950). Pour mener à bien ce travail scientifique, nous avons employé la méthode qualitative. Les participants sont âgés entre 6ans et 14ans et sont tous inscrits à l'institut Einstein. Notre étude des cas s'est faite minutieusement pendant six semaines avec six (6) participants sujets vivant avec autisme et trois (3) éducateurs qui ont bien voulu prendre part à nos entretiens. Les instruments de collecte des données que nous avons utilisés sont les grilles d'observation et le protocole d'entretien adressé aux enseignants. Après avoir complété les grilles d'observation, nous avons présenté les données recueillies de chaque participant accompagnées d'une présentation et une analyse spécifique à chaque cas, ainsi que des graphiques pour évaluer la compétence. L'analyse et l'interprétation des hypothèses de recherche ont permis de conclure que : l'accompagnement clinique favorise l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste, dans la prise en compte de ses besoins spécifiques et en adaptant les stratégies

et les méthodes pédagogiques à sa manière d'apprendre. Les enseignants travaillent en sorte que l'enfant puisse développer ses compétences cognitives et sa mémoire à travers des activités ludiques, des exercices de répétition et des outils visuels. Ils cherchent à renforcer sa capacité d'attention, sa compréhension et sa concentration pour faciliter l'apprentissage et la mémorisation des informations. En l'aidant à organiser ses pensées, à structurer ses idées et à relier les concepts entre eux. Tout ceci contribue non seulement à améliorer ses capacités de mémorisation mais aussi à favoriser son développement cognitif.

Cependant, pour permettre à ce que les enfants améliorent davantage leurs capacités de mémorisation, il est important d'adopter une approche personnalisée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque enfant. Ceci en tenant compte de la collaboration franche entre parents, éducateurs et thérapeutes dans le progrès du processus de prise en charge et aussi dans la mise en place des programmes efficaces. De plus, la formation des enseignants est d'une importance capitale pour le bon suivi de ces enfants à besoins spécifiques.

Toutes les hypothèses ont été confirmées. La conclusion ici est qu'un accent doit être mis sur l'accompagnement clinique dans les salles de classe spécialisée et inclusive lors de la pratique de classe avec des méthodes variées telles que l'observation directe, le travail avec les outils de communication, la thérapie comportementale, etc. afin d'aider les enfants vivant avec autisme et même ceux ayant aussi des besoins spécifiques. Il ne faudrait pas se limiter à ces techniques d'enseignement connues comme ABA, TEACCH, PECS, il faudrait aussi trouver des méthodes plus adaptées pour permettre à ce que ces enfants puissent acquérir davantage et de manière effective et efficace.

Ayant bien évidemment abordé les aspects importants du problème de notre étude, nous constaterons que c'est beaucoup plus dans le cadre de la pratique de classe que nous nous sommes plus intéressé sur l'accompagnement clinique, donc c'est une infirme partie qui a été développée en rapport avec l'acquisition des capacités de mémorisation chez l'enfant autiste. Cependant, Cette réflexion ouvre d'autres voies d'exploration sur des études menées auprès des personnes vivant avec autisme.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adrien, JL. (2002). Le bilan psychologique des enfants avec autisme. Dans Carnet Psy. Editions Le Carnet Psy. N (76).
- Ancet P. (2011). Situation de handicap et normes sociales. Le Carnet Psy n°158, pp. 29-31.
- Anne, J. (2002). Autisme, crises convulsives, sclérose tubéreuse de Bourneville. Démarche diagnostique chez le jeune enfant et sa famille. Dans Devenir. Editions Médecine et hygiène. Vol. 14
- Banindjel, J. (2021). Corps et handicap. Editions Harmattan.
- Basco, L. (2012). La démarche Clinique dans l'accompagnement en formation : Vigilance et persévérance ? Dans Spécificités. Editons Champ Social. N (5).
- Burzstejn, C. (2006). Les besoins de soins des personnes. Dans cahier de PREAUT. Editions Harmattan. N (3)
- Blanchard, C. (2012). Pour une clinique groupale du travail enseignant. Dans CLIOPSY. Editions : Association CLIOPSY.N (8)
- Blanchard, C. (2013). Accompagnement clinique et capacité négative : dans Cahiers de psychologie clinique. Editions De Boeck Supérieur. N (41).
- Bowler, D., (2013). La mémoire des autistes : une clé potentielle pour une meilleure compréhension de leurs difficultés sociocognitives. Dans Revue de Neuropsychologique. Editions John Libbey Eurotext. Vol. 5
- Casado, C. (2020). La micro clinique, un dispositif d'accompagnement des sujets atteints de Ted. Dans le journal des psychologues. Editions Martin Media. N (375).
- Cauvier, J. et Desmarais, D. (2013). L'accompagnement éducatif des jeunes en processus de raccrochage scolaire à l'éducation des adultes : entre contrôle, service et relation. Érudit, N (70), automne 2013.
- Cauvier, J. et Desmarais, D. (2013). L'accompagnement éducatif des jeunes en processus de raccrochage scolaire à l'éducation des adultes : entre contrôle, service et relation. Lien social et Politiques, (70).
- Chamak, B. (2016). Accompagnement d'enfants et d'adolescents autistes : un SESSAD innovant ou Moselle. Dans revue Française des affaires sociales. Editions : DREES Ministère de la santé.

- Cifali, M. et al. (2010). Cliniques actuelles de l'accompagnement. Dans CLIOPSY. Editions : Association CLIOPSY. N (4)
- Corneau, F. et al. (2014). Stratégies pour favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme : recension des écrits. Revue de psychoéducation, N 43(1), pp 1–36.
- Coulet, JC. (2016). « Les notions de compétence et de compétences clés : l'éclairage d'un modèle théorique fondé sur l'analyse de l'activité ». Pp 13-1, mis en ligne le 13 avril 2016.
- Denailly, L. (2009). Fortunes et ambiguïtés de l'accompagnement. Dans Empan. Editions ERES.N.(74).
- Ebersold, S. Detraux, J. (2013). Scolarisation et besoin éducatif particulier : enjeux conceptuels et méthodologiques d'une approche poly centrée. Association ALTER
- Ebersold, S. Masson, E. (2013). Construction sociale de la désignation des élèves à « besoins éducatifs particulier » : incidences sur leur scolarisation et sur la formation des enseignants.
- Fougeyrollas, P. (1986). Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées. Anthropologie et société, vol. 10, n°2, pp 183-186.
- Gagnon, É. Et al. (2011). Ce qu'accompagner veut dire. Reflets, 17(1), pp 90–111.
- Golse, B. (2006). Accompagner ou psychothérapie : qui fait quoi ? Dans Contraste. Editions ERES. N (24).
- Golse, B. (2003). Avec les parents d'enfants autistes : une aussi longue histoire.... Dans Enfances et Psy. Editions ERES. N (21).
- Grimaud, L. (2009). De quoi parle la notion d'accompagnement ? Dans Empain. Editions ERES. N (74)
- Hanin, V. Cambier, A. (2023). Accompagner le développement d'une posture réflexive en formation initiale des enseignants : des besoins différents en fonction de l'année de formation ? Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation, 46(3), pp 687–723
- Houde, P. & Guillemette, S. (2020). L'accompagnement selon une démarche réflexive sur-dans-pour la pratique tel que vécu par trois types d'acteurs. McGill Journal of Education / Revue des sciences de l'éducation de McGill, 55(2), pp 285–304.
- Kapsambelis, V. (2015). Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique ? Filigrane, vol. 24(1), pp 13–25.

- Loi no°2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées.
- Loizon, D. et al. (2013). L'accompagnement dans la professionnalisation du métier d'enseignant. Le point de vue des formateurs. *Phronesis*, 2(4), pp 50–60.
- Lovaas, O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), pp 3-9.
- Maccaggi, G. et al. (2010). La mémoire dans l'autisme :40 ans après. Dans *Revue du Neuropsychologie*. Editions John Libbey Eurotext. Vol. 2
- Maela, P. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. Dans *Savoirs*. Editions Harmattan. N (20).
- Maela, P. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Association de recherche en soins infirmiers*. N (110).
- Manningham, S. Rancourt, V. (2012). Accompagnement psychoéducatif et processus de mobilisation dans les services de garde à la petite enfance : recherche partenariale. *Économie et Solidarités*, 42(1-2), 69–84.
- Messeghem, K. et al. (2013). L'accompagnement entrepreneurial, une industrie en quête de leviers de performance ? *Management international / International Management / Gestion Internacional*, 17(3).
- Fougeyrollas, P. (1986). Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées. *Anthropologie et société*, vol. 10, n°2, pp 183-186.
- OMS, (2001) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève :
- ONU (2006). Outil sur le handicap pour l'Afrique. Culture, croyance et handicap.
- Ouss, L. (2010). Les centres ressources autisme : bilan et perspective. Dans *Enfance et Psy*. Editions ERES. N (46).
- Picard, L. et al. (2009). De la mémoire épisodique a la mémoire autobiographique : approche développementale. Dans *l'année Psychologique*. Editions Nec plus. Vol.109.
- Poirier, J. (1984). L'approche centrée sur la personne. *Québec français*, (54), pp 124–125.
- Poirier, N. et al. (2005). L'inclusion scolaire des enfants autistes. *Revue de psychoéducation*, 34(2), pp 265–286.

- Poirier, P., (2008). L'engagement dans l'accompagnement éducatif. Dans la sociographie. Editions Champ Social. N (61).
- Ros, J., Grossen, M. (2016). L'entraide en institution pour personnes en situation de handicap mental : d'une recherche-action a un modèle d'analyse. Dans les cahiers internationaux de psychologie sociale. Editions Presses universitaires de Liège. N (110)
- Sénéchal, C. & des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. Santé mentale au Québec, 34(1), 245–260.
- Sarrazin, C. et al. (2020). Réflexion sur l'accompagnement psychoéducatif des personnes ayant des capacités différentes. Aequitas, 26(2), 2
- Thamazet, S., (2002). Dans le français aujourd'hui. Editions Armand Colin. N (77)
- Van den Linden, M., (2003). Une approche cognitive du fonctionnement de la mémoire épisodique et de la mémoire autobiographique. Dans Cliniques Méditerranéennes. Editions ERES. N (61).
- Vidal JM, (2012). L'autisme : Trouble du développement de la symbolisation. Editions Le Carnet, volume 8, N (166), P 34-37.
- Vivegnis, I. (2019). Postures d'accompagnement et conceptions : une évidente interrelation ? Quatre cas sous la loupe en contexte d'insertion professionnelle. Phronesis, 8(1-2), 48–63
- Vrancken, D. & Bartholomé, C. (2004). L'accompagnement des personnes handicapées en Belgique : un concept au cœur des nouvelles politiques sociales. Nouvelles pratiques sociales, 17(1), 98–111.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

UNIVERSITE DE YAOUNDÉ I
The University of Yaoundé I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
Faculty of Education

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE
Department of Specialized of Education

LE DOYEN
The Dean

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
 Republic of Cameroon

 Paix - Travail - Patrie
Peace - Work - Fatherland

S
 F E

Yaoundé le 01 AVR 2024


AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur Cyrille Bienvenu BELA**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation (FSE), autorise l'étudiante, **LEKA Eugenie Mireille**, Matricule **22V3876**, inscrite en Master II dans le Département de l'Éducation Spécialisée, option : *Handicaps mentaux, Habiletés mentales et conseil*, avec pour encadrant le **Dr BANINDJEL Joachen**, à réaliser ses travaux de recherche sur le thème intitulé : « *Accompagnement clinique des enfants à besoins particuliers et acquisition des capacités de mémorisation : cas des enfants autistes de l'Ecole Primaire Publique d'Application Inclusive de Nkoldongo* ».

En foi de quoi, la présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

P.O

Pr. Jacques Evouma



Annexe 2 : Grille d'observation des capacités de mémorisation

Identification de l'enfant

Nom :

Prénom :

Age :

Type de trouble :

Observateur :

Date :

Capacités de mémorisation		1-Jamais	2-Rarement	3-Souvent	4-Toujours
Apprentissage des nouveaux comportements	Capacité à être attentif et à comprendre les consignes simples				
Acquisition des consignes simples					
Rétention	Capacité à mémoriser et à imiter régulièrement les modèles de comportements appris				
Apprentissage de l'autonomie	Acquisition des règles d'autonomie				

apprentiss ag es des leçons et des tâches à exécuter																		
Acquisition des règles d'autonomie Dispositif : Soutien verbal et/ ou non verbal ✓ Encourage ment\ renforcem ent ✓ Améliorati on du langa ge corporel et posture simple ✓ Fourniture du feedback positif																		

Légende :

A : Acquis

ECA : En Cours d'Acquisition

NA : Non Acquis

S : Semaine

Annexe 4 : Guide d'entretien :

Thème1 : Accompagnement individuel

Sous-thème 1 : Qualité de la relation

Sous-thème 2 : Progrès dans la résolution des problèmes

Sous-thème 3 : Respect des limites

Thème 2 : Interventions directives et\ou non directives

Sous-thème 1 : Atteintes des objectifs fixés

Sous-thème 2 : Diminution des symptômes spécifiques fixés

Sous-thème 3 : Qualité de la relation thérapeutique

Thème 3 : Soutien verbal et\ou non verbal

Sous-thème 1 : Utilisation du langage simple et clair

Sous-thème 2 : Fourniture du feedback positif

Sous-thème 3 : Langage corporel et posture

Thème 4 : Acquisition des capacités de mémorisation

Sous-thème 1 : : Apprentissage des nouveaux comportements

Sous-thème 2 : Acquisition des formules simples

Sous-thème 3 : La rétention

Sous-thème 4 : Apprentissage de l'autonomie.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES ILLUSTRATIONS	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
1.1.1. Contexte de l'étude	5
1.1.1.1. Contexte Local	5
1.1.2. Justification de l'étude.....	6
1.2. CONSTAT ET PROBLEME DE L'ETUDE	8
1.2.1. Constat	8
1.2.2. Formulation et positionnement du problème	12
1.3. CHAMP ET PROBLEMATIQUE SPECIFIQUE DE L'ETUDE.....	15
1.4. QUESTION DE RECHERCHE.....	16
1.4.1. Question principale de recherche.....	16
1.4.2. Questions de recherche secondaires.....	17
1.5. OBJECTIF DE L'ETUDE	17
1.5.1. Objectif général.....	17
1.5.2. Objectifs spécifiques.....	17
1.6. INTERET DE L'ETUDE	17
1.7. DELIMITATION DE L'ETUDE.....	18
1.7.1. Au plan Thématique.....	18
1.7.2. Au plan Spatial.....	18
1.7.3. Au plan temporel	19
1.8. CLARIFICATION DES CONCEPTS	19

	171
1.8.1. Accompagnement.....	19
1.8.2 Accompagnement clinique.....	20
1.8.3. Enfants à besoins spécifiques.....	20
1.8.4. Acquisition.....	20
1.8.5. Capacités.....	21
1.8.6. Capacités de mémorisation	21
1.8.7. Autisme.....	21
CHAPITRE 2 : REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE	23
2.1. AUTISME.....	23
2.1.1. Définition.....	23
2.1.2. Historique et évolution de l'autisme	23
2.1.3. Causes de l'autisme.....	24
2.1.4. Manifestations de l'autisme	25
2.1.4.1. Intérêts restreints et stéréotypés	26
2.1.4.2. Troubles du comportement	26
2.1.4.3. Troubles perceptifs et sensoriels	26
2.1.4.4. Troubles du langage et de la communication (écholalie).....	27
2.1.4.5. Altération des compétences sociales.....	27
2.1.4.6. Emotions	28
2.1.5. Typologie de l'autisme	29
2.1.6. Diagnostic de l'autisme.....	31
2.1.7. Prise en charge de l'autisme.....	32
2.1.7.1. Programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children).	35
2.1.7.2. L'ABA (Applied Behavior Analysis, ou Analyse Comportementale Appliquée)	37
2.1.7.3. Méthode PECS (Picture Exchange Communication System ou Système de communication par échange d'image)	39
2.2. ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE.....	41
2.2.1. Accompagnement clinique selon les travaux de Cifali (2010)	41
2.2.2. Accompagnement clinique selon les travaux de Basco (2012).....	42
2.2.3. Accompagnement clinique selon les travaux de Blanchard (2013).....	43
2.2.4. Accompagnement clinique selon les travaux de Casado (2020).....	44
2.2.5. Accompagnement clinique selon les travaux de Vergnaud (1998).....	45
2.3. MEMOIRE ET ACQUISITION DES CAPACITES DE MEMORISATION CHEZ L'ENFANT AUTISTE.....	46
2.3.1. La mémoire.....	46

	172
2.3.1.1. Définition.....	46
2.3.1.2. Types de mémoire.....	47
2.3.1.3. Fonctionnement de la mémoire.....	48
2.3.1.4. Mémoire et cognition dans l'autisme.....	50
2.3.2. Capacités de mémorisation dans l'autisme.....	51
2.3.2.1. Les capacités de mémorisation selon Baleyte (2021).....	51
2.3.2.2. Les capacités de mémorisation mémoire selon Bowler (2013).....	52
2.3.2.3. Les capacités de mémorisations selon Picard et al. (2009).....	53
2.3.1.4. Les capacités de mémorisation selon Marcaggi et al. (2010).....	53
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE.....	55
3.1. LES THEORIES LIEES A L'APPRENTISSAGE.....	55
3.1.1. L'apprentissage social Bandura (1977).....	55
3.1.2. Le socioconstructivisme selon Vygotski (1934).....	58
3.2. LES APPROCHES LIEES A L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE.....	61
3.2.1. Approche humaniste.....	61
3.2.2. Approches cognitives et comportementales.....	63
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	66
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	67
4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES.....	67
4.1.1. Rappel des questions de recherche.....	67
4.1.1.1. Question principale de recherche.....	67
4.1.1.2. Questions de recherche secondaire.....	67
4.1.2. Description des hypothèses de recherche et Variables.....	68
4.1.4. Rappel des hypothèses de recherche spécifiques.....	72
4.2. TYPE DE RECHERCHE.....	72
4.2.1. Méthode qualitative de la recherche.....	72
4.2.2. La recherche documentaire.....	73
4.3. PRESENTATION DU SITE DE RECHERCHE : INSTITUT PSTCHOPEDAGOGIQUE « EINSTEIN ».....	73
4.3.1. Justification du choix du site de l'étude.....	73
4.1. DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNEES.....	74
4.1.1. La pré-enquête durant le stage.....	74
4.1.2. L'enquête proprement dite.....	74
4.8 TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES.....	75
4.1.3. Le modèle d'analyse pour notre étude.....	75

4.1.4. L'analyse de contenu de type thématique	76
4.2. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION D'ETUDE	76
4.2.1. Population de l'étude	77
4.2.2. Technique d'échantillonnage	77
4.2.3. Procédure et critères de sélection des participants	77
4.3. OUTILS ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES	79
4.3.1. L'observation	79
4.4.2 Protocole ou dessein expérimental A-B.....	81
4.3.2. L'entretien.....	81
4.4. Le guide d'entretien	82
4.4.1. Présentation du guide.....	82
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES.....	88
5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS	88
5.1.1. Cas Malick.....	88
5.1.2. Cas André.....	90
5.1.3. Cas Paul	91
5.1.4. Cas Anicet.....	92
5.1.5. Cas Arsena.....	93
5.1.6. Cas Mael.....	94
5.2 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS ISSUS DE L'EVALUATION DES CAPACITES DE MEMORISATION.....	96
5.1.7. Analyses des participants.....	96
5.2.1.1. Du cas Malick.....	96
5.2.1.2. Du cas André	102
5.2.1.3. Du cas Paul	108
5.2.1.4. Du cas Anicet.....	112
5.2.1.5. Du cas Arsena	118
5.2.1.6. Du cas Maël	123
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DES RESULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS	128
6.1. ANALYSES THEMATIQUES DES RESULTATS ISSUS DES ENTRETIENS.....	128
6.1.1. Accompagnement individuel	128
6.1.2. Les interventions directives et \ou non directives	131
6.1.3. Soutien verbal et\ou non verbal	135
6.1.4. Acquisition des capacités de mémorisation	139

	174
6.2. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES.....	144
6.3. RAPPEL DES RESULTATS.....	145
6.4. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	146
6.4.1. Interprétation des résultats par rapport à l'hypothèse de recherche 1.....	146
6.4.2. Interprétation des résultats par rapport à l'hypothèse de recherche 2.....	148
6.4.3. Interprétation des résultats par rapport à l'hypothèse de recherche 3.....	150
6.5. DISCUSSION DES RESULTATS.....	151
6.6. LIMITES ET SUGGESTIONS.....	154
6.6.1. Limites de l'étude.....	154
6.6.2. Suggestions.....	154
CONCLUSION GENERALE.....	157
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	159
ANNEXES.....	163
TABLE DES MATIERES.....	170