

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

تلمسان الجزائر

**Faculté des Sciences sociales et Humaines**

Département de psychologie

**Université Paul Valéry – Montpellier**

UFR V Arts et Lettres, Langues et Sciences Humaines et sociales

Département de psychologie

Ecole Doctorale 60. Laboratoire Epsilon

Thèse pour obtenir le grade de docteur en psychologie

Option Psychopathologie du développement

Présentée par **Amel Tsouria GUELAI**

CRITÈRES DE DIFFÉRENCIATION DANS LES  
REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES ENFANTS AUTISTES CHEZ  
LES ÉDUCATEURS

**Membres du Jury :**

Pr. Ali Mecherbet, université de Tlemcen	Directeur de Thèse
Pr. Pascal Moliner, université de Montpellier 3	Co-directeur de Thèse
Pr. René Pry, université de Lyon2	Président
Pr Serge Portalier, université de Lyon2	Examineur
Dr. Tahar Boutaghane, université de Blida 2	Examineur
Dr. Mohammed Amine Sedjelmaci, université de Tlemcen	Examineur

# Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier profondément le directeur de ma thèse monsieur le professeur Ali MECHERBET pour m'avoir guidé, encouragé, conseillé et pour le temps qu'il m'a accordé malgré son planning chargé. Je le remercie également pour sa patience et son œil critique qui m'a été très précieux pour structurer mon travail et pour améliorer la qualité de cette étude. Je ne sais comment exprimer ma gratitude à cette personne qui m'a beaucoup aidé non seulement durant la préparation de ma thèse mais plutôt tout au long de mon cursus universitaire.

Mes remerciements vont également à monsieur le professeur Pascal MOLINER pour sa rigueur scientifique, sa gentillesse et la patience qu'il a manifestées à mon égard durant la préparation de cette thèse, pour ses conseils, pour l'hospitalité dont il a fait preuve envers moi lors de mes séjours que j'ai effectués en France.

Je remercie tous ceux sans qui cette thèse ne serait pas ce qu'elle est : aussi bien par les discussions que j'ai eu la chance d'avoir avec eux, leurs suggestions ou contributions. Je pense ici en particulier à Monsieur le professeur René PRY, qui de plus m'a fait l'honneur d'être membre de mon Jury.

Je remercie chaudement ma mère, mon frère Chemsse Eddine ainsi que le reste de la famille et mes amis sans oublier mon amie Samira KHALED, pour leurs encouragements et leur assistance aussi bien matérielle que morale et qui m'ont permis de faire cette thèse dans de bonnes conditions.

J'exprime ma gratitude à la directrice du centre psychopédagogique de la wilaya de Temouchent Mme ABABOU pour son bon accueil et sa gentillesse. Mes remerciements vont également à Mme Awatif ZIANE BOUZIANE, psychologue clinicienne au niveau du CPP de Temouchent.

## Résumé :

Malgré son intérêt heuristique, très peu d'études ont été menées à propos des représentations sociales de l'autisme. Et dans cette étude nous utilisons le concept de représentations sociales pour analyser la façon dont les éducateurs qui exercent leur métier dans les centres psychopédagogiques et qui n'ont eu aucune formation sur l'autisme, perçoivent les enfants atteints de l'autisme et nous nous sommes interrogés également sur la manière dont ces professionnels reconnaissent ces enfants en matière des signes observés.

La présente recherche s'investit dans la compréhension et l'explication des difficultés rencontrées dans la reconnaissance de l'autisme retrouvées par les éducateurs, selon la représentation sociale que ceux-ci ont de ce trouble.

Notre premier objectif est l'autisme en tant qu'objet de représentation sociale et plus en particulier pour repérer les critères de différenciation et d'indifférenciation de l'autisme dans leurs représentations sociales. Nous interrogerons l'élément fondamental de la représentation, le « noyau central » qui détermine à la fois la signification et l'organisation de la représentation et vérifier comment les éducateurs hiérarchisent les critères d'identification de l'autisme ce qui va permettre de connaître l'ordre subjectif de ces signes pour les éducateurs au niveau des CPP. De plus, pour permettre de dévoiler à la fois les aspects cognitifs et sociaux de leurs savoirs « naïfs » sur l'autisme.

Cette recherche peut également s'inscrire dans le cadre d'une recherche d'innovation dans la mesure où elle vise à apporter au système en place une nouveauté. En effet, elle s'avère intéressante dans la mesure où, elle dévoile leurs systèmes de croyances, les stéréotypes, les valeurs produites et partagées par les individus d'un même groupe et leur positionnement vis-à-vis les connaissances scientifiques afin de dégager des stratégies pour une sensibilisation mieux ciblée.

Nos résultats montrent bien que les éducateurs partagent un savoir du sens commun sur l'autisme. Et nous avons trouvé que pour les éducateurs non-formés, un enfant autiste est un individu qui vit dans son propre monde et qui a des troubles de communication. Il s'agit de

deux critères centraux pour la reconnaissance de l'autisme autrement dite ; le noyau central de leurs représentations se compose de ces deux éléments considérés comme non-négociables.

Nous avons vérifié également l'effet de différentes variables comme le sexe, le statut professionnels des éducateurs sur les représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs non-formés. Et dans une deuxième étape nous avons essayé d'analyser les pratiques professionnelles des éducateurs formés et les éducateurs non-formés dans leurs travaux avec les enfants autistes au niveau des centres spécialisés de l'autisme ainsi que les centres psychopédagogiques qui accueillent des enfants avec déficience intellectuelle.

**Mots clefs :** autisme, représentations sociale, pratiques éducatives, centre psychopédagogique

## **Abstract:**

Despite its heuristic interest, very few studies have been made about social representations of autism. And in this study, we use the concept of social representations to analyze how educators exercise their profession in these psycho-educational centers, and had no training in autism, perceive children affected by autism, and we wondered about the way that these professionals recognize these children in terms of signs observed.

This research is involved in understanding and explaining the difficulties in the recognition and differentiation of autism found by educators, according to the social representation that they have this disorder.

Our first objective is autism as an object of social representation and in particular to identify the criteria of differentiation and non-differentiation of autism in their social representations. We will interrogate the fundamental representation, the "core" that determines both the meaning and organization of the representation and check how educators prioritize the identification of autism criteria which will allow knowing the subjective nature of these signs.

This research can also be seen in the context of a search for innovation insofar as it seeks to bring up new things to the system. In fact, it is interesting insofar as it reveals their belief systems, stereotypes, values produced and shared by individuals within a group and their

positioning towards the scientific knowledge to develop strategies for a more focused awareness.

Our results show that educators share common sense knowledge about autism. And we found that for untrained teachers, an autistic child is an individual who lives in his own world and has communication disorders. there are two central criteria for the recognition of autism called otherwise, the core of their representations consists of these two elements. We also examined the effect of different variables such as sex, professional status of teachers on social representations of autism in this population.

**Keywords:** social representations, autism, educational practices, psycho-pedagogical center.

# Sommaire

Remerciement

Résumé

Abstract

Sommaire de la recherche

Sommaire des tableaux

Sommaire des figures

<b>Introduction</b> .....	1
<b>I- Problématique de la recherche</b> .....	4
1. Problématique et Hypothèses .....	4
2. Objectifs .....	7
<b>II. Revue de la littérature</b> .....	8
1. Les études antérieures .....	8
<b>III. Eléments théoriques</b> .....	10
1 Représentations sociales.....	10
1.1.Définition .....	10
1.1.1. L'objet d'une représentation sociale.....	11
1.2.Les origines .....	12
1.3.Le contenu d'une représentation sociale .....	12
1.3.1. L'information .....	13
1.3.2. Le champ des représentations sociales .....	13
1.3.3. L'attitude .....	13
1.4.Les fonctions des représentations sociales.....	14
1.4.1. Fonction de savoir .....	14
1.4.2. Fonction identitaire .....	15
1.4.3. Fonction d'orientation.....	15

1.4.4. Fonction justificatrice .....	15
1.5. Les caractéristiques des représentations sociales .....	16
1.6. La structure d'une représentation sociale .....	16
1.6.1. Le noyau d'une représentation sociale.....	17
1.6.2. Les éléments périphériques.....	17
1.7. La dynamique des représentations sociales .....	18
1.8. La formation des représentations sociales .....	19
1.8.1. L'objectivation .....	19
1.8.2. L'ancrage.....	20
1.9. Les stéréotypes.....	21
1.10. Les préjugés .....	21
1.11. Les thematas.....	21
1.12. Les méthodes du recueil du contenu des représentations sociales .	22
1.12.1. Méthodes interrogatives.....	22
1.12.1.1. Les questionnaires.....	22
1.12.1.2. Les entretiens .....	24
1.12.2. Les planches inductrices .....	24
1.12.3. Méthodes associatives.....	25
1.12.3.1. L'association libre.....	25
1.12.3.2. La carte associative .....	25
1.12.3.3. Les choix successifs par blocs .....	25
1.12.4. Méthodes de contrôle de la centralité .....	26
1.12.4.1. Technique de mise en cause (MEC) .....	26
1.12.4.2. Méthode d'induction par scénario ambigu (ISA) .....	26
1.12.4.3. Méthode de schèmes cognitifs de base (SCB) .....	26
2. Le syndrome autistique .....	28
2.1. Définition .....	28
2.1.1. Les signes cliniques .....	29
2.1.2. Les classifications internationales.....	30
2.1.3. La nouvelle classification du DSM-5 .....	32
2.1.4. Les TSA (Troubles du Spectre Autistique) .....	33
2.1.5. L'autisme.....	34
2.1.6. Le syndrome d'Asperger.....	34
2.1.7. Les troubles envahissants du développement non-spécifié .....	35
2.1.8. Le syndrome de Rett .....	35
2.2. Les troubles associés.....	36
2.3. Les limites entre l'autisme et la déficience intellectuelle.....	37

2.4.L'épidémiologie .....	37
2.4.1. La prévalence de l'autisme .....	37
2.5.Les causes de l'autisme.....	38
2.6.Les bases du diagnostic.....	39
2.7.Le dépistage de l'autisme.....	41
2.8.Les outils d'évaluation clinique de l'autisme .....	43
2.8.1. La CARS .....	43
2.8.2. L'ADI-R ( Autism Diagnostic Interview-Revised) .....	43
2.8.3. L'ADOS (Autism Diagnostic Observation Shedule) .....	44
2.9.L'évaluation Clinique du développement.....	45
2.9.1. L'observation du comportement.....	45
2.9.2. L'examen psychologique .....	45
2.9.3. L'évaluation des capacités adaptatives .....	46
2.9.4. L'examen orthophonique .....	46
2.9.5. L'examen sensorimoteur.....	47
2.9.6. Les difficultés rencontrées lors du diagnostic de l'autisme.....	48
2.10.    Les interventions proposées .....	48
2.10.1.    Les médicaments.....	49
2.10.2.    Les méthodes éducatives .....	49
2.11.    Situation de l'autisme en Algérie.....	50
2.12.    Les centres psychopédagogiques .....	51
2.12.1.    Les grades des éducateurs.....	51
<b>IV. Le cadre Empirique .....</b>	<b>55</b>
1. Difficultés rencontrées .....	55
2. Exploration des contenus de la représentation sociale .....	56
2.1. L'échantillon de la recherche.....	56
2.2. La méthodologie .....	56
2.3. Analyse de contenu .....	59
2.4. Résultats.....	61
2.4.1. Terminologie employée pour désigner l'autisme .....	61
2.4.2. Les signes de l'autisme.....	63
2.4.3. L'analyse factorielle des correspondances .....	64
3. Exploration de la structure de la représentation sociale .....	67
3.1. Matériel du recueil des données .....	67
3.2. Procédures .....	68



3.3. Résultats.....	70
3.3.1. Représentations sociales de l'autisme en fonction du statut professionnel des éducateurs.....	71
3.3.2. Représentations sociales de l'autisme en fonction du sexe des éducateurs.....	74
4. Observation des pratiques.....	77
4.1. Procédures.....	77
4.2. L'échantillon.....	79
4.3. Analyse de la situation éducative dans le centre de ressource autisme à Tlemcen.....	80
4.4. Détermination du champ de l'étude.....	80
4.5. Condition de l'étude.....	81
4.6. La grille d'observation.....	81
4.7. Résultats.....	82
4.7.1. Comparaison entre les deux groupes d'éducateurs (formés/non- formé).....	85
Discussion.....	90
Conclusion.....	113
Bibliographie.....	122
Annexe.....	133

## Sommaire des tableaux

Tableau N° 1 : Classification des terminologies employées pour désigner l'autisme .....	62
Tableau N° 2 : Les fréquences d'apparition relatif aux critères d'identification de L'autisme.....	63
Tableau N° 3 : Croisement entre les deux catégories (Terminologies/ Critères) .....	64
Tableau N° 4 : Résultats de l'analyse factorielle des correspondances (AFC) .....	65
Tableau N° 5 : Contenu de la représentation sociale de l'autisme chez les éducateurs non- formés sur l'autisme .....	70
Tableau N°6 : Résultats du test d'indépendance au contexte chez les éducateurs stagiaires...	72
Tableau N° 7 : Résultats du test d'indépendance au contexte chez les éducateurs en postes titulaires .....	73
Tableau N° 8 : Résultats du teste d'indépendance au contexte chez les éducatrices .....	74
Tableau N° 9 : Résultats du test d'indépendance au contexte chez les éducateurs hommes ...	75
Tableau N° 10 : Récapitulatif des éléments centraux des représentations sociales chez les éducateurs en fonction de leurs sexes et leurs statuts professionnels.....	76
Tableau N° 11 : Comparaison des fréquences d'apparition des intentions des pratiques éducatives .....	87
Tableau N° 12 : Catégories des comportements-défis selon M Brien et Felce (1992) .....	110

## Sommaire des figures :

Figure N° 1 : Graphisme : profiles lignes et profiles colonnes sur axe 1 et axe 2 .....	66
---	----

## **Introduction :**

Cette étude vise à comprendre la façon dont les éducateurs du secteur psychopédagogique perçoivent l'autisme. Nous utilisons pour cela le concept de « représentation sociale » forgé par Moscovici en 1961. Ce concept occupe une place importante dans les sciences humaines et sociales et particulièrement en psychologie sociale, la notion de "représentation" fait l'objet de plus en plus d'études interdisciplinaires.

En effet, nous voulons cerner les critères de différenciation et d'indifférenciation de l'autisme chez les éducateurs non formés et non-experts dans ce domaine, mais dans une perspective psycho-sociale en étudiant leurs représentations, surtout avec les multiples controverses portés sur l'autisme en matière de classifications et de prise en charge.

En Algérie, l'autisme est très mal connu y compris dans le milieu médical, voir mal diagnostiqué en raison de la méconnaissance des outils de diagnostic par les praticiens. Surtout avec Le manque de structures spécialisées car l'Algérie dispose seulement de trois centres à travers tout le territoire national. Et ces établissements s'occupent des enfants autistes alors que peu d'hôpitaux accueillent ces enfants souffrant de troubles autistiques et par conséquent, ils sont généralement orientés vers les centres psychopédagogiques (CPP). En effet, face au manque des structures d'accueil des enfants autistes en Algérie et face au manque dans la capacité d'accueil dans les centres psychopédagogiques, les enfants autistes se trouvent assimilés à des déficients intellectuels sans bénéficier d'une prise en charge spécialisée dans une structure spécialisée.

Et tout comme un handicap visuel ou auditif ou intellectuel, les personnes atteintes d'autisme nécessitent une éducation et une prise en charge adaptées à leur handicap et à leurs besoins spécifiques. Cette éducation et cette prise en charge sont essentielles, si on souhaite leurs donner la possibilité de s'évoluer sur divers domaines et à leurs entourages, de vivre une existence satisfaisante surtout que l'autisme a un impact sur la qualité de la vie des parents et surtout les mères car comparativement aux pères, elles perçoivent les troubles autistiques comme ayant un impact significativement plus élevé sur leurs qualité de vie globale et celle liée à la vie quotidienne (Baghdadeli, Pry, Darrou, Raysse et autres, 2008, p58). Et pour une raison ou une autre, ces enfants autistes sont mêlés à d'autres enfants avec déficience intellectuelle dans les centres psychopédagogiques en Algérie.

La représentation sociale est toujours représentation de quelque chose (l'objet) et de quelqu'un (le sujet), et dans notre étude l'objet est « l'autisme ». Ces champs d'étude constituent dans son ensemble une réalité spécifique qui est la réalité sociale (Jodelet, 1994,36-57), afin de donner un sens aux comportements des sujets, leurs niveaux d'information, leurs attentes, leurs attitudes et leurs motivations, etc. Et c'est à travers ces champs que se forment les représentations, ces dernières se coordonnent et en se modulant lors du déroulement des rapports sociaux elles s'y accentuent et se structurent en fonction des positions que les éducateurs occupent ou qu'ils pensent occuper dans ce genre d'établissement (Idem).

L'élaboration des représentations sociales entraîne la création des images, ces images à leurs tours réagissent sur les représentations des rapports sociaux (Bazoumana, 2002). De nombreux auteurs s'accordent à reconnaître que l'interprétation et la compréhension de l'environnement sociale constitue l'une des principales fonctions remplies par les représentations sociales (Moliner, 2004).

Il est important de noter que l'autisme est devenu un sujet de santé largement médiatisé et il a connu plusieurs changements de regards, d'explications et d'interprétations. On a noté à travers la littérature, un passage d'une pathologie supposée être liée à une relation pathologique avec les parents des enfants atteints d'autisme à une maladie organique souvent d'origine génétique à un handicap spécifique considéré comme « un spectre ». Ces changements ont un lien plus ou moins direct avec l'élargissement des critères diagnostiques dans les classifications internationales des maladies et des troubles comme la CIM-10 et les DSM ainsi que l'augmentation de la prévalence de l'autisme dans le monde a joué un rôle très important dans ces transformations.

Que ce soit un enfant sans langage, avec un regard fuyant, qui se balance, qui ne joue pas, qui agite ses doigts devant ses yeux et qui présente des intérêts restreints, ou alors un enfant qui s'exprime bien avec un certain niveau langagier, qui a des capacités intellectuelles supérieures par rapport à un enfant typique du même âge mais il a aussi des intérêts restreints et des problèmes dans les interactions sociales. Selon les classifications internationales des maladies et des troubles, ces deux enfants ont l'étiquette d'un enfant porteur de « TSA » l'abréviation des troubles du spectre autistique selon la nouvelle version du DSM-5.

Dans le présent travail, nous avons tenté de dégager d'un côté, les critères de l'autisme dans les représentations sociales des éducateurs non formés sur l'autisme, Et d'un autre côté, on va

évoquer la question du rapport supposé entre les représentations sociales et les pratiques éducatives. La première partie de cette étude est consacrée à une partie théorique qui traite la notion de « représentations sociales » et tout ce qui concerne l'autisme. La deuxième partie concerne les différentes étapes de la méthodologie adoptée dans notre étude afin de vérifier nos hypothèses et aboutir nos objectifs.

Et pour satisfaire ces exigences nous avons utilisé deux échantillons : des éducateurs formés sur l'autisme travaillant dans un centre de ressource autisme à Tlemcen et un service de pédopsychiatrie sur Alger. Ces éducateurs sont en contact régulier ou permanent avec les autistes ainsi que les éducateurs sans ou peu d'implication direct avec les enfants autistes au niveau des centres psychopédagogiques dans deux villes à l'ouest de l'Algérie. Enfin, la dernière partie comprend la bibliographie et l'annexe qui contient tout les outils utilisés pour le recueil des données.

# **I. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE :**

## **1. Problématique et hypothèses :**

Poser la question des représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs non-formés et non-expert dans le domaine des troubles autistiques, c'est poser d'emblée la question du regard porté sur les personnes avec autisme et en particulier sur les signes qui les différencient des autres handicaps ou maladies. Et quels impacts peuvent avoir ces croyances et ces idées partagées par ce groupe social sur les pratiques éducatives chez ces éducateurs non formés sur l'autisme ?

Dans notre recherche, on s'attendait tout d'abord (hypothèse 1) à une représentation sociale partagée entre les éducateurs non-experts. On supposait ensuite (hypothèse 2) que les éducateurs ont tendance de reconnaître l'autisme en se basant sur un ou deux traits ,c'est ce qu'on appelle « l'attribution et l'intégration de l'information ». Il s'agit d'un processus cognitif par lequel on combine les traits d'une personne afin de s'en faire une perception unifiée. Cette hypothèse a été élaborée à partir des études d'Asch (1945). Et afin d'expliquer un comportement, surtout inhabituel, les individus, on suppose qu'ils ont souvent une correspondance entre le comportement et un ou plusieurs traits de personnalité.

Et concernant les pratiques éducatives, on prévoyait (hypothèse 3) l'existence d'un lien entre les représentations sociales de l'autisme et les pratiques éducatives et on suppose que ces représentations sociales ont un effet sur les pratiques éducatives utilisées avec les enfants autistes au niveau des centres psychopédagogiques.

On a également supposé que les éducateurs au niveau des CPP élaborent des « représentations sociales sur l'autisme » et pour des raisons inhérentes à la complexité de l'objet social (autisme), et en raison de quelques barrières qui rend l'accès aux informations nécessaires à la connaissance de l'autisme pas toujours accessibles à ces éducateurs, l'objet se trouve mal défini, ce qui va favoriser la transmission indirecte de "savoirs naïfs » ou encore « savoir de sens commun » surtout quand les éducateurs disposent d'informations incomplètes sur l'autisme.

La représentation sociale est avec son objet dans un rapport de « symbolisation » et « d'interprétation », elle lui confère des significations. Ces significations résultent d'une activité qui fait de la représentation une « construction » et une « expression » du sujet (Jodelet, 1989, p34). Donc ils vont prendre position, poser des hypothèses et trouver des arguments et produire des connaissances par rapport à quelque chose qu'ils connaissent mal, pour ne pas faire preuve d'ignorance. Ce qui va favoriser l'adhésion des individus aux opinions dominantes du groupe et ce manque d'information et l'incertitude favorisent l'émergence des représentations qui vont circuler de bouche à oreille (Idem).

Sur la base des travaux d'Asch (1945), nous allons vérifier si les éducateurs ont tendance à reconnaître l'autisme en se basant sur un ou deux traits qui font l'unanimité. Selon Asch, certains traits (les traits centraux) pèsent plus lourd que d'autres (les traits périphériques) et influent sur l'image que les sujets ont de la personne décrite. C'est ce qu'on appelle l'effet de centralité. C'est donc l'effet de traits importants qui servent à organiser l'impression et qui influent sur le sens retenu pour les autres traits décrivant une personne.

Selon Chanrion (2006), On a tendance de classer les gens que l'on rencontre et de les mettre dans des catégories mentales. Et cela va nous permettre d'interagir en fonction de la personne que l'on a en face en se servant de repères sociaux issus des normes culturelles que nous intégrons. Chanrion ajoute également que lorsqu'on se base sur ce que démontre l'autre, sur son apparence, sur son comportement, la manière de s'exprimer, on en déduit automatiquement tout un tas de caractéristiques mais qui sont souvent erronées. Ce qui va désigner une forme de modalités de pensée pratique, orientées vers une dimension de communication (Jodelet, 1984), de compréhension de l'autisme. Et pour comprendre les critères de différenciation et d'indifférenciation de l'autisme chez les éducateurs non-experts dans le champ des représentations sociales, il est impératif de se demander comment ils les perçoivent et quelles représentations ils s'en font ?

Il nous semble très intéressant de se demander comment les éducateurs interprètent l'autisme, quelles représentations ont-ils élaborées ? Quels sont les terminologies employées pour le désigner ? Et dans quel contexte se pose le problème de l'identification de l'autisme ? Est-ce que les représentations sociales influent les pratiques éducatives ? Et si cela est possible, comment leurs représentations sociales de l'autisme influencent leurs pratiques éducatives ? Et devant la différence entre la prise en charge spécifique aux autistes et

la prise en charge des enfants avec déficience intellectuelle. Quel est le devenir des enfants autistes au niveau de ces centres psychopédagogiques ? Sachant que même les méthodes de prise en charge utilisées avec les enfants déficients intellectuels ne sont pas forcément spécifiques à ces enfants mais il s'agit plutôt d'un programme du ministère de la santé, et qui est commun entre tout les établissements de ce secteur.

Par l'absence ou le faible taux d'existence des établissements spécialisés dans le domaine de l'éducation des personnes porteurs d'autisme, les parents n'ont d'autres choix que de s'orienter vers les centres psychopédagogiques. Et au niveau de ce type d'institution, les enfants ne bénéficient ni d'une prise en charge spécialisée adaptées à leurs niveaux du développement, ni d'un travail individualisé qui correspond à leurs besoins éducatifs surtout que les séances éducatives sont collectives et communes entre les enfants autistes et les enfants avec déficiences intellectuelles de différents types d'handicaps et de différents niveaux. Et là on se demande, est-ce que cette situation met à la disposition de ces enfants, des possibilités suffisantes pour développer des capacités nouvelles et leurs donner une chance à l'insertion scolaire ?

On suppose également l'existence d'un lien entre les représentations sociales et les pratiques éducatives. En effet, est-ce que ces pratiques concordent avec les connaissances scientifiques chez les éducateurs formés et les éducateurs non formés sur l'autisme ?

Est-ce que ces pratiques éducatives sont censés d'être un facteur favorable ou bien moins favorables pour le développement des enfants autistes ? Est-ce que les représentations sociales influencent leurs pratiques ou bien la mise en œuvre de certaines pratiques est susceptible d'entraîner les transformations complétées des représentations ?



## **2. Les objectifs de la recherche :**

Notre premier objectif est l'autisme en tant qu'un objet de représentation sociale et plus en particulier pour repérer les critères de différenciation et d'indifférenciation de l'autisme dans leurs représentations sociales. Nous interrogerons l'élément fondamental de la représentation, le « noyau central » qui détermine à la fois la signification et l'organisation de la représentation (Abric, 1994) et vérifier comment les éducateurs hiérarchisent les critères d'identification de l'autisme ce qui va permettre de connaître l'ordre subjectif de ces signes pour les éducateurs au niveau des CPP. De plus, pour permettre de dévoiler à la fois les aspects cognitifs et sociaux de leurs systèmes de croyances, d'idées et d'informations.

Notre second point porte sur l'applicabilité de ces critères dans leurs pratiques. Nous pouvons dire alors, en nous inspirant de la définition de Jodelet (1989) que la théorie des représentations sociales supposent que les constructions sociales de la réalité véhiculées par les groupes influencent les pratiques sociales, et dans cette recherche nous allons essayer d'identifier ce lien entre représentations et pratiques.

Cette étude peut également s'inscrire dans le cadre d'une recherche d'innovation dans la mesure où elle vise à apporter une nouveauté. En effet, elle s'avère intéressante dans la mesure où, à partir de l'étude des représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs, que l'on peut développer un dispositif ,des solutions afin de lutter contre les fausses croyances chez les éducateurs non-experts sur l'autisme, et dégager des stratégies pour une sensibilisation mieux ciblée, notamment par la transformation de certains croyances véhiculées, individuels et collectifs des représentations sociales de l'autisme.

## **II. Revue de la littérature :**

### **II.1. Les études antérieures :**

Malgré son intérêt, très peu d'études ont été menées à propos des représentations sociales de l'autisme. En fait, on ne retrouve dans la littérature que quelques études s'étant spécifiquement consacrées à cette représentation. Une de ces études, on cite l'étude de la représentation de l'autisme chez les parents et chez les professionnels du professeur René Pry (2001). Cet auteur a montré que leurs représentations sociales de l'autisme s'avèrent remarquablement congruentes. Et dans la partie centrale de cette représentation, l'auteur a trouvé un rejet massif de certains éléments d'une étiologie de l'autisme qui renverrait à des caractéristiques affectives et cognitives des parents, et d'autre part un repérage clinique du trouble.

On trouve aussi une autre étude sur « les approches des représentations sociales de l'autisme en Afrique » menée par Joachim Mukau Ebwel et al (2010). Cette recherche a été consacrée à l'étude de la conception des Congolais à propos des troubles de spectre autistique. Selon les auteurs, les communautés congolaises assimilent les enfants autistes à ceux présentant un retard mental ou une surdité mais chaque tribu donne des dénominations différentes par rapport à une autre tribu ou communauté. Et certains de ces enfants porteurs d'autisme et souffrant d'une déviance de leurs comportements ont eu un diagnostic social de la sorcellerie et ils ont résumé l'étiologie de ces troubles autistiques par des raisons héréditaires, l'inceste, aux biens matrimoniaux, ou à des tabous alimentaires comme par exemple, quand quelqu'un mange une viande interdite.

Les parents eux aussi considèrent l'enfant autiste comme un possédant l'esprit de la rivière, un idiot, un retardé mental, des enfants qui ne se retrouvent pas dans la vie, qui ne s'adaptent pas dans la société, un vaurien, un têtu qui manifeste volontairement des mauvais comportements (Idem, 2010, p 122).

Une autre étude menée par Brigitte Chamak et David Cohen (2007) sur les transformations des représentations sociales de l'autisme et de sa prise en charge, cette étude a mis en évidence les constructions sociales et culturelles de l'autisme en analysant les transformations de ses représentations de 1943 à 2007. Les deux auteurs ont bien montrés le rôle important des associations des parents qui ont contribué à faire évoluer les représentations sociales. Ces

représentations qui ont subi de profondes transformations depuis les années 1990. Chamak et Cohen notent le passage d'une pathologie liée aux relations parents/enfants à une maladie génétique. Et selon ces auteurs, ces transformations s'inscrivent dans un contexte plus large celui des transformations en psychiatrie et qui coïncident avec certains changements de dispositifs médico-sociaux.

### **III. Éléments théoriques :**

#### **1. Représentations sociales :**

##### **1. 1. Définition :**

Le concept de représentation est difficile à définir car il prend une position « mixte » au carrefour d'une série de concepts sociologiques et autres concepts psychologique (Moscovici, 1976) mais on va présenter quelques éléments permettant de mettre la lumière sur cette notion complexe.

Le mot « Représentation » a toujours été très polysémique, désignant diverses activités de l'esprit, comme la production d'images, de symboles, et de signes (Markra, 2007). Selon Doise (1990), La représentation est une idée, une opinion dont le fondement est constitué par la croyance, par les valeurs, par les impressions et par les expériences affectives.

Les représentations sociales apparaissent dans le cadre de relations sociales intergroupes. On peut les considérer au sens large comme une façon d'organiser nos connaissances de la réalité qui s'élabore à partir de nos propres codes d'interprétation culturellement marqués et elles constituent en ce sens un phénomène social en soi (Fischer, 2005) car la représentation sociale se construit dans un contexte socioculturelle. Autrement dite, la culture peut ainsi être utilisée comme cadre d'interprétation, comme cadre symbolique et matériel d'émission des conduites, comme éléments de structuration des rapports au monde (Jodelet, 2006) et nous avons quotidiennement recours à des connaissances et à des attributions « naïves » pour expliquer et comprendre le monde qui nous entoure (Râteau, Lo Monaco, 2013).

Pour Denis JODELET (1989) les représentations sociales peuvent se définir comme : « une forme de savoir pratique reliant un sujet à un objet ». Selon Moliner (1988), une représentation sociale constitue une « grille de lecture » des situations, événements ou personnes en rapports avec l'objet représenté.

D'une façon générale, on peut dire que la communication sociale, les informations ainsi que l'expérience individuelle des sujets qui sont des composantes essentielles de la représentation sociale et elles sont issues de la pensée spontanée qui se distingue de la pensée scientifique. On peut aussi définir la représentation sociale comme une « façon de voir » partagée au sein d'une culture (Râteau, 2004).

Castel (1999) a présenté un exemple réel pour expliquer ce dernier point, en donnant l'exemple de « La corrida ». L'auteur a évoqué de deux façons de voir les choses, sans que l'une soit objectivement plus vraie ou meilleure que l'autre. Et selon les résultats de cette recherche, certains personnes considère l'acte comme une barbarie sans nom et d'autres d'un aspect artistique et métaphysique du combat de l'homme et du taureau.

Denis Jodelet (1994) les définit ainsi : « C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique en concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble » (p53). De son côté, Abric considère une représentation sociale comme le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté, et lui attribue une signification spécifique (p64).

Pour conclure, on peut dire que la représentation est une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place (Abric, 1994, pp 11-35). La représentation que les groupes élaborent à propos d'un objet donné, dépend à la fois de la position de chaque groupe vis-à-vis de l'objet (enjeux, intérêt, expérience...), mais aussi du type de relations existantes entre les différents groupes en interaction (Moliner, Râteau, Cohen-Slali, 2002, p19). Les représentations sociales jouent un rôle important sur le plan relationnel donc il est essentiel d'essayer de comprendre leurs fonctions et leurs importance dans les prochains chapitres.

### **1.1.1. L'objet d'une représentation sociale :**

Selon Abric (1994), toute représentation est une représentation de « quelqu'un » (sujet) et de quelque chose (L'objet) et les caractéristiques de ces deux éléments ont une incidence sur la représentation elle-même autrement dit, un objet n'existe pas en lui même, il existe pour un individu ou un groupe et par rapport à eux. C'est donc la relation sujet-objet qui détermine l'objet lui-même (pp11-35). Mais il doit être clair que tout objet concevable n'est pas forcément un objet de représentation sociale. L'objet en question doit être une abstraction, renvoyé à une classe générale ou générique, par exemple ; il n'y a pas de représentation sociale du dentifrice, mais une représentation sociale de l'hygiène, pas une représentation sociale de la licence, mais une représentation des études supérieures (Depeau, 2006). D'un autre côté, l'objet doit avoir une présence thématique récurrente dans les médias, les

interactions quotidiennes et les groupes de discussion afin de diagnostiquer la saillance de l'objet dans les communications (Flament, Rouquette, 2003).

## **1. 2. Les origines :**

Le terme de « représentation sociale » a été introduit par Serge MOSCOVICI en 1961 avec la publication de son ouvrage « La psychanalyse, son image, son public ». Il a montré comment la psychanalyse a pris sa place dans la société et comment elle était diffusée dans le monde. Il a essayé d'expliquer comment la communication spontanée et les échanges avec autrui gèrent la réalité au sein d'un groupe social et « comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent ... » (Farr, 1987, p385).

Moscovici s'est appuyé sur la théorie de DURKHEIM qui a évoqué la notion des « représentations collectives » au XIX<sup>ème</sup> siècle dans ses études sur les mythes et les religions. Il a souligné l'importance fondamentale de la pensée sociale et la pensée individuelle qui est déterminée par des facteurs sociaux. Autrement dit, la pensée logique ne se réalise que lorsque un groupe social partage une certaine vision du monde. Durkheim a considéré la société comme objet indispensable pour comprendre le monde.

Selon Moscovici, si l'information scientifique est précise et logique, elle devient trop complexe pour être mémorisée en l'état d'individus, elle doit donc être transformée par les échanges, les communications, qui la font muter vers une nouvelle forme particulière de connaissances socialement élaborée (Blanc, 2006).

## **1. 3. Le contenu d'une représentation :**

Selon Moscovici (1961), une représentation sociale comporte trois dimensions:

- L'information
- Le champ de représentation
- L'attitude

### **1.3.1. L'information :**

L'information renvoie à la somme et l'organisation des connaissances possédées à propos d'un objet social donné (Gilly, 1980, p31). Ces connaissances peuvent être plus ou moins fondées, précises ou stéréotypées (Pfeuti, 1996, p5).

Le niveau d'information des sujets par rapport à un objet est essentiel dans une étude sur les représentations sociales même si cette dernière « ... ne s'érige pas sur une base informative mais plutôt sur des mécanismes d'inférences qui permettent de combler les manques au niveau des savoir, donc la mesure du niveau d'information se réalise au moyen des simples questions de connaissances, mais le fait de différencier entre une information et une opinion reste parfois un exercice difficile à faire » (Roussiau et Bonardi, 2001, p16).

### **1.3.2. Le champ de la représentation :**

Il s'agit de l'ensemble des informations cognitives et affectives organisées et structurées (Flament, 1994, p37). « ...C'est par rapport à lui que les autres éléments présents dans le champ représentatif sont interprétés, pondérés, évalués positivement ou négativement » (Abric, 1983 /1984, pp861). Il s'agit « au contenu concret et limite des propositions portant sur un aspect précis de l'objet de la représentation » (Moscovici, 1961, pp67). Le champ de représentation suppose qu'une information est intégrée au niveau imageant et qu'elle est organisée au niveau de l'image comme le niveau d'information, le champ de représentation peut varier d'un sujet à l'autre (Idem, pp 285).

### **1.3.3. L'attitude :**

Il s'agit d'un positionnement général, positif ou négatif par rapport à l'objet de la représentation. Selon Allport (1935), l'attitude est un état psychique et nerveux de préparation, organisé par l'expérience, exerçant une influence directrice ou dynamique sur les réponses de l'individu à tous les objets et les situations avec lesquels il est en rapport. L'attitude concerne d'un côté la représentation d'un objet particulier plus ou moins élaboré, et de l'autre côté une évaluation positive ou négative qui lui est associée et qui invite à approcher ou éviter l'objet d'attitude (Morchain, Somat, 2010, p57).

Thurstone (1931) y voit quant à lui une action plutôt potentielle à l'égard d'un objet en fonction de la seule question de savoir si l'action sera favorable ou défavorable (pp261). Elle peut être envisagée comme un processus qui rend plus ou moins actifs des éléments

d'évaluation stocké en mémoire ou construits dans un contexte particulier (Bohner et Wanke, 2002).

Plusieurs auteurs comme Fishbein et Ajzen (1975) considèrent l'attitude comme une simple évaluation d'un objet en termes d'attraction ou de répulsion et selon eux les attitudes n'ont pas un lien avec les comportements des individus. Cette absence de prédictibilité du concept d'attitude sur les comportements a été expliquée par le fait qu'on ne peut pas prédire des comportements très précis à partir de simple connaissance d'attitudes générales. D'autres chercheurs ont tentés d'étudier les caractéristiques cognitives de l'attitude qui peut avoir une influence sur la possibilité de prédire un comportement future, on cite entre autres ; la stabilité temporelle d'une attitude (Schawrtz, 1987), l'accessibilité en mémoire d'une attitude (Fazio et al 1982).

#### **1. 4. Les fonctions d'une représentation sociale :**

Les représentations sociale jouent un rôle important dans les relations sociales par le fait qu'elle est partagée par les membres du même groupe social ce qui va permettre aussi d'expliquer et comprendre l'ensemble des phénomènes sociaux, autrement dit, elles interprètent une réalité et détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes (Abric,1997). Moliner (2001) souligne l'importance des fonctions de la représentation: « ... .La théorie du noyau n'explique pas tout. Pour comprendre la stabilité des représentations, nous devons aussi nous tourner vers les fonctions qu'elles remplissent dans l'environnement social » (pp34) et selon Abric (1994) elles répondent à quatre fonctions :

##### **1.4.1. Fonction de savoir :**

Les représentations sociales facilitent la compréhension de la réalité en intégrant les connaissances acquises dans un système de valeurs auxquelles les sujets adhèrent et elles facilitent la communication sociale, en constituant «un cadre de référence commun» (Abric, 1994, p.15) en cohérence avec les valeurs, les idées, les opinions auxquelles ils adhèrent (Castel et Bréal, 1999, p166). Les éléments centraux font l'objet de très large consensus et ils déterminent la signification des autres éléments (dites éléments périphériques), et par la même, les significations que les individus vont associer l'objet (Moliner, 2004, p2).



#### **1.4.2. Fonction identitaire :**

La représentation sociale permet aux sujets de définir l'identité du groupe et de se situer dans le champ social et maintenir la spécificité du groupe social (Charvet, 2010).

Les travaux de Jodelet (1989) mettent en lumière cette fonction dans sa recherche sur les représentations sociales de la folie dans une communauté rurale où vivent en liberté les malades mentaux. La population, dans la crainte d'être assimilée à ce groupe stigmatisé, construit un système de représentation de la folie qui lui permet de gérer ses interactions quotidiennes avec les malades et de préserver une distance sociale (Mamontoff, 2008, pp 252).

#### **1.4.3. Fonction d'orientation :**

Les représentations sociales guident les comportements et les pratiques (Chavret, 2010). D'un côté, « ...elles interviennent dans le choix des démarches cognitives qui seront adoptés à propos une situation donnée. Par exemple on a tendance d'accompagner les gens qui partagent nos représentations que la notre sur un objet social. D'un autre côté, les représentations sociales permettent de produire des anticipations et des attentes (Castel et Bréal, 1999, p167). Nous allons ainsi sélectionner, filtrer et interpréter toute les informations relatives à un objet afin de les rendre conformes à notre représentation de celui-ci. » (Idem). Selon Abric (1994) : « ...L'existence d'une représentation de la situation préalable à l'interaction elle-même fait que dans la plupart des cas 'les jeux sont faits d'avance', les conclusions sont posées avant même que l'action ne débute. » (p13). En ce sens, un individu a des représentations sociales sur un objet donné et en effet, il va réagir d'une façon automatique dans une situation donnée.

#### **1.4.4. Fonction de justification :**

Les représentations sociales permettent de justifier les conduits, les décisions des individus en jouant un rôle essentiel dans la détermination de l'action. Elles argumentent aussi la différenciation sociale afin de renforcer la position sociale d'un groupe. A ce sens, « La représentation faite de l'autre sert à justifier l'action qu'on entreprend à son égard » (Doise, 1996, p. 24).

## **1. 5. Les caractéristiques d'une représentation sociale :**

La représentation sociale est toujours marquée par l'image que l'objet possède. Selon Smain (2002), il existe une présence d'un effet de «Symbolisation de l'objet» et ce dernier est « ... le résultat d'un processus de construction mentale d'une interprétation de l'objet et cette construction porte l'empreinte du sujet. La représentation lui donne une signification, un sens » (p80).

Les représentations sociales sont structurées par des principes communs à partir desquels s'expriment des variations interindividuelles. Doise (1990) définit les représentations sociales comme « des principes organisateurs de prise de positions individuelles ». Cette vision montre bien que les mêmes individus qui partagent des croyances communes peuvent se différencier entre eux dans les rapports qu'ils entretiennent avec ces croyances (Caste et al., 1990).

L'autre caractéristique de la représentation et qui peut apparaître comme contradictoire est le fait qu'elle est à la fois stable et mouvante, rigide et souple. Stable et rigide parce qu'elle est déterminée par un noyau central profondément enraciné dans le système de valeurs partagé par les membres d'un groupe ; mouvante et souple car nourrie des expériences individuelles (Castel et al., 1994, p175).

## **1. 6. Structure d'une représentation sociale :**

Lorsqu'on dit que la représentation sociale est structurée, on affirme au minimum qu'elle se compose d'éléments inter reliés (Guimelli, Rouquette, 1992). Et selon Abric (1976), toute représentation est organisée autour de ce qu'il appelle un noyau central et des éléments périphériques. Il s'agit d'un ensemble d'éléments organisés de façon structurée et hiérarchisée et ces éléments s'unissent les uns des autres.

Le fait de dire d'une représentation qu'il s'agit d'une structure, c'est considérer que les éléments qui la composent sont en relation entre eux. En d'autres termes, « ... Une représentation sociale se définit par deux composantes : ses éléments constitutifs d'une part, et son organisation. C'est à dire les relations qu'entretiennent ces éléments qui forment un ensemble structuré dont la signification émerge ». (Castel, 1999, p172). Abric a décrit deux éléments structurant une représentation : Noyau central et éléments périphériques.

### **1.6.1 Le noyau central :**

Abric a introduit en 1976 la notion du noyau central dans sa définition des représentations sociales, il le définit comme « un sous-ensemble de la représentation composé d'un ou de quelques éléments, dont l'absence déstructurerait la représentation ou lui donnerait une signification radicalement différente (Abric, 1994, p73). Dans une représentation, le noyau central est l'élément le plus stable et selon Abric (cité par Rouquette et Rateau, 1998), le système central est associé à la part la plus ancienne, et la plus ancrée et s'il se modifie c'est toute la représentation qui va se trouver modifier. Ce système central est composé d'un petit nombre d'éléments mais dans tout les cas bien connus, ils comprennent de fait moins de six éléments, et le plus souvent deux (Flament, Rouquette, 2003, p23). Et selon Garnier (2002), « ... Toute représentation sociale est organisée autour d'un noyau central qui assure trois fonctions essentielles et complémentaires : la fonction génératrice qui donne à la représentation sa signification et sa cohérence, il s'agit de l'élément par lequel se créer ou se transforme la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est en quelque sorte ce par quoi les éléments prennent un sens et une valeur. Et la fonction organisatrice qui détermine la nature des liens qui unissent les éléments de la représentation » (pp127).

Moliner (1994) précise que le caractère central des composantes de représentation rend compte d'aspect « non négociables », « inconditionnels » des représentations. Ceci peut expliquer la résistance des individus à des représentations différentes que les leurs.

Cependant, le système central organise à son tour des éléments périphériques considéré comme associés aux caractéristiques individuelles et au contexte immédiat (Aubert et Abdi ,2002).

### **1.6.2 Le système périphérique :**

Les éléments périphériques répartis autour du noyau central et permettant de s'adapter à de nouvelles circonstances sociaux et de concrétiser la signification d'une représentation sociale et permettent l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte. C'est « la face la plus visible celle qui est accessible par l'observation et l'entretien » (Moliner, 2001). Il s'agit de la partie la plus mouvante, la plus évolutive de la représentation et la partie la plus concrète et la plus accessible de la représentation (croyances, informations retenues, préjugés,

stéréotypes...). Et contrairement au noyau central, le système périphérique se compose de plusieurs éléments. Ce système assure la défense et la protection du noyau central (Doise, Garnier, 2002).

## **1. 7. Dynamique des représentations sociales :**

Les représentations sont des structures mobiles qui peuvent changer avec le temps. Elles possèdent une histoire (Amy, Piolat, 2007, p169) mais elles peuvent aussi se transformer et parfois elles disparaissent au gré des évolutions de l'environnement social. Et afin de réaliser une adaptation au monde externe, les groupes sociaux construisent, transforment ou abandonnent leurs représentations du monde. Mais ce mouvement n'est pas nécessairement régulier et il peut être accéléré ou ralenti dans l'histoire (Moliner, Râteau, Cohen-Slali, 2002, p32).

Nous venons de constater que les représentations sociales sont à la fois stables et modifiables. Et puisque le noyau central représente la partie la plus stable de la représentation. Flament (1987) a expliqué que la modification de la représentation se fait à partir des éléments périphériques et non pas à travers le noyau central. Selon lui, le processus de transformation prend des formes différentes selon la situation par exemple, si les sujets considèrent les pratiques nouvelles ou bien le changement opéré dans leurs environnements là où le retour aux pratiques anciennes est impossible. Ou alors quand les éléments nouveaux vont être intégrés dans la représentation mais par une modification des éléments périphériques tandis que le noyau central reste stable. Et tant que l'environnement ne change pas, la représentation n'a donc aucune raison de se modifier. Or, cet environnement a justement pour caractéristique principale d'être instable, il évolue sans cesse. Flament et Rouquette (2003) ont montré par la suite que « ...la transformation structurale d'une représentation ne sera possible qu'à travers une modification du noyau central. Un élément central devient périphérique et/ou l'inverse tandis que les autres modifications des représentations ne sont que des adaptations ou des déclinaisons » (p43).

## **1. 8. La formation des représentations sociales :**

### **1.8.1 L'objectivation :**

Moscovici le définit comme un mécanisme par lequel s'opère le passage d'éléments abstraits théoriques à des images concrètes (Jodelet, 1991) autrement dit, l'objectivation est un mécanisme par lequel on rend concret ce qui est abstrait. Cet auteur a expliqué comment ce processus se réalise en trois phases essentielles ;

#### **1. La sélection des informations :**

Il s'agit d'une sélection et d'un traitement des informations circulant au sein d'un groupe social. Et selon Amy et Piolat (2007) : « Les informations circulant à propos l'objet vont passer par une phase de tri en fonction de critères culturelle. C'est comme un filtre qui retient certains informations et ignore d'autres pour être ensuite remodelées et reprise par les sujets qui ne retient que ce qui est en concordance avec leurs valeurs et les intégrant dans son propre univers pour mieux le maîtriser » (p170). Les deux auteurs ajoutent aussi que l'accès à ces informations se distingue d'un groupe à l'autre, par exemple les médecins et les intellectuels ont d'avantage les moyens de s'informer sur la psychanalyse par rapport aux ouvriers. Autrement dit, le contexte social ainsi que l'expérience des individus peuvent avoir une action sur les informations sélectionnées et triées sur un objet donné.

#### **2. Schématisation structurante :**

Il s'agit de la construction d'un « noyau figuratif » à partir des éléments précédemment sélectionnés. C'est un ensemble imagé et cohérent qui reproduit l'objet de façon concrète et sélective (Idem, 2007, p 170). L'objet est alors schématisé. Toutefois, certains éléments disparaissent quand ils sont en contradiction avec les normes sociales. Rouquette et Rateau (1998) confirment cette idée en définissant ce noyau comme : « simple, concret, imagé et cohérent avec la culture et les normes sociales ambiantes. » (p 32). Et si on prend toujours l'exemple de l'étude de Moscovici sur la représentation sociale de la psychanalyse on trouve que l'élément « libido » considéré comme essentiel dans la théorie psychanalytique mais directement associé au tabou de la sexualité. (Castel et al, 1999) Autrement dit, cette disparition est déterminée essentiellement par les valeurs dominantes de notre société.

### **3. Processus de naturalisation :**

La schématisation de l'objet va se substituer à la réalité et devient « naturelle ». Autrement dit c'est quand les éléments du schéma figuratif sont presque physiquement perçus ou perceptibles par le sujet. » (N. Rousiau, C. Bonardi, 2001, p. 20). Et la représentation prend alors un statut d'évidence et c'est à travers cette réalité que nos perceptions, nos préjugés ainsi que nos conduits vont être orientés et catégorisés (Caste et al., 1999). Par exemple, le refoulement n'est plus un terme abstrait mais plutôt un terme matérialisé, quasi physique qui permet de dire que si une personne est timide, c'est qu'il a des complexes ; alors que Freud n'a jamais parlé de « complexe de timidité » (idem).

#### **1.8.2. L'ancrage :**

Il s'agit d'une intégration mentale de nouvelles connaissances ou en d'autre terme une intégration cognitive d'un objet nouveau au sein d'un système de pensée qui existe déjà pour le groupe sociale en l'associant à des « catégories sociales familières » afin d'interpréter et simplifier la réalité. Jodelet (1991) le définit comme un processus qui va permettre l'enracinement de la représentation de l'objet dans le système de pensée. Et selon Moscovici, avec ce processus, on va pouvoir rendre "familier" ce qui est étrange tout en attribuant des caractéristiques connues à des objets connus ou mal connus en mettant les objets dans des catégories connues afin de le communiquer durant nos rapports sociaux. Autrement dit, par ce processus, l'inconnu et la nouveauté sont intégrés dans le connu et l'ancien et là, les représentations sociales jouent ce rôle de l'outil de communication et de gestion des conflits relations sociales (Jodelet, 2008, p16). Et à son tour, Moliner (1994) a expliqué le caractère stable et le non négociabilité des éléments centraux par leurs ancrages historiques et sociaux.

Dans les chapitres suivants on va le consacrer à la distinction entre les stéréotypes, les attitudes et les opinions des représentations sociales car ces éléments n'ont pas les mêmes conditions de production.

## **1. 9. Les stéréotypes :**

Le stéréotype est un procédé cognitif au moyen duquel l'individu perçoit la réalité, s'appropriant du réel qui lui est inconnu en réduisant sa complexité (Boyer, 2007). Elles participent à la régulation des relations intergroupes.

Moliner (2009) a comparé entre les représentations sociales et les stéréotypes, il a montré que les représentations sociales et les stéréotypes sont tout les deux un ensemble de croyances partagées par les membres du même groupe social et les deux notions se caractérisent par leurs grande stabilité. Mais d'un autre coté, ils se diffèrent sur le type d'objet. Les stéréotypes sont des croyances relatives à des groupes sociaux tandis que les représentations sociales peuvent concerner tous types d'objets sociaux. Moliner a expliqué aussi un autre point qui les éloigne, celui de la simplicité des stéréotypes qui sont généralement constitués d'un petit nombre de traits. Tandis que les représentations sociales rassemblent parfois un nombre considérable de traits (P18).

## **1. 10. Les préjugés :**

Un préjugé est un jugement qui peut se développer en dehors de toute expérience réelle et qui s'exprime à travers un ensemble d'attitudes et de sentiments pour caractériser des groupes, des individus ou des objets (Mairama, 2010). Il peut être défini comme une « attitude de l'individu comportant une dimension évaluative, souvent négative, à l'égard de types de personnes ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale. C'est donc une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale » (Fischer, 1987).

## **1.11. Les Themas :**

Moscovici et Vignaux (1994) ont développés le concept de « thématas » pour définir un ensemble de conceptions, de notions premières enracinés dans la mémoire collective. Souvent bipolaire, les thematas définissent des oppositions qui paraissent spontanées à force d'être familiers et qui permettent de quadriller l'expérience du monde aussi bien que la spéculation à son propos : ainsi masculin/féminin, juste/injuste, actif/passif (Flament, Rouquette, 2003,

p20). En résumé, les themats facilitent la fusion entre les idées anciennes et les idées nouvelles. Les croyances anciennes avec croyances présentes (Moloney, 2012, p3).

## **1.12. Les méthodes du recueil du contenu d'une représentation sociales :**

Toute étude d'une représentation sociale nécessite l'utilisation de plusieurs méthodes dont on va les présenter dans les lignes suivantes. Et le choix de ces méthodes dépend de l'objet, des sujets, et de la situation afin de repérer d'un côté les éléments qui la constituent (le contenu), et d'un autre côté, à faire émerger l'organisation de ces éléments c'est-à-dire, leurs relations et leurs hiérarchies en terme de centralité et de périphérie selon la théorie du noyau central.

Il nous semble intéressant de présenter quelques méthodes et techniques utilisées dans les études des représentations sociales. ABRIC (1994) souligne la nécessité d'une approche pluri-méthodologique pour le recueil des informations.

Selon Moliner et Vidal (2003), pour connaître la représentation que des sujets se font d'un groupe donné, il convient de recueillir les opinions, informations et croyances qu'ils associent à ce groupe et d'identifier parmi ces divers éléments, ceux appartenant au noyau.

On peut distinguer deux grand type de méthode de recueil du contenu d'une représentation sociale : les méthodes interrogatives, les méthodes associatives, les analyses statistiques de type factoriel.

### **1.12.1. Les méthodes interrogatives :**

#### **1.12.1.1. Les questionnaires :**

Toute représentation sociale a deux dimensions; cognitive et une autre sociale et cette technique la plus utilisée dans ce domaine afin d'étudier ces deux dimensions car toute représentation est cognitive puisqu'elle suppose une tâche de connaissance pour traiter une information reçue mais d'un autre côté, ces connaissances est influencé par le discours



circulant dans la société donc de même elle est dépendante des cultures, des idéologies et des pratiques sociaux (Guimelli, 1994).

Il s'agit d'interroger les sujets sur le contenu de leurs représentations afin de dégager la structure sous-jacente. Ce qui est intéressant dans cette méthode c'est « qu'elle cherche à expliquer l'organisation des éléments de la représentation sociale et pas seulement l'opinion des sujets interrogés et, en mettant en évidence les facteurs généraux qui organisent la représentation » (Pfeuti, 1996, p13).

Vergé (2001) insiste sur l'importance de construire un questionnaire qui permet de décrire les représentations sociales et de situer chaque objet et chaque thème abordé par rapport aux hypothèses. Il faut aussi que le traitement de ces questionnaires permette d'indiquer l'intérêt de chaque question pour définir l'objet de la représentation sociale.

On peut distinguer trois types de questionnaire utilisé dans les études des représentations sociales :

1. **Questionnaire ouvert** : En offrant aux sujets interrogés la liberté d'exprimer leurs réponses à propos d'un objet donné.
2. **Questionnaire classique** : Il s'agit de demander aux enquêtés de prendre position envers chaque item d'une échelle de réponses comportant au minimum 4 intervalles par exemple, on leur demandant d'exprimer leurs accord ou désaccord pour chaque item. Ce type de questionnaire a comme avantages de faciliter aux questionnés de répondre ainsi que faciliter de coder le questionnaire (Villate, 2007).
3. **Questionnaire de caractérisation** : la principe de cette technique est de demander aux sujets d'hiérarchiser les thèmes de l'enquête afin de sélectionner les éléments qui ont une forte « saillance » , autrement dit, elle permet de situer les thèmes par leurs plus ou moins grande proximité à l'objet étudié (Vergés,2001,539).

### **1.12.1.2. L'entretien :**

Il s'agit d'un questionnement oral ou une discussion entre l'enquêteur et l'enquêté qui permet d'avoir accès au contenu de la représentation. « La situation d'entretien est une situation d'interaction finalisée, et les caractéristiques de la situation d'énonciation (contexte, objectifs perçus, statut et image de l'interviewer, types et nature des production discursive spécifique dans laquelle il est difficile de distinguer ce qui tient au contexte et ce qui énonce une opinion ou une attitude assumée par le locuteur et ayant un caractère de stabilité. » (Doise, 2009, p75).

L'autre limite de cette technique est le fait que les sujets peuvent évoquer des éléments et des objets extérieurs à la représentation étudiée. Par ailleurs, les relances de l'interviewer sont traditionnellement essentiellement centrées sur les attitudes de l'interviewé, dans leur dimension évaluative, alors que dans les recherches sur les représentations sociales, l'interviewer vise avant tout à mettre en évidence les connaissances des participants donc il est important de ne pas se limiter à une simple analyse de contenu de ces entretiens (Sales-Wuillemin, 2009).

### **1.12.2. Les planches inductrices :**

Cette technique est utilisé avec les populations ayant des difficultés à s'appropriier les modes d'interrogation classique en présentant des séries de dessins élaborés par les chercheurs eux même, et illustrant les thèmes principaux issus d'un pré enquête et on demande aux sujets d'exprimer ce qu'ils voient à partir de ces planches (Abric, 2011).

Cette technique a des limites, elle laisse largement une place pour les interprétations et elle nécessite des qualifications pour pouvoir les interprète (Pouliot, Camiré et autres, 2013, p23).

### **1.12.3. Les méthodes associatives :**

On site quelques méthodes

#### **1.12.3.1. L'association libre :**

Cette technique consiste à partir d'un mot inducteur ou d'une proposition, à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit. Et selon des auteurs comme Abric (2011), le caractère spontané de cette technique lui permet d'accéder plus rapidement que dans un entretien aux éléments sémantiques qui constituent la représentation.

#### **1.12.3.2. La carte associative :**

Cette méthode est inspirée de la méthode de l'association libre, elle peut être utilisée d'une façon individuelle comme elle peut être appliquée dans le cadre d'un groupe. Son principe est de demander aux sujets de produire une série d'association libre à partir d'un mot inducteur et dans un deuxième temps on leur demande une deuxième série d'association libre à partir d'un couple de mots associés, produits précédemment par celui-ci. On constitue ainsi une série de chaînes associatives composées d'un certain nombre d'éléments. Le problème de cette technique c'est que c'est un matériel riche mais on ne peut pas être interprété étant donné le manque de contexte sémantique ainsi que la difficulté de connaître la nature des liens que le répondant fait entre les termes choisis (Pouliot, Camiré, 2013, p 30).

#### **1.12.3.3. Les choix successifs par blocs :**

Dans leur ouvrage « Approches du sujet social et des relations interpersonnelles », Gosling ; Bouchet ; Chanton ; Kreel ; Ric ; Richard (1996) ont bien expliqué cette technique qui consiste qu'à partir d'une liste de vingt items, le sujet doit choisir les quatre items les plus représentatifs c'est-à-dire les items qui correspondent bien à leurs conceptions de l'objet et auquel il affecte le score (+2), ensuite il doit choisir les quatre items les moins représentatifs qui vont être affectés d'un score de (-2). Puis parmi les douze items restants, le sujet doit distinguer les quatre items qui correspondent assez bien à la conception de l'objet (+1) et ceci jusqu'à ce qu'il ne reste plus que quatre items qui correspondent assez mal (score -1). Les items qui sont ni choisis ni rejetés sont affectés d'un score 0. L'avantage de cet outil c'est

qu'il permet de hiérarchiser les items et comparer l'importance relative de certains éléments de la représentation. Il s'agit de situer les thèmes par leurs plus ou moins grande proximité à l'objet étudié (Zinsou, 2009).

#### **1.12.4. Méthodes de contrôle de la centralité :**

##### **1.12.4.1. Technique de mise en cause (MEC) :**

Cette technique est l'une des plus utilisée dans le domaine des recherches sur les représentations sociales. Elle repose sur le principe de la « double négation », c'est-à-dire les éléments centraux d'une représentation sociale sont ceux dont la mise en cause (première négation) entraîne une réfutation massive (deuxième négation) de l'objet (Tafari et Bellon, 2003). Cette double négation gêne les sujets et les oblige à penser leurs réponses en les rendant ainsi moins personnelles (Flament, 1995).

##### **1.12.4.2. Méthode d'induction par scénario ambigu (ISA):**

Prenant un exemple d'étude de Moliner (1993) sur les représentations sociales de l'entreprise chez les étudiants. Il a utilisé cette méthode après avoir constitué une liste de 14 items il a construit un scénario ambigu en précisant à la fin du texte s'il s'agit d'une entreprise ou ce n'est pas une entreprise. Les résultats ont montré que les sujets estiment alors si chacun des 14 items qui lui sont présentés caractérise l'objet induit dans le scénario. Les items communs aux deux textes font alors partie du système périphérique puisque non spécifiques à la représentation de l'entreprise. Quant aux items spécifiques au texte faisant explicitement référence à l'entreprise, ils font partie du noyau central (Cosling, 1996, p128-129).

##### **1.12.4.3. Méthode des schèmes cognitifs de base (SCB) :**

Selon Guimelli (2003), Ce modèle suggère qu'entre un élément de connaissance A (un mot ou une expression) et un élément de connaissance B, il existe une relation R qui prend plusieurs états. Chaque état ou modalité de la relation peut être formalisé et opérationnalisé

par la notion de connecteur C qui vont intervenir quelque soit le contenu sémantique des cognèmes.

Le cognème, cette notion introduit par Codol (1969) qui veut dire « l'objet social étudié ». Ce modèle comprend trois phases : la première met en place la tâche d'induction associative sollicitant aux sujets trois réponses induites par le terme inducteur ; la seconde phase est une phase de justification de ces trois réponses, les sujets doivent expliquer pourquoi ont-ils donné ces réponses ; la dernière phase consiste en l'application du questionnaire organisé en terme d'expressions standards, une pour chaque connecteur (Marquez,2005,p9).

## **2. Le syndrome autistique :**

### **2.1. Définition :**

#### **2.1.1. Les signes cliniques :**

L'autisme infantile a été décrit pour la première fois par Kanner L. (1943). Le trouble fondamental touche la socialisation et la communication, l'enfant est incapable d'établir une relation ordinaire avec les gens et les différentes situations depuis le début de sa vie. On note également des particularités langagières, des comportements répétitifs et des intérêts bizarres avec un refus aux changements.

Léo Kanner a utilisé à plusieurs reprises les verbes actifs pour traduire l'action par laquelle l'enfant autiste écarte, exclut, ignore ce qui le dérange dans son besoin d'immuabilité. (Hochmann, 2010, p16).

Le diagnostic de l'autisme est un diagnostic clinique (Amiet, 2007) qui s'appuie sur des critères bien définis identifiable grâce au dépistage précoce avant l'âge de 18 mois. Les perturbations dans la triade autistique sont installées et observables même s'ils sont d'intensité variable d'un enfant à l'autre. On note des altérations qualitatives des interactions sociales ; l'altération qualitative de la communication ; le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des intérêts et des comportements.

Il est important de se rappeler que les principaux problèmes dans l'autisme sont reliés aux aptitudes qu'un enfant non autiste doit maîtriser avant l'âge de 18-24 mois. Une connaissance approfondie du développement précoce de l'enfant typique est donc un pré-requis pour mieux comprendre l'autisme. Car il est facile d'interpréter les expressions d'un enfant non autiste, mais il faut une connaissance spécifique et de l'expérience pour comprendre un enfant autiste, et cette connaissance est relative à un enfant particulier. Deux enfants autistes n'expriment pas leurs sentiments de la même manière. Nous parlons donc d'un problème de communication qui est partagé par l'adulte et l'enfant (BEYER et Gammeltofi, 1999, p7-8).

Les personnes autistes ont des troubles du développement social caractérisé par un isolement, un mauvais contact oculaire, l'absence du jeu symbolique et fonctionnel, l'absence de partage d'intérêt et de plaisir. Les sujets autistes montrent une indifférence apparente, un manque d'empathie, une méconnaissance des codes émotionnels assortie d'une expression émotionnelle parfois inadéquate (rire ou pleurs inappropriés) (Amiet, 2007, p228). Bron Cohen explique cette difficulté par un déficit de la théorie de l'esprit. Il s'agit d'une

incapacité à attribuer des états mentaux à autrui et de prédire les comportements d'un agent sur la base de ces états, c'est une compétence fondamentale d'un point de vue social (Unapei, 2013, p46). Selon Golse (2012) c'est pour cela que l'autiste prend les actes et les dires des autres pour agent comptant, ce qui explique que la personne avec autisme est imperméable à l'humour (Samacher, 2005, p307). L'intersubjectivité est la capacité d'éprouver que l'autre peut avoir des visions et des pensées différentes des siennes. Et pour un enfant autiste, l'accès à l'intersubjectivité est difficile ce qui désigne un meilleur indice pour le dépistage précoce de l'autisme (Muratori, 2012).

Le fonctionnement de la communication verbale et non verbale est touché, cela se manifeste par une mimique gestuelle pauvre, un manque d'attention conjointe, l'absence d'une réponse lorsqu'on l'appelle par son prénom, l'incapacité de pointage. La majorité des autistes ont un langage absent, étrange ou réduit, et des compétences socio-communicatives exprimées de façons particulières et/ou avec difficultés (Unapei, 2013, p44). On observe également des écholalies, les autistes ne peuvent pas prendre le tour de parole et construire une conversation d'une manière réciproque avec les autres. On peut observer aussi des troubles sensoriels notamment sur le plan auditif qui peuvent se manifester par une hyper ou une hypo sensibilité aux bruits. Par exemple un autiste ne supporte pas les bruits continus et aigus, tel celui des ventilateurs de salle de bain ou des séchoirs de cheveux (Grandin, 1996). On rencontre également des réactions particulières aux stimulations visuelles comme par exemple la fascination pour certaines lumières ou formes, ou encore au toucher, aux odeurs et à la douleur aussi.

Amiet (2007) a décrit les activités et les centres d'intérêts des autistes comme restreints, pauvres, marqués par une recherche d'immuabilité et par l'absence d'imagination. Il se manifeste par une ritualisation de différents aspects de la vie quotidienne, par des activités stéréotypées particulières telles que des stéréotypies gestuelles, verbales, sonores, des préoccupations persistantes pour certaines choses, voire par des automutilations. Mais chez certains de ces enfants on note des talents considérables dans la manipulation des objets (Sigman, 2001). Un enfant autiste peut être fasciné par une facette d'un objet sans apprécier le côté fonctionnel de l'objet il s'intéresse à la roue de sa petite voiture sans jouer avec ce jouet. Par ailleurs, un refus de changement de son environnement quotidien peut provoquer des crises de colère et d'angoisse.

L'enfant autiste répète des actes simples du corps comme par exemple la torsion des mains et des doigts, battement des mains ou le balancement (Boulekras, 2011, p19). Ils présentent un manque de spontanéité et un déficit de créativité qui caractérise le jeu spontané (Herrera et al, 2008). Dès son enfance, leurs activités restent souvent de type sensoriel, en utilisant les objets d'une manière inhabituelle, l'enfant avec autisme peut renifler les jouets ou les mettre à la bouche.

Sur le plan cognitif, l'enfant autiste met en perspective un traitement différent des informations et des stratégies spécifiques pour explorer le monde. Il a souvent une pensée concrète, visuelle et contextuelle (Unapei, 2013, p45). Cet ensemble de signes constitue un syndrome qui peut se présenter soit « pur » et c'est le syndrome de l'autisme décrit par Kanner en 1943, soit « impur » et ce sont les syndromes autistiques évoluant en interaction avec d'autres pathologies (génétiques, neurologiques, etc.).

### **2.1.2. Les classifications internationales :**

Actuellement, le diagnostic de l'autisme repose sur trois échelles de classifications fondées sur une description comportementale des troubles. Ces trois classifications sont les suivantes :

- La CIM-10 (Classification Internationale des maladies). Il s'agit d'une liste de classifications des maladies, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La dernière version a été complétée en 1992. Dans cette classification, l'autisme est considéré comme handicap et non une maladie. L'ATIH (Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation) publie l'ensemble des modifications à introduire dans le volume 1 de la CIM-10 en 2013, quelques changements sont faits à la demande de l'OMS et les autres sont faits par l'ATIH. La CIM-11 est prévue en 2014 (Unapei, 2013).
- La CFTMEA (la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent). La deuxième version est apparue en 2000 (CFTMEA, 2000) et actuellement une cinquième édition est publiée en 2012 (CFTMEA-R-2012) qui présente un tableau encore plus précis des correspondances des catégories avec celles de la CIM-10. (Garrabé, 2013).



- Le DSM (diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), c'est un ouvrage de référence qui classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Le trouble autistique n'apparaît que dans la troisième version qui a été publiée sous une version révisée en 1987, dans laquelle de nombreux critères et syndromes ont été affinés.

La version révisée le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>ème</sup> 2<sup>d</sup>ition) (DSM-IV-TR, 2000) a inclus l'autisme dans la case des troubles envahissants du développement « TED », comprenant en particulier deux autres troubles du spectre de l'autisme. Le syndrome d'Asperger et le TED-non spécifié. Cette case qui peu apparaitre au premier bord assez vague se caractérise par des déficiences majeurs liées à l'interaction sociale, la communication verbale et non verbale ainsi que les intérêts et les comportements qui présentent un caractère restreint stéréotypé et répétitif (Paquet ; Daniel et autres, 2003). Les TED regroupent des situations cliniques diverses, entraînant des situations de handicap hétérogènes et Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations (Haut Autorité de Santé, 2010).

Et selon les critères diagnostics du DSM-IV, ces troubles envahissants du développement regroupent Cinq types :

- 1) Le trouble autistique ;
- 2) Le syndrome d'Asperger ;
- 3) Le trouble envahissant du développement non spécifié ;
- 4) Les troubles dés intégratifs de l'enfance ;
- 5) Le syndrome de Rett.

Lorsque plusieurs domaines sont touchés par des « troubles qualitatifs » du développement, on parle de « troubles envahissants du développement ». Un trouble envahissant du développement comme l'autisme est classé entre la déficience mentale et les troubles des apprentissages (Rogé, Peeters, 2005, p7) et la caractéristique principale des TED est, comme l'affirme le DSM-III-R, que « le trouble dominant » se situe dans la difficulté d'acquisition d'aptitudes cognitives, linguistiques, motrices et sociales. Le DSM-IV a bien

développé les symptômes des TED au sein des trois domaines d'altérations cités précédemment et on peut noter que ces critères sont également plus larges que ceux du DSM-III, Mais au même temps Ces classifications, basées sur les symptômes, ont plusieurs limites bien connues comme le continuum normalité/pathologique qui est difficile à établir car ces trois notions sont purement statistiques et n'ont aucune connotation perspective ou morale (Franck RAMUS, 2012). La normalité est définie par ce qui est observé chez la majorité des individus de la population. Par contre l'anormalité est ce qui est observé chez une minorité d'individus. Mais il n'y a pas dans la distribution une frontière claire entre le normal et le pathologique et la frontière qu'on place entre ces deux notions est arbitraire (Idem).

D'un autre côté on ne peut pas ignorer qu'il y a eu un élargissement des critères entre le DSM-III et le DSM-IV, il semble aussi que l'on ait de plus en plus de glissements diagnostics de retard mental vers TED-NoS, c'est-à-dire que dès qu'un retard mental léger a des petites bizarreries ou particularités, il y a une tendance à le diagnostiquer TED-NoS (Weintraub, 2011).

On voit bien donc que dans la classification actuelle, la majorité des patients sont dans le diagnostic de TEDNoS, puisqu'ils ne sont ni dans l'autisme ni dans le trouble désintégratif et que le syndrome d'Asperger est rare, comme on le sait. Avec cette constatation, Cohen (2012) pose la question suivante : que reflète l'augmentation du nombre des autistes ? D'abord, on doit souligner que ce qui augmente, c'est surtout l'ensemble des TED et pas à proprement parler le diagnostic de trouble autistique.

### **2.1.3. La nouvelle classification du DSM-5 :**

Aujourd'hui, le DSM-5 arrive avec de nouvelles modifications concernant l'autisme. On note d'abord la disparition du terme « TED » et l'insertion du terme Troubles du Spectres Autistique « TSA » . On note aussi la disparition du syndrome d'Asperger qui semble décrire une partie du spectre autistique, plutôt qu'un trouble distinct et le considéré comme une « partie supérieure » des TSA, illustrant, selon l'APA, que le syndrome n'affecte pas, normalement, l'intelligence et le langage, mais affecte l'interaction sociale, le comportement et la compréhension du langage (Forgeot d'arc, 2013). En effet, le DSM-5 voit notamment la naissance d'un « trouble de la communication sociale », exclusif du TSA, qui pourrait correspondre à une partie du groupe ayant actuellement un diagnostic de TED (Idem).

La possibilité de perte de diagnostic a récemment fait l'objet d'un débat. Des chercheurs de l'université de Yale School of Medicine ont rapporté des conséquences importantes de cette nouvelle classification de l'American Psychiatric Association (APA), selon eux ; poser un diagnostic d'autisme pourrait devenir bien plus complexe avec cette définition révisée et modifier considérablement la proportion d'individus concernés par un diagnostic de trouble du spectre autistique. Le Dr Volkmar et son équipe ont effectué une analyse des symptômes observés chez 933 personnes déjà évaluées pour l'autisme dans l'étude de terrain réalisée pour la précédente édition, le DSM-4. Ils constatent qu'environ 25% de ces patients diagnostiqués avec un autisme « classique » et 75% des patients diagnostiqués avec le syndrome d'Asperger ou un trouble envahissant du développement, ne répondraient pas aux nouveaux critères. L'étude suggère également que les patients les moins atteints seraient aussi les moins susceptibles de répondre aux nouveaux critères que les patients avec déficience intellectuelle. Et dans un groupe de personnes sans déficience intellectuelle qui ont été évalués au cours de l'essai sur terrain 1994 DSM-IV, il été estimé que près de la moitié ne pourrait pas bénéficier d'un diagnostic de l'autisme dans la nouvelle définition proposée. (Peart, 2012).

Malgré les critiques et les inquiétudes de voir les frontières entre TSA et autres troubles se déplacer, le DSM garde cette place majeure dans l'élaboration des connaissances actuelles en psychiatrie (Forgeot d'arc, 2013). Ces changements ont pour objectif de mettre l'accent sur la spécificité des troubles du développement social et la grande variabilité des syndromes individuels, de décrire au plus près les difficultés présentées par les personnes avec autisme et de mettre en œuvre un projet ajusté à leurs besoins (Unapei,2013) surtout avec l'existence des types de profils cliniques différents lié non seulement aux variations de sévérité des troubles dans les différents sous-groupes de critères, mais aussi à l'existence d'« évolutions cliniques précoces particulières ( Barthélémy,2012).

#### **2.1.4. Les TSA :**

« Il y a autant d'autisme qu'il y a d'autistes » (Fédération québécoise de l'autisme). L'autisme varie entre des niveaux (léger, modéré, sévère) et on appelle cette variance « une hétérogénéité interindividuelle ». Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des désordres neuro-développementaux essentiellement caractérisés par des altérations de la communication sociale (APA, 2013) et d'autres particularités qui touchent les domaines de socialisation, communication et les intérêts restreints.

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) regrouperaient dans une catégorie inclusive :

- l'autisme ou trouble autistique;
- le syndrome d'Asperger;
- le trouble envahissant du développement non spécifié.
- le syndrome de Rett (SR)
- le trouble désintégratif de l'enfance (TDE).

### **2.1.5. L'autisme :**

L'autisme est un syndrome clinique dont la description si caractéristique a participé à la fondation de la psychiatrie de l'enfant. Pourtant, il reste le syndrome de tous les mystères et de toutes les controverses (Saint-George ; Guinchat ; Chamak ; Apicella ; Muratori ; Cohen, 2013). Il est considéré comme le plus fréquent des troubles envahissants du développement (TED). Et le développement global des fonctions cognitives, verbales et relationnelles chez ces personnes sont généralement déficitaire.

La redéfinition de l'autisme s'est accompagnée d'une modification et d'une harmonisation des critères diagnostiques conduisant à une augmentation de la prévalence de l'autisme, qui est passée d'environ 4/10 000 il y a 20 ans à environ 1/100 aujourd'hui (Baudouin, 2013 p 121).

### **2.1.6. Le syndrome d'Asperger :**

Ce trouble qui touche les garçons plus que les filles se caractérise par des difficultés sévères dans le domaine des interactions sociales associées à des intérêts restreints et des stéréotypes n'est plus utilisé dans le DSM-5, publié en mai 2013 peut être du au fait que ce syndrome est considéré comme la forme la plus légère de TSA car par rapport aux autres troubles autistiques, les enfants avec asperger ont un développement cognitif et langagier relativement préservés. Sahnoun et Rosier (2012) ont justifié cette disparition du syndrome d'Asperger dans le DSM-5 publié en mai 2013 par l'absence de preuve forte et consensuelle pour affirmer la différence entre syndrome d'Asperger (SA) et autisme de haut niveau, et par le manque de validité des critères diagnostiques du SA.

Plus largement, le comportement social pose problème. L'enfant « Asperger » n'apprend pas d'instinct, ni par imitation, les règles du jeu social ; il ne sait pas quand ni comment s'introduire dans une conversation ; il n'arrive pas à voir les situations du point de vue de l'autre ni de comprendre les émotions des autres (Bert, 2011) ,mais dans les épreuves de la « théorie de l'esprit », les sujets Asperger ont une meilleure capacité que les autistes au niveau équivalent pour attribuer à autrui des émotions et des pensées (Lenoir, 1997).

Selon Girardo et all (2010), le profil cognitif des enfants autistes et des enfants Asperger est différent essentiellement dans le domaine de la cognition verbale. La plupart des enfants autistes campent sur un raisonnement verbal concret et une élaboration du discours assez limitée. En revanche, les enfants Asperger peuvent accéder à une certaine manipulation des concepts abstraits.

### **2.1.7. le trouble envahissant du développement non spécifié :**

Le TED non spécifié, aussi appelé «autisme atypique» qui fait référence à des troubles sévères et envahissants dans certains domaines, tels que l'interaction sociale réciproque, la communication verbale et non verbale ainsi que la présence des intérêts restreints, mais par une absence des symptômes stricts du trouble autistique. Les TED'NS est une catégorie qui donne la mesure de la limitation de notre connaissance (Mottron, 2004). Selon le DSM-IV, le diagnostic de TED non spécifié est établi lorsque l'état de la personne atteinte ne répond pas aux critères stricts du trouble autistique et du syndrome d'Asperger (Fédération québécoise de l'autisme).

### **2.1.8. le Syndrome de Rett :**

Ce syndrome a été défini pour la première fois en 1966 par le neuro-pédiatre autrichien, le professeur Andreas Rett. Il ne touche que les petites filles dès les premiers mois de la vie. Sa prévalence varie entre une naissance de filles sur 15.000 (Roux, 2013, p39). Le développement de la fille paraît normal jusqu'à l'âge de 6 mois, aucun signe d'anomalie dans le périmètre crânien à la naissance, mais un ralentissement apparaît vers l'âge de 3 mois

(Berger-Sweeney, 2011). Ce syndrome est souvent accompagné d'une déficience intellectuelle et infirmité motrice avec des stéréotypies manuelles et des troubles respiratoires de type hyperventilations et apnées. « Les premières études ont permis de montrer que les bioamines sont progressivement touchées au fur et à mesure que la pathologie s'installe. Par ailleurs des données plus récentes, toujours issus des résultats provenant des modèles murins, ont montré qu'une autre famille de neurotransmetteurs, composée d'acides aminés excitateurs (Glutamate) et inhibiteurs (Gaba), était sévèrement touchée » (Roux, 2013, p39-41).

Le gène responsable de cette maladie est le gène *Mecp2* qui a été identifié en 1999. Ainsi, le syndrome de Rett est le premier exemple d'une maladie humaine liée à des mutations d'un gène codant pour un facteur régulant en transe l'expression d'un gène (Labrune, 2000). De nombreuses équipes travaillent actuellement sur des souris modèles du syndrome de Rett, ces animaux montrent, entre autres anomalies, un déficit en BDNF (Brain derived neurotrophic Factor), un facteur important au bon fonctionnement des neurones. Les chercheurs ont trouvé que l'un des facteurs déficients chez les « souris Rett » est le gène responsable de la Chorée de Huntington, la huntingtine (HTT) (Roux, Zala, Villard et autres, 2011).

## **2.2. Les troubles associés :**

La majorité des troubles associés à l'autisme sont d'origine génétique et elle participe de façon importante à l'hétérogénéité comportementale des personnes avec autisme. Et parmi ces troubles on trouve le syndrome de l'X fragile, maladie de Bourneville comme il peut être associé à des anomalies chromosomique (la trisomie 21, La duplication 15q11q13) (Jamain ; Betancur ; Giros ; Leboyer ; Bourgeron, 2003). On trouve également d'autres maladies ou syndromes rares qui sont associés à l'autisme comme le syndrome d'Angelman, le syndrome de Williams, Miopathie de Duchenne, etc. Et ce qui détermine la valeur étiologique dans l'autisme est la fréquence de leur association qui est discutée. Par ailleurs, les troubles autistiques sont également associés à des déficits sensoriels, par exemple 1,3 % des autistes présentent des déficits visuels (Fombonne, 2003). Les troubles du sommeil et les troubles alimentaires sont fréquents dans les TSA.

L'autisme est lié aussi à la déficience mentale et l'épilepsie. 30% des autistes n'ont pas de retard mental, 30% présentent un retard mental léger et 40 % des autistes ont un retard

mentale profond, tandis que la prévalence de l'épilepsie est de 20 à 25% dans les TSA (Idem). Les recherches sur les troubles associés à l'autisme relatent une fréquence de l'épilepsie variable d'une cohorte à l'autre mais beaucoup plus élevée que dans la population générale (Rutter, Greenfeld et Lockyer, 1967) (Gillberg et Steffenburg, 1987).

### **2.3. Les limites entre l'autisme et la déficience intellectuelle grave :**

Dans leurs ouvrage « déficience intellectuelle), Tassé et Morin (2003) ont parlé des redoutables problèmes du diagnostic différentiel de l'autisme .Selon eux, la distinction entre les symptômes spécifiques à l'autisme de ceux qui sont liés à des niveaux de développement cognitif très bas est très difficile. Par exemple, dans le cas des enfants ayant un quotient intellectuel OI inférieur à 20, il est presque impossible de déterminer si l'absence d'interaction sociale et de capacités de communication ainsi que la présence de comportements stéréotypés et répétitifs se rattachent à un retard massif du développement intellectuel ou à un désordre autistique associé.

Les deux auteurs ajoutent que la plupart des personnes ayant une déficience intellectuelle profonde présentent la triade autistique. Mais dans ce cas, le diagnostic différentiel a moins d'importance, car ce qui va guider le type de services à proposer est plutôt la lourdeur de la déficience sur le plan intellectuelle diagnostic différentiel est plus utile d'un point de vue fonctionnel pour les personnes qui ont des niveaux de déficit moins importants. Pour ceux qui ont un déficit grave ou moyen, la présence de l'autisme aura une incidence importante sur le pronostique et sur la nature et l'intensité de l'intervention à mettre en place (Ionescu, 1993).

### **2.4. L'épidémiologie :**

#### **2.4.1. Prévalence :**

L'état de connaissances établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en Janvier 2010 quelques données sur l'autisme et les troubles envahissants du développement. La prévalence estimée des TED a été estimée en 2009 de 6 à 7 mille personnes de moins de 20 ans. Pour l'autisme infantile, elle est de 2 pour mille personnes de moins de 20 ans.

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

L'autisme infantile est 4 fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles, On estime 2 garçons pour une fille quand il y un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme, et 6 garçons pour 1 fille dans l'autisme sans retard mental (Etat de connaissance (HAS, 2010).

## **2.5. Les causes de l'autisme :**

Actuellement, les causes de l'autisme restent toujours mystérieuses. Toutefois, En ce qui concerne l'origine organique de l'autisme, es hypothèses se sont orientées vers des anomalies du développement du système nerveux central et l'implication de facteurs génétiques (Jamain, Betancou, Giros et all, 2003). On suspect un facteur génétique avec les études sur les jumeaux identiques dont l'un est atteint d'autisme. Ces recherches rapportent que les études menées auprès des jumeaux monozygotes révèlent une concordance de 60 à 92 % et les jumeaux dizygotes (10%). Mais certains auteurs comme Folstein et Rutter (1977) ont critiqué les études antérieures qui selon eux présentaient des biais importants puisque le nombre de jumeaux monozygotes était bien supérieur à celui des jumeaux dizygotes, alors que, dans la population générale, ces derniers sont deux fois plus nombreux. Les résultats de divers recherches ont permis de suspecter l'implication de divers facteurs ce qui ne réduisent pas l'autisme à un seul gène, mais au contraire cela montre bien que ce syndrome présente des origines multiples (Chaste, Bourgeron, 2007, p111). On parle ici des facteurs de risque comme l'âge avancé des parents de l'enfant atteint d'autisme (Croen et al., 2007) ou des causes du à des complications à l'accouchement (Gardener et al., 2011). Et récemment, une étude a montré le lien entre l'autisme et la production des anticorps de la mère qui vont perturber le développement cérébral du fœtus (Braunschweig et al., 2013).

Autres recherches ont abordés le sujet du régime alimentaire « sans gluten ni caséine » et aujourd'hui, l'hypothèse s'appuie sur le fait que près de la moitié des autistes souffriraient de troubles digestifs et que l'augmentation supposée de leur perméabilité intestinale aurait facilité le passage de substance toxique, le gluten et la caséine, lors du développement cérébral (Perrin, Druel-Salmane ,2009,p243).



De nombreux chercheurs ont été intéressés par le domaine de la génétique comme par exemple ; l'American College of Medical Genetics (ACMG) qui a publié en 2013 un guide d'évaluation de la génétique clinique pour identifier l'étiologie des troubles du spectre autistique.

Selon d'autres études récentes (Toro, 2013), les cas avec TSA présente entre autres une incidence accrue de macrocéphalie, un plus grand volume de substance blanche, un cortex frontal plus plissé, ou un corps calleux plus petit. Ces différences ont été souvent interprétées comme des symptômes des causes sous-jacentes de la pathologie - des bio-marqueurs. Face à des atteintes environnementales ou des événements génétiques tels que des mutations de novo, des sujets avec un volume cérébral supérieur à la moyenne pourraient être plus susceptible de développer ce trouble.

Pour conclure, il est possible que l'autisme résulte de plus d'une cause. Tandis Que les gènes défectueux peuvent jouer un rôle majeur, mais les manifestations et la gravité de la condition dépend souvent d'autres facteurs.

## **2.6. Les bases du diagnostic de l'autisme :**

La grande hétérogénéité des pratiques diagnostiques ainsi que les difficultés rencontrées par les professionnels et les familles dans le dépistage des enfants à risque ont donné lieu en 2005 à la proposition des recommandations sur ces domaines par la fédération Française de Psychiatrie et la Haute Autorité de Santé (2005). La proposition de ce référentiel constitue une avancée importante même s'il est difficile de connaître son impact réel sur les pratiques professionnels (Baghdadli et coll , 2007,p8).

Le diagnostic de l'autisme fait l'objet de nombreux examens dans les différents domaines du développement de l'enfant et la réalisation des entretiens avec les parents ou les personnes qui s'occupent de lui ainsi que les observations partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire expérimentés et formés afin de bien comprendre le profil de l'enfant et prendre en considération ses capacités et ses difficultés dans la vie quotidienne.

Le diagnostic est clinique car il n'existe aucun marqueur biologique et aucun test ne diagnostique connus à ce jour. Donc Il est important de prendre en considération les

altérations qualitatives et quantitatives dans la triade autistique. Ces critères sont répertoriés dans les classifications internationales comme le DSM et la CIM-10.

Le diagnostic peut être établi à l'âge de 2 ans et tout au long de la vie, sur un faisceau d'arguments cliniques recueillis dans des situations variées, en étroite collaboration avec la famille. La recherche des maladies associées est nécessaire (Unapei, 2013) et les examens complémentaires rigoureux sont nécessaires pour appréhender au mieux la problématique de la co-morbidité, ce qui n'est pas le cas dans quelques institutions.

Selon Munnich (2005), l'examen clinique accompagné d'une exploration approfondie en particulier sur les plans neurologiques et génétiques répétés, même en absence de traitement spécifique est très important car parfois l'annonce d'un diagnostic précis pourra avoir un effet de soulagement pour les familles, en particulier celui des diagnostics génétiques pour la fratrie des patients. Cette démarche devrait rester pluridisciplinaire sans exclure ni disqualifier aucun professionnel ni aucun parent; elle devrait se fonder sur l'estime mutuelle et le respect de la mission de chacun.

Le diagnostic de l'autisme est caractérisé par une grande hétérogénéité clinique dans son expression, sa gravité et l'effet sur la qualité de vie de l'autiste et sa famille (HAS, 2010). Et selon les recommandations de la fédération Française de Psychiatrie, le diagnostic doit être immédiatement articulé aux actions de prise en charge. Le travail en collaboration est essentiel, des contacts doivent s'établir entre les équipes qui effectuent le diagnostic et les professionnels qui participent à la prise en charge... « Il faut maintenir que le diagnostic de l'autisme ne relève pas du champ exclusif de la psychiatrie, il doit entre autres intégrer des données de la neuro-pédiatrie, de la génétique, de l'imagerie et de la biologie » (Voisin et Saracino, 2005, p393).

Il est recommandé que toute équipe, d'interventions ou de diagnostic, soit formée et en mesure d'utiliser en routine au minimum les outils recommandés mentionnés dans le tableau 2 (Annexe N3) permettant de décrire le profil de l'enfant et de l'adolescent et d'identifier ses capacités émergentes.

## 2.7. Le dépistage de l'autisme :

Le dépistage précoce a beaucoup progressé dans ces dernières années il permet d'intervenir précocement et de repérer les signes du développement atypique et parmi ces indices on note l'absence du babillage à 12 mois, l'absence des mots à 16 mois, absence des gestes comme le pointage, faire au revoir ... En effet, le carnet de santé de l'enfant depuis ses premières années de vie comporte de nombreuses indications pertinentes aux différents étapes de développement de l'enfant pour orienter l'enfant vers une consultation plus spécialisée (Unapei, 2013, P24). Tous les enfants montrant des signes d'alerte devraient ensuite être dirigés vers une phase de diagnostic et d'évaluation.

On manque encore d'études contrôlées en nombre suffisant pour affirmer avec certitude que le destin des enfants autistes diffère fondamentalement selon la date plus ou moins précoce de mise en œuvre des diverses mesures thérapeutiques (P. Howlin, 1998) car chaque enfant est différent et on distingue notamment les autistes à haute niveau ou à bas niveau de fonctionnement (QI seuil d'environ 70) les hauts niveaux de fonctionnement renvoyant généralement à des modalités de fonctionnement psychique très hétérogènes (P. A. Filipek et coll., 1999).

Une étude sur 123 enfants reçus au CAMPS polyvalent dans le cadre de « Dépist-autisme » réalisée sur une durée de quatre ans (1998-2001) a bien montré que la majorité des orientations sont d'origine médicale dont 32% sont des pédiatres libéraux, 20% médecins généralistes, 14% pédiatres hospitaliers, 9% des médecins ORL, 7% Pédopsychiatres et parents, 6% orthophonistes et Kinésithérapeutes tandis que 3% médecins de PMI et 2% médecins de crèches. Ces chiffres nous laissent penser à l'enseignement des signes précoces concernant les bébés à risque dans les études médicales et paramédicales (Delion P, 2003, p603).

Et selon les recommandations de l'Unapei (2013) Certains signes ont une valeur d'alerte très importante chez l'enfant de moins de 3 ans et doivent conduire à demander rapidement l'avis de spécialistes :

- Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois.
- Absence de mots à 18 mois
- Absence d'association de mots (non en imitation immédiate) à 24 mois
- Perte de langage ou de compétences sociales quel soit l'âge.

Aucun de ces signes n'est en fait spécifique de la pathologie autistique et c'est seulement le groupement et la persistance de certains de ces signes qui doit attirer l'attention (Golse, B, 2003, p385).

Certaines études (Baranek, 1999) réalisées sur des films familiaux tournés pendant la première année de vie de l'enfant afin de chercher les signes d'alertes de l'autisme, ont insistés sur l'émergence des diverses compétences (socialisation, communication et proto-symbolisation) avant l'apparition d'une véritable cassure développementale autour de 18 mois.

Dans une étude longitudinale, S. Baron-Cohen et coll. (1992) ont examiné des enfants à risque à l'aide de CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) avant l'âge de 18 mois. Ils ont pu montrer la valeur prédictive des signes suivants : l'absence de l'attention conjointe, l'absence de pointage proto déclaratif et l'absence de jeu de faire-semblant.

Précisons enfin que le syndrome d'Asperger qui, par définition, suppose l'accès au langage et au symbolisme, ne pose pas les mêmes problèmes de diagnostic précoce que l'autisme infantile (R. Eisenmajer et coll., F. R. Volkmar et coll.).

Certains auteurs comme (Nelson et coll., 2001) ont été intéressés par les marqueurs biologiques précoces du risque autistique tels que les perturbations de divers acteurs de croissance cérébraux et des particularités des taux sanguins de VIP (Vasoactive Intestinal Peptide), de CGRP (Calcitonin Gene Related Peptide), de BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) et de NT4/5 (Neurotrophin 4/5) qui ont ainsi été relevés comme significativement plus élevés chez des nouveau-nés présentant ultérieurement des troubles autistiques (Golse, 2003, p387). Bien entendu, ces résultats qui demandent encore d'être confirmés ne reflètent probablement qu'un facteur de risque parmi d'autres.

Le développement des enfants nés après un frère ou une sœur atteint d'autisme est particulièrement surveillé en raison du risque plus élevé de récurrence qu'en population ordinaire (Unapei, 2013, p26). Il est important d'améliorer ces recherches sur le repérage des enfants à risque afin de leur offrir une prise en charge précoce et adaptée à leurs niveaux du développement et à leurs difficultés et à leurs besoins sur le plan thérapeutique, pédagogiques et éducatif.

La confirmation du diagnostic est obtenue à l'aide des échelles standardisées qui permet d'apprécier la nature des symptômes repérés et déterminer avec précision leurs catégorie à partir du tableau clinique des TSA et préciser l'intensité des troubles pour permettre la mise en place d'une prise en charge précoce et adaptée. Plusieurs échelles standardisées peuvent être utilisées pour le diagnostic de l'autisme, on va développer les détails dans le chapitre suivant.

## **2.8. Les outils du diagnostic :**

### **2.8.1. La CARS (Childhood Autism Rating Scale :**

Elaborée par Eric Schopler et ses collaborateurs (1980 -1988), Cette échelle peut être administrée par des professionnels peu expérimentés à son usage. Il s'agit d'une échelle conçue pour l'observation des enfants à partir de 24 mois et l'évaluation d'intensité des troubles autistiques dans 14 domaines. Chaque item reçoit une note de 1 à 4 en fonction de l'intensité des anomalies. Un score entre 30 et 36 correspond à un autisme modéré et un score supérieur à 36 à un autisme sévère.

Le recueil des informations se fait par des entretiens avec la famille de l'enfant et des observations. Tout comportement enregistré ou observé dans différents domaines comme l'imitation, relations sociales, adaptation du corps, etc il sera comparé à ce qui est normalement attendu compte tenu de l'âge chronologique de l'enfant.

### **2.8.2. L'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised):**

L'ADI-R est un outil d'entretien semi-structuré qui est mené avec les parents pour évaluer l'enfant chez qui on suspect un autisme. Il permet d'identifier les symptômes de l'autisme dans le domaine des interactions sociales, de la communication et des comportements ritualisés et répétitifs. Il permet également de rechercher les premières manifestations du trouble et leur évolution dans la petite enfance. Il a été montré que l'ADI-R est un outil sensible qui diagnostique l'autisme toute en distinguant du retard mental (Fombonne. E, 1992).La durée de la passation de l'ADI-R est longue et pose des difficultés inhérentes concernant l'entraînement des professionnels.

Comme tout outil diagnostique, l'ADI-R a des limites, d'un il dépend des souvenirs des parents à propos le développement de leur enfant et leurs perceptions des comportements. Et d'un autre coté, cet outil ne fournit pas le seuil de sévérité et ne permet pas de distinguer l'autisme des autres types des TSA.

### **2.8.3. L'ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule):**

C'est une échelle d'observation semi-structurée pour le diagnostic de l'autisme. Il s'agit de placer la personne évalué dans une situation sociale ou elle devra interagir durant 30 à 45 minutes. Ceci permet d'évaluer la communication, l'interaction sociale réciproque, le jeu et/ou l'utilisation de l'imagination avec un matériel, le comportement stéréotypé, les intérêts restreints.

L'Ados est utilisable à partir de l'âge de 2 ans ainsi qu'avec des adultes. L'échelle est organisée en quatre modules dont chacun possède son propre protocole avec des activités.

L'ADOS comme l'ADI-R présente plusieurs limites (Klinger, Renner, P, 2000), le prélèvement des observations pendant la passation de l'outil peut s'avérer insuffisant pour le diagnostique. Par ailleurs, il ne différencie pas précisément entre l'autisme et les TED Nos.

ECA-N (échelle d'évaluation du comportement autistique-nourrissons) (de 3 à 30 mois) et ECA-A (de 3ans à l'âge adulte) sont deux autres outils permettant d'évaluer la sévérité de la symptomatologie au différent âge de la vie, il consiste à observer la personne évaluée au cours d'études thérapeutiques.

## **2.9. L'évaluation clinique du fonctionnement:**

### **2.9.1. L'observation du comportement :**

Il s'agit d'une étape très importante qui s'organise lors des activités structurées en présence de l'adulte afin de bien reconnaître les signes témoignant d'un développement atypique durant la période de la petite enfance. Elle permet d'analyser la nature et la qualité de ses interactions avec ses parents et sa fratrie, la capacité de communication, la nature et la qualité de ses jeux, l'autonomie, l'alimentation et son sommeil ainsi que le niveau d'adaptation de certains comportements (Rogé, 2002,p8). Cela permet de favoriser une meilleure appréciation des limites et des ressources dans les milieux d'accueil.

Les vidéos familiales font partie des outils utilisés pour faciliter l'observation des comportements de l'enfant et surtout les comportements rares qui risquent de se manifester peu à la présence de l'observateur lors des séances d'évaluation. Ces films permettent de repérer les signes précoces de l'autisme, ils permettent également d'apprécier plus finement l'évolution de l'enfant à travers les bilans réguliers qui sont pratiqués, ils sont enfin un instrument de dialogue avec les familles et avec les éducateurs (Guidetti, tourrette, colin, 1996, p133).

### **2.9.2. Examen Psychologique :**

Cet examen permet au professionnel de recueillir des informations sur le niveau intellectuel de l'enfant et de mieux prédire les troubles ainsi que les capacités exceptionnelles de l'enfant, surtout que la présence du retard mental chez les personnes avec TSA est très fréquente cela justifie l'importance des évaluations du niveau intellectuel pour finaliser les processus de l'évaluation et compléter la description du profil clinique de l'enfant mené par une équipe multidisciplinaire et suivre l'évolution psychologique de l'enfant et redéfinir le projet en fonction de ses progrès (Barthélémy et al., 1994).

Le Quotient intellectuel (QI) est mesuré avec le test de Wechsler, Elles donnent un indice de QI basé sur 4 catégories : compréhension verbale, raisonnement perceptif, mémoire de travail et vitesse de traitement.

Quatre versions différentes sont disponibles :

- WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) : 3 à 7 an
- WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) : de 6 à 17 ans

- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) : dès 16 ans
- WNV (Wechsler Nonverbal scale of ability) : de 4 à 22 ans.

### **2.9.3. L'évaluation des capacités adaptatives :**

Il s'agit d'évaluer les capacités d'adaptation sur le plan de la socialisation, la communication et de la vie quotidienne ainsi que les habiletés motrices. L'échelle de Vineland (Vineland Adaptive Behavior Scale, Sparrow et al, 1984) est l'une des outils utilisés actuellement par les professionnels pour mesurer les comportements socio adaptatif de l'enfant et elle doit être remplie par un professionnel entraîné à son usage. Ce dernier doit coter l'échelle afin d'obtenir un âge de développement dans chaque domaine de compétence.

Il existe d'autres outils d'évaluation du niveau du développement des enfants autistes, entre autres on trouve le PEP-3 (Profil Psycho-Educatif, 3ème version, Schopler et al, 2004) (6 mois à 7ans) Ce test permet d'établir le profil psycho-éducatif de la personne évalué. Il peut être utilisé comme base du programme éducatif dans la prise en charge de l'enfant.

-Brunet Lézine (moins de 3 ans) un des tests utilisé dans l'évaluation des enfants autistes, il permet de mesurer le développement psychomoteur de l'enfant.

-Le KABC-II (Kaufman Assessment Battery for Children) (de 3 à 13 ans).Ce test décrit la façon dont l'enfant résout ses problèmes et son habileté à le faire.

-Le EFI (Evaluation des compétences Fonctionnelles pour l'intervention auprès d'adolescents et d'adultes ayant de l'autisme et/ou handicap mental sévère). L'évaluation permet de décrire le profil développemental et les capacités émergentes de la personne afin d'adapter au mieux son projet d'accompagnement (Unapei, 2013, p 29).

### **2.9.4. Examen orthophonique :**

Le langage est souvent la première source de préoccupation et d'inquiétude des parents de l'enfant autiste, il faut aussi noter qu'environ 50% des autistes n'ont pas de langage fonctionnel et tous les types de trouble du développement du langage peuvent être observés dans l'autisme dont la compréhension est toujours atteinte (Laplace, Neuveu, 2012). Et parmi ces problèmes de langage, on note l'écholalie qui est plus fréquente chez ces (Loveland et al ,1988).



Et ce qui permet de différencier un trouble spécifique du développement du langage d'un autisme est la présence d'une atteinte de la pragmatique du langage verbal et non verbal chez les seconds (Lozinski et Guilé, 2009) elle inclut les symptômes de retrait et de troubles de la relation tels que l'évitement du regard, l'absence de pointage...). De son côté, Rapin J (1999) considère que la dysphasie qui accompagne l'autisme n'est pas nécessairement la conséquence de sa déficience intellectuelle.

L'évaluation orthophonique d'un enfant autiste non-verbal permet de recueillir les informations nécessaires sur la façon dont il communique et comprendre ses difficultés et ses points forts afin d'établir un profil précis et pouvoir construire un plan thérapeutique adapté à son niveau du développement. Actuellement, il n'existe que peu d'outil d'évaluation des enfants autistes (non-verbaux), On cite « le grille de Wetherby et Prutting ». Il s'agit d'un examen filmé ou l'examineur alterne entre séances de jeu structuré et de jeu libre qui permet d'évaluer le profil de la communication. On cite aussi « Le Reynell », un autre outil utilisé par les orthophonistes il évalua les processus du développement langagier des enfants entre 12 mois et 5ans.

### **2.9.5. Le bilan sensorimoteur :**

Ce bilan permet d'examiner le système visuel et les modalités vestibulaires ainsi que les modalités tactiles (Bullinger, A. 2004). L'évaluation de la motricité se fait en examinant le tonus, les postures, les coordinations manuelles, les stéréotypies, les praxies (Baghdedli, 2006).

Il existe d'autres échelles d'évaluation de l'autisme comme la CBCL (Achenbach, 1991), cet outil explore des domaines qui sont minutieusement examinés en tenant compte des spécificités des autistes. On trouve aussi l'ECA ou échelle d'évaluation résumée du comportement autistique, cette échelle se compose de vingt items dont les dix premiers items correspondent aux manifestations les plus caractéristiques de l'autisme ; retrait autistique, troubles de la communication verbale et non verbale, réactions bizarres à l'environnement. Cette échelle peut être répétée dans le cadre d'un suivi éducatif ou thérapeutique, d'une observation longitudinale ou d'une recherche prospective (Petot, 2003, p481).

### **2.9.6. Les difficultés rencontrées avant le diagnostic de l'autisme :**

La question d'un diagnostic précoce pour les enfants porteurs d'un autisme est très sensible et surtout sur le plan du devenir de cet enfant. Si l'enfant est diagnostiqué tôt cela lui permettra une intervention adaptée et rapide donc plus efficace pour une meilleure gestion de son trouble et aider sa famille à faire face aux difficultés rencontrées au quotidien. Mais il faut également réfléchir aux inconvénients du retard pris pour obtenir un diagnostic précoce et qui peut être dû au manque d'expérience des parents ou de la personne qui s'occupe de lui en matière de connaissances sur le développement de l'enfant typique, ou bien par négligence des signes en les interprétant comme un retard du développement.

Le manque d'expérience des professionnels peut également être en cause surtout avec le manque de structures spécialisées, et il arrive que la formation des médecins généralistes ou spécialistes sur la symptomatologie précoce de l'autisme soit pauvre ou alors l'inadaptation des outils habituellement utilisés pour faire le diagnostic pour le plus jeune âge, surtout que les signes précoces peuvent être discrets et ne représentent généralement que de légères déviations par rapport au développement normal (Rogé, 2002).

Par ailleurs, le diagnostic différentiel pose toujours problème car il est parfois difficile, sinon impossible de séparer clairement la part de l'autisme et celle d'un déficit intellectuel profond face au tableau clinique observé (Lemay, 2004, p230) mais dans ce cas, le diagnostic différentiel a moins d'importance, car ce qui va guider le type de services à proposer est plutôt la lourdeur de la déficience sur le plan intellectuel et ces enfants ont probablement besoin d'un soutien individualisé (Tassé et Morin, 2003, p78).

### **2.10. Les interventions proposées :**

La prise en charge de l'autisme fait appel à plusieurs interventions diversifiées dont aucune ne se distingue comme la plus efficace pour l'ensemble des personnes souffrant d'autisme. Baghdedli et coll (2007) ont adressé un état des lieux des différentes pratiques d'interventions éducatives, pédagogiques, thérapeutiques proposées au plan international et ils ont souligné le manque de données publiées sur l'efficacité des interventions et en particulier les pratiques institutionnelles en France.

Et selon Merley, R. Charles, Y.-C. Blanchon, V. Rousselon (2013), , il s'avère indispensable d'offrir à ces enfants des médiations thérapeutiques individualisées dans un environnement structuré dans le but d'adapter l'accompagnement proposé à la déficience spécifique de communication et de socialisation ainsi qu'à l'âge de développement. Ces auteurs ajoutent que les particularités relationnelles des jeunes enfants autistes entraînent une gêne à l'installation des interactions précoces, génératrice de troubles adaptatifs réactionnels qui imposent un travail de collaboration et de guidance parentale cela afin de favoriser l'adaptation de la famille à cet enfant différent.

Dans les sous chapitres suivant, on va décrire d'une façon bref les différents types d'interventions destinées aux personnes porteur d'autisme et pour commencer on va parler d'abord des traitements médicamenteuses.

### **2.10.1. Les médicaments :**

Aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme ou les TED (HAS, 2012). Hyman et Levy (2002) ont parlé des différentes catégories de traitements utilisés avec les TSA comme les vitamines (B6, A, C), le magnésium, le régime sans gluten, sans caséine, la sécrétine, les antibiotiques, les antiviraux.

Pour Baghdadeli, Aussilloux et Noyer (2007), il n'existe pas de traitements médicamenteux curatif de l'autisme, la proposition des médicaments spécifique à l'autisme est rendu difficile par le caractère multifactoriel de l'autisme, son hétérogénéité et la nature dimensionnelle de ces perturbations. L'objectif dans l'avenir est que ces traitements soit capable de modifier la trajectoire développementale des autistes et les enfants qui sont à risque de le devenir.

### **2.10.2. Méthodes éducatives :**

Il existe actuellement une certaine confusion entre pédagogie et traitement. Quelques professionnels prennent en charge les incapacités, les autres le handicap, alors que le mot « traitement », dans l'esprit d'un public définit la prise en charge d'une maladie et la pédagogie n'a jamais soigné une maladie biologique (Ionescu, 1993, p 182).

D'autres techniques comme le « paking » ont eu beaucoup de critique. Il s'agit d'envelopper l'enfant avec des linges froids et humides dont le réchauffement rapide est assuré avec des couvertures par les professionnels qui accompagne cet enfant et le réconfortent, Cette

méthode est utilisée avec les personnes autistes. Cette technique réservée aux cas d'autisme les plus sévères présentant des automutilations suscite une mobilisation importante de la part de l'association « Vaincre l'autisme » qui juge ce traitement « maltraitant » et diffuse sur Internet une vidéo, parodie des films d'horreur, qui vise à discréditer le « packing » (Chamak, 2012, p233).

Groupes d'entraînement aux habiletés sociales : Une étude (Liratni, Blanche, Pry, 2013) sur l'évolution de la symptomatologie et des compétences socio-communicatives de 5 enfants, présentant un autisme avec retard mental modéré, ayant participé à 20 séances de GEHS adaptées à leur niveau développemental. A bien montré que ce mode de prise en charge paraît pertinent pour développer la socio-communication chez ce type de patients. Ces résultats sont cependant fortement limités par l'absence d'une ligne de base et d'un groupe témoin et ne permettent pas d'imputer les progressions à la seule intervention.

### **2.11. Situation de l'autisme en Algérie :**

En Algérie, l'autisme est très mal connu et l'accès des enfants autistes à l'institution de prise en charge demeure difficile, par manque ou insuffisance d'établissements spécialisés dans l'accueil des personnes autistes, et le manque des professionnels formés sur l'autisme ainsi que le manque des « AVC » Axillaires de vie qui peuvent accompagner ces enfants dans leurs domiciles et dans les écoles. Mais grâce aux associations et à quelques bonnes volontés, la sensibilisation sur l'importance des centres spécialisés et l'accès aux écoles ordinaires connaît quelques éclaircies. Cependant, quelques écoles ont accepté de mettre en place de classes spécialisées pour accueillir ces enfants.

## **2.12. Les centres psychopédagogiques :**

Selon le Décret exécutif N 12-05 ,4 Janvier 2012 partant statut type des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisé pour enfants handicapés, publié dans le journal officiel de la république Algérienne N05:

Les centres psychopédagogiques sont des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisés pour enfants handicapés. Il s'agit de structures publiques à caractère administratif, placés sous la tutelle du ministère chargé de la solidarité nationale. Ces établissements ont pour missions d'assurer l'éducation et l'enseignement spécialisés des enfants et adolescents handicapés âgés de trois ans jusqu'à l'accomplissement de leurs cursus scolaire en milieu institutionnel spécialisé et/ou en milieu ordinaire, ainsi que de veiller à leurs santé, à leurs sécurité, à leurs bien être, et à leurs développement.

### **2.12.1. Les grades des éducateurs :**

Selon le Décret exécutif n° 09-353 du 8 novembre 2009 publié dans le journal officiel de la république algérienne N64 ;

Le corps des Educateurs regroupe quatre (4) grades :

- le grade des aides-Educateurs, mis en voie d'extinction ;
- le grade des Educateurs spécialisés ;
- le grade des Educateurs spécialisés principaux ;
- le grade des Educateurs spécialisés en chef.

#### **1) Les aides-Educateurs :**

Les aides-Educateurs sont chargés, selon leur profil, de participer à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie collective des pensionnaires en relation avec l'équipe pluridisciplinaire. A ce titre, ils sont chargés, notamment :

- d'assurer une éducation ou une rééducation spéciale adaptée aux populations prises en charge ;
- d'assurer l'accompagnement et l'encadrement lors des activités de restauration, d'hygiène corporelle et vestimentaire des personnes dont ils ont la charge ;

- d'assurer l'encadrement et l'assistance, lors de tout déplacement dans l'enceinte ou l'extérieur de l'établissement, des personnes prises en charge ;
- de s'acquitter des tâches connexes

## **2) Les éducateurs spécialisés :**

L'éducateur spécialisé est titulaire d'un baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant subis avec succès, une formation spécialisée de vingt-quatre (24) mois dans un établissement public de formation spécialisée. Les éducateurs spécialisés sont chargés, selon Leur profil, de participer à la prise en charge des populations se trouvant en situation d'handicap, de vulnérabilité, de détresse sociale ou d'inadaptation.

Ils sont chargés, notamment :

- D'assurer la prise en charge éducative et rééducative des mineurs placés en milieu fermé ou en milieu ouvert en relation avec l'équipe pluridisciplinaire, la famille et les institutions concernées ;
- de développer des activités d'éveil au profit des enfants en coordination avec le psychologue et le personnel désencadrement technique concerné ;
- de contribuer à la stimulation de la créativité des enfants, de favoriser leur autonomie et d'améliorer leur socialisation en coordination avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire ;
- de participer à la préparation matérielle des activités éducatives, ludiques et récréatives développées par l'établissement ;
- de veiller à la sécurité des enfants et adolescents pris en charge en milieu éducatif ;
- de développer des relations de confiance avec les parents et familles des personnes prises en charge.

## **3) Les Educateurs spécialisés principaux:**

Les Educateurs spécialisés principaux sont titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant subi avec succès une formation spécialisée de trente-six (36) mois dans un établissement public de formation spécialisée chargés d'assurer l'organisation des activités de

prise en charge résidentielle, en milieu ouvert, en milieu de l'éducation ou à domicile des populations concernées.

A ce titre, ils sont chargés, notamment :

- de veiller à l'insertion scolaire et familiale des mineurs pris en charge, en relation avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- d'accomplir un travail de proximité en direction des enfants, des adolescents et des adultes handicapés, en situation de danger moral, en situation d'inadaptation ou de détresse sociale ;
- d'aider les enfants et adolescents handicapés en difficulté sociale ou marginalisés à restaurer, à préserver et à développer leur autonomie et leurs capacités d'insertion sociale en relation avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- de participer à l'élaboration des projets individuels et institutionnels en relation avec l'équipe pluridisciplinaire et d'en assurer l'évaluation ;
- d'organiser les activités d'animation et de loisirs au profit des personnes prises en charge en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- de favoriser le développement de l'autonomie et des capacités d'apprentissage de l'enfant en relation avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- de participer, en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire, aux travaux de synthèse sur la situation des enfants et adolescents handicapés ou en situation de difficulté.

#### **4) Les éducateurs spécialisés en chef :**

Sont promus par voie d'examen professionnel parmi les éducateurs spécialisés principaux justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

Ils sont chargés, notamment :

- de veiller sur l'organisation des activités occupationnelles, physiques, sportives, d'animation et de loisirs au profit des personnes prises en charge en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- de participer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des programmes d'éducation spécialisée et d'en évaluer les résultats ;

- de participer à l'élaboration et/ou à l'adaptation des programmes et des moyens pédagogiques nécessaires à la prise en charge des populations accueillies ;
- de participer à la confection d'outils didactiques spécifiques liés à l'exercice de leurs tâches.



### **III. Etudes empiriques:**

Dans cette partie, nous essayerons de détailler les trois étapes de notre recherche :

- Exploration des contenus de la représentation sociale
- Exploration de la structure de la représentation sociale
- Observation des pratiques

Il nous semble pertinent de présenter dans un premier temps l'échantillon, la méthodologie et la procédure ainsi que le contexte pour chaque étape afin d'analyser nos résultats obtenus.

#### **1. Difficultés rencontrés :**

D'une part nous n'avons pas trouvé beaucoup de difficultés dans le recueil des données, mais nous étions obligé d'éliminer quelques éducateurs lors de la distribution du questionnaire ouvert car ils ne connaissaient même pas c'est quoi l'autisme. D'autre part, nous étions obligés de se déplacer vers la capitale Algérienne afin de compléter le nombre des éducateurs formés, indispensable pour le traitement statistique surtout avec le manque des centres d'autisme dans les régions de l'ouest.

Certaines éducateurs ont répondu sur le premier questionnaire en langue arabe littéraire et d'autres ont répondu en langue française. Donc on a traduit les réponses des enquêtés en langue française.

## **2. Exploration des contenus de la représentation sociale :**

### **2.1. L'échantillon :**

Notre échantillon se compose de 36 éducateurs non-expert sur l'autisme et qui exercent dans différents centres psychopédagogiques en Algérie. Ils ont participé à l'enquête en répondant sur le premier questionnaire ouvert en notant leurs noms et le lieu d'exercice et le statut professionnel (Titulaires/Stagiaires).

### **2.2. La méthodologie :**

Dans cette partie, nous nous intéressons surtout au contenu de la représentation. Pour le recueil des données, on va préciser dans les lignes suivantes l'ensemble des moyens et des techniques que nous avons utilisés. Nous avons adopté une approche pluri-méthodologique pour étudier le contenu de la représentation sociale de notre objet. Serge Moscovici a insisté sur l'importance de cette approche en disant : « la connaissance que les individus possèdent au sujet d'un objet et la manière dont celle-ci est organisée et utilisée par les individus et les groupes, implique la perspective incontournable de la pluri-méthodologie » (selon Apostolidis, 2003, p.14). Abric (1994a) soutient que « ... l'utilisation d'une technique unique n'est pas pertinente pour l'étude d'une représentation, [...] toute étude de représentation doit nécessairement se fonder sur une approche pluri-méthodologique... » (p.79).

Dans un premier temps, nous avons utilisé la technique interrogative, souvent appliquée dans les études portées sur les représentations sociales. Selon GHIGLIONE MATALON (1978), « on est obligé de recourir à l'interrogation pour saisir des phénomènes tels que les attitudes, les opinions, les préférences, les représentations..., qui ne sont pratiquement accessibles que par le langage, et qui ne s'expriment spontanément que rarement ». Et d'après QUIVY et VAN CAMPENDHOUDT (1988), l'enquête par questionnaire consiste « à poser un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard d'opinions ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse les chercheurs ».

Dans un premier temps, on a élaboré un questionnaire de type « ouvert » qui a été effectué auprès des éducateurs au niveau des centres psychopédagogiques. Il s'agit d'une question sans réponses préétablies, L'enquêté est invité à y répondre avec ses propres mots. Les sujets (N= 50) doivent répondre à une question brève, simple et précise en langue arabe littéraire : Pouvez vous définir l'autisme ? La consigne était de répondre de manière spontanée car il ne s'agit pas d'une évaluation, ce qui nous intéresse c'est d'avoir une idée sur la vision personnelle des professionnels sur l'autisme. Cette pré enquête a été déroulée dans les centres psychopédagogiques de Tlemcen et d'Ain Témouchent.

Partant de l'idée que toute représentation a un double aspect ; cognitif et social. Cognitif parce qu'elle suppose une tâche de connaissances pour traiter une information reçue, mais cet acte de connaissance est activé par une pratique influencé par le discours circulant dans la société (vergès, 2001, p538). On a élaboré ce questionnaire qui a pour but d'obtenir des données sur l'identification de l'autisme autrement dit, nous cherchions à savoir quels sont les terminologies employées par les éducateurs non formés sur l'autisme pour le définir ou pour le présenter. Ce qui va nous permettre de mettre le point sur leurs niveaux de connaissances en matière des critères de l'identification de l'autisme selon les classifications internationales des maladies et des troubles. D'un autre côté, ce questionnaire ouvert a pour but de recueillir des informations concernant les signes de l'autisme dans leurs représentations sociales de cet objet. Les éducateurs interrogés vont extérioriser leurs représentations internes par leurs réponses sur le questionnaire, ce dernier va permettre de recueillir les discours des sujets, « Concrètement l'étude d'une représentation doit reprendre pour en rendre compte, le langage, les catégories, les métaphores des sujets chez lesquels elle s'exprime » (Moscovici, 1972, p306).

Dans cette étape on a pris en considération les critères des réponses décrits par Claude Javeau qui a insisté sur l'importance du critère de la compétence du répondant, c'est-à-dire ; que les sujets interrogés doivent connaître l'objet des questions et se sentir concernés d'une manière ou d'une autre. L'auteur a parlé aussi du critère de la compréhension du répondant, ce dernier doit comprendre le sens des questions et pouvoir y répondre, et pour réaliser cela on a rédigé le questionnaire en langue maternelle des éducateurs comprise par tout l'échantillon. Javeau a parlé de la sincérité du répondant et l'importance de la fidélité. Ces deux derniers critères sont difficilement applicables et pose problème de validité et fiabilité du discours.

On a fait passer le premier questionnaire « ouvert » avec un échantillon de 36 éducateurs travaillant dans deux différents centres psychopédagogiques. Après avoir analysé le contenu des questionnaires nous avons repéré 39 mots produits et nous avons retenu les items (mots ou expressions) apparaissant le plus fréquemment dans les réponses des éducateurs en rapport avec le terme « autisme ». Une liste réduite de 15 items a ensuite été établie, cernant au mieux le champ de la représentation sociale de l'autisme.

### 2.3. Analyse de contenu :

L'analyse de contenu est une technique utilisée pour identifier les opinions, les croyances, les prises de positions et les points de vue véhiculés par les discours. Selon Ghigolione et Matalon (1985), il existe deux types de procédure dans l'analyse de contenu ; des procédures closes et les procédures ouvertes. L'adoption de la première procédure dite « close » implique la formulation préalable d'hypothèses. Ces dernières viendront soutenir la procédure close. Tandis que la procédure ouverte n'est guidée par aucunes hypothèses. Et l'analyse est beaucoup plus systématique et se centre sur la mise en évidence des différents aspects du discours, mais il est toutefois indispensable d'être orienté par un objectif minimal qui peut se résumer à l'énoncé de l'objet dont on étudie la représentation. La procédure ouverte est utilisée souvent lorsqu'on s'intéresse à un seul groupe de sujets.

Dans notre recherche, l'objectif est d'identifier les signes de l'autisme. Les réponses sur la question ouverte on été découpés en unités. L'importance d'une idée, d'une unité dans un texte est d'autant plus grande, que cette unité est fréquemment évoquée. Bardin (2001) a identifié plusieurs normes d'énumération possibles :

- La présence/l'absence d'un élément ;
- La fréquence d'apparition d'un élément ;
- La fréquence pondéré : pondération de certains éléments en fonction de leur importance pour le chercheur ;
- L'intensité : il est possible de coder l'intensité d'une attitude par exemple ou d'une opinion ;
- La direction : il s'agit d'évaluer un élément à partir de pôles (favorable/défavorable) ;
- L'ordre : on peut noter l'ordre d'apparition des unités.

Après avoir analysé le contenu des réponses, on a commencé un travail de catégorisation. Il s'agit d'une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre d'après des critères préalablement définis (Badin, 2001, p150). Il est important de faire la distinction entre l'analyse de contenu et l'analyse du contenu d'une représentation sociale. Le contenu d'une représentation sociale est formé par l'ensemble des éléments d'une représentation L'analyse du contenu est la méthode

par laquelle on examine ces éléments. Si l'analyse du contenu se réfère à la représentation sociale, l'analyse de contenu se réfère au discours (Flament, 1994).

Les participants ont répondu d'une façon directe avec des expressions qui ne nécessitent pas un codage. L'analyse de ces items a permis de dégager deux catégories dont 5 items correspondent à la définition de l'autisme et 10 items consacrés aux critères de la reconnaissance de la personne autiste. Et pour vérifier la fidélité de l'analyse, on a refais l'analyse pour une deuxième fois et nous avons obtenu les mêmes résultats.

D'après De-Single, le déroulement logique d'une enquête commence par la préparation, puis la réalisation et enfin, l'analyse (De-Singly, 1992). Notre analyse se construit comme suit ; Une première partie sur les terminologies employées pour identifier l'autisme. En seconde partie ; le repérage de façon exploratoire la structure des représentations sociales de l'autisme. A cet égard, l'analyse s'est essentiellement attachée à la fréquence de l'apparition des items dans l'échantillon qui n'ont suivi aucune formation sur l'autisme.

## **2.4. Résultats :**

### **2.4.1. Terminologies employées pour désigner l'autisme :**

Notre enquête est de type quantitative basée sur le questionnaire qui nous a permis de déterminer les items et « dégager le langage utilisé par la population concernée » (Abric, 2005, p53). Ainsi, on a constitué des catégories tout en respectant l'objectivité. L'analyse quantitative permet de « repérer l'organisation des réponses, de mettre en évidence les facteurs explicatifs ou discriminants dans un groupe, ou entre des groupes, de repérer et de situer les positions respectives des groupes étudiés par rapport à des axes explicatifs. » (Abric, 1994e, p.62).

Cette méthode d'analyse a évidemment a des limites. Selon Abric (1994), l'analyse de contenu est largement tributaire d'interprétations que même les méthodes les plus récentes ne parviennent à détacher de la subjectivité et des biais de lecture des analystes. » (p.61).

#### **La grille catégorielle est composée de deux éléments :**

La terminologie employée pour identifier l'autisme : Maladie, handicap, lésion cérébrale, trouble de comportement, trouble du développement. Et les critères qui permettent la reconnaissance de l'autiste : autrement dit, les signes de l'autisme.

L'analyse des données a permis d'obtenir une liste d'items en fonction de leurs fréquences et leurs importances pour notre thème de recherche. Ces items sont les éléments de la représentation qui ont été rangés dans l'ordre décroissant et la catégorie associée. Le postulat étant que plus un mot apparaît dans le corpus, et plus il apparaît en « tête de liste », donc évoqué spontanément, plus il est proche du mot inducteur (Ferrière, Morin-Messabel, 2012).

On peut aussi se pencher sur le nombre de réponses différentes émises par les éducateurs, qui fournit selon Flament et Rouquette (2003) un indice relatif à la stabilité intra et interindividuelle d'une représentation. L'auteur dit : « La détermination des bornes du nombre de types est très simple : au minimum, on aurait une seule réponse qui serait exactement répétée N fois (p62).

Ce type d'analyse consiste à "découper transversalement tout le corpus", avec une unité de Découpage qui est le thème. Et après avoir rassemblé les items recueillis du premier questionnaire ouvert, nous nous sommes trouvé confronté à un ensemble hétérogène d'unités sémantiques dont on les a classés en deux catégories : « définition de l'autisme » autrement dite ; la capacité d'identifier l'autisme et nommer correctement un trouble, et la deuxième catégorie concerne « les critères de la reconnaissance de l'autisme ». Cette analyse catégorielle consiste à regrouper dans des catégories les mots qui sont proches d'un point de vue sémantique. On crée deux catégories pour classer toutes les évocations des sujets car cette procédure permet d'approfondir nos analyses. Les réponses des éducateurs ont été regroupées dans un tableau sémantique. Nous allons présenter les items du premier questionnaire (tableau 1).

L'exploitation de l'ensemble des questionnaires montre clairement la primauté de l'item « Lésion cérébral » par sa fréquence (14) et son pourcentage (28%) et qui se poursuit successivement par les items « trouble du développement » et « trouble du comportement ». Ensuite viennent les autres catégories qui se succèdent jusqu'aux deux dernières qui ont marqué les fréquences et les pourcentages les plus faibles.

**Tableau (1) :** Classification des terminologies employées pour la désignation de l'autisme

Item	Fréquence
Lésion cérébral	14
Trouble du développement	10
Trouble du comportement	10
Handicap	8
Maladie	4

Selon nos résultats, la majorité des éducateurs considèrent l'autisme comme une lésion cérébral. Et d'autres le voit comme trouble de développement, et l'autre moitié considère l'autisme comme trouble de comportement.

Certain considèrent l'autisme comme handicap, cette terminologie employée peut être expliquée par la difficulté d'accessibilité, de compréhension, ou d'expression dans l'environnement remarquée chez les enfants autistes, partant de l'idée de Zribi & Poupée-Fontaine (2002) qui définissent l'handicap comme un "terme générique englobant des difficultés de natures, de gravités, de configurations et de causes très diverses" (p176).



Cette confusion nous amène à penser que quelque soit le vocabulaire utilisé : lésion cérébral, handicap, maladie, troubles de comportement, trouble de développement. Les éducateurs font peut être tous référence au même concept, ou bien qu'ils les confondent.

#### 2.4.2. Les signes de l'autisme :

La deuxième catégorie est sur les signes de l'autisme, l'analyse des réponses des éducateurs nous a permis d'obtenir 10 signes.

Le tableau suivant présente la liste des critères de différenciation de l'autisme classés par ordre selon nos résultats.

**Tableau 2** : Les fréquences d'apparition relative aux critères de l'identification de l'autisme :

Items	Fréquence
Isolement /replie sur sois même	20
Troubles de communication	20
Troubles des interactions sociales	14
Troubles du langage	14
Vis dans son propre monde	12
Troubles de l'humeur	11
Refus du changement	7
Comportement bizarres	5
Il ne parle pas	5
Ne fixe pas son regard	4

Le tableau 2 montre bien la primauté du critère « isolement » qui a été également exprimé par un autre terme ; « replie sur soi-même ». Et le critère « troubles de communication ». Le signe « troubles des interactions sociales » et « troubles du langage » a pris la deuxième place dans le classement des fréquences dans les réponses des éducateurs non experts avec le même taux de réponses.

Le signe « enfant qui vit dans son propre monde » a pris sa part dans les réponses des éducateurs. Ce critère est loin d'être une expression « clinique ». Ce critère a été souvent employé avant le signe « trouble de communication ».

Les troubles de l'humeur, le refus du changement ainsi que les comportements bizarres et l'absence du langage sont des critères qui ont été notés dans les réponses des éducateurs et ils sont plus ou moins proches des descriptions cliniques des signes de l'autisme. Mais comme on le sait déjà, chaque cas est particulier avec ses différentes formes en fonction de la gravité. Comme par exemple le syndrome d'Asperger étant la forme la moins handicapante avec la présence du langage.

### 2.4.3. L'analyse factorielle des correspondances (AFC):

L'AFC se révèle particulièrement pertinente pour assurer le traitement des données caractérisées par des fréquences, ce qui est le cas dans notre recherche. Pour affiner nos résultats, nous avons analysé les réponses des sujets en croisant les terminologies employées pour désigner l'autisme avec les critères d'identification. L'objectif étant de savoir comment les cognitions s'organisent autour de ces deux axes. L'AFC offre la particularité de fournir un espace de représentation commun aux variables et aux individus qui peut se résumer à un calcul de  $\chi^2$  généralisé (Laffly) fondé sur une table de contingence dans laquelle figurent en colonnes les signes de l'autisme et en lignes les terminologies de l'identification de l'autisme. Le tableau suivant résume les données obtenues après une deuxième analyse des réponses.

**Tableau 3 :** Croisement entre les deux catégories (Terminologie /Critères d'identification)

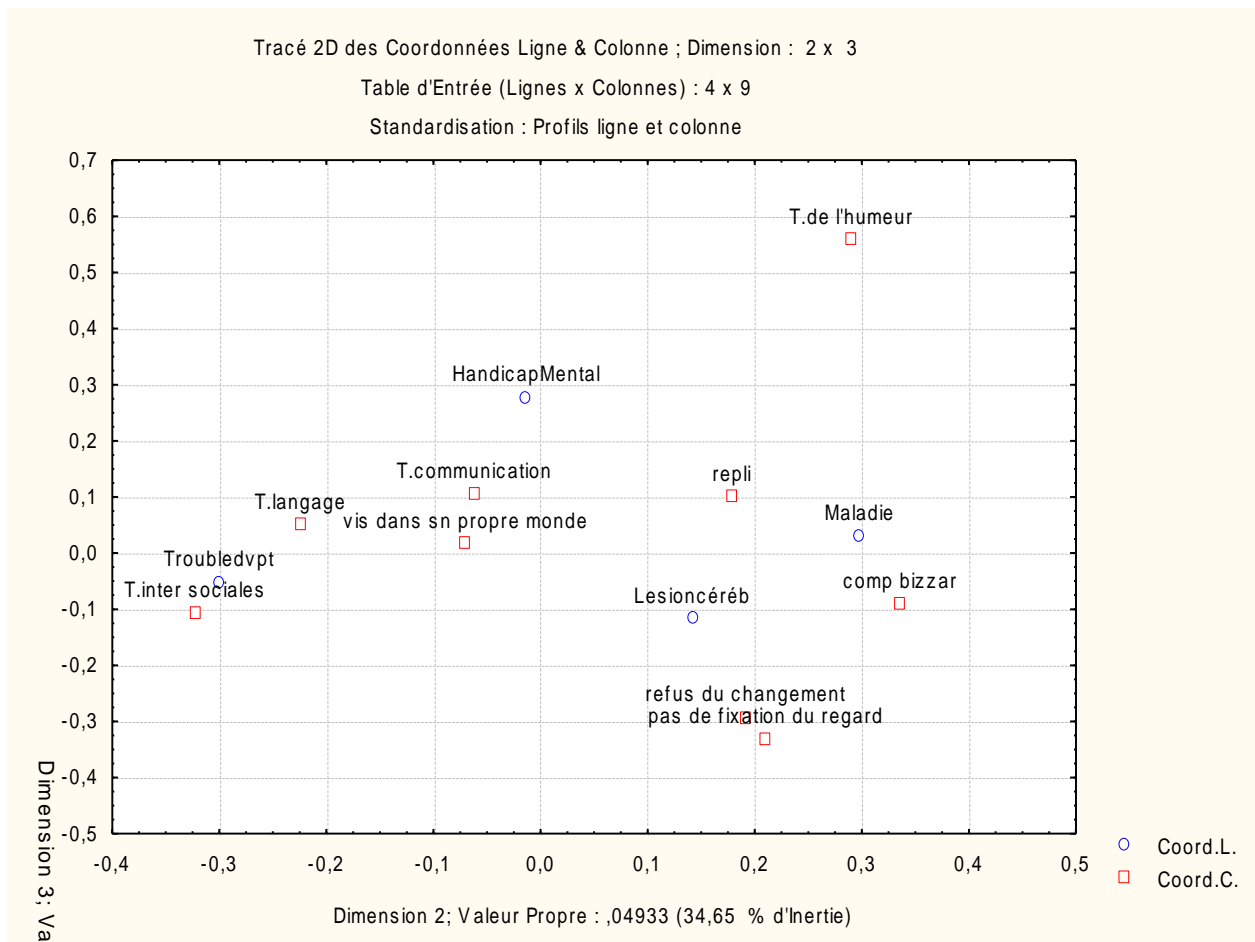
	Lésion cérébrale	Trouble développement	Maladie	Handicap Mental
Isolement	6	5	5	4
Troubles de Communication	7	6	2	5
Troubles des Interactions sociales	6	8	1	3
Troubles du langage	2	6	3	2
Il vit dans son propre monde	5	5	2	3
Troubles de l'humeur	1	0	0	1
refus du changement	4	1	0	1
comportements bizarres	6	3	4	2
Il ne fixe pas son regard aux autres	1	1	1	0

**Tableau 4** : Résultats de l'AFC

	Coord. Dim.1	Coord. Dim.2	Coord. Dim.3
Repli sur soi-même	0,160474	0,178502	0,099350
Troubles de communication	-0,172810	-0,061487	0,104711
Troubles des interactions sociales	-0,108311	<b>-0,322106</b>	-0,107020
Troubles du langage	0,395595	-0,223942	0,048632
Il vit dans son propre monde	-0,043770	-0,069471	0,015793
Troubles de l'humeur	<b>-0,821569</b>	0,290787	<b>0,557354</b>
Refus du changement	<b>-0,651030</b>	0,191866	-0,293812
Comportements bizarres	0,123531	<b>0,336355</b>	-0,092023
Ne fixe pas son regard aux autres	<b>0,468823</b>	0,210946	<b>-0,331821</b>
<b>Lésion cérébrale</b>	-0,247519	0,142183	-0,118476
<b>Troubles du développement</b>	0,131418	<b>-0,300031</b>	-0,052786
<b>Maladie</b>	<b>0,495920</b>	0,298408	0,030045
<b>Handicap Mental</b>	-0,196213	-0,013010	0,276609
% inertie	51,22%	34,65%	14,13%

Afin d'éclaircir nos résultats obtenus, nous avons utilisé un graphe pour mieux visualiser la typologie des lignes et des colonnes et étudier le lien entre ces deux typologies.

*Graphisme 1 Profils lignes et profils colonnes sur axe 1 et axe 2*



On note une opposition entre le point « maladie » et le point « trouble du développement ». Lésion cérébrale et « handicap sont deux variables qui sont proches ou confondu (angle de 0°) cela signifie qu'ils sont corrélés positivement. Il est probable que les critères qu'ils sont représentés soient très similaires.

On note une proximité autrement dit, une attirance ou une ressemblance quand une modalité est proche d'une autre, Par exemple les éducateurs qui ont considérés l'autisme comme maladie ont également cités le critère « repli sur soi-même ». Tandis que les éducateurs qui ont considéré l'autisme comme un trouble du développement, ils ont cités le critère « Troubles des interactions sociales » comme signe de l'autisme. On note également l'éloignement d'une modalité par rapport à une autre et cela indique une répulsion.

### Exploration de la structure :

Et afin de mettre en évidence l'organisation de la représentation, nous avons adopté, pour notre étude, une méthodologie qui associe le questionnaire ouvert et une nouvelle méthode nommée « Test d'Indépendance au Contexte » (T.I.C). Cette approche va nous permettre d'identifier les éléments centraux et les éléments périphériques et qui permettra d'étudier la représentation sociale d'une manière fiable. Nous allons présenter dans le chapitre suivant ce nouveau test (T.I.C) d'une façon plus détaillée. Les répondants ont identifié leur sexe ainsi que le statut professionnel et le nom du centre où ils travaillent sur la fiche des réponses.

Après le premier recueil des données, nous nous sommes retournés sur le « terrain », toujours dans les centres psychopédagogiques et nous avons demandé à 23 éducateurs non-experts en autisme de répondre à un deuxième questionnaire que nous allons le présenter d'une façon plus détaillée dans les points suivants.

### **3.1. Matériel du recueil des données:**

A partir des items obtenus après une analyse des questionnaires, on a ensuite construit le Test d'Indépendance au Contexte. Le T.I.C permet de déterminer le statut structural (central vs. périphérique) des éléments constituant une représentation, et d'ainsi rendre compte de leurs importances respectives (Lheureux, 2010). Il est important de se rappeler que les éléments centraux sont définis comme consensuels, générateurs et organisateurs du reste de la représentation, ainsi que "relativement indépendants du contexte immédiat" (Abric, 1994), tandis que les éléments périphériques sont plutôt instables et peuvent être plus ou moins proches du noyau central.

Le T.I.C se présente sous la forme d'une liste de questions testant le caractère indépendant ou dépendant du contexte, pour les sujets interrogés. Par exemple, il a été demandé : "À votre avis, peut-on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui a des comportements bizarres ? Venaient ensuite quatre choix de réponse : "non", "plutôt non", "plutôt oui" et "oui". La formulation "toujours, dans tous les cas" opérationnalisant l'idée d'indépendance au contexte, une réponse positive en choisissant « oui », « plutôt oui » signifiait dès lors que pour le répondant l'élément concerné est valide en toutes situations et dans tout les cas. Grâce au TIC on va pouvoir estimer, notamment, l'importance des éléments relatifs au rôle propre et vérifier, pour chaque élément, s'il est lié et donne sens à l'objet de la

représentation d'une façon trans-situationnelle ou non (Lo Monaco, Lheureux et Halimi-Falkowicz, 2008).

### **3.2. Procédures :**

A partir de la liste des mots obtenus dans la première phase empirique, on a construit un test d'indépendance au contexte. Et les participants (N= 23) devaient remplir individuellement le questionnaire basé sur le T.I.C (Annexe 02) Afin de dégager les éléments centraux et les éléments périphériques de la représentation. Il faut noter que ce test a été appliqué avec éducateurs dans un centre psychopédagogique à Tlemcen (N=11) et un autre dans une autre ville Ain Temouchent (N= 12).

Afin d'affiner nos analyses, nous avons tenté de comparer les représentations sociales de l'autisme en fonction de différents critères ; Les facteurs tels que le sexe et le statut professionnel.

#### **A) Les représentations sociales de l'autisme en fonction du sexe :**

Il s'agit de vérifier si le noyau central et les éléments périphériques sont les mêmes pour les femmes (N= 17) et pour les hommes (N=6) de notre échantillon. Le poids numérique des femmes (17 soit 73,91%) est largement supérieure à celui des hommes (6 soit 26,08%). Cette répartition sexuelle de notre population rend bien compte de la prédominance des femmes sur les hommes dans les centres psychopédagogiques en Algérie. On pourra expliquer cette dominance numérique des femmes sur les hommes par le fait que celles-ci s'investissent plus que les hommes dans le domaine de la prise en charge des enfants porteur d'une déficience intellectuelle en Algérie.

#### **B) Les représentations sociales de l'autisme en fonction du statut professionnel :**

Il nous paraît aussi intéressant de comparer les représentations sociales de l'autisme selon le statut professionnel des éducateurs non formés sur l'autisme, sachant que les titulaires (N= 9) et les sujets qui sont en attente d'affectation (N= 14).

### 3.3. Résultats :

Après l'analyse des données du test d'indépendance au contexte avec les 23 éducateurs non experts en autisme au niveau des deux centres psychopédagogiques, on a obtenu les résultats suivants (Tableau 3).

Nous avons utilisé un test Kolmogorov-Smirnov afin de connaître le seuil à partir duquel un élément pourra être considéré comme central. En effet, si le sujet répond « probablement oui » ou « certainement oui » au T.I.C., c'est qu'il l'inclue dans sa représentation, s'il répond « Probablement non » ou « certainement non », c'est qu'il ne l'inclue pas dedans.

Nous réaliserons ici une analyse de nos hypothèses une par une.

*Hypothèse 1. Les éducateurs partagent entre eux une représentation sociale de l'autisme.*

Nous rappelons que le seuil de centralité déterminé par le test de Kolmogorov-Smirnov pour les 23 sujets est de 0,736 significatif à .05. Or, c'est seulement lorsqu'un item est accepté par plus de 73,6% de la population qu'il sera considéré comme central.

**Tableau 05 :** Contenu de la représentation sociale de l'autisme chez les éducateurs « non-formés sur l'autisme »

item	Non	Oui	Plutôt non	Plutôt oui	Oui+plutôt oui	%	
Propre monde	8%	65%	0%	27%	21	<b>0,91304348</b>	<b>Noyau central</b>
Troubles de communication	4%	56%	17%	21%	18	<b>0,7826087</b>	
Comportements bizarres	13%	43%	17%	26%	16	0,69565217	Périphérie
Troubles des interactions sociales	21%	39%	14%	26%	15	0,65217391	
Refus du changement	34%	44%	5%	18%	14	0,60869565	
Isolé/replié sur soi-même	17%	34%	21%	26%	14	0,60869565	
Troubles du langage	26%	39%	13%	21%	14	0,60869565	
Troubles de l'humeur	39%	34%	0%	26%	14	0,60869565	
Ne fixe pas son regard	26%	30%	30%	13%	10	0,43478261	Éléments contrastés
Ne parle pas	65%	13%	13%	9%	5	0,2173913	

N=23 ; K.S.= .736

Les participants en situation du teste d'indépendance au contexte déclarent qu'un enfant autiste est un individu qui vit dans son propre monde et qu'il a des troubles de communication. Des éléments non négociables dont l'absence ne permet pas de reconnaître l'objet de la représentation. Ce rapprochement ne correspond tout a fait pas aux critères décrits par l'organisation mondiale de la santé OMS (1994) qui considère l'autisme comme un trouble envahissant du développement (TED) caractérisé par des perturbations quantitatives et qualitatives de la communication verbale et non verbale, des relations sociales, accompagnées d'intérêts restreints. Ces troubles (TED) ou TSA selon la nouvelle classification du DSM-5 et qui regroupent des formes hétérogènes de troubles comme par exemple le syndrome de RETT, Asperger, autisme atypique, etc. Et ces troubles sont souvent associés à d'autres problèmes comme le retard mental ou des troubles de sommeils, l'épilepsie, etc.

Notre échantillon d'éducateurs n'ont pas present en considération le fait que ces critères de reconnaissance de l'autisme sont variables d'un cas à l'autre mais aussi au cours de la vie du même individu.

### **3.3.1. Comparaison selon la variable « statut professionnel » des éducateurs :**

Pour comparer les représentations sociales selon le statut professionnel des éducateurs non experts en autisme. Il s'agira de repérer si des rapprochements peuvent être mis en évidence entre les représentations sociales des éducateurs titulaires (N=9) et des éducateurs stagiaires (N=14).



**Tableau 6** : Résultats su test d'indépendance au contexte chez les éducateurs stagiaires

Item	Non	Oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt oui+oui	%	
Isolement/Replis sur soi-même	3	5	2	4	14	1	Noyau Central
Enfant qui vit dans son propre monde	2	9	0	3	12	0,85	
Troubles de la communication	1	8	3	2	10	0,71	Eléments périphériques
Comportements bizarres	1	8	2	2	10	0,7142	
Troubles de l'humeur	5	6	0	3	9	0,642	
Refus du changement	4	7	1	2	9	0,642	
Troubles du langage	4	5	2	3	8	0,57	
Troubles des interactions sociales	4	5	3	2	7	0,50	
Ne fixe pas son regard	4	5	5	1	6	0,4385	
Il ne parle pas	7	3	2	2	5	0,3571	

N=14, K.S=0.80

Pour les éducateurs stagiaires, l'élément central de leurs représentations sociales de l'autisme se compose de deux éléments ; « l'isolement » et « Un enfant qui vit dans son propre monde ». Ces deux éléments représentent le noyau central de leur représentation sociale de l'autisme, ils sont stables et non-négociables.

**Tableau 7** : Les résultats du test d'indépendance au contexte chez les éducateurs en poste titulaires

Item	Non	Oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt oui+oui	%	
Enfant qui vit dans son propre monde	0	6	0	3	9	1	<b>Noyau Central</b>
Troubles de communication	0	5	1	3	8	0,88	
Troubles des interactions sociales	1	4	0	4	8	0,88	
Troubles du langage	2	4	1	2	6	0,66	<b>Eléments Périphériques</b>
isolement	1	3	3	2	5	0,55	
Troubles de l'humeur	4	2	0	3	5	0,55	
Refus du changement	4	3	0	2	5	0,55	
Comportements bizarres	2	2	2	3	5	0,55	
Ne fixe pas son regard	2	2	2	3	5	0,55	
Ne parle pas	8	0	1	0	0	0	

N=9,K.S=0.79

Pour les éducateurs titulaires, un enfant autiste est toujours et dans tout les cas un enfant qui vit dans son propre monde et qui souffre de troubles de communication et de troubles des interactions sociales.

Nous observant que l'item « enfant qui vit dans son propre monde » reste stable quel que soit le statut professionnel des éducateurs non experts en autisme.

### 3.3.2. Comparaison des résultats selon le sexe des éducateurs :

Il nous paraît ainsi important d'analyser les différences ou convergences entre les représentations chez les éducatrices (N=17) et les éducateurs (N=6).

**Tableau 8** : Résultats du test d'indépendance au contexte chez les éducatrices

Item	Non	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui+oui	%
Enfants qui vit dans son propre monde	1	11	0	5	16	0,941176
Troubles de communication	1	9	3	4	13	0,764758
Comportements bizarres	1	9	3	4	13	0,764705
Troubles de l'humeur	5	8	0	4	12	0,705882
Isolement /Replis sur soi-même	3	8	3	3	11	0,647058
Troubles des interactions sociales	3	6	3	5	11	0,647058
Refus du changement	5	7	1	4	11	0,647058
Troubles du langage	4	6	3	4	10	0,588235
Ne fixe pas son regard	4	3	7	3	6	0,352941
Il ne parle pas	11	2	2	2	4	0,23529

N=17 ; K .S.= .73

Pour les éducatrices, un enfant autiste est toujours et dans tout les cas un enfant qui vit dans son propre monde et qui a des troubles de communication et des comportements bizarres. Il s'agit du noyau central de leurs représentations sociales de l'autisme.

**Tableau 9** : Les résultats du test d'indépendance au contexte chez les éducateurs

Item	Non	Oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt oui+oui	%	
Enfant qui vit dans son propre monde	1	4	0	1	5	0,8333333	<b>Noyau central</b>
Troubles de communication	0	4	1	1	5	0,8333333	
Troubles des interactions sociales	2	3	0	1	4	0,6666666	<b>Éléments Périphériques</b>
Troubles du langage	2	3	0	1	4	0,6666666	
Comportements bizarres	2	1	1	2	3	0,5	
Refus du changement	3	3	0	0	3	0,5	
Troubles de l'humeur	4	0	0	2	2	0,3333333	
Isolement/Replis sur soi-même	1	0	3	2	2	0,3333333	
Il ne parle pas	4	1	1	0	1	0,1666666	
Il ne fixe pas son regard	2	4	0	0	4	0,6666666	

N=6, K.S=.79

Tandis que pour les éducateurs (hommes), les éléments centraux de leurs représentation sociale de l'autisme se compose de deux éléments : « enfant qui vit dans son propre monde », « troubles de communication ».

Pour conclure, quel que soit leur sexe, les éducateurs ont considéré le critère «enfant qui vit dans son propre monde » comme élément central qui caractérise l'enfant autiste toujours et dans tout les cas. Il s'agit du noyau central de leurs représentations sociales de l'autisme.

Au regard des résultats obtenus après l'analyse de variance, on note une variation suivant l'influence des critères ; sexe, statut professionnel, sur les modalités des représentations de l'autisme.

Nous pouvons résumer les résultats en fonction des variables sexe des éducateurs et statut professionnel comme suite :

**Tableau 10** : Récapitulatif des éléments centraux des représentations sociales chez les éducateurs en fonction de leurs sexes et leur statut professionnel

	Sexe		Statut professionnel	
	Femme	Homme	Titulaire	Stagiaire
<b>Noyau central</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfant qui vit dans son propre monde</li> <li>-Troubles de communication</li> <li>-Comportements bizarres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfant qui vit dans son propre monde</li> <li>-Troubles de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfant qui vit dans son propre monde</li> <li>-Troubles de communication</li> <li>-Troubles des interactions sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Isolement</li> <li>-Enfant qui vit dans son propre monde</li> </ul>

## **4. Observation des pratiques :**

### **4.1. Procédures :**

Partant de l'idée que toute représentation est cognitive puisque elle suppose une tâche de connaissance pour traiter une information mais cet acte de connaissance est activé par une pratique et influencé par des discours circulant dans la société (Vergé, 2001). Il nous semblait intéressant d'étudier le lien entre représentations sociales et pratiques éducatives nous avons observé 10 éducateurs non-experts en autisme et qui exercent dans différents centres psychopédagogiques dans l'ouest de l'Algérie, dont 4 éducatrices au centre de la wilaya de Tlemcen (Birwana) et 6 éducatrices au sein du centre de la wilaya d'Ain Temouchent. On a ensuite observé les 10 éducatrices expertes qui prennent en charge des enfants autistes au niveau des centres de l'autisme, dont 4 éducatrices exercent au centre de l'autisme (Tlemcen) et 6 éducatrices exercent au service de la prise en charge des enfants autistes au niveau de l'hôpital du jour « Hocine Day » à Alger.

Dans cette phase nous avons cherché à étudier l'impact des représentations sociales de l'autisme sur les pratiques éducatives des éducateurs non-expert en autisme. Et pour réaliser ceci, on a utilisé la méthode d'observation afin de récolter des informations sur leurs pratiques professionnels considérés comme adaptés aux enfants autistes (selon eux).

Pendant les observations, notre attention a été portée également sur : le mode d'organisation, les tâches des éducateurs, les procédures administratives.

On a commencé par la construction d'une grille d'observation fonctionnelle élaborée à partir des observations des éducateurs formés sur l'autisme au niveau du centre de ressources autisme à Tlemcen et le centre d'Alger. On a pu dégager une liste de comportements éducatifs adaptés et jugée comme « bonnes pratiques » par ces éducateurs et on a cherché à savoir l'intention ou autrement-dite la fonction de chaque pratique éducative (selon les éducateurs) utilisée avec les enfants autistes. Cela va nous permettre de comparer les pratiques éducatives et leurs fonctions visées par les éducateurs non-experts au sein des centres psychopédagogiques.

Il nous semble important de se rappeler du fait d'absence d'un modèle standard ou d'un guide de « bonnes pratiques éducatives » utilisés avec les enfants autistes. C'est ce qui explique notre utilisation d'un modèle « pratiques éducatives adaptés aux enfant autistes »

construit à partir des observations des éducateurs qui ont eu une formation approfondie sur le domaine de l'autisme.

Le PEI ( programme d'enseignement individualisé) est le seul guide que nous nous disposons mais ce guide qui a été élaboré en 2009 par le ministère de l'éducation et il a été conçu pour appuyer les éducateurs des paliers élémentaire et secondaire de la province dans la planification et la mise en œuvre de programmes d'une éducation efficaces et adaptée destinés aux élèves en difficulté dont les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) font partie. Il propose des informations, des stratégies et des pratiques qui peuvent être utilisées dans les écoles et les salles de classe, les matières et les cours appropriés aux élèves en difficulté et il permet aux enseignants d'évaluer le progrès des enfants et les communiquer aux parents régulièrement.

Et pour commencer la deuxième partie de notre étude, On a utilisé la méthode de l'observation non participante des éducateurs experts au sein du centre de ressource autisme à Tlemcen et les éducateurs du service de la prise en charge des enfants autistes entre 3 et 10 ans au niveau du service de pédopsychiatrie EHS « Dire- Hocine » à la clinique Garidi II Koukba à Alger. Cette étape a pour but de réaliser une grille d'observation (Annexe 04) afin de l'appliquer avec notre échantillon des éducateurs non-experts de l'autisme au sein des centres psychopédagogiques. Nous allons développer cette étape dans le chapitre suivant.

Dans un deuxième temps nous avons traité la question de l'impact des représentations sociales de l'autisme sur les pratiques éducatives chez les éducateurs non formés sur l'autisme. Et nous avons utilisé l'observation non participante afin de recueillir toutes les informations nécessaires sur les pratiques professionnels des éducateurs en prenant en considération la particularité des enfants autistes et leurs sensibilités devant tout changement ou une présence d'un inconnu lors des séances de travail. Et pour éviter le risque de modification des comportements par les éducateurs à cause de la présence de l'observateur, nous étions obligé de dire aux éducateurs que ce sont les enfants autistes qui seront observés et non pas eux. Cette technique nous a permis d'occuper une position neutre vis-à-vis du terrain. Pour ce faire, une première série d'observation non participante a été entreprise dans le but d'analyser les actes éducatifs des éducateurs experts sur l'autisme et qui travaillent au niveau du centre spécialisés de l'autisme en les interrogeant sur leurs intentions ou alors les fonctions de chaque pratiques éducatives. L'observation a été portée sur 10 éducatrices pendant des périodes de séances éducatives variant de deux heures pour chaque éducatrice.

Pour utiliser l'observation comme méthode de recueil des données, il été nécessaire de mettre en place un plan de travail en commençant par l'identification des objectifs de L'observation, prendre connaissance du terrain et définir le plan général d'observation (qui observer ? et quand ?) et définir la grille d'observation pour un recueil systématiques de données, il s'agit de noter les comportements à observer et les caractéristiques à repérer comme la durée des séances , la fréquence des comportements et des activités. Ainsi que la détermination des modes d'observation autrement dite, vérifier si les pratiques éducatives sont en mode continu ou par séquences. Et décrire les différentes méthodes utilisées dans la prise en charge des enfants autistes que se soit dans les centres psychopédagogiques ou dans les centres spécialisés de l'autisme afin de pouvoir les comparer et essayer de relier les pratiques éducatives avec les représentations sociales de l'autisme chez les sujets non-experts.

Nous avons profité des pauses pour interroger les éducateurs sur leurs intentions visés par les pratiques notés durant les observations. Cette étape est bien expliquée dans le chapitre consacré à la procédure de la partie méthodologique de notre étude.

Notre attention été également portées sur le système d'organisation de ces centres, les attitudes des éducateurs et leurs comportements envers les enfants, types d'activités. D'une façon générale, la relation entre les éducateurs et les enfants autistes.

## **1. Echantillon :**

Puisque notre étude porte sur l'observation des pratiques éducatives chez les éducateurs, nous avons sélectionné les éducateurs qui répondaient à cette restriction. En effet, on a retenu des éducateurs formés sur l'autisme et qui possèdent d'une expérience dans ce domaine et d'autres éducateurs non formés sur l'autisme et peu d'entre eux a eu une expérience de travail avec les enfants autistes. Tous les éducateurs ont accepté volontairement d'être observés après avoir expliqué le motif de la recherche.

L'échantillon se compose de 10 éducateurs qui ont été observés et elles sont toutes des femmes. Quatre parmi eux travaillent au centre de ressource autisme à Tlemcen et 06 éducatrices exercent leurs métiers au niveau du service de prise en charge des enfants autiste au service de pédopsychiatrie à Alger. Elles ont toutes un statut « titulaire ». Elles ont été observées au moment des séances éducatives avec les enfants autistes.



La deuxième catégorie regroupe les éducateurs non formés sur l'autisme et qui travaillent au niveau du centre psychopédagogique dans la wilaya de Tlemcen et la wilaya de Ain Temouchent dans l'ouest de l'Algérie. Cette catégorie est formée de 10 éducatrices et elles sont des éducatrices titulaires dans les deux centres psychopédagogiques.

### **4.3. Analyse de la situation éducative dans le centre de ressource autisme de Tlemcen:**

Dans cette partie, nous allons décrire les différentes fonctions accomplies au niveau du centre de ressource autisme à Tlemcen. Le premier centre de ce genre dans l'ouest de l'Algérie. Ce centre accueille et aide les parents à réaliser les évaluations et les examens nécessaires pour constituer le dossier médical de chaque enfant ainsi que la mise en place des programmes éducatifs précoces et adaptés. Les professionnels organisent régulièrement des journées de sensibilisation pour faire connaître l'autisme ainsi que l'importance du dépistage et du diagnostic précoce. Ils organisent aussi des formations au profit des parents et des professionnels pour une meilleure prise en charge des personnes avec autisme ainsi que privilégier et encourager l'insertion des autistes dans le système scolaire.

### **4.4. Détermination du champ de l'étude :**

A la suite des relevés d'observation empirique qui ont été faits pendant la première approche avec les éducateurs formés sur l'autisme, il est apparu nécessaire de limiter les champs d'investigation. Cette étude se propose d'analyser les comportements des éducateurs dans l'action qu'ils mènent pour établir la communication avec les enfants autistes durant des séances éducatives ainsi que les analyses des différents programmes de travail dans les centres spécialisés et les centres psychopédagogiques.

Avant d'entreprendre une recherche systématique, il fallait établir un cadre de référence précis à l'intérieur duquel elle serait menée. Les comportements observés ce sont les comportements tels qu'ils se manifestent au moment des interactions entre les éducateurs et les enfants autistes.

#### **4.5. Condition de l'étude :**

On a enregistré tout les actes éducatifs observés durant la période donnée tout en évitant de tomber dans la sélection, puis ils ont été répertoriés en matière de leurs fonctions. Autrement dit, on les a catégorisés en fonction de l'intention visée par les éducateurs eux-mêmes.

On a remarqué plusieurs constatations comme par exemple : chaque acte éducatif peut être réalisé pour un seul ou plusieurs buts selon les intentions des éducateurs. Par exemple, l'éducateur peut répéter une activité déjà faite auparavant dans le but d'évaluer les compétences de l'enfant ou de lui faire apprendre une habileté précise.

#### **4.6. La grille d'observation :**

Devant le manque d'un modèle standardisé des « bonnes pratiques éducatives » on a élaboré une grille d'observation afin de l'utiliser durant nos séances d'observation des éducateurs non-experts. Il est essentiel de se rappeler que le seul guide existant est le PEI (Projet d'Enseignement Individualisé), mais comme il est destiné aux élèves en difficulté et non pas aux enfants autistes au niveau des centres d'accueil, nous nous n'avons pas pu l'utilisé comme modèle de pratiques éducatives.

Notre grille d'observation indique les actes éducatifs et les intentions des éducateurs, telle qu'elles pouvaient être aperçues objectivement durant l'observation et qui ont été vérifiés par des entretiens avec les éducateurs observés afin de confronter l'intention perçue lors des séances d'observation et celle qui été formulée par l'éducateur.

Afin de vérifier la fiabilité de nos relevés, on a refais les observations avec les mêmes éducateurs dans un autre jour au cours des mêmes activités. Et à la suite de cette vérification qu'on a pu établir notre grille d'observation.

Cette grille va être utilisée avec les éducateurs non formés afin de vérifier si leurs actes ont les mêmes fonctions que celles des éducateurs experts sur l'autisme.

L'enregistrement des actes pédagogiques sera fait comme suite :

- A chaque apparition d'un acte éducatif, il sera noté dans les cases (les lignes) réservées pour les actes observés, en cochant les colonnes qui contiennent les intentions.
- Si un acte déjà noté dans une activité passée et qui se réapparaît dans une autre activité on la note également.
- En outre, un acte éducatif peut apparaître pendant qu'un autre se prolonge. Ces actes sont alors pointés simultanément.

## 4.7. Résultats :

Nous allons désormais présenter les fonctions des différentes pratiques éducatives considérées comme « pratiques éducatives adaptées » après avoir observé les éducatrices expertes au niveau du CRA et le service de pédopsychiatrie.

- **Fonction d'amélioration des compétences** : qui vise à développer les domaines suivants ; la socialisation, la communication, le développement cognitif, l'autonomie et la motricité fine et globale ;
  - **Le développement de la socialisation** : Socialiser un enfant est tout à la fois l'insérer dans la vie sociale et culturelle et l'aider à acquérir des compétences, des connaissances et de savoir-faire (Ben Soussan, 2009). L'un des traits les plus marquants de l'autisme est la difficulté grave dans le domaine de l'interaction sociale.
  - **Le développement de la communication** : les enfants avec autisme présentent généralement des troubles de communication qui touche la communication verbale et/ou non verbale comme le retard ou l'absence du langage parlé, l'écholalie, une absence ou un retard dans le développement gestuel et les expressions mimique. Tandis que certains auront un langage fonctionnel bien que, comportant fréquemment des particularités dans la manière d'interagir avec autrui. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, le langage peut apparaître et disparaître.
  - **Le développement des apprentissages cognitifs** : Il s'agit de l'apprentissage de l'écriture, le dessin, les couleurs, les formes, les tailles, etc.
  - **Le développement des capacités motrices** : Plusieurs aspects d'un développement moteur atypique se retrouvent dans des sous-groupes de troubles du spectre autistique mais pas dans l'ensemble de ces troubles (Matron, Burack, 2012). On peut noter des problèmes dans ces compétences de petits mouvements, connus sous le nom de la motricité fine ou de grands mouvements ; on parle alors de motricité globale. Le contrôle de la motricité fine est nécessaire pour des activités comme l'écriture, dessin, l'habillage, porter une cuillère pour manger tandis que le contrôle de la motricité globale est nécessaire pour des activités comme la marche, l'équilibre, le saut et le sport en générale.

- **Le développement de l'autonomie :** Il s'agit d'un des composantes principales du comportement adaptatif qui se définit par « les aptitudes nécessaires qu'une personne doit avoir à un certain âge pour vivre de façon indépendante et fonctionner en toute sécurité et de manière appropriée dans la vie de tous les jours » (Ayanouglou,2012). L'autonomie regroupe des activités dites « de base » comme faire sa toilette, manger, s'habiller, etc. et les activités dites « instrumentales » qui sont nécessaires à un individu pour vivre dans la communauté comme gérer son argent, faire ses courses, etc. Elle est liée à des besoins communs à toutes personnes (Degenne-Richard, Cuxart, 2014).
  
- **Fonction d'apprentissage :** tous les actes éducatifs visent le développement des apprentissages. On a constaté deux types de méthodes d'apprentissage, un apprentissage par guidance et un apprentissage par imitation. Cet apprentissage est caractérisé par sa lenteur, l'aspect face à face, la précision des actes et la répétitions.
  - **L'apprentissage par guidance** se réalisera par la guidance manuelle ou bien la guidance par des directives. Il s'agit de stimuler l'enfant afin provoquer chez lui un comportement approprié guidé par des consignes verbales, des gestes, des démonstrations, ou des accompagnements physiques ;
  - **La guidance par des directives ;** il s'agit d'expliquer les consignes pour aider l'enfant à s'engager dans le comportement et ce type de guidance est souvent accompagné à des démonstrations gestuelles.
  - **La guidance imitative :** est la démonstration du comportement par les éducateurs et/ou les pairs. L'acquisition de l'imitation chez l'enfant est essentielle pour utiliser ce type de guidance.
  - **La guidance gestuelle :** Il s'agit de faire un geste afin d'indiquer à l'enfant ce qu'il faut faire dans une tâche donnée.
  - **La guidance manuelle :** C'est une aide physique de l'enfant pour s'engager dans un comportement. L'éducateur guide la partie du corps appropriée durant les activités éducatives.

- **La guidance visuelle** : L'éducateur utilise des pictogrammes, des images pour faire une démonstration avant de commencer une activité donnée comme par exemple, lui montrer des pictogrammes collés sur le mur et qui expliquent en séquences les différentes étapes pour laver les mains.

**Renforcement** ; L'utilisation d'un renforçateur et ce dernier a deux formes ; une forme d'objet préféré, d'un aliment désirable ou renforçateur social, comme il peut prendre la forme d'un stimulus social comme les félicitations verbales, des câlins, des applaudissements et autres. Le choix dépend de chaque cas car si un stimulus sera renforçant pour un enfant, il ne le sera pas pour un autre. L'éducateur présente à l'enfant son renforçateur le plus rapidement possible après l'apparition du comportement pour éviter de renforcer un autre comportement non visé. Et cette association comportement-renforçateur est répétée plusieurs fois pour garantir l'apparition régulière du comportement désiré.

On a remarqué aussi que les éducateurs formés ont évité la prolongation d'un renforçateur afin de ne pas diminuer progressivement sa qualité renforçant en prenant en compte sa durée qui ne dépasse pas les trois ou cinq secondes.

- L'autre fonction visée par les actes éducatifs est **l'organisation** et tout ce qui concerne la pédagogie utilisée au niveau de l'institution comme l'accueil des enfants et les réglementations du centre, le partage des enfants dans des groupes selon leurs niveaux du développement.
- **Fonction d'incitation** est un moyen d'encourager les enfants et d'attirer leurs attentions pour accomplir une tâche précise. Il suffit d'aider l'enfant verbalement afin qu'il ait des informations lui permettant d'effectuer ce qu'il faut faire durant une tâche donnée. Par exemple, on peut lui dire : « regarde la couleur bleu » si l'on veut porter son attention sur cette couleur afin qu'il mette ensemble des cubes bleus.
- **Fonction de la gestion des comportements** problème : Les enfants autistes peuvent présenter des comportements inadaptés dont leurs fréquences et leurs intensités varient d'un enfant à l'autre comme les comportements agressifs ou

gênants et souvent des stéréotypés. Ces comportements inadaptés peuvent être expliqués par la déviation de la théorie de l'esprit ou l'incapacité de l'enfant à comprendre et contrôler son environnement. Et pour gérer ce type de comportements, les éducateurs utilisent différentes méthodes. Par exemple afin de calmer un enfant en plein crise de colère, une assistante prend la mission de faire sortir cet enfant de la salle et l'emmener dans une autre salle et l'installer dans un coin « coussiné » et à l'écart des autres pour éviter tout types d'accidents physique. Le temps qu'il se calme, elle lui fait revenir dans la salle des activités. Si l'enfant refait sa crise elle l'accompagne encore une fois dans l'autre salle.

#### **4.7.1. Comparaison entre les résultats des deux groupes d'éducateurs (formés/ non-formé):**

Il nous a semblé intéressant de faire une observation des pratiques en lien avec les représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs non formés. Mais le problème de l'observation réside dans les risques d'induction comportementale qu'elle peut provoquer chez les personnes observées. Une manière de tourner le problème consiste à laisser penser à ces personnes que ce n'est pas elles qui sont observées. On pourrait alors pratiquer ainsi :

- 1) Phase d'observation : on prétend observer l'enfant et non pas l'éducateur.
- 2) Phase questionnaire : on interroge l'éducateur sur les fonctions de ses actes éducatifs.

Puisqu'un acte éducatif se caractérise par l'aspect polysémique autrement dit, un acte peut avoir différentes fonctions chez les éducateurs formés et les éducateurs non formés. Et pour ce faire, on a tiré des actes éducatifs considérés comme pratiques adaptées à l'autisme chez les éducateurs non formés en vérifiant si leurs fonctions sont communes avec les fonctions des pratiques éducatives adaptées chez les éducateurs formés sur l'autisme.

Nous avons supposé plus haut que les actes éducatifs considérés comme pratiques adaptées à l'autisme varient en fonction du milieu de travail entre centre spécialisé de l'autisme et un centre psychopédagogique pour des enfants avec déficience intellectuelle.

Le tableau comparatif suivant (tableau11) représente les fréquences d'apparition des actes éducatives selon leurs fonctions durant les deux heures d'observation chez le groupe d'éducateurs experts (N=10) et le groupe d'éducateurs non experts (N=10). Nous avons utilisé le test du X2 pour comparer les fréquences.

*Tableau 11 : Comparaison des fréquences d'apparition des intentions des pratiques éducatives*

	<b>Formés</b>	<b>Non-Formés</b>	<b>Formés %</b>	<b>Non-formés %</b>	<b>p</b>
directives	131	85	12,04%	12,61%	ns
guidance physique	95	86	8,73%	12,76%	.006
Apprentissage par imitation des pairs	6	20	0,55%	2,97%	.000
Apprentissage par imitation des éducateurs	124	70	11,40%	10,39%	ns
socialisation	81	10	7,44%	1,48%	.000
communication	87	62	8,00%	9,20%	ns
Autonomie	70	27	6,43%	4,01%	.02
Motricité	84	66	7,72%	9,79%	ns
Cognition	85	47	7,81%	6,97%	ns
Renforceur sociale	87	46	8,00%	6,82%	ns
Renforceur objet	3	15	0,28%	2,23%	.002
Organisation	69	33	6,34%	4,90%	ns
Incitation gestuelle	95	63	8,73%	9,35%	ns
Gestion des comportements problèmes	71	44	6,53%	6,53%	ns
	1088	674	100,00%	100,00%	

Le tableau comparatif suivant représente les fréquences d'apparition des actes éducatives selon leurs fonctions durant les deux heures d'observation chez le groupe d'éducateurs experts (N=10) et le groupe d'éducateurs non experts (N=10). Nous avons utilisé le test du X2 pour comparer les fréquences.



Le nombre de degrés de liberté de la situation étant de 1, et nous prenons comme seuil  $p=.05$  qui corresponde à 5%. Notons tout d'abord en comparant l'échantillonnage de 10 éducateurs formés (experts en autisme) et 10 éducateurs non formés (non-experts), on note que les résultats sont significatifs pour : l'utilisation de la guidance physique ,Apprentissage par imitation des pairs, le développement de la socialisation et l'autonomie ainsi que les renforçateurs (objets).

## **Lecture des résultats :**

### **1- Directives :**

Le résultat est non significative c'est-à-dire qu'il n'ya pas de relation entre les expert non formés et les experts formé par apport aux directives, autrement dit, il n'existe pas une différence significative entre les formés et les non formés donc on note une indépendance entre les groupe des éducateurs et l'acte éducative.

### **2- guidance physique :**

Le résultat du X2 montre l'existence d'une différence entre les groupe des éducateurs formés et non formés par rapport à l'acte « guidance physique ».

### **3- Apprentissage par imitation des pairs :**

Le résultat du X2 montre qu'il existe une différence entre les groupe des éducateurs formés et non formés par rapport à l'acte « Apprentissage par imitation des pairs ».

### **4- Apprentissage par imitation des éducateurs :**

Le résultat est non significatif c'est-à-dire qu'il n'existe pas une différence significative entre les éducateurs formés et les éducateurs non formés.

**5- Socialisation :** le résultat du X2 montre qu'il existe une différence entre les groupe des éducateurs formés et non formés par rapport à l'acte « socialisation ».

**6- La communication :** Le résultat est non significatif autrement dit ; il n'existe pas une différence significative entre les éducateurs formés et les éducateurs non formés pour cette fonction.

**7-** Le résultat est significatif et donc il ya une différence significative entre les deux groupes pour la fonction de **l'autonomie**.

- 8-** Pour la **motricité**, on note une différence significative ou une dépendance entre les deux groupes pour cette fonction.
- 9- Cognition :** le résultat du X2 montre qu'il n'existe pas une différence entre les groupes des éducateurs formés et non formés par rapport à la cognition
- 10- Renforceur sociale :** ce résultat est non significatif, on n'a pas noté une association entre les deux groupes pour l'item de renforceur sociale
- 11- Renforceur objet :** c'est significative donc la relation existe entre les éducateurs non formés et les éducateurs formés.
- 12- Organisation :** Le résultat est non significatif donc l'absence de relation entre les deux groupes et l'organisation, on n'a pas noté une différence.

## **Discussion :**

### **Première partie : Les représentations sociales de l'autisme :**

La présente recherche a été consacrée à l'étude des critères de la reconnaissance de l'autisme dans les représentations sociales des éducateurs non formés dans ce domaine et non-experts avec les autistes, et qui exercent leurs métier au niveau des centres psychopédagogiques là où ils accueillent les enfants avec déficience intellectuelle. En effet, en abordant l'autisme comme un objet socialement construit, la théorie des représentations sociales va nous permettre d'explorer les composantes de ces différentes constructions en les situant dans un contexte de relations de groupes. Comme le souligne Jodelet (1989, p.35).

Pour Abric (1976) tous les éléments de la représentation n'ont pas la même importance. Certains sont essentiels, d'autres importants, d'autre enfin secondaires. Il est important alors, si l'on veut connaître, comprendre une représentation, de repérer son organisation.

La représentation sociale est un système sociocognitif qui s'organise spécifiquement autour d'un noyau central constitué d'un nombre très limité d'éléments, et qui naissent au sein de l'interaction sociale et fournissent un code commun à la communication, tout en distinguant les groupes sociaux les uns des autres (Moscovici, 1992). Notre objectif prioritaire c'est l'identification du noyau central des représentations qui se construisent sur l'autisme et les éléments périphériques qui le contournent. Et dans le cas de l'autisme comme objet de la représentation sociale, ces systèmes de pensée plus larges nous amènent à supposer que des éléments de représentation sont susceptibles d'être partagés entre les éducateurs non formés. Alors on a supposé que les éducateurs ont une représentation de l'autisme qui repose sur leurs valeurs, leurs croyances, leurs connaissances et qui se nourrit par l'expérience et les relations interpersonnel. Ce genre des études est très important car il indique qu'aborder l'autisme en tant que représentation sociale pourrait également permettre de mieux comprendre pourquoi une majorité des autistes n'est pas identifiée par les services de santé (Downing-Orr, 1998; Campbell, Robison, Skaer, & Sclar, 2000).

Partant du principe que la connaissance du contenu ne suffit pas, c'est l'organisation de ce contenu qui donne à la représentation son sens. Nous allons donc procéder par l'analyse de contenu des différentes étapes méthodologiques :

Pour comprendre cette représentation sociale nous avons pris en considération en premier lieu, les concepts utilisés pour désigner les personnes atteintes d'autisme et les positionner par rapports aux terminologies scientifiques. Nous avons trouvé que la plupart des éducateurs perçoivent l'autisme comme une lésion cérébrale alors que l'étiologie de l'autisme est encore mal connue, mais dans les nouvelles recherches médicales il semble y avoir un accord sur la multiplicité des causes de l'autisme et son origine organique. Et selon les travaux qui ont été publiés dans la revue *New England Journal of Medicine*, les chercheurs ont montrés que l'autisme résulterait d'anomalies dans le développement de certaines structures cérébrales du fœtus. « L'autisme est généralement considéré comme un trouble du développement du cerveau, mais la recherche n'a pas encore identifié de lésion qui en serait responsable » (Rich Stoner, .D. Maggie L, et autres, 2014). Il semble que ces éducateurs qui considèrent l'autisme comme une lésion cérébrale ont repris le discours des scientifiques sur le fonctionnement atypique du système nerveux pour définir l'autisme comme une lésion cérébrale.

Certains éducateurs ont définies l'autisme comme un trouble du développement. Cette expression a été introduite pour la première fois dans le DSM-III à partir des années 1990. Il semble que les éducateurs qui ont donné cette définition ont une connaissance sur les actualités scientifiques dans le domaine de l'autisme.

Une minorité des éducateurs de notre échantillon ont considèrent l'autisme comme une maladie, cette définition qui revient au début des années 1940, là ou Léo Kanner (1943) a défini l'autisme infantile précoce comme une maladie rare et même les nosographies des années 1950-1970 qui a classé l'autisme dans la catégorie « psychose ou schizophrénie ». Mais actuellement l'Organisation Mondial des Maladie affirme que l'autisme n'est pas une maladie mais plutôt un trouble neuro-développemental. Et c'est en 1980 que l'expression « trouble du développement » a été introduite pour la première fois dans le DSM-III pour se transformer enfin à un « spectre autistique » dans le DSM-4.

Dans tout cela, on suppose que les éducateurs ont catégorisé les personnes autistes dans tel ou tel groupe dont les caractéristiques semblent correspondre à ce qu'ils savaient des critères de l'identification de l'autisme.

Compte tenu des résultats précédents, il semble que notre première hypothèse est validée, à savoir que les éducateurs non experts partagent une représentation sociale de l'autisme. Les représentations se construisent dans les interactions sociales et puisque le langage avec ses différentes dimensions est considéré comme une passerelle vers ces représentations, on a choisi la dimension écrite du langage en utilisant les questionnaires afin de déterminer le contenu des représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs non-experts.

Considérant nos résultats, les représentations de l'enfant autiste se résument en termes de « enfant qui vit dans son propre monde », « enfant qui présente des troubles de communication ». Ces deux éléments sont tous les deux considérés comme très importants par les sujets pour définir l'autisme, ce sont des éléments stables résistants aux changements et indépendants du contexte immédiats dans lequel évolue la représentation. Des éléments essentielles d'une représentation ils en déterminent toute l'organisation et la signification, ils constituent de plus la base commune, collectivement partagée (Amy & Piolat, 2007).

Le critère « enfant qui vit dans son propre monde/enfant qui vit dans sa bulle » a été cité en premier dans 90% des réponses, on peut appeler cet effet par « l'effet de primauté ». Asch (1945) a montré que l'ordre de présentation des traits avait un effet considérable sur l'impression globale des sujets. Ainsi, les traits présentés en premier lieu ont plus de poids dans la formation de l'impression générale. Selon Asch, cela s'explique par le fait que l'individu doit associer les traits des uns aux autres pour arriver à se former une impression, et l'impression se forme dès le premier trait. Lorsque le second trait est présenté, l'individu l'interprète en fonction de sa première impression, et ainsi de suite jusqu'au dernier trait.

La conception « enfant qui vit dans son propre monde » ou alors « un enfant qui vit dans sa bulle » consiste à considérer que l'enfant autiste vit dans un monde « interne » qu'on ne le connaît pas, ou il est supposé qu'il refuse un accès au monde externe qui l'entoure et ce monde empêche cet enfant soit de parler, soit de comprendre les autres, soit d'entrer en contact avec les autres, etc. Elle peut aussi signifier ce qui est étrange et qui renvoie à cet

autiste, à la fois différent et très mal connu. Cette personne qui est perçue avec ses modes d'interactions particuliers comme s'il a un monde propre à lui différent de le notre. Une image des enfants enfermés dans des " bulles de verre ", " inaccessibles", "indifférents au monde qui l'entoure". Ces conceptions signifient en d'autres termes que la personne autiste ne pourra pas faire partie de la population active. On suppose alors que les éducateurs ont discerné les traits attribués comme cause du comportement de l'enfant porteur d'autisme à partir des informations fournies par son comportement (le retrait et le refus du contact avec autrui), son apparence physique (son regard fuyant par exemple), et ils ont combiné quelques traits afin de s'en faire une perception unifiée d'un enfant qui vit dans son propre monde et qui a des troubles de communication.

Cette conception crée la différence et les inégalités entre les autistes et les personnes porteurs d'une déficience intellectuelle au sein des centres psychopédagogiques. L'autisme se voit attribuer une position inférieure par rapport à l'ensemble des autres enfants handicapés mentaux en lien avec son développement.

Les éléments périphériques constitue le complément indispensable du noyau central dont il dépend et grâce à ces éléments que la représentation peut s'intégrer dans la réalité du moment. Il s'agit de la partie visible de la représentation celle qui est accessible par l'observation des individus ou au travers de leurs entretiens (Amy & Piolat, 2007). Et pour notre échantillon, les éléments périphériques des représentations sociales de l'autisme sont : comportements bizarres, troubles des interactions sociales, refus du changement, isolement, troubles du langage, troubles de l'humeur.

Les représentations sociales des éducateurs non experts se constituent d'éléments périphériques qui ont une caractéristique clinique proche des descriptions actuelles du spectre autistique dans l'univers de la science mais ils ne prennent pas en considération la diversité et la particularité de chaque cas d'autisme.

L'élargissement des critères du diagnostic favorise le besoin de plus de formations pour les professionnels. D'après les résultats obtenus on a remarqué que notre échantillon ne prend pas en considération la diversité du tableau autistique. Ils ont tendance de citer les critères de l'autisme en décrivant quelques signes clinique qui réfèrent à l'autisme de bas niveau sans mettre le point sur les autres syndromes comme le syndrome de Rett ou le syndrome

d'Asperger et l'autisme atypique. En ignorant les troubles associés comme la déficience intellectuelle ou l'épilepsie. D'une façon générale on peut considérer leur position est éloignée par rapport aux classifications scientifiques actuelles.

Toute représentation est élaborée en fonction des caractéristiques sociales d'un sujet qui fait partie d'un groupe social et ce dernier ne partage pas les mêmes valeurs et normes et d'opinions ni même les pratiques et les expériences d'un autre groupe social. Ce qui va permettre à l'individu de distinguer « l'autre » qui ne partage pas la même représentation que lui (Râteau, Lo-Monaco, 2013). C'est pour cette raison, on a essayé d'affiner nos résultats en analysant les représentations sociales en fonction de différentes variables comme le sexe des éducateurs et leur statut professionnel. Et sachant que deux représentations seront différentes si, et seulement si, elles n'ont pas le même noyau central (Moliner, 1994a, p.200), On a trouvé que le noyau central de la représentation sociale de l'autisme chez les hommes reste stable, il se compose de deux éléments « enfant qui vit dans son propre monde », « troubles de communication ». Ces éléments restent également les mêmes pour les femmes mais on note la présence d'un nouveau élément central ; « Comportements bizarres » ce dernier était un élément périphérique pour l'ensemble de l'échantillon.

D'après nos résultats sur la variable « statut professionnel », les éducateurs stagiaires considèrent les éléments ; « Isolement » « Enfant qui vit dans son propre monde » comme critères indispensables pour la reconnaissance de la personne atteinte d'autisme, il s'agit du noyau central. Sachant que le critère « isolement » est un des signes des troubles d'interactions sociales de l'autisme. Tandis que les éducateurs titulaires reconnaissent l'autisme à partir de trois éléments centraux ; « enfant qui vit dans son propre monde », « troubles de communication », « troubles des interactions sociales ».

Aux vues de ces constatations, nous pourrions expliquer la variabilité observée. L'hypothèse qu'au travers des représentations sociales que les éducateurs non-experts se font sur l'autisme, peut être expliquée par l'identité professionnelle possédée par chacun d'eux et l'ancienneté dans le domaine de l'handicap en général. Les sujets titulaires qui exercent dans les centres psychopédagogiques en tant que des éducateurs titulaires ont élaboré des représentations sociales en quelque sorte proches des descriptions cliniques de la triade autistique par rapport aux éducateurs stagiaires. On peut expliquer ceci à travers le contact direct avec les enfants

autistes et les systèmes de pensée qui se nourrissent et s'actualisent par des expériences partagées entre ces professionnels, on le renvoie aussi à des éléments sur l'historique de l'enfant selon le dossier médical et le dossier psychologique ainsi que les dires des parents en particulier et ce qui est vu sur le terrain par les éducateurs titulaires.

Ces représentations sociales montrent un éloignement des savoirs scientifiques quelque soit le sexe des éducateurs non-experts et quelque soit leurs statuts professionnels. L'expression « enfant qui vit dans son propre monde » est une expression « naïve » non-clinique qui n'a pas de sens précis et aucune classification internationale n'a utilisée cette terminologie pour désigner une personne autiste. Mais on suppose que l'expression « enfant qui vit dans son propre monde » désigne un enfant « tout seul », le signe « repli sur soi » et s'applique à des patients qui recherchent de façon inhabituelle l'isolement, refusent la compagnie des autres personnes, et qui préfèrent s'enfermer dans un monde imaginaire dont la réalité n'ayant plus de sens pour eux. Sachant que le choix du mot « autisme » pour décrire ce trouble à part entière a été utilisé à cause du repli et des difficultés de contact social par Léo KANNER en 1943 dans son ouvrage « Autistic disturbances of affective contact Nervous Child ». Mais actuellement, les associations de personnes autistes, beaucoup plus récentes que les associations de parents, commencent également à jouer un rôle politique en remettant en question l'idée même de maladie. Des Ainsi a émergé un nouveau mouvement social, articulé autour d'affiliations identitaires et culturelles, redéfinissant l'autisme comme une différence, et non comme une maladie (Chamak, 2008).

Le critère « troubles de communication » a été exprimé par les éducateurs non-experts mais sans préciser sa signification. Scientifiquement, cet élément est un des trois axes de la reconnaissance de l'autisme dont au moins un des éléments suivants est une caractéristique de la personne avec autisme ; d'un côté, on note un retard ou une absence totale du langage parlé sans tentative de compensation pour d'autres modes de communication, comme les gestes et la mimique. Et d'un autre côté, il désigne une maîtrise du langage mais avec incapacité à engager ou à soutenir une conversation avec autrui. Les autres éléments sont ; l'usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique. Ainsi que l'absence du jeu de faire semblant. (DSM-4,2004, p60). Et selon le DSM-4, dans au moins un de ces critères est suffisant pour désigner un trouble de communication chez l'autiste.



Les connaissances « naïves » se distinguent des connaissances scientifiques et elles renvoient aux connaissances ou savoirs communs ou quotidiens partagés socialement (Tiberghien, 2003). Selon Moliner (1996), « la théorie scientifique se base sur des constructions d'abstraites destinées à rendre compte du réel, la représentation se donne pour le reflet du réel ». Et c'est à travers elles qu'il va comprendre ce qui lui est dit et il va prendre plus en considération certaines connaissances que d'autres. Et selon Licata ; Van der Linden ; Klein (2006) « lorsque les connaissances scientifiques-ou expertes font l'objet d'une diffusion publique, elles subissent une série de transformations qui vont permettre leur intégration dans le domaine du sens commun pour devenir des représentations sociales ».

Pedinielli a également étudié le décalage entre ces deux types de représentations dans ses études sur la représentation propre de la maladie chez le patient. Il a définie la maladie, vue par le malade, comme « une expérience individuelle comportant des représentations individuelles originales des patients qui en résultent, comme des « théories » (Pédinielli, 1999). Selon cet auteur ces théories « profanes » ou autrement dite « personnelles » sont fondées sur des représentations sociales partagées et qui peuvent attribuer à la maladie d'autres significations et mécanismes. La représentation de la maladie d'un patient a un impact significatif sur son adaptation physique et psychologique (Murielle Villani, Cécile Flahault et autres, 2013). Nous pouvons faire le lien avec cette étude et vérifier l'impacte des représentations sociales sur les pratiques éducatives.

L'analyse factorielle des correspondances entre les terminologies employée pour désigner l'autisme et les critères de la reconnaissance de l'autisme nous a montré que les éducateurs non-experts en autisme ont associé l'objet à des formes déjà connues, des catégories familières, il s'agit d'un modèle de référence qui leur paraît adéquat. C'est le processus d'ancrage que nous rencontrons ici. Les éducateurs qui ont considéré l'autisme comme « handicap mentale », « trouble du développement » ont tendance de décrire les signes de l'autisme par des critères de type « psychologiques » en parlant de troubles. Il s'agit d'un ancrage psychologique, et on suppose que ces éducateurs ont plus ou moins développé une base scientifique. Tandis que les éducateurs qui décrivent l'autisme comme « une maladie », « Lésion cérébral » ont plus de recours vers des critères comportementaux comme les troubles de l'humeur, le repli sur soi-même, le refus du changement, l'absence de la fixation du regard. Il s'agit d'un ancrage biologiques. Il s'agit ici des connaissances naïves.

Et comme c'était indiqué dans la revue littérature de notre travail, l'ancrage est le processus par lequel les individus choisissent un cadre de référence commun leur permettant d'appréhender l'objet social. Généralement ce cadre de référence correspond à un domaine familial. Le choix d'un point d'ancrage permet d'insérer une représentation dans un ensemble de connaissances et de valeurs préexistantes (Amandine, 2006). Étudier l'ancrage des représentations sociales c'est chercher un sens pour la combinaison particulière de notions qui forment leur contenu » (Doise, 1992, p.189). Il s'agit de connaître de quelle façon les individus se positionnent les uns par rapport aux autres en fonction de ce savoir commun et des enjeux qu'il suscite.

Avec Moscovici (1976), les représentations sociales sont conçues comme étant créées "dans le cours des *communications interpersonnelles*" et comme ayant pour fonction "l'élaboration des comportements et la communication entre les individus". Ces communications interpersonnelles peuvent créer les théories du sens commun sur l'objet « autisme » surtout dans un contexte où l'accès à l'information scientifique actualisée est faible en raison de se considérés comme « non concernés » par l'autisme puisqu'il n'a pas sa place dans les centres psychopédagogiques concernés seulement par la déficience intellectuelle. La compréhension de la genèse de la connaissance du sens commun et de la façon dont cela intervient dans leurs pratiques représente la deuxième partie de notre travail. Nous allons détailler ce point dans le chapitre suivant.

## **Deuxième partie : lien entre représentation sociale de l'autisme et les pratiques éducatives**

En fait, par cette thèse qui porte sur les représentations sociales de l'autisme et les critères de différenciations et d'indifférenciations, nous avons cherché à comprendre la nature de la relation existante entre l'univers de la pensée et l'univers de l'action. Et les observations des éducateurs au niveau des centres psychopédagogiques et les centres de l'autisme et les témoignages de nos enquêtés nous ont permis d'analyser les pratiques éducatives considérés comme « pratiques éducatives adaptées » avec les enfants atteints de l'autisme mais chez un l'échantillon des non-experts en autisme. En effet, nous avons cherché à expliquer la situation des enfants autistes en Algérie et les difficultés retrouvés par leurs parents ainsi que les limites de la prise en charge au niveau des centres psychopédagogiques qui accueillent ces enfants, et à partir des représentations des éducateurs non experts en autisme étant entendu que nous estimons qu'il existe une incidence des représentations sur les pratiques.

Et partant de l'idée que les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation aux autres, elles orientent et organisent les conduites et les connaissances sociales» (Jodelet, 1989, p.36) et, par conséquent, les différentes représentations entretenues vis-à-vis de l'autisme feront en sorte que les critères de la reconnaissance de ce spectre seront interprétés différemment par ces éducateurs non-experts, et qu'en retour, ces différentes interprétations engendreront probablement des conduites différentes vis-à-vis les enfants autistes.

La représentation sociale de la tâche est un guide pour l'action, on suppose que la représentation du métier ou du rôle de l'éducateur a une influence sur les pratiques éducatives utilisées avec les personnes autistes. Cette hypothèse peut ouvrir une nouvelle piste de recherche en abordant la question de l'influence des représentations du métier d'éducateur sur les pratiques éducatives utilisées avec les enfants autistes au niveau des centres psychopédagogiques.

Plusieurs études ont montrés que les pratiques communes participent à l'élaboration de la représentation par le groupe. De même, le changement de pratiques ou l'introduction de pratiques nouvelles a un impact sur l'évolution de la représentation (Flament, 1987). Le même

auteur a indiqué que les pratiques sociales et les représentations sociales « vont toujours ensemble », les représentations déterminent les pratiques, les pratiques déterminent les représentations, il y a une interaction entre les deux entités. Mais selon Rouquette, il ne s'agit pas d'une réciprocité d'influence au sens strict, « les représentations sociales influencent les pratiques et réciproquement ». Mais précise-t-il « il convient de tenir les représentations pour une condition des pratiques et les pratiques pour agent de transformation des représentations. » Rouquette (2000, p. 140). Dans notre étude nous avons essayé de repérer ce lien entre représentations sociales de l'autisme et pratiques éducatives au sein des établissements spécialisés et d'autres non-spécialistes en autisme. Ces pratiques peuvent prendre une forme d'un simple « passage à l'acte » ou alors des « pratiques récurrentes » qui nécessitent un certain niveau de connaissances et en supposant un niveau d'expérience par rapport à l'objet en question ; comme elles peuvent prendre une forme de « façons de faire » en rapport avec des positions sociales précises et qui impliquent des rapports entre les groupes ; ou des « stratégies » (Flament et Rouquette, 2003).

Dans ce contexte on pose la question ; est-il possible de changer les représentations sociales ? Et que sera-t-il l'impact sur les pratiques éducatives des sujets ?

Selon Moliner (2001c, 2002 in Moliner et al.), les représentations sociales ont un aspect temporel. « Les représentations ne sont pas des structures statiques. Elles naissent, elles se transforment et parfois disparaissent au gré des évolutions de l'environnement social. » (Moliner et al. 2002, p.32). Et selon Flament (1994, 2001) une représentation sociale se transforme si seulement le noyau central change, « on part d'une modification des circonstances externes à la représentation qui entraînent des modifications des pratiques sociales liées à la représentation ; alors apparaissent des modifications dans la périphérie de la représentation, qui peuvent aboutir à une modification du noyau central. » (Flament, 2001, p.49). Moliner (1998, p.63) précise que « si les pratiques peuvent avoir un impact sur les représentations c'est dans la mesure où il s'agit d'ensembles de conduites finalisées par et pour des groupes sociaux ». Donc ces représentations sociales vont guider chacun des acteurs dans leurs pratiques, leurs comportements, ce qui va permettre d'établir un type de communication adapté entre eux.

Selon Abric (1994), la transformation pourra être progressive : sans rupture, sans éclatement du noyau central, lorsque les pratiques nouvelles ne sont pas totalement contradictoires avec le noyau central mais la transformation sera résistante lorsque les pratiques nouvelles sont

contradictaires mais permettent encore la mise en œuvre des mécanismes de défense de la représentation, avec apparition de schèmes étranges.

Ainsi pour Abric, toute contradiction entre les représentations et les pratiques entraîne nécessairement la transformation de l'une ou de l'autre. Et dans notre recherche, nos résultats montrent que les pratiques ne sont pas en désaccord avec les représentations sociales.

Le présent travail nous a permis de démontrer l'existence du lien entre les représentations qui sous-tendent les pratiques des éducateurs non experts sur l'autisme. Ainsi, nous ne considérons que notre hypothèse de recherche à résister à l'épreuve des faits. En d'autres termes, ce sont les représentations sociales que les éducateurs ont de l'autisme qui déterminent leurs pratiques. Conséquemment, nous avons atteint nos objectifs qui consistaient essentiellement à examiner les critères de l'autisme selon les représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs non experts d'une part et à analyser les effets de celles-ci sur leurs méthodes éducatives d'autre part.

Selon la grande majorité des éducateurs non experts, les pratiques éducatives reposent, pour ainsi dire, sur une mise en place d'une organisation du travail commune entre les autistes et les enfants en situation de déficience intellectuelle. Les méthodes éducatives auxquelles ils font souvent recours pour répondre aux besoins des enfants autistes et déficients intellectuels sont : des méthodes coopératives ou le travail est en petits groupes, l'apprentissage avec les pairs (enfants avec déficience intellectuelle), L'utilisation de l'imitation de l'éducateur et/ou des pairs comme méthode d'apprentissage mais avec un rythme répétitif selon besoins , le soutien individuel à l'enfant autiste, les directives verbales, la guidance physique, les renforçateurs (matériaux, sociaux), l'incitation physique. Sans l'utilisation de méthodes adaptées aux enfants autistes comme le PECS, ABA, Makaton, Teacch, etc.

Les dires ou prises de position, et les pratiques analysés dans la partie empirique de ce travail permettent, d'une certaine façon, de se rendre compte de l'état actuelle et le devenir de ces enfants au sein des centres psychopédagogiques non spécialisés en autisme puisque les enfants autistes sont prises en charge la majorité du temps par des éducateurs, tandis que le rôle des psychologues et les orthophonistes est trop minable.

On a supposé dans nos hypothèses que les différentes représentations liées à l'autisme auront vraisemblablement un impact sur l'évolution de ce trouble et l'efficacité des interventions éducatives au sein des CPP en Algérie, il est important de mieux les connaître et les comprendre. Donc il nous a paru important de reconnaître l'autisme en tant qu'objet socialement construit. La mise en évidence des représentations entourant l'autisme pourra alors constituer un moyen d'identifier plus précisément les différentes positions des éducateurs non formés face à l'autisme pour les mieux comprendre.

Ces différences révèlent l'importance des déterminants sociaux et culturels dans la construction des classifications et des catégories comme l'autisme, qui se modifient en fonction des époques, des pays et de la formation des professionnels (Chamak Brigitte 2010), Alors que les causes possibles d'autisme sont divers et cette diversité ne permet aucune généralisation.

Aussi, il faut reconnaître qu'en « tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation Au monde et aux autres, ces représentations sociales élaborées et partagées orientent et organisent les conduites et les connaissances sociales » (Jodelet, 1989, p.36) et par conséquent, l'intégration des composantes cognitives et psychosociales à travers ces différentes représentations entretenues vis-à-vis de l'autisme, feront en sorte que les symptômes et même les causes de l'autisme seront interprétés différemment, et en retour, ces différentes interprétations engendreront probablement des prises de position différentes vis-à-vis l'enfant autiste. Dans cette perspective nous avons essayé de comprendre ce qu'est l'autisme auprès de différents groupes des éducateurs non-experts en autisme en déterminant tous les actes verbaux ou comportementaux à son égard. Et partant de cette hypothèse, nous avons choisi la méthode de l'observation sur le terrain. Les données quantitatives et qualitatives obtenues ont permis de mettre en relief les effets des représentations sur les pratiques éducatives des éducateurs experts et des éducateurs non experts en autisme.

Nous avons pu montré que les éducateurs formés (expert) et non formés (non-experts) contrôlent l'orientation du comportement des enfants autistes en utilisant le renforcement, soit par des objets préférés chez l'enfant comme les bonbons par exemple, soit par la forme verbale de type ; bravo, c'est bien..., soit par les signes non verbaux comme les câlins, les bisous, les caresses des mains ou de la tête (visage, cheveux) ainsi que des sourires et l'hochement de tête. Ces renforçateurs partagés entre les éducateurs formés et les éducateurs

non formés sur l'autisme interviennent dans le processus d'apprentissage afin de motiver l'enfant durant ses activités éducatives.

L'apprentissage au niveau des centres spécialisés de l'autisme se présente à l'enfant dans une situation de face à face comme un type d'enseignement individualisé ou l'éducateur se présente comme un médiateur entre l'autiste et les apprentissages. Le travail est élaboré de telle sorte que l'enfant autiste développe son autonomie et réalise ses apprentissages dans un climat rassurant afin de renforcer ses capacités.

Par contre, on a noté une idée qui s'est répétée par la majorité des éducateurs non-experts au cours des entretiens ; Ils prennent la position des « non-concernés par l'autisme » et ils ont tendance de considérer l'autiste comme une personne qui n'est pas adapté à l'institution (centre psychopédagogique) et avec lequel on ne peut travailler ni communiquer de façon satisfaisante qui est l'objet du rejet. Il n'a plus sa place dans l'institution du fait qu'on ne peut rien faire de positif et de satisfaisant, pour soi, avec lui.

Remarquons une grande différence du programme éducatif chez les deux groupes avec quelques points communs. Le programme éducatif dans les centres spécialisés de l'autisme insiste sur la communication verbale et non verbale, la socialisation, l'autonomie, la correction des comportements problèmes, le graphisme et l'identification des lettres et des chiffres ainsi que l'écriture et l'apprentissage des quantités, ainsi que le développement de l'imitation en utilisant différents exercices et matériels comme le miroir. Ils utilisent également des méthodes comme le PECS (Picture Exchange Communication System), la méthode ABA (Applied Behavior Analysis) ou bien (Analyse Appliquée du comportement) qui correspond à une approche comportementale intensive (quarante heures par semaine). Et le programme conçu par Eric Schopler en Caroline du Nord en 1966, ce projet d'éducation spéciale vise l'acquisition d'un maximum d'autonomie.

Le gouter dans un hour précis est également considéré comme une activité afin de développer l'autonomie et l'apprentissage du tour des rôles et l'organisation ainsi que la socialisation. Chaque enfant est invité de respecter son tour en venant récupérer son assiette et se mettre dans sa place. Avec l'utilisation routinière des pictogrammes et l'emploi du temps visuel, et chaque enfant est invité à coller l'image qui correspond au gouter dans la bonne case sur sa fiche afin de développer la notion du temps et éviter de mettre 'enfant dans une

situation de « l'inattendu ». La tâche se poursuit durant le temps du goûter, l'éducateur expert observe les comportements de l'enfant autiste et il n'hésite pas de corriger des comportements problématiques quand il le faut. Tandis que dans les centres psychopédagogiques, cette phase est considérée n'ont pas comme une activité éducative mais plutôt une période de détente (pause) cette expression a été utilisée par tous les éducateurs au niveau des CPP. Le goûter dans cet établissement ne prend pas sa forme organisationnelle, il se fait d'une façon brève, sans routine. Par contre, l'hygiène personnelle est une activité commune entre les deux groupes, mais il se différencie dans les techniques utilisées avec les enfants.

D'après nos résultats, les buts des apprentissages sont plus ou moins communs mais ce qui nous intéresse surtout ce n'est pas la fréquence de ces buts ou de ces intentions mais plutôt la façon dont les apprentissages se réalisent et se structurent pour y arriver à l'autonomie, la socialisation, la communication et autres domaines de développement.

Si on prend l'exemple de l'autonomie personnelle, on remarque une grande différence entre les centres psychopédagogiques et les centres spécialisés de l'autisme concernant les méthodes utilisées pour développer ces capacités. Ces différences reviennent d'un côté à la qualité de la formation des professionnels dans ce domaine et d'un autre côté, l'adaptation de l'environnement dont la structure de ces centres joue également un rôle principal.

La vie institutionnelle s'apparente à une « jungle sensorielle » (Grandin, 1994) et la plupart des centres psychopédagogiques sont peu adaptés aux besoins et aux particularités sensorielles des enfants autistes. Il est important de prendre en considération l'adaptation environnementale et architecturale (Azem et al., 2011) des différentes institutions qui accueillent ces enfants afin de limiter les stimulations parasites (Charras, 2008). Et contrairement aux centres spécialisés de l'autisme, on a noté un manque de structuration de l'environnement des apprentissages au niveau des centres psychopédagogiques ce qui va avoir un effet négatif sur le bon développement des enfants avec autisme ainsi que les enfants avec déficience intellectuelle.

Aux centres de l'autisme, les éducateurs travaillent en collaboration avec les psychologues. Les enfants sont invités à utiliser leurs pictogrammes consacrés pour cette activité, ce qui va permettre à l'enfant de connaître la notion du temps (le début et la fin de l'activité) et d'un autre côté, l'éducateur utilise la méthode d'apprentissage de cette autonomie par séquences avec guidance manuelle et le lancement des consignes directes. Chez les éducateurs non



formés, on ne trouve pas cette utilisation des pictogrammes, ils considèrent la guidance manuelle comme méthode d'apprentissage de l'autonomie sans donner des directives ni de deviser l'activité en séquences.

La récréation dans le centre de ressource autisme à Tlemcen est également considérée comme une activité et un moment de détente dans un espace préparé pour le jeu ainsi que le développement de la socialisation en intégrant l'enfant dans des jeux communs entre ses pairs. Les psychologues, les éducateurs ainsi que les assistantes accompagnent les enfants dans la cour en prenant en favorisant leur sécurité et donner un espace de liberté à l'autiste sans le forcer de participer à un jeu qui ne le veut pas.

La récréation dans les centres psychopédagogiques est un temps de détente et de défoulement pour l'enfant autiste et les enfants déficients, comme exprime les éducateurs non-experts. Pour eux, il suffit de laisser les enfants agir toute en liberté dans un terrain libre et n'intervenir qu'aux moments d'agressivité observée. Ils considèrent le fait de donner l'occasion aux enfants autistes d'être en contact direct avec les autres enfants atteints d'une déficience intellectuelle est un bon moyen de socialisation de cette population.

Développer les compétences verbales (animaux, habilles, fruits et légumes...) est une des activités présentée au CRA. L'éducateur utilise des images et des sons ainsi que le pointage pour attirer l'attention des enfants. Cette activité se fait individuellement avec chaque enfant. Cette activité est commune entre les deux groupes des éducateurs (experts, non-experts).

Essayons de comprendre nos résultats, il nous semble que le comportement des éducateurs est influencé par le comportement des enfants autistes et l'environnement. Partant du paradigme des processus d'interactions proviennent de la formule de Lewin (1946)  $B = F(P, E)$ , il a bien montré que le comportement (B) a une fonction (F) d'une personne (P) et de son environnement (E).

La différence des résultats entre les deux principale groupes de notre échantillon, s'explique par les caractéristiques du groupe des éducateurs « formés, experts dans le domaine de l'autisme » et la nature du deuxième groupe d'éducateurs « non formés sur l'autisme ». Cette différence s'explique également sur la base du type des institutions qui accueillent les enfants autistes, entre centres spécialisés de l'autisme et centre psychopédagogiques qui accueille

surtout les enfants avec déficience intellectuelle. Les éducateurs qui travaillent au niveau des CPP se considèrent comme des « non concernés par l'autisme » dans ce genre d'institution. Ainsi, nous pouvons donc expliquer l'utilisation des méthodes de prise en charge communes entre les autistes et les enfants avec déficience intellectuelle au niveau des CPP par la détection de la déficience intellectuelle qui est souvent associée à l'autisme.

Selon les éducateurs non-experts, une prise en charge qui se focalise surtout sur l'apprentissage de l'autonomie et la motricité fine et globale est la meilleure solution pour occuper cet enfant considéré comme une personne absente qui vit dans son propre monde.

L'adaptation de l'environnement et la structure du temps et de l'espace dans les centres spécialisés de l'autisme permet de rassurer l'enfant autiste car c'est l'environnement et les professionnels qui doivent s'adapter à l'enfant avec autisme et non pas l'inverse.

La prise en charge des enfants autistes dans les centres spécialisés s'articulent autour de trois principaux concepts ;

- L'individualisation de la prise en charge : une évaluation des compétences et du comportement de l'enfant réalisée en début de prise en charge et permet de déterminer ses acquis et de partir de ceux-ci pour déterminer les premiers objectifs. Et évaluer ses compétences dans les domaines de l'autonomie, la socialisation ; la communication, la motricité, les apprentissages scolaires, etc. Les objectifs sont choisis en fonction du niveau de l'enfant, de ses points forts et de ses points faibles et en fonction de son âge chronologique et mentale. Et à partir de ceci que les professionnels forment des groupes.
- Un enseignement structuré : les professionnels au niveau du CRA sont conscients de l'importance d'un enseignement quotidien structuré pour mieux générer leurs angoisses de l'enfant autiste et ses des difficultés de se repérer dans le temps et dans l'espace.
- Travail collaboratif entre les professionnels et les parents : la complémentarité dans laquelle chacun met en commun ses compétences est essentiel dans la prise en charge des autistes.

Les travaux sur le lien entre les pratiques des sujets et leurs représentations sociales (Guimelli 1989) nous laissent supposer que l'appartenance à un groupe professionnel active des représentations sociales particulières (Mardellat, 1994).

Cette différence des pratiques éducatives entre les deux groupes des éducateurs renvoient d'un côté à des niveaux d'apprentissage relative à l'autisme. Autrement dit, la quantité et la qualité des connaissances possédées permettant aux éducateurs de gérer les situations et de savoir comment ils vont se comporter vis-à-vis de l'objet de la représentation sociale et d'un autre côté, la durée de l'expérience professionnelle à un effet plus ou moins important et qui peuvent rendre les pratiques plus ou moins nécessaires, souhaitables, valorisées, désirées, etc.

## **Etude comparative des fonctions des actes éducatifs exercées par les deux groupes d'éducateurs :**

- **Les méthodes des apprentissages :**

Les pourcentages par rapport à l'ensemble des actes éducatifs, apparaissent chez les différents groupes des éducateurs :

- Educateurs formés : 12,04 % ;
- Educateurs non formés : 12,61%.

Selon nos résultats, on remarque d'un côté que le taux des directives plus ou moins similaire chez les deux groupes d'éducateurs. Et d'un autre côté, les éducateurs formés présentent moins de guidance physique (8,73%) par rapport aux éducateurs non formés (12,76%) Ceci peut être expliqué par le niveau de capacités plus élevé des enfants autistes pris en charge par les éducateurs experts au niveau des centres spécialisés là où ils ont acquis un certain niveau de développement par rapport aux enfants pris en charge dans les centres psychopédagogiques. Ces derniers ont plus besoin d'être guidés durant les séances éducatives tandis que les enfants dans les centres spécialisés de l'autisme peuvent prendre spontanément des dispositions d'exécution sans besoin de répéter les directives.

- **L'apprentissage par imitation :**

- Imitation des pairs : les éducateurs formés (0,55%), les éducateurs non formés (2,97%).
- Imitation des éducateurs : les éducateurs formés (11,40%), les éducateurs non formés (10,39%).

Les deux groupes utilisent la méthode d'apprentissage par imitation mais on note que les éducateurs non-experts utilisent plus l'imitation des pairs au cours des apprentissages contrairement aux éducateurs experts qui préfèrent utiliser l'imitation de l'éducateur lui-même.

- **Développement des domaines visés :**

- Socialisation : les éducateurs formés (7,44%), les éducateurs non formés (1,48%).
- Communication : les éducateurs formés (8%), les éducateurs non formés (9,20%).
- L'autonomie : les éducateurs formés (6,43%), les éducateurs non formés (4,01%).
- Motricité : les éducateurs formés (7,72%), les éducateurs non formés (9,79%).
- Développement cognitif : les éducateurs formés (7,81%), les éducateurs non formés (6,97%).

- **Le renforcement :**

- Renforceur social : les éducateurs formés (8%), les éducateurs non formés (6,82%).
- Renforceur (objets) : les éducateurs formés (0,28%), les éducateurs non formés (2,23%).

Quatre types de renforceur ont été observés pour les deux groupes :

- Les renforceurs primaires destinées à être consommés tels que la nourriture, les boissons, les bonbons.
- Les renforceurs sociaux tels que les sourires, les câlins, dire « c'est bien ».
- Les activités intéressantes, qui sont les activités que l'enfant préfère, telles que jouer avec un petit ballon.

- **Fonction d'organisation :**

L'organisation est un domaine transversal de l'action pédagogique qui joue un rôle important pour assurer le bien-être des enfants et assurer un bon déroulement des apprentissages. Il s'agit d'un système de gestion d'horaire et de l'espace, la préparation des activités et du matériel avant de commencer la tâche, Ranger le matériel du travail à la fin de chaque activité, choix d'instruments adapté à l'âge de l'enfant, partager les enfants dans des classes selon le niveau du développement mentale, planifier les programmes selon les capacités des enfants et leurs niveaux d'évolution etc. Cette fonction est repérée dans les deux groupes mais elle est plus structurée dans les centres spécialisés de l'autisme par rapport aux CPP.

- **Fonction d'incitation physique :**

Cette action motrice augmente la probabilité que l'enfant réponde correctement ou exprime le comportement désiré. Par exemple : toucher la main de l'enfant, placer la main sur le point de départ avant de commencer une activité donnée, utiliser des gestes pour communiquer les attentes. Ce type d'incitation prend deux formes : L'éducateur peut commencer avec un niveau d'incitation inférieur et il augmente le niveau d'incitation jusqu'à ce que l'enfant réponde correctement. Ou inversement, il commence par un niveau d'incitation élevé et graduellement le niveau progresse.

Ces deux formes sont notées seulement chez les éducateurs experts. Tandis que les éducateurs non-experts ont tendance d'utiliser le premier type d'incitation.

- **Gestion des comportements problèmes :**

Il s'agit des comportements culturellement anormaux, d'une intensité, fréquences ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger ou des comportements qui limitent probablement ou empêchent l'accès aux services ordinaires de la communauté.( Eric Willaye,Ghislain Magerotte, 2008,p26).

On a retenu les critères suivants sur lesquels on a pu se baser afin de décider s'il s'agit bien d'un comportement problème (idem,p27):

- Un comportement qui constitue un danger pour l'enfant lui-même.
- Un comportement qui présente un danger pour autrui.
- Un comportement qui risque de devenir plus grave si l'on n'intervient pas.
- Un comportement qui rend l'intégration sociale difficile.
- Un comportement qui rend l'apprentissage impossible.

Afin d'illustrer la nature de ces comportements on a adopté les catégories reprises de Mc Brien et Felce (1992) qu'ils appellent comportements- défis, ce qui équivaut à la notion de comportements problèmes (Tableau A).Ces comportements sont appelés « défis » à la fois parce qu'ils constituent des défis majeurs pour maintenir un environnement d'apprentissage productif et parce qu'ils lancent des défis aux professionnels qui souhaitent les changer

**Tableau 12** : Catégories de comportements-défis selon Mc Brien et Felce (1992)

<b>Agression</b>	<b>Automutilation</b>	<b>Destruction</b>
<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frapper</li> <li>• Tirer les cheveux</li> <li>• Pousser les gens</li> <li>• Donner des coups de pieds</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se frapper la tête</li> <li>• Se donner des coups ou s'enfoncer le doigt dans l'œil</li> <li>• Se mordre la main</li> <li>• S'arracher les cheveux</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casser de la vaisselle</li> <li>• Jeter des objets</li> <li>• Casser des vitres</li> <li>• Renverser des Meubles</li> <li>• Déchirer des livres / Des vêtements</li> </ul>
<b>Perturbation, Anti sociale, Dangereux, Nuisance</b>	<b>Stéréotypie/ Autostimulation</b>	<b>Alimentation</b>
<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crier</li> <li>• Se mettre en colère</li> <li>• S'enfuir</li> <li>• Opposition permanente</li> <li>• Se déshabiller en public</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balancements</li> <li>• Mouvements des Mains</li> <li>• Bruits répétitifs</li> <li>• Balancer une ficelle</li> <li>• Arpenter</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyper sélectivité</li> <li>• Vomissement</li> <li>• Pica</li> <li>• Recherche permanente de nourriture</li> </ul>

Pour conclure, tout acte éducatif des éducateurs formés que se soit verbal ou non verbal, ayant comme but, soit d'établir la communication avec l'enfant autiste pour le préparer au travail et lui transmettre un message donné, soit de contrôler une situation difficile dans leurs rapport avec l'enfant et obtenir une modification de leurs attitudes vis-à-vis l'éducateur et les

pairs, ou ayant encore pour objectif d'apprécier le comportement de l'enfant autiste afin de le motiver en utilisant des renforçateurs matériels ou sociaux. Ces actes ont ainsi un but d'apprentissage qui touche le domaine de la communication, la socialisation, l'autonomie et le côté cognitif ainsi que la motricité globale et fine.

En effet, ces actes éducatifs effectués dans le but d'assumer une fonction ou des fonctions peuvent prendre deux formes :

- Une forme verbale :  
Il s'agit de donner à l'enfant des consignes avec un langage simple et des phrases courtes dans le but de lui expliquer ce qu'il faut faire dans l'activité demandée.
- Une forme non verbale :  
L'éducateur utilise un langage non verbal pour s'exprimer comme la mimique du visage, le regard, les gestes, le pointage, le sourire, mouvement, la posture corporelle et même la neutralité exprimée par la mimique qui indique une ignorance d'un échec lors d'une activité.

Pour qu'une représentation sociale se constitue, il doit exister des pratiques communes se rapportant à l'objet présumé (Marchand & Weiss, 2009). On a pu montrer que les représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs non-experts ont un effet sur leurs pratiques éducatives avec les enfants autistes cela était claire dans la façon ou ils prêtent une grande attention aux types d'activités qui s'intéressent au développement de la motricité qui selon eux c'est le première pas vers la communication, car ils considèrent la reconnaissance du corps comme la phase qui précède la connaissance du monde externe, ensuite viendra le développement de la communication verbale et non verbale. Ce qui va aider cet enfant qui vit dans son propre monde de connaître son corps et le monde qui l'entoure et donnera accès à la communication.

Nous considérons le recours à la confrontation des pratiques à des représentations sociales comme un comportement négatif. En situation d'éducation, la rencontre entre les deux peut faire croire à la primauté de l'une sur l'autre (CASTELLOTTI,2002) Le souhaitable est d'adopter une approche scientifique et écarter les représentations sociales au profit des pratiques éducatives diversifiées et ne pas se limiter d'une méthode standard qui ne prend pas en considération les particularités de chaque enfant autiste ou avec déficience intellectuelle



dans les centres psychopédagogiques , alors que aux centres d'autisme on a note une hétérogénéité des approches qui permet de faire face à la diversité des besoins des enfants autistes.

## **Conclusion :**

Aborder l'autisme comme objet de représentations sociales chez les éducateurs non-experts en autisme suggère d'un côté, la compréhension de la façon dont la connaissance scientifique se traduit dans le sens commun de cet échantillon et d'autre part nous accordant importance à tout type de savoir concernant l'autisme, et non seulement au savoir «scientifique» dans les classifications mondiales, du type DSM-4,DSM-5,CIM-10. Autrement dit, les représentations sociales sur l'autisme chez des éducateurs non-experts en autisme et qui travaillent dans le domaine de la prise en charge des enfants avec déficience intellectuelle. Nous permettent d'identifier des cognitions liées à l'autisme et essayer de comprendre leurs connaissances du sens commun et la façon dont cela intervient dans leurs pratiques éducatives

Les représentations sont sociales car elles naissent au sein de l'interaction sociale et fournissent un code commun à la communication, tout en distinguant les groupes sociaux les uns des autres (Moscovici, 1992). Avec cette brève définition on s'aperçoit déjà l'importance du concept de représentation sociale pour approcher les constructions de l'autisme chez les éducateurs non-experts en autisme comme objet d'une représentation sociale partagée au sein d'un groupe sociale lors des échanges interpersonnels ,ce qui va permettre d'explorer les éléments qui composent ces différentes constructions dans un contexte d'interaction sociale. Puisque les différentes représentations liées à l'autisme auront vraisemblablement un impact sur les pratiques éducatives utilisées avec les autistes et l'efficacité de ces interventions, il est important de mieux les connaître et les comprendre.

Nous avons choisi de mener une réflexion sur la notion de représentation dans le champs de l'autisme pour cerner la place de la personne autiste au niveau des centres non spécialisés de l'autisme, non seulement sur le plan mental mais aussi sur le plan pratique.

Notre recherche a proposé d'étudier les représentations sociales qu'ont les éducateurs non-experts dans le domaine de l'autisme et sur lesquelles ils se basent pour identifier les signes de l'autisme.

Nous étions intéressés par les éducateurs exerçant dans les centres psychopédagogiques qui accueillent les enfants avec déficience intellectuelle et dans lesquelles on trouve des enfants autistes en raison de manque de structures spécialisés de la prise en charge des personnes avec

autisme. Ces éducateurs n'ont pas été formés sur l'autisme et ils ont peu d'expériences avec ce spectre.

Partant de l'idée que les éducateurs non-experts partagent des éléments de représentation qu'ils ont en commun, ces éléments pourraient être mis en évidence par l'identification du noyau central permettant également de repérer les signes de l'identification de la personne porteuse d'autisme. Le recueil des données aux travers les questionnaires nous a permis d'examiner les critères de la reconnaissance de l'autisme dans représentations sociales chez les éducateurs non-experts et selon plusieurs variables. Ces variables ont concerné le sexe, le statut professionnel (Titulaire, en stage). Mais d'une façon générale, les éducateurs non-experts ont tendance de reconnaître l'enfant porteur de l'autisme en se basant sur deux critères ; « enfant qui vit dans son propre monde », « troubles de communication ».

En effet, quelles que soient les variables, on a noté une stabilité d'un élément du noyau central. Il s'agit du critère « enfant qui vit dans son propre monde » chez tous les éducateurs interrogés quelque soit leur sexe ou leur statut professionnel. Ces derniers partagent le point de vue selon lequel un enfant autiste est un enfant qui a son propre monde et qui vit dans sa bulle qui le sépare des autres gens. Ce critère est essentiel pour différencier un enfant avec autisme d'un autre enfant porteur d'un handicap mental dont l'absence déstructurerait la représentation ou lui donnerait une signification complètement différente » (Abric, 1994b, p.73). On a pu confirmer notre première hypothèse ; les éducateurs non formés sur l'autisme ont élaboré et partagés des croyances, des opinions et des connaissances dites « théorie naïves ». Il s'agit bien de « connaissances de sens commun ».

Un deuxième point remarqué, les éléments centraux s'articule également autour de autres éléments ; « troubles des interactions sociales », « trouble de communication », « comportements bizarres » selon le sexe et le statut professionnel des éducateurs.

Selon Moliner « prendre position, c'est adopter ou rejeter une opinion sur la base de ce que l'on pense être bien ou mal, bon ou mauvais en fonction des valeurs dominantes d'un champ Social donné » (Moliner, 1994b, p.50). On a noté cette prise de position qui prend une forme d'un accord ou d'un désaccord que tel ou tel symptôme caractérise le mieux un enfant autiste qu'un autre enfant. Or, on peut se poser la question suivante : est-il nécessaire de partager de façon consensuelle une même signification de l'autisme pour mettre en place cet accord ou

désaccord ? Selon nos résultats, on a montré que pour la majorité des éducateurs, l'autisme est une lésion cérébrale alors que pour les autres, il s'agit d'une maladie, et pour quelques sujets, c'est un handicap, et pour certains éducateurs, l'autisme est un trouble de développement. Tandis que pour une minorité, l'autisme est considéré comme phénomène. Ce que nous constatons plutôt est que la signification même de l'autisme est un objet de débats. Et c'est ce qu'on a remarqué dans l'ancrage de cette prise de position qui se trouve en bonne partie dans des aspects psychologiques ou biologiques, ce qui va permettre de créer les multiples sens que les groupes peuvent attacher à l'autisme et ses signes. Nous pourrions expliquer cela par le fait que « Le manque d'information et l'incertitude de la science favorisent l'émergence de représentations qui vont circuler de bouche à oreille ou rebondir d'un support médiatique à l'autre » (Jodelet, 1989, p.34).

Dans une deuxième étape de travail, on a supposé que la représentation que l'éducateur a de l'autiste se diffère entre les institutions spécialisés et les non-spécialistes de l'autisme et ces différences entraînent des pratiques différentes par rapport aux objets professionnels communs, il en résulte des représentations différentes de ces derniers. Mais ce qui nous intéresse dans notre recherche n'est pas la comparaison des représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs experts en autisme et les non-experts, mais plutôt comment ces derniers perçoivent les enfants autistes à travers leurs représentations sociales de cet objet et comment leurs caractéristiques et leurs comportements, les pousses à adopter un modèle d'action dans une situation donnée et qui va avoir logiquement des effets sur l'enfant autiste car il est important de bien cerner l'architecture de ces représentations afin de proposer un programme d'éducation adapté aux besoins des enfants autistes.

Au cours de nos observations réalisées dans les centres psychopédagogiques fréquentés par les enfants autistes, nous avons pu recueillir des informations essentielles, impossibles d'obtenir à partir des entretiens et des questionnaires. Ces observations ont complétés nos données recueillies. Et nous avons pu nous enquérir les difficultés réelles auxquelles sont confrontés les jeunes autistes, nous nous sommes rendus compte de la nécessité de la réalisation des centres spécialisés pour ces enfants ainsi que l'élaboration des services spéciaux au niveau des centres psychopédagogiques, afin de permettre aux personnes autistes de se développer et d'intégrer notre société. Nous avons pu montrer un processus par étapes dans les centres psychopédagogiques, intégré dans la démarche de l'éducation, comprenant un ensemble d'activités organisées d'apprentissage qui concerne l'autonomie, la socialisation, la

communication, la cognition ainsi que la motricité fine et globale mais on a noté une dominance de certains domaines d'apprentissage par rapport aux autres domaines.

L'imitation est un moyen d'apprentissage repéré lors du relevé des observations et ce processus a pris deux formes : apprentissage par imitation de l'éducateur et apprentissage par imitation des pairs. Les directives verbales ainsi que la guidance physique sont les deux moyens qui accompagnaient l'imitation dans le processus des apprentissages, mais on a noté un aspect négatif dans la façon de l'utilisation de ces directives au niveau des CPP. Ces directives se présentent avec un langage des fois compliqué, avec un discours long ce qui contredit l'instruction de donner des directives avec des mots simples et courtes selon les recommandations de différentes méthodes de prise en charge adaptées à l'autisme.

Le renforcement social ou matériel a pris une place dans les pratiques éducatives mais sans utilisation structurée. À des reprises il a suivi toute réussite et à d'autres moments donnés, la réussite à la tâche a été ignorée ou alors, l'éducateur propose le renforçateur matériel dans des circonstances qui ne nécessitent pas l'offrir à l'enfant. Donc la valeur du renforçateurs a perdu son intérêt, son rôle majeur puisque son utilisation est bref au niveau des CPP.

L'organisation spatiale et temporelle a été également notée chez les éducateurs non-experts, mais sans prendre en compte la particularité des enfants autistes qui apprennent mieux avec des repères visuels comme l'emploi du temps visuel (par image).

La gestion des comportements problème a été prise en considération durant les séances éducatives dans les centres psychopédagogiques. Les éducateurs n'ont pas ignoré ces comportements non-désirés et ils ont tentés de les corriger à chaque reprise. Cette modification de ces comportements a pris une forme verbale (blâmes, « ne fait pas ça », « tu n'aura pas ton bonbon ») ou alors un changement de situation (changement de position de l'enfant, lui retirer l'objet, toucher ses mains ou son visage, l'empêcher de bouger, arrêter l'activité, lui offrir un objet préféré, essayer de le calmer, etc.)

Les diverses méthodes de prise en charge éducatives sont en rapport avec le type de l'établissement là où ils exercent leurs fonctions ainsi que leurs représentations sociales qu'ils ont de l'autisme et le niveau de connaissances dans ce domaine.

Les pratiques des éducateurs varient selon les établissements dans lesquels ils exercent. Mais malgré cette différence entre les éducateurs experts et les éducateurs non experts, les deux groupes partagent le même but qui est le développement des capacités de l'enfant autiste sur différents plans et faciliter son adaptation et son autonomie au sein d'une société et améliorer la qualité de sa vie.

L'étude des pratiques éducatives avait pour but de mettre le point sur les différentes interventions appliquées dans les centres non spécialisés sur l'autisme et contribuer à la connaissance des meilleures pratiques avec les enfants autistes. Notre étude a permis de déterminer les composantes des actes éducatifs et de répertorier les fonctions majeures de ces pratiques et vérifier si elle tient compte des besoins individuels sur différents domaines. Il s'agit de trouver une structure à ces modèles d'intervention. Et ce genre d'étude invite les éducateurs de s'observer et à évaluer leurs actes afin que l'éducateur lui-même puisse tirer des conclusions sur sa relation avec les enfants avec déficience intellectuelle et les enfants autistes en particulier. Et se poser la question suivante : est-ce qu'ils sont prisonniers d'une méthodologie ou d'un plan de travail donné ?

Nous avons constaté que les représentations sociales sont stables dans le temps mais toutefois on est capable de les faire évoluer en prenant conscience de notre position par rapport à l'objet ainsi que nos rapports successifs avec autrui. Les médias, les journaux spécialisés, l'élargissement de la sensibilisation dans les congrès ainsi que la mise en place d'une bibliothèque sur l'autisme au sein des centres psychopédagogiques sont essentiels pour modifier des représentations sur l'autisme et qui peuvent être un obstacle devant l'intégration de l'autiste dans la société et surtout pour le scolariser.

L'étude comparative entre les éducateurs experts et les éducateurs non-experts peut être également expliquée par des différences dans le profil adaptatif des enfants pris en charge dans les différents établissements ainsi que le type d'interventions proposés dans les centres psychopédagogiques et les centres spécialisés de l'autisme. Les enfants accueillis au niveau des centres spécialisés sont plus développés, et leurs capacités sont plus évoluées par rapport aux enfants mêlés à des enfants avec déficience intellectuelle.

Les modes d'intervention appliqués avec les déficients mentaux est à la fois médical et pédagogique. Les professionnels adaptent des techniques éducatives employées avec des

enfants ordinaires dont l'approche est encore plus sensorielle et centrée d'avantage sur l'acquisition de l'autonomie et la communication. Ce suivi est appliqué également avec les enfants autistes au niveau des centres psychopédagogiques. Tandis qu'aux centres spécialisés de l'autisme, ils appliquent des méthodes pédagogiques basées sur des théories comportementalistes qui amènent à des résultats comme par exemple la suppression des comportements problématiques. Les professionnels experts en autisme accèdent à réaliser ceci en utilisant la répétitions et les renforcements.

Que se soit les déficients mentaux ou les autistes, Ils ne suivent pas tous le même chemin pour grandir et apprendre, car chacun des deux a ses propre difficultés et ses caractéristiques mais ils ont tous deux besoin d'une prise en charge moderne spécialisé afin de trouver des moyens de s'adapter dans la société. Cette optique oblige a une réorganisation dans les structures accueillant les enfants autistes même si ces établissements ce considères comme « non concernées par l'autisme » alors que ces institutions sont le seul refuge pour les enfants autistes face au manque des établissements spécialisés.

On espérons que nos résultats influenceront directement les personnels et les professionnels qui s'occupent de ces autistes dans les centres psychopédagogiques en Algérie, en renforçant les meilleurs pratiques actuelles, en offrant des orientations et des suggestions pour soutenir les enfants autistes et leurs parents qui se trouves obligés d'inscrire leurs enfants dans des centres qui accueillent des enfants avec déficience intellectuelle. Ces établissements qui ne se disposent pas de classes spéciales pour les enfants autistes, ces derniers partagent les mêmes salles de travail avec les enfants porteurs d'une déficience intellectuelle.

Cette situation n'est pas avantageuse pour un bon déroulement des apprentissages pour les enfants autistes car ces derniers se différencient des déficients mentaux sur plusieurs niveau. Et face à la particularité des enfants autistes, il est important de planifier les apprentissages et les organiser de manière cohérente en fonctions du type du trouble et la nature de ses difficultés et les objectifs visés sans associer les enfants avec autisme et les enfants avec une déficience intellectuelle dans la même classe.

Une personne avec autisme se distingue par l'importance de ses troubles de communication et de l'interaction sociale, et caractérisé par des stéréotypés et un refus de changement accompagné par des crises d'anxiété mal supportés par l'institution ou alors interprétés

comme un refus d'apprendre alors qu'une bonne compréhension du fonctionnement spécifique de l'enfant autiste oriente l'éducateur à d'autres interprétation (Tassé, Morin, 2003).

Le plus souvent les informations proposées sont incompréhensibles ou alors le cadre de l'apprentissage n'est pas suffisamment organisé pour permettre à la personne autiste de se repérer.(centre national Suresnes,1999,p20). Tandis que cette violence est expliqué par l'incapacité de saisir la pensée d'autrui .Ce n'est pas toujours qu'il ne sait pas ce qu'on lui demande ; c'est qu'il ne comprend pas ce que l'on veut de lui.

Contrairement aux autistes, les enfants avec déficience mentale n'ont pas de problèmes relationnels et leurs comportements varis d'un enfant à l'autre selon l'importance de leur trouble, mais en premier plan on trouve des incapacités sur des domaine de fonctionnement adaptatifs comme la communication, les habilités sociales, l'autonomie, aptitudes scolaires fonctionnelles (Viginay, 2005,p 40).

Tout ce qui précède met en évidence que les enfants autistes et les enfants déficient mentaux ont tous les deux besoin d'un suivi moderne et spécialisé, ils ont besoin d'être pris en charge en tant que des individus et non pas une prise en charge des symptômes. Il faut considérer l'enfant autiste comme un enfant en développement, avec des besoins ordinaires et des besoins spécifiques et non pas comme un enfant qui ne veux pas apprendre et on a du mal à le comprendre et de le gérer.

Finalement, à quoi bon maintenir des modèles d'intervention différents si eux ci ne sont liés qu'à des classifications. Tassé & Morin (2003) ont suggéré ce point de vue. Selon eux, les interventions apportés à l'enfant autiste tel que le TEACCH « Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children » (TEACCH ; Schopler & Mesibov, 1985), pourra être élargi aux enfants déficients mentaux et adaptés en fonction des compétences de chaque enfant. Avec une collaboration entre parents et professionnels, afin d'appliquer à leurs domiciles ce qui se pratique dans le centre, et favoriser une bonne intégration des personnes autistes et développer au maximum ses capacités pour qu'il devienne autonome et épanoui en favorisant l'apprentissage, ceci est un but fondamentale de l'éducation. Mais pour une éducation adaptée et appropriée aux enfants porteurs d'autisme, il est important de comprendre avant d'éduquer



La représentation se modifie grâce à la connaissance donnée par la formation (Balahoczky, 2003). L'éducateur doit côtoyer la personne autiste pour se créer une représentation de l'autisme proche du réel. La question de la formation des professionnels en général et des éducateurs au sein des centres psychopédagogiques en particulier à des pratiques d'accompagnement doit être posée. Et puisque les pratiques ont un effet majeur sur la transformation des représentations sociales. Plus précisément, l'accès à des pratiques nouvelles modifie de façon massive la structure de la représentation. On suppose que l'accès à la formation puisse avoir un effet sur la transformation des pratiques et les représentations sociales. Mais il est essentiel de se demander que faut-il enseigner aux éducateurs pour qu'ils deviennent des accompagnants pertinents ?

Selon Rogé (1999), la formation est un processus de socialisation et les personnes formées sont des acteurs sociaux porteurs de normes, de valeurs, d'un certain rapport au monde qui leur est propre, singulier, même s'il est partagé dans ses principaux traits par les autres membres du même groupe social, la coopération en l'occurrence. Ce qui nous semble intéressant dans cette approche est que ces acteurs expliquent qu'à l'issue du processus de formation, vont selon le principe de reproduction, véhiculer les normes, valeurs ... nouvellement intégrées par le biais de leur formation dans les groupes professionnels. (Rogé, 1999, p20-24) Cependant, l'auteur ajoute que grâce à ces modifications par la formation, ils vont aussi contribuer par là à faire évoluer leurs pratiques et donc en modifier les normes.

Un enfant autiste a besoin d'être entouré des enfants ordinaires qui rentrent spontanément en contacte avec lui, le solliciter ainsi le stimuler constamment. L'école est le meilleur établissement là où il pourra progresser réellement et durablement sur le plan des apprentissages et nouer des relations humaines avec les pairs. Mais tant que l'enfant avec autisme est mêlé à des enfants avec handicaps mentale, cette étape est loin d'être réalisable dans notre pays

Les enfants autistes ont longtemps été ignorés puisque l'autisme est un trouble méconnus et pour face à ce que l'on connaît mal, on a tendance de le rejeter et progressivement il devient un sujet à beaucoup de préjugés. Et Afin de luter contre ces préjugés il est essentiel de faire face au manque de formations et le manque de structures spécialisées, il est important de

structurer les centres psychopédagogiques selon les besoins des enfants autistes vu que le nombre détecté de ces enfants est inférieur par rapport aux enfants avec déficience mentale.

Il est important que les éducateurs non-experts fassent un travail pour changer leurs regards sur l'autisme et essayer de sortir des préjugés et des représentations fausses et négatives et de se débarrasser de toute rencontre stérile ou impossible avec ces enfants car l'autisme est comme tout handicap, il ne se guérit pas mais on pourra les aider avec des stratégies de compensation (Longloys, 2011). En effet, il est essentiel de donner les moyens de savoir de qui on parle savoir qu'il existe des formes d'autisme et des moyens éducatifs efficaces, ainsi que de comprendre les besoins spécifiques des autistes et de leurs familles et de prendre conscience des manques criants : diagnostic, absence de la scolarisation, absence d'accompagnement et l'absence de l'insertion sociale (Chossy, 2001, p.93-94). Seule l'image que l'éducateur s'est fait de l'autisme l'amènera à intervenir de manière positive auprès de ces enfants. Cette vision positive repose sur cette évidence que l'autisme n'est pas considéré comme une maladie mais un handicap spécifique en évitant de développer une perspective étroite et faussée. Et pour faire évoluer les représentations, il est important d'éviter que l'image dévalorisante de l'autisme reste figée dans la mémoire de l'éducateur, il doit apprendre pour bien éduquer. Car ces représentations dévalorisantes incitent l'éducateur à l'éloignement et la désespérance face à un cas avec autisme.

La conclusion générale qui se dégage de ce travail est que beaucoup d'efforts restent à faire dans le sens de la formation des éducateurs qui exercent leur métier dans les centres psychopédagogiques tant que le problème du manque de structures spécialisées sur l'autisme reste toujours posé. La formation en rapport avec l'autisme est un aspect important dans l'évolution des représentations et des pratiques éducatives. En d'autres termes, elle joue un grand rôle dans la révolution de la pensée et de l'action.

Pour conclure ce travail, notre recherche a permis d'apporter un éclairage sur les représentations sociales de l'autisme et les critères de l'identification de ce spectre et leurs pratiques éducatives, et c'est aussi à partir de ce type d'étude, que nous pourrions avoir un éclairage sur nos représentations et engendrer un progrès réel au sein de nos pratiques. Mais cette étude ne manque pas de limites comme le nombre réduit des sujets interrogés lors du recueil des données qui représentent qu'un aperçu de la totalité des éducateurs exerçant au niveau de tous les centres psychopédagogiques en Algérie. Finalement, nous pouvons étayer

tout projet d'aide au niveau des institutions en Algérie en s'inspirant de cette phrase du psychologue Paul Osterrieth : « aucun enfant ne doit perdre sa chance de devenir ce qu'il peut être

## Bibliographie

Abric, J. c. (1994). *Lles représentations sociales : aspects théoriques*. In J.-C. Abric (Ed.), *pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.

Abric, J. C. (1983-1984). « L'artisan et l'artisanat » in *Bulletin de psychologie*, XXXVII, N°15-17, 1983-1984. ABRIC (J.C.), MARDELAT (R.) « Etude des représentations dans une situation conflictuelle » in *Bulletin de psychologie* XXXVII, N°14-15.

Allport, G. (1935). attitudes, in C. Murchison (du). *A hand book of oialuniversity* , 798-844.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mantal Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8.

Amiet, C. *Diversité clinique de l'autisme : aspects diagnostiques*. Cairn.

Amy, G., Piolat, M. (2007). *Psychologie sociale: cours, documents, exercices*. 2<sup>ème</sup> édition, Bréal, p169.

Apostolidis, T. (2003). *Représentations sociales et traingulation: enjeux théoricométhodologiques* In J.-C. Abri (ed.), *Méthodes d'études des représentations soiales*. France: érés.

Aubert, J., & Abdi, G. (2002). Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. *3* (59), 144.

Ayanouglou, F. (2012). *Evolution de personnes adultes avec autisme et déficience intellectuelle: étude rétrospective*. Thèse de Doctorat de Psychologie. Université Paul Valéry. Montpellier III.

Azéma, B., Cadenel, A., Marabet, B., & Lionnet P. (2011). *L'habitat des personnes avec TED : du chez soi au vivre ensemble*. Etude commanditée par la DGAS. ANCREAI.

Baghdadli, A. (2006). *Troubles autistiques : du repérage des signes d'alerte à la prise en charge*. *Contraste*. 2(25), 23-51.

Baghdadli, A., & Aussilloux, C. (2007). *Interventions éducatives pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme*. Paris: CREA.

Baghdadli, A., Darrou, C., Coudurier, C., Michelon, C., Raysse, P., Ledésert, B., Lenoir, P., Verrecchia, B., Assouline, B., Aussilloux, C., Pry, R. (2008). *Durée de la prise en charge d'enfants autistes et qualité de vie de leurs parents*. *Pratiques et organisation des soins*, 39, p 58.

Balahoczky, M. (2003). *Impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement*. Pro Senetude.

Baudouin, S. (2013). *Apport des modèles murins dans l'autisme syndromique et non syndromique Une physiopathologie commune ?* *M/S Médecine/Sciences*. 29; 121-55.

- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy : A retrospective video analysis of sensory-. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 213-224.
- Baron-Cohen, s. (2000). « Is Asperger's syndrome/high-functioning autism necessarily a disability? *Development and psychopathology* , 12.
- Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2012). l'autisme de l'enfance à l'âge adulte. *Psychiatrie* , 205.
- Ben Soussan, P. (2009). Le bébé et le jeu. Paris : ères.
- Berger-Sweeney, J. (2011). Cognitive deficits in Rett syndrome: What we know and what we need to know. *Neurobiology of Learning and Memory* , 96, 637-646.
- Bert, I. (2011). Autisme : mieux connaître le syndrome d'Asperger. *Sciences humaines* (161).
- Beyer, J., & Gammeltoft, L. (1999). *Autisme et jeu*.
- Blanc, N. (2006). *Le concept de représentation en psychologie*. Paris: Press éditions.
- Boggi Cavallo, P., & Iannaccone, A. (1993). Représentations sociales et construction des connaissances. (U. d. Salerno, Éd.) *Papers on Social Representations - Textes sur les Représentations Sociales* , 2 (3), 1-150.
- Bohner, G., & Wanke, M. (2002). *Attitude and attitude change*. Londres: Open University press.
- Bradely Schaefer, G. & Mendelsohn, N. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. ACMG Practice Guidelines. Genetic in Medicine. American College of Medical Genetics and Genomics.
- Braunschweig, D., Krakowiak, P., Duncanson, P., Boyce, R., Hansen, R. L., Ashwood, P., Van de Water, J. (2013). Autism specific maternal autoantibodies recognize critical proteins in developing brain. *Translational psychiatry*, 3, e2777.
- Boulekras, N. (2011). *Petit guide sur l'autisme*. Alger: Office des Publications Universitaires.
- Boyer, h. (2007). *Stéréotypage, stéréotypes: Langue(s), discours* (éd. 4). Paris: L'harmattan.
- Brigitte, C. (2010). Autismes : des représentations multiples, sources de controverses. *Enfance & Psy* , 2 (47), 150-158.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. érés.
- Carrabé, J. (2013). « La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *L'information psychiatrique* , 89 (4), 319-326.
- Chamak, B. (2013). La prise en charge de l'autisme : le traitement médiatique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* , 61, 231-235.
- Chamak, B. (2007). Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspectives Psy* , 46 (3), 84.

- Charras, K. (2008). Environnement et santé mentale : des conceptions psycho-environnementales de la maladie d'Alzheimer à la définition de paramètres environnementaux pour une prise en charge par les établissements médico-sociaux. *Etudes et Résultats*, 397.
- Chaste, P., & Bourgeron, T. (2007). La recherche des gènes de susceptibilité aux troubles psychiatriques. *Neuropsych News*, 6 (3), 108-112.
- Chossy, J.-F. (2001). *Evaluation des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées : passer de la prise en charge à la prise en compte*.
- Claude, F., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires : comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Codol, J. P. (1969). Note terminologique sur l'emploi de quelques expressions concernant les activités et processus cognitifs en psychologie sociale. *Bulletin de psychologie*, 23, 63-71.
- Cohen, D. (2012). Controverses actuelles dans le champ de l'autisme Recent controversies in Autism Spectrum Disorder. *Annales Médico-Psychologiques* (170), 517-525.
- Croen, L. A., Najjar, D. V, Fireman, B., & Grether, J. K. (2007). Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(4), 334-40.
- Courtial, J. P., & Gourdon, L. (1997). Autisme et représentations sociales des chercheurs : Une approche historique des recherches contemporaines sur l'autisme. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45 (10), 573-583.
- Daily. (1983). *Les déficiences intellectuelles de l'enfant*. Toulouse: Privat.
- Dawson, M., Soulieres, I., & Gernsbacher, m. (2007). The level and nature of. *Psychol Sci*, 18 (8), 657-662.
- Degenne-Richard, C., & Cuxart, F. (2014). L'apprentissage structuré de l'autonomie personnelle. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 33, 5-7.
- Denis, V. (2005). *Découvrir les déficiences intellectuelles*. érés.
- Depeau S. (2006). De la représentation sociale à la cognition spatiale en environnementale : La notion de "la représentations" en psychologie sociale et environnementale. *ESO*, 25, 7-17.
- Doise, W. (2009). *Discrimination sociale et droits universels*. Pug.
- Doise, W. (1990). *Les représentations sociales : définition d'un concept*, In W. Doise et A. Palmonari (coord). *L'étude des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Doise, W., Clémene, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Eisenmajer, R., & al, e. (1996). Comparison of clinical symptoms in autism and asperger's disorder. *Psychiatry*, 11 (35), 1523-1531.
- Farr, R. (1987). Les représentations sociales. In *Psychologie sociale*. P385.

- Ferrière, S., Morin-Messabel. (2012). L'ennui en contexte scolaire : effets de variation et typologie de représentations chez les futurs professeurs des écoles, selon le sexe de l'élève et son niveau scolaire. *Bulletin DE psychologie*, 6(522), 583-595.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., & Cook, E. H. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders* (29), 439-484.
- Fischer, G.-N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (éd. 3). Paris: Dunod.
- Fisher, G.-N. (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod.
- Flament, C. (1995). Approche expérimentale de type psychophysique dans l'étude d'une représentation sociale. *Cahiers internationaux de psychologie sociales*, 28, 67-76.
- Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 18, 297-321.
- Fombonne, E. (1992). Diagnostic assessment in a sample of autistic and developmentally impaired adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22 (4), 563-581.
- Fombonne, E. (2003). *The prevalence of autism*. Jama.
- Forgeot d'arc, B. (2013). L'autisme d'un DSM à l'autre. Science & pseudoscience. N303.
- Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. L. (2011). Perinatal and nonnatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*, 128(2), 344-55.
- Garnier, c., & Doise, W. (2002). *Les représentations sociales balisage du domaine d'études*. Canada: Nouvelles.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1978). *Les Enquêtes Sociologiques : Théories et Pratique*. Paris: Armand Colin.
- Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 273-287.
- Gilly, M. (1980). *Maitre-élève. Rôles institutionnels et représentations*. Paris: Puf.
- Girardot, A.-M., & al, e. (2012). *Les profils cognitifs dans les troubles envahissants du développement*. Encéphale.
- Golse, B. (2012). *Quelle prise en charge pour les enfants autistes aujourd'hui ? dans Autisme et secteur de psychiatrie infanto-juvénile, Evolutions des pratiques*. Paris: PUF.
- Gosling, P. (1996). *Psychologie sociale: Approches du sujet social et des relations interpersonnelles* (éd. 2). Paris: Bréal.
- Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Paris : Odile Jacob.

- Grandin, T. (1996). « My Experiences with Visual Thinking Sensory Problems and Communications Difficulties ». Center for the Study of Autism. USA.
- Guidetti, M., & Turrette, C. (1996). Handicaps et développement psychologique de l'enfant. Paris: Arman Colin.
- Guilé, J.-M., & Lozinski, K. (2009). Place de l'écholalie différée dans le développement de la communication chez un enfant présentant un autisme de Kanner. *Perspectives Psy* (1), 102.
- Guimelli, C. (1989). *Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociales: La représentation de la chasse et de la nature.*
- Guimelli, C. (1994). *Structure et transformations des représentations sociales.* Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Guimelli, c., & Rouquette, M. L. (1992). Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales. *Bulletin de Psychologie* , 405, 196-202.
- Hochmann, J. (2010). , L'autisme à l'heure du néolibéralisme : quelques réflexions. *Enfance et psy* , 1 (46).
- Haute Autorité de la Santé, H. A. (2012). *autisme et autres ted ; interventions « ducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.* ANESM.
- Howlin, P. (1998). Psychological and educational treatments. *Child PsychoL,Psychiat* , 39 (3), 307-322.
- Jamain, S., Betancur, C., Giros, B., Leboyer, M., Bourgeron, T. (2003). La génétique de l'autisme. *Médecine/Sciences*: 19 (11).
- Javeau, C. (1985). *L'Enquête par questionnaire.* Bruxelles: Edition de l'université de Bruxelles.
- Jodelet, D. (1984). *Représentations sociales: phénomènes, concept et théorie.* In: S. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodellet, D. (1989). *folie et représentations sociales.* Paris: Puf.
- Jodellet, D. (1994). *les représentations sociales.* Paris: PUF.
- Jodellet, D. (1991). *représentations sociales.*In *Grand dictionnaire de la psychologie.* Paris: Larousse.
- Jodelet, D., 2006, Culture et pratiques de santé, *Nouvelle Revue de Psychologie*, 1, 219-239.
- Karen, N., & Peart. (2012). Autisme redéfini: chercheurs de Yale étudier l'impact des critères diagnostiques proposés. *Journal of American of child & adolescent Psychiatry* , 51 (4), 368-383.
- Klinger, L. G., & Renner, P. (2000). Performance-based measures in autism : implications for diagnosis, early detection, and identification of cognitive profiles. *J Clin hild Psychol* , 29 (4), 479-492.
- Labrune, P. (2000). Un gène pour le syndrome de Rett. *Archives de Pédiatrie* , 7 (3), 321.
- Laffly, D. Introduction à l'analyse factorielle des correspondances. Laboratoire Société Environnement Territoire. Université de Pau.



- Langlois, D. (2011). Mission parlementaire : regard sur le handicap: L'exemple de l'autisme. Autisme France.
- Laplace, L., Neuveu, V. (2012). Troubles de la communication chez les adultes avec autisme Enquête sur différents parcours de vie et prises en charge orthophoniques de quatre adultes avec autisme. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Lille.
- Lheureux F. (2010). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 312-325.
- Leman, C. (2006). *La scolarisation des élèves en situation de handicap mental, des accompagnements spécifiques à construire*. Nord-Pas-de-Calais: Institut Régional du Travail Social.
- Lemay, M. (2004). *L'autisme aujourd'hui*. Paris: Odil jacob.
- Lenoir, P. (1997). syndrome d'asperger et autisme de haut niveau. *Bulletin Scientifique de l'arapi* .
- Liratin, M., Blanchet, C., & Pry, R. (2013). Intérêt des groupes d'entraînement aux habiletés sociales dans la prise en charge de l'autisme avec retard mental modéré. *Archives de pédiatrie* , 21 (1), 20-26.
- Loveland, K. A., Mcevoy, R. E., & Landry, S. H. (1988). The function of immediate echolalia in autistic children : a developmental perspective. *Journal of Autism & developmental disorders* , 18 (4), 657-668.
- Mairama, L. (2010). Stéréotypes sociaux et achèvement du cycle primaire par les filles: cas de l'arrondissement de Mora. Université de Youndé .
- Mamontoff, A.M. (2008). Dynamique de la fonction identitaire des représentations sociales dans le cas d'une rencontre entre deux cultures. *Anuario de Psicología*, Barcelona, 39(2), 252.
- Marchand, D., Weiss, K. (2009). Représentations sociales du confort dans le train : vers une conceptualisation de la notion de confort social. *Les cahiers internationaux de psychologie*, 4(84). 107-124.
- Mardellat, R. (1994). *Pratique commerciales et représentations dans l'artisanat*. Paris: PUF.
- Markora, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Marquez, E. (2005). activation des schémas congénitifs de base et actualisation des valeurs associées au travail. *Textes sur les représentations sociales* , 14, 1-28.
- Mattron, L., Burack, J-A. (2012). Caractéristiques sensorielles, motrices et attentionnelles des enfants autistes. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, P5.
- Merley, M., Charles, R., Blanchon, Y. C., & Rousselon, V. (2013). Intérêts de la prise en charge séquentielle de jeunes enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* , 61, 273-279.

- Moliner, P. (1994). ). *Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales*. In C. Guimelli (Eds.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Moliner, P. (1994). ; *les méthodes de repérage et d'identification du noyau des rep s*. In C. Guimelli (Cooed.). *Structures et transformation des reps o*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales ; de la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales ; de la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (1988). La représentation sociale comme grille de lecture. *Thèse de doctorat de l'université de Provence* .
- Moliner, P. Les deux dimensions des. *Revue Internationale de Psychologie* , 2, 75-85.
- Moliner, P. (1994a). *Les méthodes de repérages*. (C. Guimelli, Trad.) Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Moliner, P. (2001), *La dynamique des représentations sociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (2009). *représentations sociales et processus sociocognitifs*. France: Press Universitaire de Rennes pur.
- Moliner, P., & Gutermann, M. (2004). *Dynamiques des descriptions et des explications dans une représentations sociales* (Vol. 13). Textes sur les représentations sociales.
- Moliner, P., & Vidal, J. (2003). Stéréotype de la catégorisation et noyau de la représentation. *Revue Internationale de Psychologie Sociale* , 157-176.
- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Slali, V. (2002). *les représentations sociales, pratiques des études de terrain*. Press Universitaire de Rennes.
- Moloney, G. (2012). Cognitive Polyphasia, Themata and Blood Donation: Between or Within Representation. *Papers on Social Representations Volume 21*, pages 4.1-4.12 .
- Monaco, Lheureux, & Halimi-, F. (2008). Test d'Indépendance au Contexte (TIC) et structure des représentations sociales. *Swiss journal of psychology* , 2 (67), 119-123.
- Morchain, P., & Somat, A. (2010). *La psychologie sociale, applicabilité et applications*. Rennes: Pur.
- Moscovici, & Vignaux. (1994). *Le concept de Thémata dans GUIMELLI, C. (ed) structure et transformation des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Moscovici, S. (1976). *La psychoanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Mosovici, S. (1972). *Introduction à la psycho-sociale I*. Paris: Librairie Larousse.

- Mottron, L. (2000). *L'autisme : une autre intelligence. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Belgique: Mardaga.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence: diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Mardaga.
- Mukau Ebwel, J., al. (2010). « Approches des représentations sociales de l'autisme en Afrique » Sémantique culturelle en république démocratique du Congo. *Enfane & Psy*, 4 (49), 121-129.
- Munnich, A. (2005). SYNDROMES AUTISTIQUES : JUSQU'OUÛ ALLER DANS LA. *Cahiers de PréAut*, 1 (2), 15.
- Muratori, F. (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble d'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*. 1 (55).
- Paquet, R., Daniel, J. et autres. (2003). Un geste porteur d'avenir: Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. Santé et services sociaux. Québec.
- Perrin, M., & Durel-Salmane, G. (2009). L'autisme , au pays des sciences. *Cliniques méditerranéennes*, 79.
- Petot, D. (2003). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris: Dunod.
- Pfeutil, S. (1996). *Représentations sociales: quelques aspects théoriques et méthodologiques*.
- Pry, R. (2001). L'autisme : représentation des parents et des professionnels. *Handicap* (93), 32-46.
- Rapin, I. (1999). *Troubles de la communication dans l'autisme infantile*, in Chevré-Muller C. et Narbona J., *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques* (éd. 2). Paris: Masson.
- Râteau, P., & Lo Monaco. (2013). La Théorie des Représentations Sociales: orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *Revista CES Psycholoia*, 6(1). 1-21.
- Rateau, P. (2004). L'approche structurale des représentations sociales : nouvelles perspectives intégratives. Habilitation à Diriger les Recherches, Université de Montpellier 3, 17.
- Rogé, B. (2002). Le diagnostic précoce de l'autisme : données actuelles enfance. 54, 21-30.
- Rogé, B., & Peeters, T. (2005). *L'autisme de la compréhension à l'intervention*. Paris: Dunod.
- Roussiaux, N., & Bonardi, C. (2001). *les représentations sociales états des lieux et perspectives*. Belgique: Mardaga.
- Rouquette, M.L. et RATEAU, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Roux, J.-C. (2013). syndrome de rett : quelles nouvelles avancées en recherche fondamentale et quelles nouvelles perspectives physiopathologique. *Bulletin Scientifique de l'arapi* .

- Roux, J.-C., Zala, D., Panayotis, N., & Borges-Correia, A. (2011). Modification of Mecp2 dosage alters axonal transport through the Huntingtin, hap 1 pathway. *Neurobiology of Disease*, 11 (2), 10.
- Sahnoun, L., Rosier, A. (2012). Syndrome D4Asperger: les enjeux d'une disparition. PSN, éditions Matériologiques, 1 (10). 25-33.
- Saint-George, C. Guinchat, V., Chamak, B., Apicella, F., Muratori, F., Cohen, D. (2013). *Signes précoces d'autisme : d'où vient-on ? Où va-t-on ?* Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 61, Issue 7, 400-408
- Sales-Wuillemin. (2009). La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé : intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs de liaison issus du modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB). *Les cahiers Internationaux de psychologie sociale*, 2 (82), 100.
- Samacher, R. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie : cours, documents, exercices*. Bréal.
- Samain, T. (2002). Les cahiers du troisième âge; Les représentations sociales et culturelles des aînés. Klewer, p80.
- Seban. (1993). *La déficience intellectuelle, tom 1 approche et pratiques de l'intervention dépistage précoce*. Canada: IONESCU agence d'arc.
- Sigman, M., & Capps, L. (2001). *l'enfant autiste et son développement*. (I. Saores-Bocaud, Éd.) Retz.
- Solomon, E., & Asch. (1955). Opinions and social pressure. *Scientifi american*, 193 (5).
- Stoner, R., & Chow, M. L. (2014). Patches of Disorganization in the Neocortex of Children with Autism. *New England Journal of Medicine*, 370, 1209-1219.
- Suresnes, C. n. *Autisme: Pourquoi et comment se former à la pratique ? démarches et perspecives*.
- Tafari, E., & Bellon, S. (2003). ): *Etudes expérimentales de la dynamique des représentations sociales*. In J.-C. Abric (Dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne: érés.
- Tajfel, h. (1981). *Human groups and social categories, Studies in social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003). La déficience intellectuelle. Canada: Gaetan Morin éditeur.
- Tiberghien, A. (2003). Des connaissances naïves au savoir scientifique. HAL; Archive ouvert.
- Thurstone, L. (1931). The measurement of social attitudes. . *The jurnal of abnormal an social psychology*, 26, 249-269.
- Thurin, J.-M., & al, e. (2014). Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolecence* .
- Vergés, P. (2001). L'analyse des rep soci par questionnaires. *Revue française de sociologie*, 42 (3), 537-561.

Villani, M., Flahault, C., Montel, S., & Bungener, C. (2013). Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. (G. d. psychologie, Éd.) *Bulletin de psychologie*, 6 (528), 477-487.

Vilatte, J-Ch. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Laboratoire Culture & Communication, Université d'Avignon.

Voisin, J., & Saracino, s. (2006). : Entre pratiques et recommandations en action médico-sociale précoce : à propos de la participation de l'ANECAMSP à l'élaboration des recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. *Enfance et Handicap* (25), 383-395.

Weintraub, K. (2011). The prevalence puzzle: autism counts. *Nature*, 22-4 (479).

willaye, E., & Margerotte, G. (2008). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis: Déficience intellectuelle et/ou autisme* (éd. 1). Bruxelles: Groupe de Boek.

<http://www.autismequebec.org/>

# ANNEXE

## Annexe 1 : Questionnaire Ouvert

Dans le cadre d'une étude concernant la perception de l'autisme chez les professionnels, auriez-vous l'amabilité de répondre au questionnaire présent ?

Profession exercée :

Statut :                   ◇       En attente d'affectation                   ◇       Titulaire


Ancienneté :

Sexe :                   ◇       Femme                   ◇       Homme


Age :

Question : Pouvez-vous définir l'autisme ?

## Annexe 2 : Test d'Indépendance au Contexte(T.I.C)

 Test d'indépendance au contexte présenté comme un questionnaire sur la Perception de l'autisme :

Pour savoir ce que les professionnels pensent de l'autisme, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire, si vous le voulez bien. Les réponses de ce questionnaire sont anonymes, vous n'avez pas besoin d'inscrire vos noms. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, car ce n'est pas une évaluation.

 Pour chaque question répondez selon ce que vous pensez (Prenez le temps de bien lire les questions)

1°) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant absent?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

2°) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui a des troubles de langage ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

3°) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui a des comportements bizarres ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

04) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui a des troubles sociales ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui



05) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui vis dans son propre monde ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

06) A votre avis, peut on dire que l'autisme est toujours, dans tous les cas, un enfant qui refuse le changement ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

07) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui ne fixe pas son regard ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

08) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant qui pleur, cris et rire sans raison ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

09) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tous les cas, un enfant isolé ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement oui

10) A votre avis, peut on dire que l'enfant autiste est toujours, dans tout les cas, un enfant qui a des troubles de communication ?

Certainement non  
Probablement oui

Probablement non  
Certainement

## Annexe 3 :

**Tableau 2. Outils recommandés pour structurer les observations réalisées par toute équipe suivant des enfants/adolescents avec TED (liste non exhaustive et évolutive) selon HAS**

Objectif	Domaines évalués	Outils
<p>Décrire le profil de l'enfant/adolescent</p>	<p>Plusieurs domaines</p>	<p>échelle d'évaluation de l'autisme infantile (de 2 ans à l'âge adulte) Childhood Autism Rating Scale (CARS)            échelle de comportements adaptatifs de Vineland (de 0 à 18 ans) Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)            échelle des comportements autistiques (de 3 à 30 mois : ECA-N et de 3 à 12 ans : ECA-R)</p>
<p>Identifier les capacités émergentes</p>	<p>Interactions sociales            Précoces</p> <p>Comportement</p> <p>Langage et communication            Sensori-moteur</p> <p>Plusieurs domaines</p>	<p>échelle de communication sociale précoce (ECSP) (de 3 à 30 mois)</p> <p>évaluation fonctionnelle du comportement en cas de comportement problème</p> <p>outils standardisés non spécifiques aux TED</p> <p>profil psycho-éducatif (PEP-3 de 6 mois à 12 ans et AA - PEP pour adolescents)</p>

## Annexe 4 :

**Tableau : Données du DSM-5 en ce qui concerne l'autisme et la déficience intellectuelle**

Autisme	Déficience intellectuelle
<p>A .Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (présentes ou à l'histoire) (3 de 3 symptômes).</p> <p>1. Réciprocité socio-émotionnelle (initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions).</p> <p>2. Déficit dans la communication non-verbale</p> <p>3. Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales</p> <p>B. Comportements stéréotypés et intérêts restreints (présent ou à l'histoire) (2 de 4 symptômes) ;</p> <p>1. Utilisation de mouvements répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du langage.</p> <p>2. Insistance sur la similitude, aux routines et rituels verbaux ou non verbaux (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, etc).</p> <p>3. Intérêts restreints, limités ou atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel.</p> <p>4. Hyper ou hypo réactivité à des stimuli</p>	<p>déficits des fonctions intellectuelles, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le raisonnement ;</li> <li>• la résolution de problèmes ;</li> <li>• la planification, la pensée abstraite ;</li> <li>• le jugement ;</li> <li>• les apprentissages académiques et l'apprentissage par l'expérience ;</li> </ul> <p>tels que confirmés par l'évaluation clinique et des mesures d'évaluation standardisées et individualisées.</p> <p>Déficits dans le fonctionnement adaptatif qui résulte en une incapacité à atteindre les standards d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. Sans support, les déficits doivent limiter le fonctionnement dans une ou plus activités de la vie quotidienne (avant au moins deux secteurs)</p>

<p>sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. Indifférence à la douleur/température .</p>	
--	--

## Annexe 5 : La grille d'observation

Actes / Intentions	Apprentissage Par :				But d'apprentissage					Renforceurs		Incitation Physique	Organisation
	Directive	Guidance	Imitation		S	A	M	C	Cg	Objet	Socialisation		
			Educateur	Pairs									
<b>Acte 1</b>													
<b>Acte 2</b>													
<b>Acte 3</b>													

### But des apprentissages :

S : Socialisation

A : Autonomie

M : Motricité

C : Communication

Cg : Cognitif



## **Résumé :**

Dans cette étude nous utilisons le concept de représentations sociales pour analyser la façon dont les éducateurs qui exercent leur métier dans les centres psychopédagogiques et qui n'ont eu aucune formation sur l'autisme, perçoivent les enfants atteints de ce spectre. Nos résultats montrent bien que les éducateurs partagent un « savoir du sens commun » sur l'autisme. Et nous avons trouvé qu'ils considèrent l'enfant autiste comme un individu qui vit dans son propre monde et qu'il a des troubles de communication. Il s'agit de deux critères centraux pour l'identification de l'autisme. Et ces représentations sociales ont un rapport avec leurs pratiques éducatives face à des enfants autistes.

Mots clés : Autisme, représentations sociales, pratiques éducatives, centre psychopédagogique

## **Abstract:**

This research is involved in understanding and explaining the difficulties in the recognition and differentiation of autism found by educators, according to the social representation that they have this disorder.

Our results show that educators share common sense knowledge about autism. And we found that for untrained teachers, an autistic child is an individual who lives in his own world and has communication disorders. There are two central criteria for the recognition of autism called otherwise; the core of their representations consists of these two elements. We also examined the effect of different variables such as sex, professional status of teachers on social representations of autism in this population.

Keywords: Autism, Social Representations, educational practices, educational psychology center

## **المخلص :**

تهدف هذه الدراسة إلى فهم كيفية إدراك المربين الذين يشتغلون بالمراكز النفسية البيداغوجية للتوحد وذلك لتحديد معايير التفريق بين التوحد والتخلف العقلي عند المربين الغير مدربين وغير الخبراء في هذا المجال ولكن من منظور نفسي و إجتماعي من خلال دراسة تمثلاتهم الاجتماعية ومحاولة دراسة تأثيرها على ممارساتهم المهنية التربوية و طرق التكفل المستخدمة مع الأطفال المتوحدين وقد تبين لنا أن النواة المركزية لتمثلاتهم الاجتماعية تتكون من عنصرين هما " الطفل الذي يعيش في عالمه الخاص " و " اضطرابات التواصل".

الكلمات المفتاحية : التمثلات الاجتماعية – التوحد- الممارسات التربوية- المركز النفسي البيداغوجي

