

Une psychothérapie environnementale Pour enfants autistes

Djenate Kalli

Université Labri BenMhidi Oum El Bouaghi.

Résumé

L'autisme est un syndrome associant des anomalies dans le domaine des relations sociales, de la communication et du comportement. Il s'agit d'un trouble du développement qui empêche précocement la mise en place des fonctions de base qui sous-tendent l'adaptation. C'est un trouble qui envahit tous les secteurs d'activités de l'enfant qui vit une histoire si compliquée que le psychologue orthophoniste va chercher à pénétrer de façon à ce que certaines portes qui semblent totalement fermées aux apprentissages, au lien, à la relation, puissent enfin s'ouvrir. La part essentielle de l'intervention auprès des enfants autistes est une éducation adaptée à leurs particularités et à leur profil de développement. A partir des résultats de l'évaluation et des échanges avec la famille qui détermine ses priorités, des objectifs d'apprentissages sont déterminés. Ceux ci sont proposés d'abord dans un milieu structuré et en individuel. Ils sont ensuite transposés dans l'environnement et avec la collaboration des parents. Mais ces domaines comme les autres sont stimulés en fonction des besoins de chaque enfant. Ces techniques agissent en complémentarité avec les pratiques éducatives, car la promotion des apprentissages et des conduites positives contribuent indirectement à la réduction des comportements problématiques.

Mots clés : Autisme-enfant- psychothérapie environnementale.

ملخص:

إن الطفل التوحدي يعاني من معاش نفسي جد معقد يمس العلاقات الاجتماعية، انه اضطراب نمائي، من خلال الملاحظة و المعلومات المتحصل عليها من طرف الأولياء نقوم بالتقييم لتسطير برنامج علاجي متنوع ووضع أهداف التكفل حسب كل حالة، التكفل يكون في وسط مغلق داخل مؤسسة أو عيادة، أو في وسط مفتوح أي المحيط الشاسع كما هو مقترح في هذه الحالة، كما يجب أن يكون فردي وجماعي حسب الحالة، طرق التكفل عديدة ومختلفة وتكون مدعمة بتقنيات تربوية حتى تتمكن من تعديل السلوك، علينا نحن كمختصين في علم النفس الأروطوني الغوص بداخله حتى نمكنه من التواصل والتعلم و بالتالي التفتح.

الكلمات المفتاحية : التوحد-الطفل-العلاج النفسي بالمحيط.

Introduction :

Cet article porte sur le rôle de l'environnement dans le développement de l'enfant autiste. En d'autres termes le milieu peut-il jouer son rôle dans l'épanouissement d'un sujet autiste ? ou encore l'environnement peut-il être thérapeutique? Peut-il y avoir une psychothérapie environnementale ? Dans l'affirmative cette psychothérapie est-elle réservée aux autistes ?

On distinguera deux chapitres essentiels dans cet article .Le premier consacré à la définition de l'autisme et ses caractéristiques, et le deuxième chapitre décrit la méthode de prise en charge que nous avons menée avec l'enfant autiste et qui a duré trois ans (3ans).

Nous avons d'ailleurs mis en exergue dans cet article deux phrases de la conférence de (Norbert Sillamy, 2006) sur lesquelles il nous invite à réfléchir. La première est de Michel (XVI siècle), la seconde est de Sigmund Freud (XX siècle). Montaigne a écrit dans ses essais (1.25) : « Nous ne sommes savants que de la science présente ».En d'autres termes, il nous invite à douter de nos connaissances, de notre savoir actuel est à rester ouverts à d'éventuels changements. Sous une autre forme, nous retrouvons le même enseignement sous la plume de Freud qui nous rappelle que toutes nos connaissances psychologiques sont provisoires et qu'elles doivent être un jour établies sur le sol des substrats organiques. Mais ce que ne disent pas ces éminents savants , d'après Norbert Sillamy , c'est que les chemins de la connaissance sont semés d'embûches; dont les plus résistantes sont la répugnance quasi générale que nous éprouvons tous à changer d'idées, de croyance ou de méthodes. Norbert Silamy prétend que cette répugnance est universelle parce qu'on la rencontre partout dans le monde et dans tous les milieux.

I - Définitions :

L'autisme est une pathologie neuro-développemental caractérisé par une triade de déficits :

Une absence ou un important déficit de langage, un important déficit de socialisation et des centres d'intérêt restreints et des comportements répétitifs. Malheureusement, les causes sous-jacentes de l'autisme ne sont pas encore bien définies tant au niveau génétique manifestations à la fois comportementales, biologiques et cognitives.

Plusieurs définitions tentent d'expliquer les causes de l'autisme, nous avons choisi de présenter celles qui nous paraissent les plus pertinentes:

1-Dés le début, Léo Kanner, pionnier de la description de l'autisme infantile, a décrit le syndrome tel qu'il est actuellement reconnu par les nosographies(Hochman,1994) :les troubles du comportement comportant les troubles relationnels, stéréotypies, les rituels, l'immuabilités et les angoisses massives.

Les troubles du langage avec l'absence du langage articulé, les anomalies syntaxiques, les stéréotypies verbales, une définition littérale et inflexible des mots, des mots vidés de signification (coupure entre représentation mot et représentation chose, ils deviennent des objets autistiques), et un langage privé de petits mots (conjonction, préposition, relatifs).

Les troubles de la pensée, robotisée (concrète, opératoire), sur l'organisation du temps et de l'espace (« bidimensionnel »), curiosité obsessionnelle, objets perçus comme décomposés ; »démantèlement, »et homogénéité de son univers.

« *Les symptômes ne sont pas juxtaposés (...) ils s'expliquent les uns par les autres et se ramènent à un symptôme fondamental, l'immuabilité (sameness).* » (Kanner, 1943)

2-D'après Didier ANZIEU (1985), dans le moi -peau souligne l'importance capitale de la peau comme enveloppe physique et psychique. Il lui accorde trois fonctions fondamentales « Première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulé. La peau, deuxième fonction, c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci de l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets. La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes : elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci. » (Amy, 2004, p39).

Lorsqu'il y a une incompréhension persistante, on peut alors imaginer que la fuite du regard soit une sorte de défense contre ce monde où tout n'est que mystère et étrangeté ! Monde dans lequel le regard de l'autre, dans le contexte d'une hypersensibilité visuelle, peut être vécu comme très agressif, intrusif et ne renvoyer à rien d'intelligible ou de compréhensible (Amy, 2004).

3- D'après Laznik, 1995) « le regard de l'autre est primordial comme constitutif du moi et de l'image du corps...Le non regard entre une mère et son enfant, surtout si la mère ne s'en aperçoit pas, constitue un des signes permettant de poser, pendant les premiers mois de la vie, l'hypothèse d'un autisme.(in Amy 2004,p18).

Pour les bébés dont l'évolution reste autistique, on observe ceci : dès que leurs moyens moteurs le leur permettent, ils s'organisent dans un régime d'autosuffisance où il n'ya aucune demande affective. Une absence de pointage proto-déclaratif (se manifestant normalement vers 4/5 mois), l'enfant ne peut montrer de l'index ce qu'il désire, il prend la main de l'adulte. Une absence d'attention partagée et conjointe. L'enfant ne suit pas le regard de l'adulte qui regarde quelque chose. Il ce joint au groupe que quand sollicité par un autre. L'autiste ne reconnaît pas son image mais porte un intérêt pour le pareil. Quand il parle, il a tendance à répéter tout le temps la même chose. (Laznik, 1995 in Amy,p18).

C'est le début de la phase symbiotique avec ses clivages corporels ou la différence des parties du corps n'est pas encore bien repérée. On note un clivage corporel horizontal droite-gauche (la latéralité n'est pas encore intégrée) et un clivage corporel vertical haut-bas. Le dedans est différencié du dehors et on note un début de prise de conscience des orifices : de ce qui entre et de ce qui sort et notamment la parole. Le vécu corporel s'élabore .On est plus dans le bidimensionnel. On peut proposer à l'enfant des expériences sensorielles plus variées. L'enfant est moins dans la maîtrise. Le jeu devient possible et on peut proposer à l'enfant des jeux qu'il ne connaît pas sans que cela entraîne des crises d'angoisse.

Diagnostic :

Selon le D S M IV, le diagnostic de l'autisme se base principalement sur des critères comportementaux (reproduction de Mottron, 2004, p.16).

A-1-Altération quantitative des interactions sociales.

2-Altération qualitatives de la communication,

a-retard ou absence totale du développement du langage parlé.

b-chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui.

c-usage stéréotypé et répétitif du langage ou langage idiosyncrasique.

d-absence d'un jeu de faire semblant varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.

3- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoignent au moins deux éléments suivants.

a-préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale, soit dans son intensité, soit dans son orientation.

b-adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non spécifiques et fonctionnels et non fonctionnels.

c-maniérisme moteur stéréotypés et répétitifs (p.ex., battement ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps).

d-préoccupation persistante pour certaines parties des objets.

B-Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de 3 ans, dans au moins un des domaines suivants :

1-intégrations sociales.

2-langage nécessaire à la communication sociale.

3-jeu symbolique ou d'imagination.

C-La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de syndrome de Rett ou de trouble désintégratif de l'enfance.

Ces caractéristiques figurent notamment dans les descriptions de l'American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994) et de l'international Classification of Diseases(ICD-10)de l'organisation mondiale de la santé (world health Organisation,1987).

II - Méthodes de prise en charge :

Nous détaillerons seulement ici les méthodes dont bénéficie l'enfant autiste que nous avons suivi car on n'a fait profiter Wahid de la prise en charge des deux milieux ouverts (par l'environnement) et dans le milieu fermé(le cabinet) .

1-Le programme TEACCH :

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children, Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des handicaps dans le domaine de la communication) a été proposé par Eric Schopler (1997) dans les années 60. Suite à des observations répétées et objectives des comportements des enfants autistes, il est un des premiers à postuler l'idée que l'autisme n'est pas un handicap provoqué par un dysfonctionnement de la relation parents-enfants mais par une anomalie cérébrale d'origine organique encore indéterminée. Il s'éloigne des analyses psychanalytiques comme celle de Bettelheim en refusant de séparer l'enfant autiste de son milieu familial et propose une coopération entre les parents et les différents thérapeutes intervenant auprès de l'enfant (Tréhin & Durham, 1996). Les résultats furent tellement encourageants, qu'en 1972 l'état de Caroline du Nord fit de la « Division TEACCH » le premier programme d'état américain de diagnostic, de traitement, de formation de recherche et d'éducation des enfants autistes et de leurs familles. Leur objectif consistait à comprendre les personnes autistes et à répondre à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leur famille. Il visait à améliorer la qualité de vie des

personnes concernées au sein de l'environnement familial et scolaire et à intégrer ces personnes dans la communauté sociale. Ce programme s'est ensuite étendu à d'autres états. Aujourd'hui, le programme TEACCH devient de plus en plus populaire à travers le monde (Peerenboom, 2003).

Lorsque l'enfant se trouve en travail individuel ou en face à face avec son éducateur, il doit avoir quatre types d'informations. -Il doit connaître la nature de l'activité (pictogrammes, photographies, schéma ou consignes écrites pour les lecteurs) afin de lui permettre d'identifier les gestes et les procédures qu'il doit accomplir. -Il doit savoir aussi la charge de travail qui lui est demandé.

-Il doit ensuite pouvoir repérer clairement l'indicateur de la fin de l'activité.

-Enfin, l'enfant doit pouvoir savoir immédiatement ce qu'il doit faire après la fin de la tâche. Souvent les instructions verbales sont difficiles à comprendre pour les enfants atteints d'autisme. Ainsi il est essentiel pour l'organisation de la vie dans la structure d'accueil que l'enfant puisse percevoir directement la succession des activités sur un support visuel afin de l'aider à se repérer, à se situer dans le temps et à établir des liens entre les événements distincts qui se succèdent. L'enfant autiste tout en fournissant une continuité des enseignements au cours du développement. Lorsqu'une compétence est acquise, on essaie d'apprendre à l'enfant à généraliser ce comportement dans des situations différentes, moins structurées et moins « aménagées ». La généralisation des capacités et des comportements acquis se fortifie par la reprise, par exemple au domicile des parents à l'aide d'exercices réalisés avec l'équipe éducative.

Le programme a plusieurs objectifs. Il ambitionne que l'enfant acquière l'habitude d'agir de façon appropriée dans des circonstances ou des contextes destinés à se répéter. L'objectif à plus long terme est de favoriser un fonctionnement optimal pour que, une fois devenue adulte, la personne autiste s'intègre à la société.

2-La méthode PECS :

Le PECS (Picture Exchange Communication System) a été développé par Lori Frost et Andrew Bondy, en 1985 au sein du Delaware Autistic Program. Il s'agit un système de communication par échange d'images qui permet de suppléer ou d'augmenter la communication de jeunes enfants autistes ou d'enfants ayant un déficit de la communication linguistique. Lorsqu'un enfant a des problèmes à développer un langage fonctionnel et acceptable socialement, il est nécessaire de lui proposer des méthodes alternatives afin qu'il puisse communiquer. De façon générale, les enfants atteints du syndrome autistique évitent toute interaction sociale sauf lorsque celle-ci est initiée par autrui et qu'ils savent exactement quel geste précis ils ont à effectuer en réponse. En utilisant la méthode PECS, ils apprennent à aller à la rencontre de leur interlocuteur (les éducateurs et les parents dans un premier temps) afin de lui donner l'image de l'objet qu'il désire obtenir en échange. Ainsi, les enfants sont les initiateurs d'une démarche de communication pour demander et obtenir un résultat concret dans un contexte social. Le manuel d'apprentissage du PECS (Frost & Bondy 1994) a divisé cet apprentissage en six phases.

Phase I : L'échange physique

Cette phase consiste à apprendre à l'enfant autiste la base de la communication à travers l'échange d'une image pour obtenir un objet désiré. L'objectif final de cette étape est qu'en

voyant un objet “saillant“ pour lui ou son objet préféré à ce moment précis, l’enfant prene la carte correspondante à l’objet et l’apporte à son interlocuteur en la lui déposant dans la main.

Phase II : Accroître la spontanéité

Cette seconde phase réside sur le fait de se retrouver le plus souvent possible en situation de communication pour que l’enfant se dirige seul vers son livre de communication, détache l’image et aille chercher son partenaire et pour lui remettre l’image de sa requête.

Phase III : Discrimination d’images

L’enfant apprend à discerner les images mises à sa disposition et à sélectionner celle qui correspond à l’objet souhaité. Au terme de cette phase, l’enfant doit savoir demander son objet préféré en allant vers son livre de communication et en choisissant l’image appropriée parmi un ensemble d’images. Il se dirige ensuite vers l’adulte pour la lui remettre.

Phase IV : Construction de phrases

On commence à apprendre à l’enfant à faire des phrases structurées pour formuler sa demande sous la forme “Je veux“. Au cours de cette phase, on attend de l’enfant qu’il fasse la demande d’un objet, qu’il soit présent ou non. Il va chercher son livre de communication, prend l’image symbolisant “Je veux“ et la place au début de sa “bande-phrase“. Il prend ensuite l’image de l’objet désiré et la place à côté de la première. Il détache ensuite sa bande-phrase du livre de communication et va chercher son interlocuteur pour la lui donner. À la fin de cette phase, l’enfant a généralement entre 20 et 50 images à sa disposition dans son livre de communication et il doit être capable de faire sa demande à différentes personnes.

Phase V : Répondre à la question “Qu’est ce que tu veux ?“

L’enfant sait maintenant demander spontanément une grande variété d’objets ou d’activités. L’objectif final de cette phase est de lui apprendre à répondre lorsqu’on lui pose la question : “Qu’est ce que tu veux ?“.

Phase VI : Faire un commentaire en réponse à la sollicitation du partenaire et de manière spontanée même.

III- Notre propre expérimentation :

L’expérimentation que nous avons vécue avec succès dans le suivit et le traitement d’un enfant autiste est comme suit :

Dans notre relation psycho orthophonique avec Wahid¹ nous avons tout d’abord observé et écouté afin d’instaurer un climat de confiance.

De nombreuses thérapies ont été essayées et continuent encore d’être utilisées dans l’autisme sans toujours avoir reçu une validation scientifique. Toutes les approches ont proclamé de grandes réussites thérapeutiques et il est évident que le fait de s’occuper d’un enfant et de le stimuler, quelque que soit l’approche choisie, est la source de plus grands progrès que s’il est laissé dans son isolement. Cependant, compte tenu des connaissances acquises aujourd’hui, on ne peut se contenter pour ces enfants d’effets relationnels non spécifiques. La comparaison entre différents types d’approches a montré que les meilleurs résultats étaient obtenus dans un environnement structuré où était appliqué un programme éducatif individualisé et tenant compte des particularités de chaque enfant. Lorsque l’enfant progresse dans ses apprentissages les comportements acquis sont sollicités dans un

¹ Wahid est juste un pseudonyme pour notre patient autiste observé,, âgé de 04 ans.

environnement moins structuré de manière à faciliter la généralisation .Lorsque l'enfant devient capable de généraliser à d'autres environnements, le comportement s'auto renforce car il est utile et fonctionnel au quotidien et prend donc du sens. Pour certains comportements, l'apprentissage peut se faire directement dans l'environnement habituel de l'enfant. Il s'agit alors de relever les initiatives positives de l'enfant pour les renforcer aussitôt. Il s'agit alors d'un apprentissage dit incident, c'est-à-dire reposant sur l'émergence et le renforcement de comportements en milieu naturel. Le recours à ce type de technique suppose que l'enfant a l'opportunité de présenter fréquemment le comportement afin que celui-ci puisse être renforcé. Bernadette Rogé (2003), ce qu'est proche de l'idée proposée par Norbert Sillamy c'est d'associer au traitement médicamenteux, antidépresseur, une psychothérapie environnementale, qui a fait ses preuves chez les enfants et les sujets âgés et pourrait, là aussi, être un précieux adjuvant.

Selon des expériences et des observations concordantes de chercheurs américains, britanniques et français, on ne pouvait être que persuadé de l'importance du milieu dans le développement d'un sujet, et avec l'accord préalable des parents de l'enfant on a entamé notre expérimentation.

Wahid âgé de 4 ans nous a été adressé par son médecin pédiatre pour une absence totale du langage due à son autisme.

Le premier entretien a eu lieu en mai 2011. L'enfant , accompagné de ses parents ne cessait de crier et se cogner la tête contre le mur . La mère était très angoissée et le père paraissait très inquiet de l'état de son fils qui n'arrêtait pas de pleurer. La première phrase qu'il prononça en rentrant dans mon bureau fut: « que puis je faire avec cet enfant » ? puis il ajouta avec une infinie détresse : « y' a-t-il une solution ? ». La suite de nos entretiens nous a confirmé qu'un grand travail est nécessaire avec le père afin qu'il accepte que son fils n'est pas « débile », que son incapacité à communiquer ne va pas le mener à une arriération mentale et qu'il nous est possible de l'aider .

Nous avons expliqué aux parents ce qu'est et ce que n'est pas l'autisme. Nous avons essayé de leur faire comprendre que ce ne sont pas eux qui sont responsables de cet état qui ,très probablement, est la conséquence d'une perturbation du développement cérébral remontant au début de la grossesse. Nous avons insisté à leur faire comprendre qu'il n'y a pas de traitement miracle mais que le comportement peut fréquemment être très notablement amélioré si on se met à travailler sérieusement. L'intervention consiste en un travail intensif portant sur l'acquisition des capacités de communication, sur l'interaction sociale et sur les adaptations comportementales. Ce qui est le plus nécessaire à un enfant autiste est, dans le cadre d'une éducation ferme, un environnement stable et sur lequel il peut compter. Les consignes étaient simples et explicites, le père semblait convaincu, il a demandé l'autorisation de partir vers son travail et laisser l'enfant avec la mère. Nous avons essayé de calmer l'enfant en lui offrant des jouets divers sans parvenir à des résultats. Nous avons alors essayé la technique des bulles de savon et la bougie allumée. Il semblait être à la fois terrorisé et fasciné par les bulles de savon et la lumière de la bougie et commença à se rapprocher de moi, a mis sa main sur mon épaule et s'est brusquement calmé. La mère était étonnée par la réaction de son fils ; nous avons alors entamé une série de questions et réponses concernant l'enfant. La maman était aussi inquiète des médicaments qu'il prenait... elle expliqua que ces médicaments le plongeait dans un sommeil profond qui durait des heures et des heures dans le

sommeil. Nous avons examiné l'IRM² de Wahid qui ne montrait aucune anomalie. Nous lui avons conseillé de revoir son médecin pédiatre et discuter l'arrêt de ces médicaments, parce que nous avons jugé que l'enfant ne pourra jamais s'épanouir sous des psychotropes... Nous avons ensuite travaillé l'acquisition de « l'autonomie » (prendre la décision de se débarrasser de la couche et du biberon...).

Après une semaine la mère était contente des résultats, l'enfant a acquis suffisamment d'autonomie. Nous avons aussi réussi à résoudre le problème du refus de Wahid de boire son lait (nécessaire à sa croissance), en le lui remplaçant dans un premier temps par des yaourts, ensuite, nous lui avons mélangé son lait avec du chocolat en poudre, ce qu'il a beaucoup apprécié. Wahid a aussi vécu un problème de constipation d'une semaine et un refus des toilettes, suite à l'enlèvement de la couche, mais finalement tout est rentré dans l'ordre. Grâce à la grande patience de la mère et le courage du père l'enfant a acquis toute son autonomie dans quelques semaines de prise en charge, chose difficile à croire chez un enfant autiste.

Les résultats obtenus à ce stade ont encouragé la mère à arrêter à Wahid les médicaments qu'il prenait depuis quatre mois, en surveillant au fur et à mesure l'évolution de ses comportements.

Les crises ont repris encore une fois. En rentrant dans mon cabinet il commença à se cogner la tête et à crier, il refusa le changement des lieux car il ne sortait de la maison qu'une fois par semaine pour venir en consultation. Ces affects négatifs avaient des conséquences relationnelles catastrophiques. Souvent l'autisme condamnait au secret, à l'isolement, à l'abandon des proches, à la solitude. Il en résultait un état familial profondément dégradé.

On faisait des exercices de psychomotricité (sauter, ramper,..) on voulait le stimuler, en conseillant la mère de les refaire autant que possible en vue de rentrer en contact avec son fils. Elle le prenait sur son dos en imitant le cheval, chose qu'il appréciait beaucoup, l'interaction le stimulait et il manifestait un véritable plaisir (il sourit). La mère était très coopérative et improvisait plein d'autres astuces très positives.

Après trois semaines de prise en charge le père a commencé à jouer avec son fils, chose qu'il ne faisait pas avant ! Il l'emmenait de temps en temps dehors, mais ce qu'il faisait restait insuffisant pour Wahid qui est plein d'énergie nécessitant d'être mieux canalisée avec des jeux, dehors, en plein air ...

Des entretiens ont eu lieu avec le père en vue de le sensibiliser à donner plus d'attention et de temps à son fils en le faisant sortir jouer au ballon, courir et partager ainsi la lourde charge qui jusque là incombait exclusivement à la mère.

La première sortie avec Wahid, hors du milieu structuré, dans un milieu ouvert en plein air était très bénéfique. Wahid a marché pendant 2 heures et refusait de s'arrêter, tellement il semblait apprécier l'environnement extérieur. De retour on a pris le bus, première expérience pour lui, on a ensuite mangé dans un restaurant, il était calme, il mangeait en regardant la télévision et en rentrant à la maison il était très fatigué et se coucha pour la première fois sans cris, sans rire jusqu'au lendemain matin (racontait sa maman).

² L'IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

Ces premiers résultats étaient très encourageants pour la famille de Wahid et pour nous psychologue orthophoniste. Ce qui nous a poussé à improviser des techniques et à multiplier avec l'enfant les sorties d'exploration de l'environnement.

À chaque fois on l'emmenait dans un endroit différent (pour canaliser son énergie et stimuler ses sens). Cette fois il a marché pendant 2 heures, cela a changé son humeur et il est venu pour sa consultation plutôt calme par rapport aux séances précédentes. Il réalisa bien convenablement les activités proposées (pâte à modeler, jeux d'encastres, la psychomotricité...).

Il a commencé à chanter ; il a compté jusqu'à cinq en anglais et réagissait bien aux exercices de concentration. A midi on a déjeuné ensemble et il mangea toute sa nourriture en utilisant la cuillère, chose qu'il ne faisait pas avant. Pendant cinq séances dans la nature (parc, ferme avec les animaux, jeux au ballon ...).

On a utilisé la technique des beaux arts (avec la farine colorie en rouge on formait une orange), effectivement l'enfant est arrivé à suivre).

Wahid a pris le stylo avec sa main gauche il faisait un gribouillage au tableau en chantant (on a constaté qu'il a un léger problème d'articulation).

Le graphisme devient possible sur le tableau blanc. L'enfant laissait des traces. Il testait la limite en surface du tableau, soucieux de remplissage de la surface. Le rond devient fermé, il reproduit des syllabes.

L'enfant a commencé à utiliser la matière ; à manipuler (la farine ; l'argile ; les légumes secs ; etc...). Ce sont les premières manipulations avec la main. C'est le moment de verbaliser à l'enfant ce qu'on va faire ; de lui rappeler ; de l'aider à anticiper. Le langage commence à se construire, la tonalité devient de plus en plus juste.

Il est en crèche, il joue avec les enfants, on projette le scolariser et on continuera à travailler avec à lui.

Conclusion :

On a essayé d'appliquer une psychothérapie environnementale, qui a fait ses preuves chez les enfants et les sujets âgés et pourrait ; là aussi être un précieux adjuvant. Cette psychothérapie environnementale pourrait combiner l'éclairage (la musicothérapie), la ludothérapie qui utilise les jeux d'adresse et de compétition, la natation, le karaté, c'est surtout l'intégrer avec les enfants du quartier, car les jeunes de son âge le stimulent profondément et le poussent à se défendre et à prendre de l'initiative.

Les parents, les thérapeutes et les enseignants doivent faire comprendre à l'enfant , de façon extrêmement claire , qu'un certain nombre de conduites, comme les crises de colère, les hurlements et les comportements agressifs et destructifs, sont inacceptables, et qu'hurler ou se mordre les mains ne lui feront pas obtenir ce qu'il désire.

La psychothérapie environnementale s'avère réellement efficace dans la mesure où elle améliore le comportement et les capacités de communication des enfants et où elle apprend aux parents comment prendre en charge les troubles du comportement. L'autisme n'est pas guéri, la réussite n'est pas constante, le potentiel cognitif de base n'est pas modifié, mais cette éducation a un impact considérable sur la capacité des enfants à suivre un enseignement.

Références bibliographiques

- Amy M.-D. (1995).Faire face à l'autisme, Paris, Retz.
- ANZIEU. (1985).Le moi-peau, Paris, Dumod.
- BARRON J.et S(1993), Moi, l'enfant autiste, Paris. Plon.
- BERQUEZ G. (1983).l'autisme infantile. Paris, Puf.
- BERBNADETTE ROGE, HENRI CHABROL. (2003).Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris cedex 06.
- BERBNADETTE ROGE(2003).Autisme, comprendre et agir,Dumod,Paris.P120-121.
- CLAUDECHERRIE-MULLER ,JUANNARBONA.(2007).Le langage de l'enfant, Aspects normaux et pathologiques.3è édition
- FERRARI.P. (2001)« L'autisme infantile »Ed.PUF.Coll.Que Sais-je ?3èédition.
- Françoise Selmi, Autisme et psychose infantile précoce et psychomotricité ; stage de formation sur la prise en charge précoce des enfants autistes, Association tej pour la, EL-oued, du 29au02 mai 2012, Algérie.
- HAAG.G et coll. « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité »Ed.PUF, Paris.1985.
- LAZNIK-PENOT M.CH. (1995), Vers la parole : trois enfants autistes en psychanalyse, Paris, Denoël, 2003.
- MAZET.P et coll. Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant »
- Norbert.Silamy.(2006), «La plasticité neuronale et l'importance du milieu dans le développement de l'enfant porteur de lésion cérébrales,»in revue Développement des ressources Humaines. N° 3 p, 5-27,Sétif.
- WINNICOTT.D. « De la pédiatrie à la psychanalyse »Paris, Payot, 1969.

Les thèses consultées :

- Thèse de doctorat de sciences Cognitives. Mention linguistique : L'acquisition du langage chez les enfants autistes étude longitudinale.par Nadège Foudon,consultée le 05/06/013à 5h du matin.
- Thèse de doctorat en psychologie. mention ;psychologie :la question des desautismes :L'autisme,syndrome ou symptôme ?par Isabelle Samym consulté le 05/06/013à22h.