



**AUTISME INFANTILE ET DEFICIT PSYCHOLOGIQUE :  
QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?  
ETUDES DE CAS, ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE<sup>i</sup>**

**Aka Dago-Akribi Hortense<sup>ii</sup>**

Département de Psychologie,  
Université Félix Houphouët-Boigny,  
Cocody, Abidjan,  
Côte d'Ivoire

**Resumé :**

Cette étude qualitative à Abidjan, porte sur l'approche psychologique clinique de 3 élèves ayant des TSA, rencontrés avec leurs parents. Elle souligne les spécificités de l'évaluation psychologique et porte la réflexion sur les interventions possibles à proposer aux parents, aux éducateurs pour soutenir la scolarisation et la socialisation de l'enfant. L'approche méthodologique consiste en des entretiens cliniques avec les parents, à noter les données scolaires et faire passer des tests aux enfants. Des informations majeures sont obtenues sur les réponses et l'expression aux sollicitations de ces élèves dans la classe. Les résultats confirment à la WPPSI-R le niveau de déficience mentale (<69) avec un Quotient Intellectuel Verbal inférieur au Quotient Intellectuel de Performance ; à la CARS, les scores (entre 37 et 60) situent un niveau d'autisme sévère ; les dessins libres sont peu élaborés. Le déficit qualitatif et quantitatif dans les domaines des interactions sociales, de la communication et les comportements répétitifs et stéréotypés, sont observables. Les parents expriment leur vécu douloureux face aux troubles comportementaux de l'enfant, à la difficulté d'entrer en relation et de le socialiser. La mise en place de projet éducatif individuel spécialisé, ciblant les domaines déficitaires, prend en compte les potentialités de l'enfant et a des effets favorisant pour son adaptation. La réponse diagnostique aux préoccupations parentales, rassure et aide au maintien de l'intervention. Une approche pluridisciplinaire incluant la dimension médicale et mieux systématisée par des méthodes telles que TEACCH et PECS, ayant fait leur preuve, devra être envisagée.

**Mots clés :** enfant ; troubles du spectre autistique ; scolarisation adaptée ; techniques psychologiques ; Côte d'Ivoire

---

<sup>i</sup> CHILD AUTISM AND INTELLECTUAL DEFICIT: WHAT PSYCHOLOGICAL CARE IS PROPOSED? CASES STUDIES, ABIDJAN, IVORY COAST

<sup>ii</sup> Correspondence: email [hortenseaka@yahoo.fr](mailto:hortenseaka@yahoo.fr)

**Abstract:**

This qualitative study is set in Abidjan, it lays on a psycho clinical approach and concerns 3 pupils with TSA troubles. They were met with their parents. The study underlines the psychological specificities of the evaluation and the thinking on any possible interventions to propose both to parents and educators in order to keep the child into a schooling and a socialization system. The methodological approach consists in clinical interviews with parents, quoting school data and passing assessments. Main information are obtained from answers and from those pupils reactions during class requesting. Results confirm in the WPPSI-R the level of mental deficiency (69) with a Verbal Intelligence quotient lower than the Intelligence quotient of Performance, in CARS, scores (between 37 and 60) place a level of severe autism, free drawing are little elaborated. The qualitative and quantitative deficit in domains of social interactions, communication, and the existence of repetitive and stereotyped behaviors are visible. Parents express their painful real-life experience in front of behavioral disorders and both the real difficulties to communicate and to socialize the child. The implementation of specialized and individual educational project targeting the overdrawn domains considers the child's potentialities what has effects favoring his adaptation. The diagnose answer to the parental concerns reassures and helps to the preservation of the intervention. A multidisciplinary approach including a medical dimension better systematized by methods such as TEACCH and PECS having made their proof, will have to be considered.

**Keywords:** child; autism spectrum disorders; adapted schooling; psychological techniques; Ivory Coast

## 1. Introduction

L'enfant autiste est touché par une pathologie déconcertante en raison de la multiplicité des symptômes qui gênent son être au monde. Reconnue handicapante pour l'enfant, elle l'est tout autant pour les parents qui sont confrontés à la difficulté de le socialiser, l'éduquer en vue de son épanouissement physique, intellectuel et affectif. Les différentes théories du développement s'accordent pour reconnaître l'importance accordée à l'être sujet. Les humanistes estiment que les besoins de l'enfant doivent être comblés et le contact avec ses émotions, ses perceptions vise l'actualisation de soi (Maslow, 1989) ; les psychanalystes soulignent que la personnalité se fonde sur les stades du développement psycho affectif (Freud, 1915) ; les partisans du modèle relationnel et environnemental soutiennent, quant à eux, que le développement de l'enfant est le produit d'une interaction dynamique et continue entre lui, l'expérience apportée par sa famille, le contexte social (Sameroff & Fiese, 2000). Toute pathologie vient remettre en cause ces fonctionnements constructeurs. Dans le cas de l'autisme, conceptualisé par Léo Kanner (1943), la recherche étiologique est encore active : pour désigner une variété de profils cliniques, les spécialistes parlent de Troubles Envahissant du Développement (TED). Ce

concept évolue de nos jours vers l'appellation Troubles du Spectre Autistique (TSA) (CIM-10, 2008 ; Bejaoui, Delobel, Carroussel, Cans, Arnaud, 2010 ; APA, 2011 ; APA, 2013 ; INESSS, 2014).

La recherche de diagnostic repose sur un trépied qui consiste en l'établissement d'un diagnostic nosologique, d'une évaluation fonctionnelle individualisée (examen psychologique, examen du langage et de la communication, examen du développement psycho moteur et sensori moteur) et la recherche de pathologie associée (Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec, 2012). Dans les pays développés, le repérage de la pathologie est meilleur en raison de l'évolution des pratiques diagnostiques découlant d'une connaissance élaborée du trouble, d'une plus grande disponibilité d'outils de diagnostic standardisés, d'une sensibilisation accrue du public et des professionnels aux manifestations des TSA, ainsi que d'un meilleur accès aux services (King & Bearman, 2009 ; Nassar et al, 2009 ; Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec, 2012). La littérature démontre que si le comportement de ces enfants dérouté, en raison du tableau déficitaire observé, ils se développent, acquièrent, des routines et des savoirs -faire, éliminent certaines difficultés, en affrontent de nouvelles. Ils vivent une vie d'enfant, même si elle est difficile (Nadel, 2002).

En Afrique de l'Ouest et particulièrement en Côte d'Ivoire, l'autisme reste encore une réalité mal connue, considéré comme une maladie mentale, entachée de préjugés défavorables par la société et par la famille. De nombreux préjugés socio culturels l'entourent entraînant le rejet et la stigmatisation de ces enfants « pas comme les autres ». Ils sont dénommés « enfants sorciers », ayant des « esprits maléfiques » et la méconnaissance du diagnostic d'autisme laisse la place aux idées de possession avec l'expression de génies et le rôle important des croyances animistes, etc. On observe que l'opprobre est fréquemment jeté sur la mère accusée d'avoir fauté quand l'enfant n'est pas normal (Isimat-Mirin, 2015).

La prise en charge actuelle se fait par quelques structures privées souvent initiées par des associations existantes et on compte environ trois institutions publiques (La Croix, 2019).

C'est pour sensibiliser à l'autisme et encourager la naissance de structures de prise en charge que l'ONU a instauré la Journée Mondiale de l'Autisme qui a lieu chaque 2 Avril. L'accès à la prise en charge reste toujours difficile relève du parcours du combattant. Les itinéraires pour un accompagnement de ces enfants sont nombreux et très singuliers. En effet, les modalités de cette prise en charge sont en lien avec les possibilités du terrain en termes de formation des intervenants. Étant donné les sphères de l'enfant qui sont touchées une approche pluridisciplinaire s'impose : neurologique, psychologique, orthophonique, psychomotrice, éducation spécialisée, ergothérapie pour ne citer que ces spécialités et encore, faut il y avoir accès car les familles peinent à obtenir les informations pour choisir. Ainsi, dans le champ de l'autisme, on note de nombreux intervenants, plusieurs méthodes éducatives, comportementales et développementales qui peuvent être utilisées pour soutenir le développement global de l'enfant. C'est dans

ce cadre que certains de ces enfants bénéficiant de l'éducation inclusive dans un établissement d'enseignement général, attirent notre attention de psychologue clinicienne.

En effet, des demandes multiformes des parents et des enseignants portent sur les causes des difficultés manifestées par l'enfant aussi bien dans son être sujet que sur le plan des interactions, ses compétences possibles et une orientation pour ses besoins spécifiques. L'apport d'un Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap (AESH) permet dans le cadre de cette éducation inclusive d'y répondre.

Cette étude qui se veut qualitative a pour objectif, l'approche psychologique clinique de l'enfant ayant des TSA et scolarisé. Du point de vue psychologique, quelles sont les spécificités de l'évaluation de l'enfant porteur de ces troubles d'une part et d'autre part, quelles orientations proposer aux parents, aux éducateurs pour soutenir sa scolarisation voire sa socialisation pour une qualité de vie ?

## **2. Methodologie**

L'étude qualitative porte sur 3 élèves présentant des TSA, nommés Elie, François et Timothée pour préserver l'anonymat. Ils ont été rencontrés avec leurs parents dans le cadre de la consultation psychologique. La demande émane des parents, orientés vers la psychologue par le système scolaire, face aux difficultés pour éduquer l'enfant et aux questions relatives à la socialisation et aux apprentissages complexes.

L'approche méthodologique a consisté en des entretiens cliniques avec les parents afin de leur donner un espace de parole, d'obtenir des données pour l'anamnèse mais aussi, à prendre en compte des données scolaires qui sont des informations majeures sur les réponses de l'élève aux sollicitations dans la classe. Des tests psychologiques ont été proposés aux enfants dans le but d'évaluer l'intelligence avec la WPPSI-R (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence- Revised) et les comportements avec la CARS (Childwood Autism Rating Scale) (Roger, 1989). Des dessins libres et des jeux ont soutenu la relation et/ou maintenu le contact.

## **3. Resultats**

### **3.1 Caractéristiques générales des enfants**

Au moment de l'évaluation, les 3 garçons présentent les caractéristiques suivantes (Tableau 1) : Elie 5 ans 2 mois 6 jours, François 6 ans 9 mois 16 jours, Timothée 8 ans 2 mois 3 jours ; la mère d'Elie porte la grossesse de 08 mois d'une fille, François est l'aîné d'une sœur âgée de 15 mois, Timothée est fils unique.

Tous les trois bénéficient de la scolarisation dans un système scolaire régulier, avec une éducation adaptée, soutenue par un éducateur spécialisé : Elie est en classe maternelle moyenne section, François et Timothée au niveau élémentaire respectivement en cours préparatoire et cours élémentaire première année.

Les parents sont tous légalement mariés et ont un niveau socio économique élevé. Sur les trois mères titulaires d'un bac + 5, une seule n'a jamais exercé d'emploi compte tenu du poste de son époux et les deux autres ont arrêté de travailler pour « *prendre soin* » de leurs fils, « *être plus disponible* ».

Parmi les trois enfants, seul Timothée a eu un diagnostic d'autisme, dûment fait par le pédiatre à l'âge de 5 ans.

### 3.2 Les symptômes observés

Chez Elie, François et Timothée, on observe des symptômes de niveau et d'amplitude différents : des défauts de coordination oculo-manuelle, des particularités sensorielles et perceptives sur le plan visuel, auditif et tactile, des difficultés à recevoir et traiter simultanément des informations provenant de plusieurs canaux sensoriels.

Les conséquences sont perceptibles dans les milieux de vie préférentiels de l'enfant que constituent la famille et l'école. Au niveau du comportement, le retrait de la relation, les comportements inattendus et inadaptés en réponse à la demande sont observables ; de plus, le langage est peu développé. On note le retard général de développement par rapport aux autres de l'entourage. Ces trois enfants ont un traitement médical en raison de l'activité neurologique, mesurée par l'électroencéphalogramme (EEG), qui est perturbée.

### 3.3 Les résultats aux tests psychologiques

Lors de l'évaluation psychologique, les résultats obtenus sont les suivants (Tableau 2 et Tableau 3) :

- à la WPPSI-R, si les profils des résultats obtenus aux différentes épreuves sont différents pour les trois enfants, le Quotient Intellectuel Total (QIT) se situe au niveau de la déficience mentale (<69) avec un Quotient Intellectuel Verbal (QIV) inférieur au Quotient Intellectuel de Performance (QIP). De façon spécifique, Elie obtient un QIT de 42 avec un QIV de 48 et un QIP de 43 ; François à un QIT de 49 avec un QIV de 48 et un QIP de 61 ; Timothée obtient un QIT de 58 avec un QIV de 47 et un QIP de 77. Les notes aux épreuves sont très basses, largement en dessous de la moyenne et la plus élevée pour chaque enfant est celle de complètement d'images en performance.
- à l'épreuve CARS, Elie, François et Timothée obtiennent respectivement 54, 46 et 46. Si le score de Timothée est le plus élevé, tous les trois correspondent à un niveau d'autisme sévère qui se situe entre 37 et 60.

Les dessins libres sont peu élaborés pour Elie et François ; ils ont un caractère répétitif et stéréotypé chez Timothée qui, en revanche, dessine des voitures très élaborées. Les 3 enfants ne dessinent pas selon la consigne et n'imitent pas. Tous portent un intérêt furtif aux jeux et ne fixent pas leur attention. Il n'y a pas d'action construite et les jeux de mouvement (balançant, répétitifs) ont plus d'attrait pour eux.

### 3.4 Le vécu des parents

Les entretiens avec les parents expriment leur mal-être face à la pathologie de l'enfant et aux difficultés inhérentes. Ils évoquent :

- L'absence ou la difficulté de l'annonce du diagnostic de la part de l'équipe médicale et/ou éducative,
- La difficulté pour entrer en relation avec l'enfant et le soutenir pour un développement harmonieux,
- La méconnaissance des modalités pratiques pour l'éduquer (capter son attention pour les apprentissages),
- Le fait de ne pas connaître les recours possibles pour la prise en charge de l'enfant,
- La fragilité de la famille qui se sent stigmatisée et s'isole de la dynamique sociale plus large pour ne pas susciter les questions sur l'enfant,
- Les conflits au niveau du couple liés à la difficulté de s'entendre sur des prises de positions concernant l'enfant et la gestion de la fratrie,
- La crainte d'avoir un autre enfant porteur de handicap malgré le désir d'enfant.

### 3-5 L'orientation à la suite de l'approche psychologique

Suite à l'évaluation psychologique, des orientations pour améliorer les aptitudes de l'enfant se basent sur ses potentialités et la collaboration parents, enseignants et autres professionnels. Face aux troubles psychologiques, aux aspects cliniques et neurologiques repérés, pour chaque enfant, un plan d'intervention éducatif est élaboré et vise d'un point de vue général à :

- Capter l'attention de l'enfant,
- Prévoir des activités en dehors de la classe,
- Rendre prévisible et ritualiser avec un emploi du temps, une place personnalisée,
- Donner des explications simples et concrètes,
- Ritualiser l'apprentissage de la lecture,
- Structurer les apprentissages en se basant sur des supports, des outils (fiches de lettres, de chiffres),
- Rendre les consignes accessibles et prévoir ce que l'enfant va faire.

Ce plan est adapté à l'évolution observée et revu trimestriellement.

L'approche parentale est également prise en compte : un espace de parole dédié aux parents permet l'expression de leurs inquiétudes, des angoisses concernant le développement de leur enfant et d'avoir des connaissances sur la pathologie (actualité et devenir). Une meilleure adhésion aux propositions d'encadrement s'observe.

Les trois enfants bénéficient d'un suivi médical pluridisciplinaire avec l'intervention du neurologue mais aussi la prise en charge orthophonique pour la rééducation du langage.

À la suite de l'intervention, les adultes soulignent :

- Un autre regard, porté sur l'enfant, qui tient compte de ses potentialités,
- L'intérêt pour les supports visuels et tactiles d'apprentissage,
- La capacité à capter son attention,

- La compréhension de certaines consignes simples induisant une action à la fois,
- Une meilleure intégration dans le groupe classe : les enfants passent plus de temps avec les autres élèves et participent à des activités communes.

L'évolution lente mais positive permet le maintien de l'enfant dans le cadre scolaire.

#### **4. Discussion**

Les résultats obtenus au cours de cette étude qualitative permettent de souligner les spécificités de l'approche psychologique, les domaines possibles d'intervention.

##### **4.1 L'évaluation psychologique : intérêt et obstacles**

###### **4.1.1 Intérêt**

L'étude qualitative menée s'est centrée sur l'évaluation psychologique de Elie, François et Timothée afin de mieux comprendre d'une part leurs comportements à travers leur fonctionnement psychique latent, en cernant les caractéristiques cognitives et sociales qui déterminent leur mode d'adaptation et d'autre part de repérer les interventions possibles pour soutenir le développement.

L'évaluation psychologique fait partie du dépistage pour obtenir le diagnostic. Elle est l'un des moyens qu'il convient d'utiliser – quand cela est possible – pour obtenir des données fiables car mesurables. L'accent est mis sur des données comportementales et empiriques plutôt que sur la seule intuition clinique. Le choix des tests prend en compte les objectifs visés, l'âge réel et le niveau de développement général de l'enfant. Ainsi l'échelle WPPSI-R, qui s'adresse aux enfants âgés de 3 ans à 7 ans 3 mois, est passée à Timothée âgé de 8 ans et 2 mois car elle permet également l'évaluation d'un niveau mental bas. En effet, Timothée au regard des résultats scolaires et de l'observation clinique est considéré comme ayant des capacités plus faibles que celles de son âge réel. La CARS, adaptée à partir de 24 mois, est soumise aux trois enfants pour évaluer leurs comportements. Les résultats permettent de déterminer l'autisme, d'évaluer la sévérité du syndrome, selon le « score » total obtenu. Ils distinguent ces trois enfants avec autisme, des autres qui présentent des troubles du développement sans trouble autistique associé.

L'autre intérêt de l'évaluation c'est l'analyse possible des résultats obtenus, lesquels ne représentent pas une valeur absolue, mais reflètent la position actuelle de l'enfant par rapport à son groupe d'âge. Le psychologue est fixé quant au niveau de développement intellectuel de chacun des enfants, ce qui oriente la compréhension des difficultés d'apprentissage et la mesure de leurs comportements lors des interactions avec les parents, les éducateurs, voire le professionnel au cours de l'évaluation. Les QI fournis par l'échelle WPPSI-R peuvent être référés à une population représentative de la norme. Si le QIV plus déficitaire confirme les troubles spécifiques du développement du langage observé au plan clinique chez les trois enfants, l'épreuve la plus réussie de l'échelle est Complètement d'Images, proche de la moyenne pour François et Timothée. Elle met en

exergue l'attachement à la réalité possible chez ces enfants. Chaque épreuve permet de décrire l'enfant autiste dans sa façon de raisonner, de percevoir, de penser, de parler, par rapport aux enfants normaux.

L'évaluation soutenue par les observations cliniques du comportement et les données des dossiers scolaires, éclaire les dimensions psychologiques en défaut et apporte certaines réponses aux interrogations des parents. Quel que soit le diagnostic ultérieur il faut agir sur le développement et sur les interactions et donc sur la socialisation car l'objectif vise non pas la sortie de l'autisme mais l'amélioration de l'enfant. Les effets notables de la mise en place de procédures pour aider ces enfants rencontrés sont confirmés par de nombreux auteurs. Cependant, ils insistent sur le fait que les soins devront être précoces pour espérer une évolution moins sévère et favoriser des progrès majorés par la proposition des prises en charge thérapeutiques et éducatives adaptées aux troubles de l'enfant (Houzel, 2002, Rogé, 2002, Golse, 2003). En effet, le diagnostic précoce de l'autisme infantile est possible car les classifications modernes des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent retiennent l'âge de 30 mois pour la constitution complète du syndrome (APA, 2013). En l'absence de preuves génétique, radiologique, biologique, l'évaluation psychologique nécessite une bonne maîtrise des aspects techniques de l'administration, des principes de notation et d'analyse qualitative. Elle suppose également l'évaluation de la situation familiale (Tordjman, 2002).

Le rôle du psychologue dans le cadre de l'éducation inclusive permet une écoute des parents, d'étayer une démarche pédagogique pour aider les enseignants à intégrer ce type d'approche et les élèves à bénéficier de l'accompagnement particulier de l'AESH dans le contexte de la classe. Un autre bénéfice semble être la sensibilisation des autres élèves et de leurs parents la compréhension et l'acceptation des différences de développement.

#### **4.1.2 Limites/ Difficultés**

L'approche psychologique des enfants prend en compte des facteurs limitant qui sont des biais classiques retrouvés dans toute situation d'évaluation. Deux dimensions majeures peuvent être soulignées dans notre étude : les spécificités liées aux TSA chez l'enfant, l'absence d'évaluation ou de diagnostic médical.

Le jeune âge (moins de 9 ans) ne peut à lui seul expliquer le manque de concentration sur la tâche donnée. La psychopathologie et le handicap viennent majorer ces constats. En effet au cours des différentes passations, l'observation des trois enfants et de leurs capacités à répondre aux sollicitations des tests, met en évidence les difficultés des interactions sociales et les défauts de l'élaboration verbale. Les fonctions exécutives sont problématiques car ils présentent des difficultés pour comprendre ou adhérer à la consigne, pour maintenir leur attention sur la tâche en cours et l'organiser. L'hyperactivité et le retrait autistique parasitent également la passation du test. La difficulté d'autonomisation est en partie repérable à travers l'angoisse de la séparation visible avec Elie par exemple qui n'a pas accepté de rester seul avec une personne inconnue et qui ne s'est senti rassuré qu'en présence de sa mère, même assise hors de son



champ visuel. De même, le contact oculaire leur faisant défaut ainsi que les comportements d'attention conjointe, ces enfants n'observent pas les démonstrations de l'adulte et ont des difficultés à imiter l'exercice à produire, alors que leurs capacités psychomotrices le leur permettraient. On note les difficultés pour comprendre des consignes verbales et donc pour réaliser la tâche demandée.

Cependant, l'examen est rendu possible dans des conditions psychologiques et environnementales qui prennent en compte ces spécificités et ont été soulignés par Adrien (2002). Il insiste sur l'importance d'établir et maintenir une bonne communication et de s'assurer que l'enfant coopère. Face aux difficultés de concentration chez l'enfant, ayant des TSA, les séances seront courtes, renouvelables et son attention sera attirée par des activités qui l'intéressent : le jeu, le dessin (Sauvage, 1984 ; Adrien, 2002 ; Fillol, 2008). Il est donc indispensable de prendre le temps, d'être attentif à sa fatigabilité, son refus de participer. Dans les faits, les activités des tests ont été proposées lorsque l'observation de l'enfant montrait qu'il se sentait en sécurité, suffisamment calme, intéressé et disponible. L'attention, la patience, la persévérance sont des clés pour obtenir des résultats objectivables. L'évaluation psychologique qui se fait dans le temps, ne peut se résumer à l'approche quantitative : l'observation, l'entretien sont d'un apport essentiel in situ et à travers le rapportage de ce qui se déroule dans la salle de classe, la cour de récréation, l'environnement familial.

Une autre limite importante est l'absence d'évaluation ou de diagnostic médical préalable ou concomitant et les fausses espérances données aux parents. L'établissement d'un diagnostic nosologique et la recherche de pathologies associées aident à déterminer le rôle possible de conditions médicales dans les signes atypiques observés. Les examens complémentaires (EEG, imagerie médicale, recherche génétique, etc.) affinent le diagnostic. Dans notre contexte, on note clairement le retard au diagnostic en lien avec le manque de formation des professionnels de santé. Les parents se doutaient du diagnostic en raison de rapprochements faits avec des lectures sur internet, des émissions radio télévisées par exemple. Ainsi, les parents de Elie et de François relatent que le diagnostic ne leur a pas été communiqué malgré les questions incessantes. Ceux de Timothée ont eu une annonce tardive du diagnostic d'autisme. Les parents soulignent également que malgré les retards du développement observés, le pédiatre référent de chacun des trois enfants n'avait « rien vu d'alarmant ». Face à leurs inquiétudes, tous les spécialistes rencontrés expliquent les insuffisances par un retard lié au sexe, « *les filles sont plus précoces que les garçons dans le développement général* », retard censé être comblé avec le temps. Si la prédominance du genre masculin est reconnue dans la pathologie (Golse, 2003), dans notre contexte ce discours est un moyen d'évitement. En effet, ces attitudes des soignants sont décrites dans la littérature et expliquées par différents facteurs : la problématique de l'annonce du diagnostic en milieu médical met en exergue des mécanismes de défense des soignants pour gérer leur propre angoisse ; la difficulté à poser le diagnostic des TSA en raison de la prudence. Certains troubles précoces de la petite enfance peuvent s'apparenter aux manifestations d'un TSA, et différents troubles concomitants ou associés peuvent toucher ces personnes. Les critères diagnostiques qui

sont décrits dans le DSM-IV-TR devront être rigoureusement repérés (Deschaintre, 2003 ; Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec, 2012 ; Ruzniewsky, 2014).

## **4.2 Les domaines d'intervention à explorer**

Poser le diagnostic des TSA reste indispensable pour situer les parents sur le profil psychologique et psychopathologique mettant en évidence les compétences de l'enfant et les apports possibles en termes d'éducation. En effet, si l'enfant scolarisé ayant des TSA est vu dans sa dimension subjective, il est également perçu dans sa relation au savoir et il s'agira d'intervenir dans ce champ cognitif sur une fonction défaillante.

Pour Elie, François et Timothée, les difficultés d'apprentissage sont évidentes. Les résultats obtenus aux tests psychologiques font état de déficits et permettent de confirmer la présence de la triade autistique : 1- l'altération qualitative des interactions sociales et de la communication, 2- la restriction des intérêts, 3- la répétitivité des comportements et la limitation des élaborations imaginatives (Barthélémy, 2012). Les interventions cibleront les domaines déficitaires afin de soutenir l'enfant dans son développement aussi bien dans le milieu familial que scolaire visant la recherche d'une forme d'autonomie (Zielinsky, 2009).

### **4.2.1 Dynamique familiale et guidance parentale**

Le handicap de l'enfant peut rendre la parentalité dysfonctionnelle ou la mettre en échec. Il inflige un traumatisme narcissique, engendre la nécessité de comprendre les difficultés de l'enfant et de faire le deuil de la normalité projeté par les parents. L'évaluation psychologique qui permet le diagnostic est une démarche qui rompt l'isolement des parents et facilite l'approche de l'enfant (Fillol, 2008). Or, dans notre contexte, l'annonce du diagnostic n'a été faite que pour Timothée. L'absence de diagnostic en particulier précoce laisse les parents dans un doute perturbateur car ils ne peuvent apporter une réflexion sur les causes des troubles de leur enfant et les moyens de le soutenir. Bobet et Boucher (2005) ont montré que le développement de la communication et de la socialisation de l'enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger, ainsi que les stress quotidiens liés au handicap de l'enfant, ont un retentissement important sur la qualité de vie familiale. Elle est particulièrement éprouvante sur l'organisation de la vie quotidienne, les loisirs et l'épanouissement personnel car l'éducation et les soins de l'enfant limitent le temps pour soi, impliquent des renoncements personnels et nécessitent une organisation de vie rigoureuse et épuisante. Les conséquences sont une réalité clinique : les parents, la fratrie, l'entourage doivent surmonter le manque de réciprocité sociale de l'enfant ainsi qu'un ensemble de comportements inhabituels (Volkmar, 1993 ; Schopler et Mesibov, 1994, Leblanc, 2009).

La pathologie rend les parents démunis, angoissés et les relations parents/ enfants se modifient, dans le sens de la fusion, du rejet, de la colère ou de la dépression. Si le désir d'enfant est encore présent, il rencontre chez les parents « *l'angoisse d'avoir un autre enfant porteur de handicap* », « *d'avoir un garçon susceptible d'être handicapé* » ou de « *ne plus être*

*assez disponible pour l'enfant déjà là* ». Les mères rencontrées se réjouissent d'avoir en seconde maternité, des filles ce qui est plus « *rassurant pour l'avenir* » eu égard à ce qu'elles ont appris - à tort ? - sur la fragilité des garçons. Chez les deux mères rencontrées, la naissance d'un enfant de sexe opposé sans pathologie, considéré comme étant « *un enfant de bonne qualité* », permet la reconstruction. Accepter l'autisme de son enfant est un processus de maturation psychologique auquel tout individu concerné est confronté (Donnadieu et Aussilloux, 1991 ; Assal, 1996). En exprimant le vécu de souffrance des parents lié aux dysfonctionnements manifestes de leur enfant, le processus psychique d'acceptation, basé sur un diagnostic clairement énoncé doit s'élaborer pour permettre une dimension constructive (Wintgens et Hayez, 2005 ; Cappe, 2009). Devenir parents d'enfants autistes se construit, soutenu par le deuil de l'enfant imaginaire, idéal, et porteur des désirs des parents (Ringler, 1998). Comme dans toute maladie chronique et en particulier psychique, l'annonce du diagnostic ouvre de nouvelles perspectives car l'échange permis autour de la situation d'évaluation, ouvre le champ des réponses possibles à leurs questions, donne des informations sur leurs attentes. Malgré la douleur liée à l'annonce qui est une mise en mots de ce qui semble inacceptable, la réflexion sur l'organisation d'une prise en charge adaptée devient possible ; elle se base sur les difficultés mais surtout les capacités de l'enfant dans les différents domaines évalués (Aka Dago-Akribi, 2014). Les parents informés et sensibilisés, quand à la possibilité d'une prise en charge précoce, peuvent s'impliquer dans les soins et soutenir ce processus d'évolution favorable (Mosca et Garnier, 2007).

#### **4.2.2 La socialisation et la scolarisation : l'éducation spécialisée**

Des travaux confirment les effets positifs des interventions psycho éducatives et thérapeutiques sur le développement de l'enfant avec autisme (INESSS, 2014). Le diagnostic ouvre la possibilité d'élaborer des programmes scolaires adaptés, de mettre en œuvre des dispositifs techniques d'intervention d'accompagnement de rééducation le plus tôt possible, prenant en compte la pathologie (Adrien, 2012).

Il s'agit d'adapter les apprentissages scolaires au mode d'approche intellectuelle de l'enfant présentant des TSA. Face aux spécificités cognitives avec les capacités de concentration faible de ces enfants, il est important de se centrer sur leurs difficultés à saisir les données abstraites, l'incapacité à travailler dans le groupe (cécité sociale), le problème d'attention conjointe, la difficulté à s'adapter et le fait d'être destabilisés par le changement. Ces interventions sont portées par des éducateurs spécialisés formés à adapter les apprentissages aux potentialités de l'enfant. La littérature actualisée sur la prise en charge des enfants ayant des TSA dans les pays du Nord fait état de stratégies d'intervention mieux systématisées qu'il convient d'étudier pour entrevoir la possibilité de les proposer dans notre contexte. L'approche spécialisée consiste à aménager l'environnement, apprendre des comportements appropriés et faire appel à des outils éducatifs tels que TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) ou l'éducation structurée, le système de

communication par échange d'images ou PECS (Picture Exchange Communication System) (INESSS, 2014).

L'action préconisée se fera aussi bien au niveau psychologique, familial, scolaire que médical. Elle concernera le développement des habiletés (sociales, cognitives, traitement de l'information, régulation des émotions) et de l'autonomie fonctionnelle, le développement moteur et sensoriel, le langage et la communication ainsi que le soutien à l'intégration à l'école. La prise en charge pluridisciplinaire trouve ici tout son sens avec l'implication de spécialistes différents qui visent tous l'épanouissement de l'enfant présentant des TSA.

## **5. Conclusion**

Les trois enfants rencontrés ayant des TSA présentent des singularités en raison de la pathologie qui se caractérise par un déficit qualitatif et quantitatif dans les domaines des interactions sociales et de la communication et par la présence de comportements répétitifs et stéréotypés. Les symptômes observés permettent de comprendre la difficulté pour les scolariser dans une école régulière et quand cela est envisageable, la condition imposée de l'éducation spécialisée.

La démarche d'approche psychologique compréhensive à orientation diagnostique intégrative utilise des tests psychologiques en vue d'une prise en charge de qualité. L'analyse des données chiffrées qui met en évidence les troubles comportementaux spécifiques et le déficit au niveau intellectuel oriente le choix des interventions. Si la rencontre avec la psychologue permet l'expression de la souffrance parentale face à l'incompréhensible comportement de l'enfant, le diagnostic émis est plus structurant. Il permet de penser des interventions possibles pour le développement de l'enfant aussi bien par les parents que par les éducateurs spécialisés. Le diagnostic reste à être plus ciblé et les actions d'aide, mieux formalisées, dans notre contexte à travers une approche pluridisciplinaire incluant le volet médical et visant aussi bien l'enfant que les parents. Face à la complexité de la problématique de ces enfants en Côte d'Ivoire, se pose la question d'une meilleure connaissance épidémiologique et clinique de la pathologie TSA et le recours à des techniques de dépistage ciblés pour un diagnostic et une prise en charge adaptés sur le plan familial et scolaire. Le dépistage précoce est recommandé car le pronostic, en particulier cognitif, semble dépendre assez nettement de la précocité des prises en charge. L'établissement d'un diagnostic nosologique et la recherche de pathologie associée restent indispensables pour affiner l'intervention.

### **Déclaration de conflit d'intérêts**

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

### **A propos de l'auteur**

Madame Aka Dago-Akribi Hortense est psychologue clinicienne et psychopathologue, Maître de Conférences au Département de Psychologie de l'UFR des Sciences de

l'Homme et de la Société à l'Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. Ses recherches portent sur les aspects psychologiques des patients, soignants et familles dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques et sur l'éducation inclusive des enfants à besoins spécifiques.

### Références Bibliographiques

- Adrien J-L, 2002. Le bilan psychologique des enfants avec autisme. *Le Carnet PSY*, 8(76), 39-41. DOI : 10.3917/lcp.076.0039
- Aka Dago-Akribi H, 2014. Intégration scolaire d'enfants en situation de handicap dans une école primaire privée : expérience de la Pépinière des Deux Plateaux, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Revue Ivoirienne des Lettres Arts et Sciences Humaines, ENS*, 22, Octobre 2014, 36-51.
- American Psychiatric Association, 2011. *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10 (2e éd.)*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, France.
- American Psychiatric Association, 2013 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, Virg.: American Psychiatric Association, USA.
- Assal J-P, 1996. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge, *Encyclopédie médico-chirurgicale, Thérapeutique*, 25-005-1-10.
- Barthélémy C, Bonnet-Brilhault F, 2012 *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Médecine sciences, publication, France.
- Bejaoui B, Delobel M, Carroussel L, Cans C, Arnaud C, 2010. Prévalence de l'autisme et autres troubles envahissants du développement : Revue de littérature (2000-2009). Rapport 2010, RHEOP-RHE31, Plan Autisme 2008-2010, Institut National de Veille Sanitaire, Paris.
- Bobet R, Boucher N, 2005. Qualité de vie des parents d'enfants autistes bénéficiant d'un accompagnement scolaire et à domicile spécialisé. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 83-84, 169-170.
- Cappe E, Bobet R, Adrien J-L, 2009. Psychiatrie sociale et problèmes d'assistance. Qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger. *La psychiatrie de l'enfant* 1(52), 201-246. DOI 10.3917/psy.521.0201
- [Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes CIM-10 version 2008](#) : CIM-10, site de l'OMS.
- Collège des médecins du Québec (CMQ) et Ordre des psychologues du Québec (OPQ), (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme – L'évaluation clinique*. Lignes directrices. Montréal, Qc : CMQ et OPQ; 2012. Disponible à :

<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2013/~media/Files/Lignes/Lignes-autisme-2012.pdf41324>.

- Deschaintre Y, Fortier R, Morais L, Vanasse M, 2003. L'approche multidisciplinaire de l'annonce d'un diagnostic de maladie évolutive. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2(18), 70-72. DOI : [10.3917/inka.032.0070](https://doi.org/10.3917/inka.032.0070).
- Donnadiou H, Aussilloux C, 1991. Analyse du discours de parents d'enfants autiste. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 39, 11-12, 499-503.
- Fillol C, 2008. L'évaluation psychomotrice de l'enfant TED : difficultés et aménagements. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricienne non publié. Université Toulouse III.
- Freud S, 1968. Pulsions et destin des pulsions, *Métapsychologie* (J. Laplanche et J.-B. Pontalis trad. fr.). Paris : Gallimard. (Original publié 1915 c), France.
- Golse B, 2003. Autisme infantile : dépistage et prévention, *La psychiatrie de l'enfant*, 2003/2 Vol. 46, p. 381-393. DOI : [10.3917/psye.462.0381](https://doi.org/10.3917/psye.462.0381)
- Houzel D, 2002. Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. *Le Carnet PSY*, 8(76), 23-26. DOI [10.3917/lcp.076.0023](https://doi.org/10.3917/lcp.076.0023)
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS), 2014. L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) : édition révisée. *ETMIS* 2014; 9(6):1-67.
- Isimat-Mirin P M, 2015. Les enfants singuliers, *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 46, ( 1-2), 43-59.
- Kanner L, 1943. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- King M, Bearman P, 2009. Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal Of Epidemiology*, 38(5), 1224-1234.
- La Croix (2019). Côte d'Ivoire : les enfants autistes marginalisés attendent des soins adéquats. AFP
- Leblanc A, 2009. Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant. *Enfances & Psy*, 1(42), 63-70.
- Maslow A, 1989 *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard, France.
- Mosca F, Garnier A-M, 2007. Soignants et parents d'enfants autistes : qui aide qui ? *Thérapie Familiale*, 4(28), 503-522. DOI [10.3917/tf.074.0503](https://doi.org/10.3917/tf.074.0503)
- Nadel J, Pry R, 2002. Introduction : L'enfant autiste est aussi un enfant. *Enfance*, 1 (54), 5-7. DOI : [10.3917/enf.541.0005](https://doi.org/10.3917/enf.541.0005)
- Nassar N, Dixon G, Bourke J, Bower C, Glasson E, de Klerk N, & Leonard H, 2009. Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices. *International Journal Of Epidemiology*, 38(5), 1245-1254.
- Ringler M, 1998 *L'enfant différent : accepter un enfant handicapé*, Paris : Dunod, France.
- Rogé B, 2002. Le diagnostic précoce de l'autisme : données actuelles. *Enfance*, 1 (54), 21-30. DOI : [10.3917/enf.541.0021](https://doi.org/10.3917/enf.541.0021)
- Roger B, 1989. *Adaptation Française de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (C.A.R.S)*. Issy-les-Moulineaux : Editions d'Applications psychotechniques, France.

- Ruzniewsky M, 2014 Face à la maladie grave. Patients, famille, soignants. Paris, Dunod, France.
- Sameroff A J, Fiese B H, 2000. Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2nd ed., Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp.135-159.
- Sauvage D, 1984 *Autisme du nourrisson et du jeune enfant (0-3 ans), signes précoces et diagnostic*. Paris, Masson, France.
- Schopler E, Mesibov G, 1994 *The Effects of Autism in Family*, New York, Plenum Press.
- Tordjman S. 2002. Les investigations cliniques et paracliniques dans l'autisme : du bilan de routine au bilan de recherche. *Le Carnet PSY*, 8 (76), 33-38. DOI 10.3917/lcp.076.0033
- Volkmar F R, 1993. Autism and the pervasive developmental disorders, in C. H. Zeanah (éd.), *Handbook of Infant Mental Health*, New York, The Guilford Press.
- Wintgens, A, Hayez, J.-Y, 2005. Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme. *Psychiatrie de l'enfant*, 49, 1 : 207-226.
- Zielinsky A, 2009. L'autonomie : évaluer pour accompagner. Dossier scientifique, 1eres rencontres scientifiques, Actes du colloque 12 février, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris, France.

Creative Commons licensing terms

Author(s) will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Social Sciences Studies shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflicts of interest, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated into the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).