



HAL
open science

Enfants neuroatypiques et aménagement de la classe

Pierre-Alexandre Ravet

► **To cite this version:**

Pierre-Alexandre Ravet. Enfants neuroatypiques et aménagement de la classe. Education. 2019. dumas-02445449

HAL Id: dumas-02445449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02445449>

Submitted on 20 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



**MASTER MEEF mention 1er degré
« Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation »
Mémoire de 2^{ème} année
Année universitaire 2018 - 2019**

ENFANTS NEUROATYPIQUES ET AMÉNAGEMENT DE LA CLASSE

Pierre-Alexandre RAVET

Directeur du mémoire : Hélène MARQUIÉ-DUBIÉ
Assesseur : Suzanne SICARD, IEN, DSDEN66

Soutenu le 20 mai 2019

Liste des sigles et définitions

- AESH** : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap
- ANCRA** : Association Nationale des Centres Ressources Autisme
- ARE** : AutoRégulation Émotionnelle
- ATSEM** : Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles
- AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire
- BOEN** : Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale
- CBS** : Comportements de Base Sécure
- CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CIM** : Classification Internationale des Maladies
- CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CRA** : Centre Ressources Autisme
- DSDEN** : Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
- DYS** : dysphasie, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyspraxie, dyscalculie
- EIP** : Élève Intellectuellement Précoce
- GS** : Grande Section
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- (T)HP** : (Très) Haut Potentiel
- (T)HPI** : (Très) Haut Potentiel Intellectuel
- IEN** : Inspecteur de l'Éducation Nationale
- IME** : Institut Médico-Éducatif
- IR** : Intérêts Restreints
- IS** : Interactions Sociales
- MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MEN** : Ministère de l'Éducation Nationale
- MS** : Moyenne Section

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé

PCA-P : Perception des Comportements d'Attachement – version Professeur des écoles

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPC : Plan Personnalisé de Compensation

PPRE : Programme Personnalisé de Réussite Éducative

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

PS : Petite Section

TCIS : Troubles de la Communication et des Interactions Sociales

TCL : Troubles de la Communication et du Langage

TCNL : Troubles de la Communication Non Langagiers

TdA : Troubles de l'Attention

TDA-H : Troubles De l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TdC : Troubles de la Concentration

TED : Troubles Envahissants du Développement

TIS : Troubles des Interactions Sociales

TND : Troubles Neuro-Développementaux (ou Troubles du Neuro-Développement)

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSA : Troubles du Spectre Autistique

Shutdown : rupture ou crise suite à un état de vulnérabilité, résultant d'une surcharge cognitive sur le plan sensoriel (trop de *stimuli*, de bruits, de monde), intellectuel (trop d'informations, consignes imprécises et contrariantes) ou relationnel (codes difficiles à identifier, à traiter, à déterminer, se traduisant en besoin d'isolement immédiat.

Meltdown : en cas d'impossibilité de résoudre le *shutdown* en s'isolant, on peut basculer vers un état de détresse mortifère ou d'effondrement intégral, qui se manifeste par un comportement violent (verbal et/ou physique) envers soi-même et/ou autrui. C'est une sorte de court-circuit cognitif autrement plus intense que le *shutdown*.

Dyssynchronie : décalage entre le rythme des développements psychomoteur, affectif et intellectuel.

Stimulus (pl. *stimuli*) : événement de nature à déterminer une réponse détectable par une réaction chez un organisme vivant. On distingue les stimuli par le sens qui les détecte : auditif (son), visuel (image, lumière), tactile (contact physique), thermique (chaleur), olfactif (odeur).

Remerciements

À Hélène Marquié-Dubié, une tutrice hors-pair, pour son aide, son écoute, ses conseils et son analyse, et m'avoir permis d'expérimenter un dispositif inédit qui m'a beaucoup appris.

À Suzanne Sicard, pour son investissement dans le projet du Mas B., et pour avoir accepté d'être assesseur de ce mémoire ainsi que jury de ma soutenance.

Aux équipes qui participent activement à ce projet, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler et échanger des expériences.

À C. B., pour son partage, ses observations, et pour m'avoir accueilli dans sa classe.

À P. D., pour ses réponses et son implication dans notre réussite à l'ESPE et au-delà. Aux professeurs et maîtres-formateurs qui ont contribué à renforcer mon envie de faire ce métier.

À O. G., pour son soutien indéfectible, grâce à qui j'ai pu améliorer ma pratique en classe, et qui sait me sortir de ma zone de confort quand il le faut. Tu feras sans aucun doute une excellente professeure des écoles !

À A. DB., pour son soutien et sa bienveillance qui n'est plus à démontrer, à qui je souhaite le meilleur pour la suite.

À tous les camarades, avec qui j'ai passé une année riche en émotions.

À ma famille, pour tout ce qu'ils m'apportent chaque jour, leur confiance, leur amour inconditionnel, et leur soutien en toutes circonstances.

Aux enfants suivis, pour leur perception du monde qui peut inspirer la nôtre.

« *La pédagogie est un art.* »

Philippe Meirieu

Sommaire

Introduction	5
Présentation	9
Expérimentation	19
Résultats	28
Discussion	32
Conclusion	36
Bibliographie	37
Annexes	47
Résumé / Abstract	55

Introduction

Parmi les enfants « neuroatypiques », c'est-à-dire avec troubles divers ou *DYS*¹ (en opposition aux « neurotypiques^{2,3,4} » qui n'ont ni l'un ni l'autre), nous retrouvons les enfants avec TSA (troubles du spectre autistique) dits « autistes », dont le diagnostic est encore difficilement établi aujourd'hui. En effet, beaucoup d'entre eux peuvent être catégorisés « bipolaire », « hyperactif » ou « TDA-H » (troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité), car les études neuroscientifiques montrent des liens étroits entre ces neuroatypismes^{5,6,7}. Par exemple l'autisme, tel qu'il est défini aujourd'hui, partage une signature cérébrale avec la schizophrénie et la bipolarité^{8,9}, d'où la nécessité dans certains cas d'un double diagnostic.

L'autisme revêt un large spectre (certains chercheurs parlent de *continuum* autistique¹⁰), du non-verbal avec déficience invalidante jusqu'à celui dit « de haut niveau », connu aussi sous le nom de « syndrome d'Asperger ». Ce syndrome a été identifié pour la première fois il y a 75 ans en tant que trouble du comportement chez plusieurs enfants, qui avaient un développement normal voire avancé de l'intelligence et du langage tout en présentant des comportements proches de l'autisme et une déficience marquée dans les interactions sociales et la communication^{11,12,13,14,15,16,17,18}. Il est

¹ Cf. **Annexe 1** : tableau des différents DYS répertoriés.

² <https://fr.wikipedia.org/wiki/Neurotypique>

³ Fraser, M., Héroux, R., Plaisance, S., Pepper, N. et Cordeau, M.-J. (2015). *TSA et neurotypique : mieux se comprendre: guide pour comprendre le fonctionnement de la personne ayant un trouble du spectre de l'autisme*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Québec, 30 p.

⁴ Prado, C. (2013). Personnes neurotypiques, personnes avec autisme. Bâtissons une vie ensemble. *Psychologie Clinique*, 35(1), 81-87.

⁵ Falguière, N., & Welniarz, B. (2016). L'enfant instable – Liens entre trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité, trouble bipolaire pédiatrique et dysrégulation comportementale et émotionnelle sévère. *Perspectives Psy*, 55(1), 8-17.

⁶ Sergeant, J. A., et al. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behav Brain Res*, 130(1-2), 3-28.

⁷ Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Kiely Law, J., Lipkin, P. H. (2018). Anxiety and Mood Disorder in Children With Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), 10p.

⁸ Gandal, M. J., et al. (2018). Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap. *Science (New York, N.Y.)*, 359(6376), 693-697.

⁹ Nowakowski, T. J., et al. (2017). Spatiotemporal gene expression trajectories reveal developmental hierarchies of the human cortex. *Science*, 358(6368), 1318-1323.

¹⁰ American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). Washington D.C.: APA.

¹¹ Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

¹² Asperger, H. (1968). Zur Differentialdiagnose des frühkindlichen Autismus. *Acta paedopsychiatrica*, 35, 136-145.

¹³ Asperger, H. (1982). Kindlicher Autismus Typ Asperger. Dans: Asperger, H. et Wurst, F. (ed.), *Psychotherapie und Heilpädagogik bei Kindern* (p.293-301). Munich, Vienne, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

¹⁴ Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129.

actuellement défini comme un trouble du développement neurologique^{19,20}, et l'une des principales difficultés des personnes atteintes de ce syndrome est l'intégration au sein de notre société²¹.

L'émergence de cette nouvelle catégorie a permis à la psychiatrie d'évoluer, bien que la définition de l'autisme « Asperger » pose problème aujourd'hui^{22,23} (le DSM-5 abandonne cette dénomination en classant toutes les formes d'autisme sur un unique *continuum*, la CIM-11 publiée en mai 2019 devrait suivre). Les comportements autistiques comme la stéréotypie²⁴ ou les troubles anxieux étaient jusqu'alors assimilés par les psychiatres aux troubles relevant des psychoses, parce qu'il n'existait pas d'autres catégories. L'évolution de ces catégories psychiatriques pose la question de leur existence même, de leur validité sans cesse discutée^{25,26}, et de leur finalité dans le contexte libéral dans lequel nous évoluons (des controverses de ces classifications pointent un réductionnisme a-théorique et un développement à visée organique et pharmacologie dans l'intérêt des laboratoires pharmaceutiques)^{27,28}. C'est dans cette idée que la dénomination de « TSA » (troubles du spectre autistique) remplace progressivement celle de « TED » (troubles envahissants du développement) depuis une dizaine d'années^{29,30}, démontrant l'absence de consensus parmi les psychiatres et un débat toujours actif^{31,32,33} même au sein des CRA³⁴.

¹⁵ Baron-Cohen, S., et al. (2003). The Systemising Quotient (SQ): An investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Series B. Special issue on « Autism: Mind and Brain »*, 358, 361-374.

¹⁶ Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.

¹⁷ Lawson, J., Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). Empathizing and systemizing in adults with and without Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 301-310.

¹⁸ Attwood, T. (2008). *The Complete Guide to Asperger's Syndrome* (EO 2006). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

¹⁹ American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e édition). Washington D.C.: APA.

²⁰ Organisation Mondiale de la Santé (1993). *CIM-10/ICD-10 : Classification Internationale des Maladies* (10e édition). Paris: Masson.

²¹ http://www.autisme-france.fr/577_p_25361/le-syndrome-d-asperger.html

²² <http://www.psychomedia.qc.ca/autisme/2012-12-04/dsm-5-syndrome-d-asperger-trouble-du-spectre-autistique>

²³ Cashin, A. & Sci, D. A. (2006). Two terms—one meaning: the conundrum of contemporary nomenclature in autism. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(3), 137-144.

²⁴ [https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotypie_\(psychiatrie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotypie_(psychiatrie))

²⁵ Kenworthy, L., et al. (2008). Understanding executive control in autism spectrum disorders in the lab and in the real world. *Neuropsychol Rev*, 18(4), 320-338.

²⁶ Valeri, G., & Speranza, M. (2009). Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. *Développements*, 1(1), 34-48.

²⁷ Corcos, M. (2010). *Un monde selon DSM une barbarie taxinomique*. Paris: Doin.

²⁸ Garrabé, J. (2013). La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *L'information psychiatrique*, 89(4), 319-326.

²⁹ American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). Washington D.C.: APA.

La psychiatrie est une science expérimentale de médecine³⁵ qui cherche à catégoriser et soigner des troubles via des traitements médicamenteux, entraînant une vigilance constante de la communauté scientifique : on peut soigner des troubles comme les troubles anxieux, mais on ne soigne pas l'autisme contrairement à ce que peuvent dire *ab hoc et ab hac* certaines personnes dangereuses par leurs propos scientifiquement infondés et leur médiatisation sur internet³⁶. En revanche, la psychanalyse apporte une approche différente en tentant de comprendre ces troubles³⁷ pour aider l'individu à progresser (compensation ou suppression du trouble), en s'appuyant sur des observations, sans avoir recours aux médicaments³⁸. Cette branche des sciences humaines a étudié les causes des troubles autistiques^{39,40}, en partie en France⁴¹ où l'influence de Françoise Dolto a entraîné la mise en exergue de la psychanalyse, alors conspuée outre-Atlantique où l'autisme est traité comme tous les autres handicaps^{42,43}. Si la majeure partie des théories de psychanalystes sont désormais invalidées par la communauté scientifique⁴⁴ et le Ministère Français de la Santé⁴⁵, elles ont permis de mettre le sujet au centre des problématiques sociétales et de lancer son étude dans d'autres domaines, en particulier chez l'enfant⁴⁶. Parmi ces études la méthode

³⁰ <https://www.autisme.ch/autisme/informations-generales/l-autisme-en-10-questions/19-2-autisme-troubles-du-spectre-de-lautisme-tsa-troubles-envahissants-du-developpement-ted-quelles-differences>

³¹ Donvan, J., & Zucker, C. (2016). *In a Different Key : The Story of Autism*. New York, N.Y.: Broadway Books.

³² Morgan, J. (2016). Autism spectrum disorder: difference or disability? *The Lancet Neurology*, 15(11), 1126.

³³ Ben-Ari, Y. (2016). Progress in autism research and postgenomic studies. *The Lancet Neurology*, 15(2), 136.

³⁴ Centre Ressources Autisme : Organisme régional de référence pour l'autisme, fédéré par l'Association Nationale des CRA, plus d'infos sur <https://comprendrelautisme.com/les-acteurs/les-centres-de-ressources-autisme/>

³⁵ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie>

³⁶ Notamment des thérapies sans aucune cohérence ni rigueur scientifique promettant de « guérir l'autisme » basées sur des métaux lourds, du fluor, une alimentation sans gluten ou encore la luminothérapie au 3^{ème} mois *in utero*, et les personnes témoignant de leur « guérison » par ces « thérapies » sur des blogs consultés par des parents d'enfants autistes. Voici un article du Figaro qui traite brièvement de ce phénomène : <http://sante.lefigaro.fr/article/autisme-attention-aux-pseudo-therapies-dangereuses/>

³⁷ Thevenet, M., Dondé, C., Machabert, R., Ancona, L., Jost, C. et Georgieff, N. (2017). Perspective de prise en charge d'enfants atteints de troubles du spectre autistique par psychothérapie inspirée des thérapies basées sur la mentalisation. *L'Encéphale*, 44(5), 482-485.

³⁸ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychanalyse>

³⁹ Bettelheim, B. (1969). *La Forteresse vide – L'Autisme infantile et la Naissance du soi*. [trad, ed. 1967]. Paris: Gallimard.

⁴⁰ Tustin, F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. [trad, ed. 1981]. Paris: Seuil.

⁴¹ Dolto, F. (1985). *La Cause des enfants*. Paris: Robert Laffont.

⁴² https://fr.wikipedia.org/wiki/Critiques_de_la_psychanalyse#cite_note-11

⁴³ Public Law 94-142, une loi fédérale ouvrant l'accès à l'école publique (en milieu ordinaire) à tous les enfants handicapés : https://en.wikipedia.org/wiki/Education_for_All_Handicapped_Children_Act

⁴⁴ Dachez, J. (2016). *Envisager l'autisme autrement : une approche psychosociale* (thèse de doctorat en psychologie, Université de Nantes, France). 252 p.

⁴⁵ <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/agir-pour-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-nationale/article/engagement-l-remettre-la-science-au-coeur-de-la-politique-publique-de-l-autisme>

⁴⁶ Guillerault, G. (2008). *Comprendre Dolto*. Paris: Armand Colin. (pp. 67-68).

comportementale ABA⁴⁷, initiée par le psychologue et chercheur norvégien Ole Ivar Løvaas, serait une réponse possible⁴⁸ à des troubles divers liés à l'autisme.

L'accent sera mis sur les enfants autistes, dont le diagnostic et les réponses correspondantes sont les plus rares, du fait de nombreux facteurs : manque de formation, de sensibilisation, de reconnaissance sociétale, contradictions, recherche en mouvement... L'objet de mon étude aura pour angle cardinal l'aménagement de l'espace et l'organisation en amont de la classe, d'où ma question principale :

**Quelle conception de la classe peut être favorable
à l'inclusion réelle des enfants autistes ?**

Observons cette question sous le prisme de la bienveillance, il n'est pas question de juger qui que ce soit, ni de blâmer les professionnels qui font tout leur possible pour l'inclusion de tous les enfants. Il s'agit au contraire d'apporter des éléments permettant de faire avancer le sujet sur l'autisme, dans une moindre mesure, et de casser le tabou qui consiste à ne pas en parler faute de connaissances sur le sujet, ou de peur de se tromper parce qu'il existe trop d'informations contradictoires, écueil intrinsèque de la reclassification permanente due aux recherches successives depuis des décennies. C'est en discutant des possibilités que l'on s'ouvre au sujet, en partageant, en essayant (quitte à se tromper) que l'on apprend davantage, adage maintes fois répété à nos élèves afin qu'ils progressent. *Qui temptat non errat*, la réponse absolue n'existe pas, car il existe autant de formes d'autisme que d'autistes⁴⁹.

Pour répondre à la problématique, il me semble utile de développer la question de l'autisme à l'école avant d'aborder l'aménagement de la classe. Cela induit un récapitulatif sur la perception de l'autisme par les enseignants, sa catégorisation au risque de la stigmatisation, le besoin d'une formation spécifique souvent réclamée par les enseignants, et le travail en équipe indispensable dans le sens de la coéducation, en bref ce qui contribue au bien-être de l'enfant. J'aborderai ensuite l'espace de classe avec l'aménagement pour une spatialisation inclusive, inhérente à la planification des différents temps de la classe, à savoir l'organisation des enseignements disciplinaires, des ateliers, des projets, etc.

⁴⁷ Applied Behavior Analysis. https://fr.wikipedia.org/wiki/Analyse_appliquée_du_comportement ; Méthode basée sur le béhaviorisme, un exemple de pratique est visible dans le documentaire-fiction « Le Cerveau d'Hugo », à la 42^{ème} minute du lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=qFLHNPnKYKY>

⁴⁸ Un article citant de nombreuses références sur la méthode ABA et son efficacité, en expliquant les divergences entre l'Europe et l'Amérique du Nord : <https://blogs.mediapart.fr/jean-vincot/blog/020417/autisme-et-aba-le-gouffre-entre-l-amerique-du-nord-et-l-europe>

⁴⁹ En témoigne le site de l'ANCRA : <http://www.autismes.fr/fr/autisme.html>

L'**hypothèse** tridimensionnelle qui constitue l'axe fondamental de ce mémoire est qu'une conception de la classe favorable à l'inclusion réelle des enfants autistes est : **A.** une conception collective et menée par toute l'équipe éducative, en incluant chacun de ses membres dans un projet de réussite et de bien-être de l'élève pour son bon développement ; **B.** une conception pensée en fonction des atypies, donc des troubles possibles et obstacles liés, afin d'inclure chaque élève dans un milieu ordinaire favorable à tous, et non une conception individualisée en fonction du type de handicap qui conduirait à reproduire un milieu spécialisé avec un risque de stigmatisation ; **C.** une conception qui met en avant l'explicitation par la verbalisation, et offre à chaque élève le moyen de développer son autonomie, de se responsabiliser et de participer à un échange de groupe.

Présentation

Lorsque je parle d'inclusion « réelle », j'entends une inclusion non stigmatisante. Plus précisément, nous pouvons inclure un élève dans un groupe-classe (obligation d'inclusion de tous les élèves^{50,51}), tout en le stigmatisant : « *Oui, Damien (prénom modifié) s'est très bien intégré dans la classe pour un autiste, ses camarades l'adorent, il participe bien, je m'arrange pour qu'il ne fasse jamais comme eux pour ne pas le mettre en situation d'échec...* », ou encore « *Il a voulu faire l'évaluation comme ses camarades, mais comme il est autiste je lui ai donné autre chose à faire* », des propos d'enseignants investis et bienveillants, pourtant ce qu'ils considèrent comme une différenciation peut dériver en stigmatisation. Une inclusion réelle serait de ne pas le nommer par son handicap, ni de l'exclure de l'activité à laquelle il souhaite participer. D'ailleurs, réduire l'autisme à un handicap est aussi stigmatisant en soi, puisqu'un autiste sans déficience intellectuelle peut tout à fait réaliser des tâches quotidiennes et suivre son « métier d'élève » (bien que cela puisse lui demander un effort souvent intense), à condition que cela ne lui demande pas d'aller au-delà de ses limites de lutte contre son fonctionnement (sur-adaptation), ce qui signifie un environnement adapté.

Dans notre société, dès lors qu'un environnement doit être adapté à une personne, on classe cette personne dans un handicap correspondant⁵². Celui-ci ouvre des droits, et constitue la pierre

⁵⁰ Article L111-1 du Code de l'éducation, relatif aux dispositions générales du droit à l'éducation, modifié par l'article 2 de la Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République.

⁵¹ « Inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction », art.2, Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013.

⁵² Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353.

angulaire du projet personnalisé de l'élève⁵³, qui est alors défini par son handicap. Or un élève est un individu à part entière, dont le handicap n'est qu'une des nombreuses caractéristiques. Ses besoins étant spécifiques à lui-même, les solutions sont individualisées. La remédiation individuelle peut être résolue en amont, en pensant des aménagements éliminant les obstacles qui engageraient une remédiation, principe même de la différenciation. Ces aménagements permettraient entre autres de se positionner par rapport à l'élève dès le début de sa scolarisation, évitant par conséquent l'attente de la finalisation d'un dossier MDPH⁵⁴ (avec un délai moyen de traitement de 4 mois dans les Pyrénées-Orientales⁵⁵), parfois reporté *sine die* par des familles qui refusent le mot « handicap » pour leur enfant⁵⁶ ou qui ont peur des conséquences⁵⁷.

Le but est de trouver une juste différenciation pour les enfants présentant des TSA et éviter ainsi la stigmatisation de ces enfants. Il faut adapter notre enseignement à leur différence en tenant compte de leur potentiel, tout en considérant qu'ils peuvent développer autant de compétences que les autres, et ne pas les catégoriser comme « en difficulté » mais « à besoins spécifiques »⁵⁸.

En plus d'un diagnostic compliqué, les enfants autistes (et neuroatypiques en général) sont confrontés à une société qui ne sait pas s'adapter à leur différence, entraînant dans de nombreux cas ce que les spécialistes appellent des « comorbidités »^{59,60,61,62}, voire des conséquences de rejet⁶³ non sans gravité : échec scolaire, dépression⁶⁴ (première cause de dépression infantile⁶⁵), rupture et

⁵³ Le handicap est validé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) via le dossier de la MDPH (démarche effectuée par les responsables légaux de l'enfant, accompagnés par les autres membres de l'équipe éducative), qui établit un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) dans lequel se trouve le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) de l'élève. Plus d'infos sur : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/41/0/ecole_inclusive_dossier_extrait_QPPQ_376117_378410.pdf

⁵⁴ Maison Départementale des Personnes Handicapées.

⁵⁵ <http://www.ledepartement66.fr/1887-foire-aux-questions-1.htm>

⁵⁶ Épagnéul, M.-F. (2007). Du bon usage du concept de « deuil de l'enfant idéal »: Réflexions sur la pertinence des aides apportées aux parents d'enfant en situation de handicap. *Reliance*, 26(4), 43-50.

⁵⁷ Cappe, É., 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*, 52(1), 201-246.

⁵⁸ <http://eduscol.education.fr/cid47660/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap.html>

⁵⁹ Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Kiely Law, J., Lipkin, P. H. (2018). Anxiety and Mood Disorder in Children With Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), 10p.

⁶⁰ Healy, S., Aigner, C. J., Haegele, J. A. (2018). Prevalence of overweight and obesity among US youth with autism spectrum disorder. *Autism, First publ. 2018 Aug. 13*, DOI: 10.1177/1362361318791817.

⁶¹ Kamal Nor, N., Ghazali, A. H., & Ismail, J. (2019). Prevalence of Overweight and Obesity Among Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder and Associated Risk Factors. *Frontiers in Pediatrics*, 7(38).

⁶² Dachez, J. (2016). *Envisager l'autisme autrement : une approche psychosociale* (thèse de doctorat en psychologie, Université de Nantes, France). 252 p.

⁶³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Exclusion_des_personnes_autistes

⁶⁴ Dachez, J. (2016). *Envisager l'autisme autrement : une approche psychosociale* (thèse de doctorat en psychologie, Université de Nantes, France). 252 p.

instabilité affective, trouble dans les fonctions exécutives⁶⁶, isolement social, suicide (risque de suicide multiplié par 9 chez les autistes « Asperger »^{67,68})...

Actuellement, trois étapes sont nécessaires pour assurer le diagnostic d'autisme^{69,70,71,72,73} (cf. **Annexe 2** pour le parcours de repérage du TSA chez l'enfant) :

1. Un diagnostic nosologique, qui prend en compte les critères qui définissent l'autisme et qui sont développés dans la CIM-10 et le DSM-5.
2. Une évaluation fonctionnelle qui vise à apprécier les différents domaines de compétence de la personne et leur utilisation effective selon les contextes.
3. La recherche de pathologies associées ou comorbidités, souvent présentes dans le cas de l'autisme⁷⁴.

Pour ce dernier point, la recherche n'a pas encore fixé de réponse définitive sur les liens avec certains troubles pourtant présents chez de nombreux autistes^{75,76,77}, qu'il convient de déterminer : troubles du sommeil^{78,79} probablement liés aux troubles de l'anxiété pouvant résulter d'un déficit de

⁶⁵ Locret, C. (2014). *Trouble du spectre de l'autisme, dépression et émotions : étude du ressenti émotionnel dans une population d'enfants avec trouble du spectre de l'autisme* (thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux, France). Médecine humaine et pathologie. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01123653>

⁶⁶ Valeri, G., & Speranza, M. (2009). Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. *Développements*, 1(1), 34-48.

⁶⁷ Paquette-Smith, M., Weiss, J. & Lunsy, Y. (2014). History of suicide attempts in adults with Asperger syndrome. *Crisis*, 35(4), 273-277.

⁶⁸ Richa, S., Fahed, M., Khoury, E. & Mishara, B. (2014). Suicide in autism spectrum disorders. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 327-339.

⁶⁹ Plus de détails sur les étapes pratiques du diagnostic dans le texte de recommandations de février 2018 de la Haute Autorité de Santé (HAS) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_recommandations.pdf (p.13)

⁷⁰ <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-demarches-du-diagnostic-dautisme/>

⁷¹ Dossier technique « Troubles du Spectre de l'Autisme », Mai 2016, CNSA : https://www.cnsa.fr/document/ation/cnsa-dta-2016_web.pdf

⁷² Dachez, J. (2016). *Envisager l'autisme autrement : une approche psychosociale* (thèse de doctorat en psychologie, Université de Nantes, France). 252 p.

⁷³ Fiche synthétique des étapes du diagnostic sur le site du CRA d'Île-de-France : <http://www.craif.org/le-diagnostic-7-47-la-procedure-diagnostique-de-l-autisme-et-des-troubles-envahissants-du-developpement.html>

⁷⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/Comorbidités_des_troubles_du_spectre_de_lautisme

⁷⁵ Une synthèse des recherches en cours ou à mener sur les comorbidités liées à l'autisme : http://autisme-montreal.com/wp-content/uploads/2015/12/Comorbidities-Report_FR_2014.pdf

⁷⁶ Dachez, J. (2016). *Envisager l'autisme autrement : une approche psychosociale* (thèse de doctorat en psychologie, Université de Nantes, France). 252 p.

⁷⁷ Matson, J. L & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 341-352.

⁷⁸ Hare, D. J., Jones, S. & Evershed, K. (2006). A comparative study of circadian rhythm functioning and sleep in people with Asperger syndrome. *Autism*, 10(6), 565-575.

production de mélatonine^{80,81}, troubles de la déglutition que l'on peut rapporter à ceux de la communication verbale, troubles alimentaires et gastro-intestinaux⁸², troubles psychomoteurs^{83,84,85} peut-être couplés à une extra-sensorialité du toucher (réponse atypique aux stimuli sensoriels^{86,87,88}, troubles auditifs⁸⁹ (hyperacousie ou intolérance à certains bruits, sons et fréquences), troubles DYS^{90,91} (dysphasie, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyscalculie, dyspraxie), troubles de l'empathie et alexithymie^{92,93,94,95,96}, etc. Nous pouvons nous demander s'il s'agit de causes, de conséquences, d'un rapport direct ou indirect, s'il y a une origine commune, génétique, héréditaire, environnementale, hormonale... Des études sont en cours, notamment neuroscientifiques^{97,98}.

⁷⁹ Malow, B. A., Byars, K., Johnson, K., et al. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130(S2), S106-S124.

⁸⁰ Rossignol, D. A. & Frye, R. E. (2014). Melatonin in autism spectrum disorders. *Current Clinical Pharmacology*, 9(4), 326-334.

⁸¹ Gagnon, K., & Godbout, R. (2018). Melatonin and Comorbidities in Children with Autism Spectrum Disorder. *Current developmental disorders reports*, 5(3), 197-206.

⁸² Erickson, C.A., Stigler, K.A., Corkins, M.R., Posey, D.J., Fitzgerald, J.F. & McDougle, C.J. (2005). Gastrointestinal factors in autistic disorder: a critical review. *J Autism Dev Disord*, 35(6), 713-727.

⁸³ Klin, A. (2006). Autism and Asperger syndrome: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(S1), S3-S11.

⁸⁴ Saitour, A. et Albaret, J.-M. (2017). Dimension proprioceptive et tactile de la conscience corporelle et action volontaire chez un enfant avec TSA : protocole à cas unique en rééducation psychomotrice. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(1), 42-53.

⁸⁵ Lapasset, J. (2013). *Autisme et psychomotricité* (coll. Psychomotricité, eds. Julien Perrin & Thierry Maffre). Bruxelles: De Boeck-Solal, 510 p., *Développements*, 15(2), 44-48.

⁸⁶ Taylor, M. J., et al. (2018). Examining the Association Between Autistic Traits and Atypical Sensory Reactivity: A Twin Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(2), 96-102.

⁸⁷ Rogers, S. J. & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1255-1268.

⁸⁸ Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 397-422.

⁸⁹ Danesh, A. A., Lang, D., Kaf, W., Andreassen, W. D., Scott, J. & Eshraghi, A. A. (2015). Tinnitus and hyperacusis in autism spectrum disorders with emphasis on high functioning individuals diagnosed with Asperger's Syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(10), 1683-1688.

⁹⁰ Jochaut, D., Lehongre, K., Saitovitch, A., Devauchelle, A.-D., Olasagasti, I., Chabane, N., Zilbovicius, M. & Giraud, A.-L. (2015). Atypical coordination of cortical oscillations in response to speech in autism. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(171), 12 p.

⁹¹ Myles, B. S., et al. (2003). Written language profile of children and youth with Asperger syndrome: From research to practice. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 38(4), 362-369.

⁹² https://fr.wikipedia.org/wiki/Empathie_des_personnes_autistes

⁹³ Georgieff, N. (2008). *Qu'est-ce que l'autisme ?* (coll. Les Topos). Paris: Dunod.

⁹⁴ Hochmann, J. (2012). *Une histoire de l'empathie*. Paris: Odile Jacob.

⁹⁵ Bons, D., van den Broek, E., Scheepers, F., et al. (2013). Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 425-443.

⁹⁶ O'Connor, K., Hamm, J.P. & Kirk, I.J. (2005). The neurophysiological correlates of face processing in adults and children with Asperger's syndrome. *Brain and Cognition*, 59(1), 82-95.

⁹⁷ Frye, R.E., Slattery, J., Delhey, L., Furgerson, B., et al. (2018). Folinic acid improves verbal communication in children with autism and language impairment: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Molecular Psychiatry*, 23(2), 247-256.

Je porterai une attention particulière à la définition de l'« autisme », qui évolue très rapidement depuis la publication du dernier DSM en 2013, où la triade autistique^{99,100} « IS¹⁰¹ altérées // communication altérée // IR¹⁰² et stéréotypie » devient dyade^{103,104} « déficits de communication & IS // IR et stéréotypie » (cf. **Annexe 3**), c'est-à-dire que les médecins peuvent considérer que les TCIS¹⁰⁵ ont une seule origine, liant ainsi les compétences interindividuelles (réciprocité sociale) et linguistique (verbalisation).

Ce point de vue ne tient pas compte du cloisonnement des intelligences multiples¹⁰⁶ (cf. **Annexe 4**) qui, bien qu'étant un neuromythe^{107,108,109}, s'avèrent parfois utile en classe

pour favoriser l'environnement de l'élève, et de fait son processus d'apprentissage^{110,111}. N'étant pas une théorie validée, la conjecture des intelligences multiples ne peut constituer une réponse scientifique aux besoins spécifiques des élèves neuroatypiques en termes d'aménagement. Son approche ne sera pas étudiée ici ; elle reste cependant positive et bienveillante, complémentaire aux autres aménagements.

⁹⁸ Luigetti, M., Primiano, G., Cuccagna, C., Bernardo, D., Sauchelli, D., Vollono, C. & Servidei, S. (2018). Small fibre neuropathy in mitochondrial diseases explored with sudoscan. *Clinical Neurophysiology*, 129(8), 1618-1623.

⁹⁹ Organisation Mondiale de la Santé (1993). *CIM-10/ICD-10 : Classification Internationale des Maladies* (10e édition). Paris: Masson.

¹⁰⁰ American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e édition). Washington D.C.: APA.

¹⁰¹ Interactions Sociales.

¹⁰² Intérêt(s) Restreint(s).

¹⁰³ American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). Washington D.C.: APA.

¹⁰⁴ Un résumé du DSM-5 concernant l'autisme sur <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/le-dsm-5-dyade-autistique/>

¹⁰⁵ Troubles de la Communication et des Interactions Sociales.

¹⁰⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_des_intelligences_multiples

¹⁰⁷ Ce terme désigne une fausse croyance ou une théorie non prouvée scientifiquement sur le fonctionnement neuronal, *a fortiori* sur le cerveau. Le neuromythe est souvent basé sur des résultats scientifiques mal interprétés (par exemple les « 10% seulement » utilisés par notre cerveau) ou obsolètes (théories phrénologiques comme la « bosse des maths »).

¹⁰⁸ Waterhouse, L. (2006). Multiple Intelligences, the Mozart Effect, and Emotional Intelligence: A Critical Review. *Educational Psychologist*, 41(4), 207-225.

¹⁰⁹ Gottfredson, L. S. (2004). Social Consequences of Group Differences in Cognitive Ability (p. 4-5). Dans Flores-Mendoza, C. E. & Colom R. (2006), *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais* (p. 433-456). Éd. ArtMed.

¹¹⁰ Une fiche Eduscol propose de mettre en pratique la théorie de Gardner : <http://eduscol.education.fr/expertiseque/fiches/fiche12763.pdf>

¹¹¹ Outils pédagogiques pour mettre en pratique cette théorie : <https://apprendreaeducer.fr/intelligences-multiples-ecole/>

L'autisme est actuellement défini selon trois caractéristiques intrinsèques¹¹², qui reprennent les éléments de référence du DSM-5 et de la CIM-10 : la **répétition** d'une tâche (stéréotypie, boucle, bogue, TOC^{113,114}, une seule tâche à la fois...), un ou plusieurs **intérêts restreints** (passion très ponctuelle ou intérêt arborescent¹¹⁵, développée au niveau expert^{116,117,118} pour les T-HPI^{119,120}, pouvant causer un déficit de l'attention ou autres troubles du comportement liés...), et des **TCIS** (besoin de verbalisation et d'explicitation précise, relations interindividuelles atypiques, incompréhension des codes sociaux...). Ces derniers doivent être dissociés des troubles du langage¹²¹ (articulation, phonologie, bégaiement, dysphasie, dyslexie, etc), bien que cette appellation soit ambiguë puisque le DSM-5 classe les troubles du langage dans les troubles de la communication.

Nonobstant un intérêt croissant depuis quelques années¹²², la méconnaissance de cette définition de l'autisme chez trop de professionnels, notamment enseignants¹²³, implique une méthode d'enseignement inadaptée, entraînant le non développement du potentiel des enfants autistes voire

¹¹² On peut en compter quatre si l'on traite séparément les troubles de la communication et les interactions sociales, ou seulement deux si l'on regroupe les comportements restreints et répétitifs. Quelque soit la manière de dénombrer, on considère les mêmes caractéristiques.

¹¹³ Trouble Obsessionnel Compulsif.

¹¹⁴ Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., Murphy, D. G. & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30(8), 697-708.

¹¹⁵ L'intérêt arborescent, tout comme la pensée arborescente, contraint l'individu à s'intéresser sans limite à un sujet, qu'il s'agisse d'un élément global ou d'un détail, ce qui l'amène à se décentrer perpétuellement du sujet de base en allant toujours plus loin dans les liens successifs à sa pensée initiale ; à l'image d'un arbre qui possède de nombreuses ramifications en partant d'un simple tronc, ou de la « pensée puissance n » que l'on qualifie en mathématique comme le fait d'étudier un lien au sujet initial, puis un lien de ce lien, puis un autre lien de ce dernier lien... et ainsi de suite, un nombre n de fois. Dans le cas d'une personne autiste à haut potentiel, ce nombre peut croître indéfiniment.

¹¹⁶ Mottron, L. (2011). Changing perceptions: The power of autism. *Nature*, 479(7371), 33-35.

¹¹⁷ Soulières, I., Dawson, M., Samson, F., Barbeau, E.B., Sahyoun, C.P., Strangman, G.E., Zeffiro, T.A. & Mottron, L. (2009). Enhanced visual processing contributes to matrix reasoning in autism. *Human Brain Mapping*, 30(12), 4082-4107.

¹¹⁸ Meilleur, A.A.S., Jelenic, P. et Mottron, L. (2015). Prevalence of clinically and empirically defined talents and strengths in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(5), 1354-1367.

¹¹⁹ Haut Potentiel Intellectuel (HPI) et Très Haut Potentiel Intellectuel (THPI). Souvent abrégé en « Haut Potentiel », car des compétences autres qu'intellectuelles peuvent être surdéveloppées, l'« intellectuel » ne se basant que sur des tests psychométriques dont résulte le Quotient Intellectuel (QI).

¹²⁰ Dufrene, G., Chambres, E. et Chambres, P. (2009). Le syndrome d'Asperger : atouts et particularités. *Bulletin scientifique de l'Arapi*, 23(6), 59-65.

¹²¹ De Weck, G. et Marro, P. (2010). *Les troubles du langage chez l'enfant – Description et évaluation*. Paris: Elsevier Masson.

¹²² <https://comprendrelautisme.com/les-acteurs/les-plans-autismes/>

¹²³ Boujut, E., & Cappe, E. (2016). La scolarisation des élèves autistes : Comparaison du vécu des enseignants en milieux ordinaires et spécialisés. *Éducation & formations*, Ministère de l'Éducation Nationale, 92, 137-152

une souffrance¹²⁴ jusqu'au décrochage scolaire pour des élèves aussi capables que les autres^{125,126,127}.

Outre l'aspect santé et le bien-être de l'élève *ergo* l'enfant, constituant le fer de lance de notre fonction, il existe un impact économique. Bien qu'en deçà de la demande générale, la dépense publique est significative : 34,4 milliards d'euros (M€) pour le handicap en 2010, dont 1,4 M€ pour l'autisme uniquement¹²⁸, et une évolution (+180%) du coût des ressources et compensations pour le handicap de 2010 (12 M€) à 2017 (33,7 M€)¹²⁹ atteignant 1,5% du PIB. À titre comparatif, le coût annuel du TDA-H en France est estimé à 26,5 M€¹³⁰ soit 396€/par habitant, bien plus élevé qu'aux États-Unis (201€/ hab.) ou au Canada (168€/ hab.)¹³¹, figures de proue de la recherche scientifique sur les TND^{132,133}. Par conséquent, les neuroatypismes suscitent l'intérêt de notre Gouvernement (en manifeste l'investissement annuel de 1,1 M€ pour l'inclusion scolaire¹³⁴), l'autisme en particulier¹³⁵ selon les propos de Sophie Cluzel, Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées (Ministère des Solidarités et de la Santé), du 2 avril 2019 : « il faut remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme, [...] que la France rattrape son retard sur la recherche et l'application de cette recherche, pour changer la vie quotidienne des personnes avec autisme »¹³⁶.

¹²⁴ Les conséquences des difficultés liées aux TSA sont listées dans ce guide du CRA-Auvergne de février 2013 : <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/education/01-vie%20scolaire/guide-apprentissage-de-la-lecture-autisme.pdf>

¹²⁵ Cf. fiche Eduscol (Expéritèque) n°10042 du 7 mars 2019 intitulée « Lutte contre le décrochage scolaire : accessibilité numérique pour les enfants en situation de troubles d'apprentissage (Dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyscalculie ou TSA...) » : <http://eduscol.education.fr/experitheque/fiches/fiche10042.pdf>

¹²⁶ Schovanec, J. (2012). Réflexions sur la scolarisation des élèves autistes à partir d'une expérience. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, I.N.S.H.E.A., 60(4), 11-21.

¹²⁷ Schovanec, J. (2012). Scolarisation et devenir socio-professionnel des personnes avec autisme. Dans *Scolariser des élèves avec autisme et TED – Vers l'inclusion* (Psychologie et pédagogie). Paris: Dunod, p. 13-28.

¹²⁸ Prado, C. (2012). *Le coût économique et social de l'autisme* (Avis du CESE). Section des affaires sociales et de la santé, Paris: JORF. (p.19) Récupéré à https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_17_autisme.pdf

¹²⁹ Chiffres du Compte Général de l'État 2017, p. 6, 203, 206-207, récupéré à https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/budget/comptes/2017/CGE2017.pdf

¹³⁰ <http://www.zatypie.fr/les-neuroatypiques/>

¹³¹ Calculs basés sur les données (p.3) du rapport « Porter attention au coût du TDAH » du CADDAC (Centre for ADHD Awareness, Canada), avril 2017, récupéré à <https://caddac.ca/adhd/wp-content/uploads/2017/04/Socioeconomic-Policy-Paper-FRENCH-FINAL.pdf>

¹³² Troubles NeuroDéveloppementaux (ou Troubles du Neuro-Développement). Nouvelle section du DSM-5, regroupant les anciens « Troubles habituellement diagnostiqués pour la première fois dans la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence » du DSM-IV, contenant entre autres les TSA, TDA-H, et d'autres troubles liés comme la coordination, la communication et les apprentissages.

¹³³ American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). Washington D.C.: APA.

¹³⁴ Compte Général de l'État 2017, p. 203, 210, récupéré à https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/budget/comptes/2017/CGE2017.pdf

¹³⁵ <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/>

¹³⁶ <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/agir-pour-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-nationale/article/engagement-1-remettre-la-science-au-coeur-de-la-politique-publique-de-l-autisme>

Dans cette dynamique, le 4^{ème} « plan autisme » (2018 – 2022)^{137,138} subséquentement établi prévoit entre autres d'embaucher davantage d'AVS¹³⁹ (désormais AESH¹⁴⁰), dans le but d'aider les enfants autistes à évoluer en milieu ordinaire. Le Gouvernement a composé une enveloppe de 397 millions d'euros (m€), dont 53 millions récupérés du plan précédent, afin de respecter les 5 engagements (et 20 principales mesures)¹⁴¹ de ce quatrième plan :

1. Renforcer la recherche et la formation, remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme en dotant la France d'une recherche d'excellence, pour mieux comprendre les causes de l'autisme et développer des réponses adaptées (14 m€) ;
2. Mettre en place les interventions précoces prescrites dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles¹⁴² auprès des enfants présentant des différences de développement, en vue de limiter le sur-handicap et développer l'autonomie (106 m€) ;
3. Rattraper notre retard en matière de scolarisation, garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes avec autisme dès la maternelle, en formant et en accompagnant les enseignants via un enseignant ressource spécialisé dans chaque département (103 m€) ;
4. Soutenir la pleine citoyenneté des adultes, en favorisant leur inclusion et leur insertion professionnelle et en mettant fin aux hospitalisations inadéquates (115 m€) ;
5. Soutenir les familles et reconnaître leur expertise, pour leur faciliter l'accès aux informations sur l'autisme et rompre l'isolement des parents (6 m€).

Quatre des cinq engagements reprennent et approfondissent ceux du troisième plan autisme (2013 – 2017)¹⁴³, la nouveauté réside dans l'engagement sur la scolarisation qui instaure un nouveau chapitre au sein de l'Éducation Nationale. La création de ce nouveau « plan autisme » démontre malheureusement l'insuffisance des trois plans précédents, qui se sont succédé depuis la loi de 2005¹⁴⁴. Le troisième axe concernant en partie la formation des enseignants nécessite un travail sur la perception qu'ont ces enseignants des TSA, de même que les types de différenciation qu'ils mettent en place lorsqu'ils y sont confrontés. La réflexion d'anticipation et d'adaptation est préférable à celle de catégorisation et de remédiation : différencier avant de remédier évite l'écueil de la catégorisation stigmatisante, un enfant ne devant pas être défini comme étant juste « autiste ».

¹³⁷ <https://handicap.gouv.fr/archives/ancienne-rub-autism/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>

¹³⁸ <https://comprendrelautisme.com/les-acteurs/les-plans-autismes/>

¹³⁹ Auxiliaires de Vie Scolaire.

¹⁴⁰ Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap.

¹⁴¹ https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

¹⁴² Texte de recommandations de la HAS (fév. 2018) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_recommandations.pdf

¹⁴³ <https://comprendrelautisme.com/wp-content/uploads/2017/07/plan-autisme2013.pdf>

¹⁴⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353.

Malheureusement, trop d'enseignants sont encore dans cette vision de remédiation et de catégorisation, faute de formation. Il existe quelques outils pédagogiques¹⁴⁵ souvent non actualisés, qui donnent une réponse systématique en fonction du type de handicap, dont l'efficacité n'est pas automatique.

Cependant, des enseignants bénéficient de formations pédagogiques spécialisées dans les troubles liés aux atypies, qui apportent des solutions évolutives dans l'intérêt de l'élève, et devraient être dispensées à tous les enseignants confrontés à ces atypies¹⁴⁶. L'État s'engage en ce sens à former cinquante professeurs ressources en fin d'année scolaire pour la rentrée 2019¹⁴⁷.

L'Éducation Nationale met à notre disposition certains outils pour pallier les difficultés des élèves à besoins spécifiques. Parmi eux, quatre aménagements personnalisés¹⁴⁸ (PAP¹⁴⁹, PAI¹⁵⁰, PPS¹⁵¹, PPRE¹⁵², cf. **Annexe 5**), dont le PPS rendu possible par une démarche de reconnaissance du handicap, qui dans le cas de l'autisme intervient tard dans le processus de développement de l'enfant.

Il nous faut tenir compte des (très) diverses formes de TSA¹⁵³, qui peuvent aller de troubles sévères (non verbaux, hyperactifs, conséquence du syndrome de l'X fragile...) aux troubles compensés par une sur-/hyper-adaptation (Asperger, T-HPI...). L'étude de ce mémoire doit considérer tout le spectre autistique, dont les seuls invariants à ce jour restent les trois conditions évoquées précédemment (comportements répétitifs, restreints, et TCIS).

Cette simple définition peut déjà être facteur de stigmatisation : comment faire pour détecter des TSA afin d'adapter son enseignement sans stigmatiser comme étant une différence à part entière ? Comment faire pour ne pas catégoriser un enfant TSA comme « l'autiste de la classe » ? Ce sont des éléments de la problématique.

¹⁴⁵ http://www.handiplace.org/media/pdf/guide_pedagogique_asperger.pdf

¹⁴⁶ Boujut, E., & Cappe, E. (2016). La scolarisation des élèves autistes : Comparaison du vécu des enseignants en milieux ordinaires et spécialisés. *Éducation & formations*, Ministère de l'Éducation Nationale, 92, 137-152.

¹⁴⁷ <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/boite-a-outils/se-former/article/les-enseignants>

¹⁴⁸ Résumé des différents aménagements pédagogiques possibles : <https://www.aefe.fr/scolarite/ecole-inclusive/amenagements-pedagogiques-pai-ppre-pap-pps>

¹⁴⁹ Plan d'Accompagnement Personnalisé.

¹⁵⁰ Projet d'Accueil Individualisé.

¹⁵¹ Projet Personnalisé de Scolarisation.

¹⁵² Programme Personnalisé de Réussite Éducative.

¹⁵³ American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). Washington D.C.: APA.

Les réponses proposées dans l'étude de mon mémoire suivent une démarche bienveillante (vertu cardinale de l'enseignant) de non-stigmatisation et de non-généralisation, du fait du large spectre des troubles autistiques, ainsi que de la difficulté du diagnostic d'autisme comportant des éléments communs à d'autres diagnostics (cf. **Annexe 6**) comme la bipolarité (*shutdown* et *meltdown*)¹⁵⁴, l'hyperactivité (troubles de l'attention et/ou de la concentration), la précocité en cas d'HPI (dyssynchronie, développements décalés), ou même la schizophrénie dès l'adolescence (intra-individuel multiple et retrait social), empêchant une solution rapide et systématique. C'est pourquoi je tiendrai compte des troubles et difficultés ciblés, plutôt que d'un diagnostic global, en traitant les éléments caractéristiques suivants : les **troubles de l'attention et de la concentration** (comportement restreint, arborescent, évitement), les **interactions sociales** (sociabilisation, socialisation, coopération, partie d'un groupe), et la **communication** (verbale et non-verbale, entre pairs, à l'adulte, empathie, expression).

Je ne traiterai pas les intérêts restreints (passions ponctuelles) ni les comportements répétitifs (stéréotypies), pour trois raisons. Premièrement, il faut laisser les enfants neuroatypiques évacuer leur stress, à défaut d'avoir pu installer préalablement un environnement spécifique à leurs besoins ou de pouvoir endiguer leurs angoisses, et stopper leur(s) stéréotypie(s) risque d'augmenter ce stress¹⁵⁵, créant une situation inconfortable pour lui tendant vers l'accroissement de sa souffrance. Deuxièmement, une stéréotypie n'est pas nécessairement un frein à la concentration : parfois cela canalise l'angoisse et aide l'enfant à poursuivre son processus d'apprentissage. Troisièmement, l'intérêt restreint est par définition limité dans le temps, on ne peut donc pas centrer l'élève dessus à tout moment pour développer son attention ou sa concentration, ni s'en servir comme support de suivi sur le long-terme au risque de faire naître un désintérêt ou un dégoût pour ce qui était à la base proche d'une passion. Ce dernier point rejoint la pédagogie actuellement privilégiée dans les aménagements type Montessori¹⁵⁶, à savoir adapter son enseignement aux intérêts de l'élève, tout en l'incitant à s'intéresser de lui-même à de nouvelles activités et de fait de nouveaux apprentissages. En bref, j'appuie mon étude sur les conséquences éventuelles de comportements restreints ou répétitifs affectant l'attention ou la concentration, soit les éléments de captation d'intérêt des enfants.

¹⁵⁴ Le *shutdown* est un état de vulnérabilité, de rupture ou de crise, résultant d'une surcharge cognitive d'ordre sensoriel, intellectuel ou relationnel. Si cet état de crise n'est pas résolu et qu'il y a violence envers soi-même et/ou autrui, alors on parle de *meltdown*.

¹⁵⁵ <https://spectredelautisme.com/particularites-autisme-tsa/stereotypies/>

¹⁵⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/P%C3%A9dagogie_Montessori

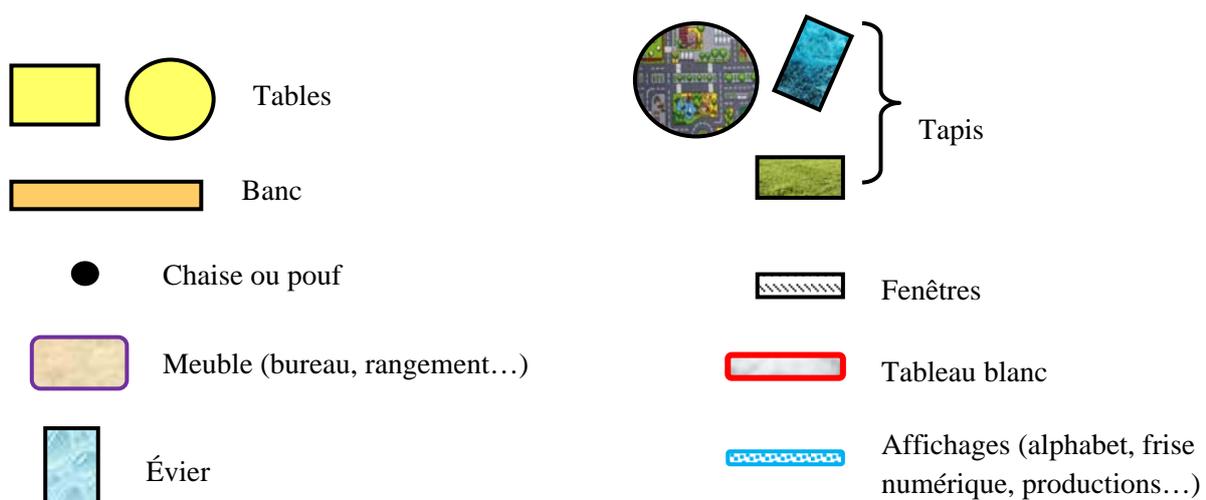
Expérimentation

Les aménagements suivants concernent des élèves de Moyenne Section et de Grande Section de maternelle, tous les prénoms ont été modifiés afin d'assurer le droit des enfants à l'anonymat. Pour garantir une expérimentation différentielle, j'ai mené l'expérience dans plusieurs milieux. Le procédé est identique : des enfants du milieu scolaire ordinaire vivent une session expérimentale de trois semaines dans un milieu « ouvert » (cf. **partie B**), mon suivi portant sur des enfants avec troubles spécifiques.

Deux sessions se sont déroulées : une en période 3 de l'année scolaire, et une en période 4. Dans le premier cas, les élèves (E1) étaient familiers de leur milieu scolaire initial, et ont découvert le milieu ouvert pour la première fois durant cette étude (avec préparation en amont dans les classes : explication des règles, du séjour, du fonctionnement, en bref l'explicitation de la session avec un métalangage adapté). Dans le deuxième cas, les élèves (E2) expérimentaient la « classe ouverte » pendant 45 minutes chaque jour, induisant une transition plus fluide vers le nouveau milieu tout de même inédit.

A – Les aménagements spatiaux des classes

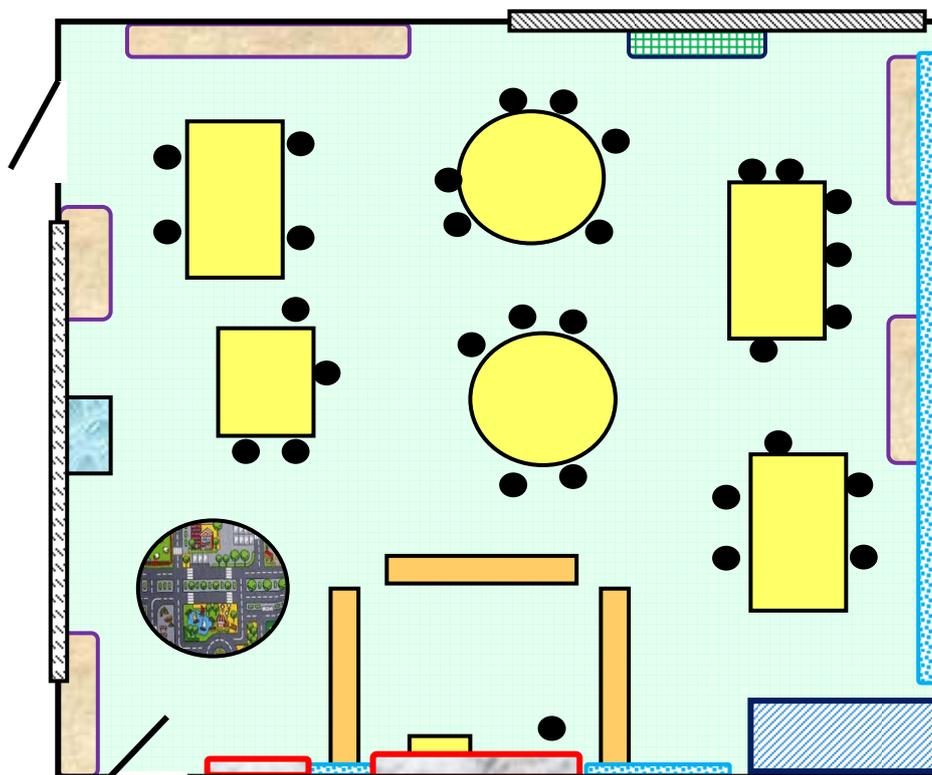
Tout d'abord, voici deux schémas récapitulatifs (légende ci-dessous) des classes du milieu ordinaire qui connaissent un dispositif typique soit des pédagogies « traditionnelles »¹⁵⁷, soit de la pédagogie « attractive »¹⁵⁸ ou « coopérative » :



¹⁵⁷ Amiche, M., Caillabet, J., Étrillard, R., Sauneron, D., Rebours-Similowski, K., & Herreman, S. (2017). *Professeur des écoles débutant : La maternelle : mode d'emploi* (Nouvelle édition, L'École au quotidien). Vanves: Hachette éducation.

¹⁵⁸ Bossis, J., Dumas, C., Livérato, C., & Méjean, C. (2015). *Aménager les espaces pour mieux apprendre : PS-MS-GS : À l'école de la bienveillance* [Ressources multimédia: livre + DVD]. Paris: Retz.

Classe traditionnelle



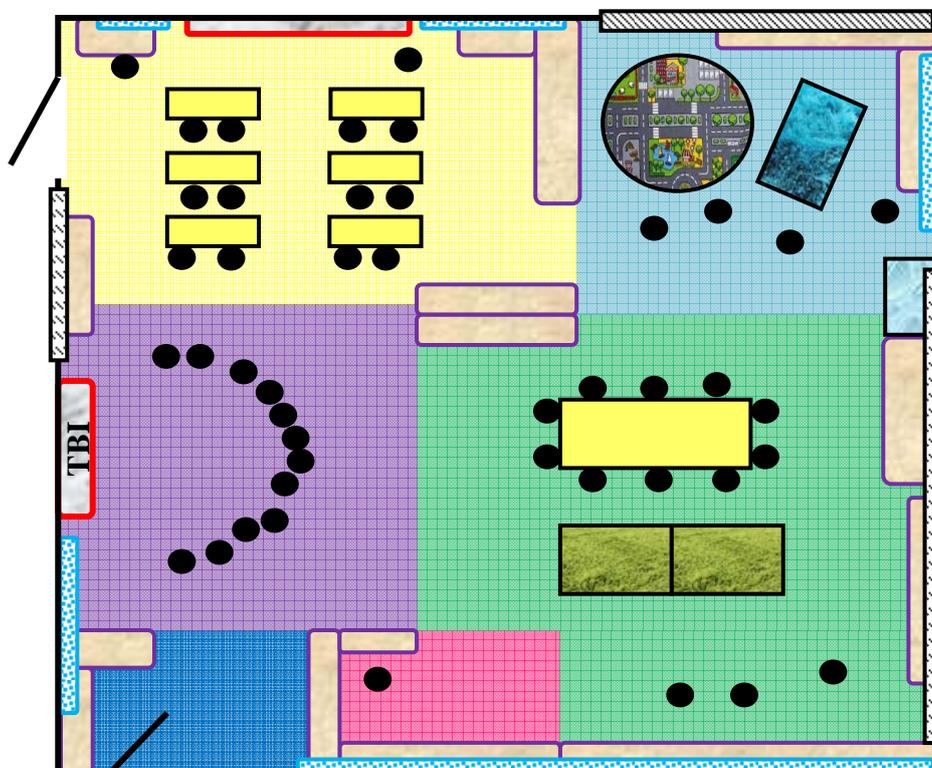
Chaque table est investie par les élèves qui se consacrent à diverses activités : jeux symboliques, ateliers spécifiques, arts visuels et plastiques, etc.

Le coin « sieste » en bas à droite permet à un ou deux élèves de s'isoler un moment pour diminuer les *stimuli* et se reposer.

Un coin potager, un espace de jeu et des affichages peuvent compléter cet aménagement, variant de la Petite à la Grande Section.

L'espace « regroupement » est délimité par des bancs sur lesquels les élèves s'assoient en fin de journée (retour métacognitif, présentation des productions, bilan de la journée).

Classe coopérative¹⁵⁹



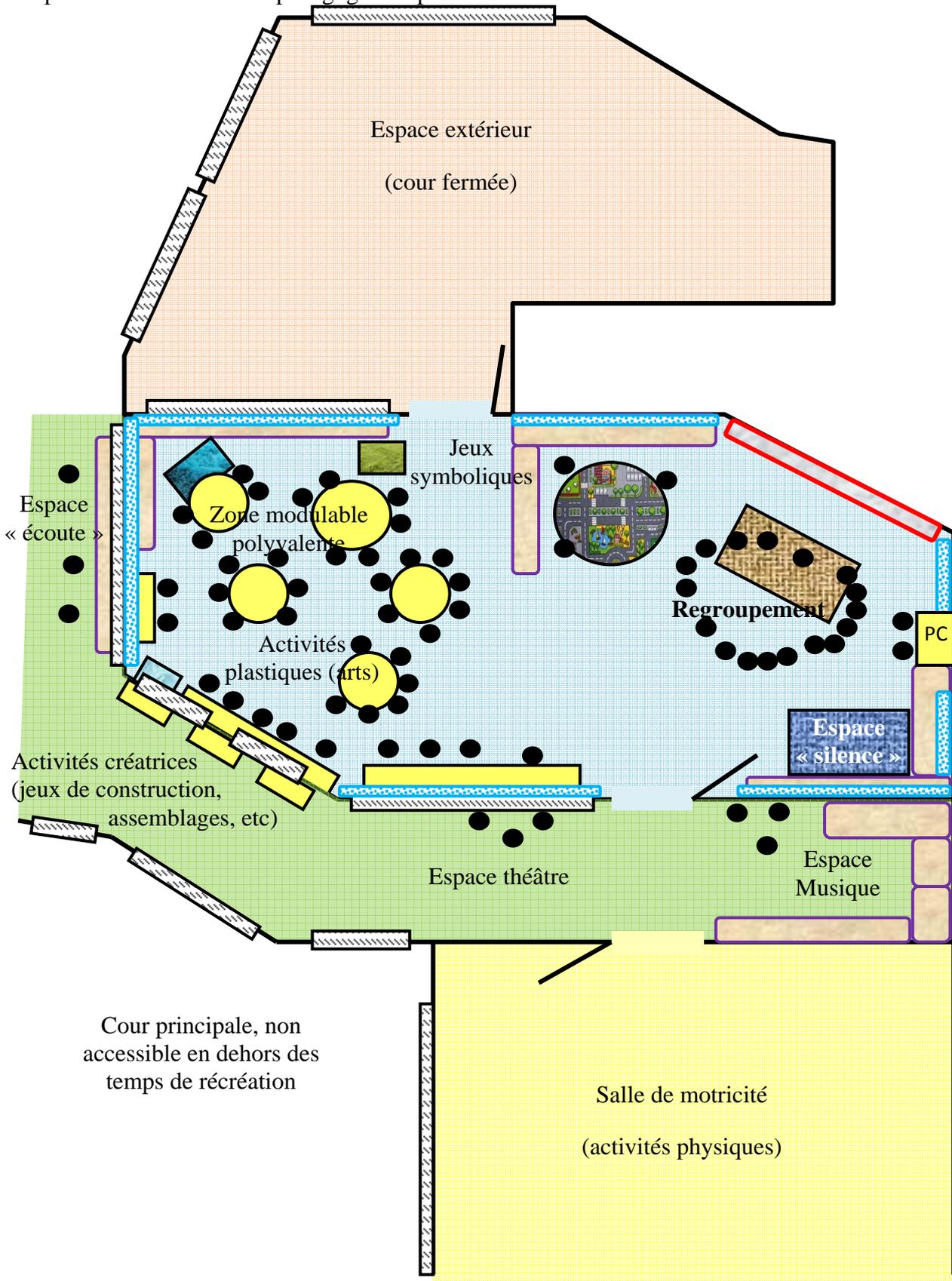
Chaque espace est conçu pour un type d'activités, délimité par une couleur, des meubles ou des rangements spécifiques, peut-être des ambiances sonores, etc.

L'accueil des parents se situe dans la zone en bleu foncé, le regroupement en zone violette, un espace classe (préparant à l'école élémentaire) en zone jaune, un espace polyvalent en bleu clair, un espace modulable en vert (projets, jeux, activités collectives), et une zone d'intimité ou de « refuge ».

Cet aménagement par espace est construit et installé avec les élèves pour qu'ils se l'approprient plus facilement.

¹⁵⁹ Reproduction du schéma p.42 du livre *Aménager les espaces pour mieux apprendre* de Bossis, Dumas, Livérato et Méjean (2015).

Nous avons ensuite un dispositif mixte de classe partiellement ouverte en milieu ordinaire, qui s'étend au-delà des frontières symboliques de la classe par une optimisation des espaces connexes, répondant lui aussi d'une pédagogie coopérative :



Lorsque les portes sont ouvertes, la salle de classe étend ses espaces d'apprentissages à l'extérieur, au couloir et à la salle de motricité. Le coin « écoute » peut alors être déplacé vers une zone à faibles *stimuli* sonores, éloigné des jeux et activités artistiques. Les élèves ont accès à de plus grands espaces pour leurs activités physiques (cour extérieure fermée et salle de motricité équipée, aménagée avec un parcours différencié). L'espace « silence » adopte les mêmes règles que l'espace « écoute », mais se situe dans la salle de classe ; il permet de s'isoler à ceux qui en éprouvent le besoin, ou d'écouter dans le calme des extraits audio (histoire, musique, comptine...).

B – L'école ouverte du Mas B.

.Au Sud-Ouest de Perpignan (Mas B.) se déroule depuis deux ans une expérimentation originale fondée sur le libre choix d'activité, dans un lieu mis à disposition de l'IEN chargée de la mission maternelle de la DSDEN66, Mme Suzanne Sicard, par la mairie. Il s'agit d'un projet scientifique formateur à la fois pour les enseignants et les enfants, dans un environnement riche et porteur d'expériences variées. Le principe de cette école ouverte est d'utiliser tous les espaces du site par rapport à leurs fonctionnalités. Ces espaces sont pensés pour les élèves, qui interagissent avec chaque milieu en fonction de leurs besoins, et privilégient le travail en autonomie de même que la coopération entre élèves, entre les élèves et les enseignants, et au sein de l'équipe éducative (enseignants, ATSEM, AVS). Ainsi les espaces sont optimisés pour la liberté des élèves dans le choix de leurs activités, mises à disposition ou inventées par eux, tout en soutenant l'accompagnement et l'étayage par le professeur lors de processus d'apprentissages complexes, sans interférer dans le développement de l'autonomie et la responsabilisation de l'élève. L'objectif est de donner du sens aux apprentissages des élèves en les recontextualisant, pour qu'ils explorent et expérimentent à partir des questions qu'ils se posent eux-mêmes.

Une session au Mas B. dure trois semaines. Les élèves arrivent en bus le matin à 9h30 et partent le soir à 16h15 (c'est une moyenne, cela dépend de leur école d'origine), 4 jours par semaine, et la mairie offre l'accès à la cantine pour les classes de Perpignan (pause méridienne au Mas pour la classe de Rivesaltes avec pique-nique préparé par les parents). Un regroupement est effectué entre 15h30 et 16h00 (retour métacognitif et bilan de la journée), puis la préparation pour le départ du bus de 16h00 à 16h15. Le reste du temps scolaire, les élèves sont en autonomie et les enseignants peuvent organiser des séances collectives, mais le choix d'y participer appartient à l'élève qui s'engage à suivre la séance jusqu'à ce qu'il remplisse l'objectif visé. Il a le droit de quitter l'activité en cours pour un autre espace d'apprentissage (autonomie), ce qui est très instructif pour l'enseignant qui doit intéresser l'élève et le stabiliser dans son activité cognitive *a fortiori* son processus d'apprentissage, car il peut décrocher à tout moment et partir. Un travail d'autant plus complexe et formateur avec les enfants ayant des troubles de l'attention ou de la concentration.

Il est important de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant (sécurisation et exploration). Le cadre extérieur participe au bon développement de l'enfant, qui peut s'épanouir à travers les zones délimitées par des éléments naturels (arbres, point d'eau sécurisé, haies, nature du terrain) ; tandis que l'aménagement intérieur est conçu selon des thèmes reprenant le système de classe coopérative, en incluant les divers domaines d'apprentissages par des activités autonomes (type Montessori¹⁶⁰) plus ou moins étayées selon le niveau de développement de l'élève et les compétences requises. À chaque pièce est attribuée une fonction, une couleur, un aménagement :

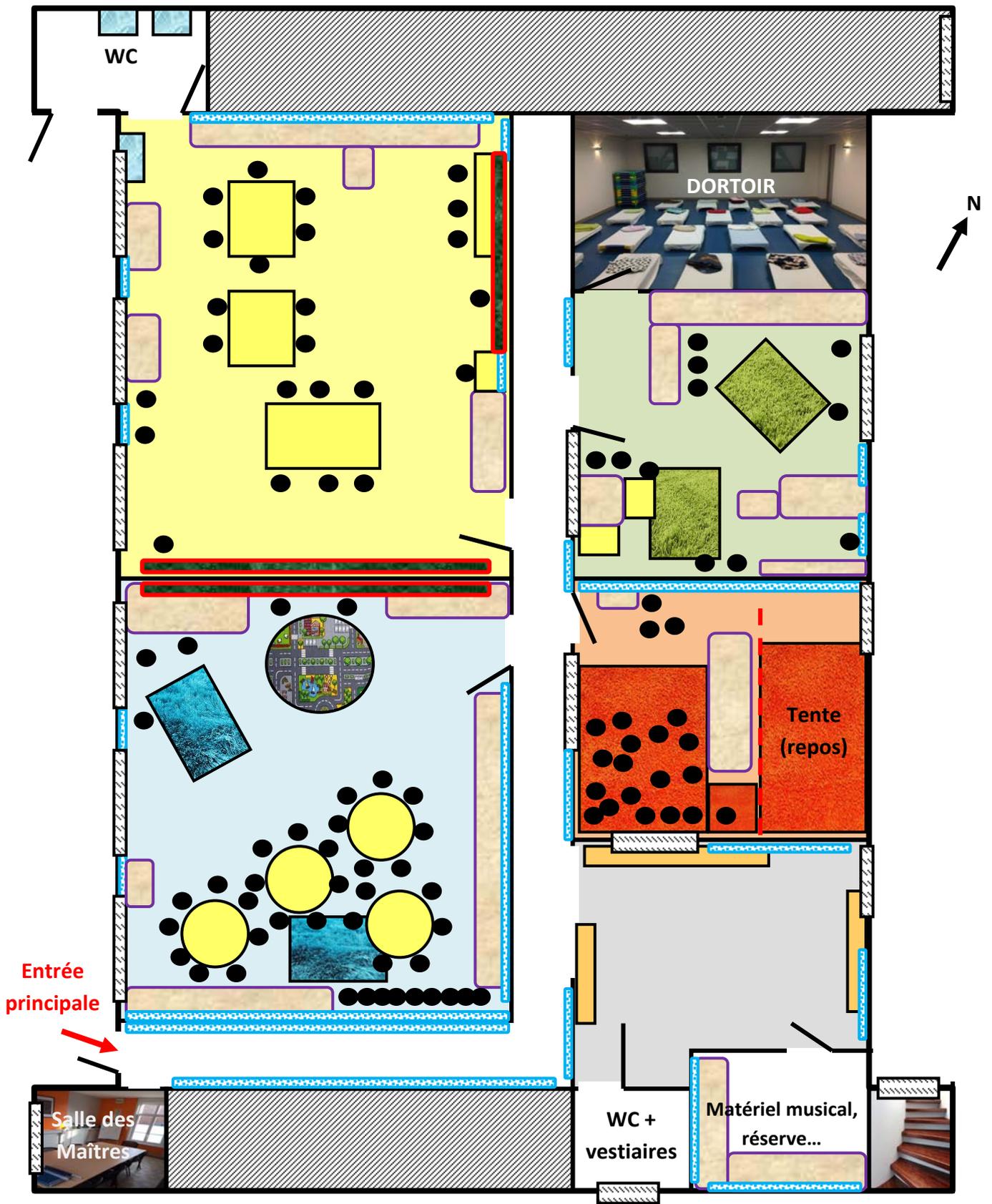
1. Salle **jaune** : ateliers artistiques et activités plastiques, espace « créations manuelles », regroupement en fin de journée.
2. Salle **bleue** : apprentissages fondamentaux (domaines 1 et 4 du programme¹⁶¹), activités autonomes (environ 60), espace « classe », regroupement en fin de journée.
3. Salle **neutre** : espace modulable, réservé aux ateliers musicaux et aux activités dansées.
4. Salle **orange** : espace « zen », repos, écoute audio, lecture offerte, tente pour le besoin d'isolement, relaxation. Seule pièce dont la porte est fermée (les élèves peuvent l'ouvrir librement) pour des raisons d'isolation phonique.
5. Salle **verte** : jeux symboliques, accès au dortoir.

Il existe trois règles fondamentales que les enfants apprennent ou construisent avec leur professeur : **1.** Je ne cours pas à l'intérieur ; **2.** Je range une activité avant d'en commencer une autre (sauf si l'élève effectue plusieurs activités complémentaires ou qu'il souhaite revenir ultérieurement sur son activité : il en informe l'adulte présent le plus proche) ; **3.** Je ne sors dehors que s'il y a au moins deux adultes (les photos de chaque adulte sont accrochées dans l'entrée, ceux qui sont à l'extérieur collent leur photo sur la porte, si l'élève voit au moins deux photos alors il sait qu'il peut sortir en sécurité). L'extérieur doit être accessible en permanence, ce qui demande une organisation logistique de chaque adulte présent sur le site.

Il n'y a pas d'écran, les élèves s'orientent vers des occupations manuelles et ludiques. Toutes les pièces communiquent avec l'extérieur, mais seulement deux portes permettent d'y accéder (entrée principale et WC) pour des raisons de sécurité (vigilance, régulation, responsabilité), les autres ne pouvant être ouvertes que par les adultes en cas d'urgence (évacuation, incendie...).

¹⁶⁰ https://fr.wikipedia.org/wiki/P%C3%A9dagogie_Montessori

¹⁶¹ BOEN spécial n°2 du 26 mars 2015 : Programme d'enseignement de l'école maternelle.



Tables

Banc

Siège, pouf ou coussin

Meuble (bureau, rangement...)

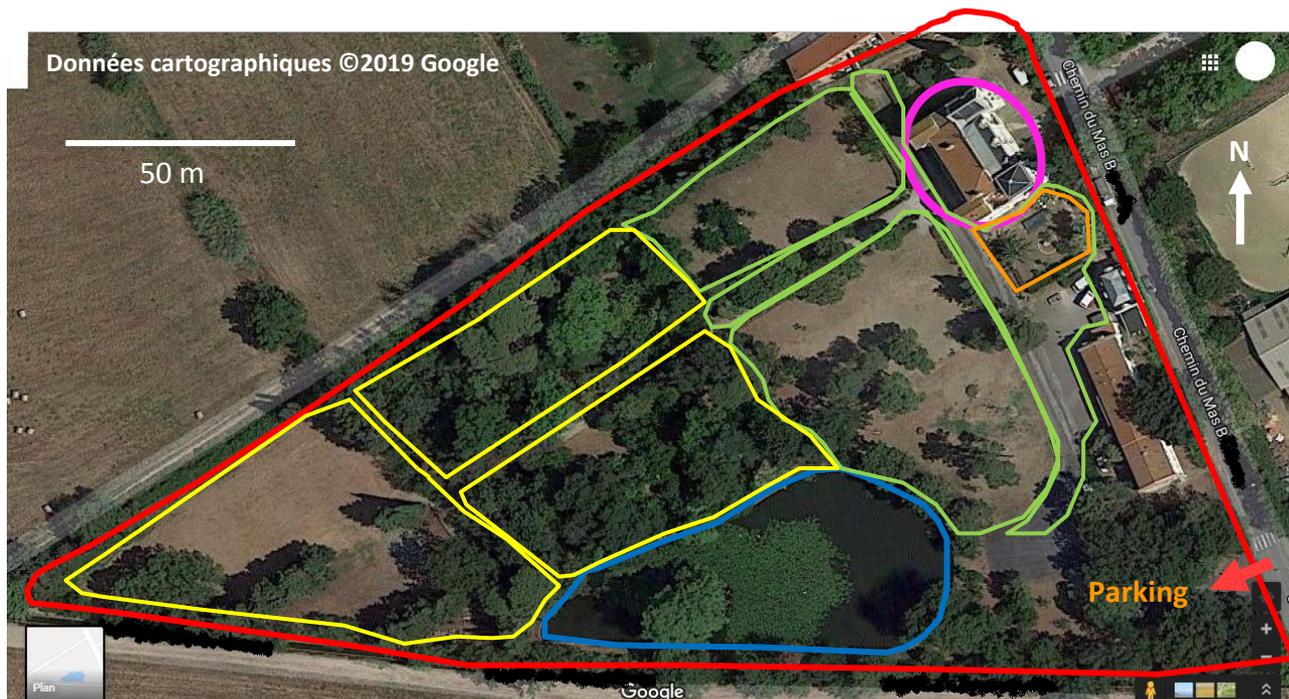
Évier

Fenêtres

Tableau noir

Tapis

Affichages (alphabet, frise numérique, productions...)



- | | | | |
|---|----------------------------------|---|--------------------------|
|  | Bâtiment d'accueil (schéma p.24) |  | Site du Mas B. |
|  | Coin repas |  | Espaces extérieurs P3+P4 |
|  | Point d'eau sécurisé |  | Espaces extérieurs P4 |

C – Le suivi des enfants neuroatypiques

Huit enfants ont été observés, chacun d'eux possède une *neuro-spécificité* ou des troubles spécifiques ayant pour conséquences des comportements proches de ceux d'enfants manifestant des troubles du spectre autistique. Deux d'entre eux ont un diagnostic TDA-H en cours, mais le but du suivi est l'évolution des comportements liés aux troubles apparentés aux TSA (attention, concentration, interactions, communication) dans différents environnements (classe, espace ouvert, Mas B.) ; le pré-diagnostic ne sera donc pas pris en compte.

Océane, élève de moyenne section, qualifiée d'« hyperactive » car « ne tient pas en place » dans la classe. Elle ne s'engage pas dans des interactions sociales typiques, ses réactions spontanées sont plus proches de l'évitement que du contact lorsqu'un camarade la sollicite pour une activité, sauf en extérieur (récréation, périscolaire) où ses troubles « disparaissent ». Le cadre actuel ne répond pas à ses besoins, et elle le manifeste par un refus d'entrer en activité collective la plupart du temps.

Marie, élève de moyenne section au comportement *insecure* ambivalent¹⁶², requiert souvent l'attention des adultes. Elle apprend par mimétisme et répond en écholalies, ne reste pas en activité plus de quelques secondes (intérêts fortement discontinus et restreints aux jeux symboliques), ce qui

¹⁶² https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_l'attachement

limite grandement la tâche d'apprentissage qu'elle semble éviter automatiquement, affectant également le processus d'apprentissage. Forte intolérance aux bruits ambiants, elle « fuit » les espaces sonores et les groupes. Ses interactions sont restreintes à un seul adulte à la fois, elle réclame cependant l'attention d'un maximum d'adultes lorsqu'elle joue ou produit un travail non demandé par l'enseignante. Du fait d'une attention discontinue, elle se disperse entre plusieurs activités, parfois sans y revenir, ce qui complexifie le développement des fonctions exécutives^{163,164}.

Kylian, élève de moyenne section, qui à l'inverse de Marie est *insecure* avec les adultes (évitement), mais pas avec ses camarades. Même si ses interactions se limitent à un pair, il ne refuse pas leur contact. Il a également un comportement arborescent, enclenchant rapidement le plus d'activités possibles sans jamais terminer le processus, dont résulte un déficit important de l'attention et de la concentration (ce comportement pose la question du TDAH). Sa communication est très souvent non verbale, il s'exprime parfois en mots incomplets dont les phonèmes sont variables. Il est difficile d'en confirmer l'origine (troubles phonologiques, dysphasie...).

Ibrahim, élève de moyenne section au comportement périphérique. Pas de trouble apparent de l'attention ou de la concentration, et il n'évite pas les interactions. En revanche, il est non verbal. Il suit les activités sans se manifester, verbalement ou physiquement, se referme sur lui-même s'il est invité à participer au sein d'un groupe, mais s'ouvre aux autres en accompagnement individuel.

Marc, élève de moyenne section au contact brut avec les pairs, évite les tâches d'apprentissages pour se consacrer uniquement aux jeux. Très actif, il se concentre plus facilement en extérieur qu'en classe. Pas de trouble apparent de la communication ni du langage, bien que sa verbalisation à l'adulte soit plus restreinte qu'à ses pairs. Il refuse les activités individuelles et contraint ses camarades à participer aux activités qu'il choisit, adoptant une posture de « chef » et un comportement parfois violent. Il manifeste des troubles psychomoteurs légers, notamment la coordination, mais a développé un grand sens de l'équilibre.

Théo, un élève de grande section, probablement très haut potentiel. Élabore des stratégies très complexes, peut les expliciter avec un seul camarade, mais refuse de verbaliser en groupe. Il « s'éteint » lors des séances collectives, évite les espaces où le nombre de pairs contenus dans son champ visuel est supérieur ou égal à 3, et n'aime pas les espaces extérieurs.

Cameron, élève de grande section aux intérêts restreints très développés, probablement haut potentiel également. Il présente des stéréotypies qui ne semblent pas perturber son attention, mais

¹⁶³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Fonctions_exécutives

¹⁶⁴ Chan, R.C.K., Shum, D., Touloupoulou, T. & Chen, E.Y.H. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 201-216.

uniquement sa concentration. Par ailleurs, des troubles du langage apparaissent lorsqu'il regarde son interlocuteur dans les yeux ; l'enseignante parlait de « regard fuyant », il se n'agit pas de fuir mais de compenser un trouble anxieux qui affaiblit la concentration. Ne révélant pourtant aucun trouble de la communication, il ne maîtrise pas les codes sociaux et peine à s'intégrer dans un groupe. Il ne « comprend pas comment on se fait des amis » et souffre de son isolement social. Présence de légers troubles dyspraxiques.

Et enfin Sofiane, un élève de grande section non verbal qui s'est pris d'affection pour une camarade (et réciproquement), mais qui refuse le contact avec n'importe quel autre pair ou adulte. Il manifeste un important trouble de l'anxiété (évitement, regard fuyant et peur panique des bruits soudains), avec de nombreuses stéréotypies. Il suit sa camarade dans toutes ses activités de classe, mais s'isole à l'extérieur ou dès qu'elle va vers un autre camarade.

Voici un tableau récapitulatif, précisant en plus le dispositif (DF) avec lequel l'élève est familiarisé depuis le début de l'année scolaire¹⁶⁵ ainsi que la période concernée (P) :

Prénom	Niveau DF / P	TdA (attention)	TdC (concentration)	TCNL (communication)	TIS (interaction)
Océane	MS E1 / P3	sévères	<i>de facto</i>	non	uniquement en classe
Marie	MS E2 / P4	très sévères (qq secondes)	très sévères (qq secondes)	oui, semi-verbale et écholalies	oui, restreintes à 1 adulte
Kylian	MS E2 / P4	Sévères (max 1 minute)	<i>de facto</i>	oui, peu verbal	oui, restreintes à 1 pair
Ibrahim	MS E2 / P4	non	non	oui, non-verbal	légers, seule ^t en groupe
Marc	MS E2 / P4	non	légers, en classe	non	légers, « chef » parfois violent
Théo	GS E1 / P4	non	non	oui, en groupe	oui, en groupe + en extérieur
Cameron	GS E1 / P3	non	Légers (stéréotypies)	non	oui, isolement
Sofiane	GS E1 / P3	légers, dus à l'anxiété	moyens, anxiété et stéréotypies	oui, non-verbal	oui, isolement, 1 pair « hôte »

¹⁶⁵ Les élèves annotés « E1 » ont évolué en milieu ouvert pour la première fois durant cette étude, tandis que les élèves annotés « E2 » avaient préalablement expérimenté la « classe ouverte » 45 minutes par jour (cf. p.19 de ce mémoire).

Lors du projet scientifique du Mas B., un autre point est étudié pour certains de ces enfants : le comportement d'attachement (basé sur la théorie de l'attachement¹⁶⁶). Il est évalué à l'aide d'une grille permettant le calcul pour chaque enfant de leur capacité d'autorégulation émotionnelle (ARE) et de leurs comportements de base sécure (CBS), comprenant 12 items pour l'ARE et 16 pour les CBS¹⁶⁷ (cf. **Annexe 7**).

Résultats

Pour mener l'expérience à travers le triptyque attention-interaction-communication, j'ai suivi l'évolution de ces huit enfants en milieu ouvert, et analysé leur comportement en fonction des situations de classe pour évaluer leur progression. Ces résultats restreints à quelques cas pratiques ne peuvent être généralisés à tous les enfants atypiques, puisque chaque atypie provient d'un individu au mélange caractéristique unique possédant ses propres besoins. Toutefois, il est intéressant de noter que sept profils sur huit ont connu une évolution positive durant l'expérience.

Océane est désormais capable de suivre un atelier en entier, malgré un besoin régulier de pauses dans le processus d'apprentissage pour évacuer un surplus d'énergie physique, ce que lui permet le milieu ouvert. Elle reste chaque jour en moyenne 40% du temps scolaire en extérieur (hors intempéries), exprime une difficulté à se concentrer si elle y passe moins de 20%, et se disperse dans les apprentissages si elle y reste plus de 50% (aucune activité n'est menée à terme). Elle s'engage dans des interactions sociales, a créé des liens avec plusieurs camarades, et accepte volontiers le travail de groupe lors d'ateliers coopératifs.

Marie vient participer aux activités en verbalisant explicitement ses besoins. Elle peut rester dans l'activité jusqu'à 10 minutes, à condition de faire des pauses régulières toutes les 2 à 3 minutes et d'être stimulée en permanence par un accompagnement individualisé. On note une progression significative pour une session relativement courte (3 semaines), en particulier au niveau de la communication verbale. Elle sollicite autant l'attention des adultes, son comportement d'attachement est similaire à l'initial, mais ses interactions sociales ont tout de même légèrement évolué : elle va vers un binôme pour échanger et partager sa production, et accepte parfois de jouer quelques minutes avec une camarade.

¹⁶⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_l%27attachement

¹⁶⁷ Violon, M., Tereno, S., Dias, P., Wendland, J. (2017). Validation française de l'échelle de Perception des Comportements d'Attachement à l'âge préscolaire – version Professeur des écoles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(6), 381-387.

Kylian suit une évolution similaire à celle d'Océane, dans le sens où l'extérieur lui permet de s'exprimer suffisamment pour qu'il puisse suivre des activités le reste de la journée. Cependant, il exprime un besoin plus accru de « se dépenser » et passe plus de la moitié du temps (60% en moyenne) en extérieur, ce qui lui est nécessaire pour se concentrer par la suite lors d'ateliers collectifs. Ayant un besoin quasi continu de se déplacer et de s'exprimer corporellement, il ne peut suivre un atelier sans interruption, restreignant le processus d'apprentissage. Il lui faut donc un aménagement qui favorise les déplacements et les interactions, avec un pilotage spécifique aux enfants à forte dépense énergétique. Il arrive à suivre activement lors du regroupement, mobilisant une activité cognitive d'environ 30 minutes, à condition d'avoir passé plus de 65% du temps scolaire en extérieur. Quelques progrès dans la verbalisation : Kylian s'adresse parfois à certains adultes pour exprimer un ressenti ou formuler une demande, malgré une légère dysphasie apparente (à surveiller). Le progrès le plus significatif concerne les interactions sociales, il semble en effet ne plus connaître de troubles. Il communique avec de nombreux pairs, participe spontanément aux activités de groupe, exprime son plaisir à jouer avec d'autres camarades lors du bilan de fin de journée... Sans doute l'évolution la plus spectaculaire de cette expérience.

Ibrahim aurait nécessité une plus grande attention, du fait de son comportement périphérique. Il fait partie des enfants que « l'on ne voit pas », discret, suivant pourtant tous les ateliers et participant aux activités individuelles et collectives... Il ne verbalise pas de lui-même, il effectue les tâches sans répondre, mais commence à s'exprimer lorsqu'il est stimulé par un dialogue direct. La verbalisation devra faire l'objet d'un soutien approfondi et individuel pour favoriser son développement. Si le dispositif en autonomie ne lui a pas permis de renforcer sa communication verbale, il a pourtant levé les obstacles aux interactions sociales puisque, aussi bien dans les espaces intérieurs qu'extérieurs, il participe aux ateliers collectifs et s'engage volontairement dans de nouvelles relations sociales. Il interagit souvent de manière non verbale, ce qui n'empêche pas ses camarades de l'inclure dans des activités d'apprentissages ou dans leurs jeux.

Théo a tiré profit du dispositif en autonomie en dépassant le cadre de certaines activités, mobilisant ainsi de nombreuses compétences et développant davantage les fonctions exécutives par rapport au milieu traditionnel. Il élabore des stratégies complexes pour atteindre des objectifs de cycle 2, est capable d'explicitier ces stratégies à ses pairs et d'adapter son intervention en fonction de leurs besoins, faisant preuve d'une flexibilité mentale considérable. Il manifeste toujours des TCIS lorsqu'il se retrouve en groupe, notamment en refusant de verbaliser lors du retour métacognitif ou d'exprimer ses émotions face à plusieurs camarades, mais interagit plus qu'initialement en extérieur.

Cameron est finalement inclus dans un groupe avec trois camarades, avec qui il joue préférentiellement en extérieur. Son comportement est constant par rapport à l'état initial, il apprécie le travail en autonomie bien que nécessitant un cadre temporel imposé qui le rassure : il demande plusieurs fois par heure le temps restant avant le prochain atelier et souhaite participer à tout, il exprime le besoin de chronométrer son activité pour la décomposer en tâches subdivisées... J'ai constaté le développement de certains intérêts différents de ses IR habituels, et de nouvelles interactions avec certains adultes. Pour cela le milieu ouvert lui a été favorable, de même qu'un accompagnement soutenu pour l'étayer dans ses compétences interindividuelles.

Sofiane montre toujours des troubles de l'attention et de la concentration dus à son anxiété, il commence à verbaliser quelques mots avec sa camarade dont il est inséparable. Il entre moins souvent dans ses stéréotypies et interagit avec une nouvelle camarade, à laquelle il s'est également attaché. Il refuse encore les interactions avec ses autres pairs, et requiert un accompagnement individualisé¹⁶⁸ quelque soit le dispositif aménagé. Ce besoin est primordial, car les espaces extérieurs sont pour lui une source d'angoisse malgré la présence des adultes et des camarades.

En ce qui concerne Marc, il est le seul parmi les huit à qui le dispositif ne semble pas tout à fait adapté. Le questionnement sur le cadre de l'expérience peut être discuté, mais il apparaît clairement que la liberté et l'autonomie induites par le milieu ouvert ont accentué son comportement dirigeant, et son refus de participer aux activités collectives qu'il n'a pas choisies est dorénavant systématique. Il faut insister pour qu'il assiste au regroupement, le reprendre souvent sur son comportement envers ses pairs, lui répéter qu'il ne doit pas obliger un camarade à le suivre dans son activité... Paradoxalement, il s'intéresse à plus d'activités qu'avant la session et développe de nouveaux apprentissages. Le milieu ouvert peut lui être bénéfique, à condition qu'il fasse l'objet d'un suivi renforcé dans ses interactions et l'utilisation des différents espaces.

Après la session de trois semaines, le retour dans leurs classes respectives n'a pas eu les mêmes conséquences selon les élèves. Pour les uns, l'évolution semble pérenne ou possiblement durable, et reste à étudier par la suite. Pour les autres, il semble ne pas y avoir eu de changement par rapport au comportement initial, avec un retour des troubles mentionnés. Ceci soulève un questionnement quant au dispositif expérimenté et sur son efficacité à court-terme : si certains ont pu bénéficier de ces nouveaux aménagements en tirant des avantages, d'autres auraient mieux profité d'un dispositif similaire sur le long-terme.

¹⁶⁸ http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/31/8/2015dec_ecole_inclusive_livret_512318.pdf

Tableau récapitulatif des résultats en fin de session :

Prénom	Niveau DF / P	TdA (attention)	TdC (concentration)	TCNL (communication)	TIS (interaction)
Océane	MS E1 / P3	légers	légers	non	non
Marie	MS E2 / P4	moyens (2 à 3 minutes)	sévères (max 1 minute)	très légers	moyens, IS avec 2 pairs + adultes
Kylian	MS E2 / P4	moyens (3 à 5 minutes)	moyens (2 à 3 minutes)	légers, semi-verbal avec l'adulte	non
Ibrahim	MS E2 / P4	non	non	oui, peu verbal	non
Marc	MS E2 / P4	moyens en intérieur	moyens en intérieur	non	légers, « chef » parfois violent
Théo	GS E1 / P4	non	non	légers, en groupe	légers, en groupe
Cameron	GS E1 / P3	non	Légers (stéréotypies)	non	moyens, IS avec 3 pairs + adultes
Sofiane	GS E1 / P3	légers, dus à l'anxiété	légers, moins de stéréotypies	oui, peu verbal, besoin acc. ind.	oui, 2 pairs « hôtes »

D'un point de vue des troubles étudiés, les résultats confirment une expérience positive dans 88% des cas. L'évaluation basée sur l'échelle de perception des comportements d'attachement (PCA-P)¹⁶⁹ apporte une information supplémentaire : une étude plus large portant sur 19 élèves (dont 5 font partie de l'échantillon observé dans le cadre de ce mémoire¹⁷⁰) montre que leur sentiment de sécurité augmente dans des proportions non négligeables (augmentation de l'ARE et des CBS).

¹⁶⁹ Violon, M., Tereno, S., Dias, P., Wendland, J. (2017). Validation française de l'échelle de Perception des Comportements d'Attachement à l'âge préscolaire – version Professeur des écoles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(6), 381-387.

¹⁷⁰ Cf. **Annexe 8** pour les résultats concernant ces cinq élèves.

Conclusion

Pour une réelle inclusion de la différence et de ses nombreuses formes, les aménagements doivent être pensés en fonction des besoins fondamentaux et spécifiques des élèves, en concevant des espaces d'apprentissages explicitement construits et définis avec les élèves mais aussi au sein d'une équipe éducative en accord avec une pédagogie commune répondant aux enjeux de l'école aujourd'hui. Ces aménagements prennent en compte les caractéristiques des élèves, qui sont capables de développer leurs apprentissages via un libre choix d'activités, à travers l'autonomie et un contexte favorisant la métacognition, le partage, et le développement des interactions sociales.

Les dispositifs qui peuvent aider les enfants neuroatypiques (*i.i.i.*¹⁷¹ TSA) peuvent également aider les enfants neurotypiques. Tous les enfants ont effectivement besoin de sécurité affective, de liberté de mouvement, d'autonomie, de comprendre, de chercher, d'expérimenter, de découvrir, de relations, de communication et de repos¹⁷².

Il ne faut pas hésiter à aborder la question de l'autisme, quelque soit sa formation et ses connaissances sur le sujet, ni celui des atypies en général. En plus des ERS¹⁷³ (référents ASH¹⁷⁴), des IEN-ASH et des CP¹⁷⁵-ASH, il est prévu un enseignant ressource pour l'autisme dans chaque département à la rentrée prochaine. Dans cette dynamique, le Gouvernement souhaite donner accès à l'information et à la formation aux enseignants qui souhaitent se spécialiser ou en savoir un peu plus sur l'autisme. Les atypies (dont font partie les TSA) sont variées, et l'Éducation Nationale s'est donné pour mission d'inclure tous les enfants, sans aucune distinction¹⁷⁶.

L'Éducation Nationale permet des expérimentations atypiques comme celle du Mas B. (suscitant l'inquiétude et l'appréhension de nombreux enseignants), menée grâce à Mme S. Sicard (IEN chargée de la mission maternelle, DSDEN66) qui a obtenu de pouvoir mettre en place ce projet en réunissant des partenaires, après avoir obtenu l'accord de sa hiérarchie. Chaque enseignant suit une pédagogie qui lui est propre¹⁷⁷, qu'il a appris à maîtriser avec son expérience, en s'appuyant sur les modèles existants ou en innovant à partir de ces modèles. L'enseignement

¹⁷¹ *Igitur inter illos* : locution latine signifiant « par conséquent parmi eux se trouvent... ».

¹⁷² Bossis, J., Dumas, C., Livérato, C., & Méjean, C. (2015). *Aménager les espaces pour mieux apprendre : PS-MS-GS : À l'école de la bienveillance*. Paris: Retz.

¹⁷³ Enseignants Référents à la Scolarisation des élèves Handicapés OU Enseignants Référents à la Scolarisation des élèves en situation de Handicap.

¹⁷⁴ Adaptation (scolaire) et Scolarisation des élèves Handicapés.

¹⁷⁵ Conseillers Pédagogiques.

¹⁷⁶ Article 2 de la Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'École de la République.

¹⁷⁷ La liberté pédagogique de l'enseignant est inscrite dans l'article L912-1-1 du Code de l'éducation créé par la Loi n°2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

implique un retour réflexif sur l'organisation de la classe, notamment spatiale et temporelle, et parfois un nouveau modèle peut être bénéfique pour les élèves, ce qui entraîne un climat de classe également bénéfique pour l'enseignant.

Bibliographie

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e édition). Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). Washington D.C.: APA.

Amiche, M., Caillabet, J., Étrillard, R., Sauneron, D., Rebours-Similowski, K., & Herreman, S. (2017). *Professeur des écoles débutant : La maternelle : mode d'emploi* (Nouvelle édition, L'École au quotidien). Vanves: Hachette éducation.

Amigues, R., & Zerbato-Poudou, M. (2009). *Comment l'enfant devient élève : Les apprentissages à l'école maternelle* (Petit forum). Paris: Retz.

Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

Asperger, H. (1968). Zur Differentialdiagnose des frühkindlichen Autismus. *Acta paedopsychiatrica*, 35, 136-145.

Asperger, H. (1982). Kindlicher Autismus Typ Asperger. Dans: Asperger, H. et Wurst, F. (ed.), *Psychotherapie und Heilpädagogik bei Kindern* (p.293-301). Munich, Vienne, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Attwood, T. (2008). *The Complete Guide to Asperger's Syndrome* (EO 2006). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 397-422.

Baron-Cohen, S., et al. (2003). The Systemising Quotient (SQ): An investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Series B. Special issue on « Autism: Mind and Brain »*, 358, 361-374.

Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.

Ben-Ari, Y. (2016). Progress in autism research and postgenomic studies. *The Lancet Neurology*, 15(2), 136.

- Bettelheim, B. (1969). *La Forteresse vide – L'Autisme infantile et la Naissance du soi*. [trad, ed. 1967]. Paris: Gallimard.
- Bons, D., van den Broek, E., Scheepers, F., et al. (2013). Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 425-443.
- Bossis, J., Dumas, C., Livérato, C., & Méjean, C. (2015). *Aménager les espaces pour mieux apprendre : PS-MS-GS : À l'école de la bienveillance* [Ressources multimédia: livre + DVD]. Paris: Retz.
- Bossis, J., Livérato, C., & Méjean, C. (2017). *Les gestes clés en maternelle pour une école bienveillante* (Professeur des écoles). Paris: Retz.
- Boujut, E., & Cappe, E. (2016). La scolarisation des élèves autistes : Comparaison du vécu des enseignants en milieux ordinaires et spécialisés. *Éducation & formations*, Ministère de l'Éducation Nationale, 92(déc. 2016), 137-152. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/316921245_LA_SCOLARISATION_DES_ELEVES_AUTISTES_Comparaison_du_vécu_des_enseignants_en_milieux_ordinaires_et_specialises
- Cappe, É., 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*, 52(1), 201-246.
- Cashin, A. & Sci, D. A. (2006). Two terms—one meaning: the conundrum of contemporary nomenclature in autism. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(3), 137-144.
- Chan, R.C.K., Shum, D., Touloupoulou, T. & Chen, E.Y.H. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 201-216.
- Chemouny, B. (2016). *Communiquer avec les parents pour la réussite des élèves* (Nouvelle édition, Professeur des écoles). Paris: Retz.
- Cherif, S., & Gekiere, G. (2017). *Enseigner autrement avec le numérique* (La boîte à outils du professeur). Malakoff: Dunod.
- Corcos, M. (2010). *Un monde selon DSM une barbarie taxinomique*. Paris: Doin.
- Dachez, J. (2016). *Envisager l'autisme autrement : une approche psychosociale* (thèse de doctorat en psychologie, Université de Nantes, France). 252 p. Archivée le 20/05/2017 à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=0242b288-ceed-49ec-98d1-174527d85799>
- Danesh, A. A., Lang, D., Kaf, W., Andreassen, W. D., Scott, J. & Eshraghi, A. A. (2015). Tinnitus and hyperacusis in autism spectrum disorders with emphasis on high functioning individuals diagnosed with Asperger's Syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(10), 1683-1688.
- De Weck, G. et Marro, P. (2010). *Les troubles du langage chez l'enfant – Description et évaluation*. Paris: Elsevier Masson.

- Dolto, F. (1985). *La Cause des enfants*. Paris: Robert Laffont.
- Donvan, J., & Zucker, C. (2016). *In a Different Key : The Story of Autism*. New York, N.Y.: Broadway Books.
- Dougé, D. (2013). *Être professeur : 10 leçons pour rendre le métier possible : Voyage au centre de la vocation scolaire* (Pédagogie Formation). Lyon: Chronique sociale.
- Dufrêne, G., Chambres, E. et Chambres, P. (2009). Le syndrome d'Asperger : atouts et particularités. *Bulletin scientifique de l'Arapi*, 23(6), 59-65.
- Épagnéul, M.-F. (2007). Du bon usage du concept de « deuil de l'enfant idéal »: Réflexions sur la pertinence des aides apportées aux parents d'enfant en situation de handicap. *Reliance*, 26(4), 43-50.
- Erickson, C.A., Stigler, K.A., Corkins, M.R., Posey, D.J., Fitzgerald, J.F. & McDougale, C.J. (2005). Gastrointestinal factors in autistic disorder: a critical review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 713-727.
- Falguière, N., & Welniarz, B. (2016). L'enfant instable – Liens entre trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité, trouble bipolaire pédiatrique et dysrégulation comportementale et émotionnelle sévère. *Perspectives Psy*, 55(1), 8-17.
- Fraser, M., Héroux, R., Plaisance, S., Pepper, N. et Cordeau, M.-J. (2015). *TSA et neurotypique : mieux se comprendre: guide pour comprendre le fonctionnement de la personne ayant un trouble du spectre de l'autisme*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Québec, 30 p.
- Frye, R.E., Slattery, J., Delhey, L., Furgerson, B., et al. (2018). Folinic acid improves verbal communication in children with autism and language impairment: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Molecular Psychiatry*, 23(2), 247-256.
- Gagnon, K., & Godbout, R. (2018). Melatonin and Comorbidities in Children with Autism Spectrum Disorder. *Current developmental disorders reports*, 5(3), 197–206.
- Gandal, M. J., et al. (2018). Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap. *Science (New York, N.Y.)*, 359(6376), 693-697.
- Garnier, P. (2016). *Sociologie de l'école maternelle* (Éducation et société). Paris: PUF.
- Garrabé, J. (2013). La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *L'information psychiatrique*, 89(4), 319-326.
- Georgieff, N. (2008). *Qu'est-ce que l'autisme ?* (coll. Les Topos). Paris: Dunod.
- Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Kiely Law, J., Lipkin, P. H. (2018). Anxiety and Mood Disorder in Children With Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), 10p.
- Gottfredson, L. S. (2004). Social Consequences of Group Differences in Cognitive Ability (p. 4-5). Dans Flores-Mendoza, C. E. & Colom R. (2006), *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais* (p. 433-456). Éd. ArtMed.
- Guillerault, G. (2008). *Comprendre Dolto*. Paris: Armand Colin.

- Hare, D. J., Jones, S. & Evershed, K. (2006). A comparative study of circadian rhythm functioning and sleep in people with Asperger syndrome. *Autism*, 10(6), 565-575.
- Healy, S., Aigner, C. J., Haegele, J. A. (2018). Prevalence of overweight and obesity among US youth with autism spectrum disorder. *Autism*, First publ. 2018 Aug. 13, DOI: 10.1177/1362361318791817.
- Hochmann, J. (2012). *Une histoire de l'empathie*. Paris: Odile Jacob.
- Jochaut, D., Lehongre, K., Saitovitch, A., Devauchelle, A.-D., Ollasagasti, I., Chabane, N., Zilbovicius, M. & Giraud, A.-L. (2015). Atypical coordination of cortical oscillations in response to speech in autism. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(171), 12 p.
- Kamal Nor, N., Ghazali, A. H., & Ismail, J. (2019). Prevalence of Overweight and Obesity Among Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder and Associated Risk Factors. *Frontiers in Pediatrics*, 7(38).
- Kenworthy, L., et al. (2008). Understanding executive control in autism spectrum disorders in the lab and in the real world. *Neuropsychol Rev*, 18(4), 320-338.
- Klin, A. (2006). Autism and Asperger syndrome: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(S1), S3-S11.
- Lapasset, J. (2013). *Autisme et psychomotricité* (coll. Psychomotricité, éd. Julien Perrin & Thierry Maffre). Bruxelles: De Boeck-Solal, 510 p., *Développements*, 15(2), 44-48.
- Lawson, J., Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). Empathizing and systemizing in adults with and without Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 301-310.
- Lescouarch, L. (2018). *Construire des situations pour apprendre : Vers une pédagogie de l'étayage* (Pédagogies Outils). Paris: ESF sciences humaines.
- Locret, C. (2014). *Trouble du spectre de l'autisme, dépression et émotions : étude du ressenti émotionnel dans une population d'enfants avec trouble du spectre de l'autisme* (thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux, France). Médecine humaine et pathologie. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01123653>
- Luigetti, M., Primiano, G., Cuccagna, C., Bernardo, D., Sauchelli, D., Vollono, C. & Servidei, S. (2018). Small fibre neuropathy in mitochondrial diseases explored with sudoscan. *Clinical Neurophysiology*, 129(8), 1618-1623.
- Malow, B. A., Byars, K., Johnson, K., et al. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130(S2), S106-S124.
- Manning, E., Massumi, B., Rose-Antoinette, R., & Querrien, A. (2012). Vivre dans un monde de textures. Reconnaître la neurodiversité. *Chimères*, 78(3), 101-112.
- Matson, J. L. & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 341-352.

- Meilleur, A.A.S., Jelenic, P. et Mottron, L. (2015). Prevalence of clinically and empirically defined talents and strengths in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(5), 1354-1367.
- Métra, M., & Lévine, J. (2000). *La première rentrée : Les enjeux d'une prévention précoce à l'école maternelle* (2e édition, Terrains). Paris: EAP.
- Mettoudi, C. (2011). *Comment enseigner en... Maternelle : les activités artistiques : un véritable accompagnement pédagogique* (Comment enseigner en...). Paris: Hachette éducation.
- Mettoudi, C. (2016). *Comment enseigner en... Maternelle : Petite Section* (Comment enseigner en...). Vanves: Hachette éducation.
- Mettoudi, C., Tempez, P., & Tempez, B. (2016). *Comment enseigner en... Maternelle : Grande Section* (Comment enseigner en...). Vanves: Hachette éducation.
- Montagner, H. (1988). *L'attachement, les débuts de la tendresse*. Paris: Odile Jacob.
- Morgan, J. (2016). Autism spectrum disorder: difference or disability? *The Lancet Neurology*, 15(11), 1126.
- Mottron, L. (2011). Changing perceptions: The power of autism. *Nature*, 479(7371), 33-35.
- Myles, B. S., et al. (2003). Written language profile of children and youth with Asperger syndrome: From research to practice. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 38(4), 362-369.
- Nowakowski, T. J., et al. (2017). Spatiotemporal gene expression trajectories reveal developmental hierarchies of the human cortex. *Science*, 358(6368), 1318-1323.
- O'Connor, K., Hamm, J.P. & Kirk, I.J. (2005). The neurophysiological correlates of face processing in adults and children with Asperger's syndrome. *Brain and Cognition*, 59(1), 82-95.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993). *CIM-10/ICD-10 : Classification Internationale des Maladies* (10e édition). Paris: Masson.
- Paquette-Smith, M., Weiss, J. & Lunsky, Y. (2014). History of suicide attempts in adults with Asperger syndrome. *Crisis*, 35(4), 273-277.
- Pastiaux-Thiriart, G., Pastiaux, J., & Étévé, C. (2014). *La pédagogie* (Nouvelle édition, Repères pratiques 46). Paris: Nathan.
- Prado, C. (2012). *Le coût économique et social de l'autisme* (Avis du CESE). Section des affaires sociales et de la santé, Paris: JORF. Récupéré à https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_17_autisme.pdf
- Prado, C. (2013). Personnes neurotypiques, personnes avec autisme. Bâtissons une vie ensemble. *Psychologie Clinique*, 35(1), 81-87.
- Rebeih, A. (2019, 7 janvier). *L'autisme, une intelligence atypique ?* [Émission radio (51:48), France Inter]. Repéré le 7 janvier 2019, à <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-07-janvier-2019>

- Richa, S., Fahed, M., Khoury, E. & Mishara, B. (2014). Suicide in autism spectrum disorders. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 327-339.
- Robin, I., & Pochet, C. (2011). *La pédagogie institutionnelle à l'école maternelle : un peu, beaucoup, très beaucoup...* (AVPI – Fernand Oury). Vigneux] Nîmes: Matrice Champ social.
- Rogers, S. J. & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1255-1268.
- Rossignol, D. A. & Frye, R. E. (2014). Melatonin in autism spectrum disorders. *Current Clinical Pharmacology*, 9(4), 326-334.
- Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., Murphy, D. G. & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30(8), 697-708.
- Saitour, A. et Albaret, J.-M. (2017). Dimension proprioceptive et tactile de la conscience corporelle et action volontaire chez un enfant avec TSA : protocole à cas unique en rééducation psychomotrice. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(1), 42-53.
- Schoen, P.-J. (2017). *Enseigner l'éducation musicale à l'école primaire* (La boîte à outils du professeur). Malakoff: Dunod.
- Schovanec, J. (2012). Réflexions sur la scolarisation des élèves autistes à partir d'une expérience. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, I.N.S.H.E.A., 60(4), 11-21.
- Schovanec, J. (2012). Scolarisation et devenir socio-professionnel des personnes avec autisme. Dans *Scolariser des élèves avec autisme et TED – Vers l'inclusion* (Psychologie et pédagogie). Paris: Dunod, p. 13-28.
- Sergeant, J. A., et al. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behav Brain Res*, 130(1-2), 3-28.
- Soulières, I., Dawson, M., Samson, F., Barbeau, E.B., Sahyoun, C.P., Strangman, G.E., Zeffiro, T.A. & Mottron, L. (2009). Enhanced visual processing contributes to matrix reasoning in autism. *Human Brain Mapping*, 30(12), 4082-4107.
- Taylor, M. J., et al. (2018). Examining the Association Between Autistic Traits and Atypical Sensory Reactivity: A Twin Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(2), 96-102.
- Thevenet, M., Dondé, C., Machabert, R., Ancona, L., Jost, C. et Georgieff, N. (2017). Perspective de prise en charge d'enfants atteints de troubles du spectre autistique par psychothérapie inspirée des thérapies basées sur la mentalisation. *L'Encéphale*, 44(5), 482-485.
- Tourret, L. (2019, 6 janvier). *Les intelligences atypiques* [Émission radio (58:22), France Culture]. Repéré le 7 janvier 2019, à <https://www.franceculture.fr/emissions/etre-et-savoir/les-intelligences-atypiques>

Tustin, F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. [trad, ed. 1981]. Paris: Seuil.

Valeri, G., & Speranza, M. (2009). Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. *Développements*, 1(1), 34-48.

Vidard, M. (2018, 10 octobre). *L'autisme, une intelligence atypique* [Émission radio (54:25), France Inter]. Repéré le 18 décembre 2018, à <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-10-octobre-2018>

Violon, M., Tereno, S., Dias, P., Wendland, J. (2017). Validation française de l'échelle de Perception des Comportements d'Attachement à l'âge préscolaire – version Professeur des écoles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(6), 381-387.

Waterhouse, L. (2006). Multiple Intelligences, the Mozart Effect, and Emotional Intelligence: A Critical Review. *Educational Psychologist*, 41(4), 207-225.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129.

Textes officiels :

Article L111-1 du Code de l'éducation, relatif aux dispositions générales du droit à l'éducation, modifié par l'article 2 de la Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République.

CADDAC (Centre for ADHD Awareness, Canada) (2017, avril). *Porter attention au coût du TDAH* (rapport), récupéré à <https://caddac.ca/adhd/wp-content/uploads/2017/04/Socioeconomic-Policy-Paper-FRENCH-FINAL.pdf>

CNSA (2016, mai). *Troubles du Spectre de l'Autisme*, dossier technique récupéré à : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dta-2016_web.pdf

Compte Général de l'État 2017 (France). Récupéré à : https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publicque/files/files/documents/budget/comptes/2017/CGE2017.pdf

Eduscol (2019, 7 mars). *Lutte contre le décrochage scolaire : accessibilité numérique pour les enfants en situation de troubles d'apprentissage (Dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyscalculie ou TSA...)* (Expérithèque), fiche Eduscol n°10042, récupérée à : <http://eduscol.education.fr/experitheque/fiches/fiche10042.pdf>

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353.

Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République.

Ministère de l'Éducation Nationale (2006). *Bulletin Officiel n°31 du 31 août 2006 : Circulaire MENE0602215C n°2006-137 du 25 août 2006*. Repéré à <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/31/MENE0602215C.htm>

Ministère de l'Éducation Nationale (2015). *Bulletin Officiel spécial n°2 du 26 mars 2015 : Programme d'enseignement de l'école maternelle*. Repéré à http://cache.media.education.gouv.fr/file/MEN_SPE_2/90/0/BO_SPE_MEN_02-26-3-2015_404900.pdf

Ministère de l'Éducation Nationale (2015). *Bulletin Officiel n°17 du 23 avril 2015 : Socle commun de connaissances, de compétences et de culture*. Repéré à https://cache.media.education.gouv.fr/file/17/45/6/Socle_commun_de_connaissances_de_compences_et_de_culture_415456.pdf

Ministère de l'Éducation Nationale (2015). *Bulletin Officiel spécial n°11 du 26 novembre 2015 : Programmes d'enseignement de l'école élémentaire et du collège*. Repéré à https://cache.media.education.gouv.fr/file/MEN_SPE_11/67/3/2015_programmes_cycles234_4_12_ok_508673.pdf

Public Law 94–142, loi fédérale ouvrant l'accès à l'école publique à tous les enfants handicapés : https://en.wikipedia.org/wiki/Education_for_All_Handicapped_Children_Act

Sitographie :

http://autisme-montreal.com/wp-content/uploads/2015/12/Comorbidities-Report_FR_2014.pdf

http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/41/0/ecole_inclusive_dossier_extrait_QPPQ_376117_378410.pdf

<http://eduscol.education.fr/cid47660/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap.html>

<http://eduscol.education.fr/experitheque/fiches/fiche12763.pdf>

<http://sante.lefigaro.fr/article/autisme-attention-aux-pseudo-therapies-dangereuses/>

<http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/education/01-vie%20scolaire/guide-apprentissage-de-la-lecture-autisme.pdf>

http://www.autisme-france.fr/577_p_25361/le-syndrome-d-asperger.html

<http://www.autismes.fr/fr/autisme.html>

<http://www.craif.org/le-diagnostic-7-47-la-procedure-diagnostique-de-l-autisme-et-des-troubles-envahissants-du-developpement.html>

http://www.handiplace.org/media/pdf/guide_pedagogique_asperger.pdf

<http://www.ledepartement66.fr/1887-foire-aux-questions-1.htm>

<http://www.psychomedia.qc.ca/autisme/2012-12-04/dsm-5-syndrome-d-asperger-trouble-du-spectre-autistique>

<http://www.zatypie.fr/les-neuroatypiques/>

<https://apprendreaeduquer.fr/intelligences-multiples-ecole/>

<https://blogs.mediapart.fr/jean-vincot/blog/020417/autisme-et-aba-le-gouffre-entre-l-amerique-du-nord-et-l-europe>

<https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/le-dsm-5-dyade-autistique/>

<https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-demarches-du-diagnostic-dautisme/>

<https://comprendrelautisme.com/les-acteurs/les-centres-de-ressources-autisme/>

<https://comprendrelautisme.com/les-acteurs/les-plans-autismes/>

<https://comprendrelautisme.com/wp-content/uploads/2017/07/plan-autisme2013.pdf>

https://fr.wikipedia.org/wiki/Analyse_appliquée_du_comportement

https://fr.wikipedia.org/wiki/Comorbidités_des_troubles_du_spectre_de_1%27autisme

https://fr.wikipedia.org/wiki/Critiques_de_la_psychanalyse#cite_note-11

https://fr.wikipedia.org/wiki/Empathie_des_personnes_autistes

https://fr.wikipedia.org/wiki/Exclusion_des_personnes_autistes

https://fr.wikipedia.org/wiki/Fonctions_exécutives

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Neurotypique>

https://fr.wikipedia.org/wiki/Pédagogie_Montessori

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychanalyse>

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie>

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotypie_\(psychiatrie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotypie_(psychiatrie))

https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_1%27attachement

https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_des_intelligences_multiples

<https://handicap.gouv.fr/archives/ancienne-rub-autism/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>

<https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/>

<https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/agir-pour-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-nationale/article/engagement-1-remettre-la-science-au-coeur-de-la-politique-publique-de-l-autisme>

<https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/boite-a-outils/se-former/article/les-enseignants>

https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

<https://spectredelautisme.com/particularites-autisme-tsa/stereotypies/>

<https://www.aefe.fr/scolarite/ecole-inclusive/amenagements-pedagogiques-pai-ppre-pap-pps>

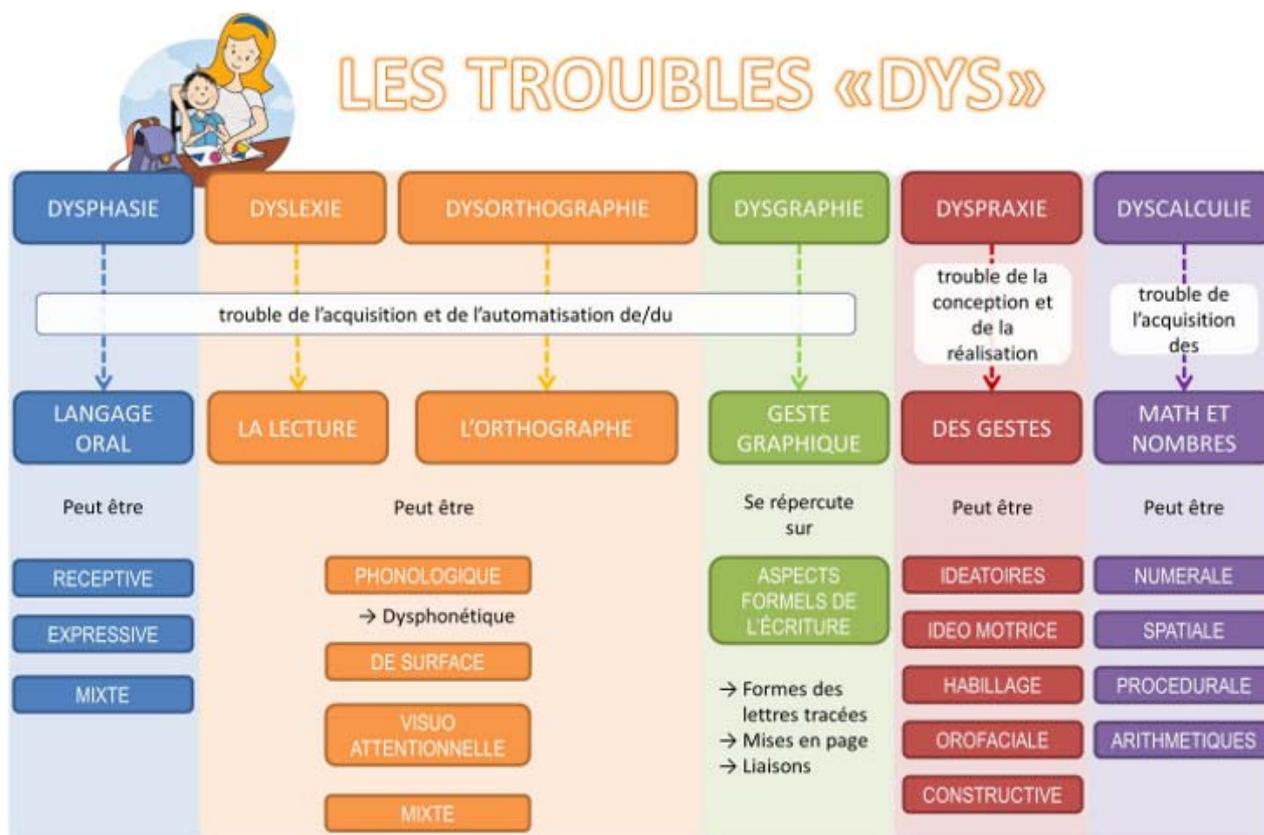
<https://www.autisme.ch/autisme/informations-generales/l-autisme-en-10-questions/19-2-autisme-troubles-du-spectre-de-lautisme-tsa-troubles-envahissants-du-developpement-ted-queelles-differences>

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=qFLHNPnKYKY> → *Le Cerveau d'Hugo*

Annexes

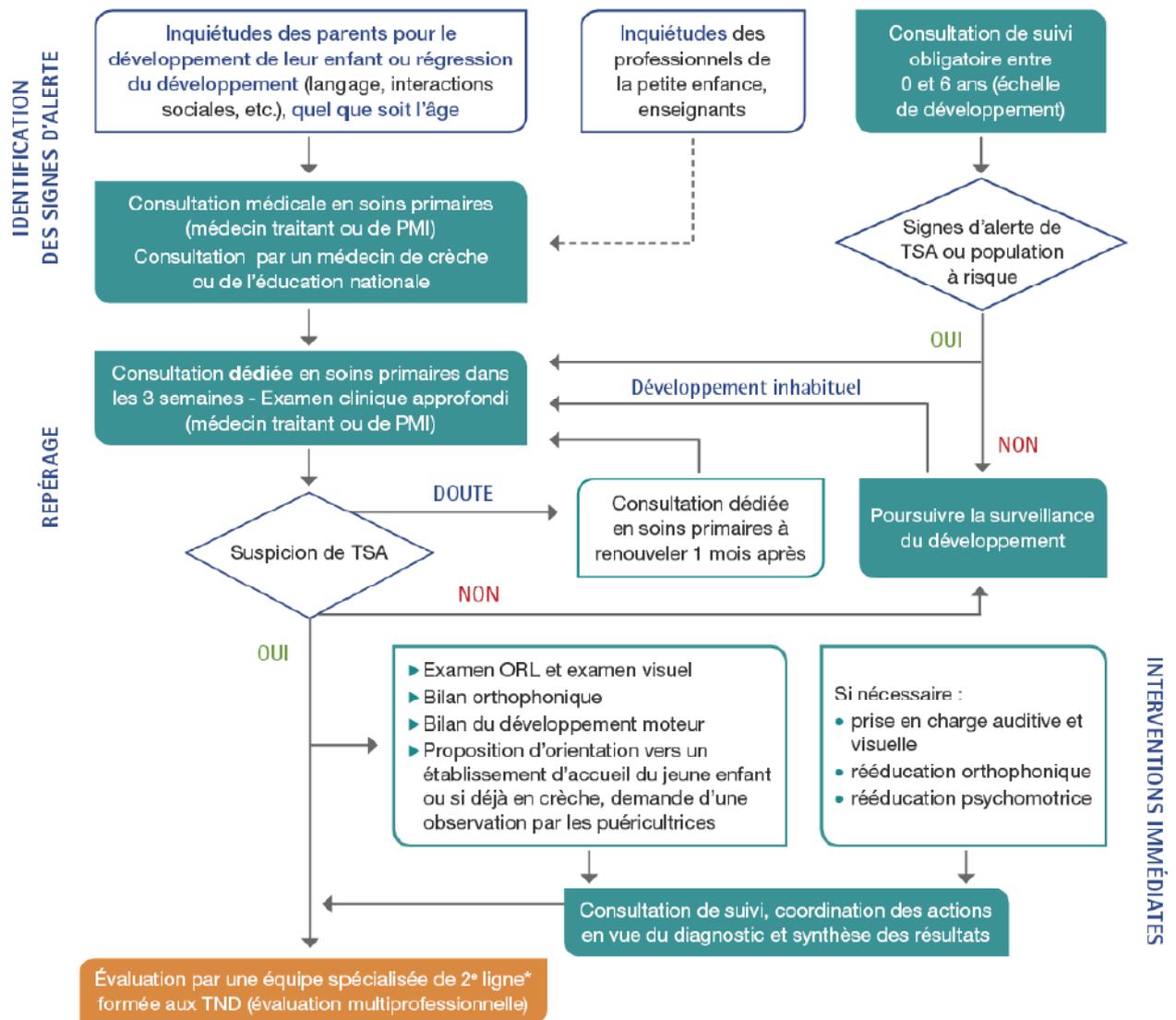
Annexe 1 : tableau répertoriant les troubles DYS.



www.dysphasie-suisse.info

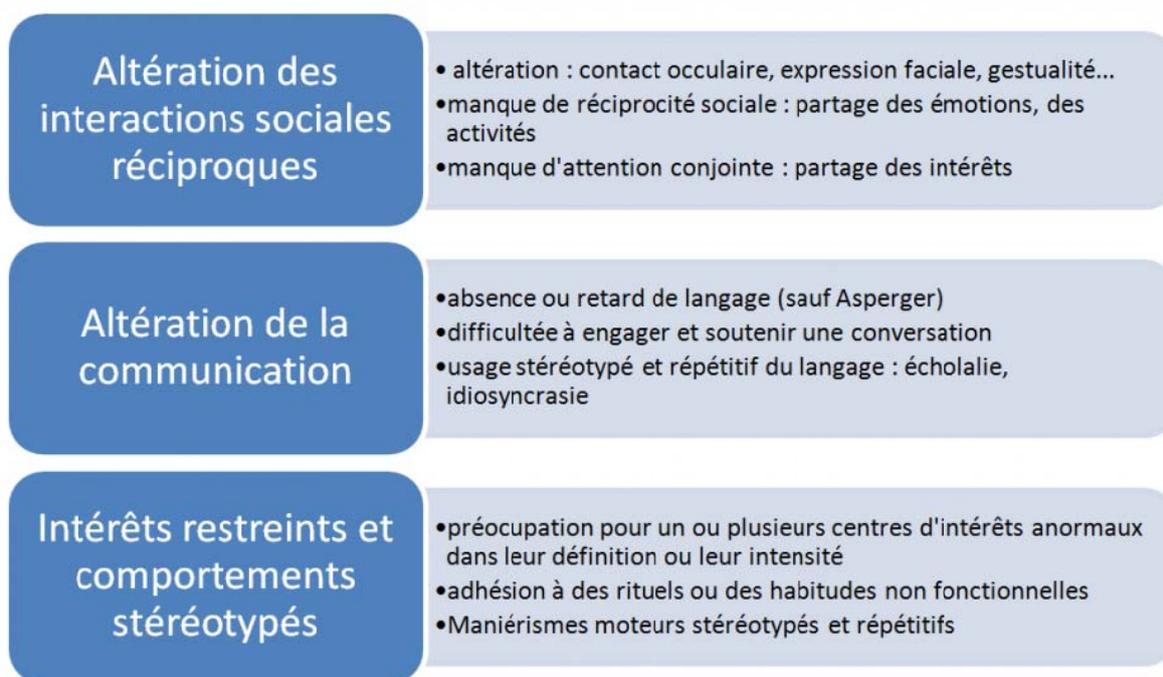
Récupéré à <https://www.dysphasie-suisse.info/fr/>

Annexe 2 : Parcours de repérage du risque de TSA chez l'enfant, p.13 du texte de recommandations de la HAS (fév. 2018), récupéré à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf

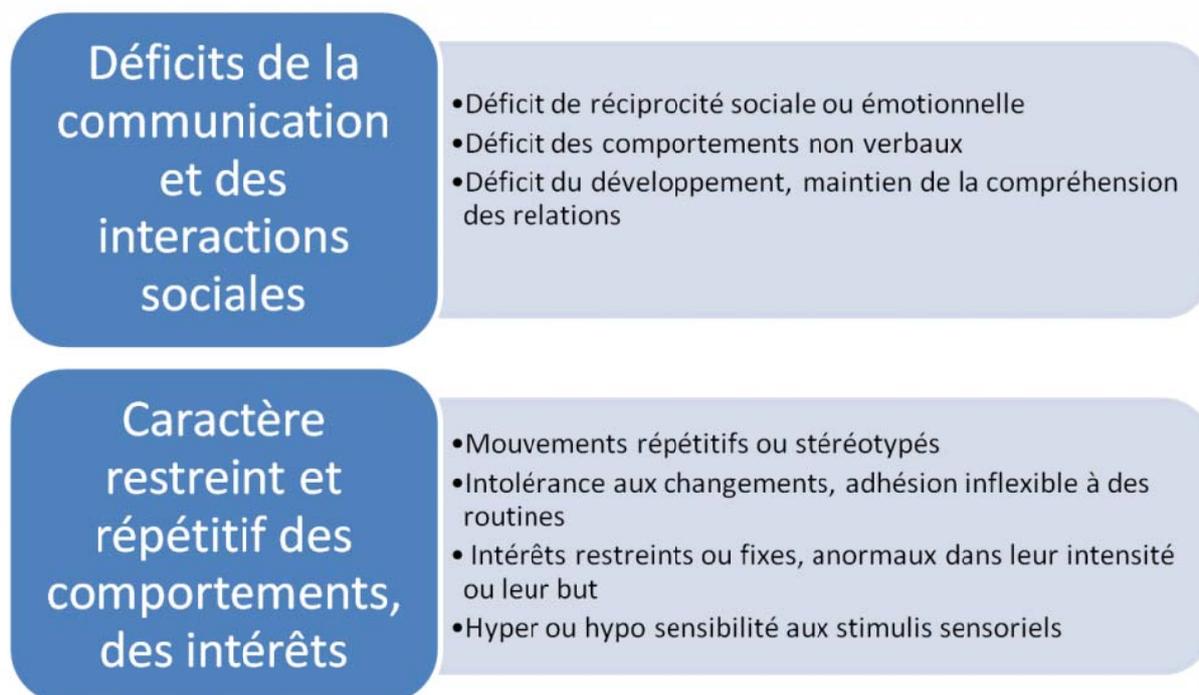


*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin.

Annexe 3 : Triade et Dyade autistique.

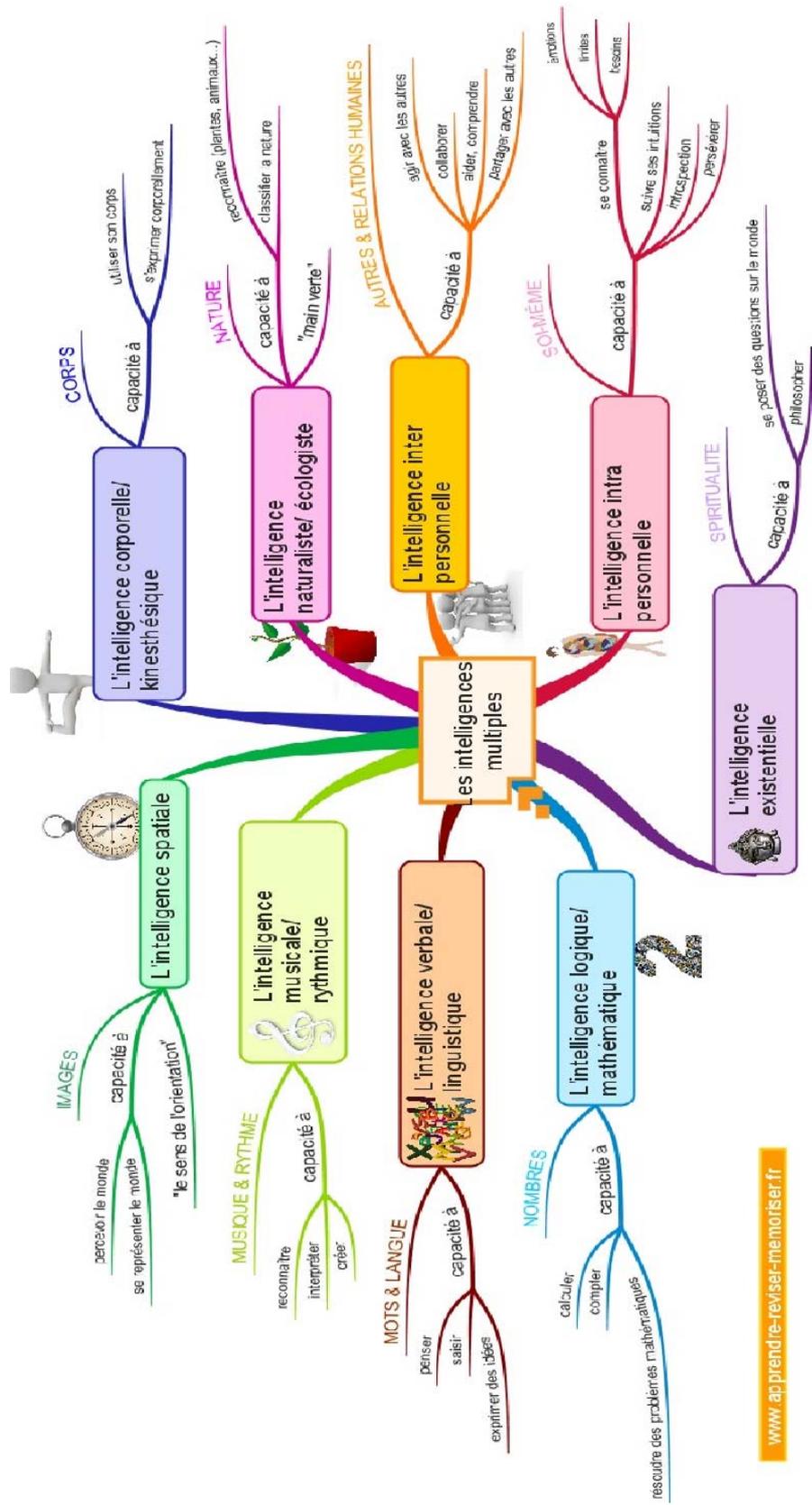


Triade autistique selon la CIM-10, illustration récupérée à <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/la-cim-10-triade-autistique/>



Dyade autistique selon le DSM-5, illustration récupérée à <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/le-dsm-5-dyade-autistique/>

Annexe 4 : schéma des intelligences multiples, récupéré à : <https://apprendre-reviser-memoriser.fr/apprendre-avec-les-intelligences-multiples/>



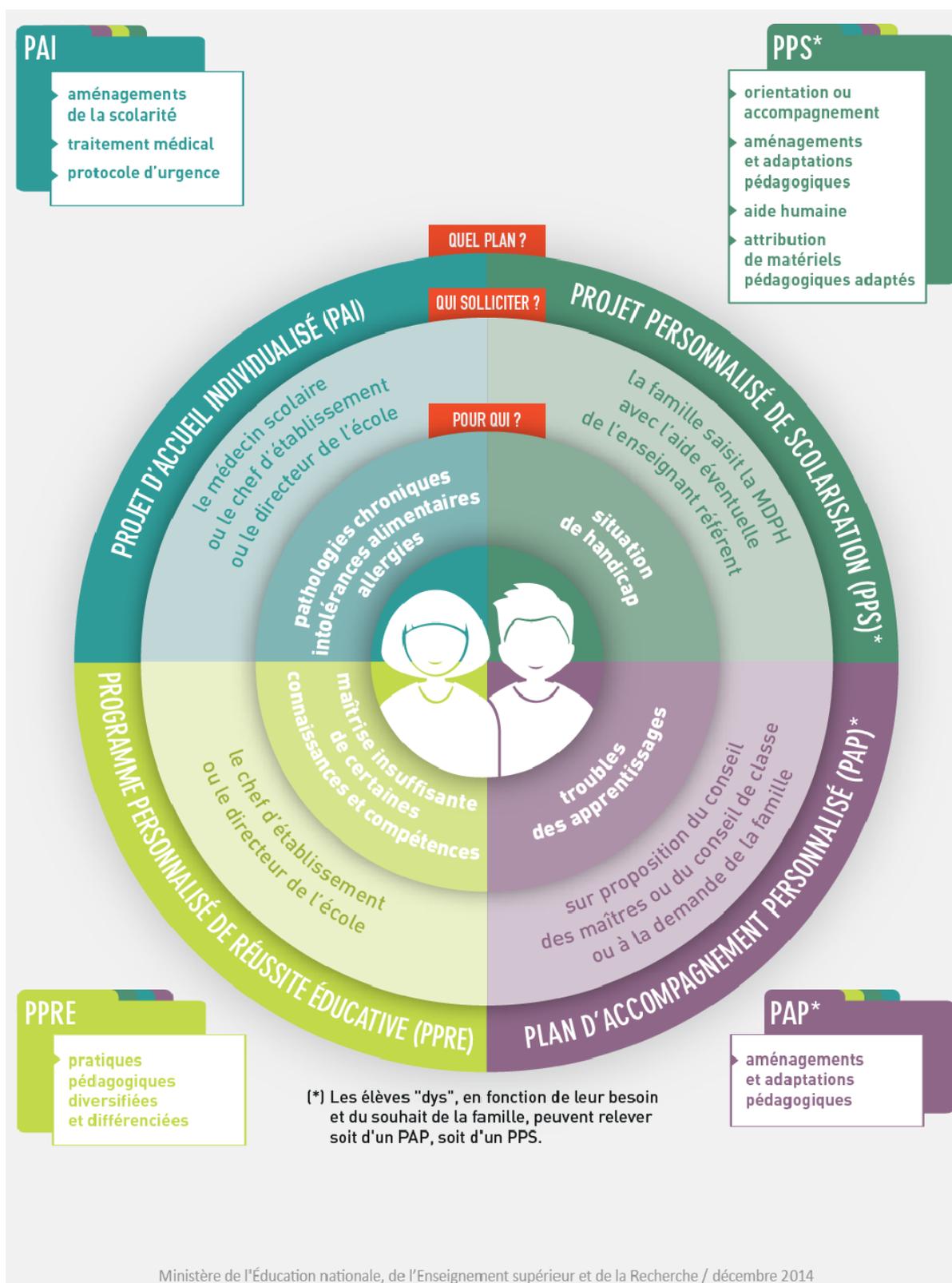
www.apprendre-reviser-memoriser.fr

Annexe 5 : Les quatre types d'aménagements pédagogiques personnalisés pour les élèves à besoins spécifiques.

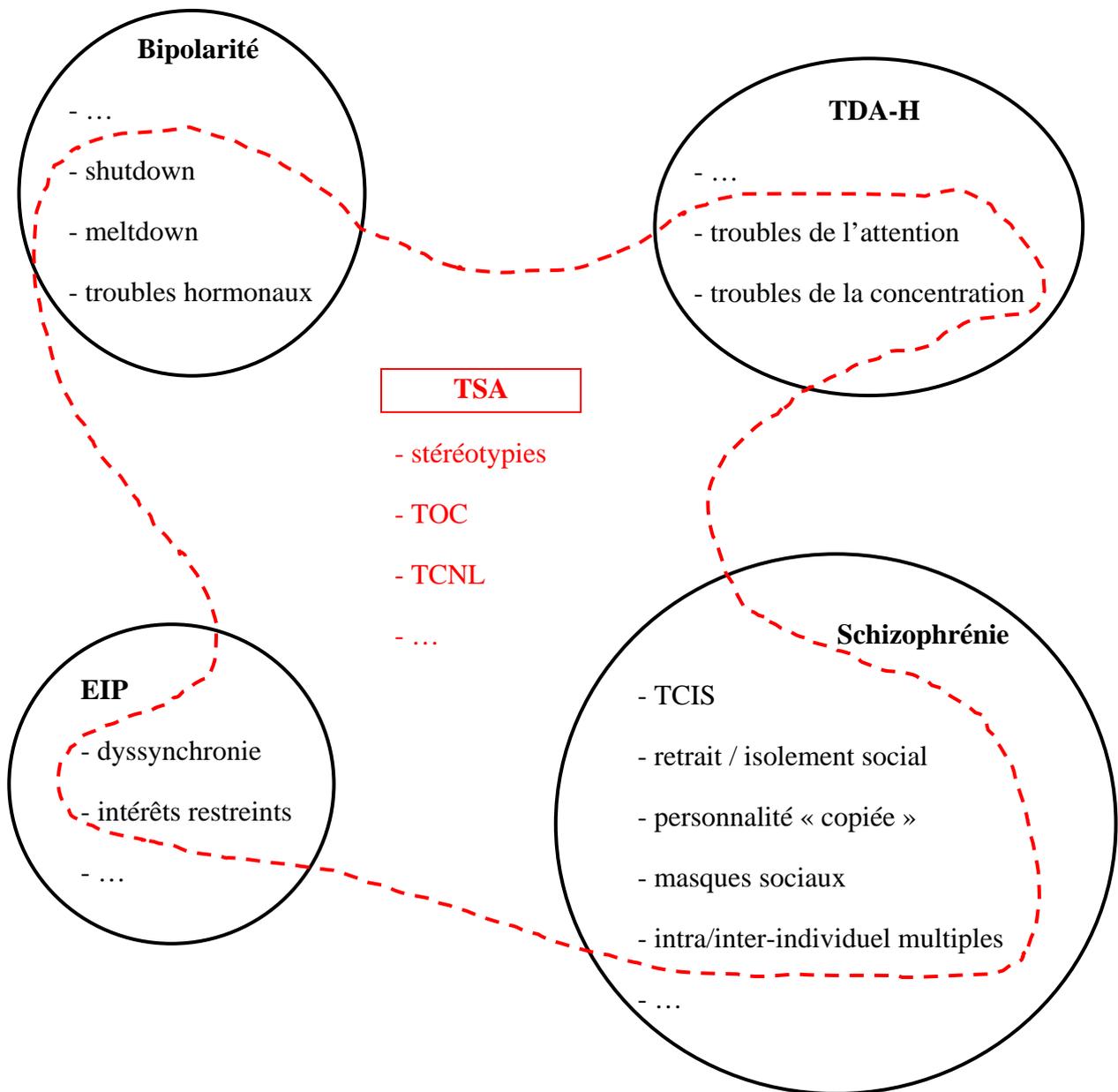
Source : Ministère de l'Éducation Nationale (Eduscol).

Récupéré à

http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/31/8/2015dec_ecole_inclusive_livret_512318.pdf



Annexe 6 : éléments communs au diagnostic d'autisme (TSA) et aux diagnostics proches (bipolarité, TDA-H, EIP (HPI), schizophrénie), basés sur les DSM-IV et DSM-5.



Annexe 7 : Liste des 28 items permettant le calcul de l'ARE (en gris) et des CBS (en jaune pâle) pour évaluer le comportement d'attachement d'un élève.

1. Lorsque cet(te) élève est affligé(e) ou préoccupé(e), il (elle) accepte que je le (la) réconforte
2. Cet(te) élève accepte les interdits relatifs à sa sécurité (par ex. ne pas sortir de l'enceinte de l'école, ne pas sauter par-dessus les murs)
3. Ce(te) élève discute avec moi de ses préoccupations relatives à ses relations avec les autres personnes (par ex. : avec ses camarades)
4. Cet(te) élève dit des choses pour me blesser
5. Cet(te) élève montre spontanément des émotions envers moi
6. Cet(te) élève me cache les mauvaises expériences qu'il (elle) a eues, de peur d'en être tenu(e) pour responsable
7. Cet(te) élève est froid(e) et indifférent(e) envers moi
8. Cet(te) élève établit facilement des liens d'amitié avec ses camarades
9. Cet(te) élève menace de mal se comporter
10. Lorsqu'il (elle) est confronté(e) à une situation difficile et qu'il (elle) en ressent le besoin, il (elle) cherche de l'aide auprès de moi
11. Cet(te) élève fait preuve d'hostilité et d'agressivité envers les camarades plus faibles et démunis
12. Cet(te) élève cherche à obtenir mon approbation lorsqu'il (elle) arrive à faire une chose pour la première fois
13. Après avoir été effrayé(e) ou affligé(e), il (elle) se calme rapidement en ayant un contact physique avec moi
14. Cet(te) élève me cache les erreurs et accidents qu'il (elle) a vécu(e)s, de peur que je ne l'aime plus
15. Cet(te) élève n'a pas peur de faire une chose lorsque je lui dis que c'est sûr ou qu'il n'y a pas de problème
16. Cet(te) élève aime que l'on le (la) laisse seul(e) lorsqu'il (elle) a des problèmes (par ex. : est triste ou embêté(e))
17. Cet(te) élève cherche à me voir lorsqu'il (elle) est blessé(e) ou chagriné(e)
18. Cet(te) élève cherche à résoudre de manière non violente les problèmes avec ses camarades agressifs
19. Cet(te) élève me confie des situations dans lesquelles il (elle) est exclu(e) par les autres
20. Lorsque le groupe va se promener dans un lieu pour la première fois, cet(te) élève démontre un intérêt à le découvrir
21. Cet(te) élève crie sur moi avec rage
22. Cet(te) élève me demande de l'aide lorsqu'il (elle) est affligé(e) ou a des problèmes
23. Cet(te) élève est capable de maîtriser ses pulsions lorsque la situation l'exige (par ex. : lorsque j'appelle son attention)
24. Cet(te) élève aime me raconter des expériences positives ou amusantes qui lui sont arrivées
25. Cet(te) élève peut rester longtemps fâché(e) contre moi
26. Lorsque cet(te) élève apprend quelque chose de nouveau, il (elle) se montre curieux(se) d'en apprendre davantage (par ex. : en posant des questions)
27. Cet(te) élève est capable de maîtriser ses émotions lorsque ceci est nécessaire (par ex. : lorsque les camarades le (la) provoquent)
28. Cet(te) élève fait preuve d'une grande distance émotionnelle vis-à-vis de ses camarades

Annexe 8 : Résultats de l'évaluation basée sur l'échelle de perception des comportements d'attachement (PCA-P).

AVANT MAS B.	KYLIAN	MARIE	MARC	IBRAHIM	SOFIANE
Autorégulation émotionnelle (ARE)	32	36	32	52	30
Cpts Base Sécure (CBS)	23	51	59	17	34
SCORES	55	87	91	69	64

APRES MAS B.	KYLIAN	MARIE	MARC	IBRAHIM	SOFIANE
Autorégulation émotionnelle (ARE)	30	39	28	38	54
Cpts Base Sécure (CBS)	38	65	36	38	63
SCORES	68	104	64	76	117

VARIATIONS	KYLIAN	MARIE	MARC	IBRAHIM	SOFIANE
Autorégulation émotionnelle (ARE)	-2	3	-4	-14	24
Cpts Base Sécure (CBS)	15	14	-23	21	29
TOTAL	13	17	-27	7	53

Résumé

Dans le cadre de l'UE 22 « Se former par la recherche » du Master MEEF 1^{er} degré, j'ai voulu étudier les dispositifs scolaires d'accompagnement des enfants autistes. Face à l'absence de réponse spécifique à l'autisme, et malgré des solutions existantes pour certaines atypies, il m'a fallu réorienter la problématique de l'accompagnement vers les aménagements de la classe et de l'école, afin d'axer l'étude sur les troubles liés à l'autisme et aux *neuroatypies* associées.

Il s'agit d'étudier les conceptions possibles de la classe pour favoriser l'inclusion des enfants *neuroatypiques*. Du point de vue des enseignants, leur perception de l'autisme peut conduire à une dérive de stigmatisation, d'où un besoin de catégorisation non stéréotypée et d'une formation spécifique. Le travail de coéducation permet à l'équipe éducative (enseignants, spécialistes, parents) de contribuer au bien-être de l'enfant, mission incontournable de l'Éducation Nationale. Ce bien-être passe par une inclusion réelle de chaque enfant, y compris les enfants *neuroatypiques*, impliquant un aménagement spatial et temporel adapté dès la maternelle. Cet aménagement revêt de nombreuses formes en fonction des pédagogies mises en œuvre au sein des classes, des écoles, des équipes, et part d'une volonté de bienveillance toujours accrue, centrée sur l'élève et donc l'enfant. Des recherches sont menées en France, ainsi qu'ailleurs en Europe et outre-Atlantique, pour définir les besoins spécifiques d'enfants *neuroatypiques*, qui nous permettront peut-être d'adapter le système scolaire à ces enfants.

Abstract

My study concerns possible conceptions of the class to promote the inclusion of *neurotypic* children. The perception of autism by teachers can lead them to a stigma drift, that's why they need a specific training. Coeducation allows the educational team (teachers, specialists, parents) to contribute to the well-being of the child, which is an unavoidable mission of the National Education. This well-being implies an actual inclusion of each child, including *neurotypic* children, involving an adapted spatial and temporal planning from kindergarten.

This planning takes many forms depending on pedagogies implemented within classes, schools and teams. Such an arrangement requires a will of benevolence always increased, centered on the pupils and therefore the children. Research is being conducted in France, elsewhere in Europe and in other countries like Canada and the USA, to define the specific needs of *neurotypic* children, which may allow us to adapt the school system to these children.