

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



 Université  
de Lille

 **ufr35**  
faculté  
de médecine

# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Méline LAURENCE**

soutenu publiquement en juin 2022

**Une action de prévention en orthophonie :**

**Réalisation d'un outil pour les personnels périscolaires à  
propos des troubles du spectre de l'autisme (TSA)**

MEMOIRE dirigé par

**Julien BEAUFILS**, Formateur consultant, Université de Lille, Lille

**Xavier COULIER**, Orthophoniste, Université de Lille, Lille

## Remerciements

Un grand merci à Monsieur Julien Beaufiles d'avoir soutenu le projet dès ses prémices et à Monsieur Xavier Coulier d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire à son tour. Merci à vous deux pour votre disponibilité, vos conseils et votre soutien malgré les diverses difficultés rencontrées. Vos engagements professionnels et personnels dans ce projet m'ont permis de le mener à bien.

Merci également à Madame Véronique Guillamaud d'avoir accepté d'assurer le rôle de lecteur en cours de route.

Merci aux membres du jury de m'accorder votre temps et de vous intéresser à cette étude.

Je remercie également toutes les personnes ayant répondu au questionnaire, sans qui ce projet n'aurait pas pu aboutir.

Merci aux maîtres de stage, rencontrés au cours des cinq années, d'avoir contribué à ma formation et de m'avoir apporté leurs savoirs professionnels.

Je tiens à remercier particulièrement l'ensemble de mes proches pour leur soutien au cours de mes années d'études et dans la réalisation de ce projet. Un grand merci à mes parents, Jean-Marc, Sophie, Timothé, Sabine, Loïc, Célia, Modana, Lennie, Mathilde P, Mathilde V... Merci pour vos relectures, vos avis, votre écoute et vos nombreux encouragements. Un merci particulier à mes amies orthophonistes ou futures, pour votre soutien et vos conseils, vous qui connaissez si bien les joies et difficultés de ce parcours.

Merci à tous d'avoir contribué à l'aboutissement de ce travail !

## **Résumé :**

La prévalence de l'autisme augmente depuis plusieurs années et les enfants porteurs de troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont davantage accueillis en école ordinaire. Aussi, les professionnels périscolaires travaillent quotidiennement avec des enfants à besoins particuliers à l'école et dans les accueils de loisirs. Cependant, ces animateurs bénéficient de peu de formations à propos du handicap, et en particulier de l'autisme. Dans ce contexte et selon le décret de compétences de la profession, l'orthophoniste participe à la prévention. Nous avons par conséquent choisi de réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels périscolaires sur l'autisme afin de leur apporter les informations manquantes si nécessaire. Un questionnaire informatisé a été construit au plus près du quotidien des professionnels et de la littérature sur le sujet. À la suite de la diffusion, 265 réponses complètes ont été obtenues. L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence un manque de connaissances de certains troubles et adaptations ainsi qu'un désir d'obtenir davantage d'informations sur le sujet. C'est pourquoi, dans le cadre de la prévention secondaire et compte tenu du rôle de l'orthophoniste dans la prévention, une vidéo a été réalisée. Celle-ci s'appuie sur les principaux manques dégagés dans l'étude. La diffusion de ce support permettra alors de soutenir leurs connaissances. Néanmoins, les études dans ce domaine sont peu nombreuses et restent à poursuivre.

## **Mots-clés :**

Prévention, autisme, animateur périscolaire, orthophonie, inclusion

## **Abstract :**

The prevalence of autism has been increasing for several years and children with Autism Spectrum Disorders (ASD) are being enrolled more and more in mainstream schools. Consequently, numerous after-school professionals work daily with children with special needs in school and in leisure time activities. However, these workers often receive limited information about disability, specifically autism. In this context and according to the decree of competence of the profession, the speech therapist takes part in prevention. So, we chose to carry out an inventory of the knowledge of after-school professionals on autism in order to provide them with the missing information if necessary. An online questionnaire was created in order to fill in the knowledge gaps between existing literature and the daily life of after-school professionals. Following distribution, 265 people answered. The analysis of the results revealed a lack of knowledge relative to some specific disorders and adaptations, as well as a wish for more information on the subject. Therefore, as part of secondary prevention and considering the role of the speech therapist in prevention, a video was created. It is based on the main gaps identified in the study. The sharing of this material will then support their training. Nevertheless, studies in this domain are limited and need to be continued.

## **Keywords :**

Prevention, autism, after-school professionals, speech therapy, inclusion

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>2</b>
1. La prévention en orthophonie et dans l'autisme .....	2
1.1. La prévention dans le domaine de l'autisme .....	2
1.2. La prévention en orthophonie.....	2
2. Troubles du spectre de l'autisme et symptomatologie.....	3
2.1. Diagnostic clinique des troubles du spectre de l'autisme.....	3
2.2. Troubles de la communication et du langage .....	4
2.2.1. Prérequis à la communication .....	4
2.2.2. Communication verbale et non verbale.....	4
2.2.3. Interactions sociales .....	6
2.3. Aspects sensoriels et comportementaux .....	7
2.3.1. Intérêts spécifiques .....	7
2.3.2. Comportements restreints et répétés .....	7
2.3.3. Particularités sensorielles et difficultés alimentaires .....	8
2.3.4. Comportements défis.....	8
2.4. Les intervenants auprès des enfants porteurs de TSA.....	9
3. Les enfants porteurs de TSA et le personnel périscolaire.....	9
3.1. L'inclusion des élèves avec un TSA en milieu scolaire ordinaire .....	9
3.2. Les métiers du périscolaire.....	10
3.3. L'information concernant le handicap dans leurs formations .....	10
4. Problématiques et hypothèses .....	11
<b>Méthode .....</b>	<b>11</b>
1. Population participant à l'étude .....	11
1.1. Les critères d'inclusion .....	11
1.2. Les critères d'exclusion.....	12
2. Matériel.....	12
2.1. Choix du support .....	12
2.2. Élaboration du questionnaire.....	12
3. Procédures.....	13
3.1. Diffusion du questionnaire .....	13
3.2. Méthode d'analyse des données .....	13
<b>Résultats.....</b>	<b>15</b>
1. Le parcours des répondants.....	15
1.1. Formation initiale et contenu sur les TSA.....	15
1.2. Formation continue et contenu sur les TSA .....	15
1.3. Lieu d'exercice professionnel au cours des deux dernières années .....	16
2. Les connaissances des animateurs sur les TSA .....	16
2.1. Connaissances théoriques sur les TSA.....	16
2.1.1. Informations générales .....	16
2.1.2. Le diagnostic de TSA.....	17

2.1.3. Les troubles retrouvés dans l'autisme .....	17
2.1.4. Les troubles de la communication et le rôle des orthophonistes.....	17
2.2. Connaissances pratiques sur les TSA .....	18
2.2.1. Les situations rencontrées par les animateurs .....	18
2.2.2. Les adaptations privilégiées par les animateurs .....	18
3. Le besoin d'informations ressenti par les animateurs.....	20
3.1. Les connaissances obtenues dans le cadre d'actions de prévention.....	20
3.2. Intérêt pour la diffusion d'un support d'informations.....	20
4. Comparaison des variables .....	21
4.1. Comparaison diplômes et autisme dans les formations.....	21
4.2. Comparaison autisme dans les formations et besoin d'informations supplémentaires	21
4.3. Comparaison prise en charge d'un enfant porteur de TSA et besoin d'informations	22
supplémentaires .....	22
4.4. Comparaison présence à une action de prévention et besoin d'informations	22
supplémentaires .....	22
<b>Discussion.....</b>	<b>22</b>
1. Rappel des objectifs et des hypothèses .....	22
2. Discussion des résultats .....	23
2.1. Manque d'informations sur l'autisme .....	23
2.2. Manque de connaissances des adaptations à proposer .....	25
2.3. Ressenti de l'utilité d'un support d'informations sur l'autisme .....	26
3. Création d'un support d'informations.....	27
3.1. Construction du support .....	27
3.2. Diffusion du support.....	28
4. Limites et perspectives de l'étude.....	28
4.1. Limites.....	28
4.2. Perspectives .....	29
<b>Conclusion .....</b>	<b>30</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>31</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>35</b>
Annexe n°1 : questionnaire adressé aux animateurs. ....	35
Annexe n°2 : déclaration de conformité du questionnaire. ....	35
Annexe n°3 : lettre d'information en amont du questionnaire. ....	35
Annexe n°4 : détail des réponses au questionnaire. ....	35

# Introduction

Depuis leur découverte dans les années 1940, les manifestations autistiques ont été largement étudiées et les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont progressivement devenus un enjeu majeur de santé publique dans le monde. En France en 2018, l'INSERM estimait à 700 000 le nombre de personnes porteuses d'un TSA. Les différents « Plans Autisme » mis en place par le gouvernement depuis 2005 ont permis une meilleure prise en compte de ces personnes à besoins éducatifs particuliers. Cependant, un rapport sur le troisième Plan Autisme (2013-2017) a mis en exergue les progrès à réaliser pour le dépistage et la prise en charge (Compagnon et al., 2017). Celui-ci préconisait d'augmenter le nombre de bilans diagnostiques, de favoriser la formation des aidants familiaux et des professionnels, d'améliorer la coordination régionale ainsi que la rapidité d'action entre le diagnostic et l'intervention précoce.

Actuellement, le diagnostic de TSA peut être posé dès l'âge de dix-huit mois (Haute Autorité de Santé (HAS), 2018). À partir de trois ans et jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte, la scolarisation de l'enfant porteur d'autisme représente un objectif majeur dans le cadre de son développement et de sa socialisation (HAS, 2018). À ce propos, d'après Hameury et al. (2006), la scolarisation en milieu ordinaire favorise l'intégration et le développement des compétences sociales. Dans le domaine scolaire, les intervenants sont nombreux (enseignants, AESH, animateurs, etc.). Les temps périscolaires (matin, midi, soir, mercredi et vacances) peuvent représenter jusqu'à 38 heures par semaine pour un enfant. Selon une étude de la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme en 2020, les parents d'enfants en situation de handicap ressentent un défaut d'accompagnement par les personnels périscolaires. Au regard de leurs diplômes, il semblerait que ces professionnels ne bénéficient pas de formation initiale spécifique dans le champ du handicap. De plus, dans les référentiels de formation de différents diplômes de l'animation, le handicap et l'autisme sont très peu mentionnés (IFAC, 2015 ; J.O. 26 juillet 2016). Dans ce sens, le dernier Plan Autisme 2018-2022 et les recommandations de bonnes pratiques (HAS, 2012) soulignent le besoin et l'intérêt de réaliser des actions de prévention auprès des différents professionnels accueillant ces enfants. Comme le prévoit le décret de compétences de la profession, l'orthophoniste participe à la prévention et contribue à la diffusion des connaissances relatives au champ de compétences. Alors, les orthophonistes peuvent permettre aux professionnels de mieux connaître les différentes caractéristiques de l'autisme, dont les difficultés de communication. En étant mieux informés des troubles existants et des spécificités des enfants, les animateurs périscolaires pourraient les accueillir de manière plus adaptée en apportant des ajustements à leur pratique.

Ce mémoire a pour principal objectif de réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels périscolaires sur l'autisme. Dans le cas où ils manqueraient réellement de savoirs, le second objectif sera de leur apporter des informations complémentaires par le biais d'un support de sensibilisation. Ainsi, ce mémoire se composera d'un questionnaire à destination des animateurs, dont l'analyse permettra d'identifier leur niveau de connaissance. Grâce aux différentes informations recueillies, un support pourra être élaboré puis diffusé au plus grand nombre de professionnels afin de leur apporter des notions ainsi que des pistes pour leur pratique.

# **Contexte théorique, buts et hypothèses**

## **1. La prévention en orthophonie et dans l'autisme**

### **1.1. La prévention dans le domaine de l'autisme**

En 2005, un premier Plan Autisme a été mis en place en France afin de favoriser le dépistage, la prévention et la prise en charge des personnes présentant un TSA. Dans ce plan, l'accent a été mis sur la création des centres ressources autisme (CRA) et la formation des professionnels accompagnateurs. Les plans suivants ont soutenu ces objectifs et ont permis la création des recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2012. L'axe s'est poursuivi sur la scolarisation en milieu ordinaire (Compagnon et al., 2017). Actuellement en vigueur, le quatrième plan autisme 2018-2022 regroupe cinq engagements majeurs. Parmi eux, on retrouve : le renforcement de la recherche et de la formation, la mise en place d'interventions précoces selon les recommandations de la HAS, l'accès à une scolarisation effective pour les jeunes et à l'inclusion des adultes, ainsi qu'un soutien aux familles.

Parmi les objectifs du Plan Autisme actuel, la mise en place d'interventions précoces inclut la formation massive des professionnels. Compagnon et al. (2017), dans le rapport d'évaluation du troisième Plan Autisme, évoquent l'importance de l'inclusion en milieu ordinaire pour les enfants porteurs de TSA. Pour eux, cet objectif doit être partagé par tous les intervenants dont les professionnels de la petite enfance et du milieu médico-social. Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de première ligne (HAS, 2018) indiquent les signes d'alerte et l'orientation adéquate vers les professionnels de seconde ligne à visée diagnostique. Parmi les professionnels de première ligne ciblés par les recommandations sont cités les métiers de la petite enfance, de l'Éducation nationale, les médecins et les paramédicaux. Les animateurs périscolaires n'y sont pas explicitement cités tandis qu'ils partagent également le quotidien des enfants.

Dans l'ensemble, les différents Plans Autisme et les recommandations de bonnes pratiques de la HAS encouragent la mise en place d'actions de prévention visant au bien-être et à la prise en charge optimale de l'autisme. Dans ce cadre, l'orthophoniste détient un rôle de prévention.

### **1.2. La prévention en orthophonie**

La prévention est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». L'OMS distingue trois stades de prévention : la prévention primaire consiste à diminuer l'incidence d'une maladie ; la prévention secondaire à diminuer la prévalence et la prévention tertiaire à réduire les complications entraînées par une maladie.

Le concept de prévention dans le métier d'orthophoniste est apparu en 1975 et s'est développé progressivement. Selon le décret n°2002-721 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, l'orthophonie consiste « à prévenir, à évaluer et à prendre en charge » (J.O. 4 mai 2002). L'orthophoniste a alors la capacité d'intervenir dans le cadre de la prévention primaire et secondaire à propos des diverses pathologies de son champ de

compétences (Lederlé & Kremer, 2020). Ces actions de prévention et de promotion de la santé peuvent prendre différentes formes (actions individuelles ou collectives), auprès de toute population concernée par le sujet (Lederlé & Kremer, 2020).

L'autisme fait partie du champ de compétences de l'orthophoniste. Dans ce domaine, ce professionnel intervient notamment au niveau des troubles de la communication et de l'alimentation. L'orthophoniste a également un rôle à jouer dans la prévention des troubles associés au TSA. Des actions de prévention telles que des réunions ont déjà été réalisées par des orthophonistes ou des étudiants, notamment auprès d'enseignants et de médecins (Edet, 2020). Le site internet « Deux minutes pour mieux vivre l'autisme » met gratuitement à disposition des vidéos d'information concernant le quotidien et les troubles de l'enfant porteur d'autisme (De Gabrielli, 2018). Cependant, aucun outil spécifique ne semble exister à destination du personnel périscolaire. Afin de recevoir un enfant avec TSA dans de bonnes conditions et pour favoriser son bien-être et son développement, il est important de former tous les personnels, y compris les périscolaires. Dans ce cadre, les orthophonistes peuvent intervenir.

## **2. Troubles du spectre de l'autisme et symptomatologie**

### **2.1. Diagnostic clinique des troubles du spectre de l'autisme**

Depuis quelques années, la prévalence de l'autisme ne cesse d'augmenter en France (Delobel-Ayoub et al., 2020). Actuellement, selon l'INSERM, un enfant sur cent est concerné par un TSA. Pour Georgieff (2016), cette augmentation peut notamment s'expliquer par une meilleure connaissance des troubles permettant un meilleur dépistage.

Les premières descriptions de l'autisme ont été faites par Léo Kanner et Hans Asperger en 1943 et 1944. De la psychiatrie aux troubles neurodéveloppementaux, les conceptions ont largement évolué (Georgieff, 2016). Actuellement, le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) représente une classification de référence concernant le diagnostic du TSA (Crocq et al., 2015). Celle-ci décrit une dyade autistique composée d'un déficit de la communication et des interactions sociales, ainsi que d'un caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts. Le terme "spectre" évoqué dans le DSM-5, signifie qu'il existe différents grades de sévérité, du plus léger au plus sévère (Georgieff, 2016).

Pour poser un diagnostic de TSA, les différents symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement, avoir un retentissement sur la vie quotidienne et ne doivent pas être mieux expliqués par un handicap intellectuel (Miri, 2020). S'agissant du diagnostic, celui-ci est posé de plus en plus tôt (HAS, 2018). Malgré une pose de diagnostic possible dès dix-huit mois, l'âge moyen de diagnostic se situe entre quatre et cinq ans (Daniels & Mandell, 2014).

D'une façon générale, les troubles associés à l'autisme sont nombreux. Selon l'INSERM, un tiers des personnes porteuses d'autisme présenterait une déficience intellectuelle. Celle-ci se définit par un quotient intellectuel inférieur à soixante-dix (INSERM, 2016). Il est également possible de retrouver, dans 50 à 75% des cas, des troubles anxiodépressifs et des déficits d'attention (Pry, 2013). Par ailleurs, selon ce même auteur, des crises d'épilepsie peuvent apparaître chez 5 à 45% des personnes avec un TSA. Dans la population générale, seuls 1 à 2%



sont concernés par l'épilepsie. Dans l'autisme, l'épilepsie peut alors augmenter les difficultés au niveau des interactions sociales, de la communication, de la motricité fine et globale, de l'attention, de l'anxiété et du comportement (Autisme et comorbidités, 2013). En outre, des troubles du sommeil se manifestent davantage que dans la population générale (Elrod & Hood, 2015). De surcroît, on identifie régulièrement dans l'autisme des troubles de la communication et du langage.

## **2.2. Troubles de la communication et du langage**

### **2.2.1. Prérequis à la communication**

Selon Brin et al. (1997, p.42), la communication représente « tout moyen verbal ou non verbal, utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances et des sentiments avec un autre individu ». Dans l'autisme, un retard peut être observé dans la mise en place des prérequis à la communication (Peeters, 2020). Parmi eux, on retrouve notamment le regard, l'orientation au son, l'imitation, le pointage, l'attention conjointe, les tours de rôle, le jeu, les productions sonores et la compréhension.

Dès les premiers stades du développement, l'enfant avec TSA présente des différences avec l'enfant tout-venant (Peeters, 2020). D'après Leroy et Masson (2010), les contacts oculaires seront plus rapides, ce qui retardera la mise en place de l'attention conjointe, indispensable pour établir une relation avec l'environnement. À ce propos, certains auteurs estiment qu'il est préférable de ne pas forcer l'enfant à regarder l'autre (Harrisson et al., 2020). L'adulte peut néanmoins favoriser le regard par exemple en approchant de son visage l'objet qui intéresse l'enfant. Par ailleurs, l'enfant avec TSA n'utilisera pas nécessairement le pointage visant à désigner l'objet désiré ou dans le but d'attirer l'attention (Leroy & Masson, 2010). Pour cela, l'adulte peut donner le modèle à l'enfant. Quant à la mise en place du tour de rôle, qui apparaît vers trois ou quatre mois dans le développement normal, les chevauchements de parole et le manque de contact visuel impactent l'interaction chez l'enfant porteur d'autisme (Leroy & Masson, 2010). En outre, selon Peeters (2020), à huit mois, l'enfant avec TSA peut être indifférent et l'imitation n'est pas perçue. Ainsi, dès le plus jeune âge, l'enfant porteur d'autisme présentera des différences par rapport à l'enfant tout-venant dans ses actes de communication. Le rôle de l'adulte sera alors de soutenir le développement de ces prérequis.

### **2.2.2. Communication verbale et non verbale**

Afin de transmettre un message, l'être humain utilise le langage. Vermeulen (2019, p.55) définit le langage comme « le moyen par lequel nous émettons des indices significatifs et les recevons d'autres personnes ». Il peut être verbal, écrit, illustré, corporel ou gestuel (Vermeulen, 2019). Le langage verbal, le plus utilisé dans notre société, peut poser des problèmes aux personnes porteuses d'autisme aux niveaux réceptif et expressif.

Au niveau réceptif, une hypospontanéité à la voix peut être présente en raison d'un défaut d'activation des aires corticales différentielles entre les bruits vocaux et non vocaux (Perret, 2010). Par conséquent, dans le contexte périscolaire, les nombreux échanges en groupe peuvent être difficilement perçus par l'enfant porteur d'autisme. Alors, l'adulte sera attentif aux réactions de l'enfant et pourra soutenir les réactions aux bruits (Peeters, 2020).

De plus, des difficultés de compréhension verbale peuvent apparaître. D'après Courtois-du-Passage et Galloux (2004), une hétérogénéité de développement entre les champs lexicaux peut empêcher la compréhension de certains termes. De plus, la compréhension syntaxique, permettant à l'enfant de mettre les mots en lien, est généralement plus touchée que la compréhension lexicale (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Pour ces auteurs, les personnes avec TSA présentent également une compréhension littérale du message entraînant des difficultés à percevoir et comprendre la polysémie, l'humour et les métaphores. L'explication de certains termes sera alors bénéfique à la compréhension (Peeters, 2020). Dans ce contexte et en prenant en compte les diverses difficultés de l'enfant, l'animateur périscolaire peut veiller à la bonne compréhension en utilisant un vocabulaire et une syntaxe plus simples, des questions fermées et des supports visuels complémentaires (Courtesseyre et al., 2018). Par ailleurs, chez la personne avec un TSA, le traitement de l'information se fait de manière sérielle, ce qui requiert plus de temps pour accéder à une bonne compréhension (Vermeulen, 2019). Temple Grandin, cité par Vermeulen (2019), évoque le terme de « penseurs visuels ». En effet, les outils employés en pratique et recommandés dans la littérature (HAS, 2012) se basent sur l'utilisation du visuel. Aussi, Vermeulen et al. (2020) évoquent l'importance d'utiliser une « communication concrète » qui ne nécessite pas d'avoir recours à l'imagination. Pour ce faire, il est conseillé de proposer des emplois du temps visuels, des sabliers et des schémas d'activités. En dernier lieu, le déficit en compréhension est souvent plus sévère qu'en expression (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

Au niveau expressif, des dysfonctionnements peuvent être observés dans les différents domaines du langage : l'articulation, la phonologie, le lexique, la morphosyntaxe et le récit. Les enfants porteurs d'autisme peuvent présenter un retard d'acquisition du langage voire une absence totale de langage dans 30 à 50% des cas (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Pour ces mêmes auteurs, les compétences phonologiques peuvent se développer normalement ou avec un retard. Par ailleurs, le développement du lexique peut être garanti ou non, avec une possible sur-représentation de certains champs sémantiques, une utilisation idiosyncrasique et des difficultés de construction des concepts (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Au niveau de la morphosyntaxe, la personne porteuse d'autisme peut présenter un retard ou non dans l'utilisation des règles grammaticales et des pronoms. Cette difficulté serait liée à une confusion lors de la distinction des rôles sociaux (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Ainsi, des difficultés peuvent apparaître ou non dans les divers domaines du langage oral. En effet, les tableaux cliniques sont très variables selon les enfants. Pour favoriser l'expression, l'adulte peut donner le bon modèle à l'enfant et reformuler ses productions (Peeters, 2020).

À propos des difficultés d'expression, des phénomènes d'écholalie peuvent également apparaître. L'écholalie se caractérise par une répétition de mots ou de phrases de manière immédiate ou différée (Peeters, 2020). Selon cet auteur, 60% des enfants porteurs d'autisme produiraient des écholalies et celles-ci pourraient avoir un but de communication. Lorsqu'un adulte relève ce comportement, il est préférable de chercher à identifier le but et de réagir en prenant en compte le sens et non la forme de la production verbale (Vermeulen et al., 2020). Alors, l'objectif sera de proposer à l'enfant des énoncés davantage adaptés à la demande, notamment en s'appuyant sur des supports visuels (Vermeulen et al., 2020).

Puis, pour Schopler et Mesibov (1985), des difficultés de communication non verbale émergent, notamment au niveau du contact oculaire, des expressions faciales, de la posture et de

la gestuelle. De plus, les aspects suprasegmentaux de la parole (prosodie, rythme et volume) sont souvent monotones dans l'autisme (Schopler & Mesibov, 1985). Ces difficultés impacteront alors l'échange de l'enfant porteur d'autisme avec ses camarades et les adultes au quotidien.

De manière générale, à la différence des enfants tout-venant, le langage verbal de l'enfant avec TSA n'est pas toujours utilisé à visée sociale, ce qui peut rendre l'interprétation difficile pour les pairs (Courtesseyre et al., 2018). Ainsi, les difficultés d'expression sont très variables d'un enfant à l'autre. Il en sera de même pour les adaptations à proposer à chacun.

Dans le cadre de la communication verbale et non verbale, les échanges entre la famille et les équipes scolaires et périscolaires sont primordiaux. Les proches de l'enfant sont ceux qui le connaissent le mieux et pourront donner des indications précises sur ses capacités et ses difficultés (Vermeulen et al., 2020). L'animateur pourra alors apprendre à connaître l'enfant, l'observer et s'adapter à sa manière de communiquer. Le professionnel sera ainsi en mesure de mettre en place des outils pour l'aider à comprendre et à se faire comprendre par ses camarades et par les adultes.

### **2.2.3. Interactions sociales**

Dans l'autisme, des difficultés pragmatiques apparaissent. La personne porteuse d'autisme peut présenter des difficultés pour l'utilisation et la régulation des comportements (verbaux ou non), la construction des relations avec les autres, et la réciprocité sociale ou émotionnelle (Crocq et al., 2016). Les particularités pragmatiques ont alors un effet sur l'interaction sociale dès les premiers mois de vie. Dans ce sens, Peeters (2020) évoque une absence de réactions sociales anticipatrices dès 6 mois ainsi qu'une diminution de la sociabilité lorsque l'enfant commence à se déplacer seul. Dans le cadre de l'école et des temps périscolaires, l'enfant avec TSA exprimera peu de demande, pourra se mettre à l'écart du groupe et ne réagira pas nécessairement aux sollicitations de l'adulte ou de ses pairs (Courtesseyre et al., 2018).

Afin d'être compétent dans les interactions sociales, l'individu tout-venant détient des capacités de cohérence centrale (Frith, 2003). Celle-ci représente la capacité à intégrer pleinement une information et à y donner un sens ; elle permet de construire une représentation globale dans un contexte précis. Dans les TSA, la perception est concrète, les relations sont invisibles et la construction d'un ensemble est difficile (Vermeulen, 2019). Dans ce cadre, cet auteur évoque les phénomènes de surgénéralisation et d'hypersélectivité : le premier consiste à appliquer une règle de manière continue dans un contexte inadapté tandis que le second repose sur une concentration excessive sur les détails. Ces difficultés entraînent une approche fragmentée et rigide empêchant l'accès au sens dans de nombreuses situations (Peeters, 2020) comme lors des rassemblements de groupes ou d'explications d'activités lors des temps périscolaires. C'est pourquoi la communication explicite et la communication visuelle sont à privilégier (Vermeulen et al., 2020). En effet, il est préférable de favoriser le fond du message et de s'appuyer sur des emplois du temps visuels, des schémas d'activités, des objets de transition afin de favoriser la compréhension et de rassurer l'enfant (Vermeulen et al., 2020).

En outre, l'enfant possède une capacité, dès deux ans, à déduire l'état intérieur de l'autre par l'observation et par ses propres représentations (Bensoussan & Latuillière, 2015). Dans ce cadre, Frith (2003) introduit le terme de « théorie de l'esprit ». Selon Peeters (2020), celle-ci permet de comprendre les idées, les émotions, les intentions et les comportements d'autrui. Les enfants

porteurs de TSA présenteraient un retard dans le développement de la théorie de l'esprit (Baron-Cohen, 2010). Peeters (2020) les décrit comme aveugles d'un point de vue social : « mind blind ». Dans certaines situations à l'école, l'enfant avec TSA ne comprendra pas ce qu'un camarade peut ressentir, par exemple lorsqu'il lui prend un jouet. À ces difficultés s'ajoutent le défaut de compréhension et d'expression des émotions, de généralisation d'une même émotion sur différents visages, des différentes intensités d'expression et le fait de passer outre la signification littérale (Vermeulen, 2019). Dans le contexte périscolaire, l'enfant ou l'adulte peut alors ressentir une indifférence de la part de l'enfant porteur d'autisme (Courtesseyre et al., 2018).

## **2.3. Aspects sensoriels et comportementaux**

### **2.3.1. Intérêts spécifiques**

Pour Anthony et al. (2013), un intérêt spécifique consiste en une préoccupation pour des centres d'intérêt, anormale par leur nature ou leur intensité, et qui peut favoriser un isolement. Selon Attwood (2003), 90% des personnes atteintes d'un TSA présentent des intérêts spécifiques. Par rapport aux neurotypiques, les personnes porteuses d'un TSA ont des centres d'intérêt davantage sensoriels et ceux-ci ne sont pas utilisés dans le but de créer un contact social (Anthony et al., 2013 ; Vermeulen et al., 2020). Ceci complique alors l'insertion dans la société et la participation aux conversations avec les pairs.

De plus, ces intérêts peuvent avoir un impact important sur les temps libres, parfois nombreux dans une journée (Vermeulen et al., 2020). Dans ces situations, Vermeulen et al. préconisent d'identifier si l'enfant a conscience des différentes possibilités d'activités qui s'offrent à lui. Si ce n'est pas le cas, il est possible de proposer à l'enfant différentes occupations, par exemple à l'aide de schémas décisionnels, en partant de ses centres d'intérêt et dans l'objectif d'élargir progressivement ses occupations à d'autres domaines (Vermeulen et al., 2020).

### **2.3.2. Comportements restreints et répétés**

Selon Bourreau et al. (2009, p.341), les comportements répétés et restreints sont des « activités ou des intérêts répétés, généralement non fonctionnels, qui sont exprimés de manière régulière ». Ils peuvent être provoqués par un dysfonctionnement de l'activité cérébrale entraînant des difficultés d'adaptation à l'environnement. Les personnes avec un TSA ont alors besoin de rituels et chaque changement peut provoquer un désordre, lié à une activité discontinue des fonctions exécutives (Bourreau et al., 2009). Lors des temps périscolaires, les changements peuvent être difficilement acceptés, c'est pourquoi l'animateur peut doucement orienter l'enfant vers une autre activité et favoriser des activités structurées afin de le rassurer (Courtesseyre et al., 2018). Il est également possible d'utiliser un objet de transition, permettant à l'enfant de repérer son corps dans l'espace lors des déplacements (Harrisson et al., 2020).

Par ailleurs, des manifestations autistiques répétées peuvent survenir. Dans ce cadre, des stéréotypies motrices sont décrites. Celles-ci sont définies par un ensemble de gestes répétitifs et rythmés. Pour certains auteurs, les stéréotypies ont un objectif de stimulation sensorielle (Harrisson et al., 2020) tandis que pour d'autres, elles peuvent également avoir une fonction de communication (Peeters, 2020). Pour ce dernier auteur, les sens de ces comportements peuvent être nombreux : procurer du plaisir, répondre à un besoin, se défendre, apprendre, réagir au stress,

explorer, créer une prévisibilité, communiquer. Ces comportements sont alors interprétables grâce à l'adaptation de l'adulte (Magerotte & Willaye, 2014). Pour Vermeulen et al. (2020), il est important de s'intéresser à la cause des stéréotypies pour éviter qu'elles soient remplacées par d'autres, d'autant plus fortes. Prévoir des moments spécifiques dans lesquels les stéréotypies sont autorisées peut alors permettre de rassurer l'enfant (Vermeulen et al., 2020). De plus, l'animateur périscolaire peut informer et sensibiliser les camarades.

### **2.3.3. Particularités sensorielles et difficultés alimentaires**

La perception sensorielle est, elle aussi, génératrice de difficultés pour la personne avec TSA. Selon Harrisson et al. (2020), la personne réagit au stimulus sensoriel de manière amplifiée car l'organisation cognitive est perturbée. Elle réagirait particulièrement aux stimuli visuels, auditifs et tactiles (Peeters, 2020). De plus, pour cet auteur, des difficultés d'organisation globale et de régulation tonique peuvent être retrouvées. L'enfant peut être hyporéactif (seuil de réactivité élevé) ou hyperréactif (seuil de réactivité bas). Selon Harrisson et al. (2020), la personne avec un TSA préfère les stimulations régulières, stables, connues et prévisibles qui permettent un meilleur traitement de l'information. Ainsi, dans l'environnement scolaire comportant de nombreuses stimulations sensorielles, les professionnels ont la possibilité de veiller au bien-être de l'enfant et à ses réactions.

Dans ce cadre peuvent également apparaître des troubles de l'oralité et du comportement alimentaire, tels qu'une hypersélectivité, des aversions tactiles ou olfactives, ainsi que des troubles du comportement au cours des repas (Urben, 2016). En effet, les difficultés peuvent être liées à des facteurs sensoriels, sociaux, moteurs et/ou de compréhension (Vermeulen et al., 2020). Pour Urben (2016), les moments de repas peuvent être appréhendés par les personnes avec TSA. Les temps périscolaires incluent les temps de restauration, c'est pourquoi les professionnels doivent être informés et capables d'identifier les diverses difficultés et les adaptations à proposer en fonction. De cette façon, les échanges avec les proches sont importants.

### **2.3.4. Comportements défis**

Emerson (2001, p.3) décrit les comportements défis comme des « comportements culturellement anormaux, d'une intensité, fréquence ou durée, telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger (...) ». Ce comportement est alors considéré comme un problème par rapport à la société et à ses normes. Selon la classification de McBrien et Felce (1992), on peut retrouver des agressions, des automutilations, des destructions, des perturbations, des stéréotypies et des perturbations alimentaires. Ces agissements peuvent avoir pour objectif d'obtenir ou au contraire d'éviter quelque chose dans l'environnement (Alberto & Troutman, 2006). Parfois, les manifestations comportementales inadaptées sont l'unique moyen pour l'enfant d'exprimer son mal-être ou son incompréhension (Vermeulen et al., 2020). Elle peut également être le moyen d'expression d'une douleur physique (Magerotte & Willaye, 2014). Alors, agir sur les causes du comportement pourra éviter la nouvelle apparition de celui-ci. Dans ce sens, Magerotte et Willaye (2014) soulignent l'importance de la recontextualisation et de l'interprétation des comportements pour apporter une réponse adaptée et réduire la présence des comportements défis. Lors des temps périscolaires, le professionnel doit

alors être en mesure de comprendre les enjeux du comportement et d'aider l'enfant à revenir à un état stable, par exemple en proposant un espace à l'écart du groupe (Courtesseyre et al., 2018).

## **2.4. Les intervenants auprès des enfants porteurs de TSA**

Les professionnels relevant du domaine médico-social sont nombreux à intervenir auprès des enfants porteurs de TSA (HAS, 2012). En effet, d'après les recommandations de bonnes pratiques, on retrouve des médecins, des psychologues, des éducateurs spécialisés, des orthophonistes, des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des infirmiers. Ces professionnels détiennent chacun un rôle spécifique dans le suivi de l'enfant. L'intervention doit être la plus précoce possible (HAS, 2018). Dans ce sens, la HAS et les Plans Autisme recommandent la mise en place de suivis pluridisciplinaires, coordonnés entre les différents professionnels afin d'optimiser la prise en charge. Un travail en lien étroit avec les proches de l'enfant est également conseillé.

## **3. Les enfants porteurs de TSA et les animateurs périscolaires**

### **3.1. L'inclusion des élèves avec un TSA en milieu scolaire ordinaire**

La loi du 11 février 2005 inscrit le principe de l'école inclusive pour tous les enfants. Pour l'OMS en 2015, le handicap est un « phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. (...) des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires ». Selon les principes de l'école inclusive, ce n'est pas à l'élève de s'adapter à l'école mais à l'environnement de s'y adapter. L'école doit alors avoir la capacité d'accueillir tous les élèves sans distinction, y compris les élèves porteurs d'un TSA ayant des besoins éducatifs singuliers.

D'après une étude de la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme (2014) réalisée auprès de 1 146 parents d'enfants porteurs de handicap scolarisés en milieu ordinaire, 37% sont scolarisés à temps partiel (notamment en raison de la présence limitée des AESH). En ce qui concerne les temps périscolaires, 51% des élèves en situation de handicap ne bénéficient pas de l'accueil du matin et l'accès à la cantine n'est pas toujours possible (Défenseur des droits, 2014). Pour Holt (2003), l'inclusion des enfants porteurs d'autisme dépend du degré de sévérité des compétences cognitives, d'adaptation ainsi que de la manifestation des troubles. D'après une étude de cohorte menée par Rattaz et al. (2020), 80% des enfants porteurs d'autisme qui ne se rendent pas à l'école ont une déficience intellectuelle et le temps de scolarisation varie également en fonction de la présence ou non d'une déficience. Alors, la capacité de l'école ordinaire à accueillir un enfant à besoins particuliers dépendrait de l'intensité des troubles.

De surcroît, des témoignages comme celui de Bergmann Vanoli et Philip (2017), mettent en évidence le défaut d'accueil des enfants porteurs de TSA en école ordinaire. Dans leur ouvrage, ces auteurs évoquent l'impossibilité d'une inclusion scolaire optimale, entraînée par un manque de formation des professionnels et l'absence de coopération entre les différents professionnels qui gravitent autour de l'enfant. Selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (2012), une coordination est indispensable pour une intervention optimale. Il y est alors conseillé de réaliser des réunions d'information et de sensibilisation auprès des équipes scolaires.

### **3.2. Les métiers du périscolaire**

Les animateurs périscolaires sont présents dans les écoles maternelles et élémentaires. L'animateur met en place des activités et participe à une majorité des temps de vie quotidienne de l'enfant pendant les périodes scolaires et de vacances (déjeuner, goûter, etc.). Les temps périscolaires comprennent les temps d'accueil du matin avant la classe, de la cantine et de l'après-midi après la classe. Ces temps concernent également les mercredis au centre de loisirs pendant les périodes scolaires et toute la semaine durant les vacances scolaires. Différents diplômes permettent d'accéder à cette fonction :

- Des diplômes non professionnels (BAFA : Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateurs, BASE : Brevet d'Aptitude à l'animation Socio-Éducative, BAFD : Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur).
- Un Certificat Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (CPJEPS).
- Un certificat de qualification professionnelle d'animateur périscolaire ou un Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (BPJEPS).

Dans son ouvrage de formation au BAFA, Hernandez (2014) précise que l'équipe des accueils collectifs de mineurs doit être composée au minimum de 50% de personnes diplômées. Ainsi, tous les animateurs périscolaires ne disposent pas de diplôme spécifique à l'animation. Par ailleurs, les principaux partenaires des animateurs sont les parents et les enseignants.

### **3.3. L'information concernant le handicap dans leurs formations**

Depuis la loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'École, les collectivités territoriales doivent être en mesure d'accueillir des enfants porteurs de handicap lors des temps périscolaires (Komites, 2013). Selon les recommandations de la HAS (2018), les professionnels de la petite enfance et de l'enfance doivent porter attention au développement de la communication sociale des enfants durant leur développement. Les animateurs sont alors concernés par cette recommandation. Cependant, la loi de 2005 et le handicap ne sont que peu abordés dans les référentiels de formation. En effet, les référentiels fournis par le ministère de la Jeunesse pour le BAFA et le BAFD, ainsi que le Journal officiel de formation du BPJEPS contiennent très peu de données à propos de la formation sur le handicap (J.O. 26 juillet 2016). Pourtant, les professionnels exerçant auprès des enfants porteurs de TSA en école et centres de loisirs sont concernés par les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Alors, il est important de mettre en place une coordination avec les différents intervenants et de favoriser leur formation par d'autres professionnels (HAS, 2012).

Par ailleurs, les AESH (Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap) combinent quelquefois leur travail avec celui d'animateur périscolaire. Ce double emploi permet de favoriser la continuité de l'accompagnement de l'enfant sur les temps scolaires et périscolaires. Selon la circulaire du 27 juillet 2014, accéder à un poste d'AESH est possible grâce au diplôme du baccalauréat et sans formation spécifique (J.O. 29 juillet 2018).

Le manque de formation des enseignants concernant la particularité des divers handicaps, et notamment de l'autisme, est souvent abordé dans la littérature (Clément, 2016). Les professionnels périscolaires passent, eux aussi, beaucoup de temps avec les enfants en dehors du contexte d'apprentissage. Leur manque de formation est mis en évidence dans une étude de février 2014

(Défenseur des droits, 2014). Alors, tout comme les enseignants, les animateurs périscolaires bénéficieraient probablement d'apports d'informations sur les divers handicaps rencontrés au cours de leur carrière.

## **4.Problématiques et hypothèses**

Afin d'accueillir les enfants porteurs de handicap dans de bonnes conditions et du fait de la place des animateurs dans le quotidien des enfants, la création d'outils sur l'autisme à destination des professionnels périscolaires semble pertinente. Dans ce cadre, les orthophonistes possèdent un rôle de prévention, comme le prévoit le décret (J.O. 4 mai 2002), et peuvent intervenir auprès des différents professionnels afin de les informer sur l'autisme. En effet, l'intervention dans le domaine de l'autisme fait partie du champ de compétences des orthophonistes.

Alors, l'objectif principal du mémoire est de réaliser un état des lieux des connaissances des animateurs sur l'autisme. Le second objectif sera de construire un support de prévention si les différentes hypothèses sont validées. De ce fait, nous avons choisi de construire trois hypothèses principales. Les professionnels manqueraient de connaissances sur l'autisme (hypothèse 1), ainsi que sur les adaptations à proposer lors de l'accueil d'un enfant porteur de TSA au cours des temps périscolaires (hypothèse 2). De plus, les animateurs seraient intéressés par le partage d'un support d'informations sur les TSA par les orthophonistes (hypothèse 3). Les différentes hypothèses seront composées de sous-hypothèses plus précises, développées dans la partie méthode.

Ainsi, si une ou plusieurs hypothèses principales sont vérifiées par le biais du questionnaire, nous travaillerons à apporter aux professionnels périscolaires des informations sur les troubles et les adaptations, dans le but de faciliter leur quotidien et l'inclusion des enfants porteurs d'autisme.

## **Méthode**

### **1.Population participant à l'étude**

#### **1.1.Les critères d'inclusion**

Sont inclus dans cette étude tous les personnels périscolaires et extrascolaires travaillant ou ayant travaillé au cours des deux dernières années avec des enfants en école ordinaire en France (maternelle et élémentaire) ainsi qu'en centre de loisirs. Les personnes ayant occupé des emplois saisonniers et étudiants sont également incluses. Ceci permettra de disposer d'un nombre important de répondants et de détailler leurs connaissances en fonction des formations et diplômes dont ils disposent. Peu importe le diplôme obtenu dans l'animation, les personnes concernées peuvent répondre à l'étude. Cependant, il leur est demandé de préciser leur diplôme afin de pouvoir comparer leurs connaissances en fonction des formations suivies. De plus, nous avons fait le choix de cibler les animateurs ayant travaillé auprès des enfants au cours des deux dernières années dans le but d'obtenir des données et des expériences relativement récentes.



## 1.2. Les critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude les personnels travaillant avec des enfants plus âgés. En effet, nous nous sommes axés sur le développement de l'enfant porteur d'autisme jusqu'à dix ans, scolarisés en école maternelle et élémentaire. Comme expliqué précédemment, nous avons fait le choix d'exclure les professionnels n'ayant pas travaillé dans l'animation au cours des deux dernières années afin de favoriser des données actuelles. Les professeurs des écoles, les éducateurs et toute personne spécialiste dans le domaine de l'autisme sont également exclus de l'étude.

## 2. Matériel

### 2.1. Choix du support

Pour mener à bien cette étude, nous avons créé un questionnaire informatisé sur la plateforme LimeSurvey (<https://www.limesurvey.org/fr/>). Celui-ci est anonymisé : seuls les diplômes détenus et les organismes de formation sont demandés. Ainsi, les répondants ne peuvent pas être identifiés.

### 2.2. Élaboration du questionnaire

Cette enquête s'appuie sur les différents critères diagnostiques de l'autisme, explicités dans la littérature existante, et s'approche autant que possible du quotidien des professionnels afin d'obtenir des informations précises sur leurs connaissances. Le questionnaire a été construit en fonction des différentes hypothèses évoquées précédemment.

Le questionnaire (cf. annexe A1) est composé de 36 questions et se remplit plutôt rapidement, en 10 minutes environ. La majorité des réponses attendues sont fermées, afin d'éviter un nombre important de non-réponses. Ceci permet un remplissage plus rapide et une meilleure motivation pour les répondants. Nous avons également proposé quelques questions ouvertes afin de favoriser une analyse qualitative plus précise. Les questions sont regroupées dans six sections distinctes :

- Parcours de formation des répondants : six questions. Nous questionnons les répondants sur le ou les diplômes détenus dans l'animation, les organismes de formation, ainsi que les formations complémentaires réalisées et leur lieu d'exercice actuel.
- Présence de la notion de TSA dans les formations initiales ou continues : quatre questions. Dans cette partie, nous cherchons à savoir si les animateurs ont été sensibilisés aux TSA dans le cadre de leurs formations et s'ils ont acquis des connaissances par d'autres canaux.
- Connaissances générales sur l'autisme : quatre questions. Nous posons ici des questions générales sur l'autisme telles que la prévalence du trouble, l'âge de diagnostic, les éléments de la dyade autistique ainsi que les troubles associés.
- Troubles de la communication dans l'autisme et orthophonie : cinq questions. Cette partie est dédiée aux troubles de la communication et à la place du métier d'orthophoniste dans la prise en charge d'un enfant porteur de TSA et dans la prévention.
- Prise en charge d'un enfant porteur d'autisme sur les temps périscolaires : quinze questions. Ici, nous demandons aux répondants s'ils ont déjà accueilli des enfants avec TSA sur les temps périscolaires. Nous proposons également quatre situations cliniques et

des propositions d'adaptations pédagogiques afin de savoir quelles réactions peuvent avoir les professionnels face à certaines situations et troubles.

- Ressenti d'un éventuel manque de formation : trois questions. Cette dernière partie permet aux professionnels d'exprimer leur ressenti par rapport à leur formation dans le cadre des TSA, et d'exprimer un intérêt pour la création d'un support d'informations sur l'autisme.

### **3. Procédures**

#### **3.1. Diffusion du questionnaire**

Avant diffusion, le questionnaire, anonymisé, a été validé par la commission du département de protection des données de la Faculté de Médecine de Lille, le 12 novembre 2021 (cf. annexe A2). Il ne comporte aucune donnée identifiante personnelle. De plus, une notice d'information concernant la confidentialité et le traitement des données se trouve sur la première page du questionnaire (cf. annexe A3).

Le recrutement de la population cible, dans l'objectif d'obtenir un maximum de réponses, s'est fait par l'intermédiaire des associations employées par les villes, les mairies, les associations de formation, ainsi que par les réseaux sociaux. La diffusion a eu lieu entre le 22 novembre 2021 et le 15 janvier 2022. Elle a permis d'obtenir les réponses de 376 personnes. Parmi ces réponses, 267 répondants ont complété le questionnaire entièrement. Lors de l'analyse des données, il a été décidé de ne pas prendre en compte les questionnaires non finalisés. Ceci a entraîné une réduction de l'effectif. Néanmoins, ce choix a rendu possible une analyse des résultats plus aisée et sûre, notamment grâce à un effectif de répondants équivalent pour chaque question. De plus, deux questions présentes en double ont été supprimées.

#### **3.2. Méthode d'analyse des données**

Afin d'analyser les données recueillies, les réponses ont été exportées de LimeSurvey vers un tableur Excel. Une analyse quantitative des réponses et des graphiques a été réalisée grâce à Excel. Les réponses qualitatives ont également été transformées en réponses quantitatives afin de pouvoir les présenter et les analyser. Néanmoins, cette transformation de variable est fortement sensible aux biais.

Par la suite, des comparaisons de variables via des tableaux de contingence et des tests de Chi-deux ont été réalisées afin de pouvoir éventuellement mettre en évidence des corrélations entre les différentes données et ainsi valider les hypothèses. Les tests de Chi-deux ont été réalisés sur le logiciel BiostaTGV, disponible gratuitement en ligne (<http://biostatgv.sentiweb.fr/>). Ce test statistique paramétrique permet de comparer des variables qualitatives. Il repose sur des conditions de validité : les effectifs théoriques doivent être supérieurs ou égaux à cinq. Une valeur de « p », correspondant à la valeur de probabilité, est alors calculée par le logiciel. Le test de Chi-deux est significatif si la valeur de « p » est strictement inférieure à .05. Par ailleurs, un seuil de 50% de réponses a été défini pour permettre la validation des différentes hypothèses. Ce choix arbitraire se justifie par le fait que 50% représente la moitié de l'effectif.

Les données ont été analysées de manière descriptive et inférentielle, dans l'objectif d'infirmer ou non les hypothèses et sous-hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : les animateurs manqueraient de connaissances sur l'autisme.
  - o Sous-hypothèse 1 : ils manqueraient d'informations dans leurs formations initiales. Nous nous attendons à ce que moins de 50% des répondants aient entendu parler de l'autisme au cours de leur formation initiale. De plus, nous réaliserons une comparaison de variables entre les diplômés et la notion d'autisme abordée dans les formations, ainsi qu'une comparaison entre les différents diplômés et le ressenti d'un besoin d'informations. Dans ce cadre, des tests de Chi-deux seront réalisés.
  - o Sous-hypothèse 2 : ils disposeraient de peu de connaissances générales sur l'autisme. Cette sous-hypothèse sera validée si moins de 50% des répondants connaissent la prévalence de l'autisme, l'âge de diagnostic et les éléments de la dyade autistique. De plus, lors de la présentation des différents troubles associés à l'autisme, nous nous attendons à ce que moins de 50% des répondants connaissent les différents troubles proposés.
  - o Sous-hypothèse 3 : ils manqueraient de connaissances sur les troubles de la communication et sur le rôle de l'orthophoniste dans le domaine de l'autisme. Ici, nous nous attendons à ce que moins de 50% des répondants sélectionnent les troubles associés à la communication. De plus, la sous-hypothèse sera validée si moins de 50% de l'échantillon connaît l'intervention orthophonique dans l'autisme. En ce qui concerne le rôle de l'orthophoniste, les réponses qualitatives seront commentées.
- Hypothèse 2 : les animateurs manqueraient d'informations sur les adaptations à proposer.
  - o Sous-hypothèse 4 : ils disposeraient de peu de connaissances sur les adaptations à proposer en lien avec la communication. Ici, nous nous attendons à ce que moins de 50% des répondants sélectionnent les adaptations adéquates. De plus, les réponses qualitatives des mises en situation liées à la communication seront discutées.
  - o Sous-hypothèse 5 : ils manqueraient de connaissances sur les adaptations à proposer en rapport avec la vie quotidienne. Nous imaginons également ici que moins de 50% de l'échantillon sélectionne les adaptations appropriées. Les réponses qualitatives des deux autres mises en situation, liées au quotidien, seront commentées.
- Hypothèse 3 : les animateurs présenteraient un intérêt pour le partage d'un support d'informations sur l'autisme par un orthophoniste.
  - o Sous-hypothèse 6 : ils ressentiraient un besoin d'informations supplémentaires sur l'autisme. Ici, nous nous attendons à ce que plus de 50% de l'échantillon réponde « oui » ou « plutôt oui » à la question relative au besoin d'être davantage informé sur l'autisme. Une comparaison de variables sera réalisée entre le fait d'avoir accueilli d'un enfant porteur de TSA et le besoin d'obtenir davantage d'informations. Un test de Chi-deux sera réalisé.
  - o Sous-hypothèse 7 : ils présenteraient un intérêt pour la diffusion d'un support par un orthophoniste. Nous comparerons ici le fait d'avoir déjà assisté à une action de prévention par rapport au besoin d'obtenir des informations supplémentaires. Un test de Chi-deux sera réalisé. Nous étudierons également les réponses concernant le format du support de prévention.

Ainsi, les différentes hypothèses et sous-hypothèses seront développées dans la section discussion, à la suite de la présentation détaillée des résultats obtenus au questionnaire.

# Résultats

## 1. Le parcours des répondants

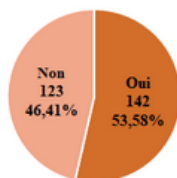
### 1.1. Formation initiale et contenu sur les TSA

Les répondants au questionnaire disposent de différents diplômes (tableau 1). Les trois diplômes les plus représentés sont le BAFA pour 72,08% de l'échantillon, le BAFD pour 27,55% et le BPJEPS pour 23,77%. Les autres diplômes sont moins représentés.

Parmi les organismes de formation initiale (cf. annexe A4, 2), 22,26% des répondants ont été formés par l'UFCV (Union Française des Centres de Vacances), 15,85% par le CEMEA (Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active), 13,58% par l'IFAC (Institut de Formation, d'Animation et de Conseil) et 10,19% par la fédération nationale des Francas. D'autres organismes cités sont moins représentés dans l'échantillon : Léo Lagrange (3,77%), Ligue de l'Enseignement (3,02%), Familles rurales (3%) et Afocal (2,3%).

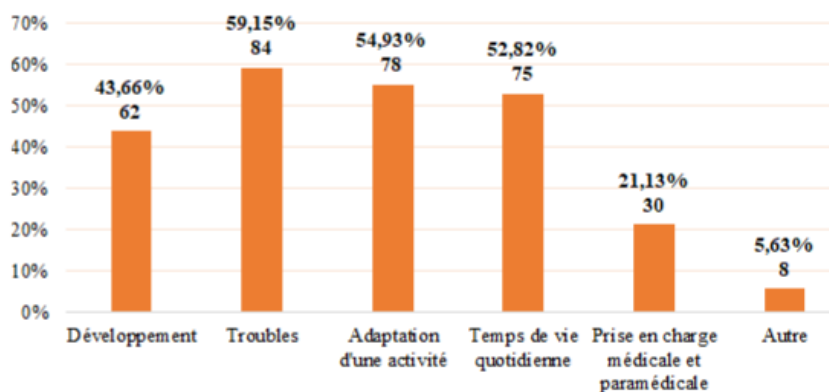
*Tableau 1. Diplômes détenus par les répondants dans le domaine de l'animation.*

Diplôme	Effectif	Pourcentage
BAFA (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur)	191	72,08%
BAFD (Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur)	73	27,55%
BPJEPS (Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport)	63	23,77%
Autre	53	20%
Aucun	15	5,66%
DEJEPS (Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport)	6	2,26%
BAPAAT (Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant Animateur Technicien)	3	1,13%
BASE (Brevet d'Aptitude à l'Animation Socio-Educative)	1	0,38%
CPJEPS (Certificat Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport)	1	0,38%



*Figure 1. « Avez-vous déjà entendu parler de l'autisme dans le cadre de votre formation ? »*

Au cours de leur formation initiale, 53,58% (142 répondants) ont entendu parler de l'autisme (figure 1). Ces indications sur l'autisme concernaient différents domaines, représentés sur la figure 2.



*Figure 2. Contenu des formations initiales sur l'autisme.*

### 1.2. Formation continue et contenu sur les TSA

Des formations complémentaires ont été réalisées par 69 des 265 répondants, soit 26,04% (cf. annexe A4, 3). Ces formations concernent différents domaines (cf. annexe A4, 4) : l'accueil

d'enfants en situation de handicap et l'inclusion (23,19%), les premiers secours (17,39%), l'administratif et le management (15,94%), la bienveillance et la communication positive (14,49%) et les activités créatives (11,59%). Ainsi, seize personnes ont été formés à l'accueil d'enfants en situation de handicap lors de formations complémentaires. Parmi elles, deux personnes ont réalisé des formations spécifiques aux TSA. Pour les formations complémentaires, les mêmes organismes que ceux cités précédemment sont représentés (cf. annexe A4, 5), auxquels s'ajoute le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale).

### 1.3. Lieu d'exercice professionnel au cours des deux dernières années

Au cours des deux dernières années, les participants ont majoritairement exercé en centre de loisirs (84,91%). De plus, 61,13% ont travaillé dans des écoles élémentaires et 59,25% dans des écoles maternelles (cf. annexe A4, 6). Parmi les réponses « autres », représentant 13,96% de l'échantillon, certains répondants ont également exercé en séjour de vacances.

## 2. Les connaissances des animateurs sur les TSA

### 2.1. Connaissances théoriques sur les TSA

#### 2.1.1. Informations générales

À propos des informations par d'autres canaux (cf. annexe A4, 9), les répondants obtiennent majoritairement des renseignements sur l'autisme via les médias (67,9%) tels que les réseaux sociaux, la télévision et la presse ; ainsi que par les familles d'enfants rencontrées à l'école (57,4%). Ils obtiennent également des informations par le biais des enseignants (33,6%), des professionnels du médico-social (33,2%) et des médecins (9%). Parmi les 48 personnes ayant obtenu des informations par d'autres biais que ceux proposés, nous retrouvons l'entourage pour 17 personnes, les recherches personnelles pour 16 et les associations pour 6 répondants. De surcroît, les animateurs ont été questionnés sur les mots leur venant à l'esprit lorsqu'on leur parle d'autisme. Les réponses les plus fréquentes ont été regroupées dans le tableau 2 ci-contre. Le terme « handicap » est le plus représenté parmi les réponses.

Tableau 2. « Quels mots vous viennent à l'esprit quand on parle d'autisme ? »

Mots	Effectif	Pourcentage
Handicap	33	12,45%
Différence / différent	26	9,81%
Adaptation(s)	24	9,06%
Difficulté(s)	20	7,55%
Enfant (19 dans des groupes de mots, 1 fois seul)	20	7,55%
Dans son monde / autre monde / dans sa bulle / dans la lune	18	6,79%
Seul / solitude / isolement / isolé	16	6,04%
Trouble(s)	15	5,66%
Intelligence / intelligent / haute intelligence / intelligence spécifique	14	5,28%
Difficultés à parler, à s'exprimer / peu de / trouble / soucis de / manque de communication / communication délicate	13	4,90%
Troubles du comportement / comportement difficile	11	4,15%
Accompagnement (personnalisé)	10	3,77%
Renfermé / renfermement / enfermement	9	3,39%
Gestion / troubles des émotions / émotif / à fleur de peau / émotions décuplées	8	3,02%
Difficultés dans les interactions sociales / relationnelles / sociabilisation	8	3,02%

### 2.1.2. Le diagnostic de TSA

Parmi les 265 répondants, 99 personnes (37,36%) estiment la prévalence de l'autisme en France à une personne sur 300 et 90 personnes (33,96%) l'estiment à 1 personne sur 100. Par ailleurs, 38 personnes (14,34%) envisagent respectivement cette prévalence à une personne sur 50 et une personne sur 500 (cf. annexe A4, 11). En ce qui concerne l'âge de diagnostic des TSA, 93 répondants sur 265 (35,09%) considèrent qu'il est possible de poser un diagnostic de TSA à partir de 3 ans. Pour 73 personnes dans l'échantillon (27,55%), le diagnostic peut être posé à partir de 1 an et demi (cf. annexe A4, 12).

En ce qui concerne les éléments permettant de poser un diagnostic de TSA (figure 3), en référence à la dyade autistique du DSM-5, les répondants ont majoritairement sélectionné le déficit de la communication et des interactions sociales (74,72%) ainsi que le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts (51,7%).

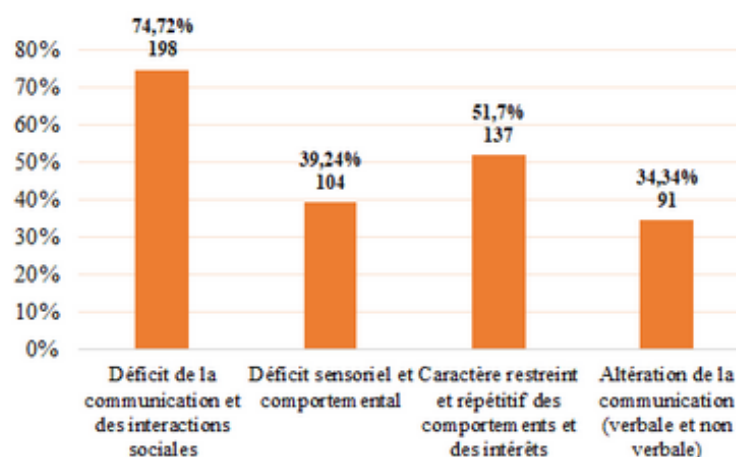


Figure 3. *Éléments de la dyade autistique permettant de poser un diagnostic.*

### 2.1.3. Les troubles retrouvés dans l'autisme

À propos des troubles associés à l'autisme (tableau 3), les plus sélectionnés par les répondants sont les troubles de l'attention (94,72%) et les particularités sensorielles (78,87%). Les troubles les moins choisis sont les crises d'épilepsie (21,89%) et la déficience intellectuelle (32,83%). De plus, 48,68% des répondants ont déclaré « je ne sais pas » pour la présence de crises d'épilepsie et 30,94% pour la présence de troubles des comportements alimentaires (cf. annexe A4, 14).

Tableau 3. *Troubles associés à l'autisme.*

Troubles	Réponse attendue	Effectif et pourcentage de la réponse attendue
Déficience intellectuelle	Oui	87 32,83%
Troubles de l'attention	Oui	251 94,72%
Troubles du comportement	Oui	253 95,47%
Troubles anxieux et dépressifs	Oui	174 65,66%
Crises d'épilepsie	Oui	58 21,89%
Particularités sensorielles (toucher, audition, odorat, vue)	Oui	209 78,87%
Troubles des comportements alimentaires	Oui	126 47,55%
Difficultés à comprendre et exprimer les émotions	Oui	255 96,23%

### 2.1.4. Les troubles de la communication et le rôle des orthophonistes

À la question axée sur les troubles de la communication dans l'autisme (tableau 4 ci-dessous), les troubles les plus désignés sont les difficultés de communication et les difficultés d'interaction avec autrui (96,6%). Les troubles les moins sélectionnés par les répondants sont l'écholalie (74,72%) et les difficultés de compréhension orale (62,64%). De plus, 17,74% des répondants ont déclaré « je ne sais pas » à l'item de « répétition de mots ou phrases déjà entendus », en référence à l'écholalie (cf. annexe A4, 19).

Concernant la prise en charge orthophonique, 180 des 265 répondants (67,93%) estiment que l'orthophoniste intervient dans la prise en charge des enfants porteurs de TSA (cf. annexe A4, 15). Les principales réponses relatives au rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge ont été regroupées dans le tableau 5 ci-dessous. Une intervention sur la communication et le langage ont été citées respectivement par soixante personnes de l'échantillon.

*Tableau 5. Rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin des enfants porteurs de TSA.*

*Tableau 4. Troubles de la communication associés à l'autisme.*

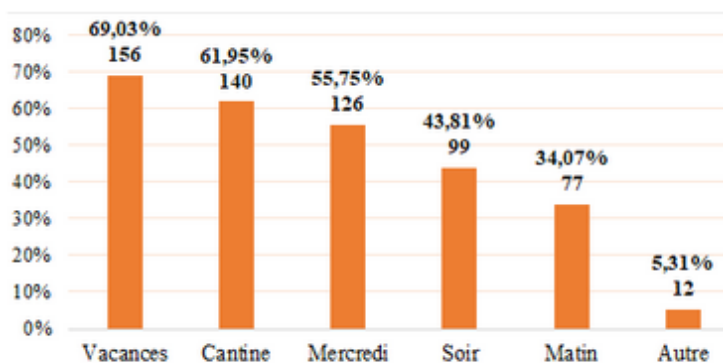
Troubles	Réponse attendue	Effectif	Pourcentage
Des difficultés de communication	Oui	256	96,6%
Un retard d'acquisition du langage oral	Oui	217	81,89%
Une répétition de mots ou phrases déjà entendus	Oui	198	74,72%
Des difficultés de compréhension du langage oral	Oui	166	62,64%
Des difficultés à interagir avec l'autre	Oui	256	96,6%
Un évitement du regard	Oui	221	83,39%

Mots	Effectif	Pourcentage
Communication (améliorer, développer, faciliter, agir sur, aider, mieux, apprendre...) verbale et non verbale	60	22,64%
Langage / parole / expression (accompagner, développer, améliorer, agir sur, apprendre, aider...)	60	22,64%
Je ne sais pas / aucune idée	29	10,94%
Emotions, sentiments (accompagnement, canaliser, poser des mots, aider à exprimer)	27	10,19%
Socialisation, interactions sociales, relations aux autres (développer, faciliter, guider, établir...)	16	6,04%
Aider à se concentrer	12	4,53%
Articulation / prononciation des mots pour qu'ils se fassent comprendre / apprendre à former les mots	11	4,15%
Moyen ou méthode de communication, communication alternative, support, expression autrement que par la parole	11	4,15%

## 2.2. Connaissances pratiques sur les TSA

### 2.2.1. Les situations rencontrées par les animateurs

Sur le terrain, certains animateurs ont déjà pris en charge des enfants porteurs d'autisme sur les temps périscolaires : c'est le cas de 85,28% des répondants, soit 226 personnes (cf. annexe A4, 20). Les principaux temps d'accueil de ces enfants à besoins particuliers sont représentés sur la figure 4, ci-contre.



*Figure 4. Temps d'accueil des enfants porteurs d'autisme.*

### 2.2.2. Les adaptations privilégiées par les animateurs

Dans le questionnaire, quatre mises en situation ont été proposées. Pour chacune, il a été demandé aux répondants s'ils avaient déjà rencontré une situation ressemblante (tableau 6) et comment ils ont, ou auraient, réagi face à cette situation. Pour les deux dernières situations, les répondants ont été questionnés sur le contexte d'apparition de ces événements (cf. annexe A4, 22-31).

*Tableau 6. Mises en situation.*

Situations	Effectif « oui »	Pourcentage
Après avoir expliqué les consignes au groupe et en démarrant un jeu, vous remarquez que l'enfant porteur d'autisme ne respecte pas les règles.	186	70,19%
Un enfant porteur d'un trouble du spectre de l'autisme répète en boucle "mais pourquoi tu cries" lors d'une activité alors que personne ne crie.	57	21,51%
Un enfant avec trouble du spectre de l'autisme met ses mains sur les oreilles car un bruit le dérange.	164	61,89%
Un enfant avec trouble du spectre de l'autisme refuse de manger.	104	39,24%

La situation concernant le manque de compréhension de consigne lors d'un jeu a été vécue par 70,19% des répondants. À propos des adaptations, 105 répondants (39,62%) évoquent l'importance de réexpliquer et/ou reformuler les consignes à l'enfant (cf. annexe A4, 23). Il a également été proposé d'adapter le jeu ou les règles (17,73%), de prendre l'enfant à part dans un environnement plus calme (13,96%), d'accompagner l'enfant dans le jeu (12,07%) et de proposer un support visuel (5,28%).

La mise en situation relative à l'écholalie a été vécue par 21,51% des répondants. À propos des adaptations (cf. annexe A4, 25), 47 personnes (17,73%) proposent d'éloigner l'enfant du groupe dans un endroit calme et 41 personnes (15,47%) évoquent la possibilité de faire remarquer à l'enfant que personne ne crie. De plus, 38 personnes (14,34%) ne savent pas comment elles auraient réagi. Quatre personnes font référence à l'écholalie dans leurs réponses.

La troisième situation concerne l'hypersensibilité auditive de l'enfant avec TSA (cf. annexe A4, 27-28). D'après les réponses, 61,89% des animateurs ont déjà rencontré une situation similaire, notamment dans un contexte de repas (32,93%). En ce qui concerne les adaptations, 43,02% de l'échantillon propose d'éloigner l'enfant du groupe. De plus, 23,39% des répondants évoquent la possibilité de diminuer le volume sonore de la pièce et 20,75% citent la mise à disposition de casques anti-bruit.

La dernière situation aborde les troubles alimentaires (cf. annexe A4, 30-31). Pour 69,23% des personnes ayant fait face à cette situation (39,24%), ceci a eu lieu lors des temps de restauration scolaire. Les principales adaptations évoquées par les répondants sont de ne pas forcer l'enfant à manger (38,87%), de prendre le temps de discuter et de rassurer l'enfant (13,96%), ainsi que d'essayer de lui faire goûter les aliments (13,58%).

À la suite, des questions ont été posées sur les adaptations en lien avec la communication puis avec la vie quotidienne. Les réponses « je ne sais pas » sont détaillées en annexe A4, 32-33. Pour les adaptations spécifiques à la communication (tableau 7), les plus sélectionnées par les répondants sont l'utilisation d'un support visuel (95,47%) et la reformulation de la consigne (92,83%). Les adaptations les moins choisies sont le fait de ne pas utiliser uniquement les gestes pour communiquer (61,51%) et de ne pas demander à l'enfant de regarder la personne qui lui parle (41,89%). En ce qui concerne les réponses « je ne sais pas », 23,4% des répondants ne savent pas s'il faut demander à l'enfant de regarder celui qui lui parle. De plus, 19,62% ne savent pas s'il faut privilégier ou non l'utilisation unique de gestes pour communiquer. À propos des adaptations de



vie quotidienne (tableau 8), les plus choisies par les répondants sont l'utilisation d'un objet de transition (97,36%) et l'explication à l'enfant du déroulé de la journée (95,47%). La réponse la moins sélectionnée concerne le fait de ne pas demander à l'enfant de rester concentré sur une activité (70,19%).

*Tableau 7. Adaptations en lien avec la communication.*

Adaptations	Réponse attendue	Effectif et pourcentage de la réponse attendue
Reformuler la consigne pour s'assurer de sa bonne compréhension	Oui	246 92,83%
Utiliser un support visuel (images, photos, pictogrammes, écrit...)	Oui	253 95,47%
Utiliser uniquement des gestes pour communiquer	Non	163 61,51%
Privilégier les phrases courtes	Oui	237 89,43%
Demander à l'enfant de regarder la personne qui lui parle	Non	111 41,89%

*Tableau 8. Adaptations en lien avec la vie quotidienne.*

Adaptations	Réponse attendue	Effectif et pourcentage de la réponse attendue
Proposer à l'enfant un objet qui le rassure pour favoriser la transition entre les activités	Oui	258 97,36%
Laisser l'enfant crier sur les autres enfants lorsqu'il en a besoin	Non	232 87,55%
Informé l'enfant du déroulé de la journée	Oui	253 95,47%
Lui demander de rester concentré sur l'activité	Non	186 70,19%

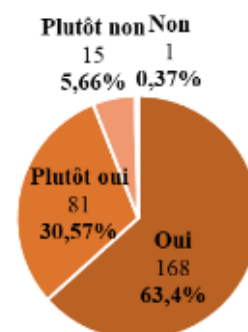
### 3. Le besoin d'informations ressenti par les animateurs

#### 3.1. Les connaissances obtenues dans le cadre d'actions de prévention

Parmi les 265 répondants, 24,15% (64 personnes) ont déjà assisté à des actions de prévention sur la communication dans les TSA. Cette action était menée par un orthophoniste pour 9,38% d'entre eux, soit 6 personnes (cf. annexe A4, 16-17).

#### 3.2. Intérêt pour la diffusion d'un support d'informations

À la question sur un éventuel besoin d'informations supplémentaires sur les TSA (figure 5), 168 animateurs (63,4%) ont répondu « oui » et 81 personnes (30,57%) ont choisi « plutôt oui ». Parmi les personnes ayant répondu « plutôt oui » et « oui », 59,25% des répondants souhaitent être informés via un support vidéo (figure 6).



*Figure 5. « Ressentez-vous le besoin d'être davantage informé sur les TSA ? »*

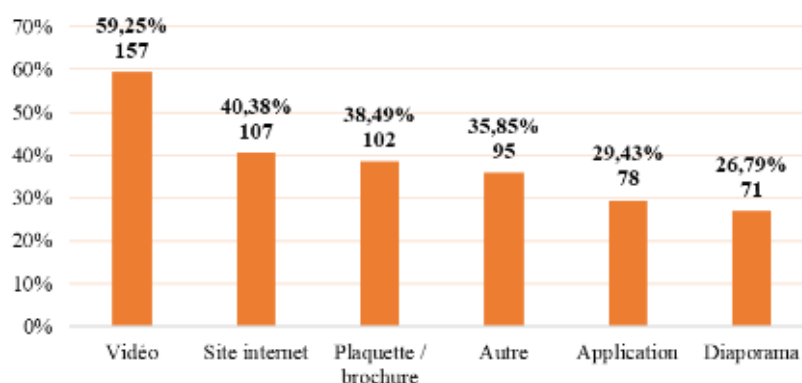


Figure 6. Format souhaité du support d'information.

## 4. Comparaison des variables

### 4.1. Comparaison diplômes et autisme dans les formations

Ici, nous avons comparé les différents diplômes par rapport au fait d'avoir entendu parler de l'autisme au cours de la formation initiale (tableau 9). Parmi ceux qui n'ont pas de diplôme dans l'animation, 33,33% ont déjà entendu parler de l'autisme dans le cadre de leur formation. C'est également le cas de 54,45% des personnes ayant le BAFA, 54,79% des personnes détenant le BAFD et 65,08% des personnes diplômées d'un BPJEPS. D'après les tests de Chi-deux réalisés pour comparer les variables, les résultats ne sont pas significatifs sauf pour le diplôme du BPJEPS : la valeur de p est strictement inférieure à .05.

Tableau 9. Effet des diplômes sur la notion d'autisme dans les formations.

Autisme dans les formations / diplômes	Oui	Non	Test de Chi-deux p-value
<b>Aucun diplôme dans l'animation</b>	5 33,33%	10 66,67%	$\chi^2 (1, N = 265) = 2.622, p = .105$ (non significatif)
<b>BAFA</b>	104 54,45%	87 45,55%	$\chi^2 (1, N = 265) = 0.205, p = .649$ (non significatif)
<b>BAFD</b>	40 54,79%	33 45,2%	$\chi^2 (1, N = 265) = 0.059, p = .808$ (non significatif)
<b>BPJEPS</b>	41 65,08%	22 34,92%	$\chi^2 (1, N = 265) = 4.390, p = .036$ (significatif)

### 4.2. Comparaison autisme dans les formations et besoin d'informations supplémentaires

Il nous semblait également pertinent de comparer le besoin d'informations ressenti par les professionnels par rapport au fait d'avoir entendu parler de l'autisme dans leurs formations (tableau 10). Parmi les 265 répondants, 249 personnes ressentent le besoin d'être davantage informés sur l'autisme. Parmi eux, 115 (46,18%) n'ont pas entendu parler de l'autisme dans leur formation tandis que 134 (53,81%) en ont entendu parler. Cependant, le test de Chi-deux est non significatif.

Tableau 10. Effet de l'autisme dans les formations sur le besoin d'informations.

Autisme dans les formations / besoin d'informations	Oui	Non	Test de Chi-deux p-value
<b>Oui + Plutôt oui</b>	134 53,81%	115 46,18%	$\chi^2 (1, N = 265) = 0.088, p = .767$ (non significatif)
<b>Plutôt non + Non</b>	8 50%	8 50%	

### 4.3. Comparaison prise en charge d'un enfant porteur de TSA et besoin d'informations supplémentaires

Ici, nous avons cherché à comparer l'effet de l'accueil d'un enfant porteur de TSA et le besoin d'obtenir des informations supplémentaires (tableau 11). Parmi les 226 répondants ayant eu à prendre en charge un enfant porteur de TSA sur les temps périscolaires et/ou extrascolaires, 211 (93,36%) ressentent un besoin d'informations supplémentaires. Parmi les 39 répondants n'ayant pas eu à prendre en charge un enfant porteur de TSA, 38 (97,44%) ressentent le besoin d'obtenir davantage d'informations. Cependant, les conditions de validité du test de Chi-deux n'étant pas respectées, il n'est pas possible de savoir si ce résultat est significatif ou non.

*Tableau 11. Effet de la prise en charge d'un enfant porteur de TSA sur le besoin d'informations.*

Prise en charge d'un enfant porteur de TSA / besoin d'informations	Oui	Non	Test de Chi-deux p-value
<b>Oui + Plutôt oui</b>	211 93,36%	38 97,44%	Conditions non respectées
<b>Plutôt non + Non</b>	15 6,64%	1 2,56%	

### 4.4. Comparaison présence à une action de prévention et besoin d'informations supplémentaires

Nous avons comparé dans le tableau 11 le fait d'avoir assisté à une action de prévention sur la communication dans les TSA par rapport au ressenti d'un besoin d'informations. Alors 190 des 249 personnes ressentant le besoin d'obtenir plus d'informations sur l'autisme (réponses « oui » et « plutôt oui ») n'ont jamais assisté à une action de prévention sur ce thème (76,3%). Aussi, 11 des 16 personnes ne ressentant pas la nécessité d'obtenir davantage d'informations (réponses « non » et « plutôt non ») n'ont jamais assisté à une action de prévention sur ce thème (68,75%). Cependant, les conditions de validité du test de Chi-deux n'étant pas respectées, il n'est pas possible de savoir si ce résultat est significatif ou non.

*Tableau 12. Effet de la présence à une action de prévention sur le besoin d'informations.*

Présence à une action de prévention / besoin d'informations	Oui	Non	Test de Chi-deux p-value
<b>Oui + Plutôt oui</b>	59 23,7%	190 76,3%	Conditions non respectées
<b>Plutôt non + Non</b>	5 31,25%	11 68,75%	

## Discussion

### 1. Rappel des objectifs et des hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire était de réaliser un état des lieux des connaissances des animateurs sur l'autisme, de plus en plus présent dans leur exercice professionnel compte tenu de l'augmentation de la prévalence (Delobel-Ayoub et al., 2020) et de l'école inclusive (loi du 11 février 2005). Cet état des lieux a été mené par la diffusion d'un questionnaire à destination des professionnels concernés, dans l'ensemble de la France. Par la suite, si les hypothèses venaient à être validées, un support de prévention pourrait être proposé aux animateurs. Celui-ci permettrait de leur apporter des connaissances supplémentaires sur l'autisme et pour l'accueil des enfants porteurs de TSA.

Pour rappel, l'étude repose sur trois hypothèses principales : les animateurs manqueraient d'informations sur l'autisme (hypothèse 1), sur les adaptations à proposer (hypothèse 2), et ils présenteraient un intérêt pour le partage d'un support d'informations par un orthophoniste (hypothèse 3). Les hypothèses et sous-hypothèses seront alors analysées dans cette partie.

## 2. Discussion des résultats

### 2.1. Manque d'informations sur l'autisme

Notre première sous-hypothèse concerne le manque d'informations sur l'autisme dans les formations initiales. Nous nous attendions à ce que moins de 50% des animateurs aient entendu parler des TSA au cours de leur formation initiale. Cette hypothèse est **réfutée** car 53,58% des professionnels ont déjà été sensibilisés au sujet dans le cadre de leur formation. Néanmoins, le pourcentage reste discrètement majoritaire. Par ailleurs, il semblerait que cette donnée dépende des diplômes détenus. D'après la comparaison des variables (tableau 9), les personnes possédant un BPJEPS ont davantage entendu parler de l'autisme dans leurs formations par rapport aux personnes disposant d'un autre diplôme. Cette donnée est significative au test de Chi-deux car  $p$  est strictement inférieur à .05. Ceci pourrait notamment s'expliquer par la différence de contenu et de durée entre les différentes formations. En effet, le BPJEPS représente le diplôme de référence dans l'animation et correspond à un niveau BAC. Néanmoins, les notions de handicap et d'autisme semblent peu mentionnées dans les référentiels de formations étudiés, quel que soit le diplôme (IFAC, 2015 ; J.O. 26 juillet 2016). Dans ce sens, le pourcentage de personnes ayant entendu parler de l'autisme au cours des formations n'est pas largement supérieur à 50%. Par ailleurs, d'après la comparaison des variables entre le besoin d'informations et la notion d'autisme dans les formations (tableau 10), les personnes ayant déjà entendu parler de l'autisme ressentiraient malgré tout le besoin d'obtenir des informations supplémentaires. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec vigilance compte tenu de leur nature non significative au test de Chi-deux. Malgré tout, une majorité des répondants souhaite obtenir davantage de renseignements (figure 5). Ainsi, les formations initiales permettraient d'introduire la notion d'autisme mais ne suffiraient pas à ce que les professionnels se sentent assez renseignés pour recevoir un enfant porteur d'autisme.

À propos de notre deuxième sous-hypothèse, en lien avec les connaissances générales des animateurs sur les TSA, celle-ci est **partiellement vérifiée**. En premier lieu, la prévalence et l'âge de diagnostic sont peu connus par les professionnels. Ceci pourrait s'expliquer par la forte augmentation de la prévalence au cours des dernières années (Delobel-Ayoub et al., 2020). De plus, l'âge moyen de diagnostic se situe entre quatre et cinq ans (Daniels & Mandell, 2014) tandis qu'il peut être posé à partir d'un an et demi (HAS, 2018). Dans un second temps, les éléments de la dyade autistique décrits dans le DSM-5 (Crocq et al., 2015) et permettant la pose du diagnostic sont majoritairement identifiés par les répondants (figure 3). Le déficit de la communication et des interactions sociales, présents quel que soit le degré d'autisme (Crocq et al., 2015), est largement identifié par les répondants (74,72%). Néanmoins, il est difficile de savoir si ces réponses représentent les connaissances réelles des animateurs ou sont liées à une déduction causée par la tournure des propositions. Enfin, les troubles associés à l'autisme les moins connus par les professionnels semblent être les crises d'épilepsie (21,89%), la déficiência intellectuelle (32,83%) et les troubles du comportement alimentaire (47,55%). Dans l'autisme, les crises d'épilepsie sont

décrites comme trouble associé dans 5 à 45% des cas (Pry, 2013). Elles ne sont pas majoritairement présentes dans les tableaux cliniques, ce qui pourrait expliquer le manque de connaissances de ce trouble. Cependant, la déficience intellectuelle est peu identifiée par les professionnels tandis qu'elle concerne un tiers des personnes avec TSA selon l'INSERM. Au contraire, les troubles des émotions (96,23%), du comportement (95,47%) et de l'attention (94,72%) sont davantage identifiés par les répondants. En effet, ces troubles sont fréquents dans l'autisme et largement décrits dans la littérature. Ainsi, la connaissance des troubles associés à l'autisme semble variable.

La troisième sous-hypothèse concerne les troubles de la communication ainsi que le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des enfants porteurs de TSA. Nous nous attendions à ce que moins de 50% des répondants connaissent les troubles de la communication proposés ainsi que l'intervention de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'autisme. D'après les résultats, cette hypothèse est **réfutée**. Dans un premier temps, les troubles de la communication les plus connus semblent être les difficultés de communication et d'interaction (96,6%). Au contraire, les troubles de compréhension (62,64%) et l'écholalie (74,72%) sont les moins connus par les répondants. Ils sont tout de même identifiés par une majorité de l'échantillon. Selon Peeters (2020), 60% des enfants porteurs de TSA produiraient des écholalies. Le trouble de compréhension orale, quant à lui, est souvent plus important que le trouble d'expression orale (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004). Cependant, celui-ci est moins visible. Ainsi, ces deux troubles semblent moins repérés par les animateurs au quotidien. Ensuite, à propos du rôle de l'orthophoniste, la plupart des répondants (67,93%) connaissent l'intervention orthophonique dans l'autisme. Ce résultat est majoritaire mais nous notons malgré tout que 85 personnes ignorent l'intervention de l'orthophoniste dans ce cadre. Ceci représente un nombre relativement important de professionnels. Enfin, à propos de la question ouverte concernant le rôle de l'orthophoniste, 120 répondants sur 265 estiment que l'orthophoniste intervient au niveau du langage et de la communication. En effet, le rôle de l'orthophoniste auprès des enfants porteurs de TSA est d'évaluer et de travailler sur les compétences en lien avec la communication et les différentes structures du langage (Coudougnan, 2012). Néanmoins, 29 personnes expriment qu'elles ne connaissent pas le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge. Les connaissances sur l'intervention orthophonique semblent alors hétérogènes. Ces réponses qualitatives ont été transformées en réponses quantitatives, c'est pourquoi il est nécessaire de rester vigilant face au traitement des données et à leur interprétation. Alors, même si certains troubles de la communication et le rôle de l'orthophoniste sont relativement connus par des professionnels, l'apport d'informations plus précises semble important.

Notre première hypothèse consistait à vérifier que les animateurs manquaient d'informations sur l'autisme. Compte tenu des analyses présentées ci-dessus, l'hypothèse est **partiellement vérifiée**. Les animateurs semblent disposer de connaissances sur l'autisme. Cependant, certains domaines sont mieux appréhendés que d'autres. C'est pourquoi, si les animateurs ressentent le besoin d'obtenir des informations supplémentaires sur l'autisme, le support de prévention sera construit de façon à diffuser des connaissances spécifiques aux domaines les moins connus par ces professionnels. Les principaux domaines concernés sont les crises d'épilepsie, la déficience intellectuelle, les troubles du comportement alimentaire, les troubles de la compréhension, l'écholalie et l'intervention orthophonique.

## 2.2. Manque de connaissances des adaptations à proposer

Notre quatrième sous-hypothèse consiste à éventuellement démontrer un manque de connaissances des adaptations à proposer, en lien avec la communication. Alors, nous nous attendions à ce que moins de 50% des animateurs sélectionnent les bonnes réponses à propos des adaptations. De plus, une analyse qualitative des réponses ouvertes a été menée sur les différentes mises en situation proposées. Notre hypothèse est **partiellement validée**. Dans un premier temps, la plupart des professionnels ont sélectionné les bonnes adaptations. Proposer un support visuel (95,47%) et reformuler les consignes (92,83%) sont les adaptations appropriées les plus connues. Cependant, seuls 61,51% des répondants ont sélectionné l'utilisation unique des gestes pour communiquer comme mauvaise adaptation. La communication est multimodale et les gestes en font partie (Vermeulen, 2019). Ceux-ci permettent de soutenir la communication grâce à un appui visuel mais ils restent furtifs. Alors, pour Vermeulen et al. (2020), les gestes ne représentent pas un moyen de communication idéal avec les personnes avec un TSA. Dans un second temps, des analyses ont été réalisées à propos des réactions face aux situations de compréhension de consignes et d'écholalie (cf. annexe A4, 23-25). À propos des difficultés de compréhension, les adaptations favorisées par les animateurs sont principalement de reformuler et de réexpliquer la consigne. Seules quatorze personnes ont évoqué l'utilisation d'un support visuel. Cette adaptation, peu citée, représente un support de communication majeur dans l'autisme (Vermeulen et al., 2020). En outre, l'étude de la mise en situation en lien avec l'écholalie a permis de relever un manque de reconnaissance de cette répétition et des adaptations à proposer. En effet, la majorité des répondants propose d'éloigner l'enfant du groupe et de lui expliquer que personne ne crie. D'après la littérature, lorsque l'écholalie a un but de communication, l'adulte devrait réagir en prenant en compte le sens et non la forme de la phrase (Vermeulen et al., 2020). Alors, l'identification de la fonction de l'écholalie est primordiale. Pour Vermeulen et al. (2020), il est préférable de bien connaître l'enfant et d'échanger avec les parents pour avoir la capacité de repérer au mieux ces situations écholaliques. Ainsi, les adaptations liées à la communication ne semblent pas toutes connues et peuvent également dépendre de la connaissance et de l'identification des troubles.

La cinquième sous-hypothèse concerne un possible manque de connaissance des adaptations à mettre en place dans les activités de la vie quotidienne. Nous nous attendions à ce que moins de 50% des professionnels sélectionnent les adaptations appropriées. De plus, une analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes a été réalisée. Cette hypothèse est **partiellement validée**. Tout d'abord, la majorité des professionnels connaît les adaptations à favoriser. En effet, les adaptations les plus connues sont l'utilisation d'un objet de transition pour les activités (97,36%) ainsi que l'apport d'indications sur le déroulé de la journée (95,47%). Dans la littérature, il est conseillé d'utiliser des objets ou images de transition ainsi qu'un emploi du temps visuel pour rassurer l'enfant et favoriser sa compréhension (Vermeulen et al., 2020). Par ailleurs, pour 70,19% des répondants, il ne faut pas demander à l'enfant de rester concentré sur une activité. Les troubles de l'attention sont fréquents dans les TSA (Pry, 2013). Ces difficultés attentionnelles sont généralement liées à l'anxiété ou au manque de compréhension (Vermeulen et al., 2020). Alors, demander à l'enfant de rester concentré sur l'activité pourrait augmenter ses angoisses et faire apparaître des troubles du comportement. Pour Vermeulen et al. (2020), ceci pourrait être limité grâce à l'utilisation de supports visuels et d'un minuteur pour indiquer le temps de l'activité. D'autre part, l'étude des réponses qualitatives correspondant aux mises en situation a permis de

relever l'hétérogénéité des connaissances sur les ajustements à proposer en cas d'hypersensibilité auditive et de troubles alimentaires. Pour l'hypersensibilité auditive, 114 répondants proposent d'éloigner l'enfant dans un endroit calme et certains proposent de mettre à disposition des casques anti-bruit. En effet, dans l'autisme, on peut observer une hypo ou une hypersensibilité, sur les différents sens (Vermeulen et al., 2020), notamment lors de la présentation de stimuli visuels, auditifs et tactiles (Peeters, 2020). Ces stimulations peuvent engendrer une importante fatigue (Harrisson et al., 2020), c'est pourquoi il est préférable d'y être attentif et de limiter les surstimulations. À propos des troubles alimentaires, les répondants évoquent principalement l'importance du dialogue avec l'enfant et le fait de ne pas le forcer. Seules 21 personnes proposent de chercher à comprendre ce qui gêne l'enfant. En effet, les difficultés peuvent être provoquées par différents facteurs : sensoriels, sociaux, moteurs ou par un manque de compréhension (Vermeulen et al., 2020). Alors, identifier le facteur déclencheur des difficultés de l'enfant permet de s'adapter au plus près de ses besoins. Il est également bénéfique dans cette situation de pouvoir échanger avec les proches de l'enfant.

Notre seconde hypothèse consistait à identifier si les animateurs manquaient d'informations concernant les ajustements à proposer aux enfants avec TSA. Cette hypothèse est alors **partiellement vérifiée**. Les animateurs semblent disposer de renseignements sur les adaptations, en particulier pour celles en lien avec les activités de la vie quotidienne. D'après notre étude, un grand nombre d'animateurs ont déjà rencontré des enfants porteurs de TSA sur les temps périscolaires (cf. annexe 4A, 20). Alors, ces professionnels ont probablement développé des connaissances empiriques en fonction des enfants rencontrés et des adaptations proposées. Cependant, les ajustements en lien avec la communication et l'alimentation paraissent moins connus. C'est pourquoi, si les animateurs ressentent le besoin d'obtenir des informations supplémentaires, le support de prévention sera construit de façon à diffuser des connaissances notamment en lien avec ces thèmes.

### **2.3. Ressenti de l'utilité d'un support d'informations sur l'autisme**

Selon les résultats de l'enquête, une majorité des animateurs a déjà accueilli un enfant porteur de TSA (85,28%). La plupart de ces enfants ont été reçus lors des vacances scolaires, des temps de restauration et du mercredi au centre de loisirs (figure 4). Les enfants semblent alors moins accueillis le matin avant l'école et le soir. Ceci correspond aux résultats d'une étude présentée précédemment, soulignant le défaut d'accès aux temps périscolaires, notamment le matin, pour les enfants porteurs de handicap (Défenseur des droits, 2014).

D'après la sixième sous-hypothèse, les animateurs ressentiraient le besoin d'être davantage formés sur les TSA. Ici, nous nous attendions à ce que plus de 50% de l'échantillon réponde « oui » ou « plutôt oui » à la question d'un besoin d'informations supplémentaires. Cette hypothèse est **validée** car 63,4% ont répondu « oui » et 30,57% « plutôt oui ». Ainsi, les animateurs ressentent le besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires sur les TSA et leur prise en charge. Dans ce sens, nous avons comparé le fait d'avoir accueilli un enfant porteur d'autisme et le fait de désirer des informations supplémentaires (tableau 11). Il semblerait alors que les personnes n'ayant pas eu à prendre en charge un enfant porteur de TSA ressentent davantage le besoin d'obtenir des connaissances supplémentaires. Cependant, le test de Chi-deux n'a pas pu être réalisé compte tenu des effectifs trop faibles. Nous restons alors vigilants quant à l'interprétation. En réalité, beaucoup

de répondants désirent obtenir des renseignements, qu'ils aient reçu ou non un enfant porteur de TSA (tableau 11).

Notre dernière sous-hypothèse cherchait à mettre en évidence l'intérêt des professionnels pour la diffusion d'un support par un orthophoniste. Cette hypothèse est **vérifiée**. Comme évoqué précédemment, la plupart des professionnels ressentent le besoin d'être davantage formés à l'autisme. Dans ce sens, nous avons comparé le fait d'avoir assisté à une action de prévention sur la communication dans l'autisme par rapport au besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires. D'après les résultats, les personnes n'ayant jamais assisté à une action de prévention ressentiraient davantage le besoin d'être informées par rapport à celles ayant déjà participé à une sensibilisation (tableau 12). Alors, l'action de prévention paraît bénéfique afin de leur fournir des connaissances complémentaires. Néanmoins, le test de Chi-deux n'a pas pu être réalisé compte tenu des effectifs trop réduits. De plus, il semblerait que le fait d'avoir déjà assisté à une action de prévention ne suffise pas à détenir les clés nécessaires pour accompagner un enfant porteur d'autisme. Dans les deux situations, un grand nombre de répondants souhaite obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autisme. Par ailleurs, seules six personnes ont assisté à une action de prévention sur la communication menée par un orthophoniste. Il aurait été intéressant de questionner les autres répondants sur le ou les intervenants présents lors de cette action.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les orthophonistes détiennent un rôle dans la prise en charge des enfants porteurs de TSA ainsi que dans la prévention (J.O. 4 mai 2002). Alors, la création d'un support d'informations à destination des professionnels périscolaires semble pertinente.

### **3. Création d'un support d'informations**

#### **3.1. Construction du support**

Afin d'atteindre un maximum de personnes et dans le but d'intégrer les animateurs au choix du support, nous avons proposé différents formats d'outil de prévention (figure 6). Les répondants désirent des renseignements supplémentaires ont alors pu sélectionner le support le plus approprié selon eux. Pour la majorité des répondants (59,25%), le format idéal est la vidéo. Nous avons alors réalisé une vidéo courte, de moins de dix minutes, afin d'optimiser l'attention du public. Cette vidéo a été créée sur le site internet Explee (<https://explee.com/fr/>), permettant de réaliser un film animé avec des dessins. Un enregistrement vocal avec des explications a été ajouté à la vidéo grâce au logiciel de montage Filmora.

La construction de la vidéo s'appuie sur les différents résultats évoqués précédemment. En effet, l'analyse des résultats a permis de cibler le manque de connaissances des professionnels. La vidéo est alors élaborée afin d'apporter des renseignements sur la prévalence, l'âge de diagnostic et les différents troubles associés à l'autisme en lien avec des adaptations à proposer. Parmi les troubles associés, la déficience intellectuelle, les crises d'épilepsie, les troubles alimentaires et les troubles de la communication sont davantage développés. La pluridisciplinarité et le rôle de l'orthophoniste y sont également abordés. Le contenu du support se base sur les différents arguments de la littérature évoqués dans la partie théorique et dans la discussion. Des sources permettant d'obtenir davantage de renseignements sont également partagées à la fin de la vidéo.



## **3.2. Diffusion du support**

La vidéo sera diffusée, à la suite de la soutenance, via les réseaux sociaux et les mairies. L'objectif sera de favoriser la diffusion à un maximum de professionnels du domaine de l'animation. Cette vidéo a été réalisée afin qu'il soit possible de la diffuser librement sur les réseaux sociaux.

## **4. Limites et perspectives de l'étude**

### **4.1. Limites**

Au cours de la réalisation de l'étude, divers biais et limites sont apparus. En premier lieu, lors de la création du questionnaire, aucune étude préliminaire n'a été réalisée auprès des professionnels concernés. Celle-ci aurait permis de relever d'éventuelles maladresses concernant la formulation des questions. Alors, certaines imprudences dans la formulation et l'agencement des questions n'ont été relevées qu'au cours de la diffusion de l'enquête. Notamment, les questions ouvertes étaient d'abord facultatives. Les premiers répondants ont majoritairement ignoré ces questions, c'est pourquoi nous avons modifié les paramètres au cours de la diffusion afin de les rendre obligatoires. Ensuite, 109 personnes n'ont pas terminé le questionnaire. Ceci représente une part importante de la totalité des répondants (30%). Ce phénomène pourrait notamment s'expliquer par la longueur du questionnaire et/ou la présence de questions ouvertes à caractère obligatoire qui ont pu dissuader les participants de le terminer.

Par ailleurs, l'enquête a été construite via un questionnaire auto-administré. Ce format entraîne la présence d'un biais supplémentaire. Il est difficile de savoir dans quelles conditions les participants ont répondu au questionnaire et s'ils ont mal compris certaines questions. Ce format ne permet pas aux répondants de poser des questions et ne nous permet pas de contrôler la passation.

De plus, un biais de sélection émerge. En effet, les personnes ayant répondu au questionnaire sont probablement déjà initiées et intéressées par le sujet compte tenu du caractère facultatif de l'enquête. Dans ce sens, étant donné les réseaux de diffusion choisis, quelques étudiants en orthophonie ont répondu à l'enquête. Il a été décidé de conserver ces répondants dans l'échantillon étant donné que des étudiants de divers domaines peuvent travailler dans l'animation au cours de leurs études, et sont alors représentatifs de la population générale. Cependant, ils peuvent être davantage représentés dans cet échantillon et constituer un biais de recrutement supplémentaire compte tenu de leurs connaissances dans le domaine de l'autisme.

Finalement, certaines données sélectionnées dans la construction et l'analyse du questionnaire s'appuient sur des expériences personnelles et professionnelles, notamment en ce qui concerne les mises en situation. En effet, il existe peu d'études dans la littérature à propos du lien entre les animateurs périscolaires et l'accueil d'enfants porteurs d'autisme à l'école et en centre de loisirs. Alors, il est nécessaire de rester vigilant face à la construction et à l'analyse des résultats de ce mémoire.

## 4.2. Perspectives

Ce mémoire est le premier qui s'intéresse à l'autisme dans la formation des animateurs périscolaires et dans leur vie professionnelle. Alors, différentes pistes d'amélioration ont été relevées au cours de la réalisation de l'étude.

D'abord, il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de la diffusion de la vidéo à grande échelle, afin d'en mesurer l'utilité. Les répondants n'ont partagé aucune donnée identifiante, il n'est donc pas envisageable de les contacter afin de poursuivre l'étude. Cependant, il serait bénéfique de diffuser la vidéo à grande échelle et d'identifier si l'apport d'informations est utile au quotidien de ces professionnels.

D'autre part, une étude plus large serait profitable et davantage représentative de la population générale. Le nombre de répondants au questionnaire est assez important dans cette étude. Néanmoins, compte tenu des larges critères d'inclusion et de la présence d'animateurs périscolaires dans la majorité des écoles publiques en France, le nombre de répondants pourrait être plus élevé et ainsi plus représentatif.

Puis, la sélection d'un axe plus précis au sujet des TSA serait préférable afin de développer les connaissances des professionnels dans un domaine particulier. En effet, la diversité des profils dans l'autisme entraîne l'existence de nombreux troubles qui ne sont pas présents chez toutes les personnes avec un TSA. Ici, nous avons choisi d'aborder la plupart des troubles associés à l'autisme. Seulement, il semblerait pertinent de développer les connaissances et adaptations liées à certains troubles en particulier, afin d'approfondir et de spécifier les savoirs.

L'intérêt porté par les professionnels périscolaires vis-à-vis de l'étude confirme l'importance de les former davantage. De plus, lorsque nous avons questionné les animateurs sur le choix de support de prévention, un certain nombre ont proposé la réalisation d'une action en présentiel. Alors, la vidéo pourrait être utilisée comme support dans le cadre d'actions de formation en présentiel. Les réseaux sociaux peuvent également être un moyen de large diffusion des connaissances. Compte tenu de la nouveauté de ce sujet dans la recherche, les perspectives restent nombreuses.

## Conclusion

Dans ce mémoire, nous nous sommes interrogés sur la place et la formation des animateurs concernant l'accueil des enfants porteurs de TSA. Au travers des données de la littérature et des résultats du questionnaire, nous pouvons affirmer que les personnels périscolaires accueillent fréquemment des enfants porteurs de TSA. De plus, compte tenu du principe d'inclusion et de l'augmentation de la prévalence, ces enfants sont davantage scolarisés en école ordinaire. Alors, comme évoqué dans les recommandations de la HAS en 2012 et en 2018, il est important que les professionnels en contact avec ces enfants à besoins particuliers soient formés afin de les accueillir dans les meilleures conditions. Dans ce cadre, l'orthophoniste peut intervenir.

Ce mémoire s'inscrit dans un objectif de prévention secondaire en orthophonie. L'enquête consistait à réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels périscolaires sur l'autisme, puis à fournir un support de prévention si le besoin était attesté.

Un questionnaire a été construit, en lien avec le quotidien des professionnels et les données de la littérature concernant l'autisme. À la suite de la diffusion de l'enquête, 265 réponses ont été analysées. Cette analyse a permis de valider ou de rejeter les différentes hypothèses. En effet, certains troubles et adaptations sont connus par les professionnels, particulièrement les troubles du comportement, de l'attention, des émotions et des interactions sociales. Néanmoins, d'autres troubles sont peu connus, c'est le cas de la déficience intellectuelle, des crises d'épilepsie, des troubles alimentaires, des difficultés de compréhension du langage oral et de l'écholalie. Les connaissances sur la prévalence, l'âge de diagnostic, la dyade autistique et la prise en charge orthophonique sont également hétérogènes. De plus, les professionnels ne connaissent pas systématiquement les réactions à favoriser face à certaines situations : notamment à propos des troubles de la compréhension orale, de l'écholalie et des troubles de l'alimentation. Les réponses ont également permis de mettre en évidence une demande de la part des professionnels en vue d'obtenir davantage d'informations et de renseignements sur l'autisme. Dans ce sens et à la suite de l'analyse des réponses au questionnaire, une vidéo de neuf minutes a été réalisée. La diffusion de cette vidéo permettra de transmettre des connaissances à grande échelle.

Les recherches et études restent à poursuivre dans ce domaine. En effet, les données spécifiques à ce sujet sont rares dans la littérature. Une étude sur l'impact de la vidéo de prévention pourrait être menée afin d'en valider les effets. De plus, d'autres actions de prévention animées par des orthophonistes participeraient également à la diffusion des connaissances et à un accueil optimal des enfants porteurs de TSA sur les temps périscolaires.

## Bibliographie

- Alberto, P. et Troutman, A. C. (2006). *Applied behavior analysis for teachers*. Pearson Merrill Prentice Hall Upper Saddle River, NJ.
- Anthony, L. G., Kenworthy, L., Yerys, B. E., Jankowski, K. F., James, J. D., Harms, M. B., Martin, A. et Wallace, G. L. (2013). Interests in high-functioning autism are more intense, interfering, and idiosyncratic than those in neurotypical development. *Development and Psychopathology*, 25(3), 643-652. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000072>
- Attwood, T. (2003). *Understanding and Managing Circumscribed Interests*. Guilford Press.
- Autisme et comorbidités : comprendre et faire face. (2013). *La lettre d'Autisme France*, 57(57), 10.
- Baron-Cohen, S. (2010). Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism. *Progress in Brain Research*, 186(11), 167-175. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53630-3.00011-7>
- Bensoussan, P. et Latuillière, M. (2015). *Les lieux d'accueil de la petite enfance construisent-ils de nouvelles parentalité ?*. Éres.
- Bergmann Vanoli, J. et Philip, C. (2017). *Ugo, sans H : Vers l'école inclusive pour les enfants avec autisme*. L'Harmattan.
- Bourreau, Y., Roux, S., Gomot, M. et Barthélémy, C. (2009). Comportements répétés et restreints (C2R) dans les troubles autistiques : Évaluation clinique. *L'Encéphale*, 35(4), 340346. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.05.004>
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. et Masy, V. (1997). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.
- Clément, C. (2016). Connaissances et besoins de formation d'enseignants du primaire concernant les Troubles Envahissants du Développement / Trouble du Spectre de l'Autisme. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, 5-16. <https://doi.org/10.7202/1036407ar>
- Compagnon, C., Corlay, D. et Pétreault, G. (2017). *Évaluation du 3<sup>ème</sup> plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4<sup>ème</sup> plan*. Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale de l'Éducation Nationale. [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-094R\\_Autisme\\_Tome\\_I.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-094R_Autisme_Tome_I.pdf)
- Coudougnan, E. (2012). Le bilan orthophonique de l'enfant autiste : des recommandations à la pratique. *Rééducation Orthophonique*, 50(249), 77-90. [https://fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/249\\_77-autisme.pdf](https://fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/249_77-autisme.pdf)
- Courtesseyre, P., Fernandez, J., Laîné, S. et Gardou, C. (2018). *Réussir l'accueil d'enfants en situation de handicap : Méthodologie pour les accueils collectifs de mineurs*. Territorial éditions.
- Courtois-du-Passage, N., et Galloux, A.-S. (2004). Bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme : Aspects formels et pragmatiques du langage. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(7), 478-489. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.004>

- Crocq, M. A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C. B., Pull-Erpelding, M. C. et American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5® : Critères diagnostiques*. Elsevier Health Sciences.
- Crocq, M. A., Guelfi, J. D. et American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition.). Elsevier Masson.
- Daniels, A. M. et Mandell, D. S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism*, 18(5), 583-597. <https://doi.org/10.1177%2F1362361313480277>
- De Gabrielli, A. (2018). *Étude de la pertinence d'un nouveau support d'accompagnement des aidants d'enfants présentant des Troubles du Spectre Autistique* [master 2 en orthophonie]. Université Claude Bernard Lyon 1.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (J.O. 4 mai 2002).
- Décret n°2018-666 du 27 juillet 2018 modifiant le décret n°2014-724 du 27 juin 2014 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap (J.O. 29 juillet 2018).
- Défenseur des droits. (2014). *Temps de vie scolaire et périscolaire des enfants en situations de handicap: principaux enseignements*. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/handicap\\_et\\_periscolaire\\_-\\_presentation\\_des\\_resultats.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/handicap_et_periscolaire_-_presentation_des_resultats.pdf)
- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. (2020). *Ce que nous disent les personnes et les familles sur leur parcours de vie*. [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/etude\\_ipsos\\_tnd\\_2020-3.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/etude_ipsos_tnd_2020-3.pdf)
- Delobel-Ayoub, M., Klapouszczak, D., Tronc, C., Sentenac, M., Arnaud, C. et Ego, A. (2020). La prévalence des TSA continue de croître en France : données récentes des registres des handicaps de l'enfant. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020(6-7), 128-135. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/pdf/2020\\_6-7.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/pdf/2020_6-7.pdf)
- Edet, M. (2020). *Action de prévention à destination des médecins de première ligne concernant les TSA*. [Master 2 en orthophonie]. Université de Tours.
- Elrod, M. et Hood, B. (2015). Sleep differences among children with autism spectrum disorders and typically developing peers: a meta-analysis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(3), 166-177. <https://doi.org/10.3390/brainsci10110863>
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge University Press.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed). Blackwell Pub.
- Georgieff, N. (2016). *Qu'est-ce que l'autisme ?* Dunod.
- Hameury, L., Mollet, M., Massé, S., Lenoir, P. et Barthélémy, C. (2006). Scolariser l'enfant autiste : Objectifs et modalités. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(6-7), 375-378. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.10.009>

- Harrison, B., St-Charles, L. et Thúy, K. (2020). *L'autisme expliqué aux non-autistes*. Marabout.
- Haute Autorité de Santé, H.A.S. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* [Recommandation de bonne pratique]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent)
- Haute Autorité de Santé, H.A.S. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent* [Recommandation de bonne pratique]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent)
- Hernandez, X. et Union nationale des centres sportifs de plein air. (2014). *Devenir animateur BAFA : Connaissances de bases & outils d'accompagnement*. Amphora.
- Holt, D. (2003). The role and impact of the business school curriculum in shaping environmental education at Middlesex University. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 4(4), 324-343. <https://doi.org/10.1108/14676370310497552>
- IFAC. (2015). *Livret de formation BAFA BAFD : se former pour animer*. IFAC.
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (2016). *Déficiences intellectuelles*. <http://hdl.handle.net/10608/6816>
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (2018). *Autisme. Un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles*. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
- Journal Officiel de la République Française. (2016, 26 juillet). *Arrêté du 18 juillet 2016 portant création de la mention « loisirs tous publics » du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport spécialité « animateur »*. [https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/bp\\_juillet.pdf](https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/bp_juillet.pdf)
- Komites, P. (2013). *Professionnaliser les accompagnants pour la réussite des enfants et adolescents en situation de handicap*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pkomites-2013.pdf>
- Lederlé, E. et Kremer, J. M. (2020). *L'orthophonie en France*. Que sais-je.
- Leroy, M. et Masson, C. (2010). *Les dysfonctionnements du langage chez l'enfant autiste : Une étude de cas entre un et trois ans*. Dans Rousseau, T., et Valette-Fruhinsholz F., (dir), *Le langage oral : données actuelles et perspectives en orthophonie* (89-110). Ortho-Edition.
- Magerotte, G. et Willaye, E. (2014). *Évaluation et intervention auprès des comportements défis : Déficience intellectuelle et/ou autisme*. De Boeck Supérieur.
- McBrien, J. et Felce, D. (1992). *Working with people who have severe learning difficulty and challenging behaviour : A practical handbook on the behavioural approach*. BIMH Publications.

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. (2008). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Flajolet.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf)
- Miri, I. (2020). *Cerveau et apprentissage*. EDP Sciences.
- Peeters, T. (2020). *L'autisme : De la compréhension à l'intervention*. Dunod.
- Perret, M. C. (2010). Éducation vocale et compréhension verbale chez trois personnes avec autisme. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, (25), 94-96. <https://site.arapi-autisme.fr/wp-content/uploads/2020/06/ARAPI-BS25-interieurCT.pdf#page=94>
- Pry, R. (2013). *100 idées pour accompagner un enfant avec autisme : dans un cadre scolaire, de la maternelle au collège...* Tom Pousse.
- Rattaz, C., Munir, K., Michelon, C., Picot, M. C. et Baghdadli, A. (2020). School inclusion in children and adolescents with autism spectrum disorders in France: Report from the ELENA French Cohort Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(2), 455-466. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04273-w>
- Schopler, E. et Mesibov, G. B. (1985). *Communication Problems in Autism*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4806-2>
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2005). Plan Autisme 2005-2007 : *Nouveau regard, nouvelle impulsion*. [http://www.autisme-france.fr/offres/file\\_inline\\_src/577/577\\_P\\_21075\\_1.pdf](http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_21075_1.pdf)
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2008). Plan Autisme 2008-2010 : *Construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme*. [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_autisme\\_2008.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_autisme_2008.pdf)
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2013). Troisième Plan Autisme 2013-2017. <https://www.cnsa.fr/documentation/plan-autisme2013.pdf>
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf)
- Urban, S. (2016). L'oralité : Une porte d'entrée dans le monde de l'autisme. Les troubles du comportement alimentaire au regard de la problématique autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(6), 383-394. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.05.004>
- Vermeulen, P. (2019). *Comment pense une personne autiste?* Dunod.
- Vermeulen, P., Degrieck, S. et Poppe, K. (2020). *Mon enfant est autiste : Un guide pour parents, enseignants et soignants* (3e éd). De Boeck supérieur.
- World Health Organization. (1994). *Classification Internationale des Maladies - Dixième révision - Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : Critères diagnostiques pour la recherche*. OMS

## Liste des annexes

**Annexe n°1 : questionnaire adressé aux animateurs.**

**Annexe n°2 : déclaration de conformité du questionnaire.**

**Annexe n°3 : lettre d'information en amont du questionnaire.**

**Annexe n°4 : détail des réponses au questionnaire.**